

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREV, BROM, TOX Y
MEDICINA LEGAL

LA VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL POR
ACCIDENTE DE TRÁFICO EN EL INSTITUTO DE
MEDICINA LEGAL DE CASTELLÓN, TRAS LA LEY 30 DE
1995

M^a JOSÉ DE LUIS GARCÍA

UNIVERSITAT DE VALENCIA
Servei de Publicacions
2003

Aquesta Tesi Doctoral va ser presentada a València el dia 22 de Setembre de 2003 davant un tribunal format per:

- D. Aurelio Luna Maldonado
- D^a. Marina Gisbert Grifo
- D^a. María Teresa Criado del Río
- D. Rafael Minojal Fonseca
- D. Jaime Prat Pastor

Va ser dirigida per:

D. Eduardo Murcia Sáiz

D. Matías Vicente Mendoza

©Copyright: Servei de Publicacions

M^a José de Luis García

Depòsit legal:

I.S.B.N.:84-370-5802-3

Edita: Universitat de València

Servei de Publicacions

C/ Artes Gráficas, 13 bajo

46010 València

Spain

Telèfon: 963864115

UNIVERSITAT DE VALENCIA

FACULTAD DE MEDICINA

**DEPARTAMENT DE MEDICINA PREVENTIVA I SALUT PÚBLICA,
BROMATOLOGÍA, TOXICOLOGÍA I MEDICINA LEGAL**

UNITAT DOCENT DE MEDICINA LEGAL

TESIS DOCTORAL

**LA VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL POR
ACCIDENTES DE TRÁFICO EN EL INSTITUTO DE
MEDICINA LEGAL DE CASTELLÓN, TRAS LA
LEY 30 DE 1.995.**

Tesis doctoral presentada por MARÍA JOSÉ DE LUÍS Y GARCÍA.

**Dirigida por el Prof. Dr. D. EDUARDO MURCIA SÁIZ y
el Dr. D. MATÍAS VICENTE MENDOZA.**

VALENCIA, JUNIO DE 2.003.

Agradecimientos:

En primer lugar quiero agradecer a mi amigo y compañero de licenciatura Daniel Bautista Rentero, especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública la estrecha colaboración prestada en el tratamiento estadístico de esta memoria y en la resolución de cuantos problemas a este respecto se me han planteado.

También mi gratitud a Juan Vicente Costa Morales, licenciado en Informática que confeccionó la base de datos con la que he trabajado y que me ha prestado su cordial ayuda siempre que la he necesitado.

A Luis Lizán Tudela, especialista en Medicina de Familia y Comunitaria por su ayuda incondicional, y a M^a Soledad Gómez Alcalde, médico-forense, que me ha aconsejado y animado en todo momento. Os doy las gracias de todo corazón.

También quiero expresar mi más sincero agradecimiento a los compañeros del IML de Castellón, que me brindaron la obra de su quehacer diario para la realización de este trabajo y a todos cuantos amigos y compañeros han aportado de una u otra forma su granito de arena en la elaboración de esta Tesis.

A mis directores y amigos ya para siempre, Matías que inició mi camino en la investigación y a Eduardo que ha guiado pacientemente mis pasos y ha hecho posible que este sueño hoy por fin se haya realizado.

Y por último a mis padres y hermana, que han estado a mi lado en todos los momentos importantes de mi vida, apoyándome y regalándome su cariño y comprensión.

Dedicatoria:

A mis padres y hermana.
A Eduardo.

“Es justamente la posibilidad de realizar un sueño lo que hace que la vida sea interesante”.

ÍNDICE DE MATERIAS

pag

1. INTRODUCCIÓN.....	1.
1.1. Recuerdo histórico.....	2.
1.2. Los accidentes de tráfico.....	6.
1.2.1. Algunos conceptos previos.....	6.
1.2.2. Epidemiología.....	8.
1.2.2.1. Evolución y frecuencia.....	8.
1.2.2.2. Edad y género.....	10.
1.2.2.3. Data.....	11.
1.2.3. Etiología.....	12.
1.2.3.1. Causas mediatas.....	14.
1.2.3.2. Causas inmediatas.....	28.
1.2.4. Clasificación.....	29.
1.2.5. Evolución del accidente.....	31.
1.2.6. Accidente de tráfico “in itinere”.....	32.
1.3. La valoración del daño corporal.....	34.
1.3.1. Revisión conceptual del daño.....	34.
1.3.2. Revisión conceptual de lesión.....	35.
1.3.3. Concepto de menoscabo.....	37.
1.3.4. Problema terminológico en la valoración del daño corporal.....	38.
1.3.5. Mecanismo de producción de las lesiones.....	39.
1.3.6. Cuadro lesional general.....	39.
1.3.7. Los accidentes de circulación en la infancia.....	44.
1.3.8. Los accidentes de circulación en personas de edad avanzada.....	45.
1.3.9. Traumatismos en la mujer gestante.....	46.
1.3.10. Clasificación de las lesiones.....	47.
1.3.11. Situaciones derivadas del hecho lesivo.....	49.
1.3.12. Las lesiones en el Derecho Laboral y Administrativo.....	51.
1.3.13. Las lesiones en el Derecho Penal. Delito y falta de lesiones ..	52.
1.3.13.1. Criterio de primera asistencia facultativa y tratamiento médico o quirúrgico posterior.....	53.
1.3.13.2. Agravantes del delito de lesiones.....	55.
1.3.13.3. Elementos jurídicos que determinan o modifican el delito de lesiones.....	57.
1.3.13.4. Otros delitos vinculados al delito de lesiones.....	57.
1.3.13.5. Delito de lesiones al feto.....	57.
1.3.14. Las lesiones en el Derecho Civil. Valoración del daño a la persona.....	58.
1.3.15. Causa versus concausa.....	58.
1.3.16. El nexo de causalidad.....	59.
1.3.17. La reparación del daño o perjuicio.....	60.
1.3.17.1. Bases jurídicas.....	61.
1.3.17.2. Componentes.....	62.
1.3.17.3. La responsabilidad civil.....	62.
1.3.17.4. La reparación jurídica del daño corporal en la C.E.E.....	64.

1.4. Métodos de valoración de las secuelas	65.
1.4.1. Concepto	65.
1.4.2. Métodos de valoración de los daños corporales causados en accidentes de circulación	65.
1.4.3. Ley 30/1995, de 8 de noviembre.....	67.
1.4.3.1. Introducción.....	67.
1.4.3.2. Estructura.....	68.
1.4.3.3. Algunas reflexiones sobre el sistema de valoración.....	70.
1.4.3.4. Ventajas	71.
1.4.3.5. Inconvenientes	72.
1.4.3.6. Recomendaciones para la aplicación de la tabla VI.....	74.
1.5. El informe pericial	75.
1.5.1. El perito. Tipos y requisitos	75.
1.5.2. La pericia en el ámbito civil	77.
1.5.3. El informe pericial	78.
1.5.4. El informe pericial en la valoración del daño corporal.....	80.
1.5.4.1. Definición	80.
1.5.4.2. Estructura.....	80.
1.5.4.3. Tipos de informes.....	81.
1.5.4.4. Valoración del daño corporal en situaciones especiales. 83.	
1.5.4.4.1. Niños y ancianos	83.
1.5.4.4.2. Lesiones crónicas	84.
1.5.4.5. Consolidación y secuelas.....	85.
1.5.4.6. Secuelas de los accidentes de tráfico	86.
1.5.4.6.1. Valoración.....	86.
1.5.4.6.2. Descripción	87.
1.5.4.7. Estudio del periodo de incapacidad	95.
1.5.4.8. Simulación y disimulación.	96.
2. OBJETIVOS	99.
3. MATERIAL Y MÉTODO	102.
3.1. Introducción.....	103.
3.2. Organización de la Administración de Justicia en Castellón	105.
3.2.1. Introducción	105.
3.2.2. Juzgados de Primera Instancia e Instrucción	106.
3.3. Los partidos judiciales de la provincia de Castellón	107.
3.3.1. Ámbito geográfico y demografía	107.
3.4. El Instituto de Medicina Legal de Castellón.....	107.
3.4.1. Introducción.	108.
3.4.2. Creación y distribución.....	108.
3.4.3. Servicio de clínica forense.....	109.
3.5. Protocolo de recogida de datos.....	111.
3.6. Creación de una base de datos.....	112.
3.7. Período 1.995-2.000.....	115.
3.8. La Clasificación Internacional de las Enfermedades. CIE-10.	116.
3.8.1. Contenido.	117.
3.8.2. Codificación	118.
3.8.3. Orientaciones básicas para la codificación	119.

5.1.8. Distribución de las asistencias y tipos de tratamientos precisados .	334.
5.1.9. Distribución de los diagnósticos.....	335.
5.1.10. Distribución de las secuelas.....	339.
5.1.11. Incapacidad Temporal desde el punto de vista asistencial ...	339.
5.1.12. Incapacidad Permanente desde el punto de vista asistencial	340.
5.1.13. Periodos de curación-estabilización de las lesiones desde la perspectiva médico-forense	340.
5.2. Análisis metodológico.....	344.
5.2.1. Utilización del baremo de la Ley 30/1.995 por los médicos forenses del I.M.L. de Castellón.....	344.
5.2.2. .El empleo de la CIE-10	345.
6. RESUMEN Y CONCLUSIONES	348.
7. BIBLIOGRAFÍA.....	352.

1. INTRODUCCIÓN.

1.1. Recuerdo histórico.

El accidente de tráfico es aquel que ocurre en una vía abierta a la circulación, o tiene su origen en ésta, en el que alguna persona resulta muerta o herida o se producen daños materiales, y en el que al menos un vehículo se encuentra implicado.¹

Los accidentes de circulación en España, constituyen un problema de salud pública de primer orden y su impacto epidemiológico es notable.

Representan la primera causa específica de muerte en los varones menores de 44 años y en las mujeres menores de 34 años², y también, la principal causa de años potenciales de vida perdidos en los varones y la segunda en las mujeres.³

Las lesiones de tráfico, no son percibidas en el ámbito sanitario asistencial como una situación en cuya resolución tengan una responsabilidad directa los profesionales sanitarios y por lo tanto tras la asistencia inicial al accidentado y en ocasiones el seguimiento especializado, la implicación sanitaria es escasa, no incluyendo comúnmente en los programas de promoción y prevención de la salud, intervenciones encaminadas a generar cambios en las conductas individuales ni estrategias para la prevención de las lesiones producidas por los accidentes de tráfico.⁴

Esta falta de respuesta sanitaria al problema de los accidentes de tráfico viene siendo suplida, por, la impartición de cursillos sobre seguridad vial en las escuelas, la formación de conductores y sobre todo por las contundentes campañas publicitarias que la Dirección General de Tráfico lanza anualmente impresionando nuestras retinas. Sin embargo, en los últimos años, los accidentes tráfico, lejos de haber disminuido, se han incrementado considerablemente y como consecuencia el número de daños tanto materiales como personales.

Desde que el hombre inventara la rueda hace más de 6.000 años, todas las civilizaciones posteriores, como la babilónica, la egipcia o la romana, a la par que han disfrutado y perfeccionado tan preciado descubrimiento, han padecido en mayor o menor grado los innumerables problemas originados por el tráfico rodado, esforzándose en cada época, en adoptar soluciones tan prácticas e ingeniosas como las que se emplean en nuestra sociedad e implantando poco a poco sistemas que garanticen la seguridad vial.

Sin embargo, no es hasta la segunda mitad del siglo XIX y principios del siglo XX, cuando a raíz del nacimiento del primer vehículo propulsado con un motor de explosión, patentado en Berlín, el 29 de Enero de 1.886, con el número 37.435, por K. Benz, se produce uno de los más revolucionarios e importantes descubrimientos de la humanidad, iniciándose el complejo sistema de circulación vigente en la actualidad.

Los accidentes de tráfico, han constituido y constituyen, una de las causas más frecuentes de mortalidad, pero también de morbilidad en el mundo.

Han transcurrido más de 103 años desde que Mr. Henry H. Bliss, ciudadano de Nueva York, fuera víctima en 13 de Septiembre, de uno de los primeros accidentes de tráfico registrados a lo largo de la historia, pasando a formar parte de este modo, de una de las estadísticas de mortalidad más importantes existentes.

Aunque los accidentes de circulación, resultan hechos cotidianos, no deja de ser curioso, que la primera referencia histórica que se conserva al respecto, date del siglo XVI y se conserve en nuestra más célebre pinacoteca, el Museo del Prado.

El documento gráfico que recoge el primer accidente de tráfico de la historia, constituye una de las obras pictóricas más conocidas del pintor holandés del siglo XV Jerónimo van Aken, más comúnmente conocido como "El Bosco", titulado "El carro de heno"(1.500-1.502).⁵ Se conservan dos versiones del cuadro, una se halla en el Monasterio del Escorial y otra en el Museo del Prado.

El lienzo representa una alegoría satírico-moral y en él se reflejan un gran número de lesiones. En la parte central del cuadro, se halla el carro de heno que simboliza la avaricia humana. En su movimiento hacia el infierno, situado a la derecha de la composición y en donde un grupo de personajes muy característicos de la pintura de "El Bosco", híbridos entre hombre y animal, portan un estandarte con una cabeza cortada, produce diversas lesiones. En la parte inferior del cuadro, yace un personaje, que ha caído al suelo al intentar alcanzar con su escalera la cima del carro, la rueda de éste golpea su hombro derecho y está a punto de ser atropellado por el "carro de la vida". En la rueda posterior, un hombre de avanzada edad, tiene una de sus piernas introducida en el eje, originándole un intenso dolor el avance del carro. A su lado, otro personaje trata de detener con la mano el giro de la rueda, pero, sin duda, terminará con el atropello del viandante caído. En un plano anterior, dos personajes luchan ferozmente, muriendo uno de ellos tras sufrir la sección traumática de los vasos del

cuello a manos de su adversario. En el extremo inferior izquierdo, observamos un hombre tumbado en el suelo, impresionando su actitud de gravedad. Presenta el cuello en hiperextensión y su mano izquierda apoya sobre la región precordial. El miembro superior derecho se encuentra extendido, como si su alma acabara de desprenderse del cuerpo, probablemente se trate de una cardiopatía isquémica que acabará con su vida. Este cuadro alude a un proverbio flamenco que reza "El mundo es como un carro de heno: cada uno coge lo que puede", proverbio que puede ser aplicado perfectamente a la valoración del daño corporal producido tras un accidente de circulación, ya que tal y como contempla el Código Civil español, todo daño debe ser reparado, aunque sólo debe ser reparado el daño causado, aunque, en ocasiones, las víctimas pretenden algo más que una reparación justa.

Al juez corresponde la valoración del daño a las personas mediante la cuantificación de las penas, las indemnizaciones y el establecimiento de responsabilidades dentro de los diferentes ámbitos del Derecho Civil, Penal, Administrativo y Laboral. Para ello precisa el auxilio de un perito médico experto en la evaluación del daño corporal, que tras realizar la anamnesis, exploración física y complementaria del lesionado y el estudio detallado de la documentación obrante en los autos referente al hecho a valorar, emitirá el consecuente Informe Médico valorando el daño corporal que presenta la persona reconocida.

Aunque la valoración del daño personal de las lesiones es realizada en la práctica por diferentes facultativos, médicos más o menos formados en la materia, dicha valoración, es parte fundamental del ejercicio del especialista en medicina legal y forense⁶, constituyendo oficialmente un área de capacitación dentro de dicha especialidad.

Los orígenes de la valoración del daño a la persona, datan aproximadamente de 2.500 a 3.000 años antes de Jesucristo y lo constituyen las Tablas de Nippur, consideradas el primer baremo de reparación de los daños personales. Su desarrollo en E.E.U.U. y algunos países de la C.E.E. pioneros en la valoración del daño personal como Francia, Bélgica e Italia comienza a mediados del siglo XX. En España es a mediados de 1.980 cuando comienza a surgir un creciente interés médico en la peritación del daño corporal, tanto a nivel científico, como asistencial y docente, siendo cada vez más los informes periciales sobre el daño a las personas, no sólo necesarios sino imprescindibles para médicos y juristas, tanto en lo referente al diagnóstico de las

lesiones padecidas, el posterior tratamiento de las mismas y el establecimiento de las secuelas, como para la aplicación práctica y justa de las leyes en el caso de la existencia de delitos o faltas de lesiones.

La valoración del daño personal de las lesiones producidas tras accidentes de tráfico, constituye cuantitativamente la parte más importante de la intervención del médico-forense en el Servicio de Clínica Forense de los Institutos de Medicina Legal. Entre las lesiones observadas, se distinguen diversos cuadros o tipologías características, que permiten clasificar diferenciando las lesiones acontecidas en los accidentes de circulación, de otro tipo de lesiones que también son objeto de reconocimiento por parte del médico legista, como son las lesiones por agresión, accidentes fortuitos, domésticos o los accidentes laborales.

La tipología lesiva dependerá de la naturaleza del accidente, de las personas o vehículos implicados, del lugar que ocupa el accidentado en el vehículo o fuera de él en el caso de tratarse de un atropello, la violencia y punto concreto del impacto entre otros muchos factores.

Generalmente la casuística existente demuestra, que la mayoría de los accidentes de circulación son consecuencia de un único choque entre dos vehículos y los daños materiales no suelen ser excesivos. Por el contrario, las lesiones que se producen pueden ser importantes, ello depende principalmente de la naturaleza e intensidad de la colisión, del lugar que ocupaba el lesionado en el interior del vehículo, de si llevaba puesto o no utilizaba medios de sujeción como puede ser el cinturón de seguridad y de la existencia o no de patología previa.

Para unificar criterios en la valoración del daño corporal y reparar adecuadamente los daños sufridos tras los accidentes de tráfico, se elaboró en nuestro país un sistema de valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, como anexo a la Ley 30/95, de 8 de Noviembre de Ordenación y Supervisión de los seguros privados, que en su punto 11 exige la emisión de un informe médico tras el reconocimiento y valoración del lesionado.

1.2. Los accidentes de tráfico.

1.2.1. Algunos conceptos previos.

A efectos estadísticos se considera **conductor**⁷, toda persona que, en las vías o terrenos objeto de la legislación sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial, lleva la dirección de un vehículo, guía animales de tiro, carga o silla o conduce un rebaño. Se considera **pasajero** toda persona que, sin ser conductor, se encuentra dentro o sobre un vehículo y es considerado **peatón**, toda persona que, sin ser conductor transita a pie por las vías y terrenos anteriormente mencionados y también quienes empujan o arrastran un coche de niño o de impedido o cualquier otro vehículo sin motor de pequeñas dimensiones, los que conducen a pie un ciclo o ciclomotor de dos ruedas y los impedidos que circulan al paso de una silla de dos ruedas, con o sin motor, así como las personas que circulan sobre patines u otros artefactos parecidos por las vías o terrenos mencionados y las personas que se encuentran reparando el motor, cambiando neumáticos o realizando otra operación similar.

El término **accidente**, del latín *accidens*, que ocurre, puede definirse según la R.A.L.E. como un suceso eventual, inesperado y generalmente desagradable, siendo el **accidente de tráfico terrestre**, todo acontecimiento fortuito sobrevenido en una vía abierta al tráfico, en el que al menos interviene un vehículo terrestre y del cual se deriva un daño.

*Bonnet*⁸, define los traumatismos por vehículo de transporte como “aquellos que son el resultado de conducir, ser conducido o embestido por medio de transporte”. Para *Hinojal Fonseca*⁹, los accidentes de tráfico terrestre son “las acciones violentas, con resultado de lesiones o muerte, originadas a las personas a causa de la interacción entre vehículos, entre un vehículo y un agente externo, o entre un vehículo y un peatón.

Atropellar, significa pasar precipitadamente por encima de una persona o también derribar a uno para pasar. *Royo-Villanova*¹⁰ define el atropello como “un tipo especial de violencia que tiene lugar como consecuencia del encuentro entre el cuerpo humano y un vehículo o animal en movimiento”, mientras que *Hinojal Fonseca*, considera el atropello como “el accidente de tráfico en que un vehículo produce lesiones a un peatón”.

Se considera **accidente con sólo daños materiales**¹¹, aquel en el que no ha habido ni muertos ni heridos, **accidente con víctimas**, aquel en que una o varias personas resultan muertas o heridas y **accidente mortal**, aquel en que una o varias personas resultan muertas dentro de las veinticuatro horas, siendo **víctima**, toda persona que resulte muerta o herida como consecuencia de un accidente de circulación y **muerto**, toda persona que, como consecuencia del accidente, fallezca en el acto o dentro de los treinta días siguientes. El **herido**, es toda persona que no ha resultado muerta en un accidente de circulación, pero que ha sufrido una o varias heridas graves o leves, siendo **herido grave**, la persona herida en accidente de circulación y cuyo estado precisa una hospitalización superior a veinticuatro horas y **herido leve**, la persona herida en accidente de circulación al que no pueda aplicarse la definición de herido grave.

El **número de fallecidos durante las primeras veinticuatro horas** que aparece en las estadísticas, se determina mediante el seguimiento de todos los casos; **el de los fallecidos dentro de los treinta días**, se determinará hasta el momento en que esté plenamente garantizado el seguimiento real de todos los heridos durante ese periodo, aplicando a la cifra de muertos durante las primeras veinticuatro horas, el factor de corrección que se deduzca del seguimiento real de una muestra representativa de heridos graves que, al menos cada cuatro años, realiza la Dirección General de Tráfico, bajo la supervisión del Consejo Superior de Tráfico y Seguridad de la Circulación Vial. Hay que apuntar que estos factores de corrección se aplicaron por primera vez en el año 1.993, a raíz de la publicación de la Orden del Ministerio de Relaciones con las Cortes y de la Secretaría del Gobierno de 18 de febrero, por la que se modificó la estadística de los accidentes de circulación (B.O.E. nº 47 de 24 de febrero de 1.993), aplicándose nuevos factores a partir de 1.997.

Un **vehículo** se considera **implicado en un accidente de circulación**, a efectos estadísticos, cuando colisiona con uno o más vehículos que estén parados o estacionados o por el contrario en movimiento, peatones, animales u otro obstáculo, cuando sin producirse la colisión hayan resultado como consecuencia del accidente, muertos o heridos el conductor y/o algún pasajero del vehículo, o sólo se hayan ocasionado daños materiales, constituya uno de los factores del accidente, por estar parado o estacionado en forma peligrosa, sin haber sufrido el vehículo directamente las consecuencias del accidente, constituir el comportamiento del conductor o de alguno

de los pasajeros uno de los factores que han provocado el mismo o por haber sido arrollado el conductor o un pasajero del vehículo por otro, en el momento en que subía o descendía de él, en cuyo caso ambos vehículos se consideran implicados en el accidente.

1.2.2. Epidemiología.

1.2.2.1. Evolución y frecuencia.

La frecuencia de los accidentes de tráfico terrestres, alcanza en el mundo cifras anuales escalofriantes. No en vano, *Simonín*¹², hizo popular la afirmación “el automóvil ha venido a reemplazar al microbio como agente de morbilidad y mortalidad”.

Según la OMS se producen en el mundo 250.000 muertes anuales por accidentes de tráfico terrestre y 10.000.000 de heridos, la mayoría de ellos de carácter grave.

En España, la evolución de los accidentes de circulación estuvo supeditada a la total desaparición del parque automovilístico tras la Guerra Civil, con un periodo estacionario hasta los años 60, periodo en que comenzaron a incrementarse. Posteriormente, a partir de la década de los 70 y en la de los 80, se experimentó un nuevo periodo de estabilización, tanto en el número de accidentes como en el número de víctimas, aunque con una tendencia mantenida hacia el incremento, parejo al también tendente crecimiento del parque automovilístico, su envejecimiento y al claro uso del vehículo privado como medio de transporte.

La evolución de los accidentes de tráfico desde el año 1.970, se caracterizó por un constante crecimiento de éstos en cifras absolutas hasta 1.989, año a partir del cual la accidentalidad española disminuyó sensiblemente, produciéndose un 28,53% de descenso en 1.994 con respecto a dicho año.

Desde 1.995, esta tendencia se invierte, aumentando un 6,51% en dicho año respecto al año anterior, siendo la primera causa de muerte en el grupo de 5 a 24 años y la segunda en el de 25 a 34 años. En 1.996 el incremento fue de un 2,4 %, en 1.997 de un 0,5%, en 1.998 de un 13,4% y en 1.999 de un 0,2%.¹³

Según el análisis de mortalidad por áreas de Salud en el año 1.991¹⁴, en la Comunidad Valenciana, los accidentes de tráfico constituyeron la 8ª causa de muerte,

siendo la 5ª en los varones y la 1ª causa en el grupo de población con edad inferior a 35 años.

Datos proporcionados por la Dirección General de Tráfico (DGT) sobre la siniestralidad en el conjunto de las tres provincias de la Comunidad Valenciana (Castellón, Valencia y Alicante), en el año 1.993, 15 de cada 100.000 personas fallecieron a consecuencia de un accidente de tráfico.

Analizando estas dramáticas cifras, nuestra comunidad, tiene una Tasa de Mortalidad por accidente, comprendida entre las 10 más elevadas del territorio nacional y su tendencia es al alza.

La mortalidad en ambos sexos, superó en dicho año, la media de edad europea situada en 11,9. Por edades, el grupo de edad más vulnerable era el comprendido entre los 18-24 años de edad y respecto al género, la mayoría de los fallecidos y 3 de cada cuatro personas que resultaron heridas eran varones.

Todas estas tasas, tanto las referentes a la totalidad del territorio español, como las de nuestra comunidad, se encontraban dentro del marco definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el objetivo 11 de "Salud para todos en el año 2.000".

Observando las cifras de la provincia de Castellón, llama la atención, que la Tasa de Mortalidad por accidente en 1.993, fue del 29 por 100.000, muy superior a la media de la Comunidad Valenciana y de Europa en dicho año. Durante los años 1.994, 1.995, 1.996 y 1.997, la Tasa de Mortalidad en la Comunidad Valenciana se estabilizó e incluso experimentó una ligera tendencia al descenso, sin embargo en la provincia de Castellón, se mantuvo siempre más elevada.

La explicación a este hecho se obtuvo, cuando al calcular la Tasa de Letalidad de los accidentes, resultó ser más elevada en Castellón que en las provincias de Valencia y Alicante, comprobándose que además, en aquella provincia era mayor la probabilidad de que en un accidente de tráfico con víctimas, alguna de ellas falleciera. Esta situación que comenzó en los años 60, se mantuvo con pequeñas oscilaciones hasta 1.997, año en que la cifra de muertes como consecuencia de accidentes en carretera disminuyó en aquella provincia, aunque continuó presentando el número más elevado de muertes por 100 accidentes, un 13%, frente al 11% de Valencia, 10% de Alicante y el 12% de media que presentaba el resto de España.

Otros factores relacionados con la accidentalidad son, el parque automovilístico y la antigüedad de los vehículos, el censo de conductores y la intensidad de circulación.

Desde 1.980, la matriculación anual de nuevos vehículos, con alguna salvedad, no ha dejado de crecer. En 1.989 el número de vehículos matriculados en España ascendía a un total de 1.536.960, sobrepasando el millón hasta el año 1.992. En 1.993 se produjo un fuerte descenso y en 1.994 la cifra del millón se volvió a superar, quizás favorecida la adquisición de vehículos nuevos por la puesta en marcha del Plan Renove, que fomentó el cambio de vehículos de más de 10 años. Durante 1.995 la matriculación fue ligeramente inferior a la del año precedente, experimentándose desde 1.996 a 1.999 un nuevo incremento, con 1.913.162 nuevos vehículos matriculados, máximo histórico en el año 1.999.

De los 22.411.194 vehículos que constituían el parque automovilístico español en 1.999, el 75% correspondían a turismos, el 16,1% a camiones y el 6,3% a motocicletas. El 59% de los vehículos tenían menos de 10 años de antigüedad y un 32% no alcanzaban los 5 años.

La intensidad de la circulación aumenta conforme pasan los años, relacionándose de forma proporcional con el incremento del número de accidentes.

En 1.999 un 91% de permisos del censo de conductores eran de clase B. La expedición de licencias para conducir ciclomotores sufrió un retroceso respecto al año anterior, en el censo de titulares de licencias de ciclomotor cabe destacar que un 25,3% corresponde a mujeres, un 14,1% a menores de 18 años y los mayores de 65 años suponen un 22% del censo.

1.2.2.2. Edad y género.

El censo total de conductores alcanzó en España los 18 millones en 1.999. De ellos el 64% eran hombres y el 36% mujeres, éstas suponen además un 25,3% del censo total de licencias para conducir ciclomotores.

De los 590.039 nuevos conductores registrados el mismo año, el 51% eran mujeres.

Un 25% del total de fallecimientos por accidente de circulación, corresponde al género femenino, siendo del 34% las mujeres heridas sobre el total de muertos y heridos.

Respecto a la edad, parece que se ha producido una evolución. En 1.999 y a nivel nacional, el grupo de edad con mayor número de conductores implicados en un accidente es el comprendido entre los 18-34 años. Esta distribución se ha mantenido prácticamente constante en los últimos años, si bien es verdad que también el tramo de 25 a 34 años corresponde al mayor número de conductores censados, pudiendo concluir que, los conductores jóvenes, de menos de 18 años y los comprendidos en el intervalo de 18 a 34 años, son los que mayor probabilidad presentan de verse implicados en un accidente. Así, un 2,27% de los conductores de menos de 18 años y un 1,37% de los comprendidos entre los 18 y los 24 años se ven implicados en un accidente, mientras que la media es de un 0,76%.

1.2.2.3. Data.

El número de accidentes crece conforme aumentan los desplazamientos por carretera, es decir, las vacaciones de verano, la Semana Santa y la Navidad por este orden.

El 51% de las muertes por accidente de tráfico en el año 1.999 se produjo en días festivos o sus días anterior y posterior y el 49% restantes durante los días laborables.

En el año 1.983, el promedio diario de accidentes durante las vacaciones de Semana Santa fue de 196, en 1.998 de 255 y en 1.999 de 262, con un promedio diario de muertes de 16, 13 y 16 respectivamente. En verano hubo 225 accidentes diarios en el año 1.983, 290 en 1.998 y 283 en 1.999, con un promedio diario de 21, 19 y 18 muertes respectivamente. En Navidad el promedio de accidentes diario fue de 191, con 18 muertos, de 232 en 1.998, con 15 muertos y de 230 en 1.999 con una cifra media de 14 muertos día.

Es indudable la incidencia del tiempo sobre la siniestralidad. Así, se aprecian sensibles diferencias relativas entre los meses del año, días de la semana y horas del día. Según la DGT. el cotejo a lo largo de los años, aunque muestra algunas variaciones, no refleja una tendencia evolutiva significativa, por lo que únicamente haremos referencia a modo de ejemplo a los valores correspondientes a los años 1.998, 1.999 y 2.000.

Los accidentes mortales en carretera y en travesías en 1.998, fueron más numerosos en los meses de Julio, Agosto, Septiembre y Diciembre, durante 1.999, los

meses con más accidentalidad fueron Julio, Agosto, Septiembre y Octubre y en el año 2.000, en los meses de Julio, Agosto, Septiembre, Octubre y Diciembre. Los fallecidos en las mismas carreteras y travesías computados a las 24 horas del accidente, fueron más numerosos en los meses de Julio, Agosto, Septiembre, Octubre y Diciembre en el año 1.998, los meses de Julio, Agosto y Septiembre durante el año 1.999 y los meses de Julio y Agosto en el año 2.000.

En 1.999, las horas en que ocurrieron más accidentes en carretera fueron las 19 horas, seguido de las 18 y las 20 horas en igual proporción. En zonas urbanas, por el contrario las horas con más siniestralidad fueron en primer lugar las 14 horas, seguido de las 19 y las 20 horas con la misma proporción. Se registró un mayor número de muertos en los accidentes de carretera ocurridos a las 19, 20 y 16 horas y en zonas urbanas en los ocurridos a las 20 horas y las 13 horas.

Los días de la semana en que ocurrieron más accidentes, también tomando como ejemplo el año 1.999, fueron el Domingo, el Sábado y el Viernes para las carreteras y en orden decreciente, en las zonas urbanas el día que registró más accidentes fue el Viernes, seguido sin diferencias importantes por el Jueves, Martes, Lunes y Miércoles. El cómputo de muertos, que a partir de 1.993 se realiza a 30 días fue mayor el Domingo y el Sábado en los accidentes ocurridos en carreteras y el Sábado y el Viernes en los accidentes acontecidos en vías urbanas. La mayoría de accidentes fueron los días laborables, seguidos de los días festivos, la víspera de un día festivo y por último del día posterior al día festivo. El número de muertes siguió la misma forma de distribución.

La influencia de la luminosidad en la accidentalidad vial es indiscutible, la noche y el crepúsculo fueron testigos del 44,4% de las muertes, a pesar de que en este periodo el número de accidentes fue sensiblemente menor, un 36,2% en el año 1.999. Dentro de los periodos de menor luminosidad, ocurrieron más siniestros en las vías dotadas de menor iluminación o cuando ésta era más deficiente.

1.2.3. Etiología.

El accidente es el resultado final de la interacción de tres elementos fundamentalmente, el vehículo, el conductor y la vía, todos ellos a su vez influidos por las condiciones meteorológicas concurrentes.

J. S. Baker, define la causa de un accidente como “cualquier comportamiento, condición, acto o negligencia sin el cual el accidente no se hubiera producido”.

Sin embargo, hoy en día podemos aseverar, tal y como acunó mediante un lema la Organización Mundial de la Salud en 1.961, que “el accidente no es accidental”.¹⁵

Las causas del accidente son debidas, fundamentalmente al factor humano, presente en más del 90% del total de los accidentes de tráfico con víctimas, a factores ambientales en un 12% y a factores mecánicos en un porcentaje del 3%.¹⁶

Entre todas las causas que intervienen en la génesis del accidente, siempre se puede distinguir una *causa principal o causa eficiente*, que es aquella de entre todas las causas intervinientes sin la cual el accidente no se habría producido, y *una o varias causas coadyuvantes* al resultado final.

Existen tantos criterios a la hora de confeccionar una clasificación de las causas de accidentes como objetivos tenga su utilización.

A efectos didácticos¹⁷ consideramos adecuado que las causas generales de los accidentes de tráfico se dividan en CAUSAS MEDIATAS o aquellas que por si mismas no dan lugar al accidente, pero conducen a él o coadyuvan a su materialización y podemos dividir las en cinco grandes apartados:

- FALLO HUMANO.
- FALLO DEL VEHÍCULO Y/O VEHÍCULOS.
- FACTORES DEPENDIENTES DEL ESTADO DE LA VÍA O CALZADA.
- CONDICIONES METEOROLÓGICAS.
- CIRCUNSTANCIAS AJENAS A LAS ANTERIORES.

Y CAUSAS INMEDIATAS, aquellas que intervienen de forma directa en la producción del accidente. Son en esencia las mismas causas que las mediatas, aunque matizadas la mayoría de ellas por el elemento humano. Las más frecuentes son las siguientes:

- INFRACCIONES A LAS NORMAS DE CIRCULACIÓN.
- DEFICITS EN LA PERCEPCIÓN.
- ERRORES EN LA EVASIÓN.
- CONDICIONES NEGATIVAS.

1.2.3.1. Causas mediatas.

Las causas mediatas son principalmente:

1. FALLO HUMANO.

Los factores humanos son responsables en un porcentaje del 80-95% de todos los accidentes de circulación, bien de forma aislada, bien concurriendo con factores de otra naturaleza.

A la hora de obtener la licencia o permiso de conducir o su renovación, al aspirante se le exige la superación de un ejercicio teórico-práctico que acredite una adecuada aptitud para conducir vehículos de motor y por lo tanto a todo conductor se le presupone un dominio técnico del vehículo y de las circunstancias al menos teóricas en las que puede verse inmerso durante la conducción.

Uno de los principales puntos para prevenir este “fallo humano” es el estado de morbilidad que, no tiene por qué suponer un mayor grado de accidentalidad, siempre y cuando esté controlado. Un 9,4% de los examinados reconocen padecer algún tipo de enfermedad; en otros casos puede existir una ocultación consciente o inconsciente de información por parte de los conductores examinados.¹⁸

A raíz del Real Decreto 1.467/1.982¹⁹, se crearon los centros de reconocimiento médico-psicológico ya que se establecía la obligación de que todos los certificados médicos para la obtención o revisión del permiso de conducir se realizase en dichos centros. Además este RD recogía un listado de enfermedades y deficiencias que motivaban la imposibilidad o restricción de la conducción de vehículos, se estableció que los conductores deben poseer unas mínimas condiciones psico-físicas²⁰, imponiendo el padecimiento de determinadas patologías o deficiencias, bien la obligación de adaptar el vehículo a sus necesidades o bien suponer condiciones restrictivas que deben corroborarse según la edad y el estado del conductor de forma anual, bianual, cada 5 o cada 10 años.

Las condiciones psicofísicas han sido revisadas por el RD 772/1.997 de 30 de mayo²¹, y efectuado algunas modificaciones. Así mismo existe actualmente un propuesta de Protocolo de reconocimiento psicofísico para conductores del Ministerio de Interior, DGT.

Hechas estas consideraciones, los factores humanos responsables de la génesis de un accidente pueden clasificarse atendiendo a su naturaleza en:

1.1. FACTORES NO PATOLÓGICOS.

Los factores no patológicos, pueden a su vez subclasificarse en **factores psíquicos**, entre los que destacan los estados emocionales y la personalidad y en **factores físicos**, siendo importantes la edad, el sexo, la fatiga, el sueño, la monotonía, la alimentación inapropiada y la falta de atención.

Los *factores emocionales*, pueden interferir en la conducción, por cuanto ésta requiere una concentración de todos los órganos sensoriales. Los fracasos económicos o laborales, los conflictos conyugales o familiares, pueden afectar nuestra atención, desatendiendo total o parcialmente la conducción.

La *personalidad* o conjunto de cualidades que motivan el comportamiento del individuo, en lo que atañe a la conducción consta de facultades innatas, aptitudes técnicas adquiridas mediante el estudio y la práctica y el carácter o forma particular de comportarse el individuo. La personalidad puede verse afectada durante la conducción por la fatiga, el consumo de tóxicos o la existencia de patologías entre otros.

La *edad* también influye en el manejo del vehículo. El 12,6% de los muertos en accidentes de tráfico (incluidos los peatones) durante el año 1.990 tenía 65 o más años de edad.²²

El incremento que el grupo de población mayor de 65 años de edad y su actividad ha experimentado en los últimos años unido a la existencia en este colectivo de limitaciones de la capacidad física y psíquica propia del envejecimiento y a un entorno no adaptado a las necesidades del anciano, que debe enfrentarse, en su doble vertiente tanto de conductor como de peatón, a un tráfico cada día más complejo y anárquico, hacen preocupantes las previsiones sobre accidentalidad.

Los jóvenes y los adultos presentan unos tiempos de reacción mucho más cortos que los ancianos. Los ancianos precisan dormir menos horas que los jóvenes, que por el contrario controlan mejor el sueño al volante que los ancianos. Las principales deficiencias físicas que presentan los ancianos son los defectos de visión o audición, la disminución de la movilidad, modificaciones en la capacidad mental, la alteración del ritmo del sueño y de la capacidad de adaptación a la actividad psicofísica

y por último los mayores presentan mayor incidencia de efectos secundarios y colaterales de los medicamentos.

El *género*, también puede ser motivo de accidente. Así, la dificultad de movimientos que presenta la mujer embarazada es un ejemplo revelador de la influencia del género en los siniestros.

La *fatiga* es, el estado psicofísico que produce una disminución de la capacidad energética por la acción del cansancio. Normalmente está asociada a la monotonía y al tiempo prolongado de conducción y se manifiesta por cambios fisiológicos transitorios, como son los movimientos de reajuste corporal, el parpadeo, la tensión muscular o la esterotipación de los actos, deterioro de la calidad, cantidad o eficacia en la ejecución de maniobras y la aparición de estados personales desagradables como el aburrimiento, la irritabilidad o la mayor aceptación del riesgo.²³ No podemos olvidar que para una conducción segura, debe existir una adecuada activación del sistema nervioso, por lo tanto corresponde al conductor distribuir la energía de la que dispone de forma racional.

“Todos los científicos están de acuerdo en que quedan todavía por desvelar muchas incógnitas sobre *el sueño*, sus funciones y significado” y coinciden unánimemente en un hecho: Conducir bajo los efectos del sueño lleva inevitablemente al accidente. Porque el sueño deja muy mermadas las complejas capacidades psicofísicas que son necesarias para conducir”.²⁴

El informe especial para la National Comisión on Sleep Disorders Research de E.E.U.U, estimó que la somnolencia puede estar implicada en el 36% de los accidentes de tráfico. Datos estadísticos ponen de manifiesto que si bien gran número de accidentes ocurren durante el día, el accidente nocturno suele ser de mayor gravedad. La falta de sueño disminuye la capacidad de reacción, produce mermas psicomotrices, distraibilidad, altera la percepción, eleva los umbrales sensoriales repercutiendo especialmente sobre el sentido de la vista, origina alteraciones cognitivo-conductuales y puede dar lugar a la aparición de los denominados “microsueños”, como reacción de defensa del organismo al sueño siendo responsables de múltiples accidentes.

La *alimentación inapropiada*, como comidas copiosas o de abundante contenido proteínico o graso origina digestiones lentas, pesadas y como consecuencia somnolencia.

La *monotonía*, produce aburrimiento y cansancio. Se manifiesta por disminución de las facultades físicas originando torpeza, diplopia, lentitud de reflejos y falta de coordinación entre otros. Por añadidura la monotonía aumenta la persistencia, por lo que es difícil conseguir que una persona fatigada deje de conducir, quedándose dormido si la situación se mantiene.

La *distracción* del conductor es la causa principal de accidentes de tráfico. Según las estadísticas²⁵, en España, se detecta en aproximadamente uno de cada tres siniestros. Al contrario de lo que pudiera parecer, las condiciones externas no parecen influir significativamente sobre la atención del conductor, sino más bien al contrario. Según un informe del Gabinete de Investigación de Accidentes de la DGT, realizado en Madrid, en un 18% de los casos estudiados, el conductor realizaba alguna acción consciente o inconscientemente aparentemente sin importancia, como encender la radio, manipular el elevalunas, utilizar el teléfono móvil, hablar con su acompañante o mirar a un lugar distinto de la vía y los vehículos que tenía delante cuando se produjo el accidente.

1.2. FACTORES PATOLÓGICOS.

Podemos dividirlos a su vez en ***factores patológicos transitorios*** y ***factores patológicos permanentes***.

El *alcoholismo*, la *intoxicación o abstinencia a drogas de abuso*, la *ingesta de medicamentos* y la *intoxicación por monóxido de carbono*, son factores patológicos transitorios, que pueden interferir en la capacidad de conducción pero de forma reversible. A pesar de conocerse el riesgo derivado del uso, abuso y utilización incorrecta de medicamentos, muchas personas conducen bajo sus efectos.

Los grupos de medicamentos que pueden influir sobre la conducción son los siguientes: a) medicamentos que actúan sobre el SNC, como antidepresivos o ansiolíticos; b) hipnóticos; c) antihistamínicos y medicamentos anticinéticos; d) analgésicos; e) medicamentos estimulantes; f) antiepilépticos; g) antihipertensivos; h) insulina o hipoglucemiantes en determinados casos.

El consumo de medicamentos es muy frecuente entre la población, ello quiere decir, que la probabilidad de conducir bajo los efectos de un medicamento de los grupos farmacológicos citados, es muy elevada. El 68% de individuos que tiene un accidente de tráfico tomaba algún tipo de medicamento de los considerados como

potencialmente peligrosos para la conducción²⁶. Además la ingesta concomitante de varios medicamentos o su asociación a la ingesta de drogas o alcohol, produce interacciones entre ellos y puede desencadenar efectos imprevisibles a la par que negativos para el individuo interfiriendo en la seguridad de la conducción.

Los conductores también pueden presentar alteraciones de sus funciones psíquicas, de forma transitoria o permanente, que dificulta el control de la seguridad vial. Se puede admitir la tendencia de determinadas personalidades a sufrir accidentes de tráfico, especialmente aquéllas con bajo control de la hostilidad, de impulsos, de tolerancia a la frustración, inmadurez, hiperactividad, disconformidad y tendencia a conductas de riesgo. También parece demostrada la correlación entre el denominado estrés psicosocial severo (en los últimos 12 meses y más específicamente en las últimas 6 horas) y la accidentalidad.

En definitiva, la búsqueda de la relación entre psicopatología y accidente de tráfico, con el propósito de reducir los accidentes de tráfico, es importante, para que los profesionales de la salud tengan en cuenta en su valoración clínica, la psicopatología como elemento de utilidad preventiva.²⁷

Procesos infecciosos como cuadros gripales, trastornos cíclicos o recidivantes como migrañas o algias gastrointestinales o el propio tratamiento ingerido para paliarlos disminuyen la atención temporalmente incrementando el riesgo de accidentalidad.

Las patologías permanentes, pueden originar por el contrario situaciones que inciden negativamente en la conducción por lo general de forma irreversible y evolutiva. Alguna de estas situaciones médicas crónicas se consideran causa de denegación de la obtención o revisión de las diversas clases de permisos de conducción y vienen contempladas en el RD 2.272/85 y su actualización, Real Decreto 772/1997, de 30 de mayo, con motivo de la adaptación de la legislación española a la Unión Europea, Directiva Comunitaria 91/439/CEE sobre permisos de conducción de vehículos, que se hizo efectiva a partir del 1 de Julio de 1.996. Las enfermedades permanentes que figuran en la normativa son las siguientes:

1.2.1. ANOMALÍAS DE LA VISTA.

La agudeza visual debe ser con o sin cristales correctores en visión binocular de al menos 0,5 en ambos ojos. Si la visión fuese monocular, se incrementa a 0,6 en ojo válido, debiéndose someterse a revisión cada 3 años y limitándose la velocidad a 90

Km/h. La visión monocular debe ser entendida como toda pérdida anatómica o funcional, ambliopía o supresión de un ojo, así como cualquier agudeza visual igual o inferior a 0,10 en un ojo, con o sin lentes correctoras. En los permisos ordinarios se admite la visión monocular, que deberá tener seis meses de antigüedad, la campimetría de diámetro horizontal normal y reunir el resto de las condiciones exigidas a la visión binocular.

El campo visual no debe ser inferior a 120° en el plano horizontal para cada ojo explorado de forma separada.

No se admite la hemeralopia, la diplopía. Las patologías oftalmológicas o sistémicas con repercusión en la capacidad visual, son la diabetes mellitus o la hipertensión arterial entre otras.

El reglamento de conductores, incorpora el concepto de deterioro progresivo de la capacidad visual, previéndose la posibilidad de reducir el período de validez habitualmente establecido.

1.2.2. ANOMALÍAS DEL SISTEMA AUDITIVO.

Los conductores de permisos ordinarios no deben tener con o sin audífono una disminución de la agudeza auditiva o hipoacusia superior al 45% de pérdida combinada, entre los dos oídos. Una hipoacusia que supere el 45%, obliga a llevar en el vehículo, espejos retrovisores a ambos lados. Si existiese cofosis o sordera total, además de lo anterior, han de llevar un espejo retrovisor panorámico y se limita la velocidad máxima a 90 Km/h. En los conductores profesionales, el límite de hipoacusia no puede superar el 35% con o sin audífono. Los conductores afectados de sordomudez, deberán superar unas pruebas de inteligencia libre de sesgos culturales, no permitiéndose en estos casos ninguna adaptación en el vehículo. No se aceptan los vértigos permanentes, evolutivos o intensos.

1.2.3. ENFERMEDADES O DEFICIENCIAS DEL SISTEMA LOCOMOTOR.

Toda alteración que no permita la posición sedente normal o el manejo eficaz de los mandos del vehículo sin necesidad de posiciones atípicas o fatigosas, serán causas de denegación o de adaptaciones en el vehículo. Así, pueden darse discapacidades por deficiencia del aparato locomotor por pérdida o carencia anatómica o funcional que afecte de forma parcial o total de una o varias extremidades, deficiencias mecánicas,

motrices y posturales de cabeza, cuello o tronco o alteraciones en la talla, que no deberá ser inferior a 1,50 cm, como enanismos o acondroplasias. El límite mínimo de la talla, para no adoptar condiciones restrictivas, se sitúa en 1,50 m.

La razón es que, los conductores de escasa estatura o aquellos que carecen de algún miembro pueden tener dificultades en la conducción, sobre todo en las situaciones en que se requiere una gran capacidad de maniobra como es el caso de las maniobras de giro.

En los conductores de ciclomotores y motocicletas, se valora la correcta oposición del dedo pulgar al resto de los dedos de la mano, es decir que la función denominada “pinza inteligente” se halle conservada en ambas manos.

La fuerza muscular medida mediante un dinamómetro debe ser suficiente.

El reglamento de conductores admite la posibilidad de permitir la conducción a los conductores profesionales, con algún defecto de movilidad, introduciendo una caja de cambios automática en su vehículo.

1.2.4. ANOMALÍAS DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR.

La Insuficiencia cardiaca que afecte a la dinámica cardíaca con signos objetivos y funcionales de descompensación o síncope, los trastornos del ritmo, las coronariopatías, la hipertensión arterial con cifras sospechosas de afectación cardiovascular, renal o endocrina y siempre que la cifra tensional diastólica supere los 120 mm de Hg, los aneurismas cardiacos y arteriales de los grandes vasos, las arteriopatías periféricas de carácter obliterante sintomáticas, las hemopatías graves y las sometidas a tratamiento anticoagulante, las enfermedades venosas del tipo varices voluminosas de miembros inferiores suponen la suspensión del permiso de conducción.

En los permisos ordinarios no se admite la bradicardia intensa, debida a trastornos de la conducción no corregidos ni la fibrilación auricular como manifestación de una cardiopatía asociada. En los permisos profesionales no se permite, la arritmia completa, el flúter auricular, las extrasístoles ventriculares, la taquicardia sinusal permanente y las taquicardias paroxísticas.

En los permisos ordinarios no se admite la existencia de una coronariopatía con signos positivos de insuficiencia cardíaca, en los permisos profesionales no se admite el antecedente de haber padecido infarto de miocardio.

Los conductores no profesionales portadores de marcapasos, prótesis valvulares, by-pass aortocoronario, antecedentes de insuficiencia coronaria o angor, deberán someterse a revisión cada 2 años.

La nueva normativa, para valorar la capacidad cardiológica incorpora una clasificación funcional basada en la actividad física del conductor, atendiendo a cuatro niveles:

- Nivel I: No existe limitación de la actividad física habitual y no ocasiona fatiga, palpitaciones, disnea o angor.
- Nivel II: Limitación moderada de la actividad física habitual, que en ocasiones origina sintomatología de fatiga, palpitaciones, disnea o angor.
- Nivel III: Existencia de limitación notable de la actividad física habitual, apareciendo fatiga, palpitaciones, disnea o angor tras una actividad menor de la habitual.
- Nivel IV: Existe imposibilidad de desarrollar la actividad física habitual sin que aparezcan síntomas manifiestos de insuficiencia cardíaca.

Se establece que los conductores de permiso ordinario no pueden presentar situaciones incluidas en los niveles III y IV. Los conductores profesionales además de lo anterior, no pueden encontrarse tampoco en el nivel II.

1.2.5. ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS Y MUSCULARES.

Los conductores no pueden padecer enfermedades del sistema nervioso central o periférico que produzcan pérdida o disminución grave de las funciones motrices, sensoriales o de coordinación.

La Epilepsia, es un trastorno del sistema nervioso. El epiléptico si no está bien controlado puede producir una recaída o crisis con convulsiones, pérdida de conocimiento y caída, la epilepsia de tipo "petit mal" o ausencia cursa con episodios de pérdida momentánea de la conciencia sin convulsiones.

El factor más predictor de la recurrencia de convulsiones es la duración del periodo libre de crisis, pero no existe unanimidad al establecer el período sin convulsiones preciso, para permitir la conducción de vehículos. Generalmente se acepta 1-2 años, estableciéndose que después de 3 a 5 años sin crisis la probabilidad de recidiva decrece progresivamente. Existen diversos factores asociados a un riesgo mayor de accidente²⁸, edad joven, varón, soltero, ausencia de tratamiento antiepiléptico, convulsiones previas múltiples, consumo de alcohol o drogas, trastornos psiquiátricos, convulsiones focales complejas o generalizadas, la edad de comienzo de las convulsiones, la frecuencia de éstas, las anomalías en el EEG y las patologías previas entre otros.

La epilepsia no impide de forma absoluta el manejo de automóviles.²⁹ Los epilépticos no pueden obtener o revisar el permiso de conducir hasta que no haya transcurrido más de 1 año desde la última crisis convulsiva en los permisos ordinarios (motocicletas y automóviles de turismo) y es necesario estar libre de crisis y sin tratamiento en los últimos cinco años en los permisos profesionales (conductores de taxis, camiones y autobuses). En ambos casos es necesario el informe favorable de un neurólogo, siendo el período de vigencia del permiso de conducir de dos años como máximo.

Las deficiencias musculares y osteológicas, el dolor o anquilosis de las articulaciones, el sobrepeso y el déficit de fuerza pueden impedir el frenado o la maniobrabilidad ligera. No se admiten los temblores de grandes oscilaciones, los espasmos que produzcan movimientos amplios de la cabeza, del tronco de los miembros y en general los temblores o espasmos que incidan involuntariamente en el control del vehículo.

1.2.6. TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS.

La nueva normativa permite a los conductores profesionales recibir tratamiento anticoagulante, que deberán someterse a revisión cada 2 años aportando informe favorable de especialista en hematología.

1.2.7. ENFERMEDADES ENDOCRINOLÓGICAS Y METABÓLICAS.

La Diabetes o falta de producción de Insulina por el páncreas, es una enfermedad endocrina que en caso de descompensación puede provocar una

hipoglucemia o por el contrario una hiperglucemia y terminar en Coma hipo o hiperglucémico. Los diabéticos deben aportar informe favorable de especialista en endocrinología, para descartar la existencia de descompensación o complicaciones de su trastorno y se someterán a revisión cada 3 años. No se admite tratamiento con Insulina en los conductores profesionales.

Se incorporan condiciones restrictivas, en los casos de determinadas patologías tiroideas, paratiroideas o suprarrenales. No siendo admisible la presencia de una diabetes insípida con síntomas diencefálicos ni la insuficiencia suprarrenal que curse con hipotensión intensa.

1.2.8. ENFERMEDADES RENALES.

Las nefropatías que cursen con insuficiencia renal avanzada son motivo de adaptación o restricciones para la conducción.

El sometimiento a diálisis o el trasplante renal requiere revisión cada 2 años, en el primer supuesto y en el segundo supuesto cada 2 años en los permisos ordinarios y anual en los conductores profesionales, con informe favorable preceptivo de especialista en nefrología.

1.2.9. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS.

La disnea permanente en reposo o durante un esfuerzo leve, o afecciones pulmonares, pleurales, diafragmáticas y mediastínicas que determinen incapacidad funcional o posibiliten la aparición de crisis de disnea paroxística, dolor torácico intenso u otras alteraciones que puedan influir en la seguridad en la conducción, por lo tanto inhabilitan al conductor.

Aproximadamente un 7% de la población española, entre 30 y 70 años de edad, padece el Síndrome de Apnea Obstructiva del sueño (SAOS) y de ellos el 90% ignora que la padece.³⁰

La apnea del sueño, es una enfermedad crónica que implica pausas respiratorias mientras se duerme, movimientos corporales excesivos, origina somnolencia diurna, cambios de personalidad y multiplica por 6 el riesgo de accidente.³¹ Como mínimo, los conductores con apneas tienen un riesgo 4 veces mayor de sufrir un accidente de tráfico y, como máximo 11 veces si se asocia a la ingesta de alcohol.

El perfil del paciente de apnea, es de un varón adulto, de alrededor de 50 años de edad, exceso de peso, cuello corto, con papada, con actividad laboral, tendencia a roncar y son sueño durante el día. Aunque más raros, se dan casos en mujeres o varones jóvenes y sin exceso de peso.

El RD 772/1.997, de 30 de mayo, incorpora el síndrome de apnea obstructiva del sueño. Para la renovación del permiso de conducción, estos pacientes deben aportar un informe del especialista acreditando su situación, estar sometidos a tratamiento y someterse a revisión cada dos años en los casos de permisos ordinarios y cada año en los permisos profesionales.

1.2.10. PATOLOGÍA ABDOMINAL.

A la hora de conceder o denegar un permiso o licencia de conducción, se valorará también la existencia de una patología abdominal bien sea funcional u orgánica con especial hincapié en la existencia o posibilidad de que aparezcan complicaciones que influyan en las condiciones de aptitud y seguridad durante la conducción.

1.2.11. TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS.

No es admisible la presencia en el conductor de trastornos psíquicos que alteren de forma apreciable la personalidad, conlleven un funcionamiento intelectual deficitario, produzcan ideas obsesivas de suicidio o tendencias agresivas.

Según la OMS, entre un 3-5% de la población está afectada de algún tipo de Depresión.

La Depresión puede afectar al comportamiento del individuo de forma negativa, y produce multitud de manifestaciones somáticas y psíquicas, con repercusiones directas o indirectas sobre la conducción. En muchos casos la depresión no se diagnostica y por lo tanto, estos enfermos no están en condiciones óptimas para realizar una conducción segura de vehículos³² debiendo además extremar las medidas de precaución cuando conducen.

La Demencia que es un estado patológico persistente de la mente, cursa con alteraciones de las funciones cognitivas superiores fundamentalmente, con desorientación temporoespacial y posteriormente con pérdida de conciencia del propio "yo", comportando un estado deficitario intelectual.

1.2.12. ALCOHOLISMO Y TOXICOMANÍAS.

El alcoholismo, las toxicodependencias o la ingesta de medicamentos son causas de suspensión temporal o total de la obtención o renovación de la licencia o el permiso de conducción de cualquier vehículo.

Las drogas afectan en menor o mayor grado los elementos de la personalidad que son necesarios para una conducción segura. Entre las acciones que producen destacan la desinhibición psicomotriz, la pérdida de control, o la depresión de la conciencia.

El Alcohol produce en un primer instante euforia y, aumento de la confianza alteraciones de los reflejos y reduce la capacidad del conductor, aumenta el tiempo de reacción seguido de depresión y dejadez. Aún en pequeñas cantidades menoscaba la capacidad de un conductor para resolver los problemas de la carretera y de la circulación. Las personas que se encuentran bajo los efectos del alcohol son más propensas a sufrir accidentes que las que no lo están.

Existen múltiples tóxicos, cada uno con efectos característicos, así son excitantes el café, el te y el tabaco; euforizantes la cocaína y los opiáceos como la heroína, embriagadoras como el alcohol, son sustancias alucinógenas la Mescalina, el LSD, tranquilizantes las benzodiacepinas o los barbitúricos.

Una amplia mayoría de las muertes por accidente podría ser evitada sólo con una actitud responsable por parte del conductor del vehículo o el peatón. Todos los ciudadanos, como personas, tenemos una responsabilidad individual al conducir un vehículo de motor, montar en bicicleta o simplemente pasear por el casco urbano, pero los conductores sobre todo tienen también una responsabilidad colectiva, que resulta ser un factor clave a la hora de la reducción de los siniestros.

2. FALLO DEL VEHÍCULO.

La causa de los dos principales problemas que suponen los vehículos en la producción de un siniestro, viene determinada por el incremento experimentado en número, variedad y características técnicas, que ha rebasado la capacidad de las vías y afectado a la seguridad personal y el rodaje de unidades envejecidas, que pone en peligro la seguridad del tráfico.

Los accidentes de tráfico por fallo del vehículo son debidos principalmente a averías o fallos mecánicos y éstos a su vez guardan una incidencia creciente conforme aumenta su envejecimiento.

La seguridad del vehículo, puede dividirse en *seguridad activa* o conjunto de condiciones técnicas que ejercen su función mientras el vehículo está circulando contribuyendo a evitar o minimizar los actos y comportamientos inseguros del conductor y del propio vehículo que podrían provocar un accidente y *seguridad pasiva* o conjunto de condiciones técnicas cuya finalidad es evitar o minimizar los daños producidos a personas u objetos existentes en el interior del vehículo o con las que podría interaccionar durante un accidente.

Entre los elementos que integran la seguridad activa merecen destacar las condiciones ergonómicas del vehículo que facilitan o dificultan la conducción, la visibilidad, los sistemas de señalización, los sistemas de control como la aceleración, el frenado y la dirección y el comportamiento dinámico del vehículo es decir la potencia suficiente para la rápida aceleración en caso necesario como durante un adelantamiento o la realización de una maniobra de emergencia, el aumento de la estabilidad del vehículo por ejemplo en caso de frenado brusco o el aumento de la fiabilidad de los sistemas evitando que una avería fortuita los haga inservibles.

Entre los elementos más importantes que constituyen la seguridad pasiva se encuentran, los que contribuyen a soportar impactos, la retención de sus ocupantes como los cinturones de seguridad o los reposacabezas, el airbag, las superficies tanto interiores como exteriores, los parabrisas y los elementos que sirven para minimizar el riesgo o de incendio.

El uso combinado del cinturón de seguridad y el airbag, en caso de colisión, evitaría que el 75% de las personas sufrieran lesiones graves en la cabeza y el 66%, en el pecho. También está demostrado su efecto protector en más del 60% de los accidentes.³³

3. FALLO DE LA VÍA O CALZADA.

La vía es el elemento material más fijo o perenne ya que su construcción o modificación requiere períodos largos de tiempo e inversiones económicas importantes.

Aunque las carreteras no constituyen el factor principal de los accidentes de circulación, es indudable que su mejora simplifica la conducción y aumenta la seguridad.

Los factores que contribuyen a que la vía o calzada se encuentre en un estado óptimo para la conducción o por el contrario la hagan difícil o la imposibiliten son el trazado de la vía, el tipo y estado del firme las *características de la vía* y la señalización que presente.

Dentro del *trazado de la vía* en el que hay que considerar no sólo la planta sino también el perfil, existen condiciones que favorecen la producción de accidentes como las curvas, las intersecciones, los estrechamientos o los cambios de rasante.

El *firmo o pavimento* está compuesto por capas superpuestas denominadas de fuera a dentro, asfalto, base, subbase, capa anticontaminante y la explanada mejorada, cada una de ellas con una función específica que dota al firme de la calidad necesaria para el tránsito en las mejores condiciones. El desgaste del firme, los surcos, la existencia de baches considerables en longitud y anchura o de bordillos pueden hacer perder la adherencia de los neumáticos o el cambio de trayectoria y contribuir a la producción de un accidente. De gran importancia es su resistencia al deslizamiento cuando la calzada está mojada, especialmente en los tramos en que los vehículos modifican su velocidad o trayectoria.

Las *características de la vía*, es decir si se trata de una carretera, autovía o autopista entre otras. En las carreteras los accidentes suelen ser, sobre todo colisiones de dos o más vehículos. En las autopistas, los accidentes suelen afectar a un solo vehículo y desaparecen las colisiones frontales y las embestidas, siendo los enlaces, las entradas y las salidas son puntos de concentración de accidentes. Cuando el tráfico en éstas es ligero, los accidentes acontecen en la salida hacia los ramales al salirse de la calzada por exceso de velocidad. Cuando el tráfico es intenso se producen colisiones en las entradas desde los ramales a la autopista cuando los vehículos intentan incorporarse sin tener el espacio suficiente.

La *señalización de la vía* que puede ser fija o por el contrario ser provisional destinada a cubrir una eventualidad, para cumplir su finalidad de informar, regular el uso de la vía, avisar de los peligros o aconsejar al conductor, debe reunir las

características de uniformidad, visibilidad y legibilidad que la doten de la eficacia perseguida.

4. CONDICIONES METEOROLÓGICAS.

El clima, la existencia de luz u oscuridad y las condiciones climáticas puntuales, pueden influir y modificar las condiciones anteriores en mayor o menor grado, generalmente ejerciendo efectos negativos o impeditivos para la conducción.

La oscuridad es la responsable de que los accidentes que acontecen por la noche sean más graves que los ocurridos durante el día, debido entre otras cuestiones a la reducción de la visibilidad, campo de acción del conductor, el campo de maniobra y la distancia entre el punto de percepción posible y el punto de conflicto. El sol, puede provocar deslumbramientos dificultando la visibilidad de los conductores.

Condiciones meteorológicas como la lluvia, la nieve o el hielo afectan la visibilidad y la adherencia de los neumáticos al firme y la niebla acerca el punto de percepción posible al punto de conflicto con lo cual aumenta el riesgo de accidente.

5. CIRCUNSTANCIAS AJENAS A LAS ANTERIORES.

Corresponden a cualquier circunstancia no englobable en los apartados anteriores pero que también puede ser una causa mediata de un accidente de tráfico, valga como ejemplo la picadura de un insecto.

1.2.3.2. Causas inmediatas.

1. INFRACCIONES A LAS NORMAS DE CIRCULACIÓN.

La velocidad es considerada como la primera causa a nivel mundial de los accidentes de circulación.

Se considera velocidad excesiva cuando se rebasa una limitación establecida legalmente y velocidad inadecuada, cuando sin ser excesiva, por las condiciones del tráfico, la carretera o de la meteorología, resulte mayor de lo aconsejable.

Sintetizando los efectos negativos de la velocidad, podemos destacar, la reducción de las posibilidades de reacción; la repercusión negativa en la anticipación, factor que es fundamental para evitar el accidente; si la velocidad es inadecuada o excesiva, potencia la violencia y el estrés del conductor; aumenta la gravedad de los accidentes; altera el funcionamiento de los órganos sensoriales y se producen cambios

fisiológicos en el organismo que incrementan la fatiga y de los que no somos conscientes.³⁴

Otras infracciones que pueden originar un accidente son los adelantamientos peligrosos, no respetar las prioridades de paso en cruces señalizados o no, no respetar la distancia de seguridad reglamentaria, no señalar las maniobras, carecer de alumbrado o deslumbrar con los faros del vehículo o rebasar los límites permitidos de alcohol.

2. DEFICITS EN LA PERCEPCIÓN.

Son las conductas en las que la atención está mermada por alguna circunstancia, por lo que el individuo precisará más tiempo del habitual para percibir el peligro.

3. ERRORES EN LA PERCEPCIÓN.

Las maniobras evasivas, son aquellas fruto de la experiencia y de la pericia del conductor, que evitan el accidente. Si falta la pericia o la experiencia que se le presupone al conductor que posee el Permiso de Conducir, estas maniobras se realizarán de forma incorrecta.

4. CONDICIONES NEGATIVAS.

Son las que dan lugar a una conducción antisocial o peligrosa. Se trata de una infracción con el agravante de intencionalidad, premeditación, o de una ignorancia o negligencia inexcusables.

1.2.4. Clasificación.

Existen diversas formas de proceder a la clasificación de los accidentes de circulación, dependiendo de su finalidad y según los criterios clasificatorios utilizados. Lo habitual es que se entremezclen los diversos criterios.

Generalmente se utilizan los siguientes criterios de clasificación:

➤ POR SU SITUACIÓN.

Según la vía en que acontezca el accidente, se clasifican en *urbanos*, cuando tienen lugar en una calle o vía urbana comprendida dentro del casco de las poblaciones, o *interurbanos* u originados en una vía interurbana. Estos últimos se subdividen según el tipo de carretera es decir, nacional, comarcal o autopista entre

otros o considerando el trazado de la vía en, cruce, curva, paso a nivel o cambio de rasante entre otros. Las travesías constituyen un tipo específico de vía urbana.

➤ POR SUS RESULTADOS.

Se clasifican en *accidentes mortales*, cuando el accidente ocasiona el fallecimiento de una o más personas dentro de las 24 horas siguientes a su producción. *Accidentes con heridos*, cuando sólo causan lesiones a alguno de los ocupantes del vehículo. O *accidentes con daños materiales*, cuando sólo se producen perjuicios en la propiedad.

➤ POR EL NÚMERO DE VEHÍCULOS IMPLICADOS.

Hablamos de *accidentes simples*, al referimos a aquellos en los que interviene una sola unidad de tráfico y *accidentes complejos*, cuando están implicadas dos o más unidades de tráfico. En este grupo se encuentran los *atropellos*, que son aquellos en los que interviene un peatón o animal, bicicleta o motocicleta, que es lanzado por un vehículo de entidad superior y también los *accidentes en cadena o múltiples*, aquellos es los que el número de participantes es superior a dos unidades de tráfico.

➤ POR EL MODO DE PRODUCCIÓN.

Los clasificamos principalmente en *choque* y *colisiones*.

Se considera *choque* cuando el vehículo topa contra un elemento fijo en la vía, como es al caso de un árbol o un muro o cualquier elemento que forma parte de la infraestructura de la vía u objetos, que aunque no forman parte de dicha infraestructura se encuentran en ella, bien de forma accidental, bien de forma intencionada, tales como neumáticos o piedras y también se considera choque el encuentro violento entre un vehículo en movimiento y otro estacionado o abandonado.

Las *colisiones*, son encuentros violentos entre dos o más vehículos en movimiento. Pueden ser *colisiones frontales de tipo central*, cuando coinciden los ejes longitudinales de los vehículos; *de tipo excéntrico*, cuando los ejes longitudinales son paralelos pero no coincidentes; *de tipo angular*, cuando existe un ángulo menor a 90° entre los ejes longitudinales; *embestidas*, son colisiones laterales bien perpendiculares bien oblicuas anteriores, centrales, posteriores derechas o izquierdas; *colisiones reflejas*, son aquellas en las que se producen dos o más colisiones sucesivas entre si; *colisiones por alcance*, cuando dos o más vehículos entran en colisión de forma que la

parte frontal de uno de los vehículos lo hace sobre la parte posterior del otro; *colisiones por raspado*, cuando se produce un roce entre los laterales de ambos vehículos, bien sea positivo si los dos vehículos circulan en sentido contrario o negativo si lo hacen en el mismo sentido; *salidas de la vía*, cuando parte o la totalidad del vehículo salen de la calzada por causas ajenas a su voluntad, pudiendo producirse o no el vuelco. Si el vuelco no se produce, puede existir salto o no y si se produce puede tratarse de un vuelco en campana si el vehículo da vueltas longitudinalmente o de un vuelco en tonel cuando lo hace transversalmente dando vueltas completas o parciales. Los *atropellos*, ocurren cuando una unidad colisiona con otra, siendo la desproporción entre ambos manifiesta, tal es el caso del atropello por un turismo a un peatón, un ciclista o un ciclomotor.

➤ ACCIDENTES CON CARACTERÍSTICAS ESPECIALES.

Existen otras clases de accidentes que no son susceptibles de ser incluidos en los apartados anteriores por poseer unas características especiales. Nos referimos a los *incendios, explosiones, derrumbamientos, caídas de los usuarios de los vehículos a la calzada o caídas de vehículos a cauces de agua* entre otros.

➤ OTRAS CLASIFICACIONES.

Según la hora del día en que se produce el accidente los clasificamos en *diurnos o nocturnos*; según el día en *laborables o festivos*; según la actividad en *salida o entrada al trabajo*, según el material que transporte el vehículo en *transporte escolar, materias peligrosas o no*.

1.2.5. Evolución del accidente.

El accidente de circulación, casi nunca acontece de forma instantánea, sino que evoluciona en el tiempo y el espacio en una serie de fases que producen el resultado.

Durante la reconstrucción del evento, el tiempo se reconstruye en función de “momentos”, en los cuales los individuos intervinientes han debido proceder de una determinada manera, pero finalmente lo han hecho o no. En el espacio existen “zonas” o “áreas” en las que los hechos se producen y dentro de ellas determinados “puntos”, en donde situar acciones concretas. El conjunto de “un momento” y “un punto”, será la “posición”. La unión de varias posiciones dará lugar a la “fase” del accidente.

Según los investigadores españoles, la clasificación clásica y más aceptada de las fases del accidente es la que distingue:

➤ FASE DE PERCEPCIÓN.

Es la fase más amplia del accidente. Abarca a las otras dos, teniendo en cuenta que el conductor o peatón percibe todo el proceso en el que se ve envuelto.

Comienza en el Punto de Percepción Posible (P.P.P.) o momento y lugar donde una persona normal pudo haber percibido el movimiento o condición inesperada antes de percibir realmente por primera vez el peligro o situación anormal que se denomina Punto de Percepción Real (P.P.R) y finaliza en el Punto de Conflicto.

➤ FASE DE DECISIÓN.

La fase de percepción real, cuando no es anulada por la rapidez con la que los acontecimientos se suceden, se sigue de la fase de la Fase de Decisión, que es aquella en la que el conductor o peatón reaccionan ante el estímulo anterior. Cuando el conductor o peatón se percata del peligro, transcurre un tiempo denominado Tiempo de Reacción, hasta que actúa, realizando generalmente una maniobra de evasión para evitar el accidente.

➤ FASE DE CONFLICTO.

Corresponde a la fase de culminación del accidente. En ella los investigadores distinguen el Área de Conflicto o espacio en que se desarrolla la posibilidad del accidente, el Punto de Conflicto (P.C.) o aquel en que se consuma el accidente y que es la posición de máximo efecto y la Posición Final (P.F.) o aquella en la que quedan situados finalmente los vehículos y objetos tras el siniestro.

1.2.6. Accidente de tráfico “in itinere”.

La Ley General de la Seguridad Social (LGSS)³⁵, definió el *accidente in itinere* como “el que sufre el trabajador al ir o al volver del lugar de trabajo”, actualmente el concepto de accidente de trabajo se encuentra recogido en el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio³⁶, por el que se aprobó el Texto Refundido de la Ley de la Seguridad Social, artículo 115.1, definiéndolo como “toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena”.

El accidente *in itinere* es más grave en general que el que se origina en el lugar del trabajo.³⁷

La protección y delimitación del accidente *in itinere* tiene como elementos básicos, la relación entre el lugar de trabajo y el domicilio y se caracteriza por la necesidad de un desplazamiento funcionalmente referido a la relación entre ambos términos. Excluye, por tanto, las desviaciones por motivos personales como los accidentes en misión donde el desplazamiento no toma como punto de referencia el domicilio y la idoneidad de los medios utilizados para la realización del desplazamiento como exigencia instrumental a respoetar para que se mantenga el nexo causal entre accidente y trabajo.

El concepto de *domicilio* se ha interpretado en sentido amplio, entendiéndose por tal no sólo el legal, sino el real y hasta el habitual y, en sentido figurado, el acostumbrado punto normal de llegada y partida del trabajador o incluso el de residencia efectiva, aunque sea accidental o en ciudad distinta a la del trabajo, si es conocida y consentida por la empresa. Se excluye el domicilio familiar distinto del habitual cuando se regrese de vacaciones.

Respecto al *camino recorrido* entre el centro de trabajo y el domicilio se considera como tal el habitual y no debe sufrir desviaciones originadas por motivaciones personales. La doctrina del Tribunal Supremo es bastante flexible cuando el trabajador sufre un accidente al desviarse de su camino habitual, o emplear más tiempo como consecuencia de situaciones personales, si se demuestra que no hubo mala fe ni cuestiones de ocio o de recreo.³⁸

El *tiempo del trayecto*, se suele considerar el que se tarda normalmente en recorrer esa distancia utilizando el medio de locomoción del trabajador.

Respecto al *transporte empleado*, se admite cualquier medio de locomoción idóneo en un traslado y que no aumente innecesariamente los riesgos.

La recomendación de la O.I.T.³⁹ estipula que todos los miembros bajo determinadas condiciones deberán considerar accidente laboral aquellos que se sufran en el trayecto directo entre el lugar del trabajo y:

- La residencia principal o secundaria del trabajador.
- El lugar donde el trabajador suele tomar sus comidas.
- El lugar donde generalmente recibe su remuneración.

1.3. La valoración del daño corporal.

1.3.1. Revisión conceptual del daño.

Etimológicamente, el término daño proviene de la partícula “da” o “demere”. La partícula “da” indica la presencia de una pérdida y la partícula “demere” significa quitar. La Real academia de la Lengua define la acción de dañar como “causar menoscabo, detrimento, dolor o molestia”.

Desde un punto de vista genérico, *Moya* define la acción de dañar, como “causar menoscabo, perjuicio, dolor, detrimento o molestia”. Desde una perspectiva médica el daño se corresponde con enfermedad o síndrome y se equipara al concepto lesión.

La doctrina jurídica precisa que el daño es “un menoscabo que a consecuencia de un evento determinado sufre una persona en sus bienes vitales naturales, en su propiedad o en su patrimonio y del cual haya de responder otra”. Para el Derecho Romano clásico el daño o *Damnum* es cualquier pérdida o disminución de la persona”, concepto que perdura actualmente ya que médico-legistas como *V. Moya* (1989) entiende como daño la “destrucción, deterioro, inutilización de una persona o cosa”.

De la definición jurídica de daño derivan sus sinónimos, perjuicio o pérdida, cuya utilización es indistinta, aunque no signifiquen exactamente lo mismo y sus tipos.

Hernández Cueto incluye bajo la denominación de “valoración del daño corporal” una serie de actuaciones médicas dirigidas a conocer exactamente las consecuencias que un suceso traumático determinado, generalmente accidental, ha tenido sobre la integridad psicofísica y la salud de una persona, dirigido a obtener una evaluación final que permita al juzgador establecer las consecuencias exactas del mismo. Los componentes que hay que tener en cuenta a la hora de la reparación del daño causado son los daños patrimoniales y los daños extrapatrimoniales.

Los *daños materiales*, son aquellos derivados de la destrucción o deterioro de las cosas, tienen carácter pecuniario y son por lo tanto patrimoniales.

Los daños a la persona o daño corporal, deriva del perjuicio ocasionado a las personas y siguiendo a *J. Santos Briz* (1989) ha sido definido como “todo menoscabo material o moral causado contraviniendo una norma jurídica que sufre una persona y del cual vaya a responder otra”. O también “toda disminución, deterioro o destrucción

que sufre la persona respecto a su estado anterior, tanto en sus bienes extrapatrimoniales como patrimoniales". El daño a la persona puede desglosarse en dos tipos, daños materiales, patrimoniales o pecuniarios, que corresponden a los gastos económicos realizados por la persona lesionada derivados de las lesiones y, a la pérdida económica que le supone la pérdida de ganancia o que haya dejado de obtener. y daños morales, extrapatrimoniales, no pecuniarios o no económicos, que corresponden a los daños ocasionados a las creencias, sentimientos, la estima social o la salud física o psíquica (*R de Ángel*, 1988). Pudiendo ser éstos daños morales puros, cuando no tienen repercusión económica, o daños morales impropios, cuando tienen repercusión económica.

El concepto médico-legal propuesto por *Gisbert-Calabuig* identifica el daño con disfuncionalidad o funcionalidad alterada, o modificación peyorativa de una o más funciones de la persona".

1.3.2. Revisión conceptual de lesión.

Las lesiones constituyen uno de los problemas a los que el médico legista se debe enfrentar diariamente en el desempeño de su actividad profesional. Antes de evaluar una lesión debemos sentar las bases del significado actual de lesión, ya que la evolución de las denominadas Ciencias Morfológicas y también del Derecho ha dado lugar a un sinfín de definiciones a lo largo de la historia que han modificado y ampliando su significado a la par que dotado en ocasiones de complejidad.

El término lesión, etimológicamente proviene del latín "laedere", que significa herir y en sentido estricto puede definirse como la " modificación de la estructura de un tejido bajo la influencia de una causa mórbida".

La lesión es toda alteración anatómica o funcional y constituye la manifestación básica del daño corporal.

La OMS ha definido la lesión como "pérdida o anomalía de estructuras, órganos o sistemas, tanto anatómicos, como fisiológicos y psicológicos".

Otra de las múltiples acepciones de lesión corresponde a una concepción morfológica, es decir, "toda modificación apreciable de las características anatómicas e histológicas de un tejido u órgano con la consiguiente alteración de la función".

Nuestro Código Penal no define lo que entiende por lesión, por lo tanto para establecer el concepto penal de lesión, los juristas se basan en lo establecido por la Jurisprudencia del Tribunal Supremo. Desde el punto de vista jurídico, la lesión era en un principio sinónimo de violencia. Con el tiempo, este concepto se ha ido ampliando, así tras la Sentencia del Tribunal Supremo del 23 de Marzo de 1.905 "Quien habiendo sufrido en una reyerta una lesión leve, enferma del susto y necesita luego una larga asistencia"; Sentencia del Tribunal supremo del 20 de diciembre de 1.921 "Lesión es todo daño corporal causado violentamente, bien se trate de una herida, contusión o erosión"; Sentencia del Tribunal Supremo del 15 de Marzo de 1.927 "Es autor de lesiones graves el que abusando de la credulidad de la ofendida, tuvo con ella acceso carnal inoculándole una enfermedad venérea que sufrió durante 13 meses", se consideraron las lesiones de índole sentimental, las lesiones con violencia y las lesiones por contacto venéreo respectivamente.

El concepto penal de lesión se refiere en orden al bien jurídico protegido por la norma, es decir la integridad corporal y la salud física o psíquica de las personas y de una inducción a través de los distintos conceptos descriptivos que contienen los tipos para fijar los resultados en ellos penados.

Así sería considerada lesiva toda conducta que atente contra dicha norma jurídica y también todo resultado que implique un menoscabo de la integridad física y /o psíquica de la persona. El delito de lesiones, viene recogido en el Código Penal, artículos 147 al 156.⁴⁰ El tipo básico, figura en el artículo 147 que dice: "1. El que, por cualquier medio o procedimiento, causare a otro una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental, será castigado como reo del delito de lesiones con la pena de prisión de seis a tres años, siempre que la lesión requiera objetivamente para su sanidad, además de una primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico. La simple vigilancia o seguimiento facultativo del curso de la lesión no se considerará tratamiento médico. 2. No obstante, el hecho descrito en el apartado anterior será castigado con la pena de arresto de siete a veinticuatro fines de semana o multa de tres a doce meses, cuando sea de menor gravedad, atendidos el medio empleado o el resultado producido". Adelantándonos al desarrollo que posteriormente realizaremos sobre el Delito de lesiones, comprobamos que el legislador ha pretendido proteger tanto la salud física como la psíquica de las personas, requiriendo que se produzca un efectivo menoscabo de la salud física o psíquica.

Según la Jurisprudencia del Tribunal Supremo, la lesión se define como toda alteración anatómica o funcional que menoscabe la integridad corporal o la salud física o mental del individuo.

La lesión constituye un atentado contra la integridad corporal, movido por un "animus laedendi", pero sin propósito o intención de matar, "animus necandi".

Cuello Calón considerando las diferentes sentencias del Tribunal Supremo, define la lesión como todo "Daño causado en la salud física y mental de una persona".

Carrara define la lesión como "cualquier daño inferido en el cuerpo o en la salud de una persona, que no le ocasiona la muerte ni que haya sido dirigido a causarla".

Para *Legrand du Saulle* es "todo desorden ocasionado en nuestros órganos por la aplicación de violencias y que procede de fuera o de dentro".

Desde el punto de vista médico-legal, lesión es sinónimo de violencia, rotura de tejidos o parénquimas, en consonancia con la jurisprudencia sentada por el Tribunal Supremo.

Para el profesor *Gisbert Calabuig*⁴¹, la lesión es toda alteración anatómica o funcional ocasionada por agentes externos o internos.

1.3.3. Concepto de menoscabo.

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, menoscabo es el hecho o acto de menoscabar, considerándolo sinónimo de deterioro, merma, reducción o disminución.

Desde una perspectiva médica, consideramos que el menoscabo es la anomalía anatómica o disminución funcional que persiste tras la rehabilitación llevada al máximo de sus posibilidades y que el médico considera estable o no progresiva en el momento de realizar la evaluación.

El artículo 147 del Código Penal, habla de menoscabo de la integridad corporal, que es el deterioro o daño infligido a ciertas partes anatómicas con pérdida de las mismas (mutilación o amputación) o de su función (inutilidad) y de Menoscabo de la salud física o mental, definido como el deterioro o daño en el estado normal de las funciones orgánicas o intelectuales.

El menoscabo, debido a un hecho ilícito culposo o doloso, dará origen a una responsabilidad bien sea penal, bien civil. Cobrando gran importancia a la hora de valorar el daño producido la actuación del médico forense.

1.3.4. Problema terminológico en la valoración del daño corporal.

El perito a la hora de realizar comparaciones en el ámbito del daño corporal se encuentra a menudo con dificultades conceptuales.⁴²

Los diferentes daños y conceptos que se manejan, siguiendo el esquema de *A. M. Begué-Simón* (1.986) son:

- La alteración anatómica o funcional celular.
- La alteración anatómica y/o funcional del órgano o aparato o lesión, que cuando se hace permanente constituye la secuela.
- La alteración funcional corporal.

La alteración de las funciones corporales se traducirá en la alteración de las actividades que realiza la persona, en cualquiera de sus ámbitos:

- Actividades productivas: fundamentalmente laborales.
- Actividades no productivas: vida cotidiana, sociales, familiares, escolares, y de formación entre otras.

Además las lesiones y las secuelas, pueden originar otros daños no patrimoniales de carácter estrictamente moral (*Quantum doloris* y daño estético) y daño emergente (económico o patrimonial).

Los términos utilizados para designar los tres niveles de daños son:

- Discapacidad-incapacidad (*Disability*). Deficiencia desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad del individuo.
- Deficiencia o *Impairment*. Toda pérdida o anormalidad de una estructura o función fisiológica, psicológica o anatómica.
- Hándicap o *Minusvalía*. Es el gesto y acto de la vida cotidiana habitual, comprendiendo las actividades sociales, familiares y de ocio o tiempo libre.⁴³ Representa la repercusión de la incapacidad sobre las diferentes actividades que realiza el sujeto en su vida diaria.

1.3.5. Mecanismo de producción de las lesiones.

Según el mecanismo de producción de las lesiones podemos realizar esta clasificación:

- ✧ Directo/indirecto.
- ✧ Activo/pasivo.
- ✧ Inmediato/tardío.
- ✧ Local/a distancia.
- ✧ Fortuito/voluntario.
- ✧ Factor humano: *autoproducción*, cuando es el propio individuo quien se las produce, debida a *terceras personas*, por intervención de una persona ajena al sujeto que padece la lesión o *sin mediación humana*.

1.3.6. Cuadro lesional general.

En los accidentes de tráfico se producen con elevada frecuencia lesiones en las que no están implicadas las estructuras óseas.⁴⁴

Las lesiones del aparato locomotor, óseas y articulares son las que predominan en los accidentes de circulación, así como el esguince cervical, cuando el mecanismo de producción es el alcance o el choque frontal.⁴⁵

Las distintas modalidades de accidente que pueden presentarse, atropello a peatón o ciclista, colisión en el que esté implicado un vehículo de dos ruedas y colisión en el que intervenga un vehículo de cuatro ruedas originan a su vez lesiones y secuelas características.⁴⁶

○ ATROPELLO A PEATÓN O CICLISTA.

En el atropello se distinguen tres fases, la fase de impacto, la de caída y la de proyección del cuerpo del accidentado.

En la primera fase o de impacto, las lesiones afectan a la mitad inferior del cuerpo, destacando por su frecuencia:

- a) Fracturas de los huesos largos de extremidades inferiores, como el fémur o la tibia.
- b) Fracturas-luxaciones de las articulaciones de la cadera y la rodilla.
- c) Fracturas de pelvis.

En la segunda fase se produce la caída del individuo atropellado sobre el vehículo y el impacto de la mitad superior del cuerpo, se pueden producir estas lesiones:

- a) Traumatismo craneal o craneoencefálico cerrado o abierto. Para *Pedro Moreno* los TCE podrían definirse como “la epidemia silenciosa de nuestro tiempo” Los cuadros clínicos producidos por los traumatismos cráneo-encefálicos cerrados, están tipificados por las diferentes alteraciones anatomopatológicas cerebrales⁴⁷, que se pueden agrupar de forma esquemática en a) *lesiones inmediatas* a1) con lesión reversible, síndrome de estado crepuscular traumático, síndrome de estupor traumático y síndrome de conmoción cerebral, a2) con lesión irreversible, coma cerebral, síndrome de compresión cerebral (hematoma epidural, subdural, hemorragia subaracnoidea, intracerebral e higroma subdural), b) *lesiones tardías o de reacción*, edema cerebral, tumefacción cerebral y licuefacción cerebral.
Un estudio realizado en un servicio de urgencias de traumatología en Dallas (Texas), reveló que las fracturas de la base del cráneo ocurren frecuentemente en menores de 16 años y en dicha edad son potencialmente más peligrosas.⁴⁸
- b) Traumatismo torácico, con fracturas esternocostales y posibilidad de lesiones pleuropulmonares. Las fracturas costales son las más frecuentes de todas las lesiones traumáticas del tórax, su incidencia está comprendida entre el 30-70% de todos los pacientes que han sufrido un traumatismo, pero sólo se evidencia mediante proyecciones radiográficas anteroposteriores y oblicuas en el 32-42% de los casos sintomáticos.⁴⁹
- c) Fracturas de los huesos largos de las extremidades superiores, como el humero, el cúbito o el radio.
- d) Traumatismos vertebrales, con posibilidad de lesión parcial o completa de la médula espinal a cualquier nivel, pudiendo producirse desde contusión medular a hemisección o sección completa de la misma.

En la tercera fase, se produce la proyección del cuerpo del accidentado o incluso resulta aplastado por el paso del vehículo por encima, se producen lesiones viscerales a diferentes niveles:

- a) Tórax: lesiones pulmonares, cardíacas o de grandes vasos.
 - b) Abdomen: rotura hepática, de bazo y de grandes vasos.
 - c) Pelvis: rotura de vejiga, uretra y lesión en órganos reproductores.
- *COLISIÓN DE VEHÍCULOS DE DOS RUEDAS.*

El cuadro lesional típico se puede resumir en:

- a) Traumatismos craneofaciales.
 - b) Fracturas de extremidades superiores asociadas con frecuencia a lesión de nervios periféricos.
 - c) Fracturas de extremidades inferiores.
 - d) Fractura vertebral con lesión medular más o menos compleja. El nivel más afectado en la lesión de la médula espinal traumática (LME-traumática)⁵⁰ es el cervical cuando la causa es un accidente de tráfico, así mismo la LME-traumática produce con mayor frecuencia lesiones completas.⁵¹
 - e) Debido al bamboleo del cerebro se producen roturas de vasos, que pueden ocasionar un hematoma extradural, subdural una hemorragia subaracnoidea o una hemorragia intraparenquimatosa. También se han descrito laceraciones de las meninges y por tracción-distracción axonal puede producirse la denominada Lesión Axonal Difusa.
- *COLISIÓN DE VEHÍCULOS DE CUATRO RUEDAS.*

Si se produce una colisión posterior o alcance, las lesiones que se observan son generalmente:

- a) El esguince cervical, whiplash o síndrome del latigazo cervical término este último propuesto por *Crove*⁵² dotándolo de una connotación maligna, definiéndolo como un conjunto de síntomas después de una lesión de la columna cervical, habitualmente producido por un mecanismo de hiperextensión-flexión, sin síntomas o signos de afectación traumática medular o de raíces nerviosas. Se

reconoce la etiología traumática en su mayor parte por accidentes de tráfico por alcance, en los que se produce un choque en la parte trasera del vehículo de forma inesperada, provocando un movimiento de vaivén de la cabeza, con flexoextensión intensa del cuello y la aparición de clínica consistente en la mayoría de casos en cervicalgia, cefalea, afectación neurológica e incluso para *Kalsborg y cols.* aparece un trastorno cognoscitivo cerebral. El esguince cervical se puede clasificar según la clasificación mayor injury category (M.C.I.) en:

- grado I: cuando el paciente refiere los citados síntomas, pero el examen clínico es normal o existe una discreta contractura paracervical.
- Grado II: cuando la sintomatología referida es más intensa y existe al examen clínico limitación de la movilidad.
- Grado III: cuando además de los síntomas referidos por el paciente, existen signos neurológicos.

El esguince cervical, va a constituir un verdadero reto para el médico-forense, ya que habitualmente se encuentra con gran dificultad al valorar este tipo de lesionados, debido a la evidente discrepancia existente entre la florida sintomatología que refieren estos enfermos y la ausencia prácticamente constante de lesiones objetivables.

La valoración del esguince cervical se complica mucho más si en el lesionado existe algún tipo de patología previa. Es difícil delimitar el síndrome del latigazo cervical puro de los que se asocian a procesos anteriores patológicos de columna, como cervicoartrosis, esguinces articulares, luxaciones cervicales, hernias discales o compresiones radicales, esta conocida posibilidad condiciona la evolución del síndrome⁵³ hasta el punto que algunos autores rechazan su existencia crónica, si no es por la presencia de patología previa.

Un esguince cervical sobre una columna artrósica, que es con diferencia la patología cervical previa más frecuente, va a implicar un cuadro clínico más grave con mayor período de curación, mayor período de impedimento y mayores secuelas de lo que implica una mayor indemnización de lo que cabría esperar.⁵⁴

Debido a un movimiento de extensión-aceleración de la columna cervical, también se han descrito lesiones de los músculos anteriores del cuello como el esternocleidomastoideo o el músculo largo del cuello, cuya rotura se asocia al desarrollo de un hematoma retrofaríngeo, la lesión del nervio simpático cervical y el espasmo de las arterias vertebrales.⁵⁵

Si a los tres meses del accidente, persiste la sintomatología, la probabilidad de que los síntomas sean permanentes es del 90%.⁵⁶ La situación definitiva suele ocurrir a los dos años. Muchos pacientes afectados de esguince cervical, presentan signos de ansiedad a largo plazo (50% a los 15 años) que hace que precisen tratamiento psicológico⁵⁷, sin olvidar la elevada incidencia de neurosis de renta en este tipo de lesionados.

b) Fractura-luxación de la columna vertebral cervical.

Si la colisión ha sido frontal, se producen lesiones muy graves:

- a) Traumatismos craneofaciales.
- b) Fractura-luxación de cadera.
- c) Traumatismo torácico.

La sucesiva incorporación de elementos de seguridad al automóvil, como son las cabinas indeformables, las barras de protección lateral, los parachoques reforzados, el volante abatible, los reposacabezas, los cinturones de seguridad para conductor y ocupantes y el "airbag" ha modificado en parte los cuadros lesionales producidos en los accidentes. Por un lado el uso de estos dispositivos ha hecho disminuir la morbimortalidad en torno al 40%, pero también son causas directa de producción de lesiones. Así el uso del cinturón de seguridad y/o el "airbag" es responsable de la producción de abrasiones y contusiones cutáneas, latigazo cervical, fracturas

esternocostales, desgarros viscerales y lesiones vertebrales generalmente sin lesión neurológica.⁵⁸

Las lesiones oculares ocupan un destacado lugar entre las lesiones producidas por el airbag⁵⁹, limitándose en su mayoría al segmento anterior, habiéndose constatado lesiones conjuntivales y abrasiones corneales⁶⁰ que se suelen acompañar de mayor o menor grado de edema corneal y de iridociclitis traumática^{61,62}

También se ha descrito la producción de hiphema acompañado de recesión angular^{63,64}, de rotura del esfínter pupilar⁶⁵ o de subluxación del cristalino⁶⁶, queratitis químicas⁶⁷ producidas por el hidróxido sódico liberado tras la rotura del airbag, conjuntivitis⁶⁸ e incluso lesiones faciales.^{69,70}

En la región orbitaria pueden aparecer fracturas de huesos de la nariz y del suelo de la orbita.

Dentro del segmento posterior, se han descrito hemorragias sub y retinianas⁷¹, agujero macular⁷² y maculopatía traumática.

La falta de uso de casco en usuarios de ciclomotores o motocicletas, influirá sobre la producción de las lesiones en accidentes de tráfico, dotándolas de mayor gravedad, repercute sobre la necesidad de asistencia sanitaria aumentándola, mientras que el uso de casco sirve para minorar de modo muy importante las secuelas resultantes de las lesiones iniciales.⁷³

1.3.7. Los accidentes de circulación en la infancia.

El 85-95% de las lesiones que se producen en el niño como consecuencia de un accidente de tráfico se deben a traumatismos no penetrantes.⁷⁴

En la primera infancia, y cuando el niño viaja como pasajero en el automóvil en posición peligrosa y sin los dispositivos de retención adecuados, puede sufrir caídas sin grandes lesiones, o ser proyectado contra estructuras del vehículo o ser lanzado al exterior sufriendo graves politraumatismos. En la época escolar lo más frecuente es que el niño sufra un politraumatismo como consecuencia de un atropello. En la adolescencia el patrón lesional se aproxima al del adulto.

Las lesiones que pueden presentar los niños, son lesiones cerebroespinales debidas a “golpe” y “contragolpe” y consistentes en contusiones, laceraciones y

hemorragias parenquimatosas. En el período postraumático se puede producir una apnea con el consiguiente daño hipóxico.

Las lesiones torácicas internas debido a la complacencia de la pared torácica pueden presentarse en ausencia de lesiones torácicas externas importantes y consisten en neumotórax a tensión, hemo-neumotórax, contusión pulmonar, hemorragia pulmonar, lesiones bronquiales y roturas diafragmáticas.

Las lesiones abdominales, son la causa más frecuente de muerte en el niño traumatizado. El hígado y el bazo son las vísceras más comúnmente afectadas. En los atropellos son frecuentes las fracturas de pelvis y las lesiones del periné. También pueden producirse contusiones renales y extravasaciones urinarias.

Las fracturas de las extremidades se producen muy frecuentemente, sobre todo las localizadas en la extremidad inferior. En el niño es común encontrar fracturas incompletas por la inmadurez de su esqueleto. Las fracturas que afectan a las epífisis o placa de crecimiento pueden ser difíciles de diagnosticar y requieren poca manipulación. La observación postfractura de los niños, debe extenderse como mínimo a lo largo de 2-3 años, para evaluar la posibilidad de trastornos de crecimiento que puedan encontrarse.

Las lesiones neurovasculares y el síndrome compartimental también ocurren con cierta frecuencia en los niños.

1.3.8. Los accidentes de circulación en personas de edad avanzada.

En general los traumatismos por accidentes de circulación en personas de edad avanzada presentan una especial gravedad. La descalcificación y desmineralización ósea, los procesos artrósicos degenerativos bien tolerados o asintomáticos previamente y la reducción de la capacidad de reacción debida al deterioro de las capacidades cognitivas y conductuales, son algunas de las circunstancias que contribuyen a aumentar el riesgo de sufrir un accidente de tráfico y a que traumatismos banales puedan determinar fracturas óseas importantes.

A raíz de un accidente de tráfico se puede instaurar un *síndrome postraumático (Golstein)*, con incapacidad de reaccionar ante nuevas exigencias (manteniendo las habituales). Autores como *Lippens*, han descrito el "*síndrome de senilidad prematura postraumática*", que afecta generalmente a personas mayores de cincuenta años que hasta ese momento se han desenvuelto satisfactoriamente en una vida laboral, pero a

raíz de un accidente, en ocasiones banal, decaen rápidamente. Una situación postraumática de tal naturaleza guarda relación causal con el accidente y ha de ser valorado.⁷⁵

1.3.9. Traumatismos en la mujer gestante.

En la mujer gestante⁷⁶, como consecuencia de accidentes de tráfico, se producen generalmente traumatismos no penetrantes. Los órganos sólidos se lesionan con mayor frecuencia que las vísceras huecas, ya que éstas al ser deformables, pueden amortiguar las fuerzas actuantes y así evitar sufrir lesiones graves.

Los órganos abdominales que se lesionan más frecuentemente en la población general, incluidas las embarazadas son, el bazo, el riñón, el intestino y el hígado. En la embarazada a medida que el útero grávido aumenta de tamaño, se torna más vulnerable, así es el órgano que con mayor frecuencia se lesiona por traumatismos severos del abdomen gestante, sean o no penetrantes. También se lesionan frecuentemente, la pared abdominal, el mesenterio, el páncreas, el diafragma y la región retroperitoneal.

Las lesiones uterinas que podemos encontrar son, contusiones, rotura o incluso avulsión completa del útero grávido. Durante el primer trimestre, la pelvis ósea protege el útero, pero cuando avanza el embarazo, el útero es más susceptible a los traumatismos.

Las fracturas de la pelvis son frecuentes y en un 10-25% de casos se asocian con rotura vesical, sobre todo si se trata de una fractura de rama pubiana y la vejiga se encuentra en estado de plenitud. Cuando las fracturas pélvicas no han consolidado, existen diástasis o desplazamientos de fragmentos, pueden producirse lesiones rectales, vesicales y uretrales.

El uso del cinturón de seguridad, puede provocar lesiones del músculo recto del abdomen, laceraciones mesentéricas e intestinales, lesiones pancreáticas y esplénicas, lesiones uterinas y fetales. Pero las consecuencias de su no utilización, provocaría el impacto de la embarazada contra el salpicadero, el volante o el parabrisas o su eyección fuera del vehículo y la producción de graves lesiones craneoencefálicas, torácicas y abdominales.

El feto, también puede sufrir lesiones, las más frecuentes son las fracturas de cráneo y la hemorragia intracraneal con o sin fractura de cráneo, que cuando se produce suele interesar los huesos parietales.

La causa más común de la muerte del feto tras un accidente de automóvil, es la muerte de la madre.

Después del primer trimestre, puede sobrevenir la muerte fetal tras un traumatismo por el abruptio placentae o desprendimiento placentario, probablemente debido al cizallamiento de los vasos que unen la placenta y el útero producido por las fuerzas de desaceleración.

1.3.10. Clasificación de las lesiones.

➤ SEGÚN EL AGENTE ETIOLÓGICO.

Desde un criterio médico, podemos clasificar los accidentes en aquellos que han sido originados por *procesos patológicos espontáneos* y en los que han sido producidos por *procesos patológicos violentos*. Entre los producidos de forma violenta diferenciaremos los *agentes materiales* de los *agentes morales* (Jaso, Rodríguez, 1.991).

Los *agentes materiales* pueden ser a su vez subdivididos en, *externos*, entre los que se encuentran los *agentes mecánicos* que incluyen aquellos objetos que inciden directamente sobre la superficie corporal o por el contrario es el cuerpo humano el que dotado de cierta energía incide sobre el objeto inmóvil, los *agentes físicos* que están dotados de propiedades específicas y particulares propias de cada uno, como son el calor, el frío, el fuego, la electricidad, la presión y las radiaciones, los *agentes químicos* o sustancias capaces de producir una lesión anatómica o funcional, bien por contacto directo con la superficie corporal, bien por los efectos que a nivel sistémico produce su penetración y absorción y entre los que podemos citar las sustancias cáusticas y corrosivas de naturaleza orgánica y los de naturaleza inorgánica o mineral, los *agentes biológicos*, es decir virus, bacterias, protozoos, helmintos, hongos, Rickettsias, y en *agentes internos* que se concretan en el esfuerzo directo o voluntario, es decir el realizado por el propio individuo a través de la contracción intensa de la musculatura del aparato locomotor produciendo efectos lesivos del tipo rotura muscular, herniaciones musculares o sinoviales, luxaciones o fracturas óseas y el esfuerzo indirecto o

involuntario, que es el que realiza el individuo predominantemente con el tronco, siendo el causante de ectopias, prolapsos o roturas viscerales.

Desde un criterio jurídico cabría añadir, que todos estos agentes podrían penetrar o contactar con el organismo bien de forma dolosa, bien por imprudencia punible y además debemos hablar de otros agentes etiológicos, los *psicológicos*. La violencia psicológica como mecanismo lesivo se encuentra contemplada de forma específica en el artículo 153 del Código Penal.

Entre estos agentes cabe citar a modo de ejemplo, las calumnias e insultos, la limitación ideológica o religiosa o los secundarios a malos tratos en el niño o a la violencia de género.

➤ SEGÚN LA ETIOLOGÍA MÉDICO-LEGAL.

Desde la perspectiva médico-legal las lesiones pueden obedecer a una etiología violenta bien de tipo accidental, criminal o suicida. También podemos encontrar lesiones sospechosas de criminalidad. Los clásicos añadían la etiología bélica, sevítica o el suplicio.

➤ SEGÚN LA EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES.

El curso evolutivo de toda lesión, denominado en la valoración del daño corporal. Periodo de sanidad, puede concluir con la curación de la lesión o *restitutio ad integrum*, la sanidad con secuelas o la muerte del individuo.

La curación la entiende el médico como el retorno de un organismo enfermo al estado normal funcional, mientras que la jurisprudencia se refiere a la recuperación total y plena de la integridad física y psíquica del individuo.

5.1.1. RESTITUTIO AD INTEGRUM.

Corresponde a la curación total de la lesión tanto anatómica como funcionalmente. En traumatología forense, la curación corresponde al momento de la evolución de una lesión, que permite devolver al sujeto a la sociedad, en idénticas condiciones a las que se encontraba antes de sufrir la lesión.

5.1.2. CURACION CON SECUELAS.

Cuando la curación no es completa, debemos hablar de la existencia de secuelas.

Cotte define la secuela como la "entidad anatomoclínica crónica que conlleva una disfunción".

La Asociación Médica Americana (AMA), la define como la "anormalidad anatómica o funcional que permanece después de una rehabilitación llevada a cabo al máximo y que el médico considera estable o no progresiva en el momento de la evaluación".

*Pérez Pineda y García Blázquez*⁷⁷ consideran la diferencia cuantitativa y cualitativa entre el estado actual y el anterior, considerando que la secuela es la "disminución o modificación del patrimonio biológico respecto al tiempo anterior a la lesión"

5.1.3. EXITUS.

Cuando la evolución de la lesión o sus complicaciones tienen un fatal desenlace para el individuo considerado de forma global se produce la muerte, exitus u óbito.

➤ SEGÚN EL RESULTADO.

Las lesiones se dividen en *lesiones no mortales*, es decir las que siendo de mayor o menor gravedad, no originan el fallecimiento del que las padece y *lesiones mortales*, las que tarde o temprano, conllevan el fallecimiento del lesionado.

1.3.11. Situaciones derivadas del hecho lesivo.

La peritación médico-legal relativa a la valoración de un hecho lesivo tiene por objeto determinar las consecuencias negativas en cuanto a la integridad y/o capacidad funcional del sujeto que se hayan derivado de un suceso traumático, sea cualquiera su naturaleza.⁷⁸ Desde esta perspectiva se pueden distinguir unos trastornos estrictamente temporales y unos trastornos temporales, generadores de una invalidez.

⇒ TRASTORNOS TEMPORALES.

Dan lugar a una incapacidad temporal (IT) o período durante el cual el estado del lesionado sigue evolucionando, con o sin terapéutica. No hace referencia sólo a la incapacidad profesional del lesionado, sino que corresponde también a la incapacidad para las actividades habituales no profesionales.

⇒ SANIDAD O ALTA.

Finalizado el período de IT, se debe proceder a declarar la "sanidad" o "alta" del lesionado. Es el momento de la consolidación de las lesiones, a partir de cuyo

momento aquellas cesan a los efectos jurídicos, por haberse producido su estabilización. La “sanidad” viene marcada por el cese de los cuidados activos, pero en algunos casos puede ser necesario continuar con algún tipo de tratamiento, sin que ello modifique la declaración de sanidad.

En el momento del alta asistencial, el lesionado deberá cumplir con las siguientes condiciones:

- que pueda reincorporarse a su trabajo habitual sin afectación para la lesión que justificó la baja, o que se haya establecido algún grado de invalidez permanente.
- Que no precise más asistencia o vigilancia médica.
- Que haya alcanzado el máximo de restitución anatómica y funcional, encontrándose en el momento más cercano al estado profesional normal o habitual.

⇒ *INCAPACIDAD PERMANENTE.*

Es la disminución de la capacidad psicofisiológica del sujeto. Su valoración se realiza en porcentaje del valor biológico de la persona, por lo que no se debe hacer referencia en un primer momento a la repercusión profesional.

⇒ *SECUELAS PERMANENTES.*

Constituyen los llamados “daños extrapatrimoniales”, por cuanto no tienen repercusión directa y general en el daño sufrido. Son por lo tanto diferentes para cada individuo y caso concreto, siendo difícil su valoración. Los más importantes son el quantum doloris, el daño estético y la limitación de las actividades recreativas.

Actualmente, se suelen desglosar los días de baja en días improductivos, no improductivos y días de estancia hospitalaria.

Para el legislador, día de baja improductivo es “aquel en que la víctima está incapacitada para desarrollar su ocupación o actividad habitual”. Se considera como ocupación habitual lo que la persona hacía diariamente y ha dejado de realizar a consecuencia del accidente.

Para algunos autores, deberemos considerar días improductivos⁷⁹ en los siguientes casos:

1. Cuando médicamente se cumpla la definición legal.
2. En cualquier caso:

- El día del accidente, aún cuando el lesionado no haya acudido a ningún centro asistencial, siempre que después exista un período de sanidad relacionado con el accidente.
- El día del accidente si se acude a un centro asistencial.
- El día del alta hospitalaria.
- Mientras se tenga que guardar cama en el domicilio.
- Mientras no se pueda abandonar el domicilio.
- Mientras se utilice alguna ortesis.
- Cuando se necesite supervisión de tercera persona para realizar las actividades de la vida diaria.

3. En casos específicos como:

- En el *niño*, mientras no pueda jugar con normalidad.
- En el *estudiante*, mientras no pueda acudir a clase o aún acudiendo no pueda aprovecharla con normalidad.
- En el *ama de casa*, a criterio del médico valorador y siempre que no pueda realizar con normalidad las labores domésticas que habitualmente realizaba.
- En el *jubilado*, a criterio del médico valorador y siempre que no pueda realizar con normalidad lo que habitualmente hacía en su tiempo libre.
- En el *deportista*, el tiempo que no pueda entrenar.
- En el *trabajador*, el tiempo que esté sin incorporarse a su actividad laboral.

1.3.12. Las lesiones en el Derecho laboral y administrativo.

En el Derecho Laboral, hay que tener en cuenta las Contingencias Comunes (Enfermedades Comunes y Accidentes No Laborales) y las Contingencias Profesionales (Enfermedades Profesionales y Accidentes de Trabajo). Las SITUACIONES DE INCAPACIDAD que se pueden presentar son:

- ✓ INCAPACIDAD TEMPORAL.
- ✓ INCAPACIDAD PERMANENTE. En cualquiera de sus grados, Incapacidad Permanente Parcial, Total, Absoluta y Gran Invalidez.

En el ámbito laboral puede ser requerido el médico-forense por los Juzgados de lo Social para realizar peritaciones sobre impugnación de altas médicas, reclamación de incapacidades laborales, o pensiones no contributivas entre otras cuestiones.

En el Derecho Administrativo, las lesiones corresponden a aquellas que presentan Inválidos de guerra, afectados por el Síndrome Tóxico, Minusválidos, Pensiones no contributivas de invalidez y por hijo a cargo, víctimas del terrorismo y víctimas de delitos violentos dolosos y contra la libertad sexual.

1.3.13. Las lesiones en el Derecho Penal. El delito y la falta de lesiones.

El delito de lesiones, se encuentra contemplado en el título III, artículos 147 al 156 del Código Penal, mientras que la falta de lesiones se encuentra regulada en los artículos 617 al 622.

El artículo 617 del CP establece que: 1."el que, por cualquier medio o procedimiento, causare a otro una lesión no definida como delito en este Código, será castigado con pena de arresto de tres a seis fines de semana o multa de uno a dos meses".

La diferencia fundamental entre delito y falta de lesiones, es que en el segundo caso, la lesión necesita únicamente una primera asistencia facultativa o ninguna y no tratamiento posterior.

Hasta la aparición de la Ley Orgánica 3/1.989, de 21 de junio, de actualización del Código Penal, la calificación jurídica de las lesiones se basaba en un criterio cronológico, dependiendo su gravedad del tiempo en que aquellas tardaran en curar. Para que un acto lesivo revistiera caracteres delictivos, se exigían más de quince días de sanidad. Dicha Ley introdujo un cambio importante en materia de lesiones, desde ese momento en la valoración jurídica del delito y falta de lesiones⁸⁰, el criterio a valorar dejó de ser el tiempo en que tardan en curar las lesiones, pasando a ser la forma en que lo hacen, es decir la mayor o menor necesidad de ciencia médica para alcanzar la sanidad.⁸¹

El defecto fundamental, de esta ley fué haber establecido "de forma artificiosa" dos conceptos diferentes en el campo de la actuación médica⁸² ya que un acto médico tiene siempre un componente de asistencia y otro de tratamiento, siendo difícil entender

que ante una lesión, por leve que sea, se preste una asistencia médica sin instaurar un tratamiento aunque éste sea sólo sintomático.

Ello implicó la aparición de conceptos nuevos, jurídicos, que son interpretados generalmente de forma diferente por parte de médicos y juristas y que se siguen manteniendo con la inserción de algunas novedades, en el Código Penal de 1.995, son los conceptos de “primera asistencia facultativa” y de “tratamiento médico y/o quirúrgico posterior”.

Resulta lógico, que en la atención al lesionado, existe un acto médico inicial, que sirve de base además para determinar con posterioridad si el hecho constituye o no delito, según dicho acto inicial se vea complementado por otros ulteriores.

1.3.13.1. Criterio de primera asistencia facultativa y tratamiento médico o quirúrgico.

La Ley Orgánica 3/1989, lejos de arrojar luz a la cuestión, incide en que los aspectos médicos son determinantes, pero no da una interpretación legal de qué debe entenderse jurídicamente por primera asistencia facultativa.

Múltiples han sido las interpretaciones de estos conceptos por parte de distintos autores, entre ellos médicos y juristas, exigiéndose, incluso entre los fiscales, un criterio más o menos uniforme a la hora de calificar los diferentes supuestos que puedan surgir en la práctica, para no incurrir en posibles agravios comparativos que podrían darse según la parte acusadora pública entendiera la polémica en uno u otro sentido.

El concepto de primera asistencia hace referencia a la intervención asistencial realizada por el médico o facultativo, orientada a procurar la curación de la enfermedad o trastorno en un "acto único", por no requerirse de tratamiento médico o quirúrgico⁸³.

Para *Hernández et al*⁸⁴, la primera asistencia facultativa consistiría en “una serie de actos encaminados al mismo fin que pueden ser profilácticos, curativos, o de seguimiento evolutivo entre otros”.

El concepto de primera asistencia hace referencia a la intervención asistencial realizada por el médico o facultativo, orientada a procurar la curación de la enfermedad o trastorno en un "acto único", por no requerirse de tratamiento médico o quirúrgico.

La Circular 2/1.990 de la Fiscalía General del Estado⁸⁵, establece que “todos los actos médicos aún curativos, fijados o practicados en la primera asistencia forman parte

de ella y no constituyen tratamiento médico diferenciado” y conceptúa la primera asistencia como “la atención inicial prestada al lesionado, sea o no contemporánea del hecho causante de la lesión”. Los requisitos de la asistencia primaria, serían:

- necesidad clara de prestar la asistencia, en el sentido de ineludible.
- titularidad del que presta la asistencia, entendiéndose algunos que la “asistencia facultativa” es la prestada por un médico, pero englobando en dicho concepto también a los ATS.
- carácter único o múltiple de la asistencia, que determinaría su calificación como delito o falta.

Según *Murcia*⁸⁶ “la primera asistencia incluye todo tratamiento médico o quirúrgico en ella indicado o instaurado y el complemento que de esta primera asistencia se derive necesariamente”, por el contrario afirma que “sólo se admitiría como tratamiento el que tuviera que instaurarse con posterioridad debido a la gravedad de las lesiones o a complicaciones de las mismas”.

La concepción de asistencia facultativa, según criterio clínico resulta más amplia, que desde el criterio médico-legal, por definición más restrictivo⁸⁷ y para algunos juristas, más favorable para el sujeto que realiza la acción lesiva.

*Boix*⁸⁸ “considera incluido en el concepto de tratamiento médico o quirúrgico la persistencia de asistencias facultativas imprescindibles para la curación del lesionado”.

El tratamiento médico estaría constituido por un conjunto de cuidados continuados en el tiempo destinados, bien a curar la enfermedad o trastorno bien a reducir sus consecuencias en el caso de que la enfermedad fuera incurable. Constituyen tratamiento médico la administración metódica de medicamentos o la aplicación de medidas higiénico-dietéticas. Por lo tanto no constituirán tratamiento médico las medidas preventivas o los periodos de observación.

Para considerar la existencia de tratamiento médico, la Fiscalía establece que el tratamiento debe ser:

- ulterior y distinto a la primera asistencia.
- necesario.
- Con finalidad curativa.
- En principio, debe estar prescrito por un médico.

El tratamiento quirúrgico, es cualquier intervención de cirugía mayor o menor, incluso la prestada por un titulado de grado medio. No son consideradas tratamiento quirúrgico las pequeñas curas instrumentales como puede ser la limpieza o sutura de una herida, que formarían parte de la primera asistencia.

Entre los elementos del delito de lesiones el empleo del tratamiento médico o quirúrgico supone que estamos ante un elemento objetivo del delito de lesiones, abarcado por el dolo, aunque este sea eventual.

Se pueden plantear así, dos situaciones, desde el punto de vista jurídico, que el sujeto quiera producir lesiones que no requieran tratamiento médico o quirúrgico, pero que finalmente sí sea preciso, con lo cual deberá responder a una falta dolosa de lesiones en concurso ideal con un delito de lesiones por imprudencia, sin que pueda ser aplicada la circunstancia atenuante de preterintencionalidad respecto al tipo más grave, o que el sujeto quiera producir lesiones que requieran tratamiento médico o quirúrgico y que finalmente no sea necesario, debiendo responder en este caso de un delito de lesiones en grado de tentativa acabada en concurso ideal (art. 71 de Código Penal) con una falta consumada de lesiones.

La necesidad de tratamiento médico o quirúrgico se traduce no en que se lleve a cabo, efectiva y realmente, uno a ambos, sino que objetivamente la lesión o lesiones precisen el tratamiento indicado.

El tratamiento médico o quirúrgico, únicamente puede dispensarlo el facultativo y además debe ser imprescindible aplicarlo para que la lesión cure.

La duración del tratamiento suele ser un elemento despreciado por el legislador (art.147.1), existiendo un tipo atenuado cuando el hecho sea de menor gravedad, atendidos el medio empleado o el resultado producido (art. 147.2), aunque si el tratamiento es de larga duración suele ser por la concurrencia del empleo de armas, instrumentos, objetos, medios, métodos susceptibles de causar graves daños contemplado en el artículo 148 del Código Penal.

1.3.13.2. Agravantes del delito de lesiones.

El vigente Código Penal, en su artículo 149, describe los resultados que agravarían el delito de lesiones básico contemplado en el artículo 147.

Dichos resultados por ser de carácter médico, necesitarán la participación en la valoración de un perito médico y que son:

- La pérdida o inutilidad de un órgano o miembro principal.
- La pérdida o inutilidad de un sentido.
- La impotencia.
- La esterilidad.
- La grave deformidad.
- La grave enfermedad somática o psíquica.

A) PÉRDIDA O INUTILIDAD DE ORGANOS O MIEMBRO PRINCIPAL.

El Código Penal de 1.989, contemplaba sólo la *mutilación*, definida como pérdida anatómica y no sólo funcional, la inclusión en la redacción del Código Penal vigente⁸⁹ del término *inutilización*, hace posible la aceptación de la pérdida funcional exclusivamente.

El término *miembro*, no hace referencia a una extremidad, sino al conjunto de partes anatómicas que realizan una determinada función. Así, siguiendo al profesor *Gisbert*, la Jurisprudencia define como *órgano o miembro principal*, aquel cuya función es esencial o preeminente para la vida, que tenga una importancia fundamental y cuya elevada misión funcional sea tal que su pérdida acarree al que la sufra una gran depreciación de sus actividades.

B) PÉRDIDA O INUTILIDAD DE UN SENTIDO.

Redacciones anteriores del Código Penal consideraban solamente la afectación del sentido de la vista o del oído, extendiéndose actualmente a la pérdida absoluta de cualquiera de los órganos de los sentidos, bien anatómica, bien por afectación grave de su función.

C) IMPOTENCIA.

La impotencia debe ser entendida como la incapacidad física absoluta para el mantenimiento de relaciones sexuales normales y habituales.

D) ESTERILIDAD.

La esterilidad es entendida, como la imposibilidad de procreación generada por un hecho lesivo, a pesar de que puedan tener relaciones sexuales normales.

E) GRAVE DEFORMIDAD.

El art.150 hace referencia a la pérdida o inutilidad de un órgano o miembro no principal o a la deformidad, mientras que el art.149 tiene en cuenta sólo la deformidad grave. La gravedad de la deformidad la establecerá el juzgador teniendo en cuenta los criterios que el médico legista le proporcione.

F) GRAVE ENFERMEDAD SOMÁTICA O PSÍQUICA.

La existencia de enfermedad somática y/o psíquica y su gravedad serán valoradas por el experto médico y su calificación es competencia del Juez.

El Código Penal del 1.995 introduce estos elementos al ser la salud física y psíquica bienes jurídicos protegidos por la Ley y elimina el criterio cronológico, ya que considera que gravedad y duración de la enfermedad no tienen porqué estar directamente relacionados.

1.3.13.3. Elementos jurídicos que determinan o modifican el delito de lesiones.

Los elementos jurídicos determinantes de la existencia del delito de lesiones y que modifican su gravedad son:

- A) *el consentimiento.*
- B) *la intencionalidad e imprudencia.*
- C) *circunstancias contempladas en el art. 148 del código penal de 1.995.*

1.3.13.4. Otros delitos vinculados al delito de lesiones.

Son los malos tratos habituales, el delito de tortura y otros delitos contra la integridad moral , Título VII “de las torturas y otros delitos contra la integridad moral”, artículos 173 a 177 del CP y los “delitos contra la libertad sexual” Título VIII, artículos 178 a 194 del CP.

1.3.13.5. Delito de lesiones al feto.

El título IV del CP “de las lesiones al feto” en sus artículos 157 y 158 hacen referencia respectivamente al delito de lesiones al feto básico y al cometido por imprudencia grave.

Si los hechos fueren cometidos por imprudencia profesional, se procederá además de imponer al facultativo la pena correspondiente, a la inhabilitación especial

para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo. A tenor de este precepto, la embarazada, no será penada.

1.3.14. Las lesiones en el Derecho civil. valoración del daño a la persona.

La peritación en materia civil está regulada por la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC)⁹⁰, artículos 610 a 632.

El Derecho Civil establece la reparación del daño causado, tanto de los daños patrimoniales como extrapatrimoniales.

Para ello nos podemos ayudar de métodos descriptivos, cualitativos y cuantitativos o Baremos.

Los baremos utilizados en el Orden administrativo son las tablas de la OMS sobre Minusválidos, Real Decreto 1971/1.999 y el de AMA, que además es el único con valor civil.

En el Orden Civil, la Orden de 1.991, ha sido sustituida por la Ley 30/95, de 8 de Noviembre de 1995.⁹¹

1.3.15. Causa versus concausa.

Así como la causa o agente etiológico es el "principio o razón de una cosa de la que deriva un resultado, efecto o consecuencia", la concausa o factor modificador o agravador, es la "causa que unida a otra, produce un determinado efecto distinto al esperado si no hubiera actuado".

La causa productora de una lesión, debe ser necesaria, suficiente, directa, cierta, actual y total. La concausa sólo cumple la característica de ser necesaria.

Atendiendo a la cronología de la concausa, ésta puede clasificarse en:

➤ CONCAUSA PREEXISTENTE O ESTADO ANTERIOR.

Son factores fisiológicos o patológicos existentes previamente en el individuo antes de producirse la lesión que actúan modificando o agravando la evolución de la lesión. Desde el punto de vista médico-legal y siguiendo a *Palmieri*, las podemos dividir en concausas preexistentes *fisiológicas*, *hereditarias*, *teratológicas*, *constitución biológica individual* y *estado patológico* previo o concomitante a la acción lesiva.

➤ **CONCAUSA CONCURRENTE, SIMULTÁNEA O CONTEMPORÁNEA.**

Son aquellas que actúan de forma simultánea a la acción lesiva, incrementando la trascendencia del resultado final, valga como ejemplo la producción de un Tétanos por la contaminación de una herida leve por el Clostridium Tetani debido a la demora en la asistencia médica.

➤ **CONCAUSA SUBSIGUIENTE, POSTERIOR O SOBREVINIENTE.**

Aparecen con posterioridad a la producción de la lesión. Tal es el caso de la Neumonía hipostática o las Úlceras de decúbito por encamamientos prolongados o deficiente higiene postural.

1.3.16. El nexa de causalidad.

Es la relación que subsiste entre un determinado agente etiológico y el efecto o daño a la persona.

Para que el daño sea reparado, debe aportarse la prueba que relacione el agente causal con las dolencias que refiere el lesionado. Por ello, la valoración médico-legal consistirá no sólo en establecer el diagnóstico de certeza sobre las lesiones que presenta el lesionado, sino que deberá estudiar la naturaleza del hecho, las características del cuadro lesional y estudiar su estado anterior.

Las características que debe reunir el daño para ser reparado es que sea directo, cierto y acreditado, actual y propio.

Para establecer la relación causa-efecto, valoraremos exclusivamente determinados criterios de carácter médico, conocidos como "Criterios de Causalidad" de *Müller y Cordonnier*.

A) CRITERIO ETIOLOGICO.

Consiste en establecer la realidad y naturaleza del traumatismo, es decir la certeza del hecho traumático.

B) CRITERIO TOPOGRAFICO.

Es la relación entre la localización de la lesión y el punto de actuación del agente traumático.

C) CRITERIO CUANTITATIVO.

Consiste en establecer la relación entre la intensidad del traumatismo y el daño. La gravedad del daño producido debe ser proporcional a la intensidad con la que el agente lesivo ha actuado.

D) CRITERIO TEMPORAL.

Es la relación entre el momento en el tiempo de actuación del traumatismo y la aparición de la lesión.

E) CRITERIO DE CONTINUIDAD SINTOMÁTICA.

Consiste en la demostración de la existencia de un conjunto de síntomas/signos puente entre el momento de actuación del agente etiológico y la manifestación de la lesión.

F) CRITERIO DE EXCLUSIÓN.

Es cuando una vez descartadas previamente otras causas como productoras de la lesión, es necesaria la demostración de la existencia de otra causa como productora exclusiva y plena del daño.

La naturaleza de la causalidad, no siempre es directa y total aunque es lo más común, sino que puede ser cierta o por el contrario hipotética, total y única o parcial y diversa y por último puede ser bien directa o bien indirecta ⁹².

1.3.17. La reparación del daño o perjuicio.

La Constitución y el Derecho Positivo español, tutelan la vida y la integridad física de la persona considerándolos bienes jurídicos protegidos, artículos 15 y 18 de la C.E. respectivamente, cuya vulneración no puede quedar impune. Tal y como se establece en el Código Civil, todo daño debe ser reparado, rigiendo el principio de que la reparación del daño debe ser íntegra, de todos los daños y perjuicios sufridos ⁹³.

La regla fundamental de la reparación del daño corporal del Derecho Común francés⁹⁴, contempla además, que "el responsable debe reparar todo el daño que ha causado, pero sólo el daño causado".

La reparación del daño, comprende el conjunto de actividades encaminadas a corregir las consecuencias del hecho dañoso, pero primero resulta necesario evaluar el daño.

Evaluar el Daño Corporal, es darle un valor. Si lo entendemos como un valor pecuniario, apreciable en dinero, la evaluación es más bien tarea del juzgador, al que

corresponde la labor de establecer responsabilidades, cuantificar las penas y las indemnizaciones destinadas a compensar o reparar el daño. Pero el jurista precisa para realizar de forma adecuada su función, la luz de la ciencia médica que deberá abastecerle de todos los elementos técnicos que le permitan cuantificar la indemnización del lesionado. Es en este sentido en el que cobra significado la expresión "la evaluación médico-legal del daño corporal".

Al médico-forense corresponde la compleja tarea de cualificar la lesión y cuantificar su repercusión, plasmando sus valoraciones y conclusiones en un informe destinado a auxiliar al órgano jurisdiccional en su resolución.

Las consecuencias para la persona del evento traumático, son la producción de lesiones, la alteración de su capacidad y de las situaciones de la vida. A este modelo tradicional de la valoración del daño podemos añadir un aspecto subjetivo⁹⁵, que también deberíamos valorar, para una intervención más humana.

Si el perjuicio conlleva pérdida o detrimento, y el mal causado debe ser reparado, para *Mazeaud y Tung*, el daño "constituye la esencia de la responsabilidad civil"⁹⁶, tal que, en el ámbito de la doctrina del daño emergente y el lucro cesante, "la indemnización de daños y perjuicios comprende no sólo el valor de la pérdida que haya sufrido, sino también el de la ganancia que haya dejado de obtener el acreedor", artículo 1.106 del Código Civil.

Así mismo, deberá compensarse la imposibilidad de realizar una actividad remunerada, bien de forma temporal, bien de forma permanente.

Para el derecho común francés, el perito, no debería tener en cuenta el riesgo de agravación de las lesiones para valorar el grado de incapacidad, ya que, la víctima siempre puede solicitar en caso de agravamiento la apertura de su expediente.⁹⁷

El derecho civil portugués, permite la reapertura del procedimiento en caso de agravación de las lesiones, solamente si la indemnización se fijó bajo la forma de renta⁹⁸, procediéndose a su revisión.

1.3.17.1. Bases jurídicas.

Antes de abordar de lleno el complejo tema de la valoración médico-legal del daño a la persona, resulta necesario hacer una referencia a los aspectos jurídicos básicos de su valoración y reparación, ya que entre otras cuestiones todo médico

valorador debe conocerlas para realizar y conocer las consecuencias de la función médico-legal.

1.3.17.2. Componentes.

La responsabilidad civil procede de la comisión de un ilícito civil (contractual o extracontractual) o de un ilícito penal. Pero la responsabilidad civil u obligación de reparar o satisfacer el daño causado con la finalidad de restituir al sujeto a su estado anterior, surge siempre y en todo caso de la concurrencia de tres elementos o requisitos imprescindibles y que la jurisprudencia ha obtenido del artículo 1.902 del Código Civil.⁹⁹

- Existencia de una causa o un hecho causal: comisión de una falta o de una conducta culposa (culpa).
- Existencia de un perjuicio, de un daño.
- Existencia de relación de causalidad entre el hecho y el daño.

1.3.17.3. La responsabilidad civil.

El Derecho Civil regula a diferencia del Derecho Público, las relaciones privadas de los ciudadanos entre sí, que pueden ser de dos tipos, *extracontractuales*, que son las obligaciones implícitas en la convivencia y relación humana, es decir las obligaciones de toda persona para con las demás, no reguladas por ningún contrato, y las *contractuales*, que son las relaciones entre las personas derivadas de un contrato y de las que surgen también unos derechos y deberes que se traducen en las obligaciones entre las partes del contrato.

A todo derecho de la persona se le contrapone una obligación, es decir, hacer u omitir algo, siempre que el deber de hacer se oponga a la facultad de exigir, con lo que nos indica que de la existencia de un derecho o exigencia surge la existencia del deber u obligación, puesto que sin la facultad de exigir no hay obligación según reza el artículo 1.088 del Código Civil, "Toda obligación consiste en dar, hacer o no hacer alguna cosa".

Del deber u obligación de reparar el daño causado, se deriva el concepto de Responsabilidad Civil, que nace del incumplimiento de la obligación o el deber de carácter civil, de salvaguardar los bienes de los demás y se traduce en la reparación del daño o perjuicio causado de tipo personal y material mediante una indemnización económica equivalente a la importancia del daño causado.

El Código Civil hace referencia a los diferentes tipos de obligaciones existentes, de cuyo incumplimiento nacerán los diversos tipos de Responsabilidad Civil.

- ✓ **RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL.** Se encuentra regulada por los artículos 1.101 al 1.110 del Código Civil, y se origina con el incumplimiento de una obligación que se había contraído previamente por un contrato o cuasi contrato, tácito o no. La relación contractual se da cuando se cumplen las circunstancias recogidas en el artículo 1.261 y siguientes del C.C. Dos tipos de obligaciones pueden derivarse de un contrato, obligaciones de resultados y obligaciones de medios, siendo éstas las que se establecen en la relación médico-paciente. Esta responsabilidad prescribe a los 15 años (art 1.964 C.C.)
- ✓ **RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL.** Deriva del incumplimiento de las obligaciones o deberes de carácter general que toda persona por el hecho de serlo posee. Se encuentra regulada por artículo 1.093 del C.C.
- ✓ **RESPONSABILIDAD CIVIL DELICTUAL.**

Los elementos que la constituyen son la falta, el daño o perjuicio y la relación causa-efecto.

- ✓ **RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA LEY.**

Los requisitos que debe cumplir la responsabilidad civil son :

- restitutio in integrum.
- soberanía del juez.
- indemnización única.
- indemnización individual.
- equidad.

Para Yáñez de Andrés¹⁰⁰ la responsabilidad civil y la correlativa indemnización del daño causado son dos caras de una misma moneda. Distingue tres grados de responsabilidad y tres niveles de indemnización:

- Responsabilidades por riesgo u objetivas.
- Responsabilidad derivada de la culpa o negligencia del responsable.

- Responsabilidad “ejemplar”, a la que corresponde un plus indemnizatorio a modo de sanción, que en E.E.U.U. se denomina “punitive and exemplary damages” (“daños punitivos”).

1.3.17.4. La reparación jurídica del daño corporal en la C.E.E.

Cada país tiene su propia legislación para poder determinar y valorar el daño corporal. Se distinguen tres sistemas¹⁰¹, el *Derecho judicial*, que existe fundamentalmente en Gran Bretaña, *el continental de la atipicidad de los daños resarcibles*, limitándose prácticamente a decir que hay que restaurar el daño, que se da en países como España, reflejado en el art. 1902 C.C.; que se completa con las expresiones del daño emergente y del lucro cesante del art. 1106 y que desconoce en su codificación civil, la existencia del daño moral o en Italia con la salvedad de que en este país el daño moral sólo se resarce en los supuestos contemplados en las leyes y *el continental de tipicidad genérica dañosa*, como en Alemania y Portugal, que establecen algunas reglas de valoración de los daños en su código Civil.

En estos tres sistemas existe sin embargo un denominador común, que se trata de un Derecho judicial, porque son los jueces los que, en definitiva, efectúan las determinaciones valorativas, según destaca en su preámbulo la Resolución del Consejo de Europa.

La Resolución 75/7 del Comité de Ministros del Consejo de Europa relativa a la reparación de los daños en casos de lesiones y de fallecimiento, adoptada el 14 de Marzo de 1.975 en la 243 reunión de los delegados de ministros, tuvo como principal objetivo la adecuación de la normativa respecto a la valoración del daño corporal por parte de los estados miembros. Sus principios carecen de carácter normativo, lo cual no significa que carezcan de cierto valor jurídico.

La Reunión Europea de París de 20 de Noviembre de 1.988¹⁰², que refrenda la anterior resolución, señaló, que deben distinguirse claramente las consecuencias económicas del daño corporal de las consecuencias puramente humanas, que las consecuencias no económicas deben apreciarse en concreto y su gravedad debe establecerla un médico y que la víctima tiene derecho a que la fijación de la indemnización se realice según la aplicación de la Ley del país dónde vive normalmente.

1.4. Métodos de valoración de las secuelas.

1.4.1.1. Concepto.

La valoración del daño corporal debe ser de índole médica y no económica¹⁰³. Para establecer la calificación de las secuelas derivadas de un accidente de circulación, deben valorarse los factores médicos, jurídicos e incluso laborales que concurren en cada caso concreto, con la finalidad de establecer el diagnóstico de las lesiones sufridas, las secuelas finales y determinar las limitaciones para el desempeño de su trabajo considerando las tareas fundamentales o no de su trabajo habitual.

1.4.1.2. Métodos de valoración de los daños corporales causados en accidentes de circulación.

Se han utilizado diferentes formas para la valoración y reparación del daño corporal. *Hinojal Fonseca*, hace referencia a los siguientes aspectos:

■ SISTEMAS.

Se denomina Sistema al método de evaluación basado en la libre apreciación del perito, sin que sea necesario aplicar una regla o un criterio predefinido.

El *sistema empírico* fue el primero en utilizarse, siendo una estimación subjetiva del daño, por parte del perito.

El *sistema descriptivo*, muy empleado en países anglosajones, consiste en la descripción de las secuelas, sus repercusiones funcionales en las actividades de la vida diaria del lesionado.

■ BAREMOS.

Los *baremos*, el término baremo proviene del francés "barème", en honor a su introductor, *D. F. Barrême* y fue utilizado con el significado de "cuadro o tabla de cuentas ajustadas".

El diccionario de la Real Academia de la Lengua española lo define como "lista o repertorio de tarifas".

Borobia, C. (1.991) como "un conjunto de normas, establecidas convencionalmente que nos permiten evaluar la pérdida parcial o global de una persona referida a aspectos de los órganos, de personas o del entorno social"

Hinojal Fonseca, R. lo conceptúa como “un repertorio de secuelas, bien sean funcionales, psíquicas o estéticas, con sus respectivos valores porcentuales o de puntos, que sirven de guía al perito para efectuar una valoración”.

La valoración de la incapacidad propuesta por un baremo es siempre apriorística, ya que considera la lesión de forma genérica, no relacionando el porcentaje obtenido tras su aplicación, con factores a los que la cifra debería referirse.

Los baremos, son la expresión de un consenso actual de los expertos en pericia médica del daño corporal¹⁰⁴. Proponen valorar en porcentajes de incapacidad las secuelas. Dentro de ellos podemos diferenciar:

a) *Baremos Funcionales*: Su fundamento lo constituyen las funciones fisiológicas.

1. Criterio objetivo de *Fernández Rozas*. Se basa en el estudio de tres factores: anatómico, funcional y económico-social. A cada uno de estos componentes se le da un valor, en una escala que va de más a menos: muy grave (86-100%), grave (66-85%), mediano (36-65%), leve (16-35%) y muy leve (5-15%). El grado de incapacidad global se obtiene a través de la siguiente fórmula:

$$\text{Incapacidad (\%)} = (\text{Def. Anatómica} + \text{Def. Funcional} + \text{Def. Económica}) / 3$$

2. Método de *Mc Bride* simplificado. Se basa en el análisis de dos factores: el funcional y los desórdenes físicos. El primero se clasifica en siete unidades y el segundo en cinco. Cada unidad consta de varios factores que se califican desde insignificante (0-5%), leve (6-10%), muy moderada (11-20%), moderada (21-30%), ligeramente severa (31-40%), moderadamente severa (41-50%), severa (51-60%), marcadamente severa (61-70%), a extrema severidad (71-100%). Se aplica la fórmula:

$$\text{Incapacidad (\%)} = (\text{Déficit Funcional} \times 75) / 700 + (\text{Desorden Físico} \times 25) / 500$$

Los valores 75 y 25 corresponden al porcentaje que se asigna a cada componente.

b) *Baremos Porcentuales*: La valoración, expresada en tantos por cien, se calcula en base a la normalidad anterior de la persona, calculada sobre el cien por cien de la misma.

1. Baremos generales (Guías para la evaluación del Menoscabo Permanente), utilizándose en España el Sistema de Valoración y Determinación de Minusvalía y diferentes situaciones previstas en la Ley de la Seguridad Social, RD 1971/1.999 de 23 de diciembre de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía y el Sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, dentro del Anexo, existente en la Ley 30/1.995 de 8 de Noviembre de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.
2. Baremos para accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Los más importantes y más utilizados hoy en día son el Baremo de la Ley 30/95, de aplicación obligatoria en España, la Guía de valoración de la Asociación Médica Americana (AMA)¹⁰⁵, publicada en la revista JAMA, destinada a evaluar la invalidez con criterios administrativos, contemplando factores médicos, socioeconómicos, psicológicos y laborales, el Baremo de Invalidez postraumática de *Louis Melennec*¹⁰⁶, elaborado por expertos franceses y con similitud legal .

1.4.1.3. Ley 30/95, de 8 de noviembre.

1.4.1.3.1. Introducción.

En España, actualmente el baremo utilizado es el incluido en la Ley 30/95, de 8 de noviembre, *de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados*, que en anexo a la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos de Motor, introducido por la Disposición Adicional Octava de la previamente citada Ley, establece el sistema de baremación para la reparación de los daños corporales, causados con motivo de la circulación de vehículos a motor, con rango de Ley, que sustituye al baremo hasta entonces empleado, Orden de 5 de Marzo de 1.991 y tiene carácter vinculante para el Juzgador.

La elaboración de dicho baremo surgió de la necesidad de evolucionar de forma pareja a la evolución de la actividad aseguradora y de la adaptación a las Directivas de la Comunidad Económica Europea, Tercera Directiva 90/232/CEE de 14 de Mayo de 1.990, que ampliaba el sistema obligatorio de cobertura en el Seguro de Responsabilidad Civil derivado de la circulación de vehículos a motor y 92/49/CEE en relación a los Seguros no de vida.

La Ley fue aprobada por el Congreso de los Diputados en sesión del día 5 de octubre de 1.995, pero no fue sancionada por el rey hasta el día 8 de noviembre siguiente. Publicada en el BOE el 9 de noviembre y entró en vigor el 10 de noviembre.

Cuando se aproxima el momento de cambios y renovaciones en el baremo de valoración del daño corporal, Ley 30/95, ya que el anteproyecto de reforma de la tabla VI de la Ley se encuentra ya en las Cortes, es adecuado realizar una exhaustiva revisión de su empleo, de sus ventajas e inconvenientes.

1.4.1.3.2. Estructura.

La finalidad de un baremo es permitir la medición de la pérdida de integridad física debida a un hecho lesivo, mediante la valoración de la parte anatómica afectada a la que se le da una puntuación, fijada de forma arbitraria y cuyo valor máximo es 100.

Su principal utilidad no sólo reside en su simplicidad sino más bien en la unificación de criterios a la hora de evaluar el daño corporal.

La principal novedad de este baremo es su carácter vinculante, frente al carácter orientador y no obligatorio de la Orden de 1.991, no permitiendo al perito el hacer referencia a otros baremos existentes. Pero aunque el baremo es de obligada referencia, según la opinión de algunos juristas la Ley no establece su obligado cumplimiento. Constituye así mismo, cumpliendo los requisitos del artículo 1.902 del Código Civil y del artículo 19 del Código Penal sobre responsabilidad civil, un método para cuantificar el daño causado.

La estructura del anexo consta de una primera parte no médica, donde se explica el sistema y de una segunda parte en la que si incluye una serie de tablas de referencia.

- Tabla I. Indemnizaciones básicas por muerte.
- Tabla II. Factores de corrección para las indemnizaciones básicas por muerte.
- Tabla III. Indemnizaciones básicas por lesiones permanentes.
- Tabla IV. Factores de corrección para las indemnizaciones básicas por lesiones permanentes.
- Tabla V. Indemnizaciones por Incapacidad Temporal.
- Tabla VI. Clasificación y valoración de las secuelas:
 - Capítulo 1. CABEZA.
 - o Cráneo
 - o Cara
 - o Sistema óseo
 - o Sistema olfatorio
 - o Boca
 - o Sistema ocular
 - o Sistema auditivo
 - Capítulo 2. TRONCO.
 - o Columna vertebral
 - o Tórax
 - o Órganos del cuello y tórax
 - o Órganos y vísceras de abdomen y pelvis.
 - Capítulo 3. EXTREMIDAD SUPERIOR Y CINTURA ESCAPULAR.
 - o Hombro
 - o Brazo
 - o Codo
 - o Antebrazo y muñeca
 - o Mano
 - o Aparato músculo-ligamentoso tendinoso
 - Capítulo 4. EXTREMIDAD INFERIOR Y CADERA.
 - o Cadera
 - o Muslo

- o Rodilla
- o Articulación tibio-tarsiana
- o Pie
- o Aparato músculo-ligamentoso tendinoso
- Capítulo 5. APARATO CARDIOVASCULAR.
 - o Vascular periférico
 - o Corazón
- Capítulo 6. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.
 - o Médula espinal
 - o Nervios craneales
- Capítulo 7. SISTEMA NERVIOSO PERIFERICO.
 - o Miembros superiores
 - o Miembros inferiores
- Capítulo 8. SISTEMA ENDOCRINO.
- Capítulo especial. PERJUICIO ESTETICO.

El nuevo sistema deroga para el ámbito de los accidentes de circulación, el principio tradicional de la reparación íntegra enunciado en el artículo 1.106 de C. Civil¹⁰⁷, es decir como ley especial, impide la aplicación de la ley general.

1.4.1.3.3. Algunas reflexiones sobre el sistema de valoración.

Las consecuencias de la lesión acaecida en los menores de 20 años, precisan una valoración especial. Las distintas fases evolutivas por las que pasa el sujeto, pueden condicionar que tras un accidente de circulación, se produzcan además de lesiones de índole física, alteraciones en su desarrollo psicomotor, intelectual, cultural y social.

Ubicada una secuela dentro del grupo de edad que asigna la Ley, el arco de puntuación es escaso. El factor de corrección de la Tabla IV, es insuficiente, ya que se entiende únicamente cuando una sola secuela exceda los 75 puntos, o las concurrentes superen los 90.¹⁰⁸ El daño moral, reviste matices cuantitativos que se escapan a toda mensuración apriorística.

La *Tabla IV* (Factores de corrección para las indemnizaciones básicas por lesiones permanentes), introduce, entre otros un concepto modificador de las indemnizaciones básicas por lesiones permanentes, la *Gran Invalidez*, definiendo a los grandes inválidos como “aquellas personas afectadas con secuelas permanentes que

requieren la ayuda de otras personas para realizar las actividades más esenciales de la vida diaria como vestirse, desplazarse, comer, o análogos (tetraplejías, paraplejías, estados de coma vigil o vegetativos crónicos, importantes secuelas neurológicas o neuropsiquiátricas con graves alteraciones mentales o psíquicas, o ceguera completa entre otros.

El concepto de Gran Invalidez, engloba a tres factores de corrección no excluyentes¹⁰⁹; la necesidad de ayuda de otra persona, la adecuación de la vivienda y los perjuicios morales familiares. La necesidad de ayuda de otra persona se debe determinar según la ley, ponderando la edad de la víctima y el grado de incapacidad para realizar las actividades más esenciales de la vida, y se asimila a esta prestación el coste de la asistencia en los casos de estado de coma vigil o vegetativos crónicos, debiendo calcular en los casos en que el resultado del traumatismo es el estado vegetativo, el pronóstico y la esperanza de vida de estos pacientes, al igual que los cuidados ordinarios y extraordinarios que necesitan, para que la indemnización sea lo más exacta posible.¹¹⁰

El perito médico-forense deberá calificar y cuantificar la Gran Invalidez y describir las características de la ayuda que precisa utilizando un método objetivo y universal.

1.4.1.3.4. Ventajas.

Muchos son los autores que han expresado su opinión sobre los aspectos positivos y negativos del baremo.

Para *Borobia*¹¹¹, los aspectos positivos del sistema español de valoración de daños personales serían :

- Promueve, en algún aspecto la igualdad.
- Coadyuva al logro de la imprescindible seguridad jurídica.
- Facilita el equilibrio del sector asegurador y favorece al consumidor al implicar un menor coste de las primas.
- Simplifica el cálculo de las primas y la dotación de reservas.

Según Hernández Moreno et al¹¹², otras ventajas del baremo serían:

- El ser un método de trabajo eficiente, sistematizado, sensible y fiable.
- Estar elaborado por personas con diferentes criterios que acortan las distancias de sus divergencias.
- Método validado, moderno, relativamente completo en amplitud.
- Ágil, de fácil manejo y aplicación.
- Con múltiples correcciones puntuales.
- Flexible para adaptarse a los distintos casos.

1.4.1.3.5. Inconvenientes.

Existen dificultades técnicas en la aplicación médica de la Tabla VI en la valoración de las secuelas, derivadas de la escasa o prácticamente nula, información sobre cómo debe utilizarse la tabla y aquellos aspectos dudosos de la Ley.¹¹³

Según *Borobia*, los aspectos negativos de la Ley serían:

- Supone la ruptura de la unicidad del sistema de la responsabilidad civil en su aspecto indemnizatorio.
- Afecta al principio de la restitutio in integrum.
- Provoca la desigualdad de trato entre los perjudicados por accidentes de circulación y los afectados por otras actividades diversas.

Otros aspectos críticos del baremo siguiendo a Hernández et al serían:

- No mide lo que tendría que medir (Rodríguez Pazos), ya que las secuelas tendrían que evaluarse como discapacidades y no como lesiones y el baremo mide unas y otras, las mezcla, las imbrica, dando lugar a duplicaciones o multiplicaciones.
- Confunde, mezcla o globaliza lo patrimonial y lo extrapatrimonial (daños morales) y sólo es válido para causa culposa y no dolosa.
- No es exacto.
- Es incompleto y restrictivo.
- No tiene criterios para homologar lesiones inexistentes por analogía por otras.
- Normas de utilización insuficientes, especialmente llamativas y complicadas en las secuelas oculares y auditivas (tabla VI) y en las instrucciones de aplicación de la tabla V, en el anexo segundo, en el

que considera incapacidad temporal “los días que tarda en sanar la lesión”.

- Poco énfasis en la proyección de las secuelas a incapacidad laboral.
- Dificultad de aplicación.
- Errores numerosos e importantes.
- Mala aplicación. La valoración debería hacerla en principio el Juzgador y las calificaciones previas de la misma los profesionales del Derecho, pero los términos médicos deberían ser informados y peritados por profesionales médicos.

Desde un punto de vista estrictamente médico el baremo es poco adecuado para la valoración del daño corporal¹¹⁴ ya que:

- Faltan lesiones, incluso las generales.
- No siempre, las secuelas del paciente pueden encuadrarse en los epígrafes del baremo.
- Se valoran de forma muy diferente lesiones que causan pérdidas funcionales similares, o viceversa.

Puede dar lugar a indemnizaciones no reparadoras y, en conjunción con las normas modificativas del recargo moratorio del asegurador, a presiones intolerables por parte de aseguradores desaprensivos para la aceptación de indemnizaciones incluso inferiores a las resultantes del sistema.

Un estudio realizado en 1.997 por dos especialistas en rehabilitación y un catedrático en medicina legal en Cataluña con el objeto analizar la validez pericial del sistema de baremación del daño corporal de la Ley 30/95¹¹⁵, comparándolo con las Guías AMA y el Baremo de invalidez postraumática de Melennec demostró que tras valorar el daño corporal en las extremidades inferiores de 42 lesionados mediante los tres baremos, se concluyó que existían diferencias estadísticamente significativas entre el sistema español y los otros baremos más utilizados, las tablas AMA y el Baremo de Melennec, pero no entre estos dos últimos. Los tres baremos correlacionaban positivamente, pero las puntuaciones del sistema español eran casi el doble que las obtenidas con los otros baremos. Ninguno valoraba la minusvalía y poco la discapacidad, limitándose la Ley 30/95 a valorar la lesión anatómica otorgando un valor a cada lesión. sin tener en cuenta la repercusión funcional.

A pesar de todas las deficiencias, es mejor tener un baremo que no tenerlo y como último recurso, la aplicación mesurada por parte del Juez, puede asegurar la indemnización del lesionado y la guarda de la seguridad jurídica.

1.4.1.3.6. Recomendaciones para la aplicación de la tabla VI.

Las dificultades que entraña la aplicación de la tabla VI del baremo en la práctica profesional culminó con el desarrollo de una serie de recomendaciones para su adecuada utilización.¹¹⁶

Primera recomendación. *“La puntuación otorgada a cada secuela, según criterio clínico y dentro del margen permitido, tendrá en cuenta la intensidad y gravedad de la misma, así como el lado dominante en el que se haya producido y con independencia de la edad, sexo o profesión”.*

Segunda recomendación. *“Una secuela no deberá ser valorada más que una sola vez, aunque la sintomatología de la misma se encuentre descrita en varios apartados de la Tabla VI”.*

Tercera recomendación. *“No se considerará como secuela y, por tanto, lesión de carácter permanente aquellos procesos que tengan curación a corto/medio plazo”.*

Cuarta recomendación. *“No se valorarán las secuelas que estén incluidas y/o se deriven de otra(s) secuela(s) aunque estén descritas de forma independiente en la Tabla VI”.*

Quinta recomendación. *“La puntuación de una o varias secuelas correspondiente a una articulación, miembro, aparato o sistema (en el caso de que sean varias secuelas tras utilizar la fórmula de incapacidades concurrentes), nunca podrá superar a la que corresponda por la pérdida total, anatómica y/o funcional de esta articulación, miembro, aparato o sistema.”*

Sexta recomendación. *“La valoración de la pérdida de la agudeza visual se hará en todos los casos sin la corrección óptica.”* Otros baremos internacionales, así como el Dr. Menéndez de Lucas y el Dr. Hernando de Lorenzo, ponentes en dichas jornadas, recomiendan realizar la valoración de la agudeza visual con corrección.

Séptima recomendación. *“Se sugiere que la valoración del daño corporal estético deberá contemplarse como un estado global de la persona y no como la suma independiente de cada uno de los elementos que intervienen en el mismo.”*

Octava recomendación. *“Teniendo en cuenta que la alteración psicofuncional, es decir, las secuelas denominadas “defecto” y el “daño estético”, es decir, las secuelas denominadas como deformidad, son conceptos completamente diferentes, se hace la siguiente sugerencia: Que la puntuación otorgada al perjuicio estético no debería ser sumada aritméticamente a la puntuación otorgada al resto de las secuelas. Por lo tanto, la aplicación de la Tabla III (valores del punto en pesetas/euros) se debería hacer de forma independiente para cada una de las puntuaciones.”*

1.5. El informe pericial.

1.5.1. El perito: tipos y requisitos.

El artículo 1.242 del Código Civil con referencia a la prueba pericial, cita textualmente "sólo podrá utilizarse este medio de prueba cuando para apreciar los hechos sean necesarios o convenientes conocimientos científicos, técnicos o artísticos", el artículo 610 de la LEC reza " Podrá emplearse la prueba de peritos cuando para conocer o para apreciar algún hecho de influencia en el pleito sean necesarios o convenientes conocimientos científicos, artísticos o prácticos".

Según el Diccionario de la R.A.L.E. perito es "la persona que, poseyendo conocimientos teóricos o prácticos, informa, bajo juramento, al juzgador sobre puntos litigiosos en cuanto se relacionan con su especial saber o experiencia".

Tanto en el proceso penal (LECr art 457), como en el proceso civil (LEC art 615) se distinguen dos tipos de peritos principalmente a saber, los peritos titulados, que son las personas que poseen un título académico oficial o título reconocido para ejercer una actividad que acredita sus conocimientos respecto al tema objeto del informe pericial y los peritos no titulados o peritos prácticos, que son aquellos que carecen de un título académico pero que tienen conocimientos del objeto de la pericia adquiridos de forma empírica y por la experiencia.

López-Muñiz hace referencia a los peritos judiciales, que son los médicos forenses que actúan como funcionarios judiciales y otros profesionales al servicio permanente de la Administración de Justicia como pueden ser los equipos psicosociales.

Respecto a los denominados peritos médicos, debemos puntualizar que si bien todo licenciado en Medicina y Cirugía puede actuar como perito médico, sólo podrán

actuar como peritos médico legistas los especialistas en medicina legal o aquellos que reúnan las condiciones fundamentales para dar un enfoque médico-legal adecuado a su pericia, para que ésta resulte útil a la justicia.

El perito debe poseer unas condiciones naturales básicas que le confieren la capacidad necesaria para desempeñar la función pericial. *Mata* describió una serie de cualidades personales que debía reunir el perito ideal, diligencia, entereza, moderación, veracidad, franqueza, prudencia, consideración, inclinación al bien y dignidad profesional. Para *Gisbert Calabuig* son imprescindibles, la objetividad, en la interpretación de las pruebas, la reflexión y el sentido común que le posibiliten aclarar y aportar sencillez a problemas complejos, capacidad de juicio para discernir lo importante de las cuestiones que se le plantean, la prudencia, la imparcialidad y la veracidad de sus actuaciones. Debe poseer además de la formación médica básica y por último de conocimientos jurídicos suficientes que le permitan comprender los fines de la misión que le ha sido encomendada y la importancia de sus conclusiones.

Simonín, por su parte cita las tres cualidades que incapacitarían al perito, la ignorancia, el orgullo y la deshonestidad.

Actualmente existe una gama variada de profesionales médicos que eventual o periódicamente realizan peritaciones: los médicos forenses, profesores o personal cualificado de los departamentos de Medicina Legal o de otros departamentos, Colegios de Médicos, Academias de Medicina, especialistas en medicina Legal, expertos en la valoración del Daño Corporal, médicos de especialidades diversas o incluso médicos no especialistas.

La Valoración del daño Corporal constituye un área de capacitación dentro de la Especialidad de Medicina Legal y Forense, mientras que la titulación en Valoración del Daño corporal, constituye un título propio universitario¹¹⁷, pero sin carácter oficial ni laboral.

A su vez, los peritos pueden ser públicos, como el excepto el médico forense que sólo actúa de forma oficial y por mandato judicial, gozando habitualmente de la predilección de Jueces y Magistrados, por aportar fiabilidad, neutralidad, objetividad y concreción a la pericia o privados, y propuestos por el Juez o por el contrario a instancia de parte. Cuando el perito no es público, se traduce frecuentemente en una disparidad de criterios médicos, que además de ocasionar contraperitajes, sobre todo en la

jurisdicción civil, no asegura la objetividad en los informes periciales llegando incluso a perjudicar al indemnizado¹¹⁸

El Código de Ética y Deontología Médica¹¹⁹, dedica el capítulo XVII, a los médicos peritos, “Médicos peritos y funcionarios”. En el artículo 41.2 reza que el médico perito debe comunicar previamente al interesado el título en virtud del cual actúa, la misión que le ha sido encargada y por quién. Si el paciente se negara a ser examinado, el médico renunciará a hacerlo y se limitará a poner tal extremo en conocimiento del demandante. En los artículos 41.1 y 41.3 afirma respectivamente que, el perito médico deberá acomodar sus actividades profesionales a las exigencias del Código Deontológico y que la actividad del perito es incompatible con la asistencia médica al mismo paciente. El punto 4 del mismo artículo, hace referencia a que si en el curso de su actuación, el médico perito hubiera obtenido algún dato que traduce un riesgo importante para la vida o la salud del paciente, considerará si conviene al bien de éste comunicarlo.

1.5.2. La pericia en el ámbito civil.

La valoración médico-legal del daño corporal ha sido tradicionalmente dividida en el binomio (daño patrimonial/ daño no patrimonial).

El daño patrimonial o económico (actividades lucrativas) comprendía el valor de la pérdida sufrida o *daño emergente* (los gastos actuales y los gastos futuros), el valor de la ganancia dejada de obtener o *lucro cesante* (Incapacidad Temporal, Incapacidad Permanente y la incapacidad para otras actividades lucrativas tanto actuales como futuras).

El daño extrapatrimonial o no económico (actividades sociales no lucrativas y los daños morales propiamente dichos). Entre las primeras distinguimos la autonomía para las actividades de la vida diaria, la vida afectiva familiar, la vida de relación y la vida escolar o de formación. Entre los daños morales se incluye el quantum doloris, el daño estético y el daño sexual.

El daño corporal, se confunde en ocasiones con el daño patrimonial, por el hecho de ser susceptible de una indemnización económica o pecuniaria, en base a criterios objetivos, al contrario de lo que sucede con el daño moral, cuya compensación, sólo tendrá lugar en los daños causados culposamente.¹²⁰

Pero el daño corporal tiene autonomía propia y debe entenderse como un verdadero *tertium genus*, que no puede reducirse a la clásica distinción patrimonial-no patrimonial.

1.5.3. El informe pericial.

El informe pericial no es más que la aplicación práctica de la medicina legal, que comprende el conjunto de conocimientos de la medicina que se encuentran vinculados a la justicia o la ley o según *Piga* "es la medicina en el Derecho" y que en un sentido amplio incluye toda relación de la medicina con el Derecho.

El juez, para la aplicación práctica y justa de las leyes, se sirve de las normas y costumbres jurídicas, los principios generales del Derecho y precisa de un cauce formal preestablecido que regule la forma de dirimir ante él los conflictos, es el denominado proceso o juicio. Así el Derecho procesal regula la aplicación jurisdiccional del Derecho, pero cada orden jurisdiccional posee un tipo de proceso, distinguiéndose un proceso civil, un proceso penal, un proceso laboral o social y un proceso administrativo. Todo proceso implica un procedimiento o camino que deben recorrer las partes hasta llegar a la sentencia, pero no a la inversa, ya que el proceso solamente puede darse cuando las partes están enfrentadas.

En todo proceso, para resolver las cuestiones jurídicas planteadas, se persigue conocer la verdad de los hechos o la prueba de estos, ya que la prueba es "la demostración de la verdad de una afirmación, de la existencia de una cosa o de la realidad de un hecho".¹²¹

La prueba pericial es el elemento de prueba coadyuvante con el ejercicio jurisdiccional cuya finalidad es ilustrar al órgano para establecer los términos concretos del litigio y ha sido definida¹²² como "el instrumento probatorio que se precisa cuando para conocer o apreciar por el órgano judicial los hechos o algún hecho de influencia en el pleito, sean necesarios o convenientes conocimientos científicos, artísticos o prácticos".

Los jueces son expertos o peritos en derecho, pero no en otras materias que son motivo de causa judicial, por ello para suplir la falta de conocimientos especializados, el juez recurre al dictamen de peritos o a la prueba pericial.

El informe pericial es la culminación en el ámbito jurídico de la prueba pericial o pericia.

*Devis Echandia*¹²³ define la peritación como una actividad procesal desarrollada en virtud de encargo judicial, por personas distintas de las partes del juicio, especialmente cualificadas por sus conocimientos técnicos, artísticos o científicos, mediante la cual se suministra al juez argumentos o razones para la formación de su convencimiento respecto de ciertos hechos, cuya percepción o cuyo entendimiento escapa de las aptitudes del común de las gentes.

El informe médico-forense es una modalidad especial del informe pericial¹²⁴, por lo tanto debe revestir la forma legalmente prevista para tales medios de prueba; es decir, la descripción del objeto de la pericia, las intervenciones, las pruebas científicas realizadas y sus resultados así como las conclusiones finales, ya que la validez del mismo dependerá de que su correcta aplicación.

La importancia del informe pericial puede observarse atendiendo a una doble perspectiva, la *validez interna del informe* que proviene de la revisión del propio informe y la comprobación de la adecuación de los elementos valorados a los fines perseguidos y por lo tanto la constatación de la importancia de las conclusiones emitidas y el *valor procesal del informe* como medio de prueba, que en nuestro país viene regido por la libre valoración de la prueba por parte del Juez o Tribunal., pero que lejos de suponer una total arbitrariedad, la valoración debe realizarse utilizando la lógica y la razón propias del ser humano¹²⁵.

El informe emitido por el forense aún no siendo en ocasiones necesario, ni constituir una prueba definitiva, es de gran trascendencia jurídica, debido a su especificidad, objetividad y profesionalidad de los médicos forenses, por lo tanto su importancia obliga a dichos facultativos a elaborarlos de manera metódica, concienzuda y detallada y cuya forma se ajuste a lo estipulado en el articulado en la Ley de Enjuiciamiento Criminal referente a la forma que deben revestir los informes periciales.

La peritación en materia del daño corporal se realiza tanto en el ámbito judicial como extrajudicial.¹²⁶

Las peritaciones en el ámbito judicial se practican con ocasión de accidentes laborales y enfermedades profesionales, en los delitos de lesiones y en el caso de responsabilidad civil derivada de las lesiones.

Las peritaciones extrajudiciales se realizan sobre todo en el caso de la existencia de responsabilidad civil individual derivada de accidentes de vehículos a motor o en el caso de la existencia de minusvalías con derecho a prestación o subsidio.

1.5.4. El informe pericial en la valoración del daño corporal.

1.5.4.1. Definición.

En el acto médico de la valoración del daño corporal, el principal motivo de conflicto es la existencia de una relación tripartita, ya que salvo en los casos de ser requeridos por el propio lesionado para la elaboración del informe siempre interviene en la relación médico-paciente un tercer elemento, el llamado *mandante*; es decir aquél que, de forma legítima, solicita y va a ser el destinatario de la información¹²⁷, pero la principal lealtad del médico es la que debe a su paciente.

1.5.4.2. Estructura.

El modelo del informe pericial en la valoración del daño corporal, puede estructurarse de la forma descrita a continuación:

- **PREÁMBULO:**

En el que constatarán los datos de filiación del perito, de la persona o autoridad que solicita el informe, el objeto de la pericia y la data y lugar de los exámenes realizados.

- **ANAMNESIS DEL INFORMADO.**

Se recogerán los datos de filiación así como los antecedentes personales y familiares del informado y datos sobre las dolencias que refiere y que motivaron el peritaje.

- **EXPLORACION FÍSICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.**

Para el diagnóstico del daño, estado actual, posibilidades terapéuticas y valoración de las secuelas .

- **ESTUDIO DE LAS CONCAUSAS.**

Es decir, determinar la influencia que han tenido en el estado actual factores diferentes a la propia lesión como el estado anterior.

- **CONSIDERACIONES MÉDICO-LEGALES:** Es la discusión sobre las

cuestiones planteadas.

- CONCLUSIONES.

Las conclusiones serán claras, concisas, objetivas y estarán numeradas. versarán sobre aspectos tales como el tipo de lesión, las secuelas resultantes de la misma tanto funcionales como anatómicas, el nexo de causalidad entre el hecho acontecido y la lesión o las secuelas, la duración de los días de baja es decir los días que precisó el lesionado hasta la curación o estabilización de sus lesiones, desglosando tanto los días que estuvo impedido para sus ocupaciones habituales (*días improductivos*), como los que invirtió en su sanidad pero no estuvo impedido para tales ocupaciones (*días no improductivos*) y los (*días de estancia hospitalaria*) y la evaluación del estado residual con el tipo y grado de incapacidad si la hubiere, Incapacidad Temporal o la Incapacidad Permanente en cualquiera de sus grados, deficiencias o minusvalías.

- FORMULA FINAL.

1.5.4.3. Tipos de informes.

Los informes pueden ser:

⇒ PARTE DE ADELANTO. Se utiliza para comunicar a la autoridad cualquier novedad acaecida en la evolución de las lesiones.

⇒ PARTE DE ESPERA¹²⁸ o de ESTADO, con objeto de comunicar a la autoridad judicial la evolución del lesionado.

⇒ DECLARACIÓN DE SANIDAD. Su objeto es declarar a la autoridad la estabilización de las lesiones, indicando el tiempo de curación, el número de asistencias, el tratamiento aplicado, las secuelas si las hubiera entre otras cuestiones.

Otra clasificación posible sería:

⇒ INFORMES DE PARTE, bien a petición del paciente, bien a petición de la parte contraria.

⇒ INFORMES COMO PERITO INDEPENDIENTE u OFICIAL, es el caso de aquellos emitidos por el médico-forense.

El ámbito propio de la declaración o informe de sanidad se encuentra en los procedimientos penales seguidos por delitos o faltas de lesiones, y debido a que la definición legal de las mismas determina las exigencias del contenido de la pericia, la declaración de sanidad, desde el punto de vista del fiscal, debería recoger al menos¹²⁹, la naturaleza de la lesión, la descripción de las medidas terapéuticas aplicadas y necesarias, los días de curación e impedimento y las secuelas.

Si nos ciéramos estrictamente a la norma contenida en el art 350 de la LECr, el médico-forense debería asistir al lesionado desde el inicio, realizando las funciones de inspección y vigilancia e informando periódicamente de la evolución de las lesiones. Es obvio, que con la infraestructura actual de las clínicas forense en cuanto a medios humanos y materiales, esto no es factible, por lo que son los facultativos de los distintos servicios de urgencias médicas los que asisten al lesionado y los informes de alta que redactan, los que hacen mención a las lesiones y las terapéuticas aplicadas. Al médico-forense le corresponderá tras el reconocimiento del lesionado y la revisión de todos los informes médicos que le sean aportados, definir objetivamente en la declaración de sanidad, la naturaleza, las características y la localización de las lesiones.

Debe contener también la declaración de sanidad la necesidad o no de asistencia médica, de una o varias asistencias y descripción detallada de las terapéuticas aplicadas o pautadas tanto en la primera asistencia como en el caso de la necesidad de tratamiento médico o quirúrgico posterior. Es de todos conocido la controversia que suscita entre médicos y juristas el concepto de tratamiento médico o quirúrgico.

Aunque los días de curación de las lesiones, no tienen trascendencia a la hora de la calificación jurídica de las lesiones, su constatación así como su desglose en días improductivos para sus ocupaciones habituales, no improductivos y días de estancia hospitalaria son imprescindibles para determinar la indemnización que le corresponda al lesionado.

Las secuelas, también deben ser parte fundamental de la declaración de sanidad. Para facilitar la labor de los juristas y ajustarse a la norma, deberían describirse empleando la nomenclatura del anexo a la Ley 30/95, siendo preferible que la puntuación exacta otorgada sea realizada por el juzgador.

1.5.4. Valoración del daño corporal en situaciones especiales.

1.5.4.1. Niños y ancianos.

Los individuos situados en los extremos de la vida, es decir niños y ancianos, presentan un factor determinante, que les confiere particularidades en el momento de enfermar, a sus posibilidades de recuperación y a las consecuencias permanentes que el traumatismo puede generar, el factor edad.¹³⁰ Muchos autores han descrito ese estado diferente que confiere la edad como un estado anterior (*Criado del Río, 1.994*).

En los niños, los aspectos que hay que valorar según esquema propuesto por *Rousseau (1.989)*¹³¹ serían.

- ✓ Incapacidad Temporal: periodo en que el niño esté imposibilitado para sus actividades lúdicas y escolares.
- ✓ Pretium Doloris: valorando el daño moral que le suponga el traumatismo, la separación de la familia y la estancia en instituciones como es el caso de hospitales.
- ✓ Incapacidad Permanente:
- ✓ Perjuicio Estético.
- ✓ Perjuicio juvenil. Consiste en establecer qué tipo de actividades podrá realizar el niño en un futuro y cuáles le están vedadas a consecuencia de las secuelas, ya que precisarían de una integridad corporal o intelectual determinada.
- ✓ Perjuicio de afirmación personal: se trata de evaluar la afectación para disfrutar de los placeres de la vida propios de su edad y futuros.

En valoración del niño discapacitado¹³² además de la exploración física y la determinación de la posibilidad o no de que el niño lleve a cabo, de forma autónoma las actividades básicas de la vida diaria, debemos evaluar las funciones psíquicas. Muchos autores apuestan por métodos mixtos (subjetivos, conductuales y fisiológicos), siendo especialmente importante en este tipo de valoración la colaboración de la familia.

La valoración del daño corporal en el anciano, no debe apartarse de la que se realiza en los adultos, con algunas peculiaridades. La valoración geriátrica más adecuada es la conocida como integral o dinámica.

Siguiendo a *Hernández Cueto*, las características que definen al anciano y que hay que valorar son de tipo psíquico y de tipo somático. Debiendo valorar además:

- ✓ Incapacidad Temporal. Desglosada en días de hospitalización, días improductivos (o IT total), y días no improductivos (IT parcial).
- ✓ Incapacidad Permanente o secuelas definitivas.
- ✓ El grado de la pérdida de autonomía evaluando las ABVD (actividades básicas de la vida diaria) y las AIVD (actividades instrumentales de la vida diaria).
- ✓ Perjuicio del dolor, estético y de ocio.
- ✓ La disminución del equilibrio del estado de salud y de la esperanza de vida.

Es acertado conceder un porcentaje o tasa de incapacidad funcional por “aceleración de la senilidad” (*Gisbert y Murcia*), en los casos en que se demuestre que la lesión aunque leve, ha causado un desequilibrio grave en el devenir funcional del anciano.

1.5.4.4.2. Lesiones crónicas.

En ocasiones las lesiones que se producen son de tal envergadura que necesariamente van a evolucionar a lo largo de un periodo prolongado de tiempo y conllevarán dificultades añadidas en la valoración del daño corporal. En estos casos deberemos hacer hincapié (*Villanueva Cañadas, Hernández Cueto*)¹³³ en los siguientes aspectos:

- ✓ La fecha de consolidación de las lesiones, aunque a veces esto resulte muy complicado, adoptando el criterio médico-legal que reconoce que el establecimiento del proceso crónico coincide con la estabilización de las secuelas.
- ✓ Establecimiento del nexo de causalidad, valorando todos pero únicamente los trastornos que se presenten en la evolución de las lesiones y sean propios del proceso, ya que el lesionado podría sufrir otras patologías no relacionadas con el hecho lesivo. Así estos autores hablan de la existencia de dos nexos de causalidad; uno “a priori”, el que debe existir entre el traumatismo y sus secuelas y otro “a posteriori”, propio aunque no exclusivo de las patologías crónicas.
- ✓ Valorar la existencia de posibles limitaciones para la vida diaria, profesional o extraprofesional, la necesidad de continuidad de asistencia

médica o incluso hospitalaria permanente en los casos graves o situaciones de agravamiento, la asistencia por tercera persona, la persistencia del dolor, la disminución de la esperanza de vida o la adecuación del medio entre otros.

1.5.4.5. Consolidación y secuelas.

Jurídicamente, la consolidación o fase de estabilización es el momento en el que el estado de la víctima se ha estabilizado o estacionado, por lo tanto ya no es susceptible de una modificación sensible bajo el efecto de cualquier tratamiento.

La consolidación puede equipararse a curación, cuando el lesionado recupere su estado anterior. Generalmente esto no suele suceder, por lo que la consolidación se acompaña de un estado residual.

La data de la consolidación es de suma importancia, porque es a partir de ese momento cuando se realiza la valoración clínica definitiva y en su caso establecer una posible incapacidad permanente en el grado que corresponda.

La fecha de la consolidación corresponde de forma excepcional con la reincorporación al trabajo, pudiéndose situarse antes o después de dicha reincorporación.

La consolidación constituye la frontera entre un proceso activo o de evolución lesional y un proceso crónico que ya no es susceptible de mejorar.

La secuela, el estado último que alcanza la lesión en su evolución, a partir de ese momento ya no es previsible ningún cambio o transformación en el estado anatómico o funcional, siendo ya inútil la aplicación de cualquier terapéutica pretendiendo una mejoría.

Las secuelas, a su vez pueden clasificarse, según su naturaleza en anatómicas, funcionales, estéticas, psíquicas, morales o extracorpóreas, según su permanencia en reversibles o irreversibles, transitorias o permanentes y estáticas o dinámicas y por último según su repercusión laboral podemos hablar de si no afectan a la actividad laboral del sujeto o si por el contrario lo incapacitan de forma parcial o total.

Para no dejar ningún perjuicio sin valorar, dentro de lo previsible, es aconsejable sistematizar y elaborar un protocolo de actuación al valorar las secuelas post-accidente¹³⁴ tanto actuales como futuras, describiendo las lesiones, valorando el

tratamiento requerido, estudiando las secuelas en el momento del reconocimiento, valorando la evolución previsible, estableciendo la relación de las secuelas con la edad y la profesión del lesionado, demostrando objetivamente cuando a las secuelas corresponde la situación de incapacidad permanente parcial y no la calificación de lesiones permanentes no invalidantes que serían indemnizadas de forma sensiblemente inferior y finalmente es de suma importancia documentar el informe.

Consolidación y secuela enlazan con el criterio de Menoscabo Permanente utilizado por los expertos de la A.M.A, que lo definen como "una anomalía anatómica o disminución funcional que permanece después de una rehabilitación llevada al máximo y cuya anomalía o disminución funcional considera el médico como estable o no progresiva, en el momento de hacer la evaluación".

Desde la entrada en vigor de la Ley 30/95, de uso obligatorio en la valoración de las secuelas tras los accidentes de circulación, los juristas consideran primordial la utilización, al determinar las secuelas, de la misma terminología consignada en el baremo legal, pero algunos defienden que la atribución de la puntuación cuantificadora comprendida en la norma es competencia del Juzgador¹³⁵, ya que en esa decisión, el Juez pondera no sólo la entidad y gravedad de la secuela según el criterio del médico-forense informante, sino otras circunstancias que pudiera considerar relevantes de esta forma se conseguiría por añadidura homogeneizar la cuantificación económica de la reparación del perjuicio ocasionado por la secuela.

1.5.4.6. Secuelas de los accidentes de tráfico.

Es fundamental para que el médico-forense valore las lesiones producidas tras un accidente de tráfico, el parte inicial de lesiones.¹³⁶

1.5.4.6.1. Valoración.

Para su valoración hay que tener en cuenta diversos factores¹³⁷:

- Capacidad de independencia del individuo.
- Repercusión sobre la capacidad laboral.
- Repercusión en la actividad deportiva y de ocio.
- Repercusión en la vida de relación y sexual.
- Repercusión estética.

1.5.4.6.2. Descripción.

a. SECUELAS OSTEOMUSCULOLIGAMENTOSAS.

En España, la valoración de secuelas del aparato locomotor (al igual que las de otros aparatos o sistemas), no está sujeta oficialmente a unas normas generales ni globales, de modo que dependiendo de la causa de las secuelas (fortuitas, accidentales por tráfico, accidentales laborales, víctimas de guerra), se empleará un sistema u otro de valoración.¹³⁸

Las lesiones más frecuentes son la fractura de la extremidad proximal de la tibia, las fracturas de rótula y las fracturas de la extremidad distal de fémur.

De las lesiones meniscales y ligamentosas, el menisco interno (MI) es el que más frecuentemente se lesiona, seguido del ligamento lateral interno (LLI), el ligamento cruzado anterior (LCA), el menisco externo (ME), el ligamento cruzado posterior (LCP) y el ligamento lateral externo (LLE)

Los traumatismos de circulación son la segunda causa de fracturas de fémur y rodilla, sólo superada por las caídas y precipitaciones.¹³⁹

La mayor parte de las lesiones a nivel de la rodilla producen secuelas, siendo la más frecuente la limitación de la flexión de rodilla entre 90° y 135°.¹⁴⁰

Toda limitación articular que persista más de 6 meses, dejará rigidez articular como secuela y si persiste más de un año en el adulto será definitiva, siendo de mejor pronóstico en el niño.¹⁴¹

En la valoración de un hombro doloroso postraumático, la edad comprendida entre los 45-60 años, los antecedentes y la rigidez nos orientan hacia un proceso degenerativo crónico y no hacia una secuela postraumática.¹⁴²

La algodistrofia simpático refleja, es un síndrome, fundamentalmente doloroso, muy frecuente, de presentación insospechada y con poca relación causa-efecto.¹⁴³ Incide en todos los tejidos de la zona afectada, con limitación del balance articular, trastornos vasomotores, alteraciones tróficas, osteoporosis regional, con hipercaptación gammagráfica, con tendencia a evolucionar hacia la integridad en la mayoría de los casos y relacionado con una hiperactividad del sistema simpático. Obedece a una etiología postraumática en un 50% de los casos. Clásicamente afecta a una sola

extremidad, con preferencia en el miembro inferior y localización preferiblemente distal sobre la proximal, pero puede tener varias localizaciones.

Las secuelas que los traumatismos faciales pueden ocasionar dependerán de la edad del lesionado y la localización del traumatismo.¹⁴⁴ Las fracturas del maxilar inferior o mandíbula, pueden ocasionar un mal engranaje dentario, déficits sensitivos en el labio, el mentón o la lengua, callos de fractura, pseudoartrosis, anquilosis de la articulación temporomandibular y un síndrome algodistrófico. Las fracturas del malar o cigoma, pueden ocasionar una asimetría facial, limitación de la apertura de la boca, trastornos del globo ocular como enoftalmos o diplopía, déficits sensitivos en párpado inferior, mejilla, hemilabio superior y hemiarcada dentaria del lado traumatizado.

Las fracturas de Lefort, pueden originar limitación de la apertura bucal, enoftalmos, diplopía, asimetría facial, déficits sensitivos, rinoliquorrea, amaurosis, parálisis facial, anosmia o hipoanosmia y secuelas psicológicas.

En los niños además de las anteriores puede existir alteraciones en el crecimiento de la hemimandíbula del lado fracturado, y anomalías en la erupción de la dentición definitiva.

b. SECUELAS NEUROLÓGICAS.

Cuando analizamos la Ley 30/95, nos encontramos que en el apartado de descripción de secuelas un porcentaje amplio de las mismas son neurológicas.¹⁴⁵

Los cuatro capítulos de la ley 30/95 que engloban las secuelas neurológicas son, la cabeza, el tronco, el sistema nervioso central (SNC) y el sistema nervioso periférico, (SNP). El capítulo 1 cabeza, incluye secuelas muy diversas como el síndrome postconmocional, la epilepsia, o las afasias, el capítulo 2 tronco contempla secuelas como el síndrome postraumático cervical, la cervicalgia con o sin irradiación braquial, hernias o protusiones discales, o las lumbociatalgias. El capítulo 6, SNC, incluye secuelas como hemiparesias, tetraplejías etc y el capítulo 7 SNP, describe fundamentalmente parálisis y neuralgias.

En los casos de traumatismo cervical sin clínica neurológica y evolución satisfactoria desde el comienzo, un estudio radiológico suele ser suficiente para valorar el alcance de la lesión, pero cuando existe déficit neuromuscular o clínica de irradiación dolorosa o sensitiva es necesario la realización de una electromiografía (EMG). Los hallazgos encontrados indican que afectación de las raíces C5, C6 y C7 como

consecuencia de una tracción del plexo braquial es tal vez la más frecuente¹⁴⁶ y la clínica se manifiesta en el 100% como parestesias.

c. SECUELAS NEUROPSIQUIÁTRICAS.

La aparición o no de trastornos de estirpe psiquiátrica derivados de los accidentes de tráfico, depende en gran medida de la historia patográfica previa del paciente.¹⁴⁷ Dichas secuelas psíquicas¹⁴⁸ podrían dividirse en:

- El síndrome postconmocional (SP) es el trastorno neuropsiquiátrico más frecuente dentro de la patología postraumática con importantes repercusiones médicas y sociales.¹⁴⁹ Anteriormente denominado por Pierre Marie en 1.916 como “síndrome subjetivo postconmocional”, fue descrito por Strauss y Savitsky en 1.934 , hace referencia a la aparición de un grupo heterogéneo de síntomas, somáticos, cognitivos y psicológicos que pueden aparecer y persistir de forma variable tras un TCE.
- La Neurosis postraumática. El TPET (Trastorno por estrés postraumático)¹⁵⁰ descrito por el neurólogo alemán Hermann Oppenheim en 1.889, bajo la denominación de “neurosis traumática” es uno de los trastornos de ansiedad más frecuentes en la población general y está relacionado directamente con experiencias traumáticas. El TPET (Trastorno por estrés postraumático) es originado por numerosas circunstancias. Uno de los grupos de mayor riesgo para el padecimiento del TPET lo constituyen las víctimas de accidentes de tráfico.¹⁵¹ Un hecho traumático como es un accidente de tráfico, tiene un gran impacto sobre las personas que son víctimas del mismo. Hemos de considerar que al menos dos factores influyen en su aparición¹⁵², por un lado el grado y proporción del accidente y, por otro, influyen las características del individuo que ha experimentado el accidente.
- El síndrome depresivo postraumático se manifiesta por sentimientos de tristeza, falta de apetito, e insomnio entre otros tras el traumatismo.

- La amnesia postraumática, consiste en una pérdida anterógrada de memoria.
- La epilepsia postraumática, consiste en la aparición de crisis recurrentes secundarias, tras un TCE, debidas a lesiones encefálicas producidas por este, habiéndose descartado otras causas. El momento de aparición de la epilepsia tras el traumatismo es muy variable, aunque en el 60% de los casos lo hace en el curso del primer año y prácticamente en los dos años siguientes al TCE la epilepsia postraumática ya ha hecho su aparición. Las crisis epilépticas precoces no son secuelas con carácter indemnizatorio tras los TCE.¹⁵³ Está demostrada la relación entre la gravedad, extensión y localización del traumatismo y la aparición de la epilepsia postraumática. Desde el punto de vista médico-forense es muy importante el mecanismo de producción del TCE, ya que en los TCE cerrados el 5% sufre epilepsia postraumática, ascendiendo a un 60% si el TCE fue abierto y con heridas penetrantes que ocasionen dislaceración cerebral.
- Los trastornos de personalidad, son alteraciones del tipo irritabilidad, agresividad, risa o llanto inmotivados que se pueden manifestar tras el accidente.

d. SECUELAS DE ÓRGANOS Y VÍSCERAS.

Los accidentes de tráfico originan el 85% del total de los traumatismos toracoabdominales.¹⁵⁴ Aunque su presentación es infrecuente, suelen revestir gravedad. Entre ellas cabe destacar, secuelas a nivel torácico como fracturas torácicas múltiples, lesiones diafragmáticas, pleuropulmonares, mediastínicas y cardíacas, a nivel abdominal cabe destacar las roturas de bazo o la roturas viscerales y a nivel lumbopélvico se pueden producir sobre todo secuelas del aparato urogenital.

e. SECUELAS DE LOS ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS.

Las secuelas otológicas, derivadas de accidentes viarios pueden englobarse en patología del oído externo, medio o interno y alteraciones cocleovestibulares intralaberínticas, extralaberínticas o retrolaberínticas.

La patología del oído suele manifestarse por la aparición de acúfenos o tinnitus y desde el punto de vista de los accidentes de circulación puede ser motivado por perforaciones del tímpano, hemotímpano, discontinuidad de la cadena osicular, lesiones traumáticas del laberinto óseo o del órgano de Corti. También pueden presentarse en patología de la articulación temporomandibular, malposiciones dentarias o alteraciones vasculares extracraneales.

La afectación del laberinto se manifiesta por vértigo, nistagmus, náuseas o vómitos y deterioro auditivo y se puede producir tras una fractura transversa del hueso temporal o tras un traumatismo cervical, manifestándose generalmente un vértigo posicional paroxístico benigno acompañando al esguince cervical.¹⁵⁵

Aunque la relación sólo puede calificarse de especulativa, Sádaba y cols, han descrito un caso de *Azoor* o retinopatía zonal externa aguda oculta¹⁵⁶, tras un accidente de tráfico, en el que en un principio se diagnosticó únicamente una contractura cervical.

En más del 70% de los accidentes de tránsito hay evidencia de compromiso facial de diversa importancia.¹⁵⁷

Un 20-25% de la población española sufre algún tipo de traumatismo dental a lo largo de su vida.¹⁵⁸

El traumatismo alcanza diferente trascendencia según la edad del paciente y del diente, siendo más frecuente en adultos las fracturas radiculares, mientras que en los niños predominan los desplazamientos y avulsiones. Los dientes temporales son más frecuentemente luxados que fracturados, en casos de dentición definitiva, se afecta en un 91% el maxilar superior y sobre todo, en un 79% el incisivo central superior.¹⁵⁹

Entre las secuelas bucodentales postraumáticas cabe citar las secuelas en la dentición temporal como discromías, o las pérdidas de espacio, las secuelas en la dentición definitiva como fisuras, fracturas, subluxaciones o luxaciones, intrusiones, secuelas de traumatismos óseos como maloclusiones, deformaciones por callos de fractura, o trastornos disfuncionales de la articulación temporomandibular, secuelas mucosas, cutáneas, nerviosas, y funcionales, que pueden tardar en manifestarse varios años después del traumatismo.

En la reparación debe tenerse en cuenta¹⁶⁰ en primer lugar la edad del lesionado, ya que si las lesiones se producen en los niños que están en período de crecimiento y desarrollo, pueden conllevar alteraciones futuras importantes que hay que

valorar, la pérdida de piezas dentarias tanto temporales (no incluida en ninguna de las tablas de uso actual) como definitivas, la posibilidad o no de reparación protésica, la dehiscencia gingival, los callos hipertróficos, los trastornos de oclusión, de la articulación temporomandibular (ATM), las alteraciones de sensibilidad, del nervio dentado superior, de la vitalidad de los dientes y la dificultad de masticación, tanto para sólidos como para líquidos.

f. SECUELAS VASCULARES.

La ruptura del istmo aórtico es la lesión traumática de la aorta más frecuente, siendo los accidentes de circulación su principal causa. El mecanismo es una deceleración importante, asociada o no a un choque directo. Más del 50% de los que presenten dicha lesión morirán en las primeras 24 horas, pero alrededor del 5% serán dados de alta sin ser diagnosticados, ya que la resistencia de la capa adventicia, permitirá que se constituya un falso aneurisma postraumático¹⁶¹, cuya mortalidad a los 10 años sin tratamiento quirúrgico asciende al 34%.

La disección de las arterias carótidas cervicales causada por un esguince cervical, más habitualmente tras accidente de tráfico con impacto posterior en el vehículo, constituye una complicación rara, pero posible.¹⁶²

La impotencia o disfunción eréctil, aparece en medicina forense con más frecuencia en el campo del daño personal, fruto del aumento de los accidentes de circulación.¹⁶³ La irrigación del pene depende exclusivamente de la arteria pudenda interna a través de sus ramas profundas. Un traumatismo perineal o pelviano que lesione el endotelio de estos vasos puede, de forma brusca o tras algún tiempo, producir estenosis de la arteria y la consiguiente disfunción eréctil.

g. PERJUICIO ESTÉTICO.

El perjuicio estético, es “cualquier tipo de defecto físico que altere peyorativamente la apariencia externa” (STS, Sala 2ª, de 11 abril de 1.991).

Dentro de la reparación por daños y perjuicios, el daño estético adquiere una gran importancia, ya que vulnera el derecho constitucional a la integridad personal y prefigura la necesidad de que sea indemnizado por el responsable.¹⁶⁴

Para asegurar la equidad de la indemnización, es indispensable medir y cuantificar de forma adecuada el daño estético, disminuyendo en lo posible la presencia de criterios subjetivos de valoración.¹⁶⁵

La Resolución N° 75 del Consejo de Europa¹⁶⁶, en un intento de armonización de criterios sobre la valoración del daño en Europa, aportó los principios rectores en la valoración y reparación del daño corporal. Con respecto al daño estético la resolución indica que “se trata de estudiar y evaluar la pérdida de atracción puramente y no las repercusiones fisiológicas, sociales, morales y laborales, ya que estas deben ser valoradas no dentro del daño estético, sino dentro de los respectivos daños”.

La tendencia inicial que incluía el daño estético dentro del daño moral se ha ido modificando, considerando el perjuicio material que puede generar, representado principalmente por la repercusión en la profesión, y por los gastos en tratamientos reparadores.¹⁶⁷

En Italia y posteriormente en otros países como España, Portugal, Alemania y Francia, se desarrolla ampliamente un tercer tipo de daño distinto del daño patrimonial y del extrapatrimonial, el “daño biológico”

Desde la perspectiva jurídica, la lesión estética se configura como un daño autónomo, que puede incidir tanto sobre el daño material, como sobre el daño moral, y como daño a la integridad de la persona, independiente de los daños anatómicos y psíquicos, el daño estético debe formar parte junto a ellos del daño biológico, que es el daño básico, de cuyo estudio, derivan los demás daños, tanto patrimoniales como extrapatrimoniales.

La cicatriz cutánea constituye la alteración estética que con mayor frecuencia nos vamos a encontrar en la peritación del daño corporal.¹⁶⁸

En el baremo utilizado en nuestro país para la valoración del daño corporal, las secuelas cutáneas no tienen reservado ningún apartado específico, sino que se incluyen en un capítulo especial denominado “perjuicio estético”, evaluándose de forma independiente la posible repercusión funcional que conlleve¹⁶⁹. Asume el contenido al respecto del baremo de 1.991, pero introduce una modificación, no diferencia explícitamente la puntuación según el género del lesionado, sino que unifica la doble escala.

El perjuicio estético, es calificado en 6 grados y puntuado como sigue: *ligero* (1-4), *moderado* (5-7), *medio*(8-10) , *importante* (11-14), *muy importante* (15-20) y *considerable* (>20).

A la hora de aplicar estos grados a las secuelas estéticas, debemos tener en cuenta que además de aplicar con congruencia la escala de gradación, la puntuación otorgada al perjuicio estético deberá ser proporcional con la lesión anatómica y/o funcional.¹⁷⁰

El perjuicio estético no es sólo la deformidad que afea la fisonomía o el aspecto de quien la presenta, sino que tiene impredecibles repercusiones psicológicas, sociales e incluso laborales.¹⁷¹

Por lo tanto, en el informe del lesionado con cicatrices será necesario hacer constar además de los datos de filiación, la descripción detallada del número, tamaño, forma, orientación, color, grosor, textura, tipo (dehiscente, hipertrófica, queiloidea, retráctil, atrófica quirúrgica) y síntomas subjetivos como existencia de dolor, prurito o alteraciones de la sensibilidad, citar la topografía de la lesión, matizando si se encuentra en una zona siempre visible, habitualmente no visible o no visible.¹⁷²

Siguiendo el baremo de la Ley 30/95, para las situaciones especiales con deformidad o cicatrices visibles importantes la puntuación se determinará teniendo en cuenta la edad y el sexo de la persona, así como la incidencia en su imagen para la profesión habitual. También se valorará la posibilidad de reparación mediante intervenciones de cirugía plástica.

Podemos resumir los criterios e indicaciones más divulgados para la valoración del perjuicio estético¹⁷³:

- Que sea practicada por perito médico (*Alonso Santos*).
- Criterio igualitario, en relación a la edad y sexo, a pesar de las consideraciones legales cuantitativas (*Medina Crespo*).
- Criterio de independencia en cuento a la estética, a lo estético y a lo anatómico-funcional (*García Blázquez, Pérez Pineda, Criado del Río*).
- Criterio de proporcionalidad en la puntuación (*Medina Crespo*), estableciendo un límite intrínseco de 50 puntos a la puntuación

otorgada al perjuicio estético y el máximo permitido por el sistema para las secuelas permanentes.

- Finalmente, se plantean diversas opiniones sobre la suma aritmética de las puntuaciones (lesiones permanentes, perjuicio estético). La propuesta mayoritaria con matices es que el sumatorio puede exceder de 100 puntos, que la suma no debe exceder de 100 puntos (Borobia), o que el sumatorio sea el valor económico de los puntos, es decir, que asignando previamente la formulación correspondiente a la puntuación que proceda de las secuelas permanentes y el perjuicio estético.

Siguiendo el baremo de la Ley 30/95, para las situaciones especiales con deformidad o cicatrices visibles importantes, la puntuación se determinará valorando la incidencia en su imagen para la profesión habitual y la posibilidad de reparación mediante intervenciones de cirugía plástica.

1.5.4.7. Estudio del periodo de incapacidad.

A la hora de establecer la sanidad médico-legal, cobra especial interés la evaluación de los días que el lesionado ha estado incapacitado para ejercer el trabajo habitual que venía realizando cuando ocurrió el accidente de circulación que ha dado lugar a la actuación judicial debiéndolos hacer constar en la declaración de sanidad.¹⁷⁴ Interés que radica en el hecho de que de ellos se puede derivar una indemnización si el Juez lo establece en la sentencia.

Cuando el lesionado es reconocido de forma temprana y se realiza un seguimiento de las lesiones padecidas con periodicidad por parte del médico forense, aporta partes de baja, de confirmación y de alta emitidos por su médico asistencial bien sea el facultativo de atención primaria, de la mutua de trabajo o de atención especializada, el establecimiento de los días de incapacidad, no resulta difícil.

Sin embargo, existen casos en que este período no resulta fácil de establecer, debido a que por el excesivo tiempo transcurrido en el primer reconocimiento médico-forense, el lesionado cuando acude ya se encuentra curado de sus lesiones, a que el lesionado no ha sido controlado por el médico asistencial, tal es el caso de amas de casa, niños, estudiantes, parados, jubilados o personas que trabajan sin estar dados de

alta en la Seguridad Social o a la exageración manifestada por parte del lesionado en el reconocimiento.

1.5.4.8. Simulación y disimulación.

Según el diccionario de la real academia de la lengua española *simulación* significa “representar una cosa fingiendo o imitando lo que no es”. Para *Minkowski*, es “un proceso psíquico caracterizado por la decisión consciente de reproducir trastornos patológicos valiéndose de la imitación más o menos directa, con la intención de engañar a alguien, manteniendo el engaño con la ayuda de un esfuerzo continuo durante un tiempo más o menos prolongado. Según la CIE-10 es “la ausencia de enfermedad real”.

Desde el punto de vista médico-legal la simulación comprende tanto la alegación de una patología inexistente como la exageración de los síntomas de una patología real, todo ello realizado de forma consciente y con la finalidad de obtener un beneficio generalmente económico.

*Vallejo Nájera*¹⁷⁵ distingue la mentira de la simulación. Así “mientras que la *mentira* se limita a la simple expresión verbal, la simulación exige una expresión psicomotora: si alguien dice “me duele la cabeza” sin que sea cierto, esa persona miente. Pero si además, esa persona nos recibe acostada, en la penumbra de la habitación, con gesto de dolor, etc....esa persona está simulando”.

El término *disimulación* significa “arte con que se oculta lo que se siente o se sabe”, o bien “una tolerancia afectada de una incomodidad”. La persona intenta ocultar o esconder la enfermedad que realmente padece. Es el fenómeno contrario a la simulación. Infrecuente en la práctica médico-forense.

La simulación y disimulación puede darse prácticamente en cualquier patología, pero principalmente en aquellas de la columna vertebral, como esguinces cervicales, hernias discales a cualquier nivel de la columna, estenosis de canal medular, o inestabilidades entre otras.

Los factores que pueden influir en la simulación y disimulación¹⁷⁶ son el campo de actuación, laboral, seguros o vida diaria, ya que en ocasiones interesará fingir una enfermedad mientras que en otras interesará esconder unas secuelas, la edad del paciente, el nivel cultural, sus circunstancias sociolaborales, la existencia de una

personalidad premórbida o incluso la deficiente información por parte de los facultativos sobre su patología, que encamina al lesionado a simular.

A pesar de la pericia médico-forense, habitualmente sólo se detectan los “malos simuladores”¹⁷⁷, es decir los que son detectados en su farsa, mientras que suelen conseguir su propósito los “buenos simuladores”, o aquellos que consiguen engañar al perito.

Es en el campo de la valoración de las secuelas, donde con frecuencia tiene cabida la exageración y/o la simulación por parte del lesionado¹⁷⁸. Pretende, de esta manera conseguir el mayor beneficio económico posible que se pueda derivar de las consecuencias del hecho lesivo, no dudando, en ocasiones, en aumentar los síntomas o fingirlos con ocasión del reconocimiento forense.

Simulan más las mujeres, las personas de edades comprendidas entre 50-59 años, los que sufren accidentes de tráfico, los que sufren patologías neurológica y psiquiátrica, los que presentan lesiones más graves, los que han tenido una período de incapacidad mayor y los que curan con secuelas (*Rodes Lloret et al*)

Existen diferentes tipos de simuladores:

- *Simulador nato o auténtico*. Necesita que las personas que lo rodean estén pendientes de él. Limita en lo patológico, por lo que deja de ser un simulador y se trata de un enfermo.
- *Simulador exagerado*. Exagera todos los síntomas.
- *Simulador vengativo*. Exagera con la finalidad de vengar un menosprecio o engaño de la empresa, sociedad, mutua.
- *Simulador con cómplice*. Sabe que tiene poca patología por lo que intenta empatizar con el médico asistencial.
- *Simulador patológico*. Comienza simulando conscientemente y acaba padeciendo una neurosis de renta o de conversión.

La sospecha de que nos encontramos ante un simulador surge cuando no existentes antecedentes previos, existe una disociación importante entre el tiempo, la intensidad o sintomatología que refiere y lo que cabría esperar atendiendo al diagnóstico de su patología y a los resultados de las exploraciones o pruebas complementarias practicadas, cuando la sintomatología no concuerda con el

diagnóstico realizado, no mejora a pesar de los diferentes tratamientos aplicados y no existir complicaciones evolutivas.

La conducta adecuada del perito médico ante la sospecha actuar de un simulador debería ser:

- Realizar una anamnesis exhaustiva y una exploración médica minuciosa.
- Repetir exploraciones ya practicadas o solicitar cuantas pruebas complementarias objetivas consideremos oportunas a fin de descartar la posibilidad de que se trate de un enfermo real.
- Abstenerse de comunicar nuestras sospechas al interesado o sus representantes legales.
- No mencionar en el informe forense la simulación, siendo aconsejable el empleo de formulas alternativas, por ejemplo informando de que no existen datos objetivos que corroboren que el lesionado pueda padecer los trastornos que alega.
- Para evitar la Neurosis de Renta, o ganancia con la enfermedad, es aconsejable una cierta celeridad en la resolución de los expedientes legales.

Según *Murcia*, nuestra actitud hacia el paciente en el cual parecen desarrollarse complicaciones psíquicas debe ser suave pero firme¹⁷⁹, puesto que ni en la práctica médica asistencial ni en la actividad médico pericial aporta nada bueno para la curación la imagen de un médico dubitativo o desorientado.

2. OBJETIVOS.

Los objetivos que se pretendían conseguir al realizar este trabajo, fueron los siguientes:

- El análisis estadístico descriptivo de un número considerable de variables extraídas de la revisión exhaustiva de las historias clínicas correspondientes a lesionados tras accidentes de tráfico en el Partido Judicial nº 1 de Castellón, reconocidos en la Clínica médico-forense del IML Castellón durante el período comprendido entre el 10 de Noviembre de 1.995 y el 31 de Diciembre de 2.000, que fue el elegido para realizar el estudio y que habían alcanzado la Sanidad médico-legal .
- El estudio de los diagnósticos correspondientes a las lesiones padecidas y su codificación mediante la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud o CIE-10, a fin de sentar un protocolo de clasificación diagnóstica uniforme y universal, que sirva no sólo para unificar criterios diagnósticos, sino también para realizar estimaciones respecto a tiempos de sanidad de las lesiones producidas por diferentes tipos de accidentes de tráfico, tratamientos empleados, número de visitas necesarias o posibles secuelas entre otros.
- Analizar en cuantos casos el lesionado tras accidente de tráfico, curó con o sin secuelas, cuales fueron las secuelas más frecuentes y en los casos de curación con secuelas, establecer si a raíz de la entrada en vigor de la Ley 30/1.995 de 8 de Noviembre, los médicos-forenses emplearon el baremo en su calificación.
- Relacionar los días que el médico-forense considera adecuados para la sanidad de un lesionado teniendo en cuenta el diagnóstico principal, con los días de Incapacidad temporal que motivó la lesión según el criterio del médico asistencial.
- Establecer si existe correlación entre la profesión del lesionado con la causa de accidente y los días de Incapacidad Temporal o Permanente que motivó.
- Estudiar los diferentes tipos de tratamiento que precisaron los lesionados tanto en una primera asistencia facultativa como en un tratamiento médico o

quirúrgico posterior, la demora en el primer reconocimiento forense, el número e intervalo promedio de días entre visitas entre otros.

- Estudio descriptivo específico de los accidentes de tráfico “in itinere”.
- Confeccionar unas tablas de consulta de referencia para la práctica médico-forense cotidiana, en las que para cada diagnóstico CIE-10, se establezcan los días promedio de curación, según el género y la etiología del accidente, desglosados en impeditivos, no impeditivos y de estancia hospitalaria.

3. MATERIAL Y MÉTODO.

3.1. Introducción.

El médico-forense en el momento de emitir la Declaración de sanidad, tras el reconocimiento del lesionado debido a un accidente de circulación, por considerar que ha alcanzado la curación-estabilización de sus lesiones, debe reflejar de manera detallada entre otros datos, el diagnóstico o diagnósticos de las lesiones.

Encontramos diversos problemas en el momento de reproducir el diagnóstico de las lesiones padecidas¹⁸⁰, en los informes emitidos, entre los que figura la falta de homogeneidad de los diagnósticos debido a la no utilización de sistemas de codificación diagnósticos tanto por parte del médico asistencial como por parte del médico-forense, que a pesar de estar muy extendido su empleo en el ámbito sanitario hospitalario y estar sobradamente demostrada su utilidad para la unificación de criterios diagnósticos, soportar aplicaciones administrativas o ser herramienta fundamental en la elaboración de estudios epidemiológicos de carácter universal, no está su empleo suficientemente difundido principalmente debido a la complejidad de su manejo.

Otro problema que aparece en la práctica médico-forense, está relacionado con la existencia de discrepancias entre el médico asistencial y el médico-forense al fijar los días que ha necesitado el lesionado para la curación de los procesos derivados del accidente de circulación, dependiendo éstos en gran medida del diagnóstico de la lesión, los tratamientos instaurados y las complicaciones aparecidas durante la evolución del proceso.

El diagnóstico que figura en el parte de baja del lesionado, que motiva una situación de IT (incapacidad temporal), bien por contingencias comunes, bien por contingencias profesionales en el caso de un accidente "in itinere", representa en ocasiones situaciones muy distintas al tipo o gravedad de la lesión, ya que es de todos conocido el entorno socio-laboral "no clínico" que envuelve a un volumen considerable de accidentes.

Cuando los días precisados hasta alcanzar la sanidad contemplados por el médico-forense, no coinciden o son menores de los considerados en los partes de baja del lesionado, se producen reclamaciones por parte del perjudicado o su representante

legal, solicitando la revisión del informe de sanidad para incrementar dichos días y cuya traducción ulterior es la percepción de una mayor indemnización.

En el presente trabajo, tras extraer los datos objeto del estudio, directamente de la revisión de la historia clínica de cada lesionado, archivada en la Clínica médico-forense del IML Castellón, se han introducido en una base de datos confeccionada por un informático utilizando el programa Microsoft Access del Office Professional 2.000 SR-1 y además de recoger las variables mas identificatorias de cada caso concreto, se ha utilizado un sistema de codificación de diagnósticos internacionalmente aceptado, la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10, para solventar la necesidad anteriormente expuesta de homogeneizar categorías diagnósticas y obtener promedios de curación para cada categoría que sirvan de referencia a los médicos-forenses en sus informes de sanidad.

Así mismo, ha sido objetivo primordial de este estudio el comprobar si tras la publicación y entrada en vigor de la Ley 30/1.995, los médicos forenses del Partido Judicial de Castellón, reflejaron las secuelas de los accidentados y en qué número de casos, siguiendo dicho baremo de obligada utilización.

Como complemento a la investigación, nos ha parecido interesante recabar en el análisis estadístico de los casos, los días de sanidad médico-legal promedio, teniendo en cuenta cual fue el diagnóstico principal en el supuesto de que hubieran varios diagnósticos, desglosando los días totales en días impeditivos, no impeditivos y días de estancia hospitalaria y compararlos con los resultados de estudios previos, así como con los días de incapacidad temporal reflejados en los partes de baja por el médico asistencial en los casos en que éstos hayan sido aportados durante el reconocimiento. Además se ha relacionado el periodo de baja con el tipo de accidente, el tratamiento recibido tanto en una primera asistencia como en el caso de la necesidad de haber recibido un tratamiento médico y/o quirúrgico posterior y con la profesión del lesionado. Toda la información recogida ha sido procesada y realizado un tratamiento estadístico mediante el programa Microsoft Excel 2.000 y el paquete estadístico SPSS para Windows versión 11.¹⁸¹

Respecto al tiempo de curación desde el punto de vista médico-legal y para cada diagnóstico principal, una vez realizado el cálculo estadístico de la media como medida de tendencia central de las variables de la muestra que se distribuyen de forma

normal y la desviación estándar como principal medida de dispersión, se ha confeccionado una tabla en la que los diagnósticos se han clasificado según las principales regiones corporales afectas y codificado según la CIE-10, añadiendo las variables correspondientes al sexo, la edad, la profesión y la causa del accidente de circulación en cada caso, comprobando que porcentaje que representan de los diagnósticos que cursaron con baja laboral y reflejando los días promedio de baja en cada caso.

3.2. Organización de la Administración de Justicia en Castellón.

3.2.1. Introducción.

Siguiendo a *Guasp*, los órganos jurisdiccionales pueden definirse como, entes dedicados al ejercicio de la función jurisdiccional, es decir la función atribuida al Estado, de la administración de justicia por medio de los órganos constituidos a tal efecto, Juzgados y Tribunales.

Los órganos jurisdiccionales están compuestos por el conjunto de funcionarios de la carrera judicial, Jueces y Magistrados; el Ministerio Fiscal; los Secretarios Judiciales; el personal funcionario al servicio de la administración de Justicia, Cuerpo Nacional de Médicos Forenses, Oficiales, Auxiliares y Agentes y el personal laboral adecuado para el correcto funcionamiento.

Podemos clasificar dichos órganos atendiendo a diferentes puntos de vista. Si tenemos en cuenta el número de jueces que los componen, hablamos de órganos unipersonales o Juzgados y órganos pluripersonales, Tribunales o Audiencias.

Según la titulación de sus miembros, se clasifican en órganos técnicos; que es la norma general en el sistema jurisdiccional español, órganos legos; como los Juzgados de Paz o el Tribunal de las aguas de Valencia y órganos jurisdiccionales mixtos, que es la característica del Tribunal del Jurado y del Escabinado.

Teniendo en cuenta las funciones especiales que desarrollan, podemos diferenciar los órganos jurisdiccionales españoles en, órganos de Conciliación, órganos de Casación, órganos de Apelación, órganos de Instrucción y órganos de Instancia entre otros, aunque lo habitual es que un mismo órgano realice diversas funciones.

Considerando el territorio sobre el que extienden su jurisdicción, encontramos, órganos que extienden su jurisdicción en todo el territorio español, tal es el caso del

Tribunal Supremo, la Audiencia Nacional, los Juzgados Centrales de Instrucción y los Juzgados Centrales de lo Penal; órganos que extienden su jurisdicción al territorio de una Comunidad Autónoma, como los Tribunales Superiores de Justicia; órganos cuya jurisdicción se limita al ámbito de una provincia, como las Audiencias Provinciales, los Juzgados de lo Penal, lo Social, de lo Contencioso-Administrativo o de Menores; órganos que extienden su jurisdicción al territorio de un partido judicial, como los Juzgados de 1ª Instancia e Instrucción y por último cabe citar aquellos órganos que limitan su jurisdicción a un término municipal, como son los Juzgados de Paz.

Hasta hace unos años, los Juzgados de 1ª Instancia e Instrucción tenían competencia dentro de su jurisdicción tanto en materia civil como penal.

Tras la elaboración del Decreto de 17 de Agosto de 1.975, se estableció el sistema de especialización de funciones, y en algunas capitales se produjo la separación de los Juzgados de 1ª Instancia de los Juzgados de Instrucción.

Posteriormente, la promulgación de la Ley Orgánica del Poder Judicial de 1 de Julio de 1.985 (L.O.P.J.) y su modificación, ordenada por la Ley 38/1.988 Orgánica de Demarcación y de Planta Judicial de 28 de Diciembre (L.D.P.), que entró en vigor un año después de su promulgación, el Gobierno, a propuesta del Consejo General del Poder Judicial (C.G.P.J.), estableció, cumpliendo el artículo 21.1 de la Ley de Demarcación y Planta Judicial, la separación entre Juzgados de Instancia e Instrucción, en aquellos partidos judiciales cuyo número de juzgados de 1ª Instancia e Instrucción fuera igual o superior a diez.

3.2.2. Juzgados de Primera Instancia e Instrucción.

En la actualidad, el partido judicial nº 1 de la provincia de Castellón, consta de un total de 21 Juzgados de Primera Instancia e Instrucción, distribuidos en cinco Partidos Judiciales, por haber alcanzado el nivel de órgano judicial previsto en el anexo VI- Juzgados de Primera Instancia e Instrucción- de la Ley de Demarcación y Planta Judicial, y por RD 282/2.001, de 16 de Marzo, que en su artículo 1, establece la separación de los juzgados de 1ª Instancia e Instrucción, (BOE de 17 de Marzo) y que entró en vigor el día siguiente de su publicación. Aunque en el periodo estudiado, 1.995-2.000, existían diez juzgados de Primera Instancia e Instrucción en el Partido Judicial nº 1 de la Provincia de Castellón.

3.3. Los partidos judiciales de la provincia de Castellón.

3.3.1. Ámbito geográfico y demografía.

El Partido Judicial Nº 1 tiene su capitalidad en Castellón, comprende los términos municipales descritos a continuación junto a la población censada en 1.998:

PARTIDO JUDICIAL DE CASTELLÓN DE LA PLANA	
Municipios	Población
Albocacer	1.374
Almazora	16.465
Atzaneta del Maestrazgo	1.465
Benafgos	218
Benasal	1.416
Benicasim	10.702
Benlloch	863
Borriol	3.284
Cabanes	2.366
Castellón de la Plana	137.741
Castillo de Villamalefa	130
Chodos	159
Cortes de Arenoso	410
Costur	469
Culla	811
Figueroles	548
Alcora	8.788
La Puebla Tomesa	532
La Torre d'En Besora	210
Cuevas de Vinromá	1.866
Lucena del Cid	1.581
Ludiente	232
Oropesa del Mar	3.044
Sant Juan de Moró	1.683
Sarratella	96
Sierra Engarcerán	1.084
Torre Endoménech	238
Torreblanca	4.590
Las Useras	1.027
Vall d'Alba	1.856
Vilafamés	1.427
Villanueva de Alcolea	632
Vilar de Canes	188
Villafranca del Cid	2.680
Villahermosa del Río	456
Vistabella del Maestrazgo	473
Zucaina	218
TOTAL PARTIDO JUDICIAL:	211.322

3.4. El Instituto de Medicina Legal de Castellón.

3.4.1. Introducción.

La Administración de Justicia, en ocasiones, plantea al médico-forense cuestiones médico-legales complejas, que sobrepasan su capacidad de actuación como ente individual.

En dichos supuestos se elevará la consulta a organismos científicos especializados que suplirán y resolverán las cuestiones planteadas.

La idoneidad del trabajo en equipo, la necesidad de la adecuación de medios al avance científico y el desarrollo de la técnica en los tiempos vigentes, se plasmó en la redacción de los artículos 504.1; 505.1; 506 y 507.1 de la Ley Orgánica del Poder Judicial, que dispuso la creación de los Institutos de Medicina Legal.¹⁸²

El Real Decreto 386/1996, de 1 de Marzo (BOE de 9 de Marzo de 1.996), aprobó el Reglamento de los Institutos de Medicina Legal.¹⁸³

La naturaleza y funciones de los Institutos de Medicina Legal (IML) están contempladas en el artículo 1, del citado reglamento. Los IML, son órganos técnicos, cuya misión es auxiliar a los Juzgados, Tribunales, Fiscalías y Oficinas del Registro Civil, mediante la práctica de pruebas periciales médicas, tanto tanatológicas como clínicas y de laboratorio, así como la realizar actividades de docencia e investigación relacionadas con la medicina forense, teniendo en sus funciones técnicas carácter independiente, emitiendo sus informes de acuerdo con las reglas de investigación científica que estimen adecuadas.

3.4.2. Creación y distribución.

Según el artículo 2, del Reglamento de los Institutos de Medicina Legal, en las capitales de provincia en las que tenga su sede un Tribunal Superior de Justicia, así como en aquellas en las que tengan su sede Salas de Tribunal Superior de Justicia con jurisdicción en una o más provincias, se creará un Instituto de Medicina Legal, mediante una Orden del Ministro de Justicia e Interior, o por la Comunidad Autónoma afectada que haya recibido los traspasos de medios para el funcionamiento de la Administración de Justicia, tras ser oído el Consejo General del Poder Judicial. En las demás ciudades, podrán existir Institutos de Medicina Legal con el ámbito que reglamentariamente se establezca por el Gobierno, a propuesta del Ministro de Justicia e Interior, o, en su caso, de la Comunidad Autónoma afectada que haya recibido los traspasos de medios para el funcionamiento de la Administración de Justicia.

La Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial (LOPJ) configura los Institutos de Medicina Legal como los pilares de la organización de la medicina forense, centralizándose en ellos las funciones de los institutos anatómico-forenses y de las clínicas médico-forenses.

La reforma de la LOPJ, mediante la ley Orgánica 16/1994, de 8 de noviembre, modificó diversos artículos de la regulación de los médicos forenses, acentuando su dependencia de los Institutos de Medicina Legal y posibilitando la asunción de competencias por parte de las comunidades autónomas.

El Reglamento Orgánico del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses¹⁸⁴ según Real Decreto 296/1996, de 23 de febrero, y el Reglamento de los Institutos de Medicina Legal, ofrecieron la cobertura reglamentaria para la puesta en marcha de los Institutos, siendo competencia en la Comunidad Valenciana de la Generalitat Valenciana el desarrollo de los Institutos de Medicina Legal.

El Real Decreto 1.908/1997, de 19 de diciembre, aprobó el ámbito territorial del Instituto de Medicina Legal de Castellón, que desarrolla sus funciones en los límites territoriales de la demarcación de la provincia de Castellón conforme a lo dispuesto en el artículo 504 de la Ley Orgánica del Poder Judicial.

La estructura orgánica específica de cada Instituto, que dispone de servicios generales y administrativos, se determinará en función del volumen de trabajo y de la correspondiente planta judicial y fiscal. Los órganos directivos son el Director, el o los Subdirectores si son necesarios, y el Consejo de Dirección, con la correspondiente atribución de funciones.

Disponen de Servicios de Patología y Clínica Médico-Forense y en caso necesario de Laboratorio Forense y otros servicios. Podrá existir en ellos una comisión de Docencia e Investigación, que colaborará en las actividades de formación con los órganos competentes.

Tal y como señala la disposición adicional única del RD 386/1996, la creación y comienzo de las actividades de los IML se realizará de forma progresiva, de conformidad con las disponibilidades presupuestarias.

La constitución y regulación del IML Castellón, se creó por Decreto 125/1998, de 1 de septiembre, del Gobierno Valenciano¹⁸⁵.

3.4.3. Servicio de Clínica Forense.

Según el artículo 7 del Decreto 125/1998, de 1 de Septiembre, del Gobierno Valenciano, de constitución y regulación del Instituto de Medicina Legal de Castellón, al Servicio de Clínica Médico-Forense le corresponde atender las solicitudes de peritación

médico-legal y, en particular, cuestiones relacionadas con la valoración del daño corporal y control periódico de lesionados, asistencia a detenidos y psiquiatría forense.

En el citado servicio, prestarán sus servicios los médicos forenses encargados de emitir los correspondientes dictámenes sobre enfermos y lesionados, así como los médicos forenses especialistas con capacitación específica en las distintas áreas de la medicina forense.

El Servicio de Clínica Médico-Forense se encuentra ubicado en la sede del IML Castellón y en el periodo en que se realizó el estudio, prestaban en ella sus servicios cuatro médicos forenses titulares y eventualmente algún médico-forense interino.

Los lesionados son citados por el personal de la Clínica Médico-Forense, tras recibir la orden judicial preceptiva a través del juzgado correspondiente, indicando que por el médico forense adscrito a dicho juzgado sea reconocido el lesionado con objeto de establecer el daño físico o psíquico, derivado de una agresión, accidente o conducta, o la valoración de su estado mental, así como el seguimiento periódico del lesionado, hasta la curación o estabilización de sus lesiones y el establecimiento de las secuelas si las hubiere a efectos de la percepción de una indemnización.

Otra vía para ser reconocido en la Clínica, distinta de la citación programada o periódica, es la esporádica de urgencias, es decir el reconocimiento de lesionados que requieran una valoración inmediata de sus lesiones tal es el caso de agresiones sexuales o de la valoración del estado psíquico o de las lesiones de un detenido, que suele darse en el transcurso de las guardias que realizan los médicos forenses.

A todas las personas que por un motivo u otro son reconocidas en el Servicio de Clínica Médico-Forense, se les abre el primer día una carpeta en su Historia Clínica, en la que se anotan tanto los datos de filiación del lesionado, como la información obtenida de los autos sobre la causa que motivó su citación, así como todos los datos sobre su estado de salud extraídos tras la anamnesis y posterior exploración física, examen de las pruebas diagnósticas complementarias que se le hayan practicado y toda la documentación relativa al episodio que motivó su apertura y consultas ulteriores. Asuntos posteriores diferentes al inicial, motivarán la apertura de nuevas carpetas en su Historia Clínica, una por cada nuevo episodio.

Cada vez que el lesionado es visitado, el médico forense emite tras su reconocimiento, el Parte de Estado, hasta que se produce la sanidad o consolidación

médico-legal, emitiendo entonces la preceptiva, Declaración médico-forense de Sanidad.

En ocasiones, la Historia Clínica resulta inconclusa, bien por la incomparecencia del lesionado por diversos motivos, la renuncia a seguir con el procedimiento, el desinterés por parte del lesionado, el acuerdo, el exhorto a otro partido judicial por cambio de residencia o exitus u otras circunstancias del proceso como el sobreseimiento archivo de las diligencias.

Según el artículo 10 del Decreto 125/1998, de 1 de Septiembre, del Gobierno Valenciano, existirán delegaciones del Servicio de Clínica Médico-Forense del Instituto de Medicina Legal de Castellón, en las dependencias judiciales de los distintos partidos de la provincia, realizándose en los locales reservados para tales fines, aquellas actividades médico-forenses que no exijan por su complejidad pericial ser ejecutadas en la sede del IML. Dichas unidades actuarán bajo la dependencia del jefe de servicio.

3.5. Protocolo de recogida de datos.

El material utilizado para la realización de la presente memoria, se ha obtenido de la revisión de todas las historias clínicas existentes en los archivos de la Clínica Médico Forense de Castellón y pertenecientes a procedimientos incoados en los Juzgados de Primera Instancia e Instrucción correspondientes al Partido Judicial de Castellón cuya fecha de primera visita en la clínica médico-forense está comprendida entre el 10 de Noviembre de 1.995 y el 31 de Diciembre de 2.000 y que hayan alcanzado la curación-estabilización de las lesiones padecidas. La selección de historias clínicas se ha realizado en base a la fecha de la primera visita del lesionado a la clínica médico-forense y no a la fecha de producción del accidente.

Como ya se ha dicho, cuando una persona es reconocida en la clínica médico-forense por primera vez, se le abre una historia clínica, a la que se asigna un número de registro. Posteriores reconocimientos motivados por asuntos diferentes, originan la apertura de una subcarpeta dentro de la carpeta o historia clínica inicial, pero a todas ellas les será asignado el mismo número, de esta forma cada persona, independientemente del número o motivo de causas judiciales que hayan requerido reconocimiento por el médico-forense, tiene una historia clínica con un número único e irrepetible, que la identifica. Las historias clínicas se hallan normalizadas desde 1.990.

Cada asunto judicial que requiere informe forense se clasifica teniendo en cuenta el tipo de pericia solicitada. En el caso que nos ocupa, se procedió a seleccionar únicamente las historias clínicas que hacían referencia a casos de lesiones y de éstas las que hacían referencia a lesiones derivadas de accidente de tráfico terrestre.

La catalogación de los lesionados visitados en la Clínica Médico Forense, tras sufrir un accidente de circulación, se ha realizado dividiéndolos según el tipo de accidente que han padecido, siendo los principales tipos el accidente de coche, motocicleta, bicicleta, autobús, atropello de peatón, camión y otros como el accidente de tren, vehículos especiales como son la ambulancia, y vehículos de uso agrícola como el tractor, el motocarro o el motocultor. También se ha tenido en cuenta a la hora de realizar una clasificación si alguno de estos tipos de accidente de tráfico ha acontecido durante el trayecto de ida o vuelta al trabajo, es decir, si se trató de un accidente laboral o "in itinere".

Se ha procedido a la revisión del total de lesionados tras accidente de circulación, reconocidos en la Clínica Forense entre el 10 de Noviembre de 1.995 y el 31 de Diciembre de 2.000 y que hubieran alcanzado la sanidad. El motivo de elección de este periodo, no es otro que el estudio de un periodo de tiempo suficiente, a fin de obtener un número de casos significativo, considerado éste a partir de la entrada en vigor de la Ley 30/95 de 8 de Noviembre.

De todas la historias revisadas y comprendidas en este periodo de tiempo, se incluyeron aquellas que en momento de la conclusión del estudio, habían alcanzado la sanidad desde el punto de vista médico-forense y por lo tanto se había procedido a la emisión de la declaración de sanidad. En total se han incluido en el estudio 2.200 casos. En el momento de emitir la declaración de sanidad, tras el reconocimiento del lesionado y considerar el médico-forense que aquél ha alcanzado la curación-estabilización de sus lesiones, es necesario reflejar el o los diagnósticos de las lesiones.

3.6. Creación de una base de datos.

La base de datos confeccionada, se organizó a modo de ficha, que se estructuró en tres tablas diferenciadas, pero relacionadas entre si.

La tabla principal, denominada "tabla historias" incluía todas las variables que se recogieron en la historia clínica de tipo filiatorio tanto del individuo como del proceso. Se recopilaban también otros datos fundamentales para la investigación que se extrajeron

de la lectura de la Declaración de sanidad, las anotaciones en la historia que confeccionó el médico-forense e incluso con objeto de no perder información, se procedió a la lectura de cuantos informes médico-asistenciales y partes de incapacidad se anotaron o se adjuntaron la documentación de la historia clínica.

La ficha informática se cumplimentó con los siguientes ítems:

- Nº de historia clínica.
- Nº de caso.
- Nº de Juzgado.
- Nº de Procedimiento judicial.
- Año del reconocimiento.
- Iniciales del nombre y apellidos del lesionado.
- Sexo.
- Edad/fecha de nacimiento.
- Profesión.
- Fecha de las lesiones.
- Causa de las lesiones.
- Si precisó o no una primera asistencia facultativa.
- El tipo de primera asistencia que precisó. Desglosándola en tratamiento médico, ortopédico, ingreso hospitalario, rehabilitación, tratamiento quirúrgico o tratamiento especializado. Se reservó un apartado especial para hacer constar si precisó sutura, debido a la importancia que tiene este hecho desde el punto de vista judicial y a las discrepancias que suelen existir entre médicos-forenses y juristas a la hora de su valoración.
- Si precisó tratamiento posterior o no.
- El tipo de tratamiento posterior que precisó. Como en el apartado de la primera asistencia facultativa, se desglosó el tipo de tratamiento requerido en tratamiento médico, ortopédico, ingreso hospitalario, rehabilitación, quirúrgico y especializado. Se constató de forma particular si recibió como tratamiento sutura de sus heridas o no y si la sutura fue considerada por el médico-forense como parte de una primera asistencia facultativa o como tratamiento posterior.
- La fecha de la primera visita al médico-forense.
- El nº de visitas realizadas por médico forense.

- La fecha de emisión de la Declaración de sanidad.
- Los días de baja médico-forense considerados de forma global.
- Los días de baja impeditivos.
- Los días de baja no impeditivos.
- Los días de estancia hospitalaria.
- El periodo o días de Incapacidad temporal que consideró el médico asistencial.
- Si tuvo la calificación de Incapacidad Permanente o no y en caso afirmativo el grado de incapacidad.
- Otros apartados detallados fueron la existencia o no de complicaciones evolutivas, las concausas preexistentes o estado anterior y por último un apartado de observaciones.

Se elaboró una segunda tabla relacionada con la de historias y la de secuelas, denominada “tabla de diagnósticos”. En esta tabla se recogieron todos los diagnósticos y la forma en que estaban reflejados en la Declaración de sanidad, adjunto se anotó el código correspondiente a cada diagnóstico siguiendo la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud o CIE-10. En un porcentaje despreciable de diagnósticos se optó por no anotar ningún código según la CIE-10, debido a la escasa precisión del diagnóstico que figuraba en la Declaración de sanidad.

Finalmente se elaboró una tercera tabla, la “tabla de secuelas”. De la misma manera que se procedió con los diagnósticos, en la tabla secuelas se describieron todas las secuelas existentes en cada caso concreto y de la forma en que el médico-forense la describió en la Declaración de sanidad. A continuación se creó una columna en la que se anotó en los casos en que el médico-forense había clasificado las secuelas según el baremo de la Ley 30/95 con el código correspondiente. En los casos en que el médico-forense no baremó las secuelas esta columna no se rellenó y cuando el lesionado curó sin secuelas se rellenó el ítem con el término “ninguna”.

Mediante un programa de captura de imagen hemos obtenido un ejemplo del formulario informático utilizado que anteriormente hemos descrito y que adjuntamos en la siguiente página.

NUMERO HISTORIA 8419		CASO	1	JUZGADO	5	PROCEDIMIENTO	JF 149/96	AÑO	1997
INICIALES	M.F.A.	SEXO	M	EDAD	25	FECHA NACIMIENTO	17/07/71	PROFESION	
FECHA LESIONES	24/10/96	CAUSA DE LAS LESIONES	TF-ATROPELLO						
PRECISO 1ª ASISTENCIA URGENCIAS	SI	TIPO ASISTENCIA	MED+HOSP						
NO_CONSTA_1	<input type="checkbox"/>	MED_1	<input type="checkbox"/>	ORTO_1	<input type="checkbox"/>	HOSP_1	<input type="checkbox"/>	RHB_1	<input type="checkbox"/>
		CIR_1	<input type="checkbox"/>	ESP_1	<input type="checkbox"/>				
PRECISO TRATAMIENT	<input checked="" type="checkbox"/>	TIPO TRATAMIENTO POSTERIOR	CIR+RHB+ESP						
NO_CONSTA_2	<input type="checkbox"/>	MED_2	<input type="checkbox"/>	ORTO_2	<input type="checkbox"/>	HOSP_2	<input type="checkbox"/>	RHB_2	<input type="checkbox"/>
		CIR_2	<input type="checkbox"/>	ESP_2	<input type="checkbox"/>				
FECHA 1ª VISITA	07/01/97	NUMERO DE VISITAS	9	FECHA DE ALTA	09/12/97				
DIAS TOTALES	411	IMPEDITIVOS	396	NO IMPEDITIVOS	15	HOSPITAL	14		
INCAPACIDAD_T		FECHA_IL_1		FECHA_IL_2		FECHA_IL_3		FECHA_IL_4	
INCAPACIDAD_P		FECHA_IP		CONCAUSAS MEDICAS	PSEUDOARTROSIS				
COMPLICACIONES	PSEUDOARTROSIS				OBSERVACIONES	IT. PENDIENTE DE EMO PARCIAL			

N	HIS	DIAGNOSTICO	I	N	HIS	SECUELAS
▶	8419	FR 1/3 PROX METAFISIS TIBIA DCHA	S8	▶	8419	MATERIAL OSTEOSINTESIS TIBIA DCHA
	8419	FR 1/3 PROX PERONE DCHO	S8		8419	ACORTAMIENTO MID MENOR DE 3CM SIN ATROFIA
	8419	EROSION FRONTAL	S0		8419	P.E.LIGERO
	8419	EROSION C CABELLUDO	S0		8419	
	8419	EROSION 3ª MCF DCHA	S6	*	8419	
*	8419					

3.7. Período 1.995-2.000.

Según datos proporcionados por el Consejo Superior de Tráfico y Seguridad de la Circulación Vial¹⁸⁶, al finalizar el año 1.999, el parque automovilístico en España ascendía a un total de 22.411.194 vehículos. De esta cifra 3.604.972 correspondían a camiones, 53.540 a autobuses, 16.847.397 a turismos, 1.403.771 a motocicletas, 130.216 a tractores industriales y el resto, es decir 371.298 a otros vehículos.

La Comunidad Valenciana tenía 404.021 camiones, 4.020 autobuses, 1.798.094 turismos, 172.078 motocicletas, 16.500 tractores industriales y otros vehículos sumaban un total de 40.117. Es decir, un 10,9 del total estatal de vehículos, sólo precedida de Cataluña con un 17,4, Andalucía con un 15,6 y la Comunidad de Madrid con un 14,6.

La provincia de Castellón con 624,07 vehículos por cada mil habitantes se sitúa por encima de la tasa de la Comunidad Valenciana (588,37 vehículos por cada mil habitantes) y de España (555,23) según un informe de la Cámara de Comercio e Industria de Castellón que recoge la evolución del parque automovilístico la provincia desde el año 1.986 a 1.999.¹⁸⁷

A continuación se resume a modo de tabla los datos sobre el parque automovilístico de Castellón en el período 1.995-1.999.

PARQUE DE VEHÍCULOS POR MIL HABITANTES PROVINCIA CASTELLÓN							
Año	Turismos	Motos	Camiones	Autobuses	Tractores	Otros	Total
1986	284,34	29,59	66,38	0,68	2,57	3,53	387,08
1995	363,72	39,00	106,57	0,69	4,19	10,25	524,42
1996	384,76	39,97	114,15	0,76	4,48	11,07	555,19
1997	394,72	39,98	120,14	0,74	4,67	11,66	571,90
1998	410,29	40,26	127,30	0,79	5,05	12,49	596,18
1999	427,51	40,83	135,92	0,84	5,49	13,49	624,07

La evolución del número de vehículos en España, al alza en las últimas décadas una vez superada la crisis económica, se refleja también en la cifra de vehículos del parque automovilístico de la provincia de Castellón, observando en las cifras reflejadas en la tabla anterior, que la provincia de Castellón, experimentó desde 1.986 un incremento notorio de su parque automovilístico, dato de gran importancia, ya que lógicamente el incremento de vehículos es directamente proporcional al aumento de siniestros registrados.

3.8. La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. CIE-10.

La clasificación estadística de las enfermedades data del siglo XVIII. En sus comienzos, únicamente se recogían las causas de defunción, pero a partir de 1.948, la Sexta revisión de la clasificación amplió su alcance, incluyendo las enfermedades no mortales. Poco a poco, las sucesivas revisiones incorporaron innovaciones. Así en su Novena revisión, Ginebra 1.975, se aprobaron las recomendaciones de publicar, a título de prueba, clasificaciones suplementarias de procedimientos en medicina y de deficiencias, discapacidades y minusvalías y en la décima revisión¹⁸⁸, 1.984, 1.987, incorpora como principales novedades un nuevo sistema alfanumérico de codificación y le confiere un título nuevo, Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, que pone de relieve su finalidad estadística y refleja la ampliación de su campo de acción, aunque por comodidad se decide seguir usando las siglas CIE.

La clasificación fue aprobada por la Conferencia Internacional para la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades en 1.989 y aprobada mediante resolución por la 43ª Asamblea Mundial de la Salud.

3.8.1. Contenido.

El contenido de dicha clasificación se encuentra distribuida en tres volúmenes.

El volumen 1, contiene *la lista tabular*. Además contiene el informe de la Conferencia Internacional para la Décima revisión, la clasificación de tres y de cuatro caracteres, la clasificación para la morfología de los tumores, lista especiales de tabulación para la mortalidad y la mortalidad, las definiciones y el reglamento de nomenclatura.

El volumen 2, contiene el *manual de instrucciones*. Se agrupan en este volumen las recomendaciones para la certificación y clasificación anteriormente incluidas en el volumen 1, y se facilita una buena cantidad de nueva información, así como las instrucciones y orientación sobre la manera de usar el volumen 1, sobre las tabulaciones y sobre la planificación necesaria para emplear la CIE-10. También contiene información histórica que anteriormente contenía la parte introductoria del volumen 1.

El volumen 3, contiene el *índice alfabético*. Además del propio índice y su correspondiente introducción, se dan amplias instrucciones sobre cómo utilizarlo.

Las muertes por accidente se encuentran recogidas en el Capítulo XIX, TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS (S00-T98) de la CIE-10. Dentro de las causas externas destacan por su magnitud los Accidentes de Tráfico (AT). Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en 1.999 se produjeron en España 16.411 fallecimientos por causas externas, que correspondieron a un 4,42% del número total del muertes por todas las causas, situándose por lo tanto en el 5º lugar de las principales causas de muerte, tras las enfermedades cardiovasculares, neoplasias, enfermedades del aparato respiratorio y del aparato digestivo. Los AT representaron el 36,48% del total de muertes por causas externas en 1.999¹⁸⁹. Según los últimos datos publicados por la Dirección General de Tráfico (DGT)¹⁹⁰, en el año 2.000 se produjeron 101.729 accidentes con víctimas, que conllevaron un total de 5.776 muertos, 4.706 en carretera y 1.070 en vía urbana.¹⁹¹

3.8.2. Codificación.

En el Volumen 1 de la CIE-10, se clasifican los traumatismos en el **capítulo XIX (Traumatismos, envenenamientos y algunas consecuencias de causas externas)** y se utiliza la **sección S** para codificar distintos tipos de traumatismos relacionados con regiones del cuerpo únicas, y la **sección T** para cubrir traumatismos de regiones del cuerpo múltiples o no especificadas, así como envenenamientos y otras consecuencias de causas externas. **Se excluyen** el traumatismo obstétrico (O70-O71) y el traumatismo del nacimiento (P10-P15).

Este capítulo contiene los siguientes grupos:

- S00-S09. Traumatismos de la cabeza.
- S10-S19. Traumatismos del cuello.
- S20-S29. Traumatismos del tórax.
- S30-S39. Traumatismos del abdomen, de la región lumbosacra, de la columna lumbar y de la pelvis.
- S40-S49. Traumatismos del hombro y del brazo.
- S50-S59. Traumatismos del antebrazo y del codo.
- S60-S69. Traumatismos de la muñeca y de la mano.
- S70-S79. Traumatismos de la cadera y del muslo.
- S80-S89. Traumatismos de la rodilla y de la pierna.
- S90-S99. Traumatismos del tobillo y del pie.
- T00-T07. Traumatismos que afectan a múltiples regiones del cuerpo.
- T08-T14. Traumatismos de parte no especificada del tronco, miembro o región del cuerpo.
- T15-T19. Efectos de cuerpos extraños que penetran por orificios naturales.
- T20-T32. Quemaduras y corrosiones.
- T33-T35. Congelamiento.
- T36-T50. Envenenamiento por drogas, medicamentos y sustancias biológicas.
- T51-T65. Efectos tóxicos de sustancias de procedencia principalmente no medicinal.
- T66-T78. Otros efectos y los no especificados de causas externas.
- T79. Algunas complicaciones precoces de traumatismos.

- T80-T88. Complicaciones de la atención médica y quirúrgica, no clasificadas en otra parte.
- T90-T98. Secuelas de traumatismos, de envenenamientos y de otras consecuencias de causas externas.

3.8.3. Orientaciones básicas para la codificación.

Aunque para un codificador es teóricamente posible obtener el código correcto usando solamente el Volumen 1, éste método consume más tiempo y puede originar errores en la clasificación, por ello el Volumen 3 contiene el índice alfabético como guía para la clasificación.¹⁹²

Orientaciones básicas para la clasificación adecuada¹⁹³:

- En primer lugar, identificar el tipo de información que vamos a codificar y buscar en la sección apropiada del índice alfabético (volumen 3 de la CIE-10).
- Localizar el término principal.
- Leer las notas que aparecen debajo del término principal, los términos encerrados entre paréntesis después del término principal y los términos indentados (estos últimos pueden afectar a la selección del código), hasta que todas las palabras contenidas en la expresión diagnóstica hayan sido tomadas en cuenta.
- Seguir cualquier referencia cruzada (“ver” y “ver también”) que exista en el Índice.
- Posteriormente, ir a la Lista tabular del Volumen 1, para verificar si el código seleccionado es realmente el que corresponde. Si el código de tres caracteres que aparece en el índice va seguido por un guión en la cuarta posición, significa que hay un cuarto carácter que hay que buscar en el volumen 1. Otras subdivisiones que pueden usarse (en posiciones de quinto o sexto carácter), no están en el Índice y si se utilizan deben buscarse en el volumen 1.

- Podemos orientarnos por todos los términos de inclusión o exclusión que están debajo del código seleccionado o en el título del capítulo, del grupo o de la categoría.
- Con todo ello, estaremos preparados para asignar el código de forma correcta.

3.8.4. Convenciones utilizadas en la lista tabular.

En la lista tabular de la CIE-10 (Volumen 1) cuando se señalan los términos de inclusión (listados de guía del contenido de las rúbricas, siendo la rúbrica el término que se usa para indicar tanto una categoría o código de tres caracteres como una subcategoría o código de cuatro caracteres) y de exclusión (términos referentes a afecciones, precedidas por la palabra “excluye”, ya que aunque el título de las rúbricas podría sugerir que pudieran clasificarse en ellas, en realidad se clasifican en otra parte), la CIE utiliza algunas convenciones especiales relacionadas con el uso del paréntesis, corchetes, dos puntos, llaves, abreviatura “SAI”, la frase “no clasificado(a) en otra parte” (NCOP), y la conjunción “y” en los títulos.

Los paréntesis se utilizan en cuatro situaciones; a) para encerrar palabras complementarias, que pueden hallarse a continuación de un término diagnóstico sin afectar el código que corresponde a las palabras que están fuera de los paréntesis, b) para encerrar el código al que se refiere el término de exclusión, c) en el caso de los títulos de los grupos, para señalar las categorías que contiene cada uno de ellos, d) para encerrar el código de daga en una categoría de asterisco o el asterisco después de una categoría de daga (en la CIE-10 existen áreas de clasificación con doble código, lo más frecuente es el uso del sistema de daga y asterisco. El código primario corresponde a una enfermedad básica y se señala por una “daga o cruz”, este código debe utilizarse siempre, la manifestación de esa enfermedad en un órgano o en una localización en particular que por sí misma es un problema clínico es el código adicional y se marca con un “asterisco”)

Los corchetes se utilizan; a) para encerrar sinónimos, palabras alternativas o frases explicativas, b) para referirse a notas previas y c) para referirse a un conjunto de subdivisiones de cuarto carácter, previamente establecido, común a un grupo de categorías.

Los dos puntos se utilizan para listar términos de inclusión y exclusión si las palabras que los preceden no son términos completos que permitan asignar una rúbrica.

La llave se utiliza para listar términos de inclusión y exclusión que indican que las palabras que preceden o siguen a esa llave no son términos completos.

Las letras “SAI” son una abreviatura de la frase latina *sine alter indicatio*, que significa “sin otra indicación”, lo que implica “no especificado” o “no calificado”, ya que no existe información disponible que permite una asignación más específica en otra parte.

La abreviatura NCOP corresponde a las palabras “no clasificado(a) en otra parte” y cuando se utiliza en el título de una categoría de tres caracteres, sirve como una advertencia de que algunas variantes especificadas de la afección listada pueden aparecer en otras partes de la clasificación.

Cuando aparece la conjunción “y” en los títulos significa “y/o”.

La convención “punto y guión” (-) en el código de una subcategoría reemplazando al cuarto carácter indica que éste falta y que debe ser buscado en la categoría apropiada.

4. RESULTADOS .

4.1. Análisis estadístico.

En nuestro estudio hemos efectuado en primer lugar un análisis descriptivo de las variables objeto del estudio y posteriormente para establecer relaciones entre ellas hemos realizado un análisis bivalente de las mismas, empleando para ello las tablas de contingencia y la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis.¹⁹⁴

4.1.1. Distribución de las variables.

Para comparar variables cualitativas hemos utilizado las tablas de contingencia o pruebas de Chi-cuadrado.

A continuación hemos comprobado mediante la **Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra** si la distribución de las variables cuantitativas discretas estudiadas (numero de juzgado, edad, número de visitas, días totales de sanidad, días impeditivos, días no impeditivos, días de estancia hospitalaria, días de demora, días de duración de las lesiones, días promedio de visitas al médico-forense, y días de incapacidad temporal) siguen la distribución normal o no.

Para cada uno de los tres tipos posibles de distribución (normal, uniforme y Poisson) si la probabilidad del estadístico de contraste (Z de Kolmogorov-Smirnov) es mayor que 0,05 (con un nivel de significación del 5%) se dice que la variable sí sigue la distribución, y si al probabilidad es menor o igual que 0,05 que no la sigue.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		Edad	Nº Visitas	Días totales	Imped	No Imped	Nº Diag	Nº Sec	Demora	Durac lesiones	Promedio Visitas	IT
N		2200	2200	2190	2195	2190	2200	2200	2186	2186	2192	2200
Parámetros normales	Media	34,92	2,14	102,89	93,41	9,13	2,70	1,91	133,17	188,56	13,48	21,59
	Desviación típica	19,382	2,054	127,698	120,753	38,203	1,785	1,801	162,477	208,204	28,744	62,795
Diferencias más extremas	Absoluta	,146	,310	,210	,220	,406	,219	,339	,227	,204	,320	,382
	Positiva Negativa	,146 -,107	,310 -,290	,179 -,210	,181 -,220	,349 -,406	,219 -,171	,339 -,308	,187 -,227	,198 -,204	,244 -,320	,382 -,365
Z de Kolmogorov-Smirnov		6,867	14,555	9,837	10,289	18,981	10,265	15,911	10,624	9,519	14,959	17,929
Sig. asintót. (bilateral)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

a La distribución de contraste es la Normal.

b Se han calculado a partir de los datos.

En nuestro trabajo para cada una de las variables cuantitativas estudiadas, la probabilidad del estadístico de contraste (Z de Kolmogorov-Smirnov) es de 0,000, es decir existe significación estadística. Este resultado debe interpretarse en esta prueba como que **ninguna de las citadas variables sigue la distribución normal y por tanto deberemos utilizar las Pruebas no Paramétricas en el análisis estadístico de las variables cuantitativas.**

En nuestra investigación, nos ha parecido que la prueba no paramétrica más adecuada es la Prueba de Kruskal-Wallis para k muestras independientes.

El Anova de Kruskal-Wallis, para k muestras independientes, es una prueba no paramétrica empleada para comparar si existen diferencias entre varias muestras no relacionadas. En dicha prueba se comparan variables cuantitativas con una variable de agrupación cualitativa.

4.1.2. Interpretación de los resultados.

Cuando tanto el factor de estudio como la variable de respuesta son variables cualitativas o nominales, la prueba estadística más apropiada para determinar si existe relación entre ellas son las Tablas de Contingencia, Crosstabs o Prueba de Chi-cuadrado, siempre que exista un número suficiente de sujetos en cada una de las casillas de la tabla de contingencia. Después de la tabla de contingencia se obtienen una serie de estadísticos que miden la relación entre las variables. El contraste Chi-cuadrado de Pearson comprueba si existe independencia o no entre las variables estudiadas, si existe asociación o no, pero no la magnitud de esa asociación., por ello también se debe calcular la p o significación estadística.

La interpretación de los resultados es que cuando calculado el estadístico de contraste para esta prueba, Chi-cuadrado de Pearson, el valor de p o significación estadística da un **valor de p menor o igual de 0,05, afirmaremos que los resultados obtenidos son estadísticamente significativos y por lo tanto las diferencias observadas entre las variables comparadas serán reales.** Pero si p es mayor de 0,05 se concluirá diciendo que **los resultados obtenidos carecen de significación estadística.**

Cuando las frecuencias esperadas son más del 20% o la frecuencia esperada es inferior a 5, nos fijamos en el estadístico exacto de Fisher y el valor de p que se interpreta de idéntica manera, si es menor o igual de 0,05, los resultados obtenidos son

estadísticamente significativos y si p es mayor de 0,05 los resultados obtenidos carecen de significación estadística.

Cuando se trata de variables cuantitativas, que no cumplen las asunciones necesarias para la aplicación de la prueba paramétrica ideal que es la t de Student-Fisher, se recurre a la aplicación de una prueba no paramétrica equivalente, en nuestro estudio hemos empleado la prueba de Kruskal Wallis.¹⁹⁵

Para establecer relaciones entre variables cuantitativas discretas y cualitativas, hemos utilizado la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis. Obtenido el valor de p los resultados se interpretan de la forma explicada anteriormente.

4.2. Resultados .

4.2.1. Frecuencias.

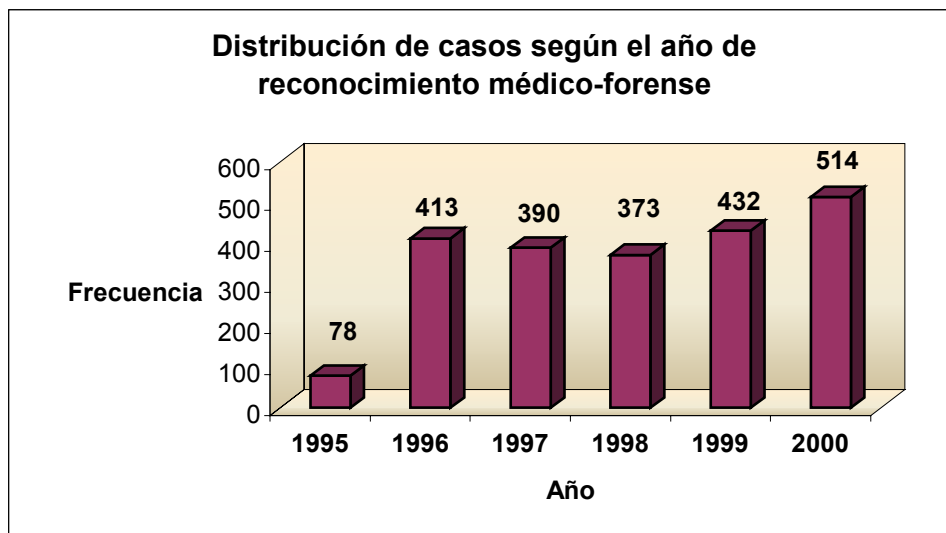
4.2.1.1. Distribución de casos según el año del reconocimiento médico-forense.

Se procedió al estudio de la distribución de los casos, según el año de reconocimiento médico-forense de los lesionados y a partir de la entrada en vigor de la Ley 30/1995.

Se tomó como fecha límite para la recogida de casos el 31 de Diciembre de 2.000.

La distribución de los casos por año resultó ser más o menos homogénea, exceptuando el año 1.995, en que sólo se recogieron 78 casos, debido a que el periodo de estudio abarcó menos de 2 meses y el año 2.000, en que la cifra de casos fué la máxima, con una frecuencia de 514 casos recogidos.

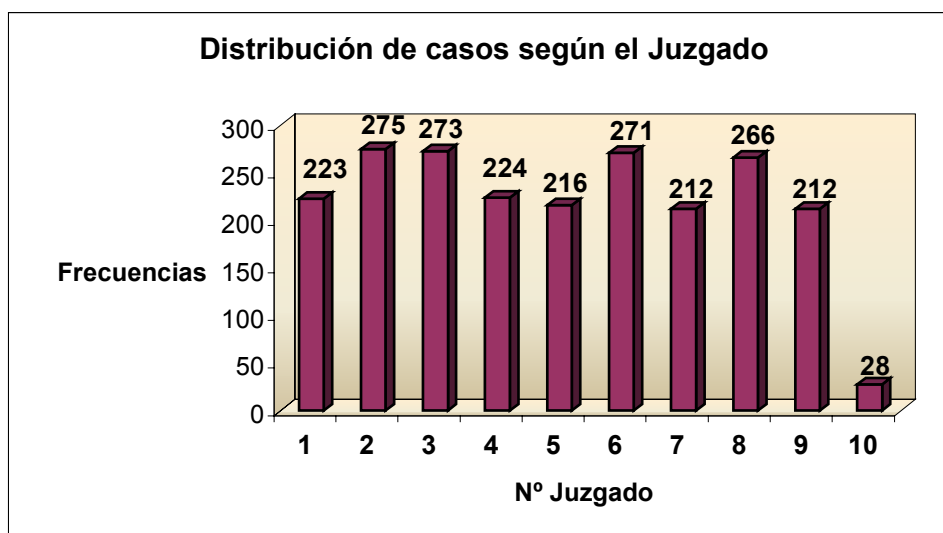
Año	Frecuencia	Porcentaje
1995	79	3,6%
1996	411	18,7%
1997	389	17,7%
1998	375	17,0%
1999	432	19,6%
2000	514	23,4%
Total	2200	100,0%



4.2.1.2. Distribución de casos por Juzgados.

La distribución de los casos procedentes de los diferentes juzgados, fue más o menos homogénea, llamando la atención la escasez de casos provenientes del juzgado número 10, pero ello es debido a su reciente creación.

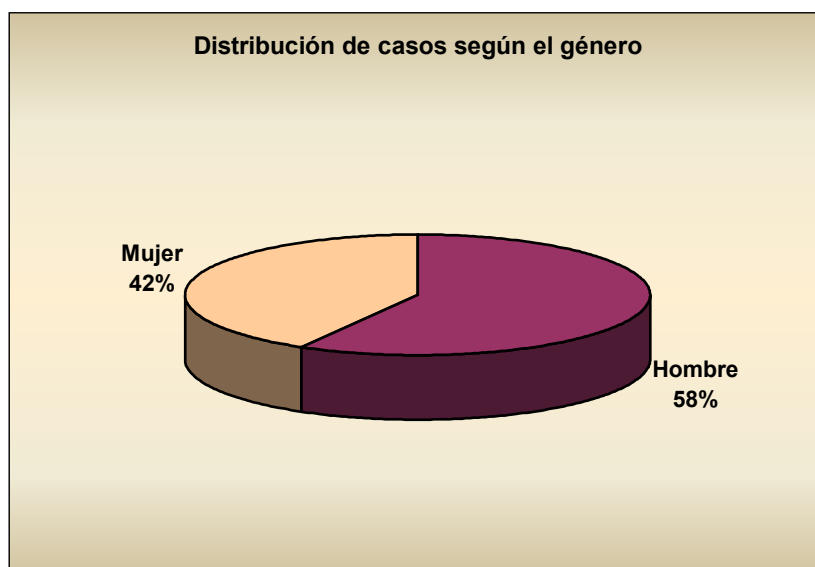
Juzgado	Frecuencia	Porcentaje
1	225	10,2%
2	275	12,5%
3	274	12,5%
4	224	10,2%
5	216	9,8%
6	271	12,3%
7	211	9,6%
8	265	12,0%
9	211	9,6%
10	28	1,3%
Total	2200	100,0%



4.2.1.3. Distribución de casos atendiendo al género.

Los hombres fueron los que más reconocimientos médico-forenses por accidentes de tráfico presentaron en el período estudiado, con una frecuencia de 1.282 casos, presentando las mujeres una frecuencia de 918 casos. Del total de lesionados los hombres representaron un porcentaje del 58,3% frente a las mujeres que obtuvieron un porcentaje del 41,7%.

Género	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	1282	58,3%
Mujer	918	41,7%
Total	2200	100,0%



4.2.1.4. Distribución de casos según pertenencia a grupo de edad.

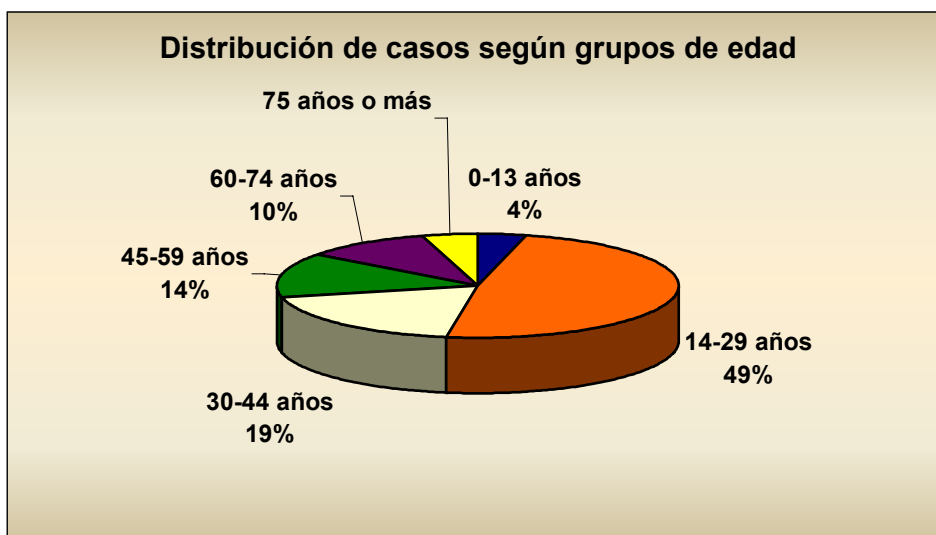
La distribución en grupos de edad se ha realizado de la forma más homogénea posible, a partir de la elección del primer grupo de edad, el de 0-13 años, ya que a partir de los 14 años ya se puede poseer la licencia de conducción de un vehículo a motor, la motocicleta de 49 cc.

El grupo de edad más numeroso correspondió al de 14-29 años, con un total de 1.064 casos, seguido del grupo de 30-44 años (420 casos), 45-59 años (302 casos), y el grupo de 60-74 años (229 casos). Los grupos de edad menos frecuentes fueron los de 0-13 años con 88 casos y los de 75 años o más con 97 casos.

La tabla siguiente refleja de forma gráfica los resultados:

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje
0-13 años	88	4,0%
14-29 años	1064	48,4%
30-44 años	420	19,1%
45-59 años	302	13,7%
60-74 años	229	10,4%
Más de 75 años	97	4,4%
Total	2200	100,0%

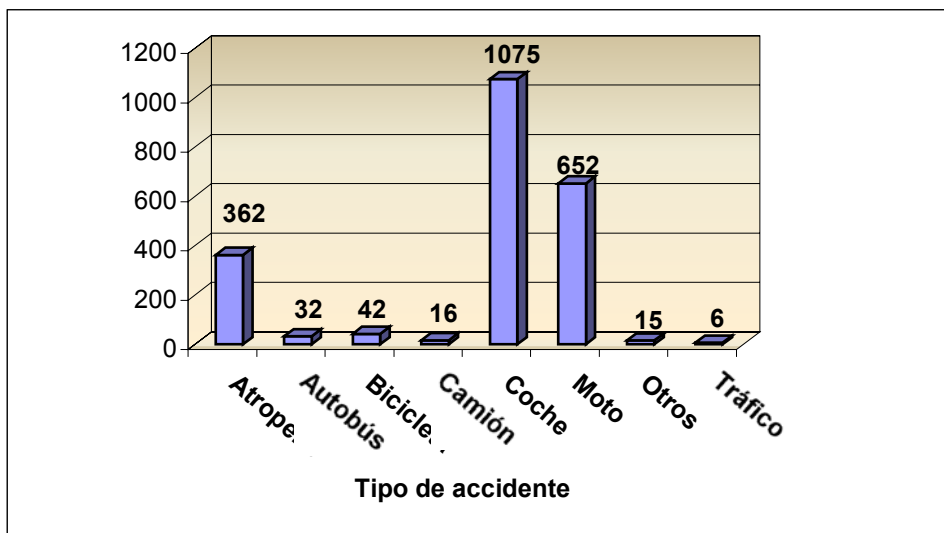
Por lo tanto el grupo que registró más siniestralidad fué el de edades comprendidas entre 14-29 años, con un porcentaje del total de casi el 49%.



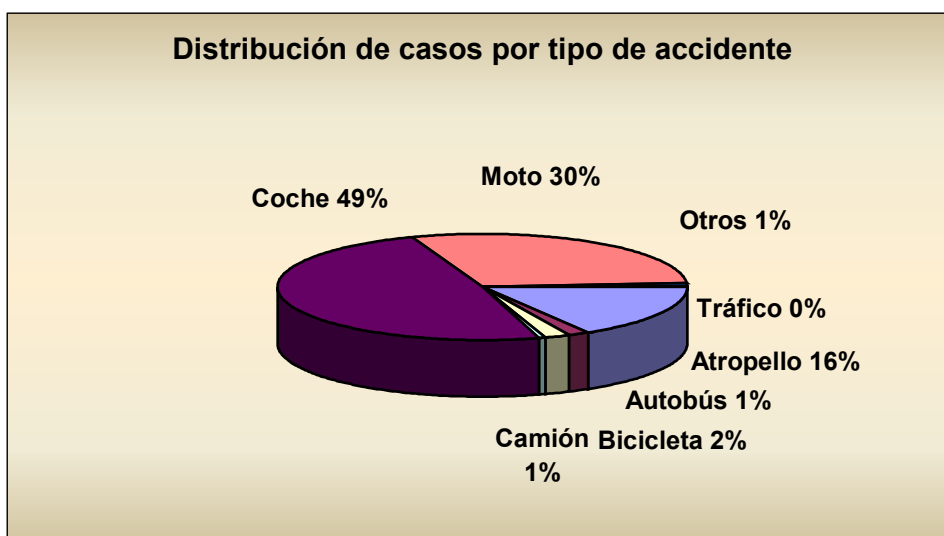
4.2.1.5. Distribución de casos atendiendo al tipo de accidente.

Los accidentes más frecuentes fueron los de automóvil, registrándose un total de 1075 (48,9%), seguidos de los accidentes de motocicleta, 652 (29,6%), los atropellos, 362 (16,5%), los de bicicleta, 42 (1,9%), los de autobús 32 (1,5%) y los de camión 16 (0,7%).

Tipo de accidente	Frecuencia	Porcentaje
Atropello	362	16,5%
Autobús	32	1,5%
Bicicleta	42	1,9%
Camión	16	0,7%
Coche	1075	48,9%
Motocicleta	652	29,6%
Otros	15	0,7%
Tráfico	6	0,3%
Total	2200	100,0%

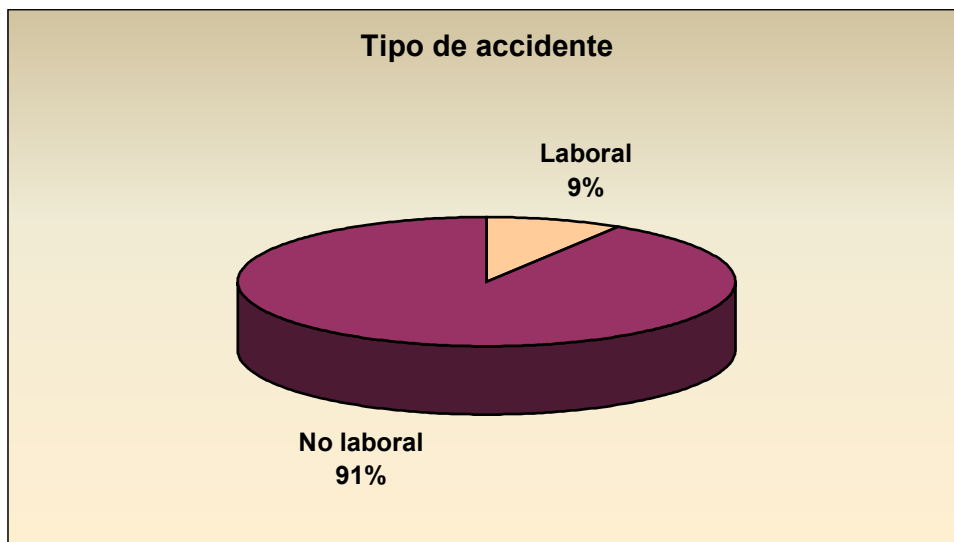


La frecuencia de otro tipo de accidentes entre los que se encontraba un accidente ferroviario o de vehículos agrícolas como el tractor o motocultor correspondieron a un total de 15 casos (0,7%). En 6 casos (0,3%), en la historia clínica médico-forense no se reflejó el tipo de accidente de tráfico.



Se contabilizaron, 198 accidentes de tráfico “in itinere”, lo que supone un 9% del total y 1.997 accidentes no laborales, es decir un 90,8% del total. En 5 ocasiones, no se pudo incluir el caso en ningún grupo, debido a que no se recogió el dato.

Accidente	Frecuencia	Porcentaje
Laboral	198	9,0%
No laboral	1997	90,8%
Total	2195	99,8%



4.2.1.6. Distribución de casos según la ocupación.

Se utilizó para clasificar las profesiones de forma homogénea y operativa los grandes grupos de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-88) y además se añadieron códigos a fin de contabilizar otros lesionados como autónomos, amas de casa, estudiantes, jubilados, parados o los casos en que el lesionado no se encontraba en ninguno de los supuestos anteriores o no se hizo constar la profesión.

Las ocupaciones más frecuentes fueron las comprendidas en el gran grupo 7 de la CIUO-88, es decir Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios, con una frecuencia de 391 (17,8%), seguido de las del gran grupo 5, es decir los Trabajadores de los servicios, vendedores de comercios y mercados y personal de seguridad, con una frecuencia de 174 casos (7,9%) y los Técnicos y profesionales de nivel medio, pertenecientes al gran grupo 3, con una frecuencia de 125 casos (5,7%).

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
0=Fuerzas armadas	5	0,2%
1=Miembros del poder ejecutivo, de los cuerpos legislativos y personal directivo de la administración pública y de empresas	20	0,9%
2=Profesionales científicos e intelectuales	88	4,0%
3=Técnicos y profesionales de nivel medio	125	5,7%
4=Empleados de oficina	89	4,0%
5=Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados.	174	7,9%
6=Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros.	62	2,8%
7=Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios.	391	17,8%
8=Operadores de instalaciones y máquinas y montadores.	64	2,9%
9=Trabajadores no calificados (excepto transporte:8)	117	5,3%
10=Estudiantes	410	18,6%
11=Amas de casa	181	8,2%
12=Jubilados	274	12,5%
13=Desempleados	63	2,9%
14=No consta	67	3,0%
15=Autónomos	57	2,6%
16=Ninguna	13	0,6%

Si procedemos a la descripción exhaustiva alfabética de las ocupaciones desempeñadas por los lesionados en el momento de sufrir el accidente, obtenemos la siguiente tabla y las ocupaciones más frecuentes:

Ocupaciones	Frecuencia	Porcentaje
abogado	7	,3%
administrador fincas	1	,0
administrativo	56	2,5
agente comercial	3	,1
agente seguros	4	,2
agricultor	32	1,5
almacen	6	,3
almacen citricos	8	,4
ama de casa	181	8,2%
arquitecto tecnico	2	,1
arquitectura tecnica	4	,2
artes graficas	1	,0
artista	1	,0
asesor servicios comerciales	1	,0
asfaltador	1	,0
ats	10	,5
autonomo	55	2,5
auxiliar clinica	9	,4
baile	1	,0
bellas artes	1	,0
biologo	1	,0
bombero	1	,0
cajero	5	,2
calefaccion	2	,1
canguro	3	,1
cantero	1	,0
camicero	9	,4
carpintero	12	,5
carretillero	1	,0
celador	3	,1
cerámica	124	5,6%
cerrajero	3	,1
chapista	3	,1
cocinero	9	,4
comercial	18	,8
comercio	1	,0
conductor	36	1,6
conserje	3	,1
construcción	67	3,0%
consultor	1	,0
contable	2	,1
crystalero	3	,1
decoracion	1	,0
defensa reserva	2	,1
delegado estadistica	1	,0
delineante	6	,3
dependiente	53	2,4%
dibujante	1	,0
director	2	,1
diseño	1	,0
diseño artistico	1	,0
diseño grafico	1	,0
ebanista	1	,0
economista	5	,2
educador	5	,2
ejecutivo	1	,0
electricista	27	1,2
electromecanico	5	,2
electronica	1	,0

embalador	2	,1
empleada hogar	6	,3
empleado banca	12	,5
empleado correos	1	,0
empleado hospital	1	,0
empleado once	1	,0
empleado parque	1	,0
empleado petroquímica	1	,0
empleado turismo	1	,0
empresario	11	,5
enseñanza	30	1,4
envases	1	,0
escuela taller	3	,1
esteticien	1	,0
estibador	3	,1
estudiante	410	18,6%
extraccion agua	1	,0
fabrica almendras	1	,0
fabrica envases	1	,0
fabrica muebles	2	,1
fabrica plasticos	2	,1
farmaceutico	1	,0
fertilizantes	1	,0
fisioterapia	1	,0
fontanero	12	,5
fotocopias	1	,0
fresador	1	,0
funcionario	25	1,1
guardia civil	12	,5
ganaderia	4	,2
ganadero	1	,0
gasolinera	4	,2
gerente	5	,2
grabador	1	,0
hostelería	53	2,4%
impermeabilizacion	1	,0
informatico	8	,3
ingeniero	7	,3
inmobiliaria	3	,1
inspector itv	1	,0
instalacion aire	1	,0
instalacion calefaccion	1	,0
instalacion industrial	2	,0
instalador antenas	1	,0
instalador cable	1	,0
instalador gas	1	,0
jardineria	6	,3
jubilado	273	12,4%
lavanderia	2	,1
leñador	2	,1
limpieza	28	1,3
mantenimiento	10	,5
maquetista	1	,0
maquinaria	1	,0
maquinaria industrial	1	,0
marketing	1	,0
marmolista	2	,1
masajista	1	,0
mecanico	32	1,5
medico	5	,2
mensajeria	3	,1
metalurgia	4	,2
monitora natacion	2	,1
montador	14	,7
montador muebles	1	,0
montador pladur	1	,0
musico	1	,0

no consta	63	2,9%
ninguna	16	,7
oficial portuario	1	,0
operario fabrica	2	,1
optico	1	,0
ordenanza	2	,1
ortopeda	1	,0
panadero	8	,4
parado	64	2,9%
pastor	1	,0
peluqueria	15	,7
peon	2	,1
peon caldereria	1	,0
periodista	3	,1
perito	2	,1
perito tasador	1	,0
pesca	8	,4
piloto motos	1	,0
pintor	13	,6
planchadora	1	,0
policia	10	,5
produccion radiadores	1	,0
promotor ventas	1	,0
publicidad	5	,2
puericultura	1	,0
pulimentador	2	,1
quiromasajista	1	,0
repcionista	3	,1
recolector citricos	10	,5
relaciones publicas	1	,0
religioso	2	,1
reparto	24	1,0
reponedor	3	,1
sanidad	1	,0
servicio militar	3	,1
servicio tecnico	1	,0
servicios	3	,1
soldador	13	,6
suministros	3	,1
taller ocupacional	1	,0
taquillera cine	1	,0
tecnico facsa	1	,0
tecnico industrial	1	,0
tecnico laborat	3	,1
tecnico radiologia	1	,0
telefonista	5	,2
textil	17	,8
tornero	3	,1
trabajador social	1	,0
trafico señales	1	,0
transportes	8	,4
vendedor once	3	,1
venta ambulante	6	,3
veterinario	1	,0
vigilante forestal	2	,0
vigilante jurado	8	,4
vigilante museo	1	,0
visitador médico	4	,2
total	2200	100,0

Del total de lesionados, **lo más frecuente resultó que fueran estudiantes, con una frecuencia de 410 (18,6%).**

Observamos, que **la ocupación más frecuente pertenece a la industria de la cerámica, con 124 casos, seguida de la construcción, con 67 casos, el personal administrativo con 56 casos, los trabajadores autónomos con 55, la hostelería con 53, y los dependientes de comercio también con 53 casos.**

4.2.1.7. Distribución de diagnósticos.

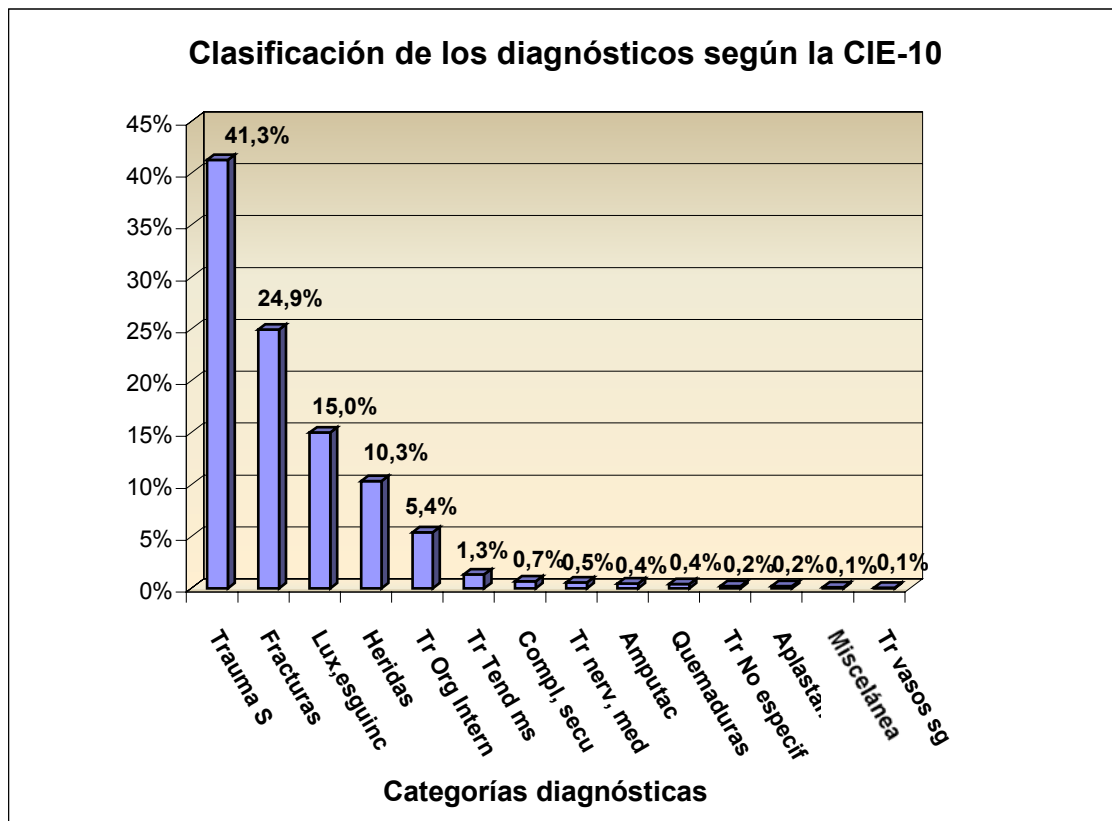
Se han contabilizado y clasificado según la CIE-10 un total de 5.917 categorías diagnósticas, correspondientes a los 2.200 casos.

Los 25 diagnósticos que más se repiten son; el Esguince cervical (CIE-10: S13.4) que se presenta en 559 de los casos, siendo el diagnóstico más frecuente, seguido de los traumatismos superficiales múltiples no especificados o Policontusiones (T00.9), en 452 casos, las Contusiones en la rodilla (S80.0), 264 casos, los Traumatismos de la cabeza, no especificados (S09.9), en 224 casos, la Contusión en hombro y brazo (S40.0), en 155 casos, la Contusión de la pierna (S80.1), en 122 casos, la Conmoción cerebral (S06.0) en 121 casos, la contusión costal (S20.8), en 111 casos, la fractura del peroné (S82.4), en 106 casos, la contusión en la región lumbosacra y pelvis (S30.0), en 104 casos, la Contusión de otras partes de la muñeca y de la mano (S60.2) en 100 casos, los traumatismos superficiales de otras partes de la cabeza (S00.8) en 91 casos, la herida de otras partes de la cabeza (S01.8), en 89 casos, la contusión del codo (S50.0) en 86 casos, los esguinces y torceduras del tobillo (S93.4) en 79 casos, la fractura de la epífisis superior de la tibia (S82.1) en 76 casos, la fractura de la epífisis inferior del radio (S52.5) en 73 casos, las fracturas múltiples de costillas (S22.4) en 72 casos, la fractura de la clavícula (S42.0) en 71 casos, la herida de la rodilla (S81.0) en 69 casos, el traumatismo superficial del abdomen, de la región lumbosacra y de la pelvis, no especificada (S30.9) en 59 casos, la contusión de cadera (S70.0) en 56 casos, la contusión del muslo (S70.1) en 55 casos y la fractura de hueso del metatarso (S92.3) en 53 casos.

Agrupando las categorías diagnósticas según la CIE-10, lo más frecuente serían los 1-traumatismos superficiales (2.443), seguido de 2-fracturas (1.476), 3-luxaciones, esguinces y torceduras (843), 4-las heridas (610), 5-los traumatismos de órganos internos (319), 6-traumatismos de tendones y músculos (77), 7-complicaciones y secuelas de traumatismos (39), 8-traumatismos de nervios y médula espinal (32), 9-amputaciones (25), 10-quemaduras (24), 11-otros traumatismos no especificados (10),

12-traumatismos por aplastamiento (10), 13-miscelánea (6) y 14-traumatismo de vasos sanguíneos (3).

Todo ello se puede observar en la gráfica inferior.



La descripción detallada de los diagnósticos clasificados según las categorías diagnósticas de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud o CIE-10 y según su frecuencia se puede observar en las tablas que se adjuntan a continuación.

TRAUMATISMOS SUPERFICIALES	CIE-10	Frecuencia
- Policontusiones	T00.9	452
- Contusión de rodilla	S80.0	264
- Traumatismo de la cabeza no especificado	S09.9	224
- Contusión del hombro y brazo	S40.0	155
- Contusión de otras partes y las no especificadas de la pierna	S80.1	122
- Traumatismo superficial de otras partes y de las no especificadas del tórax	S20.8	111
- Contusión de la región lumbosacra y de la pelvis	S30.0	104
- Contusión de otras partes de la muñeca y de la mano	S60.2	100
- Traumatismo superficial de otras partes de la cabeza	S00.8	91
- Contusión del codo	S50.0	86
- Contusión del tórax	S20.2	78
- Traumatismo superficial del abdomen, región lumbosacra y pelvis, parte no especificada	S30.9	59
- Contusión de la cadera	S70.0	56
- Contusión del muslo	S70.1	55
- Contusión de los párpados y de la región periorbicular	S00.1	47
- Contusión del tobillo	S90.0	44
- Contusión de otras partes y de las no especificadas del pie	S90.3	37
- Traumatismos superficiales múltiples de la cabeza	S00.7	31
- Traumatismo superficial de la nariz	S00.3	31
- Traumatismo superficial del cuero cabelludo	S00.0	28
- Otros traumatismos superficiales de la pared anterior del tórax	S20.3	27
- Contusión de otras partes del antebrazo y de las no especificadas	S50.1	24
- Traumatismo de la conjuntiva sin cuerpo extraño	S05.0	19
- Contusión de dedo de la mano, sin daño de la uña	S60.0	17
- Traumatismo superficial de la cabeza, parte no especificada	S00.9	14
- Ruptura traumática de disco intervertebral cervical	S13.0	14
- Traumatismo superficial del labio y de la cavidad bucal	S00.5	12
- Traumatismos superficiales de múltiples regiones de miembros inferiores	T00.3	11
- Contusión de la mama	S20.0	10
- Traumatismo superficial del cuello, parte no especificada	S10.9	9
- Contusión de la pared abdominal	S30.1	9
- Traumatismo no especificado del abdomen, región lumbosacra y de la pelvis	S39.9	8
- Traumatismo superficial del oído	S00.4	7
- Contusión de dedo del pie sin daño de la uña	S90.1	6
- Traumatismo superficial de miembro inferior, nivel no especificado	T13.0	6
- Contusión de órganos genitales externos	S30.2	6
- Traumatismo del ojo y órbita no especificado	S05.9	5
- Traumatismos superficiales múltiples de la pierna	S80.7	5
- Traumatismos superficiales múltiples de la pierna	S80.7	5
- Traumatismo superficial de miembro superior, nivel no especificado	T11.0	4
- Contusión de dedo del pie con daño de la uña	S90.2	4
- Ruptura traumática de disco intervertebral lumbar	S33.0	4
- Otros traumatismos superficiales del pie y del tobillo	S90.8	3
- Traumatismos superficiales múltiples del antebrazo	S50.7	3
- Traumatismos superficiales múltiples del tórax	S20.7	3
- Contusión del globo ocular y del tejido orbitario	S05.1	3
- Otros traumatismos superficiales del párpado y de la región periorcular	S00.2	3
- Laceración, ruptura ocular con prolapso o pérdida tejido intraocular	S05.2	2
- Avulsión de ojo	S05.7	2
- Otros traumatismos superficiales del hombro y brazo	S40.8	2
- Traumatismos superficiales de múltiples regiones de miembros superiores	T00.2	2
- Traumatismos superficiales múltiples del hombro y del brazo	S40.7	2
- Contusión de dedo de la mano con daño de la uña	S60.1	2

- Traumatismos superficiales múltiples de la muñeca y de la mano	S60.7	2
- Otros traumatismos superficiales de la cadera y del muslo	S70.8	2
- Otros traumatismos superficiales de la pierna	S80.8	1
- Otros traumatismos del ojo y de la órbita	S05.8	1
- Ruptura traumática del tímpano	S09.2	1
- Contusión de la garganta	S10.0	1
- Traumatismo superficial de otras partes del cuello	S10.8	1
- Traumatismos superficiales múltiples del abdomen, de la región lumbosacra y de la pelvis	S30.7	1
- Traumatismo superficial no especificado del hombro y del brazo	S40.9	1
- Traumatismos superficiales de múltiples regiones de miembros superiores con miembros inferiores	T00.6	1
- Otros traumatismos superficiales del antebrazo	S50.8	1
- Traumatismos superficiales múltiples del pie y del tobillo	S90.7	1
- Otros traumas superficiales muñeca y mano	S60.8	1
Total		2443

FRACTURAS	CIE-10	Frecuencia
- Fractura de peroné	S82.4	106
- Fractura de epífisis superior de tibia	S82.1	76
- Fractura de epífisis inferior de radio	S52.5	73
- Fractura múltiples de costillas	S22.4	72
- Fractura de la clavícula	S42.0	71
- Fractura de hueso del metatarso	S92.3	53
- Fractura de vértebra lumbar	S32.0	52
- Fractura de costilla	S22.3	50
- Fractura de diente	S02.5	46
- Fractura de la diáfisis del fémur	S72.3	46
- Fractura de la diáfisis de la tibia	S82.2	42
- Fractura de los huesos de la nariz	S02.2	40
- Fractura de la epífisis inferior de la tibia	S82.3	37
- Fractura del esternón	S22.2	37
- Fractura del omóplato	S42.1	32
- Fractura de la epífisis superior del húmero	S42.2	30
- Fractura de la base del cráneo	S02.1	29
- Fractura de otros huesos metacarpianos	S62.3	25
- Fractura del acetábulo	S32.4	25
- Fracturas múltiples de la columna lumbar y de la pelvis	S32.7	25
- Fractura de la rótula	S82.0	24
- Fractura de otras partes y las no especificadas de columna lumbar y pelvis	S32.8	23
- Fractura maleolo interno	S82.5	21
- Fractura de otras partes de la pierna (trimaleolar tobillo)	S82.8	21
- Fractura de vértebra torácica	S22.0	21
- Fractura del hueso escafoides (navicular) de la mano	S62.0	20
- Fractura de la pierna, parte no especificada	S82.9	17
- Fractura de otro dedo de la mano	S62.6	16
- Fractura de la epífisis inferior del fémur	S72.4	16
- Fractura de la epífisis superior del cúbito	S52.0	14
- Fractura de la epífisis superior del radio	S52.1	14
- Fractura de otras partes del antebrazo	S52.8	13
- Fractura pertrocanterea	S72.1	12
- Fractura de hueso iliaco	S32.3	12
- Fractura maleolo externo	S82.6	11
- Fractura del malar y del hueso maxilar superior	S02.4	11
- Fractura de otros huesos del tarso	S92.2	11
- Fractura de la bóveda del cráneo	S02.0	11

- Fractura del pubis	S32.5	11
- Fractura maxilar inferior	S02.6	10
- Fractura de la epífisis inferior del cúbito y radio	S52.6	10
- Fractura del pulgar	S62.5	10
- Fractura del cuello del fémur (cadera SAI)	S72.0	10
- Fractura subtrocantérea femur	S72.2	10
- Fracturas múltiples del pie	S92.7	9
- Polifracturas	T02	9
- Fractura del 1º metacarpiano (Fr de Bennett)	S62.2	9
- Fractura de los huesos de otro (o)s dedo (s) del pie	S92.5	8
- Fractura de otros huesos del cráneo y de la cara	S02.8	8
- Fractura de la diáfisis del húmero	S42.3	8
- Ruptura traumática de la sínfisis del pubis	S33.4	7
- Fractura del calcáneo	S92.0	7
- Fractura de la epífisis inferior del húmero	S42.4	7
- Fractura del antebrazo, parte no especificada	S52.9	7
- Fractura del fémur, parte no especificada	S72.9	7
- Fractura del sacro	S32.1	7
- Fractura del astrágalo	S92.1	6
- Fractura de otras vértebras cervicales especificadas	S12.2	6
- Fractura de la diáfisis del cúbito	S52.2	6
- Fractura de la diáfisis del cúbito y del radio	S52.4	6
- Fracturas múltiples de huesos metacarpianos	S62.4	5
- Fracturas múltiples del fémur	S72.7	5
- Fractura de la 2ª vértebra cervical (axis)	S12.1	4
- Fracturas múltiples de columna torácica	S22.1	4
- Fractura del hombro y del brazo, parte no especificada	S42.9	3
- Fractura del suelo de la órbita	S02.3	3
- Politraumatismo	T07	3
- Fracturas múltiples de columna cervical	S12.7	2
- Fractura de la diáfisis del radio	S52.3	2
- Fractura de otras partes y de las no especificadas de muñeca y mano	S62.8	2
- Fractura de los huesos del dedo gordo del pie	S92.4	2
- Fracturas múltiples de los dedos de la mano	S62.7	2
- Fractura de pie, no especificada	S92.9	1
- Fracturas múltiples del antebrazo	S52.7	1
- Fractura de la 1ª vértebra cervical (atlas)	S12.0	1
- Fractura de la columna vertebral, nivel no especificado	T08	1
- Fractura del tórax óseo, parte no especificada	S22.9	1
- Fractura de otro (s) hueso (s) del carpo	S62.1	1
Total		1476

LUXACIONES, ESGUINCES Y TORCEDURAS	CIE-10	Frecuencia
- Esguince cervical	S13.4	559
- Esguinces y torceduras del tobillo	S93.4	79
- Esguinces y torceduras de ligamentos cruzados de la rodilla	S83.5	21
- Esguinces y torceduras de ligamentos laterales de la rodilla	S83.4	20
- Desgarro de meniscos, presente	S83.2	18
- Esguince y torcedura de la muñeca	S63.5	13
- Luxación de la articulación acromioclavicular	S43.1	12
- Desgarro del cartílago articular de la rodilla, presente	S83.3	11
- Traumatismo de estructuras múltiples de la rodilla	S83.7	11
- Luxación de la articulación del hombro	S43.0	11
- Esguinces y torceduras de la articulación acromioclavicular	S43.5	11
- Luxación de la cadera	S73.0	11
- Luxación de la rodilla	S83.1	5
- Luxación de la articulación del tobillo	S93.0	5
- Luxación del codo, no especificada	S53.1	5
- Esguinces y torceduras de costillas y esternón	S23.4	5
- Luxación de dedos de la mano	S63.1	5
- Esguinces y torceduras de dedo(s) de la mano	S63.6	5
- Luxación del maxilar	S03.0	4
- Luxación de otros sitios y los no especificados del pie	S93.3	4
- Esguinces y torceduras de la articulación del hombro	S43.4	3
- Luxación de articulación sacrococcígea y sacroiliaca	S33.2	3
- Luxación del cartílago septal de la nariz	S03.1	3
- Luxación de la articulación esternoclavicular	S43.2	2
- Luxación de dedo(s) del pie	S93.1	2
- Luxación de vértebra lumbar	S33.1	2
- Esguinces y torceduras del maxilar	S03.4	1
- Esguinces y torceduras de la articulación esternoclavicular	S43.6	1
- Esguinces y torceduras de otras partes y de las no especificadas de la columna lumbar y de la pelvis	S33.7	1
- Discontinuidad y dislocación de los huesecillos del oído	H74.2	1
- Luxación de la rótula	S83.0	1
- Esguinces y torceduras de otros sitios y los no especificados del pie	S93.6	1
- Ruptura traumática de lig de la muñeca y del carpo	S63.3	1
- Luxación de la cintura escapular	S43.3	1
- Luxaciones múltiples del cuello	S13.3	1
- Esguinces y torceduras de dedo(s) del pie	S93.5	1
- Luxación de la muñeca	S63.0	1
- Luxación de diente	S03.2	1
- Esguinces y torceduras de artic y ligamentos de otros sitios especificados y de los no especificados del cuello	S13.6	1
Total		843

HERIDAS	CIE-10	Frecuencia
- Herida de otras partes de la cabeza	S01.8	89
- Herida de la rodilla	S81.0	69
- Herida del cuero cabelludo	S01.0	51
- Heridas múltiples de la cabeza	S01.7	44
- Herida de otras partes de la pierna	S81.8	44
- Herida del párpado y de la región periocular	S01.1	41
- Herida del labio y de la cavidad bucal	S01.5	32
- Herida del codo	S51.0	25
- Herida del muslo	S71.1	23
- Herida de la nariz	S01.2	22
- Herida de dedo(s) de la mano, sin daño de la(s) uña(s)	S61.0	21
- Herida de otras partes de la muñeca y de la mano	S61.8	17
- Heridas múltiples, no especificadas	T01.9	12
- Herida del tobillo	S91.0	11
- Herida de la pierna, parte no especificada	S81.9	11
- Herida de la mejilla y de la región temporomandibular	S01.4	10
- Herida del hombro	S41.0	9
- Herida del antebrazo, parte no especificada	S51.9	9
- Herida del oído	S01.3	9
- Herida de otras partes del pie	S91.3	8
- Heridas múltiples de la muñeca y de la mano	S61.7	8
- Herida de la cabeza, parte no especificada	S01.9	6
- Herida del brazo	S41.1	5
- Herida de otras partes del antebrazo	S51.8	5
- Herida de la pared abdominal	S31.1	4
- Herida de la región lumbosacra y de la pelvis	S31.0	3
- Heridas de otras partes y de las no especificadas del abdomen	S31.8	3
- Herida de dedo(s) del pie sin daño de la(s) uña(s)	S91.1	2
- Herida del tórax, parte no especificada	S21.9	2
- Herida penetrante de globo ocular sin cuerpo extraño	S05.6	2
- Herida de miembro inferior, nivel no especificado	T13.1	2
- Herida de dedo(s) del pie con daño de la(s) uña(s)	S91.2	1
- Herida de la vagina y de la vulva	S31.4	1
- Heridas múltiples del cuello	S11.7	1
- Herida de la cadera	S71.0	1
- Heridas de múltiples regiones de miembros inferiores	T01.3	1
- Heridas múltiples del antebrazo	S51.7	1
- Herida de otras partes y de las no especificadas del hombro y del brazo	S41.8	1
- Herida del escroto y de los testículos	S31.3	1
- Heridas múltiples de la pared torácica	S21.7	1
- Heridas múltiples de la pierna	S81.7	1
- Herida de cuello, parte no especificada	S11.9	1
Total		610

TRAUMATISMO DE ORGANOS INTERNOS	CIE-10	Frecuencia
- Conmoción cerebral	S06.0	121
- Contusión de pulmón	S27.3	24
- Traumatismo cerebral focal	S06.3	18
- Traumatismo del bazo	S36.0	15
- Neumotórax traumático	S27.0	15
- Traumatismo de la pleura	S27.6	13
- Hemorragia subaracnoidea traumática	S06.6	13
- Traumatismo intracraneal con coma prolongado	S06.7	12
- Hemotórax traumático	S27.1	10
- Hemorragia subdural traumática	S06.5	10
- Traumatismo del hígado	S36.1	9
- Traumatismo de otros órganos intraabdominales	S36.8	9
- Traumatismo cerebral difuso	S06.2	8
- Traumatismo intracraneal, no especificado	S06.9	7
- Hemoneumotórax traumático	S27.2	6
- Otros traumatismos intracraneales	S06.8	6
- Traumatismo de otros órganos intratorácicos, especificados	S27.8	5
- Hemorragia epidural	S06.4	4
- Traumatismo del intestino delgado	S36.4	3
- Traumatismo de la vejiga	S37.2	3
- Traumatismo del riñón	S37.0	3
- Edema cerebral traumático	S06.1	3
- Traumatismo de la uretra	S37.3	1
- Traumatismo de órgano intraabdominal, no especificado	S36.9	1
Total		319

COMPLICACIONES Y SECUELAS DE TRAUMATISMOS	CIE-10	Frecuencia
- Artritis postraumática de dedo de la mano	S60.0/M12.5	7
- Artritis postraumática de la muñeca y mano	S60.2/M12.5	7
- Enfisema subcutáneo traumático	T79.7	6
- Artritis postraumática del codo	S50.0/M12.5	4
- Artritis postraumática de rodilla	S80.0/M12.5	4
- Artritis postraumática del hombro	S40.0/M12.5	3
- Artritis postraumática parte no especificada	M12.5	3
- Bursitis del hombro	S40.0/M75.5	2
- Fibrosis postraumática rodilla	M79.0	2
- Artritis postraumática de la pierna	S80.1/M12.1	1
Total		39

TRAUMATISMOS POR APLASTAMIENTO	CIE-10	Frecuencia
- Aplastamiento de la pierna	S87.8	4
- Aplastamiento de la rodilla	S87.0	2
- Aplastamiento de otras partes del pie y del tobillo	S97.8	2
- Fractura del tórax óseo, parte no especificada	S22.9	1
- Aplastamiento en región no especificada	T14.7	1
Total		10

TRAUMATISMOS DE TENDÓN Y MÚSCULO	CIE-10	Frecuencia
- Esguinces y torceduras del tendón rotuliano	S83.6	16
- Traumatismo de tendón y músculo del grupo muscular posterior de la pierna	S86.1	14
- Traumatismo del manguito rotatorio del hombro	S46.0	11
- Traumatismo del tendón de Aquiles	S86.0	3
- Traumatismo del tendón y músculo de la cabeza larga del bíceps	S46.1	3
- Traumatismo del tendón y músculo cuádriceps	S76.1	3
- Traumatismo de otros tendones y músculos a nivel del hombro y del brazo	S46.8	3
- Traumatismo de tendón y músculos de abdomen, región lumbosacra y pelvis	S39.0	3
- Traumatismo de tendón y músculos a nivel del tórax	S29.0	2
- Traumatismo de otros tendones y músculos y los no especificados a nivel del muslo	S76.4	2
- Tendinitis peroneal	M76.7	2
- Traumatismo de tendón (es) y músculo (s) del grupo muscular peroneo a nivel de la pierna	S86.3	1
- Lesión del hombro no especificada	M75.9	1
- Traumatismo del tendón y músculo del extensor largo del (de los dedos) a nivel del pie y del tobillo	S96.1	1
- Traumatismo del tendón y músculo extensor de otro (s) dedo (s) a nivel del antebrazo	S56.4	1
- Traumatismo de tendón y músculo no especificado a nivel de la pierna	S86.9	1
- Traumatismo del tendón y músculo del flexor largo del dedo a nivel del pie y del tobillo	S96.0	1
- Esguinces y torceduras de la articulación del hombro	S43.4	1
- Traumatismo del tendón y músculo del tríceps	S46.3	1
- Traumatismo de tendón y músculo no especificado, a nivel de la muñeca y de la mano	S66.9	1
- Traumatismo del tendón y músculo aductor mayor del muslo	S76.2	1
- Traumatismo de tendón y músculos a nivel del cuello	S16	1
- Traumatismo de tendones y músculos no especificados a nivel del pie y del tobillo	S96.9	1
- Traumatismo del tendón y músculo extensor de otro (s) dedo (s) a nivel de la muñeca y de la mano	S66.3	1
- Traumatismo del músculo y tendón intrínseco del pulgar a nivel de la muñeca y de la mano	S66.4	1
- Traumatismo de múltiples tendones y músculos extensores a nivel de la muñeca y de la mano	S66.7	1
Total		77

QUEMADURAS	CIE-10	Frecuencia
- Quemaduras 2º grado cara	T20.2	3
- Quemaduras 3º grado dorso manos	T23.3	3
- Quemaduras 1º grado rodilla	T24.1	2
- Quemaduras 2º grado hombro	T22.2	2
- Quemadura grado 2º pierna	T24.2	2
- abrasiones 1º grado muñeca	T23.1	2
- Quemadura 2º grado manos	T23.2	2
- Quemadura 3º grado cara	T20.3	1
- Quemaduras 1º grado brazos	T22.1	1
- Quemaduras 1º grado cara	T20.1	1
- Quemaduras cadera	T24.0	1
- Quemaduras 3º grado rodilla	T24.3	1
- Quemaduras 2º grado	T30.2	1
- Quemaduras 2º y 3º grado en 20%	T31.2	1
- Quemaduras SAI	T30.0	1
Total		24

TRAUMATISMOS DE NERVIOS Y MÉDULA ESPINAL	CIE-10	Frecuencia
- Traumatismo del plexo braquial	S14.3	9
- Traumatismo del nervio ciático a nivel de la cadera y muslo	S74.0	4
- Traumatismo del nervio ocular común (III par)	S04.1	3
- Traumatismo de otros nervios a nivel de la pierna	S84.8	2
- Traumatismo del nervio mediano a nivel del antebrazo	S54.1	2
- Traumatismo del nervio radial a nivel del antebrazo	S54.2	2
- Traumatismo del nervio facial (VII par)	S04.5	1
- Traumatismo del nervio motor ocular externo (IV par)	S04.4	1
- Traumatismos de nervios cervicales simpáticos	S14.5	1
- Traumatismo del nervio cubital a nivel del antebrazo	S54.0	1
- Traumatismo del nervio óptico (II par) y de las vías ópticas	S04.0	1
- Traumatismo del nervio mediano a nivel de la muñeca y de la mano	S64.1	1
- Traumatismo de la cola de caballo	S34.3	1
- Traumatismo del plexo lumbosacro	S34.4	1
- Otros traumatismos de la médula espinal cervical y los no especificados	S14.1	1
- Otros traumatismos y los no especificados de la médula espinal torácica	S24.1	1
Total		32

AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA	CIE-10	Frecuencia
- Avulsión del cuero cabelludo	S08.0	21
- Amputación traumática de otro dedo distinto al 1º	S68.1	2
- Amputación traumática de la pierna, nivel no especificado	S88.9	1
- Amputación traumática de órganos genitales externos	S38.2	1
Total		25

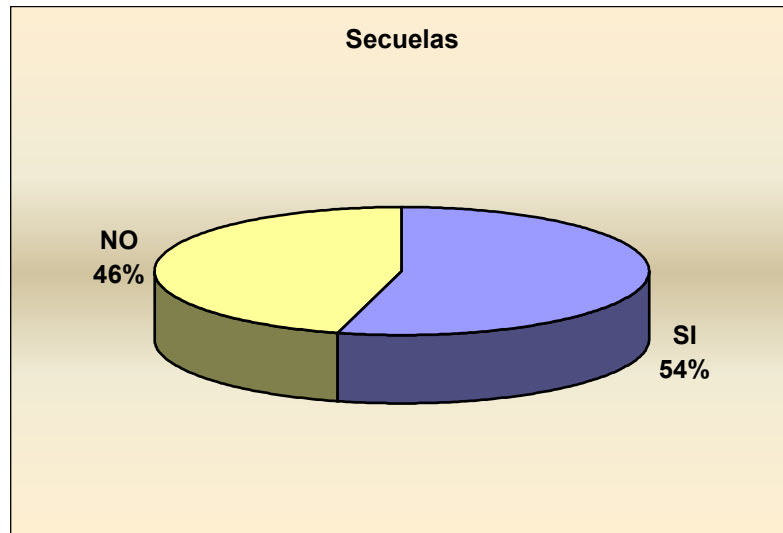
OTROS TRAUMATISMOS Y LOS NO ESPECIFICADOS	CIE-10	Frecuencia
- Traumatismo de la pierna, no especificado	S89.9	3
- Traumatismo de tendón y músculos de abdomen, región lumbosacra y pelvis	S39.0	3
- Traumatismos no especificados del hombro y brazo	S49.9	2
- Traumatismo no especificado del tórax	S29.9	1
- Traumatismo no especificado de la cadera y muslo	S79.9	1
Total		10

MISCELANEA	CIE-10	Frecuencia
- Hipoacusia traumática	H83.3	2
- Epilepsia tónico-clónica generalizada	G40.4	1
- Catarata traumática	H26.1	1
- Trastornos de la rótula no especificados	M22.9	1
- Lumbalgia con ciática	M54.4	1
Total		6

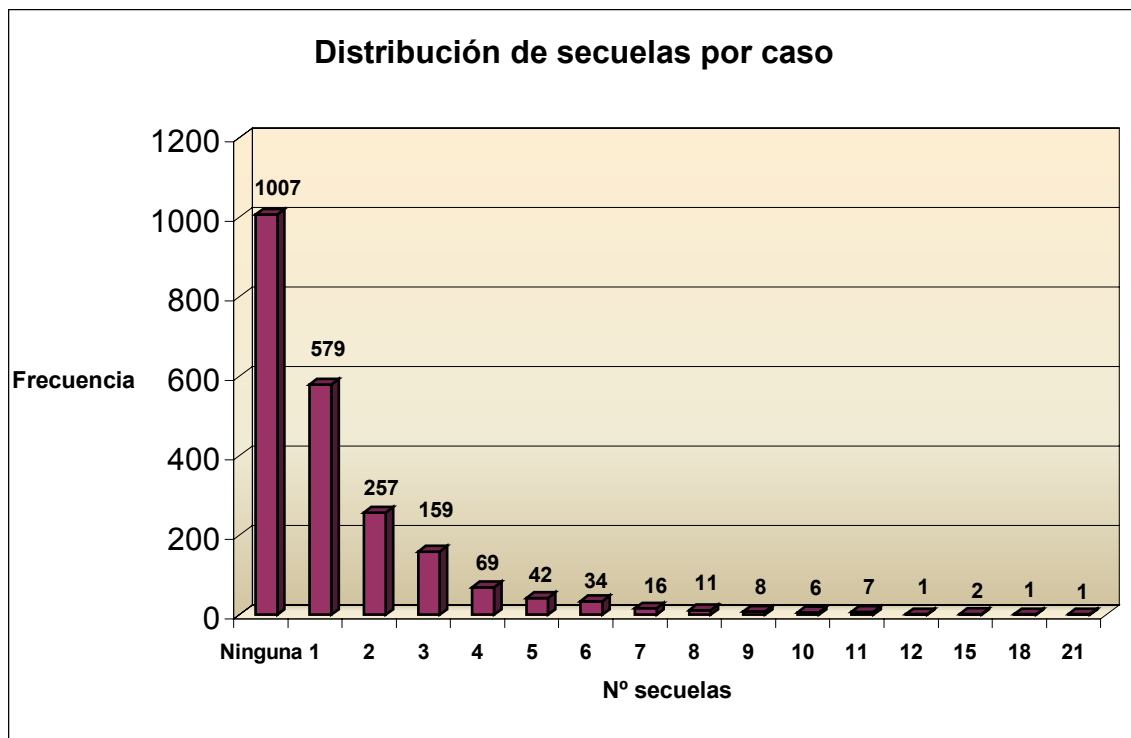
TRAUMATISMOS DE VASOS SANGUÍNEOS	CIE-10	Frecuencia
- Traumatismo de vaso sanguíneo no especificado a nivel de la pierna	S85.9	1
- Traumatismo de otros vasos sanguíneos a nivel del cuello	S15.8	1
- Traumatismo de vasos sanguíneos múltiples a nivel de la pierna	S85.7	1
Total		3

4.2.1.8. Distribución de secuelas.

De los 2.200 accidentados lesionados, 1.007 curaron sin secuelas (45,8%) y 1.193 lesionados quedó alguna secuela (54,2%).



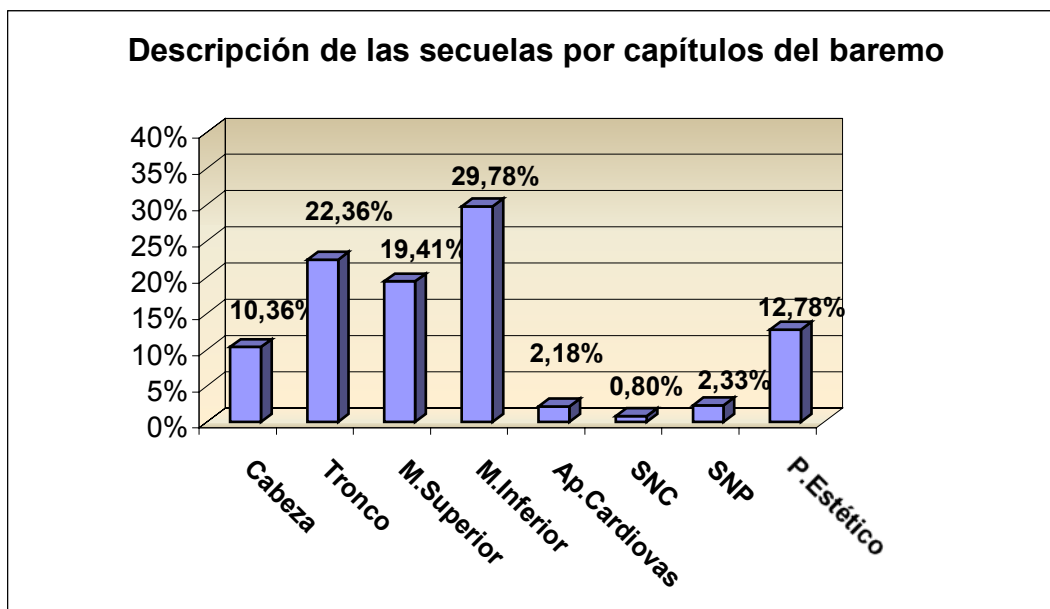
Se han contabilizado un total de 3.517 secuelas, distribuidas en los 2.200 casos, siendo baremadas 2.750 y no baremadas 767.



El número de secuelas y su distribución por caso es el reflejado en la tabla siguiente, destacando que 1007 lesionados curó sin secuelas y en el resto que curó con secuelas éstas oscilan entre 1 y 21 secuelas.

Número de secuelas	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	1007	45,8%
1	579	26,3%
2	257	11,7%
3	159	7,2%
4	69	3,1%
5	42	1,9%
6	34	1,5%
7	16	0,7%
8	11	0,5%
9	8	0,4%
10	6	0,3%
11	7	0,3%
12	1	0,0%
15	2	0,1%
18	1	0,0%
21	1	0,0%
Total	2200	100,0

La distribución de secuelas por aparatos, es la siguiente: Cabeza (285), Tronco (615), Extremidad superior y cintura escapular (534), extremidad inferior y cintura pélvica (819), Aparato cardiovascular (60), Sistema nervioso central (22), Sistema nervioso periférico (64), Trastornos endocrinos (0) y Perjuicio estético (351).



La descripción pormenorizada de las secuelas en base a su localización, frecuencia y código del baremo se refleja a continuación mediante una tabla.

Secuelas	Baremo	Frecuencia
1-CABEZA		
- Pérdida traumática de un incisivo	14010	43
- Alteraciones cerebrales. Síndrome postconmocional	11040	23
- Alteración de la respiración nasal por deformidad ósea	13030	18
- Trastorno por estrés postraumático	11300	16
- Fractura parcial de dientes	14010*	16
- Síndromes psiquiátricos. Síndrome depresivo postraumático	11320	14
- Hipoacusia unilateral	16110	11
- Amnesia (retrógrada o postraumática)	11070	10
- Material osteosíntesis maxilar superior	12120	7
- Desviación del tabique nasal sin alteración respiratoria	13030*	6
- Pérdida traumática de un premolar	14020	6
- Pérdida traumática de un molar	14040	6
- Disminución de la atención	11100	5
- Lagrimeo constante unilateral (Epífora)	15090	5
- Pérdida de sustancia ósea con craneoplastia, sin latidos duramadre	11020	4
- Rigidez articulación temporo-mandibular leve	12091	4
- Pérdida de agudeza visual bilateral	15280	4
- Agudeza visual. Pérdida de visión de un ojo	15290	4
- Cuero cabelludo. Cicatrices, dolor o neuralgias	11030	3
- Afasia	11061	3
- Síndromes psiquiátricos. Alteración personalidad	11351	3
- Síndromes psiquiátricos. Síndrome orgánico de la personalidad	11352	3
- Anosmia	13040	3
- Dificultad a la masticación de alimentos sólidos	14100	3
- Diplopía posiciones altas de la mirada. < 10º desviación	15220	3
- Vértigos esporádicos	16070	3
- Disfasia	11050/11060	2
- Amnesia de fijación	11071	2
- Pérdida de capacidad intelectual: C. I. 67 a 80	11131	2
- Hidrocefalia, fístulas osteodurales, atrofia cerebral	11240	2
- Síndromes psiquiátricos. Excitabilidad, agresividad esporádica	11341	2
- Luxación recidivante temporomandibular	12010	2
- Consolidación viciosa mandíbula. Alteración dental	12030	2
- Pérdida de gusto (hipogeusia)	14250	2
- Pérdida traumática de un canino	14030	2
- Ablación de un globo ocular. Posible prótesis	15010	2

- Párpado. Ectropion, entropión.	15060	2
- Manifestaciones hiperálgicas o hipoestésicas	15110	2
- Diplopía. Campo lateral mirada. < de 10º desviación	15230	2
- Deformidad importante pabellón auditivo o pérdida unilateral	16020	2
- Pérdida de sustancia ósea sin craneoplastia	11021	1
- Dislalia-Disartria	11080	1
- Capacidad de respuesta disminuida	11110	1
- Ataxia-Apraxia	11120	1
- Coma vigil (estado vegetativo crónico)	11130	1
- Pérdida de capacidad intelectual: C. I. 36 a 66	11132	1
- Epilepsia. Localizadas sin antecedentes en tratamiento	11150	1
- Epilepsia. Generalizadas 1-2 crisis anuales	11180	1
- Epilepsia. Crisis frecuentes que obligan a modificar la actividad habitual	11200	1
- Síndrome cerebeloso bilateral	11230	1
- Derivación cráneo-peritoneal o cráneo-pericárdico	11250	1
- Síndromes psiquiátricos. Desorientación temporoespacial	11325	1
- Síndromes psiquiátricos. Síndrome de Moria	11330	1
- Síndromes psiquiátricos. Excitabilidad, agresividad continuada	11340	1
- Síndromes psiquiátricos. Síndrome demencial	11350	1
- Artrosis temporomaxilar dolorosa	12020	1
- Luxación inveterada temporomandibular	12050	1
- Callo deformante hueso malar	12110	1
- Pérdida parcial de la nariz	13050	1
- Pérdida total de la arcada dentaria. Prótesis tolerada	14041	1
- Enoftalmos secundario a fractura de macizo óseo	15021	1
- Parálisis de uno o varios músculos de un ojo	15030	1
- Maloclusión palpebral	15061	1
- Ptosis palpebral unilateral	15070	1
- Lagrimeo constante unilateral (Epífora)	15100	1
- Escotoma central absol. Con pérdida de la visión central	15200	1
- Catarata postraumática inoperable	15251	1
- Acúfenos	16060	1
- Síndrome vestibular	16071	1
- Hipoacusia bilateral	16120	1
- Hipoacusia frecuencias agudas	16110*	1
Total cabeza		285
2-TRONCO		
- Síndrome postraumático cervical	21110	121

- Cervicalgia leve sin irradiación braquial	21120	121
- Hernia discal no operada	21131	50
- Lumbalgias	21230	45
- Dorsalgias	21225	44
- Rigidez cervical con limitación de movimientos de rotación, flexoextensión...	21170	25
- Agravación artrosis cervical previa	21140	22
- Cervicalgia con irradiación braquial	21130	21
- Protusión discal lumbar con sintomatología	21206	18
- Fractura-acuñamiento anterior, menor al 50% altura vértebra	21270	18
- Esplenectomía sin repercusión hematológica	24510	11
- Fracturas de costillas con neuralgias intercostales	22120	10
- Rigidez dorsal/lumbar (menos 30% disminución movilidad)	21201	9
- Material osteosíntesis en columna cervical	21265	8
- Ciatalgia y lumbocitalgia unilateral	21240	8
- Parálisis 1 cuerda vocal (disfonía)	23140	7
- Coxigodinia postraumática sin fractura objetivable	21330	6
- Disyunción púbica y sacroilíaca	21310	5
- Fracturas ramas pélvicas no consolidadas. Dolor	21320	5
- Neuralgia intercostal sin fractura costal	22120*	5
- Aparato genital masculino. Impotencia	24940	4
- Rigidez dorsal/lumbar (más del 30% disminución movilidad)	21202	3
- Cifosis	21215	3
- Artrosis postraumática (dorsolumbar)	21235	3
- Fractura-acuñamiento anterior mayor al 50% de la altura de la vértebra	21275	3
- Fracturas costillas con insuficiencia respiratoria	22130	3
- Pleuresía y secuela de la misma	22220	3
- Insuficiencia respiratoria ligera (Disnea grado I)	22310	3
- Lordosis traumática o hiperlordosis	21220	2
- Ciatalgia y lumbociatalgia bilateral	21245	2
- Espondilolistesis dolorosa. Grado I (25%)	21250	2
- Fractura de costillas con consolidación viciosa	22110	2
- Insuficiencia respiratoria notable (Disnea grado III)	22330	2
- Intestino delgado. Ilectomía parcial o total	24230	2
- Incontinencia urinaria permanente	24845	2
- Artrosis postraumática sin antecedentes	21150	1
- Desviación-tortícolis/Inflexión anterior	21160	1
- Escoliosis dorsolumbares superiores a 30°	21205	1

- Resección parcial de un pulmón	22230	1
- Insuficiencia respiratoria moderada (Disnea grado II)	22320	1
- Estenosis cicatriciales que determinen disfonía	23110	1
- Tráquea. Traqueotomizado con necesidad de cánula	23210	1
- Esófago. Hernia hiato esofágico sin trastornos funcionales	23430	1
- Ano. Fístulas anales	24410	1
- Ano. Incontinencia con o sin prolapso	24420	1
- Hernias/adherencias. Inguinal, crural, epigástrica	24710	1
- Hernias/adherencias. Parálisis parcial músculos abdomen	24740	1
- Riñón. Nefrectomía unilateral	24815	1
- Riñón. Rotura traumática (sutura)	24865	1
- Uretra. Estrechez sin infección ni insuficiencia renal	24870	1
- Riñón. Uretritis crónica	24880	1
- Atrofia testicular bilateral	24920	1
Total tronco		615
3-EXTREMIDAD SUPERIOR Y CINTURA ESCAPULAR		
- Hombro doloroso	31212	45
- Limitación movimiento elevación-abducción del hombro más de 90°. N (180°)	31010	30
- Callo hipertrófico de clavícula	31220	27
- Material osteosíntesis antebrazo	34240	27
- Retropulsión hombro entre 20° y 40°. N (40°)	31070	25
- Extensión muñeca entre 35° y 70° N (70°)	34060	25
- Flexión muñeca entre 45° y 90°. N (90°)	34080	23
- Antepulsión hombro entre 70° y 140°. N (140°)	31040	21
- Inclínación radial muñeca menor de 25°. N (25°)	34090	19
- Rotación interna del hombro entre 30°-60°. N (60°)	31110	16
- Inclínación cubital muñeca menor de 45°. N (45°)	34100	16
- Limitación movimiento del hombro elevación-abducción entre 45°-90°	31020	15
- Rotación externa hombro entre 25° y 50°. N (50°)	31090	15
- Supinación antebrazo entre 45°-90°. N (90°)	34040	12
- Artrosis muñeca y muñeca dolorosa	34160	12
- Rigidez articulación interfalángica (resto dedos)	35110	12
- Flexión del codo entre 80° y 160°. N (160°)	33010	11
- Extensión muñeca menor de 35°. N (20°)	34050	11
- Flexión de muñeca menor de 45°. N (90°)	34070	11
- Callo vicioso extremidad inferior del radio	34110	9

- Pérdida de fuerza en la mano	35350	8
- Rigidez del codo de 0°-30° (0° extensión máxima)	33030	7
- Codo doloroso	33070	7
- Callo deforme hipertrófico en metacarpo	35030	7
- Abolición total movimientos del hombro	31120	6
- Periartritis postraumática de hombro	31200	6
- Pronación de antebrazo menor de 45°. N (90°)	34010	5
- Pronación de antebrazo entre 45° y 90°. N (90°)	34020	5
- Rigidez articulación interfalángica (pulgares e índice)	35100	5
- Material de osteosíntesis en clavícula	31290	4
- Material de osteosíntesis en húmero	32010	4
- Callo vicioso del brazo con deformación o angulación	32030	4
- Callo vicioso extremidad inferior del cúbito	34120	4
- Rigidez articulación metacarpo-falángica (pulgares e índice)	35080	4
- Atrofia músculos hombro	36010	4
- Supinación de antebrazo menor de 45°. N (90°)	34030	3
- Limitación movilidad. Elevación-abducción del hombro menor de 45°	31030	3
- Callo hipertrófico de clavícula doloroso	31230	3
- Callo deforme de clavícula con limitación de movimientos del hombro	31280	3
- Callo deforme metacarpo con dificultad motriz	35040	3
- Rigidez articulación metacarpo-falángica (resto dedos)	35090	3
- Antepulsión del hombro menor de 70°. N (140°)	31050	2
- Retropulsión del hombro menor de 20°. N (40°)	31060	2
- Artrosis del codo	33071	2
- Luxación inveterada del hombro	31170	2
- Pseudoartrosis cúbito y radio	34140	2
- Algodistrofia muñeca	34170	2
- Rigidez en pronosupinación del antebrazo	34190	2
- Síndrome del túnel carpiano por fibrosis retráctil	34220	2
- Rigidez articulación metacarpofalángica	35080/35090	2
- Rigidez articulación interfalángica	35100/35110	2
- Amputación de 1 falange resto dedos	35270	2
- Luxaciones inveteradas interfalángicas	35330	2
- Artrosis postraumática articulación metacarpofalángica del pulgar/índice	35341	2
- Alteración de la mano (torpeza)	35360	2
- Atrofia músculos brazo y antebrazo	36020	2

- Abducción del hombro de menos de 30°	31031	1
- Rotación externa del hombro menor de 25°. N (50°)	31080	1
- Rotación interna hombro menor de 30°. N (60°)	31100	1
- Anquilosis con movimiento omoplato	31140	1
- Luxación recidivante del hombro	31160	1
- Callo deforme de clavícula con compresión de nervios (parestias)	31240	1
- Luxación acromioclavicular no reducida	31250	1
- Rupturas musculares no operadas (bíceps, tríceps)	32020	1
- Pseudoartrosis diáfisis 1/3 medio húmero inoperable	32040	1
- Flexión del codo menor de 80°. N (160°)	33020	1
- Anquilosis del codo de 0° a 30°	33021	1
- Anquilosis del codo de 30° a 75°	33022	1
- Rigidez del codo de 30° a 75°	33031	1
- Rigidez del codo de 75° a 150°	33032	1
- Callo óseo en olécranon con limitación de flexión-extensión	33040	1
- Amputación cabeza radio	34150	1
- Rigidez de la muñeca en flexión-extensión	34180	1
- Artrodesis de muñeca	34202	1
- Luxación radio-cubital distal inveterada	34210	1
- Pseudoartrosis de escafoides	35010	1
- Luxación resto de metacarpianos	35060	1
- Material osteosíntesis en mano	35071	1
- Artritis postraumática interfalángica	35280	1
- Atrofia músculos de la mano	36030	1
- Atrofia completa miembro superior	36040	1
- Impotencia funcional miembro superior	36040*	1
Total extremidad superior y cintura escapular		534
4-EXTREMIDAD INFERIOR Y CADERAS		
- Material osteosíntesis pierna	44060	86
- Gonalgia y artrosis postraumática de rodilla	43061	78
- Material osteosíntesis muslo	42110	65
- Flexión dorsal del pie menor de 30° N (30°)	45010	38
- Flexión de la rodilla entre 90° y 135° N (135°)	43020	37
- Cadera dolorosa	41090	29
- Acortamiento del miembro sin atrofia inferior a 3 cms	42010	29
- Atrofia cuádriceps	47020	28
- Flexión plantar del pie menor de 50° N (50°)	45020	27
- Cojera difícilmente filiable (sin origen aparente)	41091	26

- Artritis postraumática cadera	41131	17
- Rotación interna de la cadera menor de 30° N (30°)	41060	15
- Metatarsalgia	46161	14
- Flexión de la cadera entre 90° y 120° N (120°)	41020	14
- Lesión meniscal operada (meniscectomía)	43050	14
- Talalgia	46020	13
- Atrofia músculos pierna	47030	13
- Rotación externa de la cadera entre 30° y 60° N (60°)	41080	12
- Ligamentos cruzados no operados	43100	12
- Impotencia funcional extremidad inferior	47050*	12
- Osteoporosis/algodistrofia del pié	45080	11
- Dedos. Rigidez en extensión	46170	11
- Ligamentos cruzados operados	43090	11
- Angulaciones tibiales (varo y valgo)	44030	10
- tarso. Síndrome de Shüdeck	46010	10
- Material osteosíntesis cadera	41180	10
- Angulaciones tibiales (recurvatum-antecurvatum)	44020	9
- Artrosis tibiotarsiana	45060	9
- Abducción cadera entre 30°-60°. N (60°)	41050	9
-Genu valgo y genu varo	43150	9
- Inversión menor de 25°. N (25°)	45021	7
- Eversión menor de 15°. N (15°)	45022	7
- Acortamiento miembro miembro menor de 3 cms. Con atrofia	42040	7
- Limitación en extensión de rodilla en últimos 20°	43030	7
- Lesiones meniscales no operadas	43040	6
- Lesiones ligamentos laterales operadas	43070	6
- Tarso. Material de osteosíntesis	46131	5
- Atrofia total del muslo	47010	5
- Lesiones ligamentos laterales no operadas	43080	5
- Condropatía rotuliana	43280	5
- Pié equino traumático	46080	4
- Pié valgo traumático	46090	4
- Metatarso. Callos deformes	46150	4
- Abducción de cadera menor de 30°. N (60°)	41040	4
- Artrosis. Prótesis de cadera, total	41140	4
- Artrosis. Necrosis isquémica	41150	4
- Flexión de rodilla inferior a 90°. N (90°)	43010	4
- Artrosis femoropatelar	43270	4

- Pseudoartrosis de la tibia, inoperable	44010	3
- Inestabilidad del tobillo por lesiones ligamentosas	45050	3
- Abducción del pie menor de 25°	46006	3
- Pié varo traumático	46100	3
- Anquilosis dedo gordo en buena posición	46210	3
- Atrofia total miembro inferior	47040	3
- Flexión de cadera menor de 90°. N (120°)	41010	3
- Tarso. Artrosis subastragalina	46030	2
- Artrodesis subastragalina	46042	2
- Dedos. Rigidez en flexión (dedo martillo)	46180	2
- Artrosis. Prótesis de cadera parcial.	41141	2
- Acortamiento miembro entre 3 y 6 cms. Sin atrofia	42020	2
- Hidrartrosis crónica de rodilla	43060	2
- Material de osteosíntesis en rótula	43260	2
- Atrofia del muslo, sin dismetría	47010*	2
- Amputación tibiotarsiana unilateral	45090	1
- Pié plano traumático	46050	1
- Amputación dedo gordo	46220	1
- Amputación a nivel de la rodilla, unilateral	43180	1
- Extirpación rótula (patelectomía) con atrofia	43200	1
- Rótula. Extirpación parcial	43210	1
- Dedos. Rigidez en extensión	46170/46180	1
- Artrodesis de rodilla	43160	1
- Acortamiento miembro entre 3 y 6 cms. Con atrofia	42050	1
- Amputación unilateral a nivel inferior	42090	1
- Extensión de la cadera menor de 20°. N (20°)	41030	1
- Rótula. Subluxación	43230	1
Total extremidad inferior-cadera		819
5-APARATO CARDIOVASCULAR		
- Insuficiencia vascular venosa. Edemas sin varices	51210	52
- Insuficiencia vascular venosa. Edemas con varices	51220	2
- Insuficiencia vascular venosa con atrofas importantes	51230	2
- Tromboflebitis/arteritis. Trastornos tróficos leves	51410	2
- Tromboflebitis/arteritis. Trastornos tróficos graves	51420	1
- Insuficiencia vascular arterial intermitente a 1000 m	51110	1
Total aparato cardiovascular		60
6-SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
- Monoparesia de un miembro inferior leve	61010	4

- Hemiparesia (hemiplejía incompleta) leve	61050	2
- Tetraparesia leve	61090	2
- Hemiparesia (hemiplejía incompleta) moderada	61051	2
- Síndrome de (Síndrome de hemisección medular) Brown-Sequard	61120	1
- Tetraplejía por encima de C4 (inmovilidad total)	61180	1
- Nervio trigémino. Parálisis suborbitaria. Hipo/anestesia rama oftálmica	62030	1
- Hemiparesia	61050*	1
- Paresia nervio glossofaríngeo	62211	1
- Síndrome medular transverso L1-S1 (alteraciones esfinterianas)	61140	1
- Monoparesia de un miembro superior moderada	61021	1
- Hemiplejía completa	61100	1
- Nervio trigémino. Parálisis lingual. Hipo/anestesia rama mandibular	62050	1
- Parálisis tronco nervio facial	62100	1
- Hemiparesia (hemiplejía incompleta) grave	61052	1
- Paraparesia de miembros inferiores	61040	1
Total SNC		22
7-SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO		
- Parestesias partea acras (E. E. S. S)	71270	8
- Paresia nervio ciático poplíteo externo	72210	8
- Paresia nervio mediano	71240	5
- Parestesias partes acras (E. E. I. I)	72320	5
- Parálisis nervio ciático poplíteo externo	72020	4
- Parálisis plexo braquial (tipo Erb-Duchenne)	71100	3
- Parálisis plexo braquial (tipo Klumpke-Dejerine)	71110	3
- Paresia nervio radial	71260	3
- Paresia nervio ciático común	72200	2
- Paresia nervio cubital	71250	2
- Paresia nervio radial	71090	2
- Parálisis nervio musculocutáneo	71020	2
- Parálisis nervio cubital	71070	2
- Paresia de un miembro superior	71210	2
- Paresia nervio circunflejo	71230	2
- Paresia nervio tibial posterior	72240	2
- Parálisis nervio ciático	72010	2
- Neuralgia crural	72310	1
- Parálisis nervio ciático poplíteo interno	72030	1

- Neuralgia ciática	72300	1
- Paresia nervio subescapular	71220	1
- Paresia nervio ciático poplíteo interno	72220	1
- Parálisis nervio subescapular	71030	1
- Parálisis nervio mediano, nivel antebrazo-muñeca	71050	1
Total SNP		64
8-TRASTORNOS ENDOCRINOS		0
PARTE ESPECIAL: PERJUICIO ESTÉTICO		
- Perjuicio estético ligero	90010	242
- Perjuicio estético.moderado	90020	63
- Perjuicio estético medio	90030	21
- Perjuicio estético importante:	90040	11
- Perjuicio estético muy importante	90050	7
- Perjuicio estético considerable	90060	7
Total Perjuicio estético		351
TOTAL SECUELAS		2.750

*como superíndice en el código del baremo hace referencia a secuelas que han sido clasificadas como baremadas, aunque o se ajusten estrictamente a las contempladas en éste.

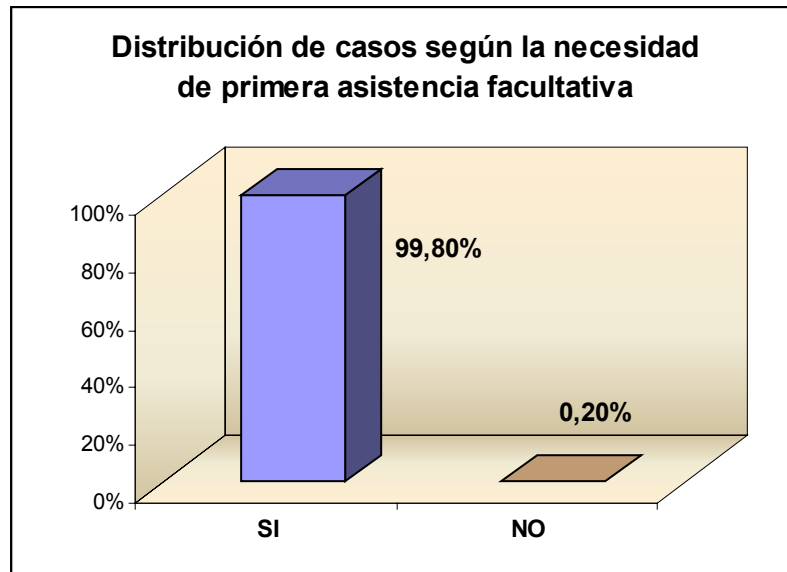
4.2.1.9. Distribución de casos según la primera asistencia facultativa.

➤ NECESIDAD O NO DE PRIMERA ASISTENCIA.

Del total de 2.200 casos estudiados, 2.195 precisaron de una primera asistencia facultativa y solamente en 5 ocasiones no se recibió la primera asistencia.

Por lo tanto en el 99,8% de ocasiones se recibió la primera asistencia , frente al 0,2% en que no se recibió.

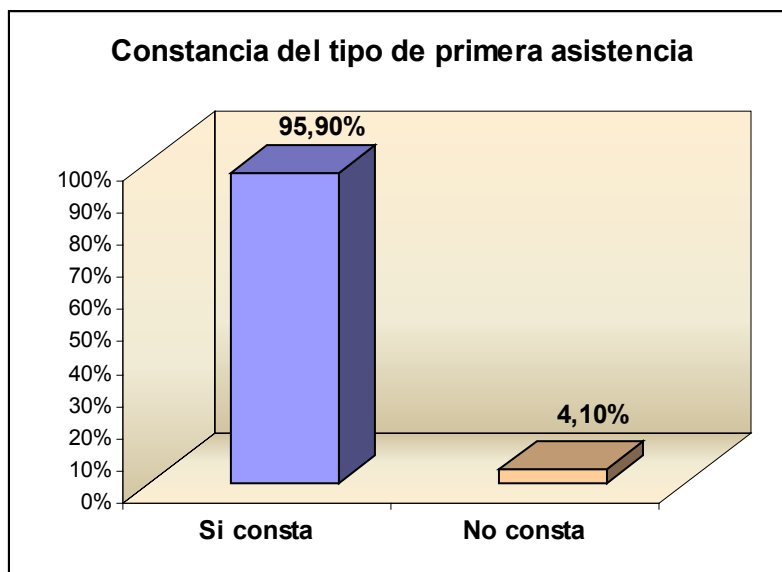
Primera asistencia	Frecuencia	Porcentaje
NO	5	0,2%
SI	2195	99,8%
Total	2200	100%



➤ **CONSTANCIA DEL TIPO DE PRIMERA ASISTENCIA REQUERIDA.**

En la historia clínica médico-forense se recogió el tipo de tratamiento realizado en la primera asistencia, en 2.109 casos, lo que supone un porcentaje del 95,9 %, frente a 91 casos en que ese dato no se reseñó, es decir un 4,1%.

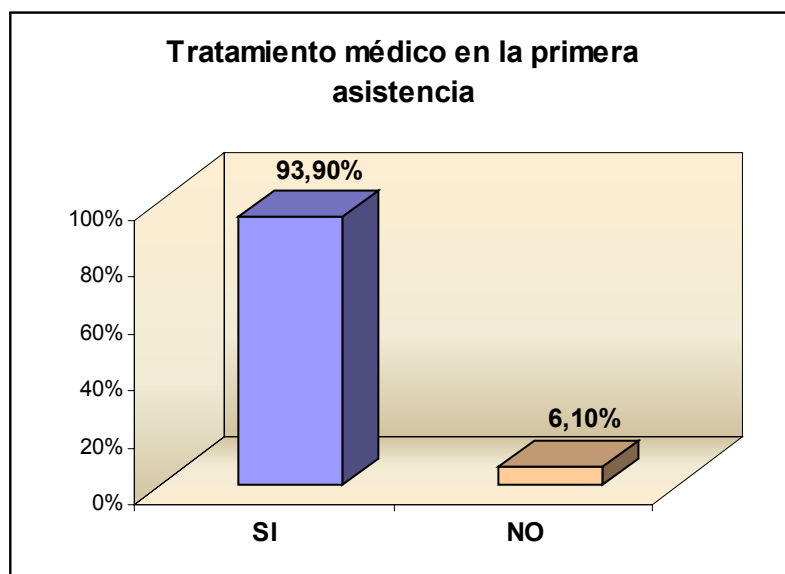
Constancia de la 1ª asistencia	Frecuencia	Porcentaje
Si consta	2109	95,9%
No consta	91	4,1%
Total	2200	100,0%



➤ TRATAMIENTO MÉDICO EN LA PRIMERA ASISTENCIA.

Recibieron tratamiento médico durante la primera asistencia, 2.065 lesionados, es decir un 93,9% y no lo recibieron 135 lesionados, lo que supone un porcentaje del 6,1%.

Tto médico 1ª asistencia	Frecuencia	Porcentaje
NO	135	6,1%
SI	2065	93,9%
Total	2200	100,0%

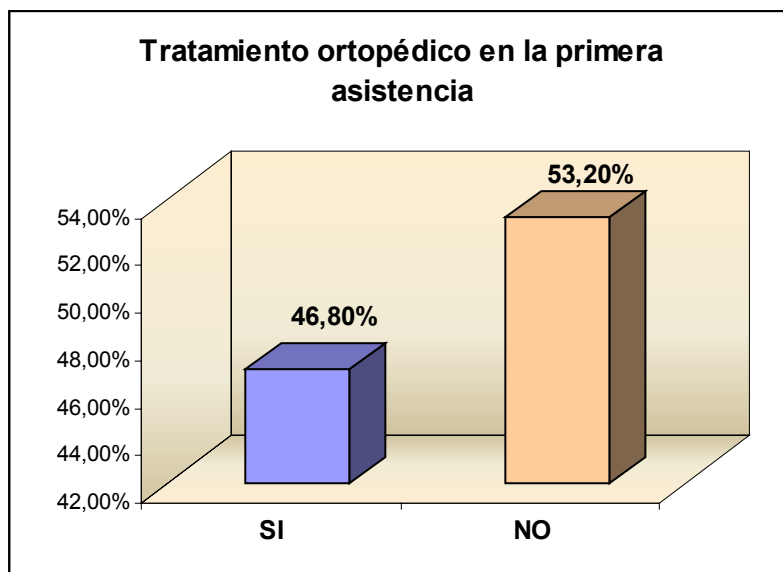


➤ TRATAMIENTO ORTOPÉDICO EN LA PRIMERA ASISTENCIA.

Fueron sometidos a algún tipo de tratamiento ortopédico, durante la primera asistencia, 1.030 lesionados, frente a los 1.170 que no recibieron tratamiento ortopédico.

Ello indica, que el porcentaje de los lesionados sometidos a tratamiento ortopédico en la primera asistencia supone un 46,8%, frente al 53,2 % de lesionados que no lo recibieron.

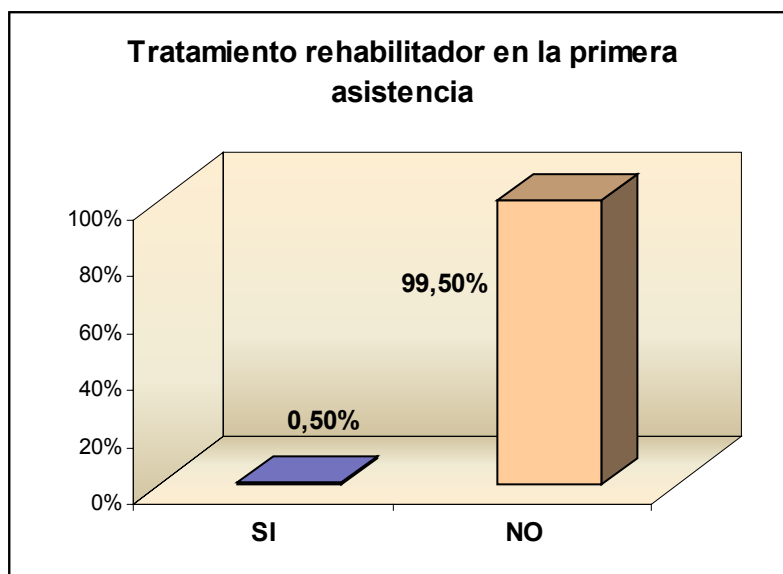
Tto ortopédico 1ª asistencia	Frecuencia	Porcentaje
NO	1170	53,2%
SI	1030	46,8%
Total	2200	100,0%



➤ TRATAMIENTO REHABILITADOR EN LA PRIMERA ASISTENCIA.

Sólo recibieron tratamiento rehabilitador en la primera asistencia 12 lesionados, mientras que la mayoría, 2.188 no recibieron rehabilitación en la primera asistencia. Por tanto, a la terapia rehabilitadora le corresponde un porcentaje del 0,5%, mientras que el porcentaje de no rehabilitación en la primera asistencia es de un abrumador 99,5%.

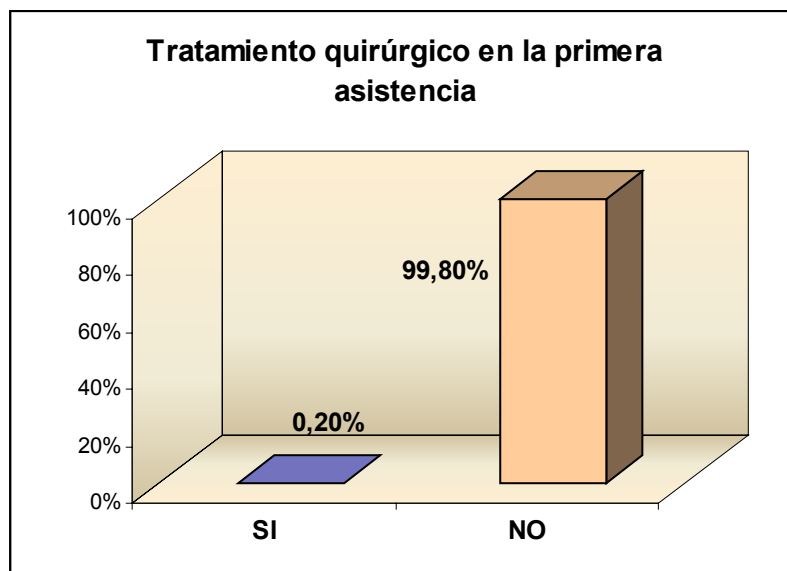
Tto rehabilitador 1ª asistencia	Frecuencia	Porcentaje
NO	2188	99,5%
SI	12	0,5%
Total	2200	100,0%



➤ TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN LA PRIMERA ASISTENCIA.

El cálculo de frecuencias revela, que sólo 5 lesionados sufrieron algún tipo de tratamiento quirúrgico en la primera asistencia, mientras que la inmensa mayoría, 2.195 no fueron sometidos a intervención quirúrgica diferente de la sutura de las heridas en la primera asistencia. Ello supone que el porcentaje de tratamiento quirúrgico en la primera asistencia es de tan sólo un 0,2%.

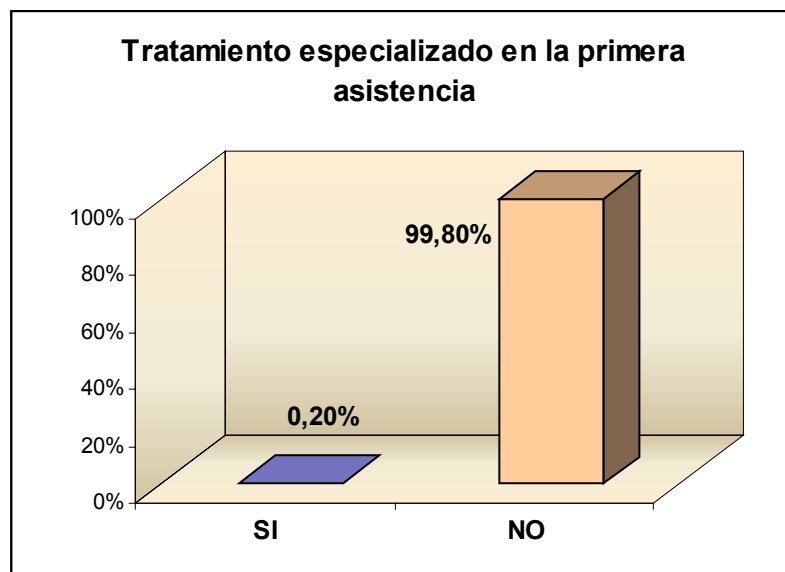
Tto quirúrgico 1ª asistencia	Frecuencia	Porcentaje
NO	2195	99,8%
SI	5	0,2%
Total	2200	100,0%



➤ TRATAMIENTO ESPECIALIZADO EN LA PRIMERA ASISTENCIA.

De la misma manera que sucediera en el tratamiento quirúrgico, sólo 5 lesionados precisaron la intervención de un especialista en la primera asistencia, es decir un 0,2%, mientras que 2.195 lesionados, con un porcentaje del 99,8%, no necesitaron tratamiento especializado durante la misma.

Tto especializado 1ª asistencia	Frecuencia	Porcentaje
NO	2195	99,8%
SI	5	0,2 %
Total	2200	100,0%



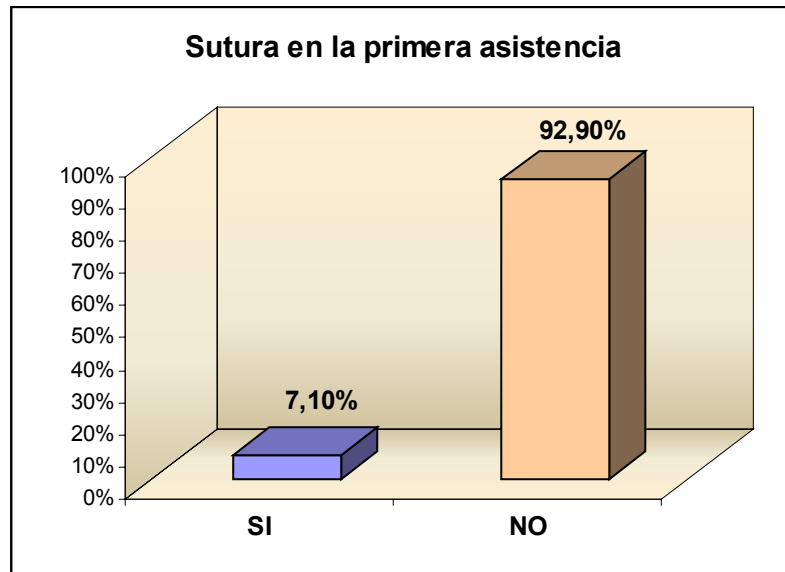
➤ SUTURA EN LA PRIMERA ASISTENCIA.

Aunque habitualmente, la sutura de las lesiones, por tratarse de un tipo de cirugía menor, estaría incluida en el tratamiento quirúrgico, en nuestro estudio, hemos recogido los datos de los diferentes casos acerca de la sutura de las lesiones, de la forma en que el médico-forense los reflejó en la declaración de sanidad y por lo tanto, los consideraremos a efectos de nuestro estudio, desglosados del tratamiento quirúrgico. Además dada la importancia médico-legal de que la sutura o no de las lesiones se considere como una primera asistencia o como tratamiento médico o quirúrgico posterior, ya que de ello depende en numerosas ocasiones la calificación de las lesiones, nos ha parecido interesante su estudio particular en base a si el médico-forense las incluyó como parte de la primera asistencia o como parte del tratamiento posterior.

Los datos reflejaron, que recibieron sutura como primera asistencia en 156 ocasiones y no recibieron sutura en la primera asistencia en 2.042 casos.

Ello significa que la sutura corresponde a un 7,1%, mientras que el 92,9% no precisaron sutura en la primera asistencia.

Sutura en la 1ª asistencia	Frecuencia	Porcentaje
NO	2042	92,9%
SI	156	7,1%
Total	2200	100,0%

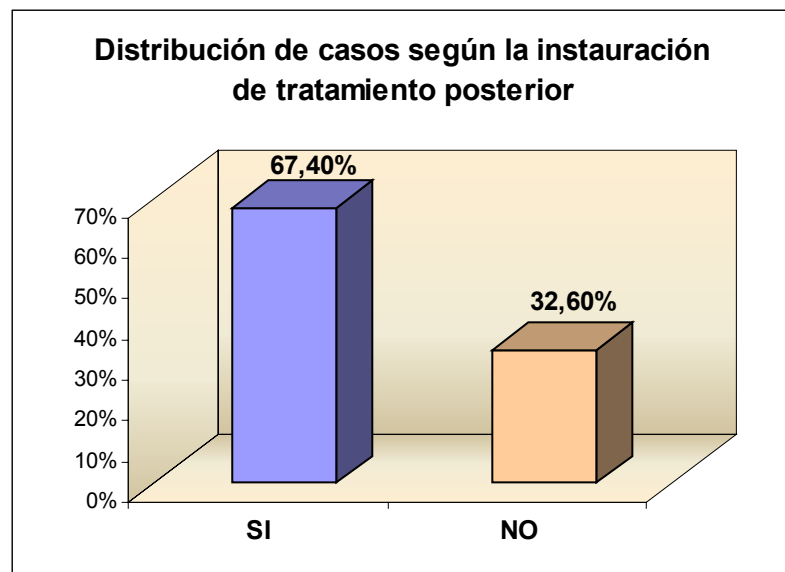


4.2.1.10. Distribución de casos según la instauración de tratamiento médico y/o quirúrgico posterior.

➤ **NECESIDAD O NO DEL TRATAMIENTO POSTERIOR.**

De los 2.200 casos analizados pertenecientes a lesionados tras accidentes de tráfico, un total de 1.482 (67,4%) precisaron algún tipo de tratamiento posterior, frente a 718 (32,6%) que no lo precisaron.

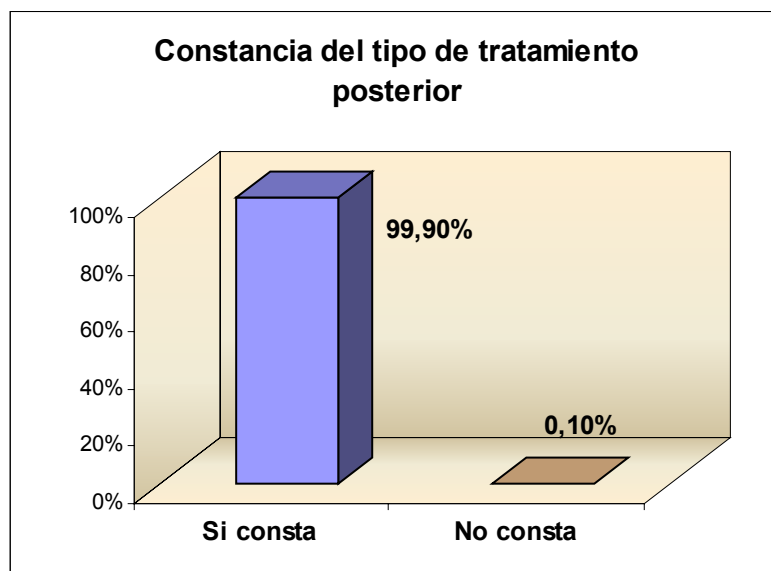
Tratamiento posterior	Frecuencia	Porcentaje
NO	718	32,6%
SI	1482	67,4%
Total	2200	100,0%



➤ **CONSTANCIA DEL TIPO DE TRATAMIENTO POSTERIOR.**

En la historia clínica médico-forense se recogió el tipo de tratamiento que le fué prescrito a cada lesionado en 2.198 casos (99,9%) casos, frente a 2 casos (0,1%) en que ese dato no se reseñó.

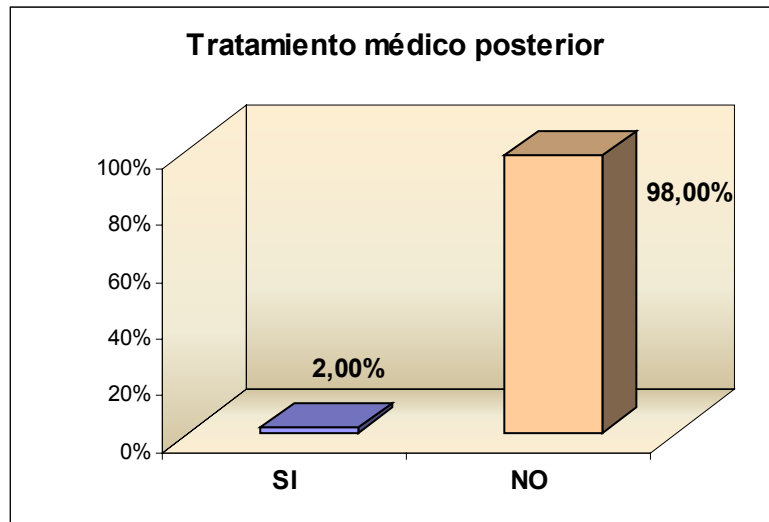
Constancia tto posterior	Frecuencia	Porcentaje
Si consta	2198	99,9%
No consta	2	0,1%
Total	2200	100,0%



➤ **TRATAMIENTO MÉDICO POSTERIOR.**

En 2.155 casos (98%) no se precisó de tratamiento médico posterior, frente a 45 casos (2%) en que si se administró tratamiento médico y/o quirúrgico posterior a la primera asistencia.

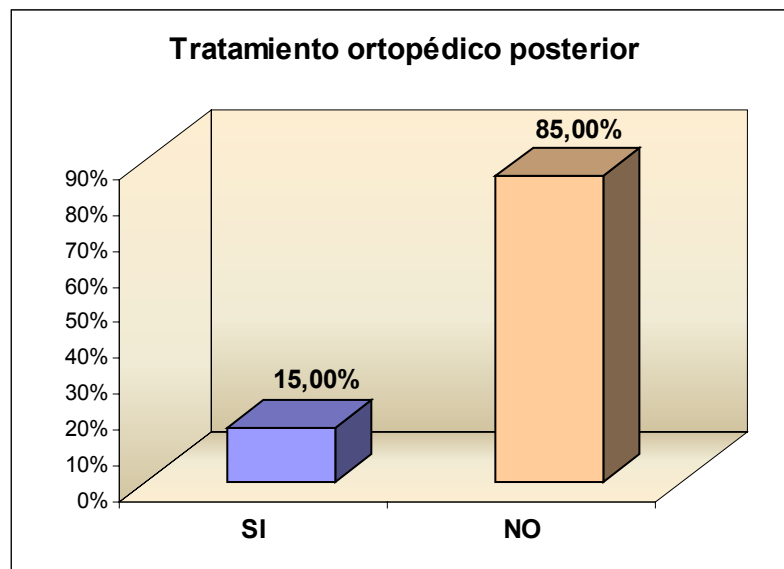
Tto médico posterior	Frecuencia	Porcentaje
NO	2155	98,0%
SI	45	2,0%
Total	2200	100,0%



➤ **TRATAMIENTO ORTOPÉDICO POSTERIOR.**

En 1.869 lesionados (85%) se aplicó tratamiento ortopédico, en 331 lesionados (15%), éste no se precisó.

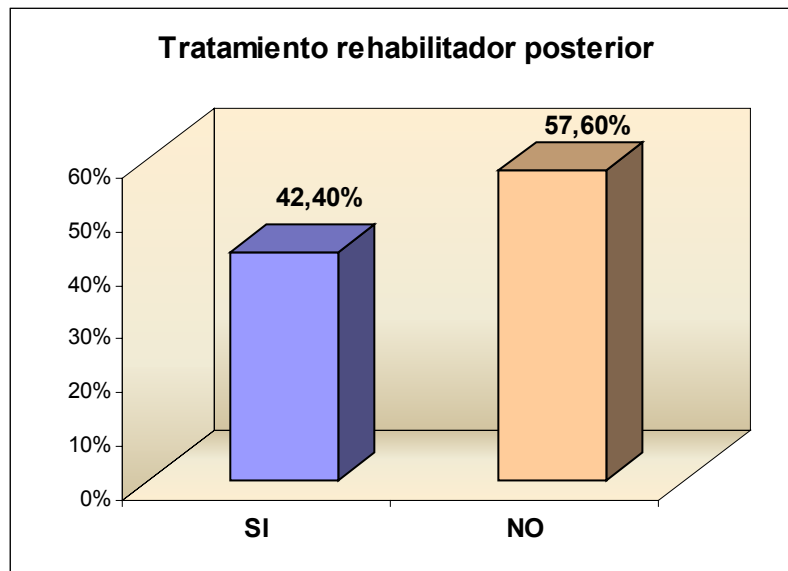
Tto ortopédico posterior	Frecuencia	Porcentaje
NO	1869	85,0%
SI	331	15%
Total	2200	100,0%



➤ TRATAMIENTO REHABILITADOR POSTERIOR.

Recibieron tratamiento rehabilitador 932 lesionados (42,4%), mientras que 1.268 lesionados (57,6%) no lo precisaron.

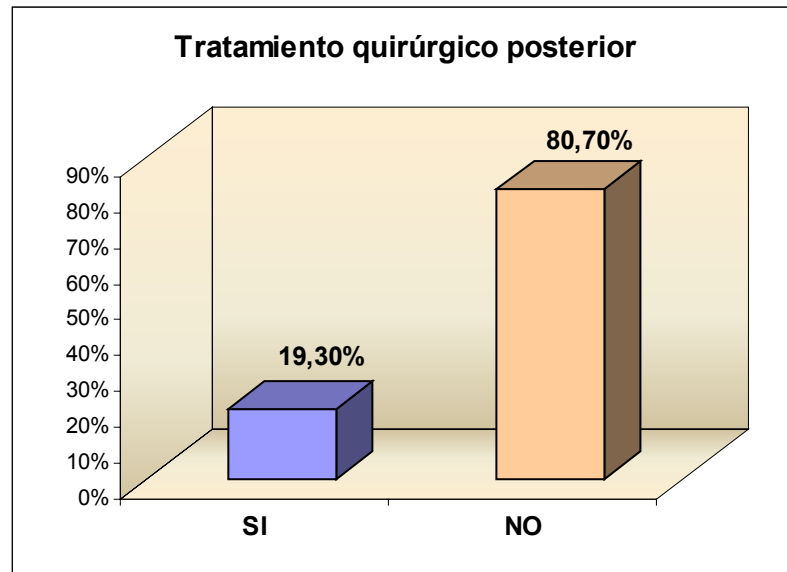
Tto rehabilitador posterior	Frecuencia	Porcentaje
NO	1268	57,6%
SI	932	42,4%
Total	2200	100,0%



➤ TRATAMIENTO QUIRÚRGICO POSTERIOR.

Necesitaron tratamiento quirúrgico 424 lesionados (19,3%) y no lo necesitaron 1.776 (80,7%).

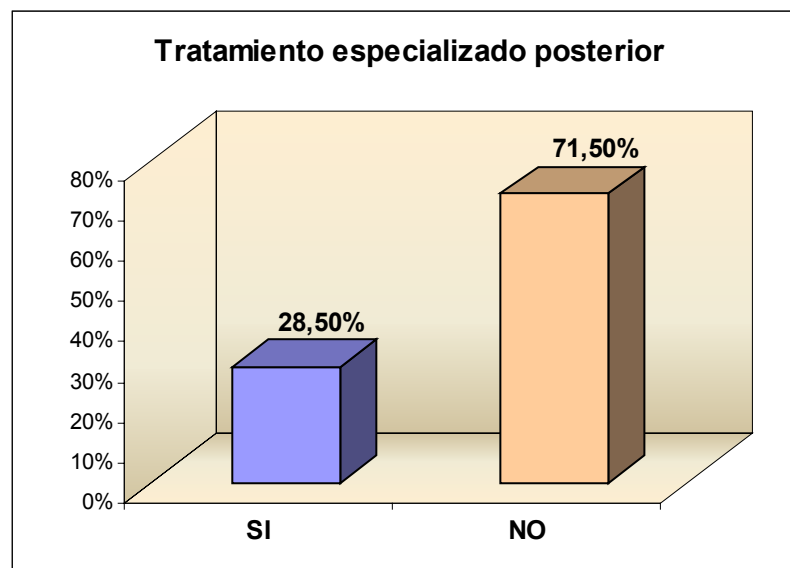
Tto quirúrgico posterior	Frecuencia	Porcentaje
NO	1776	80,7%
SI	424	19,3%
Total	2200	100,0%



➤ TRATAMIENTO ESPECIALIZADO POSTERIOR.

Precisaron tratamiento especializado 626 lesionados (28,5%) y no lo precisaron 1.574 (71,5).

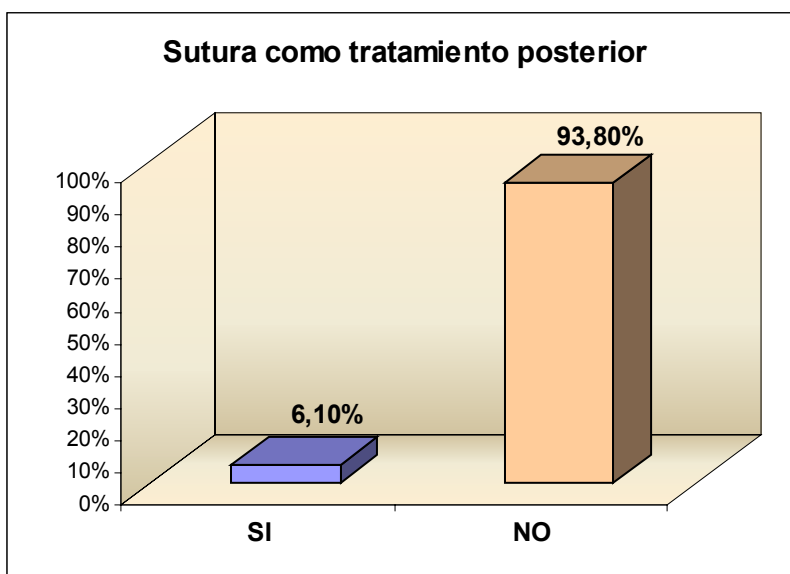
Tto especializado posterior	Frecuencia	Porcentaje
NO	1574	71,5%
SI	626	28,5%
Total	2200	100,0%



➤ SUTURA COMO TRATAMIENTO POSTERIOR.

Recibieron sutura de las heridas, constituyendo a criterio de los médicos forenses tratamiento, 135 lesionados y no la precisaron 2.063 . Es decir, la sutura como tratamiento posterior constituye sólo un 6,1% del total de los tipos de tratamiento.

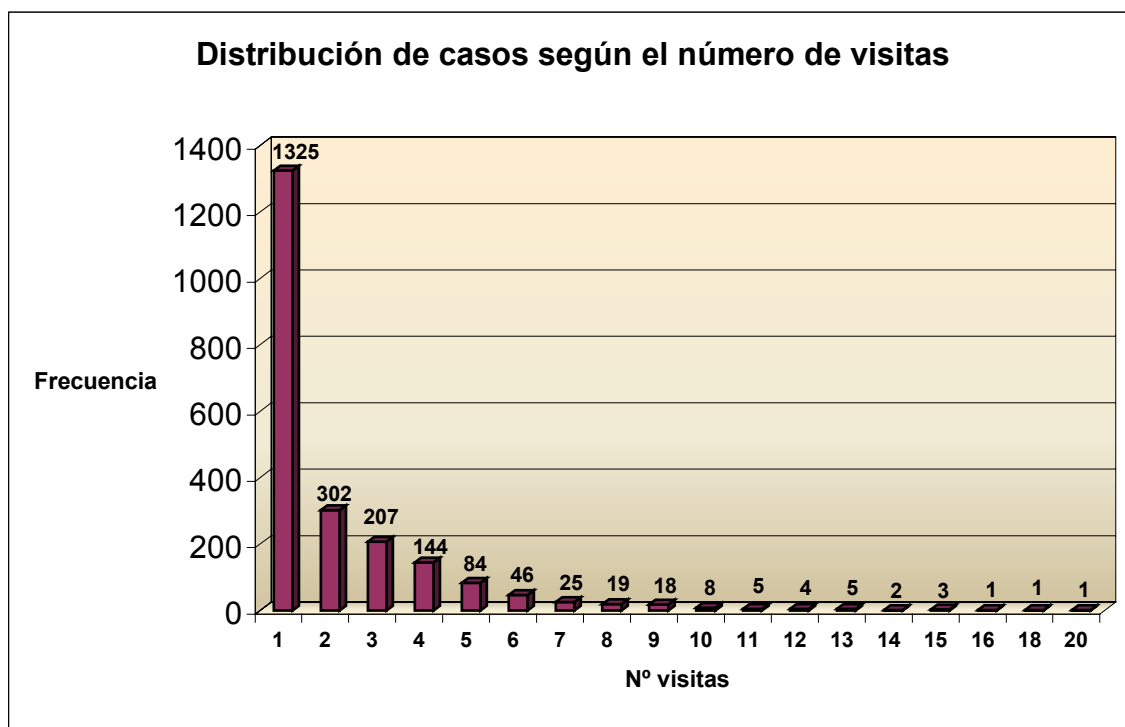
Sutura en tto posterior	Frecuencia	Porcentaje
NO	2063	93,8%
SI	135	6,1%
Total	2200	100,0%



4.2.1.11. Distribución de casos según el número de visitas.

La inmensa mayoría de lesionados sólo acudió en una sola ocasión para ser reconocido por el médico-forense (60,2%). El resto se distribuyó según la tabla adjunta.

Nº visitas	Frecuencia	Porcentaje
1	1325	60,2%
2	302	13,7%
3	207	9,4%
4	144	6,5%
5	84	3,8%
6	46	2,1%
7	25	1,1%
8	19	,9%
9	18	,8%
10	8	,4%
11	5	,2%
12	4	,2%
13	5	,2%
14	2	,1%
15	3	,1%
16	1	,0%
18	1	,0%
20	1	,0%



4.2.1.12. Distribución de casos según el intervalo-promedio de días entre visitas.

Se ha procedido al estudio del intervalo-promedio de visitas, es decir el número de días que transcurren entre dos reconocimientos médico-forenses. Los resultados han sido que de los 2.200 casos, 1.339 lesionados sólo precisaron de una única visita médico-forense mientras que 861 fueron reconocidos en más de una ocasión.

Entre los lesionados que precisaron más de una visita, la media de días entre dos reconocimientos resultó de 47 días, con una desviación estándar de 43 días y la mediana de 40 días, con un rango de 723 oscilando entre 5 y 728.

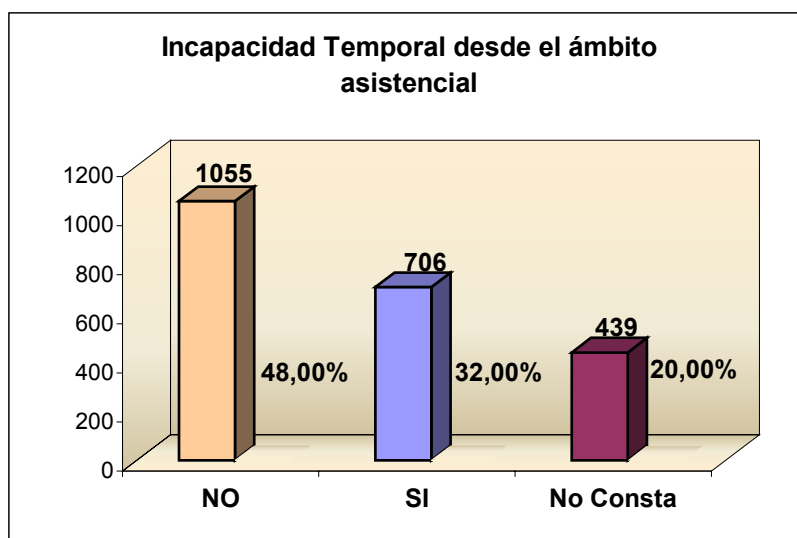
4.2.1.13. Distribución de casos atendiendo a la situación de incapacidad temporal en el ámbito asistencial.

Se ha recogido en este estudio, en los casos en que la hubo, la situación de incapacidad temporal (IT) que desde el punto de vista del médico asistencial originaron las lesiones. Tras la revisión de la historia clínica del médico forense se pueden extrapolar los siguientes resultados:

No se recogió esta situación de IT en la historia en 439 ocasiones, no hubo IT en 1.055 y las lesiones padecidas motivaron una situación de IT desde el punto de vista asistencial que fue contemplada por el forense en la historia clínica en 706 ocasiones.

Es decir, teniendo en cuenta los tres supuestos **la situación de Incapacidad Temporal en el ámbito asistencial se precisó en 32,1% de los accidentes**

Incapacidad Temporal	Frecuencia	Porcentaje
NO	1055	48,0%
SI	706	32,0%
NO CONSTA	439	20,0%
Total	2200	100,0%

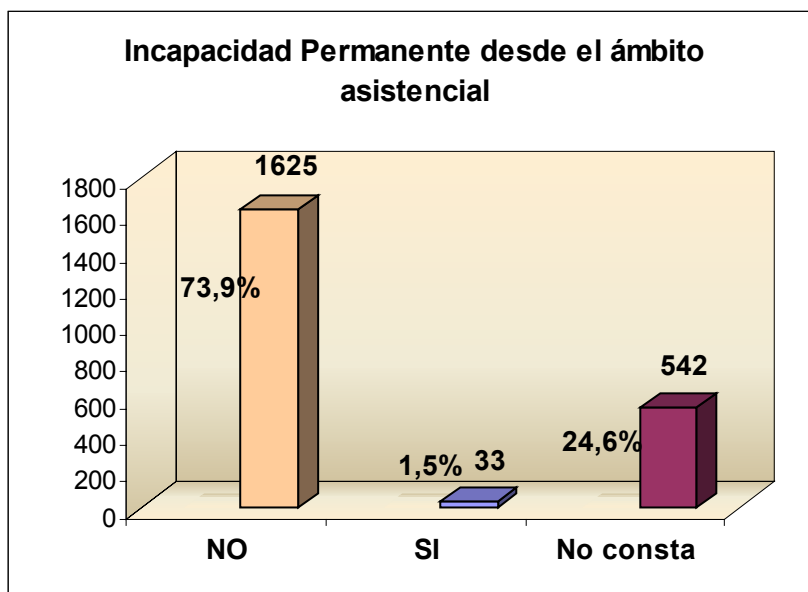


4.2.1.14. Distribución de casos según la situación de incapacidad permanente en el ámbito asistencial.

En 542 ocasiones, la historia clínica no hacía referencia a si las lesiones motivaron algún grado de Incapacidad Permanente (IP) en el lesionado, 1.625 casos no hubo IP y en 33 ocasiones las lesiones originaron que se concediera por el INSS una IP en alguno de sus grados.

Recapitulando, **con un porcentaje de 1,5% las lesiones padecidas con ocasión de un accidente de circulación motivaron que se concediera al lesionado algún tipo de Incapacidad Permanente.**

Incapacidad Permanente	Frecuencia	Porcentaje
NO	1625	73,9%
SI	33	1,5%
NO CONSTA	542	24,6%



4.2.2. Análisis estadístico bivalente: Tablas de Contingencia y Pruebas de Kruskal-Wallis.

Como ya comentamos previamente las pruebas utilizadas en el análisis estadístico han sido las tablas de contingencia y la prueba de Kruskal-Wallis.

Unicamente haremos referencia a los resultados de las comparaciones entre las variables cruzadas que han resultado significativos desde el punto de vista estadístico o han aportado al estudio información interesante.

4.2.2.1. Relación entre género y otras variables

4.2.2.1.1. Tipo de accidente de tráfico.

Un 41,2% de hombres fue víctima de un accidente de automóvil, un 40,2% de motocicleta, un 12,7% de atropello, un 1,2% sufrió un accidente de camión, un 3% de bicicleta, un 0,7% de autobús, un 0,6% otro tipo de accidente y en un 0,3% de casos no hubo constancia del tipo de accidente.

Los hombres sufrieron el 100% de los accidentes de camión, el 90,5% de los de bicicleta, el 79,1% de los de motocicleta, el 49,1% de los de automóvil, el 45,0% de los atropellos y el 53,3% de otro tipo de accidente.

Un 59,6% de mujeres fue víctima de un accidente de automóvil, un 21,7% sufrió un atropello, un 14,8% un accidente de motocicleta, un 2,5% un accidente de autobús,

un 0,8% otro tipo de accidente de tráfico, un 0,4% un accidente de bicicleta, un 0,2% un accidente de tráfico no especificado y ninguna mujer sufrió un accidente de camión.

De los accidentes de autobús el 71,9% lo sufrieron mujeres, de los atropellos, el 55,0%, de los accidentes de automóvil, el 50,9%, de otro tipo de accidentes, el 46,7%, de los accidentes de motocicleta el 20,9% y de los accidentes de bicicleta el 9,5% lo padecieron mujeres.

Ninguna mujer estuvo implicada en un accidente de camión.

Género		Tipo de accidente								Total
		Atropello	Autobús	Bicicleta	Camión	Coche	Moto	Otros	Tráfico	
Hombre	Recuento	163	9	38	16	528	516	8	4	1282
	% género	12,7%	,7%	3,0%	1,2%	41,2%	40,2%	,6%	,3%	100,0%
	% tipo accidente	45,0%	28,1%	90,5%	100,0%	49,1%	79,1%	53,3%	66,7%	58,3%
Mujer	Recuento	199	23	4		547	136	7	2	918
	% género	21,7%	2,5%	,4%		59,6%	14,8%	,8%	,2%	100,0%
	% tipo accidente	55,0%	71,9%	9,5%		50,9%	20,9%	46,7%	33,3%	41,7%
Total	Recuento	362	32	42	16	1075	652	15	6	2200
	% género	16,5%	1,5%	1,9%	,7%	48,9%	29,6%	,7%	,3%	100,0%
	% tipo accidente	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

El resultado del cálculo de p fue menor o igual a 0,05 ($p=0,000$), por lo tanto **los resultados hallados tienen significación estadística.**

Estadísticos	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	221,6127		,000
Razón de verosimilitud	240,6007		,000

a 2 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,50.

De un total de 1.282 hombres, 1.132 fueron víctimas de un accidente no laboral, 146 de un accidente laboral y en 4 ocasiones, no hubo constancia del tipo de accidente padecido. Es decir un 88,3% de hombres sufrió un accidente no laboral, frente a un 11,4% que sufrió un accidente laboral. El 73,7% de los accidentes laborales lo padecieron hombres.

Un total de 918 mujeres fueron víctimas de un accidente de tráfico, siendo no laboral en 865 ocasiones, laboral en 52 ocasiones y en 1 ocasión no hubo constancia del tipo de accidente. Un 94,2% de mujeres sufrió un accidente no laboral, frente a un 5,7% que sufrió un accidente laboral. El 43,3% de los accidentes no laborales lo padecieron mujeres.

Género		Tipo de accidente			Total
		No consta	Laboral	No Laboral	
Hombre	Recuento	4	146	1132	1282
	% género	,3%	11,4%	88,3%	100,0%
	% tipo accidente	80,0%	73,7%	56,7%	58,3%
Mujer	Recuento	1	52	865	918
	% género	,1%	5,7%	94,2%	100,0%
	% tipo accidente	20,0%	26,3%	43,3%	41,7%
Total	Recuento	5	198	1997	2200
	% género	,2%	9,0%	90,8%	100,0%
	% tipo accidente	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

El resultado del cálculo de p fue menor o igual a 0,05 ($p= 0,000$), por lo tanto **los resultados hallados tienen significación estadística.**

Estadísticos	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22,515	2	,000
Razón de verosimilitud	23,704	2	,000

a 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 2,09.

4.2.2.1.2. Ocupación.

Respecto a la distribución por género, de los hombres el 27,3% trabajaba como oficial, operario, artes mecánicas y otros oficios (grupo 7), el 18,6% era estudiante (grupo 10), el 12,1% jubilado (grupo 12), el 6,5% trabajaba en servicios, o era vendedor de comercio (grupo 5), el 5,3% era un trabajador no calificado (grupo 9), el 5% era un profesional o técnico de nivel medio (grupo 3), el 4,8% operario de instalaciones, máquinas, montadores o conductores (grupo 8), el 4,3% era agricultor, agropecuario o pescador (grupo 6), el 3,3% era un profesional científico o intelectual (grupo 2) y en el 3,2% no constaba la profesión (grupo 14). En cada una del resto de ocupaciones, el género hombre representaba menos del 3%.

De las mujeres, el 19,6% era ama de casa (grupo 11), el 18,6% era estudiante (grupo 10), el 13,0% jubilada (grupo 12), el 9,9% trabajaba en servicios o era vendedora de comercio (grupo 5), el 6,6% era profesional o técnico de nivel medio (grupo 3), el 6,4% era empleada de oficina (grupo 4), el 5,3% era trabajadora no calificada (grupo 9), el 5% profesional científico o intelectual (grupo 2), el 4,5% era oficial, operario o trabajaba en otros oficios (grupo 7), y en el 3,3% era autónomo (grupo 15) o no constaba la ocupación (grupo 14). En cada una del resto de las ocupaciones, el género hombre representaba menos del 3%.

Atendiendo a la ocupación, en las fuerzas armadas (0) el 100% eran hombres, de los empresarios y directivos (1) el 75% eran hombres y el 25% mujeres, de los

profesionales científicos e intelectuales (2) el 47,7% eran hombres y el 52,35 mujeres, de los profesionales y técnicos de nivel medio (3) el 51,2% eran hombres y el 48,8% mujeres, de los empleados de oficina (4) el 33,7% eran hombres y el 66,3% mujeres, de los trabajadores de servicios y vendedores de comercios (5) el 47,7% eran hombres y el 52,3% mujeres, de los agricultores, trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros (6) el 88,7% eran hombres y el 11,3% mujeres, de los oficiales, operarios, artesanos de artes mecánicas y otros oficios (7) el 89,5% eran hombres y el 10,5% mujeres, de los operadores de instalaciones y máquinas, montadores y conductores (8) el 96,9% eran hombres y el 3,1% mujeres, de los trabajadores no calificados (9) el 58,1% eran hombres y el 41,9% mujeres, de los estudiantes (10) el 58,35 eran hombres y el 41,7% mujeres, de las amas de casa (11) el 0,6% eran hombres y el 99,4% mujeres, de los jubilados (12) el 56,6% eran hombres y el 43,4% mujeres, de los desempleados (13) el 54,0% eran hombres y el 46,0% mujeres y de los autónomos el 49,1% eran hombres y el 50,9 mujeres.

Cuando no constaba la ocupación el 61,2% eran hombres y el 38,8% mujeres y de los que no tenían ocupación el 76,9% eran hombres y el 23,1% mujeres.

Género		Ocupación				
		0 Fuerzas armadas	1 Empresarios y directivos	2 Prof científicos e intelectuales	3 Prof y técnicos nivel medio	4 Empleados de oficina
Hombre	Recuento	5	15	42	64	30
	% género	,4%	1,2%	3,3%	5,0%	2,3%
	% ocupación	100,0%	75,0%	47,7%	51,2%	33,7%
Mujer	Recuento		5	46	61	59
	% género		,5%	5,0%	6,6%	6,4%
	% ocupación		25,0%	52,3%	48,8%	66,3%
Total	Recuento	5	20	88	125	89
	% género	,2%	,9%	4,0%	5,7%	4,0%
	% ocupación	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Género		Ocupación				
		5 Servicios vend comercios	6 Agricultores, pesca	7 Oficiales, operarios, oficios	8 Operadores instal, conductores	9 Trab no calificados
Hombre	Recuento	83	55	350	62	68
	% género	6,5%	4,3%	27,3%	4,8%	5,3%
	% ocupación	47,7%	88,7%	89,5%	96,9%	58,1%
Mujer	Recuento	91	7	41	2	49
	% género	9,9%	,8%	4,5%	,2%	5,3%
	% ocupación	52,3%	11,3%	10,5%	3,1%	41,9%
Total	Recuento	174	62	391	64	117
	% género	7,9%	2,8%	17,8%	2,9%	5,3%
	% ocupación	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Género		Ocupación							Total
		10 Estudiantes	11 Amas de casa	12 Jubilados	13 Paro	14 No consta	15 Autónomos	16 Ninguna	
Hombre	Recuento	239	1	155	34	41	28	10	1282
	% género	18,6%	,1%	12,1%	2,7%	3,2%	2,2%	,8%	100,0%
Mujer	Recuento	171	180	119	29	26	29	3	918
	% género	18,6%	19,6%	13,0%	3,2%	2,8%	3,2%	,3%	100,0%
Total	Recuento	410	181	274	63	67	57	13	2200
	% género	18,6%	8,2%	12,5%	2,9%	3,0%	2,6%	,6%	100,0%
	% ocupación	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

El valor de p es menor o igual a 0,05 ($p=0,000$), por lo tanto **los resultados obtenidos son estadísticamente significativos.**

Estadísticos	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	515,215	16	,000
Razón de verosimilitud	620,122	16	,000

a 2 casillas (5,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 2,09.

4.2.2.1.3. Necesidad de tratamiento médico y/o quirúrgico posterior.

En el 0,1% de los hombres y el 0,1% de las mujeres no constaba el tipo de tratamiento posterior realizado.

Precisaron algún tipo de tratamiento posterior 1.482 lesionados y no lo precisaron 718.

De los lesionados que precisaron tratamiento posterior, el 55,8 % fueron hombres y el 44,2% mujeres. Cuando no precisaron tratamiento posterior, el 63,41% eran hombres y el 36,6% mujeres.

Un total de 827 hombres (64,5%) recibieron tratamiento posterior y 655 (71,4%) de las mujeres.

Género		Tratamiento médico/quirúrgico posterior		Total
		NO	SI	
Hombre	Recuento	455	827	1282
	% de género	35,5%	64,5%	100,0%
	% de tto posterior	63,4%	55,8%	58,3%
Mujer	Recuento	263	655	918
	% de género	28,6%	71,4%	100,0%
	% de tto posterior	36,6%	44,2%	41,7%
Total	Recuento	718	1482	2200
	% de género	32,6%	67,4%	100,0%
	% de tto posterior	100,0%	100,0%	100,0%

La p es de 0,001 (menor de 0,05), siendo **las diferencias obtenidas entre la instauración o no de tratamiento posterior y el género, estadísticamente significativas.**

Estadísticos	Valor	g	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,391	1	,001	
Corrección por continuidad	11,082	1	,001	
Razón de verosimilitud	11,477	1	,001	
Estadístico exacto de Fisher				,001

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 299,60.

4.2.2.1.4. Tratamiento rehabilitador posterior.

Precisaron rehabilitación posterior 932 personas, siendo hombres 488 y mujeres 444. De ellas un 52,4% eran del género masculino y un 47,6% del género femenino.

En el grupo de los hombres, un 38,1% precisó rehabilitación posterior, frente a un 61,9% que no lo precisó.

En el grupo de las mujeres, un 47,6% precisó rehabilitación posterior, frente a un 51,6% que no lo precisó.

Género		Tratamiento rehabilitador posterior		Total
		NO	SI	
Hombre	Recuento	794	488	1282
	% de género	61,9%	38,1%	100,0%
	% tto rehabilitador posterior	62,6%	52,4%	58,3%
Mujer	Recuento	474	444	918
	% de género	51,6%	48,4%	100,0%
	% tto rehabilitador posterior	37,4%	47,6%	41,7%
Total	Recuento	1268	932	2200
	% de género	57,6%	42,4%	100,0%
	% tto rehabilitador posterior	100,0%	100,0%	100,0%

El cálculo de p dió un valor de 0,000, es decir igual o menor de 0,05, **siendo las diferencias de género obtenidas para el tratamiento rehabilitador posterior muy significativas desde el punto de vista estadístico.**

Estadísticos	Valor	g	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	23,245	1	,000	
Corrección por continuidad	22,825	1	,000	
Razón de verosimilitud	23,212	1	,000	
Estadístico exacto de Fisher				,000

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 388,90.

De las personas que reciben rehabilitación posterior el mayor porcentaje corresponde a hombres, pero las mujeres requieren con más frecuencia que los hombres rehabilitación posterior.

4.2.2.1.5. Tratamiento quirúrgico posterior.

En la tabla de contingencia siguiente se observa que 299 hombres (23,3%) precisaron algún tipo de tratamiento quirúrgico posterior frente a 983 (76,7%) que no lo precisó. Un total de 125 mujeres (13,6%) precisó tratamiento quirúrgico mientras que 793 (86,4%) no lo precisó.

De las personas que sufrieron alguna intervención quirúrgica, un 70,5% eran varones y un 29,5 % mujeres.

Género		Tratamiento quirúrgico posterior		Total
		NO	SI	
Hombre	Recuento	983	299	1282
	% de género	76,7%	23,3%	100,0%
	% tto quirúrgico posterior	55,3%	70,5%	58,3%
Mujer	Recuento	793	125	918
	% de género	86,4%	13,6%	100,0%
	% tto quirúrgico posterior	44,7%	29,5%	41,7%
Total	Recuento	1776	424	2200
	% de género	80,7%	19,3%	100,0%
	% tto quirúrgico posterior	100,0%	100,0%	100,0%

El valor de p fué igual o menor de 0,05 ($p=0,000$), es decir **existe una potente significación estadística en los resultados.**

Estadísticos	Valor	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	32,394 ^a	,000	
Corrección por continuidad	31,773 ^b	,000	
Razón de verosimilitud	33,421 ^b	,000	
Estadístico exacto de Fisher			,000

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 176,92.

La mayoría de hombres y de mujeres no precisó intervención quirúrgica posterior distinta de la sutura de las heridas, pero cuando la precisaron en su mayoría pertenecían al género masculino (70,5%).

4.2.2.1.6. Número de visitas.

Los datos de los 2.200 casos, fueron válidos, distribuyéndose en 1.282 hombres y 918 mujeres.

Hemos calculado los estadísticos descriptivos y aplicado la prueba de Kruskal-Wallis, para establecer la relación entre número de visitas y la variable de agrupación que es el género.

Entre los hombres, la media de número de visitas al médico-forense fué de 2,13 visitas, con una desviación típica de 2,13 y un IC del 95% (2,02-2,25). La mediana obtuvo un valor de 1,00 y el rango fue de 17.

Género	Estadísticos	Nº visitas
Hombre	Mediana	1,00
	Rango	17 (1-18)

La media para las mujeres resultó ser de 2,14 visitas, siendo la desviación típica de 1,94 para un IC de 95% (2,01-2,26). La mediana fue de 1,00 y el rango de 19.

Género	Estadísticos	Nº visitas
Mujer	Mediana	1,00
	Rango	19 (1-20)

El cálculo de p para la prueba de Kruskal-Wallis fue mayor de 0,05, ($p=0,055$), **no siendo por tanto significativos los resultados obtenidos.**

Estadísticos	Nº visitas
Chi-cuadrado	3,671
gl	1
Sig. asintót.	,055

- a Prueba de Kruskal-Wallis
b Variable de agrupación: género

Ambos géneros acudieron al reconocimiento médico-forense con más frecuencia en una sólo ocasión. Entre las mujeres se encuentra el rango de visitas mayor.

4.2.2.1.7. Demora.

Hemos calculado los estadísticos descriptivos y aplicado la prueba de Kruskal-Wallis, para establecer la relación entre la demora y la variable de agrupación que es el género.

Se estudiaron 1.272 casos pertenecientes a hombres y 914 pertenecientes a mujeres.

Hemos considerado que el término demora hace referencia al tiempo en días, que transcurre entre la fecha del accidente y por tanto de producción de las lesiones y la fecha en que el lesionado es reconocido por primera vez por el médico-forense.

Los resultados obtenidos para un IC del 95% fueron que, los hombres deben esperar para el primer reconocimiento forense una mediana de 102,00, con un rango

comprendido entre 0 y 3.541 y las mujeres deben esperar una mediana de 105,00 días y el rango osciló entre 0 y 1.237.

Género	Estadísticos	Demora
Hombre	Mediana Rango	102,00 3541 (0-3541))

La mediana fué para los hombres de 102,00, con un rango comprendido entre 0 y 3.541 y para las mujeres la mediana obtuvo un valor de 105,00 y el rango osciló entre 0 y 1.237.

Género	Estadísticos	Demora
Mujer	Mediana Rango	105,00 1227 (0-1237)

La p para la prueba de Kruskal-Wallis fue mayor de 0,05, ($p=0,296$), por ello, **los resultados observados** respecto a que la demora en la visita médico-forense es mayor en las mujeres que en los hombres **carecen de significación estadística**.

Estadísticos	Demora
Chi-cuadrado	1,091
gl	1
Sig. asintót.	,296

a Prueba de Kruskal-Wallis
b Variable de agrupación: género

Concluimos que, la demora en el primer reconocimiento médico-forense es independiente del género.

4.2.2.1.8. Duración de las lesiones.

El término duración de las lesiones, hace referencia al total de los días transcurridos entre la producción de las lesiones y la fecha de emisión de la declaración de sanidad por parte del médico-forense. Hemos de reseñar que dicho tiempo no se corresponde necesariamente con la duración en tiempo real de las lesiones, que estaría más relacionado con el término que hemos empleado como “días totales hasta alcanzar la sanidad”.

Hemos calculado los estadísticos descriptivos y aplicado la prueba de Kruskal-Wallis, para establecer la relación entre la duración de las lesiones y la variable de agrupación que es el género.

Hechas estas consideraciones, el cómputo de los días de duración de las lesiones, calculado para un total de 1.272 casos válidos entre los hombres y 914 casos válidos entre las mujeres, obtuvo para un IC del 95%, en los casos pertenecientes a

hombres, una media de 192,37, siendo la desviación típica de 221,25. La mediana dio un valor de 143,00 y el intervalo de oscilación del rango fue entre 0 y 3.541.

Género	Estadísticos	Duración lesiones
Hombre	Mediana Rango	143,00 3541 (0-3541)

Para las mujeres la media fue de 183,27, con una desviación típica de 188,54, la mediana resultó ser de 147,50 y el rango osciló entre un mínimo de 14 y un máximo de 3944, siendo el rango medio de 3.930.

Género	Estadísticos	Duración lesiones
Mujer	Mediana Rango	147,50 3930 (14-3944)

La duración de las lesiones fue mayor en las mujeres Calculada la p para la prueba de Kruskal-Wallis su resultado fue mayor de 0,05 ($p=0,193$), es decir **el resultado hallado, la duración de las lesiones fue mayor en las mujeres que en los hombres carece de significación estadística.**

Estadísticos	Duración de las lesiones
Chi-cuadrado	1,695
gl	1
Sig. asintót.	,193

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: género

4.2.2.1.9. Número de diagnósticos.

Se estudió el número de diagnósticos, para cada caso o lo que es lo mismo para cada lesionado. Los casos válidos corresponden a los referidos para el cómputo del número de visitas que para los hombres fueron de un total de 1.282 y para las mujeres de 918.

Hemos calculado los estadísticos descriptivos y aplicado la prueba de Kruskal-Wallis, para establecer la relación entre el número de diagnósticos y la variable de agrupación que es el género.

La media de diagnósticos en los casos correspondientes a varones fue de 2,81, con un IC del 95% y una desviación típica de 1,81. La mediana dió un valor de 2, siendo de 13 el rango con un mínimo de 1 y un máximo de 14 .

Género	Estadísticos	Nº diagnósticos
Hombre	Mediana Rango	2,00 13 (1-14)

La media de diagnósticos en los casos pertenecientes a mujeres fue de 2,55, con un IC del 95% y una desviación típica de 1,74. El valor de la mediana fué de 2, con un rango de 17, comprendido entre 1 y 18.

Género	Estadísticos	Nº diagnósticos
Mujer	Mediana Rango	2,00 17 (1-18)

El valor de p para la prueba de Kruskal-Wallis fué de menor o igual a 0,05 (p=0,000), por lo tanto **existe una clara significación estadística**.

Estadísticos	Nº diagnósticos
Chi-cuadrado	15,909
gl	1
Sig. asintót.	,000

a Prueba de Kruskal-Wallis
b Variable de agrupación: género

El número de diagnósticos para ambos géneros fué de 2 diagnósticos para cada caso, con un mínimo de un diagnóstico o lesión por cada lesionado y un máximo de 14 lesiones en los varones y de 18 en las mujeres.

4.2.2.1.10. Número de secuelas.

Las secuelas son aquellas alteraciones bien funcionales, bien anatómicas de carácter permanente que permanecen tras la producción y agotamiento del tratamiento de la lesión.

Hemos procedido, de la misma manera que hicimos con los diagnósticos a determinar el número de secuelas que corresponderían por caso. Los casos con los que se trabajó fueron los mismos que en el caso anterior, 1.282 hombres y 918 mujeres.

Hemos calculado los estadísticos descriptivos y aplicado la prueba de Kruskal-Wallis, para establecer la relación entre el número de secuelas y la variable de agrupación que es el género.

La media de secuelas baremadas en los hombres fue de 1,30; siendo la desviación típica para un IC del 95% de 2,11. La cifra de la mediana fue 1,00 con un rango de 21 y comprendido entre 1 y 21.

Género	Estadísticos	Nº secuelas
Hombre	Mediana Rango	1,00 21 (1-21)

La media de secuelas baremadas en las mujeres fue de 1,18, siendo la desviación típica de 1,48 para un IC del 95%. El resultado de la mediana fue de 1,00 con un rango de 11 y comprendido entre 1 y 11.

Género	Estadísticos	Nº diagnósticos
Mujer	Mediana Rango	1,00 11 (1-11)

El cálculo de p para la prueba de Kruskal-Wallis fue mayor de 0,05 ($p=0,132$), por lo tanto **no existe significación estadística en los resultados observados.**

Estadísticos	Nº secuelas
Chi-cuadrado	2,264
gl	1
Sig. asintót.	,132

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: género

Por lo tanto, el número de secuelas no tiene relación con el género del lesionado.

4.2.2.1.11. Valoración médico-legal de los días precisados hasta alcanzar la sanidad.

Hemos calculado los estadísticos descriptivos y aplicado la prueba de Kruskal-Wallis, para establecer la relación entre el número de días totales médico-legales precisados para la consolidación de las lesiones, los días improductivos, los días no improductivos y los días de estancia hospitalaria y la variable de agrupación género.

a) Días totales precisados hasta alcanzar la sanidad.

Los días totales precisados por los hombres hasta alcanzar la sanidad médico-legal, calculados a partir de un total de 1.275 casos válidos, fueron de 102,33 días de media, con una desviación típica de 135,71 y para un IC del 95%. La mediana obtuvo un resultado de 52, y el rango osciló entre un mínimo de 0 días y un máximo de 1.517.

Género	Estadísticos	Días Totales
Hombre	Mediana Rango	52 1517 (0-1517)

Los días totales precisados por las mujeres hasta alcanzar la sanidad médico-legal, calculados a partir de un total de 915 casos válidos, obtuvieron una media de 103,67, la desviación típica fue de 115,68 con un IC del 95%. La mediana resultó de 72 y el rango osciló entre un mínimo de 0 días y un máximo de 1.344.

Género	Estadísticos	Días Totales
Mujer	Mediana Rango	72,00 1344 (0-1344)

La p para la prueba de Kruskal-Wallis fue menor o igual de 0,05 ($p=0,00$), por lo tanto comprobamos que **existen diferencias significativas entre la variable de agrupación, género y los días totales precisados hasta la sanidad.**

Estadísticos	Días Totales
Chi-cuadrado	16,177
gl	1
Sig. asintót.	,000

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: género

b) Días Impeditivos.

Los casos válidos fueron 1.278 para los hombres y 917 para las mujeres. Los resultados fueron una media de 94,40 días impeditivos en los hombres, para un IC del 95% y una desviación típica de 130,55 mientras que en las mujeres la media fue de 92,03 para un IC del 95% y una desviación típica de 105, 64.

Género	Estadísticos	Días Impeditivos
Hombre	Mediana	45
	Rango	1517 (0-1517)

La mediana resultó de 45 en los hombres estudiados y de 60 en las mujeres y los rangos oscilaron en los hombres entre un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 1.517 y en las mujeres entre un mínimo de 0 y un máximo de 1.344.

Género	Estadísticos	Días Impeditivos
Mujer	Mediana	60
	Rango	1344 (0-1344)

El valor de p es de 0,02, al ser menor o igual de 0,05, **los resultados observados son estadísticamente significativos.**

Estadísticos	Días Impeditivos
Chi-cuadrado	9,465
gl	1
Sig. asintót.	,002

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: género

c) Días No Impeditivos.

Fueron válidos 1275 casos correspondientes a hombres y 915 correspondientes a mujeres.

El cálculo de los días no impeditivos en los hombres arrojó una media de 7, 41 días, con una desviación típica de 31,275 y para un IC del 95%. El valor de la mediana fue de 0,00, siendo el rango de 640, con un mínimo de 0 y un máximo de 640.

Género	Estadísticos	Días No Impeditivos
Hombre	Mediana	0,00
	Rango	640 (0-640)

En las mujeres, la media de los días no impeditivos obtuvo un valor de 11,51, con una desviación típica de 46,068 y un IC del 95%. El valor de la mediana al igual que en los hombres fué de 0,00 y el rango estaba comprendido entre 0 y 959.

Género	Estadísticos	Días No Impeditivos
Mujer	Mediana Rango	0,00 959 (0-959)

Dado que la mediana es igual a 0,00, en más del 50% de casos y tanto para hombres como para mujeres, no hubo días no impeditivos o lo que es lo mismo en más del 50% de casos, los días no impeditivos fueron igual a 0.

Se obtuvo un valor de p de 0,356, es decir, **no existe significación estadística, por lo tanto el resultado observado de que las mujeres precisaron más días no impeditivos que los hombres no es fiable.**

Estadísticos	Días No Impeditivos
Chi-cuadrado	,852
gl	1
Sig. asintót.	,356

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: género

d)Días de Estancia Hospitalaria.

De los casos estudiados, resultaron válidos 1.273 casos correspondientes a hombres y 912 que correspondieron a mujeres.

Los días de estancia hospitalaria media que precisaron los hombres, arrojaron un valor de 7,48, para un IC del 95 % y la desviación típica fue de 26,03. La mediana obtuvo un valor de 0,00 y el rango medio fue de 472, con un mínimo de 0 y un máximo de 472.

Género	Estadísticos	
Hombre	Mediana Rango	0,00 472 (0-472)

Las mujeres, precisaron una media de días de hospitalización de 3,95, siendo la desviación típica de 14,91 y para un IC del 95%. La mediana dió un valor de 0,00 al igual que en los hombres y el rango fue de 248, oscilando entre 0 y 248.

Género	Estadísticos	Días Estancia Hospitalaria
Mujer	Mediana Rango	0,00 248 (0-248)

Dado que el valor de la mediana, es de nuevo el que más nos interesa y es 0,00, esto indica que más del 50% de los casos estudiados y en ambos sexos, los días de estancia hospitalaria fueron nulos.

La p para la prueba de Kruskal-Wallis fue menor o igual a 0,05 ($p=0,000$), es decir que **los resultados son significativos**.

Estadísticos	Días de Estancia Hospitalaria
Chi-cuadrado	32,229
gl	1
Sig. asintót.	,000

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: género

Concluyendo que, los días impositivos mínimo y máximo, desde el punto de vista médico-forense son coincidentes con el total de días que precisaron tanto hombres como mujeres hasta la curación-estabilización lesional, es decir hasta la emisión de la declaración de sanidad por el médico-forense.

Las mujeres precisaron más días totales e impositivos hasta la consolidación de las lesiones, lo cual concuerda con el hecho de que también sean las mujeres las que tengan el rango mayor de número de diagnósticos por caso.

Los hombres sin embargo obtuvieron un rango mayor de días totales, días impositivos y días de estancia hospitalaria que las mujeres , es decir entre los varones se encontró el caso o casos más graves.

Los resultados obtenidos referentes a los días no impositivos, no son significativos, pero se puede concluir que en más del 50% de los lesionados e independientemente del género los días no impositivos fueron igual a 0.

Por lo tanto, los días impositivos corresponden en la mayoría de casos a la totalidad o al mayor porcentaje de los días totales que precisan los lesionados hasta alcanzar la estabilización lesional.

4.2.2.1.12. Incapacidad temporal en el ámbito asistencial.

1- En primer lugar hemos relacionado mediante las tablas de contingencia la variables género y el haber precisado de una situación de IT desde el punto de vista del médico asistencial.

Género		Incapacidad Temporal			Total
		NO	NO CONSTA	SI	
Hombre	Recuento	516	274	492	1282
	% de género	40,2%	21,4%	38,4%	100,0%
	% de IT	48,9%	62,4%	69,7%	58,3%
Mujer	Recuento	539	165	214	918
	% de género	58,7%	18,0%	23,3%	100,0%
	% de IT	51,1%	37,6%	30,3%	41,7%
Total	Recuento	1055	439	706	2200
	% de género	48,0%	20,0%	32,1%	100,0%
	% de IT	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

El 38,4% de los hombres que sufrieron lesiones por accidente de tráfico precisó días de incapacidad temporal (IT), un 40,2% no los precisó y en el 21,4% de casos esa situación se desconoce ya que no se recogió en la historia médico-forense.

El 23,3 % de las mujeres que sufrieron lesiones por accidente de tráfico precisó días de incapacidad temporal (IT), un 58,7% no los precisó y con un porcentaje del 18,0% esa situación se desconoce ya que no se recogió en la historia médico-forense.

Cuando se concedió la incapacidad temporal, el 69,7% correspondió a hombres y el 30,3% a mujeres.

El valor de p fue menor o igual a 0,05 ($p=0,000$), por lo tanto **los resultados hallados son significativos.**

Estadísticos	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	78,969	2	,000
Razón de verosimilitud	79,835	2	,000

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 183,18.

2- Posteriormente aplicando la prueba de Kruskal-Wallis obtenemos:

En los hombres la media de días de IT es de 23,71, para un IC del 95% y una desviación típica de 66,380. La mediana es de 0,00 y el rango está comprendido entre un valor 0 y un valor de 854.

Género	Estadísticos	Incapacidad temporal
Hombre	Mediana	0,00
	Rango	854 (0-854)

Para las mujeres, la media arrojó un resultado de 18,63 para un IC del 95% y una desviación típica de 57,320. La mediana es de 0,00 y el rango oscila entre 0 y 516.

Género	Estadísticos	Incapacidad Temporal
Mujer	Mediana	0,00
	Rango	472 (0-472)

Reseñaremos que la mediana de 0,00 indica que más del 50% de los valores referentes a los días de IT y en ambos sexos tuvo un valor de 0, lo que se traduce en que no precisaron de una situación de IT.

El calculo de p dió un resultado de 0,016, mayor de 0,05, por lo tanto se comprueba que **los resultados obtenidos son estadísticamente significativos.**

Estadísticos	Incapacidad Temporal
Chi-cuadrado	5,800
gl	1
Sig. asintót.	,016

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: género

Podemos concluir, que **la situación de incapacidad temporal (IT) tras lesiones por accidentes de circulación se presentó más frecuentemente en hombres que en mujeres y que los hombres precisaron más días de Incapacidad temporal que las mujeres.**

4.2.2.1.13. Incapacidad permanente en el ámbito asistencial.

Solamente 33 lesionados fueron subsidiarios de una situación de Incapacidad Permanente (IP), frente a la mayoría, 1617 lesionados que no lo fueron. En 550 ocasiones no constaba el dato.

De los hombres lesionados, un 1,6% tuvo una Incapacidad Permanente consecuencia de sus lesiones, un 72,3% no la tuvo y en un 26,15 no constaba si hubo o no IP. De todas las IP el 60,6% eran hombres.

De las mujeres lesionadas, el 1,4% tuvo una IP como consecuencia de sus lesiones. Un 75,2% no la tuvo y en un 23,4% de casos no hubo constancia. De todas las IP el 39,4% eran mujeres.

Género		Incapacidad Permanente			Total
		NO	NO CONSTA	SI	
Hombre	Recuento	927	335	20	1282
	% de género	72,3%	26,1%	1,6%	100,0%
	% de IP	57,3%	60,9%	60,6%	58,3%
Mujer	Recuento	690	215	13	918
	% de género	75,2%	23,4%	1,4%	100,0%
	% de IP	42,7%	39,1%	39,4%	41,7%
Total	Recuento	1617	550	33	2200
	% de género	73,5%	25,0%	1,5%	100,0%
	% de IP	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Sólo un pequeño porcentaje (1,5%) tuvo una Incapacidad Permanente (IP) como consecuencia de las lesiones producidas tras un accidente de tráfico, correspondiendo en un 0,9% a hombres y en un 0,6% a mujeres.

El valor de p fue mayor de 0,05 ($p=0,326$), **siendo los resultados obtenidos para la IP no significativos estadísticamente.**

Estadísticos	Valor gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,2392	,326
Razón de verosimilitud	2,2492	,325

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 13,77.

4.2.2.2. Relación entre grupos de edad y otras variables.

4.2.2.2.1. Tipo de accidente.

El grupo de edad de 0-13 años sufre en un 50,0% atropellos y en un 44,3% accidentes de coche.

El grupo de 14-29 años tiene en un 49,0% accidentes de moto y en un 44,1% accidentes de coche.

El grupo de edad de 30-44 años tiene en un 65,0% accidentes de coche, en un 17,1% de moto y en un 12,1% atropellos.

El grupo de edad de 45-59 años sufre en un 60,6% accidentes de coche, en un 21,2% atropellos y en un 9,9% accidentes de moto.

El grupo de edad de 60-74 años tiene en un 41,9% accidentes de coche, en un 34,9% atropellos y con igual porcentaje, un 8,3% accidentes de moto y autobús.

El grupo de 75 años o más padece en un 73,2% atropellos seguido con un 15,5% de accidentes de coche.

Según el tipo de accidente, los atropellos ocurren más frecuentemente en el grupo de 60-74 años (22,1%) y los de 75 años o más (19,6%).

Los accidentes de autobús se dan sobre todo en el grupo de 60-74 años (59,4%).

Los accidentes de bicicleta afectan más frecuentemente al grupo de 14-29 años (35,7%) y de 30-44 años (23,8%).

Los accidentes de camión se producen en el grupo de 30-44 años (50%) seguido del grupo de edad de 45-59 años.

Los accidentes de coche implican sobre todo a adultos de 14-29 años (43,6%) y de 30-44 años (25,4%).

Los accidentes de motocicleta se producen mayoritariamente en el grupo de 14-29 años (79,9%).

Otro tipo de accidente (motocultor, tractor) lo sufren el grupo de edad de 60-74 años (40,0%) y por igual (20%) los grupos de edad de 30-44 años y 45-59 años.

Los accidente de tráfico sin especificar afectan por igual y con un porcentaje del 33,3% a los grupos de 14-29 años, 30-44 años y 45-59 años.

Grupos de edad		Tipo de accidente								Total
		Atropello	Autobús	Bicicleta	Camión	Coche	Moto	Otros	Tráfico	
0-13 años	Recuento	44		2		39	3			88
	% de grupos edad	50,0%		2,3%		44,3%	3,4%			100,0%
	% de tipo accidente	12,2%		4,8%		3,6%	,5%			4,0%
14-29 años	Recuento	52	2	15	1	469	521	2	2	1064
	% de grupos edad	4,9%	,2%	1,4%	,1%	44,1%	49,0%	,2%	,2%	100,0%
	% de tipo accidente	14,4%	6,3%	35,7%	6,3%	43,6%	79,9%	13,3%	33,3%	48,4%
30-44 años	Recuento	51	1	10	8	273	72	3	2	420
	% de grupos edad	12,1%	,2%	2,4%	1,9%	65,0%	17,1%	,7%	,5%	100,0%
	% de tipo accidente	14,1%	3,1%	23,8%	50,0%	25,4%	11,0%	20,0%	33,3%	19,1%
45-59 años	Recuento	64	8	7	5	183	30	3	2	302
	% de grupos edad	21,2%	2,6%	2,3%	1,7%	60,6%	9,9%	1,0%	,7%	100,0%
	% de tipo accidente	17,7%	25,0%	16,7%	31,3%	17,0%	4,6%	20,0%	33,3%	13,7%
60-74 años	Recuento	80	19	7	2	96	19	6		229
	% de grupos edad	34,9%	8,3%	3,1%	,9%	41,9%	8,3%	2,6%		100,0%
	% de tipo accidente	22,1%	59,4%	16,7%	12,5%	8,9%	2,9%	40,0%		10,4%
75 años o más	Recuento	71	2	1		15	7	1		97
	% de grupos edad	73,2%	2,1%	1,0%		15,5%	7,2%	1,0%		100,0%
	% de tipo accidente	19,6%	6,3%	2,4%		1,4%	1,1%	6,7%		4,4%
Total	Recuento	362	32	42	16	1075	652	15	6	2200
	% de grupos edad	16,5%	1,5%	1,9%	,7%	48,9%	29,6%	,7%	,3%	100,0%
	% de tipo accidente	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

El resultado de p es de 0,000, lo que indica que **existe relación entre las variables grupos de edad y tipo de accidente**, pero como en más del 20% las frecuencias esperadas son inferiores a 5, el contraste no se puede dar por fiable.

Estadísticos	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	860,033	35	,000
Razón de verosimilitud	777,735	35	,000
Asociación lineal por lineal	323,013	1	,000

a 23 casillas (47,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es ,24.

Resumiento la tabla siguiente, todos los grupos sufren con más frecuencia accidentes no laborales.

El grupo de edad que sufre accidentes laborales más frecuentemente es el de 30-44 años (15,5%), seguido del grupo de 45-59 años (9,6%) y de 14-29 años (8,9%).

Los accidente no laborales se dan sobre todo en el grupo de 14-29 años (48,4%) y los laborales también (48,0%).

Grupos de edad		Tipo de accidente			Total
		No consta	Laboral	No Laboral	
0-13 años	Recuento		1	87	88
	% de grupos edad		1,1%	98,9%	100,0%
	% tipo accidente		,5%	4,4%	4,0%
14-29 años	Recuento	2	95	967	1064
	% de grupos edad	,2%	8,9%	90,9%	100,0%
	% tipo accidente	40,0%	48,0%	48,4%	48,4%
30-44 años	Recuento	1	65	354	420
	% de grupos edad	,2%	15,5%	84,3%	100,0%
	% tipo accidente	20,0%	32,8%	17,7%	19,1%
45-59 años	Recuento	2	29	271	302
	% de grupos edad	,7%	9,6%	89,7%	100,0%
	% tipo accidente	40,0%	14,6%	13,6%	13,7%
60-74 años	Recuento		8	221	229
	% de grupos edad		3,5%	96,5%	100,0%
	% tipo accidente		4,0%	11,1%	10,4%
75 años o más	Recuento			97	97
	% de grupos edad			100,0%	100,0%
	% tipo accidente			4,9%	4,4%
Total	Recuento	5	198	1997	2200
	% de grupos edad	,2%	9,0%	90,8%	100,0%
	% tipo accidente	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

La p es igual a 0,000, por lo que **el resultado es significativo**. De la misma manera que sucediera anteriormente, el contraste no lo consideramos fiable.

Estadísticos	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	50,080	10	,000
Razón de verosimilitud	61,389	10	,000
Asociación lineal por lineal	3,700	1	,054

a 6 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,20.

4.2.2.2. Requerimiento de tratamiento posterior.

En el grupo de edad de 0-13 años, el 46,6% requirió tratamiento médico/quirúrgico posterior y el 53,4% no lo requirió.

En el grupo de 14-29 años, el 64,9% requirió tratamiento posterior y el 35,1% no lo requirió.

En el grupo de 30-44 años, el 68,6% requirió tratamiento posterior y el 31,4% no lo requirió.

En el grupo de 45-59 años, el 72,8% precisó tratamiento posterior y el 27,2% no lo precisó.

En el grupo de 60-74 años, el 74,25 precisó tratamiento posterior y el 25,8% no lo precisó.

En el grupo de 75 años o más, los porcentajes fueron idénticos que en el grupo de 60-74 años.

Respecto al tratamiento posterior, lo requirió con un mayor porcentaje el grupo de 14-29 años (46,6%), seguido del grupo de 30-44 años (19,4%), grupo de 45-59 años (14,8%), grupo de 60-74 años (11,5%), grupo de 75 años o más (4,9%) y finalmente el grupo de 0-13 años (2,8%).

Grupos de edad		Tratamiento Posterior		Total
		NO	SI	
0-13 años	Recuento	47	41	88
	% de grupos edad	53,4%	46,6%	100,0%
	% de tto posterior	6,5%	2,8%	4,0%
14-29 años	Recuento	373	691	1064
	% de grupos edad	35,1%	64,9%	100,0%
	% de tto posterior	51,9%	46,6%	48,4%
30-44 años	Recuento	132	288	420
	% de grupos edad	31,4%	68,6%	100,0%
	% de tto posterior	18,4%	19,4%	19,1%
45-59 años	Recuento	82	220	302
	% de grupos edad	27,2%	72,8%	100,0%
	% de tto posterior	11,4%	14,8%	13,7%
60-74 años	Recuento	59	170	229
	% de grupos edad	25,8%	74,2%	100,0%
	% de tto posterior	8,2%	11,5%	10,4%
75 años o más	Recuento	25	72	97
	% de grupos edad	25,8%	74,2%	100,0%
	% de tto posterior	3,5%	4,9%	4,4%
Total	Recuento	718	1482	2200
	% de grupos edad	32,6%	67,4%	100,0%
	% de tto posterior	100,0%	100,0%	100,0%

El cálculo de p fue menor o igual a 0,05 ($p = 0,000$), es decir **existe una fuerte significación estadística.**

Estadísticos	Valor g	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	31,514	,000
Razón de verosimilitud	30,708	,000

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 28,72.

Concluyendo cuando se recibe tratamiento posterior lo más frecuente es que el lesionado pertenezca al grupo de edad de 14-29 años, pero la necesidad de tratamiento médico/quirúrgico posterior se incrementa en cada grupo de edad conforme aumenta la edad.

4.2.2.3. Tratamiento rehabilitador posterior.

Del grupo de edad de 0-13 años, el 18,2% recibieron rehabilitación posterior y el 81,8% no la recibieron.

Del grupo de edad de 14-29 años, 38,7% recibieron rehabilitación y el 61,3% no.

Del grupo de edad de 30-44 años, 47,1% precisaron rehabilitación y el 52,9% no la precisaron.

Del grupo de edad de 45-59 años, 50,7% precisaron rehabilitación y 49,3% no la precisaron.

Del grupo de edad de 60-74 años, 48,5% necesitaron rehabilitación y 51,5% no la necesitaron.

De grupo de edad de 75 años o más el 43,3% requirieron rehabilitación y el 57,6% no la requirieron.

Grupos de edad		Tratamiento rehabilitador posterior		Total
		NO	SI	
0-13 años	Recuento	72	16	88
	% de grupos edad	81,8%	18,2%	100,0%
	% tto rehabilitador post	5,7%	1,7%	4,0%
14-29 años	Recuento	652	412	1064
	% de grupos edad	61,3%	38,7%	100,0%
	% tto rehabilitador post	51,4%	44,2%	48,4%
30-44 años	Recuento	222	198	420
	% de grupos edad	52,9%	47,1%	100,0%
	% tto rehabilitador post	17,5%	21,2%	19,1%
45-59 años	Recuento	149	153	302
	% de grupos edad	49,3%	50,7%	100,0%
	% tto rehabilitador post	11,8%	16,4%	13,7%
60-74 años	Recuento	118	111	229
	% de grupos edad	51,5%	48,5%	100,0%
	% tto rehabilitador post	9,3%	11,9%	10,4%
75 años o más	Recuento	55	42	97
	% de grupos edad	56,7%	43,3%	100,0%
	% tto rehabilitador post	4,3%	4,5%	4,4%
Total	Recuento	1268	932	2200
	% de grupos edad	57,6%	42,4%	100,0%
	% tto rehabilitador post	100,0%	100,0%	100,0%

El resultado de p es de 0,000, así **los resultados observados, si son estadísticamente significativos.**

Estadísticos	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	42,835	5	,000
Razón de verosimilitud	45,018	5	,000

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 37,28.

Así, en todos los grupos de edad es más frecuente no precisar rehabilitación posterior de sus lesiones excepto en el grupo de 45-59 años en que un 50,7% si lo precisaron. La distribución es similar entre edades comprendidas entre los 14 y los 75 años o más (entre casi un 39 y un 51%) de

porcentaje de rehabilitación excepto en el grupo de los niños de 0-13 años en que sólo un 18,2% precisan rehabilitación.

El resultado de p es de 0,000, así los resultados observados, si son estadísticamente significativos.

Estadísticos	Valor g	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	42,835	,000
Razón de verosimilitud	45,018	,000

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 37,28.

4.2.2.2.4. Número de visitas.

- 0-13 años. Tomando un IC del 95% y una desviación típica de 0,981. La media da un resultado de 1,44 visitas al médico-forense, la mediana de 1,00 y el rango es de 6 con un mínimo de 1 y un máximo de 7.

Grupo de edad	Estadísticos	Nº visitas
0-13 años	Mediana Rango	1,00 6 (1-7)

- 14-29 años. Para un IC del 95% y una desviación típica de 1,676, la media da un valor de 2,01 visitas. La mediana arroja un valor de 1,00 y el rango es de 19, oscilando de 1 a 20.

Grupo de edad	Estadísticos	Nº visitas
14-29 años	Mediana Rango	1,00 19 (1-20)

- 30-44 años. Para un IC del 95% y una desviación típica de 2,415, la media da un valor de 2,34 visitas. Calculada la mediana da una cifra de 1,00 y el rango es de 17, siendo su valor mínimo de 1 y máximo de 18.

Grupo de edad	Estadísticos	Nº visitas
30-44 años	Mediana Rango	1,00 17 (1-18)

- 45-59 años. Siendo el IC de 95% y la desviación típica de 2,173, el valor de la media es de 2,34 visitas. La mediana da un valor de 1,00 y el rango es de 15, con valores que oscilan entre 1 y 16.

Grupo de edad	Estadísticos	Nº visitas
45-59 años	Mediana Rango	1,00 15 (1-16)

- 60-74 años. Tomando un IC del 95% y una desviación típica de 1,898, el valor de la media es de 2,34 visitas. El cálculo de la mediana da un resultado de 1,00 y el rango es de 13, con un valor inferior de 1 y un valor superior de 14.

Grupo de edad	Estadísticos	Nº visitas
60-74 años	Mediana Rango	1,00 13 (1-14)

■ 75 años o más. Siendo el IC del 95% y la desviación típica de 1,631, la media da un valor de 2,16 visitas. La mediana es de 2,00 y el rango es de 10, con un rango mínimo de 1 y un rango máximo de 11.

Grupo de edad	Estadísticos	Nº visitas
75 años o más	Mediana Rango	2,00 10 (1-11)

4.2.2.2.5. Valoración médico-legal de los días precisados hasta alcanzar la sanidad.

a) Días de baja o días totales hasta alcanzar la sanidad.

■ 0-13 años. Tomando un IC del 95% y la desviación típica de 54,39, la media da un valor de 48,77. El cálculo de la mediana arroja un resultado de 21,00 siendo el rango de 217 con un mínimo de 0 días y un máximo de 217 días.

Grupo de edad	Estadísticos	Días totales
0-13 años	Mediana Rango	21,00 217 (0-217)

■ 14-29 años. Para un IC del 95% y una desviación típica de 134,07, el valor de la media es de 95,92. La mediana da un resultado de 45, con un rango de 1.517, oscilando entre 0 y 1.517.

Grupo de edad	Estadísticos	Días totales
14-29 años	Mediana Rango	45,00 1517 (0-1517)

■ 30-44 años. Tomando como IC el 95% y la desviación típica de 129,45, la media da una cifra de 105,19. El valor de la mediana es de 60,00, y el rango es de 1.100, oscilando entre 0 y 1.100.

Grupo de edad	Estadísticos	Días totales
30-44 años	Mediana Rango	60,00 1100 (0-1100)

■ 45-59 años. Con un IC del 95% y una desviación típica de 135,40, la cifra de la media calculada da 123,32. El resultado de la mediana es de 90,00, siendo el rango de 1.344 con un valor inferior de 0 y uno superior de 1.344.

Grupo de edad	Estadísticos	Días totales
45-59 años	Mediana Rango	90,00 1344 (0-1344)

■ 60-74 años. Para un IC del 95% y una desviación típica de 103,01, la media es de 117, 42. La mediana da un valor de 90,00 y el rango de 801, con un mínimo de 1 y un máximo de 802.

Grupo de edad	Estadísticos	Días totales
60-74 años	Mediana Rango	90,00 801 (1-802)

■ 75 años o más. Tomando un IC del 95% y una desviación típica de 102,45, el valor de la media es de 120,26. La mediana da un resultado de 101,00 y el rango de 696, con un mínimo de 5 y un máximo de 701.

Grupo de edad	Estadísticos	Días totales
75 años o más	Mediana Rango	101,00 696 (5-701)

La p para la prueba de Kruskal-Wallis, fue de 0,000, **siendo los resultados encontrados estadísticamente significativos.**

Estadístico	Días totales
Chi-cuadrado	110,275
gl	5
Sig. asintót.	,000

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: grupo de edad

b) Días Impeditivos.

■ 0-13 años. Para un IC del 95% y una desviación típica de 52,68, la media es de 42,47 días impeditivos. Calculada la mediana fue de 14 días impeditivos, con un rango de 217 con un mínimo de 0 y un máximo de 217.

Grupo de edad	Estadísticos	Días Impeditivos
0-13 años	Mediana Rango	14,00 217 (0-217)

■ 14-29 años. Para un IC del 95% y una desviación típica de 126,89, la media fue de 86,01 días impeditivos. El valor de la mediana fue de 40,00 días impeditivos y el rango de 0 a 1517.

Grupo de edad	Estadísticos	Días Impeditivos
14-29 años	Mediana Rango	40,00 1517 (0-1517)

■ 30-44 años. Para un IC del 95% y una desviación típica de 122,31, la media de días impeditivos fue de 97,50 días. El cálculo de la mediana arrojó un valor de 60,00 días y el rango fue de 791, oscilando entre 0 y 791 días.

Grupo de edad	Estadísticos	Días Impeditivos
30-44 años	Mediana Rango	60,00 791 (0-791)

■ 45-59 años. Para un IC del 95% y una desviación típica de 132,74, la media es de 114,78 días improductivos. La mediana es de 80 días y el rango de 1.344, con un mínimo de 0 y un máximo de 1.344.

Grupo de edad	Estadísticos	Días Improductivos
45-59 años	Mediana	80,00
	Rango	1344 (0-1344)

■ 60-74 años. Para un IC del 95% y una desviación típica de 91,13, la media de días improductivos fue de 104,37. La mediana 88,00 días y el rango osciló entre 0 y 465 días.

Grupo de edad	Estadísticos	Días Improductivos
60-74 años	Mediana	88,00
	Rango	465 (0-465)

■ 75 años o más. Para un IC del 95% y una desviación típica de 89,19, la media de días improductivos fue de 110,60. La mediana dió un valor de 98,00 días y el rango fue de 424, con un mínimo de 0 y un máximo de 424 días.

Grupo de edad	Estadísticos	Días Improductivos
75 años o más	Mediana	98,00
	Rango	424 (0-424)

La p para la prueba de Kruskal-Wallis fué de 0,000, así **existe significación estadística**.

Estadísticos	Días Improductivos
Chi-cuadrado	110,053
gl	5
Sig. asintót.	,000

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: grupos de edad

c) Días No Improductivos.

■ 0-13 años. Para un IC de 95% y una desviación típica de 10,92, la media de días no improductivos es de 5,82. La mediana es de 0,00 días y el rango es de 48, con un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 48.

Grupo de edad	Estadísticos	Días No Improductivos
0-13 años	Mediana	0,00
	Rango	48 (0-48)

■ 14-29 años. Para un IC del 95% y una desviación típica de 43,50, el valor de la media es de 9,70 días no improductivos. La mediana da un resultado de 0,00 días y el rango de 959, con un valor mínimo de 0 y un máximo de 959.

Grupo de edad	Estadísticos	Días No Improductivos
14-29 años	Mediana	0,00
	Rango	959 (0-959)

■ 30-44 años. Para un IC del 95% y una desviación típica de 29,64, el resultado del cálculo de la media es de 6,97 días no impeditivos. La mediana arroja un valor de 0,00 y el rango es de 400, con un intervalo entre 0 y 400.

Grupo de edad	Estadísticos	Días No Impeditivos
30-44 años	Mediana	0,00
	Rango	400 (0-400)

■ 45-59 años. Siendo el IC del 95% y la desviación típica de 28,61, la media da 8,54 días no impeditivos. El cálculo de la mediana es de 0,00 días y el rango es de 243, con un mínimo de 0 y un máximo de 243.

Grupo de edad	Estadísticos	Días No Impeditivos
45-59 años	Mediana	0,00
	Rango	243 (0-243)

■ 60-74 años. Siendo el IC del 95% y la desviación típica de 44,819, la media da una cifra de 12,72 días no impeditivos. El valor de la mediana es de 0,00 días y el rango de 422, oscilando entre 0 y 422.

Grupo de edad	Estadísticos	Días No Impeditivos
60-74 años	Mediana	0,00
	Rango	422 (0-422)

■ 75 años o más. Para un IC del 95% y una desviación típica de 33,427, la media de días no impeditivos es de 8,51. El cálculo de la mediana es de 0,00 y el rango de 277, con un intervalo comprendido entre 0 y 277.

Grupo de edad	Estadísticos	Días No Impeditivos
75 años o más	Mediana	0,00
	Rango	277 (0-277)

La p para la prueba de Kruskal-Wallis dió un resultado de 0,002, por lo tanto **existe significación estadística.**

Estadístico	Días No Impeditivos
Chi-cuadrado	19,506
gl	5
Sig. asintót.	,002

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: grupos de edad

En todos los grupos de edad, la mediana da un valor de 0,00 días no impeditivos, lo cual quiere decir que para cada grupo de edad, en más del 50% de casos no hubo días no impeditivos.

d) Días de Estancia Hospitalaria.

■ 0-13 años. Tomando un IC del 95% y para una desviación típica de 8,68, la media de días de estancia hospitalaria fue de 4,32. La mediana dió un valor de 0,00 y el rango fue de 35, oscilando entre 0 y 35.

Grupo de edad	Estadísticos	Días Estancia Hospitalaria
0-13 años	Mediana Rango	0,00 35 (0-35)

■ 14-29 años. Tomando un IC del 95% y siendo la desviación típica de 23,82, la media de días de estancia hospitalaria fue de 6,15. La mediana dió un valor de 0,00 y el rango de 472, con un mínimo de 0 y un máximo de 472.

Grupo de edad	Estadísticos	Días Estancia Hospitalaria
14-29 años	Mediana Rango	0,00 472 (0-472)

■ 30-44 años. Para un IC del 95% y una desviación típica de 14,63, la media de días de estancia hospitalaria fue de 4,37. La mediana fue de 0,00 y el rango de 209, con un intervalo comprendido entre 0 días y 209.

Grupo de edad	Estadísticos	Días Estancia Hospitalaria
30-44 años	Mediana Rango	0,00 209 (0-209)

■ 45-59 años. Siendo el IC del 95% y la desviación típica de 31,13, la media de días de estancia hospitalaria fue de 6,94. El cálculo de la mediana arrojó un resultado de 0,00 y el rango fue de 404, con un mínimo de 0 y un máximo de 405 días.

Grupo de edad	Estadísticos	Días Estancia Hospitalaria
45-59 años	Mediana Rango	0,00 405 (0-405)

■ 60-74 años. Siendo el IC del 95% y la desviación típica de 15,73, la media de días de estancia hospitalaria fue de 6,56. La mediana dió un resultado de 0,00 y el rango de 174, oscilando entre 0 y 174 días.

Grupos de edad	Estadísticos	Días Estancia Hospitalaria
60-74 años	Mediana Rango	0,00 174 (0-174)

■ 75 años o más. Para un IC del 95% y una desviación típica de 16,77; la media de días de estancia hospitalaria fue de 8,78 días. La mediana dió un resultado de 0,00 y el rango de 86, con un mínimo de 0 y un máximo de 86.

Grupos de edad	Estadísticos	Días Estancia Hospitalaria
75 años o más	Mediana Rango	0,00 86 (0-86)

La p para la prueba de Kruskal-Wallis fue de 0,000, **siendo los resultados estadísticamente significativos.**

Estadísticos	Días Estancia Hospitalaria
Chi-cuadrado	26,764
gl	5
Sig. asintót.	,000

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: grupos de edad

Se observa, que nuevamente, de la misma forma que sucediera para los días no improductivos, la mediana para todos los grupos de edad es 0,00, indicándonos que en más del 50% de los casos el lesionado no ingresó en el hospital ningún día.

4.2.2.2.6. Grupos de edad-número de diagnósticos por caso.

- 0-13 años. Para un IC del 95% y una desviación típica de 1,27, la media de diagnósticos por caso fue de 2,18. El resultado de la mediana fue de 2,00 y el rango de 5 con un valor mínimo de 1 y un máximo de 6.

Grupo de edad	Estadísticos	Nº diagnósticos
0-13 años	Mediana Rango	2,00 5 (1-6)

- 14-29 años. Para un IC del 95% y una desviación típica de 1,70, la media de diagnósticos por caso fue de 2,72. El resultado de la mediana fue de 2,00 y el rango de 13, con un intervalo de 1 a 14.

Grupo de edad	Estadísticos	Nº diagnósticos
14-29 años	Mediana Rango	2,00 13 (1-14)

- 30-44 años. Con un IC del 95% y la desviación típica de 1,80, la media de número de diagnósticos por caso dio un valor de 2,57. La mediana dio un resultado de 2,00 diagnósticos, siendo el rango de 11 oscilando entre 1 y 12.

Grupos de edad	Estadísticos	Nº diagnósticos
30-44 años	Mediana Rango	2,00 11 (1-12)

- 45-59 años. Tomando un IC del 95% y una desviación típica de 2,14, la media de número de diagnósticos por caso fue de 2,71. La mediana dio un valor de 2,00 y el rango de 17, con un mínimo de 1 y un máximo de 18.

Grupo de edad	Estadísticos	Nº diagnósticos
45-59 años	Mediana Rango	2,00 17 (1-18)

- 60-74 años. Siendo el IC del 95% y la desviación típica de 1,83, la media de número de diagnósticos dio un valor de 2,92. La mediana fue de 2,00 diagnósticos por caso y el rango de 9, con un intervalo entre 1 y 10.

Grupo de edad	Estadísticos	Nº diagnósticos
60-74 años	Mediana Rango	2,00 9 (1-10)

■ 75 años o más. Para un IC del 95% y una desviación típica de 1,54, la media de número de diagnósticos fue de 2,88. La mediana de 3,00 diagnósticos y el rango de 8, oscilando entre un mínimo de 1 y un máximo de 9.

Grupo de edad	Estadísticos	Nº diagnósticos
75 años o más	Mediana Rango	3,00 8 (1-9)

La p para la prueba de Kruskal-Wallis fue de 0,001, es decir, **existe significación estadística.**

Estadísticos	Nº diagnósticos
Chi-cuadrado	22,013
gl	5
Sig. asintót.	,001

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: grupos de edad

Para todos los grupos de edad excepto para los de 75 años o más la mediana obtuvo un valor de 2,00, es decir cada caso tuvo 2 diagnósticos . El grupo de edad de 75 años o más tuvo 3 diagnósticos. Al menos cada caso tuvo un diagnóstico, el rango menor fue para el grupo de 1-13 años con un rango que osciló entre 1 y 6 y el rango mayor fue para el grupo de edad de 45-59 años con un mínimo de 1 y un máximo de 18 diagnósticos.

4.2.2.7. Grupos de edad-número de secuelas por caso.

■ 0-13 años. Para un IC del 95%, la desviación típica es de 0,51 y la media de secuelas por cada caso de 1,18 secuelas. La mediana dio un valor de 1,00 y el rango fue de 3 con un mínimo de 1 y un máximo de 4.

Grupo de edad	Estadísticos	Nº Secuelas
0-13 años	Mediana Rango	1,00 3 (1-4)

■ 14-29 años. Siendo el IC del 95% y la desviación típica de 1,65, la media del número de secuelas fue de 1,76 . La mediana obtuvo un valor de 1,00 y el rango de 20 oscilando entre 1 y 21.

Grupo de edad	Estadísticos	Nº Secuelas
14-29 años	Mediana Rango	1,00 20 (1-21)

■ 30-44 años. Siendo el IC del 95% y la desviación típica de 2,11, calculada la media del número de secuelas fue de 1,98. La mediana dio un resultado de 1,00 y el rango de 18 con un mínimo de 1 y un máximo de 19.

Grupo de edad	Estadísticos	Nº Secuelas
30-44 años	Mediana Rango	1,00 18 (1-19)

■ 45-59 años. Para un IC del 95% y una desviación típica de 1,87, la media del número de secuelas fue de 2,10. La mediana dio un valor de 1,00 y el rango de 11 con un mínimo de 1 y un máximo de 12.

Grupo de edad	Estadísticos	Nº Secuelas
45-59 años	Mediana Rango	1,00 11 (1-10)

■ 60-74 años. Siendo el IC del 95% y la desviación típica de 1,76, la media del número de secuelas fue de 2,13. El cálculo de la mediana dio un resultado de 1,00 y el rango de 10 con un mínimo de 1 y un máximo de 11.

Grupo de edad	Estadísticos	Nº Secuelas
60-74 años	Mediana Rango	1,00 10 (1-11)

■ 75 años o más. Siendo el IC del 95% y la desviación típica de 2,10, la media del número de secuelas fue de 2,72. La mediana arrojó un resultado de 2,00 y el rango fue de 10, con un intervalo entre 1 y 11.

Grupo de edad	Estadísticos	Nº Secuelas
75 años o más	Mediana Rango	2,00 10 (1-11)

La p para la prueba de Kruskal-Wallis fué de 0,000, por lo tanto **los resultados son estadísticamente significativos.**

Estadísticos	Nº Secuelas
Chi-cuadrado	81,675
gl	5
Sig. asintót.	,000

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: grupos de edad

La mediana de número de secuelas para todos los grupos de edad fue de 1 secuela, excepto para el grupo de 75 años o más en que fueron 2 secuelas. El grupo de 14-29 años fue el que obtuvo el rango mayor con 20 secuelas que oscilaron entre 1 y 21, seguido muy de cerca por el de 30-44 años, con un rango de 18. El grupo de 0-13 años obtuvo el menor rango 3, con un intervalo entre 1 y 4.

4.2.2.8. Grupos de edad-demora.

■ 0-13 años. Con un IC del 95% y una desviación típica de 79,78, la media de días de demora hasta el primer reconocimiento fué de 106,18. La mediana fue de 82,00 y el rango de 409, con un mínimo de 14 días y un máximo de 423.

Grupo de edad	Estadísticos	Días Demora
0-13 años	Mediana	82,00
	Rango	409 (14-423)

■ 14-29 años. Para un IC del 95% y una desviación típica de 174,21, la media de días de demora fue de 133,80 días. La mediana resultó ser de 102,50 días y el rango de 3541, con un valor mínimo de 0 y un máximo de 3541.

Grupo de edad	Estadísticos	Días Demora
14-29 años	Mediana	102,50
	Rango	3541 (0-3541)

■ 30-44 años. Siendo el IC del 95% y la desviación típica de 151,62, la media de días de demora fue de 128,27 días. La mediana fue de 104, 50 días y el rango de 2292, con un mínimo de 0 y un máximo de 2292.

Grupo de edad	Estadísticos	Días Demora
30-44 años	Mediana	104,50
	Rango	2292 (0-2292)

■ 45-59 años. Tomando un IC del 95% y una desviación típica de 206,06, la media de días de demora resultó ser de 155,77. El cálculo de la mediana fue de 110,00 días y el rango de 2494, con un mínimo de 5 días y un máximo de 2.499.

Grupo de edad	Estadísticos	Días Demora
45-59 años	Mediana	110,00
	Rango	2494 (5-2499)

■ 60-74 años. Siendo el IC del 95% y la desviación típica de 86,14, la media de días de demora fue de 129,31días. El cálculo de la mediana arrojó un valor de 105,00 días y el rango de 405 con un valor mínimo de 19 y un valor máximo de 424.

Grupo de edad	Estadísticos	Días Demora
60-74 años	Mediana	105,00
	Rango	405 (19-424)

■ 75 años o más. Para un IC del 95% y una desviación típica de 89,72, la media de días de demora fue de 110,49. La mediana resultó ser de 99,50 y el rango de 744 con un mínimo de 0 y un máximo de 744.

Grupo de edad	Estadísticos	Días Demora
75 años o más	Mediana	99,50
	Rango	744 (0-744)

La p para la prueba de Kruskal-Wallis fue de 0,032, menor a 0,05, así **los resultados fueron estadísticamente significativos.**

Estadísticos	Días Demora
Chi-cuadrado	12,199
gl	5
Sig. asintót.	,032

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: grupos de edad

4.2.2.9. Grupos de edad-duración de las lesiones.

■ 0-13 años. Siendo el IC del 95% y la desviación típica de 81,39, la duración media de las lesiones fue de 124,92 días. La mediana fue de 111,00 y el rango de 409, con un mínimo de 14 y un máximo de 423 días.

Grupo de edad	Estadísticos	Duración de las Lesiones
0-13 años	Mediana Rango	111,00 409 (14-423)

■ 14-29 años. Siendo el IC del 95% y la desviación típica de 236,37, la duración media de las lesiones fue de 188,95 días. La mediana fue de 137,00 días y el rango de 3944, con un mínimo de 0 y un máximo de 3944.

Grupo de edad	Estadísticos	Duración de las Lesiones
14-29 años	Mediana Rango	137,00 3944 (0-3944)

■ 30-44 años. Con un IC del 95% y una desviación típica de 186,77, la media de días de duración de las lesiones fue de 188,88. La mediana fue de 147,00 días y el rango de 2278, oscilando entre un mínimo de 14 días y un máximo de 2292.

Grupo de edad	Estadísticos	Duración de las Lesiones
30-44 años	Mediana Rango	147,00 2278 (14-2292)

■ 45-59 años. Para un IC del 95% y una desviación típica de 219,27, la media de días de duración de las lesiones fue de 208,42. El valor de la mediana fue de 164,00 días y el rango de 2480, siendo el mínimo de 19 y el máximo de 2499.

Grupo de edad	Estadísticos	Duración de las Lesiones
45-59 años	Mediana Rango	164,00 2480 (19-2499)

■ 60-74 años. Tomando un IC del 95% y una desviación típica de 132,03, la media de días de duración de las lesiones fue de 191,81 días. La mediana fue de 165,50 días y el rango de 1221, con un mínimo de 23 y un máximo de 1244.

Grupo de edad	Estadísticos	Duración de las Lesiones
60-74 años	Mediana Rango	165,50 1221 (23-1244)

■ 75 años o más. Tomando un IC del 95% y una desviación típica de 133,88, en el cálculo de la media de días de duración de las lesiones se obtuvo un valor de 171,46 días. La mediana fue de 138,00 días y el rango de 826, con un mínimo de 18 y un máximo de 844 días.

Grupo de edad	Estadísticos	Duración de las Lesiones
75 años o más	Mediana Rango	138,00 826 (18-844)

El valor de p para la prueba de Kruskal-Wallis, fue de 0,000, **siendo los resultados estadísticamente significativos.**

Estadísticos	Duración lesiones
Chi-cuadrado	34,192
gl	5
Sig. asintót.	,000

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: grupos de edad

Las lesiones de todos los lesionados duraron por término medio más de 100 días. Las lesiones del grupo de edad de 0-13 años duraron una mediana de 111 días. Los grupos de edades comprendidas entre 45-59 años y 60-74 años fueron los que más días invirtieron por término medio en la duración de sus lesiones y 164,00 y 165,50 días respectivamente.

4.2.2.2.10. Relación entre grupos de edad y la incapacidad temporal en el ámbito asistencial.

Los grupos de edad de 0-13 años y el de 75 años o más, como es lógico no precisaron una situación de IT, desde el punto de vista asistencial.

Del grupo de edad de 14-29 años, el 34,1% requirieron IT, el 43,6% no la requirieron y en un 22,3% el dato no constaba.

Del grupo de edad de 30-44 años, el 49% precisaron IT, el 22,4% no la precisaron y en un 28,6 el dato no constaba.

Del grupo de edad de 45-59 años, el 39,1% precisaron IT, el 36,8% no la precisaron y en un 24,2% el dato no constaba.

Del grupo de edad de 60-74 años, el 8,3% precisaron IT, el 87,85% no la precisaron y en un 3,9% el dato no constaba.

Cuando estudiamos como interviene cada grupo en la IT, observamos que cuando existe IT, el 51,4% corresponde al grupo de edad de 14-29 años, seguido del grupo de 30-44 años (29,2%), el grupo de 45-59 años (16,7%) y el grupo de 60-74 años (2,7%).

Grupos de edad		Incapacidad Temporal			Total
		NO	NO CONSTA	SI	
0-13 años	Recuento	88			88
	% de grupos edad	100,0%			100,0%
	% de IT	8,3%			4,0%
14-29 años	Recuento	464	237	363	1064
	% de grupos edad	43,6%	22,3%	34,1%	100,0%
	% de IT	44,0%	54,0%	51,4%	48,4%
30-44 años	Recuento	94	120	206	420
	% de grupos edad	22,4%	28,6%	49,0%	100,0%
	% de IT	8,9%	27,3%	29,2%	19,1%
45-59 años	Recuento	111	73	118	302
	% de grupos edad	36,8%	24,2%	39,1%	100,0%
	% de IT	10,5%	16,6%	16,7%	13,7%
60-74 años	Recuento	201	9	19	229
	% de grupos edad	87,8%	3,9%	8,3%	100,0%
	% de IT	19,1%	2,1%	2,7%	10,4%
75 años o más	Recuento	97			97
	% de grupos edad	100,0%			100,0%
	% de IT	9,2%			4,4%
Total	Recuento	1055	439	706	2200
	% de grupos edad	48,0%	20,0%	32,1%	100,0%
	% de IT	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

El valor de p es de 0,000; por ello **encontramos significación estadística en los resultados** .

Estadísticos	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	480,503	10	,000
Razón de verosimilitud	575,767	10	,000

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5
.La frecuencia mínima esperada es 17,56.

Resumiendo, **la IT se produce sobre todo a expensas del grupo de edad de 14-29 años, que es el grupo de edad con mayor número de accidentes**. En el grupo de edad de 30-44 años la situación de IT se produce con un % de casi el doble que la situación de no IT. Ello se debe a que es un grupo de población en edad de trabajar.

Mediante la prueba de Kruskal-Wallis se calculó la mediana de días de IT desde el punto de vista asistencial y para cada grupo de edad.

- El grupo de 0-13 años y el de 75 o más años no tuvo IT ya que no son subsidiarios de ella.
- 14-29 años. Tomando un IC del 95% y una desviación típica de 66,61, la media de días de incapacidad temporal fue de 24,70. El valor de la mediana resultó de 0,00 y el rango de 520, con un intervalo entre 0 y 520 días.

Grupo de edad	Estadísticos	Días de IT
14-29 años	Mediana Rango	0,00 520 (0-520)

■ 30-44 años. Tomando un IC del 95% y una desviación típica de 73,49, la media de días de Incapacidad temporal fue de 24,62 días. La mediana fue de 0,00 días y el rango fue de 864, oscilando entre 0 y 854

Grupo de edad	Estadísticos	Días de IT
30-44 años	Mediana Rango	0,00 854 (0-854)

■ 45-59 años. Con un IC del 95% y una desviación típica de 57,03, la media de días de incapacidad temporal fue de 20,33. El cálculo de la mediana dió un resultado de 0,00 días y el rango fue de 486, con un mínimo de 0 y un máximo de 486.

Grupo de edad	Estadísticos	Días de IT
45-59 años	Mediana Rango	0,00 486 (0-486)

■ 60-74 años. Para un IC del 95% y una desviación típica de 43,92, la media de días de incapacidad temporal fue de 14,05. Se obtuvo un valor para la mediana de 0,00 y el rango fue de 296, oscilando entre 0 y 296.

Grupo de edad	Estadísticos	Días de IT
60-74 años	Mediana Rango	0,00 296 (0-296)

La p para la prueba de Kruskal-Wallis fue de 0,00, es **decir los resultados obtenidos son estadísticamente significativos.**

Estadísticos	Días de IT
Chi-cuadrado	38,283
gl	5
Sig. asintót.	,000

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: grupos de edad

En todos los grupos de edad, el cálculo de la mediana dió un valor de 0,00, lo cual quiere decir que en más del 50% de casos no hubo situación de IT. **El grupo de edad de 30-44 años fue el que obtuvo el rango mayor de días de IT, 854 días.**

4.2.2.11. Relación entre grupos de edad y la incapacidad permanente.

Grupos de edad		Incapacidad Permanente			Total	
			NO	NO CONSTA		SI
0-13 años	Recuento		73	14	1	88
	% de grupos edad % de IP		83,0% 4,5%	15,9% 2,6%	1,1% 3,0%	100,0% 4,0%
14-29 años	Recuento	6	757	284	17	1064
	% de grupos edad % de IP	,6% 54,5%	71,1% 46,9%	26,7% 52,4%	1,6% 51,5%	100,0% 48,4%
30-44 años	Recuento	5	296	116	3	420
	% de grupos edad % de IP	1,2% 45,5%	70,5% 18,3%	27,6% 21,4%	,7% 9,1%	100,0% 19,1%
45-59 años	Recuento		227	70	5	302
	% de grupos edad % de IP		75,2% 14,1%	23,2% 12,9%	1,7% 15,2%	100,0% 13,7%
60-74 años	Recuento		182	41	6	229
	% de grupos edad % de IP		79,5% 11,3%	17,9% 7,6%	2,6% 18,2%	100,0% 10,4%
75 años o más	Recuento		79	17	1	97
	% de grupos edad % de IP		81,4% 4,9%	17,5% 3,1%	1,0% 3,0%	100,0% 4,4%
Total	Recuento	11	1614	542	33	2200
	% de grupos edad % de IP	,5% 100,0%	73,4% 100,0%	24,6% 100,0%	1,5% 100,0%	100,0% 100,0%

A pesar que sólo conocemos que existió una IP en 33 casos, esta se produce con un porcentaje del 51,5% en el grupo de 14-29 años de edad; un 18,2% en el grupo de edad de 60-74 años; con un 15,2% en el de 45-59 años y un 9,1% en el grupo de 30-44 años.

El valor de p es de 0,018, es decir inferior a 0,05, **siendo los resultados observados estadísticamente significativos.**

Estadísticos	Valor	g	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	28,634	15	,018
Razón de verosimilitud	32,042	15	,006

a 9 casillas (37,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es ,44.

4.2.2.3. Relación entre tipo de accidente y otras variables.

4.2.2.3.1. Edad.

➤ ATROPELLO.

La media de edad en los atropellos fué de 48,96 años, con una desviación típica de 25,22 y un IC del 95% (46,35-51,56). La mediana de edad fue de 53,00 años y el rango de 91, oscilando entre 2 y 93.

Tipo de accidente	Estadísticos	Edad
Atropello	Mediana	53,00
	Rango	91 (2-93)

➤ **AUTOBÚS.**

La media de edad en los accidentes de autobús fue de 59,53 años, con una desviación típica de 14,67, para un IC del 95% (54,24-64,82). La mediana fue de 63,50 el rango fue de 60 y osciló entre 16 de mínimo y 76 de máximo.

Tipo de accidente	Estadísticos	Edad
Autobús	Mediana	63,50
	Rango	60 (16-76)

➤ **BICICLETA.**

La media de edad en los accidentes de bicicleta para un IC del 95% (32,79-44,40), fue de 38,60 años, la desviación típica de 18,63, la mediana de 37,50 y el rango de 64, siendo el rango mínimo de 12 y el máximo de 76.

Tipo de accidente	Estadísticos	Edad
Bicicleta	Mediana	37,50
	Rango	64 (12-76)

➤ **CAMIÓN.**

La edad en los accidentes de camión fué de 43,94 años, con un IC del 95% (37,69-50,19) y una desviación típica del 11,73. La mediana fue de 42,50, el rango es de 49 con un mínimo de 22 y un máximo de 71.

Tipo de accidente	Estadísticos	Edad
Camión	Mediana	42,50
	Rango	49 (22-71)

➤ **COCHE.**

La media de edad en los accidentes de coche para un IC del 95% (34,29-36,26) y una desviación típica de 16,49, fué de 35,28 años. La mediana fué de 31,00 y el rango medio de 91, siendo el rango mínimo de 1 y el máximo de 92.

Tipo de accidente	Estadísticos	Edad
Coche	Mediana	31,00
	Rango	91 (1-92)

➤ **MOTO.**

La media de edad en los accidentes de motocicleta fué de 24,48, para un IC del 95% (23,49-25,47) y una desviación típica de 12,90. El cálculo de la mediana dió un resultado de 19,00, siendo el rango de 86, con un intervalo comprendido entre 2 y 88.

Tipo de accidente	Estadísticos	Edad
Motocicleta	Mediana	19,00
	Rango	86 (2-88)

➤ OTROS TIPOS DE ACCIDENTES.

La edad en otros accidentes fué de 51,00 años, con un IC del 95% (41,45-50,19) y una desviación típica del 11,73. La mediana fué de 42,50, el rango es de 49 con un mínimo de 22 y un máximo de 71.

Tipo de accidente	Estadísticos	Edad
Otros	Mediana	42,50
	Rango	49 (22-71)

➤ TRÁFICO.

La edad en el tipo de accidentes no especificados fué de 39,00 años, con un IC del 95% (22,16-55,84) y una desviación típica del 16,05. La mediana fue de 36,50, el rango es de 38 con un mínimo de 20 y un máximo de 58.

Tipo de accidente	Estadísticos	Edad
Tráfico	Mediana	36,50
	Rango	38 (20-58)

El valor de p es menor o igual a 0,05 ($p=0,000$), por lo tanto se comprueba que **existen diferencias significativas entre la edad y las diferentes causas de accidentes de tráfico.**

Estadísticos	Edad
Chi-cuadrado	460,376
gl	7
Sig. asintót.	,000

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: tipo de accidente

Teniendo en cuenta si el accidente tuvo relación o no con el trabajo y despreciando 5 casos en que no constaba el dato, obtenemos estos resultados:

➤ ACCIDENTES LABORALES

La media de edad para los accidentes laborales, fue de 32,31 años, con IC del 95% (30,52-34,09) y desviación típica de 12,74. La mediana resultó de 30,00 años y el rango de 57, oscilando entre 11 y 68.

Tipo de accidente	Estadísticos	Edad
Laboral	Mediana	30,00
	Rango	57 (11-68)

➤ ACCIDENTES NO LABORALES.

La media de edad para los accidentes no laborales, fue de 35,17 años, con IC del 95% (34,30-36,04) y desviación típica de 19,91. La mediana resultó de 28,00 años y el rango de 92, oscilando entre 1 y 93.

Tipo de accidente	Estadísticos	Edad
No Laboral	Mediana Rango	28,00 92 (1-93)

La p para la prueba de Kruskal-Wallis fue de 0,656, al ser mayor de 0,05, **los resultados no son estadísticamente significativos.**

Estadísticos	Edad
Chi-cuadrado	,844
gl	2
Sig. asintót.	,656

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: tipo de accidente

4.2.2.3.2. Número de visitas.

➤ ATROPELLO.

La media del número de visitas en los atropellos fué de 2,59 visitas, con un IC del 95% (2,34-2,84) y una desviación típica de 2,40. La mediana fué de 2,00 visitas, con un rango de 19, comprendido entre 1 y 20.

Tipo de accidente	Estadísticos	Nº visitas
Atropello	Mediana Rango	2,00 19 (1-20)

➤ AUTOBÚS.

La media del número de visitas en los accidentes de autobús fué de 2,31, con una desviación típica de 2,32, para un IC del 95% (1,48-3,15). La mediana fué de 1,00 visita y el rango de 10 y osciló entre 1 de mínimo y 11 de máximo.

Tipo de accidente	Estadísticos	Nº visitas
Autobús	Mediana Rango	1,00 10 (1-11)

➤ BICICLETA.

La media del número de visitas en los accidentes de bicicleta para un IC del 95% (1,80-3,25), fué de 2,52, la desviación típica de 2,32, la mediana de 1,00 visita y el rango de 9, siendo el rango mínimo de 1 y el máximo de 10.

Tipo de accidente	Estadísticos	Nº visitas
Bicicleta	Mediana Rango	1,00 9 (1-10)

➤ CAMIÓN.

La media del número de visitas en los accidentes de camión fué de 1,88, con un IC del 95% (1,30-2,45) y una desviación típica de 1,09. La mediana fué de 1,50 visitas, el rango de 3 con un mínimo de 1 y un máximo de 4.

Tipo de accidente	Estadísticos	Nº visitas
Camión	Mediana	1,50
	Rango	3 (1-4)

➤ COCHE.

La media del número de visitas en los accidentes de coche para un IC del 95% (1,79-1,99) y una desviación típica de 1,72, fué de 1,89. La mediana fué de 1,00 y el rango medio de 13, siendo el rango mínimo de 1 y el máximo de 14.

Tipo de accidente	Estadísticos	Nº visitas
Coche	Mediana	1,00
	Rango	13 (1-14)

➤ MOTO.

La media del número de visitas en los accidentes de motocicleta fué de 2,28, para un IC del 95% (2,11-2,46) y una desviación típica de 2,30. El cálculo de la mediana dió un resultado de 1,00, siendo el rango de 17, con un intervalo entre 1 y 18.

Tipo de accidente	Estadísticos	Nº visitas
Motocicleta	Mediana	1,00
	Rango	17 (1-18)

➤ OTROS TIPOS DE ACCIDENTES.

La media del número de visitas en otros accidentes fué de 1,53, con un IC del 95% (0,95-2,12) y una desviación típica de 1,06. La mediana fué de 1,00, el rango de 3 con un mínimo de 1 y un máximo de 4.

Tipo de accidente	Estadísticos	Nº visitas
Otros	Mediana	1,00
	Rango	3 (1-4)

➤ TRÁFICO

La media del número de visitas en el tipo de accidentes no especificados fué de 1,33, con un IC del 95% (0,48-2,19) y una desviación típica de 0,82. La mediana fué de 1,00, el rango de 2 con un mínimo de 1 y un máximo de 3.

Tipo de accidente	Estadísticos	Nº visitas
Tráfico	Mediana	1,00
	Rango	2 (1-3)

La p para la prueba de Kruskal-Wallis resultó ser de 0,000; es decir **estadísticamente significativa**.

Estadísticos	Nº visitas
Chi-cuadrado	54,462
gl	7
Sig. asintót.	,000

- a Prueba de Kruskal-Wallis
b Variable de agrupación: tipo de accidente

4.2.2.3.3. Valoración médico-legal de los días precisados hasta alcanzar la sanidad.

a) Días totales hasta alcanzar la sanidad.

➤ ATROPELLO.

La media de días totales hasta alcanzar la sanidad en los atropellos fué de 128,24, con un IC del 95% (115,07-141,42) y una desviación típica de 127,14. La mediana resultó ser de 99,00 días totales, y el rango de 1.100, entre 0 y 1.100.

Tipo de accidente	Estadísticos	Días Totales
Atropello	Mediana	99,00
	Rango	1100 (0-1100)

➤ AUTOBÚS.

La media de días totales en los accidentes de autobús fué de 194,25, con una desviación típica de, para un IC del 95% (99,18-289,32). La mediana fué de 119,50 días totales, el rango de 1.334 y osciló entre 10 de mínimo y 1.344 de máximo.

Tipo de accidente	Estadísticos	Días Totales
Autobús	Mediana	119,50
	Rango	1334 (10-1344)

➤ BICICLETA.

La media de días totales en los accidentes de bicicleta para un IC del 95% (73,68-147,41), fué de 110,55, la desviación típica de 118,30, la mediana de 60,00 días totales y el rango de 501, siendo el rango mínimo de 5 y el máximo de 506.

Tipo de accidente	Estadísticos	Días Totales
Bicicleta	Mediana	60,00
	Rango	501 (5-506)

➤ CAMIÓN.

La media de días totales en los accidentes de camión fué de 77,44, con un IC del 95% (36,72-118,16) y una desviación típica de 76,50. La mediana fué de 67,50 días, el rango de 300 con un mínimo de 0 y un máximo de 300.

Tipo de accidente	Estadísticos	Días Totales
Camión	Mediana	67,50
	Rango	300 (0-300)

➤ COCHE.

La media de días totales en los accidentes de coche para un IC del 95% (80,70-93,39) y una desviación típica de 105,83, fué de 87,04 días. La mediana fué de 50,00 días totales y el rango de 860, siendo el rango mínimo de 0 y el máximo de 860.

Tipo de accidente	Estadísticos	Días Totales
Coche	Mediana	50,00
	Rango	860 (0-860)

➤ MOTO.

La media de días totales en los accidentes de motocicleta fué de 110,58 días, el IC del 95% (99,27-121,88) y una desviación típica de 146,68. El cálculo de la mediana dió un resultado de 55,00; siendo el rango de 1.517, con un intervalo entre 0 y 1.517.

Tipo de accidente	Estadísticos	Días Totales
Motocicleta	Mediana	55,00
	Rango	1517 (0-1517)

➤ OTROS TIPOS DE ACCIDENTES.

La media de días totales en otros accidentes fué de 80,57, con un IC del 95% (37,39-123,75) y una desviación típica de 74,80. La mediana fué de 50,00 días totales, el rango de 224 con un mínimo de 10 y un máximo de 234.

Tipo de accidente	Estadísticos	Días Totales
Otros	Mediana	50,00
	Rango	224 (10-234)

➤ TRÁFICO.

La media de días totales en el tipo de accidentes no especificados fué de 157,33 días, con un IC del 95% ((-70,21)-384,88) y una desviación típica de 216,82. La mediana fué de 28,00 días, el rango de 441 con un mínimo de 7 y un máximo de 448.

Tipo de accidente	Estadísticos	Días Totales
Tráfico	Mediana	28,00
	Rango	441 (7-448)

La p para la prueba de Kruskal-Wallis resultó ser inferior a 0,05 ($p=0,000$), por ello **los resultados obtenidos son estadísticamente significativos.**

Estadísticos	Días Totales
Chi-cuadrado	63,510
gl	7
Sig. asintót.	,000

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: tipo de accidente

La relación entre el tipo de accidente laboral/no laboral y los días totales careció de significación estadística.

b) Días Impeditivos

➤ ATROPELLO.

La media de días impeditivos en los atropellos fué de 113,27 días, el IC del 95% (102,55-124,00) y la desviación típica de 103,74. El cálculo de la mediana dió un resultado de 90,00 días impeditivos; siendo el rango de 700 y el intervalo entre 0 y 700.

Tipo de accidente	Estadísticos	Días Impeditivos
Atropello	Mediana	90,00
	Rango	700 (0-700)

➤ AUTOBÚS.

La media de días impeditivos en los accidentes de autobús fué de 184,00 días, el IC del 95% (93,35-274,65) y una desviación típica de 251,44. El cálculo de la mediana dió un resultado de 118,50 días impeditivos; siendo el rango de 1.337, con un intervalo entre 0 y 1.344.

Tipo de accidente	Estadísticos	Días Impeditivos
Autobús	Mediana	118,50
	Rango	1337 (7-1344)

➤ BICICLETA.

La media de días impeditivos en los accidentes de bicicleta para un IC del 95% (32,79-44,40), fué de 103,88, la desviación típica de 120,50, la mediana de 59,00 días impeditivos y el rango de 506, siendo el rango mínimo de 0 y el máximo de 506.

Tipo de accidente	Estadísticos	Días Impeditivos
Bicicleta	Mediana	59,00
	Rango	506 (0-506)

➤ CAMIÓN.

La media de días impeditivos en los accidentes de camión fué de 75,63, con un IC del 95% (34,24-117,01) y una desviación típica de 77,67. La mediana fué de 67,50, el rango es de 300 con un mínimo de 0 y un máximo de 300.

Tipo de accidente	Estadísticos	Días Impeditivos
Camión	Mediana	67,50
	Rango	300 (0-300)

➤ COCHE.

La media de días improductivos en los accidentes de coche para un IC del 95% (72,39-84,81) y una desviación típica de 103,64, fué de 78,60. La mediana fué de 45,00 y el rango medio de 860, siendo el rango mínimo de 0 y el máximo de 860.

Tipo de accidente	Estadísticos	Días Improductivos
Coche	Mediana	45,00
	Rango	860 (0-860)

➤ MOTO.

La media de días improductivos en los accidentes de motocicleta fué de 101,97 para un IC del 95% (91,10-112,85) y una desviación típica de 141,08. El cálculo de la mediana dió un resultado de 46,00, siendo el rango de 1.517, con un intervalo comprendido entre 0 y 1.517.

Tipo de accidente	Estadísticos	Días Improductivos
Motocicleta	Mediana	46,00
	Rango	1517 (0-1517)

➤ OTROS TIPOS DE ACCIDENTES.

La media de días improductivos en otros accidentes fué de 72,87, con un IC del 95% (30,41-115,32) y una desviación típica del 76,67. La mediana fue de 40,00, el rango es de 234 con un mínimo de 0 y un máximo de 234.

Tipo de accidente	Estadísticos	Días Improductivos
Otros	Mediana	40,00
	Rango	234 (0-234)

➤ TRÁFICO.

La media de días improductivos en el tipo de accidentes no especificados fué de 157,33, con un IC del 95% ((-70,21)-384,88) y una desviación típica de 216,82. La mediana fué de 28,00 días, el rango de 441 con un mínimo de 0 y un máximo de 448.

Tipo de accidente	Estadísticos	Días Improductivos
Tráfico	Mediana	28,00
	Rango	441 (7-448)

El valor de p para la prueba de Kruskal-Wallis resultó ser inferior a 0,05 (p=0,000), **es decir existe significación estadística.**

Estadísticos	Días Improductivos
Chi-cuadrado	64,075
gl	7
Sig. asintót.	,000

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: Días Improductivos

La relación entre el tipo de accidente laboral/no laboral y los días improductivos careció de significación estadística.

b) Días No Improductivos.

➤ ATROPELLO.

La media de días no improductivos en los atropellos fué de 14,61 días, el IC del 95% (7,72) y la desviación típica de 66,42. El cálculo de la mediana dió un resultado de 0,00 días no improductivos; siendo el rango de 959 y el intervalo entre 0 y 959.

Tipo de accidente	Estadísticos	Días No Improductivos
Atropello	Mediana	0,00
	Rango	959 (0-959)

➤ AUTOBÚS.

La media de días no improductivos en los accidentes de autobús fué de 10,25, con una desviación típica de 49,20, para un IC del 95% ((-7,48)-27,98). La mediana fué de 0,00 el rango de 277 (0-277) y osciló entre 0 de mínimo y 277 de máximo.

Tipo de accidente	Estadísticos	Días No Improductivos
Autobús	Mediana	0,00
	Rango	277 (0-277)

➤ BICICLETA.

La media de días no improductivos en los accidentes de bicicleta para un IC del 95% (1,36-12,40), fué de 6,88, la desviación típica de 17,71, la mediana de 0,00 y el rango de 89, siendo el rango mínimo de 0 y el máximo de 89.

Tipo de accidente	Estadísticos	Días No Improductivos
Bicicleta	Mediana	0,00
	Rango	89 (0-89)

➤ CAMIÓN.

La media de días no improductivos en los accidentes de camión fué de 1,81; con un IC del 95% ((-0,02)-3,64) y una desviación típica de 3,43. La mediana fué de 0,00 el rango de 10 con un mínimo de 0 y un máximo de 10.

Tipo de accidente	Estadísticos	Días No Improductivos
Camión	Mediana	0,00
	Rango	10 (0-10)

➤ COCHE.

La media de días no improductivos en los accidentes de coche para un IC del 95% (6,52-9,66) y una desviación típica de 26,20, fué de 8,09. La mediana fué de 0,00 y el rango medio de 250, siendo el rango mínimo de 0 y el máximo de 250.

Tipo de accidente	Estadísticos	Días No Impeditivos
Coche	Mediana Rango	0,00 250 (0-250)

➤ MOTO.

La media de días no impeditivos en los accidentes de motocicleta fué de 8,29 para un IC del 95% (5,63-10,96) y una desviación típica de 34,54. El cálculo de la mediana dió un resultado de 0,00, siendo el rango de 640, con un intervalo comprendido entre 0 y 640.

Tipo de accidente	Estadísticos	Días No Impeditivos
Motocicleta	Mediana Rango	0,00 640 (0-640)

➤ OTROS TIPOS DE ACCIDENTES.

La media de días no impeditivos en otros accidentes fué de 2,50, con un IC del 95% ((-0,44)-5,44) y una desviación típica del 5,09. La mediana fué de 0,00, el rango de 15 con un mínimo de 0 y un máximo de 15.

Tipo de accidente	Estadísticos	Días No Impeditivos
Otros	Mediana Rango	0,00 15 (0-15)

➤ TRÁFICO.

Cuando el tipo de accidente es un accidente de tráfico sin especificar, los días no impeditivos se han desestimado por ser una constante.

La p para la prueba de Kruskal-wallis es mayor de 0,05, siendo **los resultados no estadísticamente significativos.**

Estadísticos	Días No Impeditivos
Chi-cuadrado	7,826
gl	7
Sig. asintót.	,348

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: tipo de accidente

La relación entre el tipo de accidente laboral/no laboral y los días noimpeditivos careció de significación estadística.

d)Días de Estancia Hospitalaria.

➤ ATROPELLO.

La media de días de estancia hospitalaria en los atropellos fué de 6,84, con un IC del 95% (5,33-8,34) y una desviación típica de 14,50. La mediana fué de 0,00, el rango de 174 con un mínimo de 0 y un máximo de 174.

Tipo de accidente	Estadísticos	Días Estancia Hospitalaria
Atropello	Mediana	0,00
	Rango	174 (0-174)

➤ **AUTOBÚS.**

La media de días de estancia hospitalaria en los accidentes de autobús fué de 16,16, con una desviación típica de 30,76, para un IC del 95% (5,07-27,25). La mediana fué de 0,00 y el rango de 141 y osciló entre 0 de mínimo y 141 de máximo.

Tipo de accidente	Estadísticos	Días Estancia Hospitalaria
Autobús	Mediana	0,00
	Rango	141 (0-141)

➤ **BICICLETA.**

La media de días de estancia hospitalaria en los accidentes de bicicleta para un IC del 95% ((-0,42-22,04), fué de 10,81, la desviación típica de 36,04, la mediana de 0,00 y el rango de 64, siendo el rango mínimo de 0 y el máximo de 200.

Tipo de accidente	Estadísticos	Días Estancia Hospitalaria
Bicicleta	Mediana	0,00
	Rango	200 (0-200)

➤ **CAMIÓN.**

La media de días de estancia hospitalaria en los accidentes de camión fué de 5,31, con un IC del 95% (1,12-9,51) y una desviación típica del 11,73. La mediana fué de 0,50, el rango de 28 con un mínimo de 0 y un máximo de 28.

Tipo de accidente	Estadísticos	Días Estancia Hospitalaria
Camión	Mediana	0,50
	Rango	28 (0-28)

➤ **COCHE.**

La media de días de estancia hospitalaria en los accidentes de coche para un IC del 95% (2,87-5,33) y una desviación típica de 16,49, fué de 4,10. La mediana fué de 31,00 y el rango medio de 91, siendo el rango mínimo de 1 y el máximo de 92.

Tipo de accidente	Estadísticos	Días Estancia Hospitalaria
Coche	Mediana	0,00
	Rango	472 (0-472)

➤ **MOTO.**

La media de días de estancia hospitalaria en los accidentes de motocicleta fué de 7,11, para un IC del 95% (5,55-8,67) y una desviación típica de 20,15. El cálculo de

la mediana dió un resultado de 0,00; siendo el rango de 248, con un intervalo comprendido entre 0 y 248.

Tipo de accidente	Estadísticos	Días Estancia Hospitalaria
Motocicleta	Mediana	0,00
	Rango	248 (0-248)

➤ OTROS TIPOS DE ACCIDENTES.

La media de días de estancia hospitalaria en otros accidentes fué de 3,33; con un IC del 95% ((-0,54)-7,20) y una desviación típica de 6,99. La mediana fué de 0,00, el rango es de 22 con un mínimo de 0 y un máximo de 22.

Tipo de accidente	Estadísticos	Días Estancia Hospitalaria
Otros	Mediana	0,00
	Rango	22 (0-22)

➤ TRÁFICO.

La media de días de estancia hospitalaria en el tipo de accidentes no especificados fué de 98,67, con un IC del 95% ((-77,30)-274,64) y una desviación típica de 167,68. La mediana fué de 0,00, el rango de 405 con un mínimo de 0 y un máximo de 405.

Tipo de accidente	Estadísticos	Días Estancia Hospitalaria
Tráfico	Mediana	0,00
	Rango	405 (0-405)

La p para la prueba de Kruskal-Wallis fué inferior a 0,05 ($p=0,000$), **siendo los resultados hallados estadísticamente significativos.**

Estadísticos	Días Estancia Hospitalaria
Chi-cuadrado	104,130
gl	7
Sig. asintót.	,000

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: estancia hospitalaria

La relación entre el tipo de accidente laboral/no laboral y los días de estancia hospitalaria careció de significación estadística.

4.2.2.3.4. Número de diagnósticos por caso.

➤ ATROPELLO.

La media del número de diagnósticos en los atropellos fué de 2,91, con un IC del 95% (2,73-3,09) y una desviación típica de 1,74. La mediana fué de 2,00 diagnósticos, con un rango de 10, comprendido entre 1 y 11.

Tipo de accidente	Estadísticos	Nº diagnósticos
Atropello	Mediana	2,00
	Rango	10 (1-11)

➤ **AUTOBÚS.**

La media del número de diagnósticos en los accidentes de autobús fué de 3,25 con una desviación típica de 3,32, para un IC del 95% (2,05-4,45). La mediana fué de 2,00 diagnósticos y el rango de 17 y osciló entre 1 de mínimo y 18 de máximo.

Tipo de accidente	Estadísticos	Nº diagnósticos
Autobús	Mediana	2,00
	Rango	17 (1-18)

➤ **BICICLETA.**

La media del número de diagnósticos en los accidentes de bicicleta para un IC del 95% (2,30-3,18), fué de 2,74, la desviación típica de 1,41, la mediana de 3,00 y el rango de 7, siendo el rango mínimo de 1 y el máximo de 8.

Tipo de accidente	Estadísticos	Nº diagnósticos
Bicicleta	Mediana	3,00
	Rango	7 (1-8)

➤ **CAMIÓN.**

La media del número de diagnósticos en los accidentes de camión fué de 3,19 con un IC del 95% (2,15-4,22) y una desviación típica de 1,90. La mediana fué de 3,00 diagnósticos, el rango de 6 con un mínimo de 1 y un máximo de 7.

Tipo de accidente	Estadísticos	Nº diagnósticos
Camión	Mediana	3,00
	Rango	6 (1-7)

➤ **COCHE.**

La media del número de diagnósticos en los accidentes de coche para un IC del 95% (2,33-2,53) y una desviación típica de 1,73, fué de 2,43. La mediana fué de 2,00 y el rango medio de 12, siendo el rango mínimo de 1 y el máximo de 13.

Tipo de accidente	Estadísticos	Nº diagnósticos
Coche	Mediana	2,00
	Rango	12 (1-13)

➤ **MOTO.**

La media del número de diagnósticos en los accidentes de motocicleta fué de 2,97, para un IC del 95% (2,84-3,11) y una desviación típica de 1,76. El cálculo de la mediana dió un resultado de 3,00, siendo el rango de 13, con un intervalo entre 1 y 14.

Tipo de accidente	Estadísticos	Nº diagnósticos
Motocicleta	Mediana	3,00
	Rango	13 (1-14)

➤ OTROS TIPOS DE ACCIDENTES.

La media del número de diagnósticos en otros accidentes fué de 3,07 con un IC del 95% (2,22-3,92) y una desviación típica de 1,53. La mediana fué de 3,00, el rango de 5 con un mínimo de 1 y un máximo de 6.

Tipo de accidente	Estadísticos	Nº diagnósticos
Otros	Mediana	3,00
	Rango	5 (1-6)

➤ TRÁFICO

La media del número de diagnósticos en el tipo de accidentes no especificados fué de 2,83, con un IC del 95% (0,91-4,76) y una desviación típica de 1,83. La mediana fué de 2,00, el rango de 5 con un mínimo de 1 y un máximo de 6.

Tipo de accidente	Estadísticos	Nº diagnósticos
Tráfico	Mediana	1,00
	Rango	5 (1-6)

La p para la prueba de Kruskal-Wallis fué inferior a 0,05 ($p=0,000$), así **los resultados obtenidos son significativos.**

Estadísticos	Nº Diagnósticos
Chi-cuadrado	81,020
gl	7
Sig. asintót.	,000

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: tipo de accidente

La relación entre el tipo de accidente laboral/no laboral y el número de diagnósticos careció de significación estadística.

4.2.2.3.5. Número secuelas.

➤ ATROPELLO.

La media del número de secuelas en los atropellos fué de 1,67, con IC del 95% (1,48-1,86) y una desviación típica de 1,83. la mediana resultó ser de 1,00 secuela, y el rango de 11, oscilando entre 0 y 11.

Tipo de accidente	Estadísticos	Nº secuelas
Atropello	Mediana	1,00
	Rango	11 (0-11)

➤ **AUTOBÚS.**

La media del número de secuelas en los accidentes de autobús fue de 1,91, con una desviación típica de 2,58, para un IC del 95% (0,98-2,84). La mediana fue de 1,00 secuela y el rango de 11 y osciló entre 0 de mínimo y 11 de máximo.

Tipo de accidente	Estadísticos	Nº secuelas
Autobús	Mediana Rango	1,00 11 (0-11)

➤ **BICICLETA.**

La media del número de secuelas en los accidentes de bicicleta para un IC del 95% (1,07-2,41), fue de 1,74, la desviación típica de 2,15, la mediana de 1,00 secuela y el rango de 8, siendo el rango mínimo de 0 y el máximo de 8.

Tipo de accidente	Estadísticos	Nº secuelas
Bicicleta	Mediana Rango	1,00 8 (0-8)

➤ **CAMIÓN.**

La media del número de secuelas en los accidentes de camión fué de 1,25, con un IC del 95% (0,23-2,27) y una desviación típica del 1,91. La mediana fué de 0,50 secuelas, el rango de 7 con un mínimo de 0 y un máximo de 7.

Tipo de accidente	Estadísticos	Nº secuelas
Camión	Mediana Rango	0,50 7 (0-7)

➤ **COCHE.**

La media del número de secuelas en los accidentes de coche para un IC del 95% (0,93-1,13) y una desviación típica de 1,68, fue de 1,03. La mediana fué de 0,00 y el rango medio de 12, siendo el rango mínimo de 0 y el máximo de 12.

Tipo de accidente	Estadísticos	Nº secuelas
Coche	Mediana Rango	0,00 12 (0-12)

➤ **MOTO.**

La media del número de secuelas en los accidentes de motocicleta fue de 1,31, para un IC del 95% (1,15-1,48) y una desviación típica de 2,16. El cálculo de la mediana dio un resultado de 1,00, siendo el rango de 21, con un intervalo comprendido entre 0 y 21.

Tipo de accidente	Estadísticos	Nº secuelas
Motocicleta	Mediana Rango	0,00 21 (0-21)

➤ OTROS TIPOS DE ACCIDENTES.

La media del número de secuelas en otros accidentes fué de 1,53, con un IC del 95% (0,73-2,34) y una desviación típica de 1,46. La mediana fue de 1,00, el rango de 5, con un mínimo de 0 y un máximo de 5.

Tipo de accidente	Estadísticos	Nº secuelas
Otros	Mediana Rango	1,00 5 (0-5)

➤ TRÁFICO.

La media del número de secuelas en el tipo de accidentes no especificados fué de 1,33, con un IC del 95% ((-0,93)-3,60) y una desviación típica de 2,16. La mediana fue de 0,00, el rango es de 5 con un mínimo de 0 y un máximo de 5.

Tipo de accidente	Estadísticos	Nº secuelas
Tráfico	Mediana Rango	0,00 5 (0-5)

La p para la prueba de Kruskal-Wallis es de 0,000; por ello **los resultados son estadísticamente significativos.**

Estadísticos	Nº secuelas
Chi-cuadrado	67,478
gl	7
Sig. asintót.	,000

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: tipo de accidente

➤ ACCIDENTE LABORAL

La media del número de secuelas en los accidentes laborales fué de 1,45 secuelas, con un IC del 95% (1,21-1,69) y una desviación típica de 1,74. La mediana fue de 1,00 secuelas, el rango es de 9 con un mínimo de 0 y un máximo de 9.

Tipo de accidente	Estadísticos	Nº secuelas
Laboral	Mediana Rango	1,00 9 (0-9)

➤ ACCIDENTE NO LABORAL

La media del número de secuelas en los accidentes no laborales fué de 1,23 secuelas, con un IC del 95% (1,15-1,31) y una desviación típica de 1,91. La mediana fue de 1,00, el rango es de 21 con un mínimo de 0 y un máximo de 21.

Tipo de accidente	Estadísticos	Nº secuelas
No Laboral	Mediana Rango	1,00 21 (0-21)

La p para la prueba de Kruskal-Wallis es de 0,024; por ello **los resultados son estadísticamente significativos.**

Estadísticos	Nº secuelas
Chi-cuadrado	7,462
gl	2
Sig. asintót.	,024

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: tipo de accidente

4.2.2.3.6. Demora.

➤ ATROPELLO.

La demora en el primer reconocimiento médico-forense en los atropellos obtuvo una media de 107,02 días, con IC del 95% (98,71-115,32) y desviación típica de 80,03. La mediana fué de 90,00 días, y el rango de 730 comprendido entre 14 y 744.

Tipo de accidente	Estadísticos	Demora
Atropello	Mediana	90,00
	Rango	730 (14-744)

➤ AUTOBÚS.

La demora en el primer reconocimiento médico-forense en los accidentes de autobús tuvo una media de 234,59 días, con una desviación típica de 281,136, para un IC del 95% (133,23-335,95). La mediana fué de 171,00 días y el rango de 1.217 oscilando entre 20 días de mínimo y 1.237 de máximo.

Tipo de accidente	Estadísticos	Demora
Autobús	Mediana	171,00
	Rango	1217 (20-1237)

➤ BICICLETA.

La demora en los accidentes de bicicleta para un IC del 95% (90,70-139,02), fué de 114,86 días, la desviación típica de 77,53, la mediana de 110,00 días y el rango de 380, siendo el rango mínimo de 12 y el máximo de 392

Tipo de accidente	Estadísticos	Demora
Bicicleta	Mediana	110,00
	Rango	380 (12-392)

➤ CAMIÓN.

La demora en los accidentes de camión tuvo una media de 185,06 días, con un IC del 95% (92,71-277,42) y una desviación típica de 173,32. La mediana fué de 127,00 el rango de 509 con un mínimo de 25y un máximo de 534.

Tipo de accidente	Estadísticos	Demora
Camión	Mediana	127,00
	Rango	509 (25-534)

➤ COCHE.

La demora en los accidentes de coche para un IC del 95% (125,44-142,00) y una desviación típica de 137,78, obtuvo una media de 133,72 días. La mediana fué de 105,50 y el rango de 2.292, siendo el rango mínimo de 0 y el máximo de 2.292

Tipo de accidente	Estadísticos	Demora
Coche	Mediana	105,50
	Rango	2292 (0-2292)

➤ MOTO.

La demora en los accidentes de motocicleta tuvo una media de 135,02 días, con un IC del 95% (121,72-148,32) y una desviación típica de 12,90. El cálculo de la mediana dió un resultado de 104,00 días siendo el rango de 2.499, con un intervalo comprendido entre 0 y 2.499

Tipo de accidente	Estadísticos	Demora
Motocicleta	Mediana	104,00
	Rango	2499 (0-2499)

➤ OTROS TIPOS DE ACCIDENTES.

La demora en otros accidentes tuvo una media de 130,14 días, con un IC del 95% (94,51-165,78) y una desviación típica de 61,71. La mediana fué de 134,00, el rango de 207 con un mínimo de 46 y un máximo de 253.

Tipo de accidente	Estadísticos	Demora
Otros	Mediana	134,00
	Rango	207 (46-207)

➤ TRÁFICO.

La demora en el tipo de accidentes no especificados tuvo una media de 856,50 días, con IC del 95% ((-534,57)-2247,57) y desviación típica de 1325,54. La mediana fué de 335,50, el rango de 3.440 con un mínimo de 101 y un máximo de 3.541.

Tipo de accidente	Estadísticos	Demora
Tráfico	Mediana	335,50
	Rango	3440 (101-3541)

La p para la prueba de Kruskal-Wallis resultó inferior a 0,05 (p=0,000), siendo **los resultados estadísticamente significativos.**

Estadísticos	Demora
Chi-cuadrado	36,535
gl	7
Sig. asintót.	,000

- a Prueba de Kruskal-Wallis
b Variable de agrupación: tipo de accidente

➤ ACCIDENTE LABORAL

La demora en los accidentes laborales tuvo una media de 123,36 días, con un IC del 95% (11,89-134,83) y desviación típica de 81,41. La mediana dió un valor de 102,50, con un rango de 518, comprendido entre 14 y 532.

Tipo de accidente	Estadísticos	Demora
Laboral	Mediana	102,50
	Rango	518 (14-532)

➤ ACCIDENTE NO LABORAL

La demora en los accidentes no laborales tuvo una media de 132,03 días, con un IC del 95% (125,44-138,62) y desviación típica de 149,71. La mediana dió un valor de 103,00, con un rango de 2.499, comprendido entre 0 y 2.499.

Tipo de accidente	Estadísticos	Demora
No Laboral	Mediana	103,00
	Rango	2499 (0-2499)

La p para la prueba de Kruskal-Wallis obtuvo un valor de 0,015, por lo tanto **los resultados fueron estadísticamente significativos.**

Estadísticos	Demora
Chi-cuadrado	8,466
gl	2
Sig. asintót.	,015

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: tipo de accidente

4.2.2.3.7. Duración lesiones.

➤ ATROPELLO.

La media duración de las lesiones en los atropellos fué de 181,77 días con un IC del 95% (166,67-196,86) y desviación típica de 145,64. La mediana dió un valor de 103,00, con un rango de 1.198, comprendido entre 14 y 1.212.

Tipo de accidente	Estadísticos	Duración lesiones
Atropello	Mediana	153,50
	Rango	1198 (14-1212)

➤ AUTOBÚS.

La media duración de las lesiones en los accidentes de autobús fué de 309,53 días, con una desviación típica de 340,30, para un IC del 95% (186,84-432,22). La mediana fué de 221,50 el rango de 1.305 oscilando entre 28 y 1.333.

Tipo de accidente	Estadísticos	Duración lesiones
Autobús	Mediana	221,50
	Rango	1305 (28-1333)

➤ BICICLETA.

La media duración de las lesiones en los accidentes de bicicleta para un IC del 95% (143,82-219,23), fué de 181,52 días, la desviación típica de 121,01, la mediana de 158,00 y el rango de 481, siendo el rango mínimo de 31 y el máximo de 512.

Tipo de accidente	Estadísticos	Duración lesiones
Bicicleta	Mediana Rango	158,00 481 (31-512)

➤ CAMIÓN.

La media duración de las lesiones de camión fué de 246,13 días, con un IC del 95% (130,17-362,08) y una desviación típica de 217,61. La mediana fué de 165,50 días, el rango de 781 con un mínimo de 62 y un máximo de 843.

Tipo de accidente	Estadísticos	Duración lesiones
Camión	Mediana Rango	165,00 781 (0-843)

➤ COCHE.

La media duración de las lesiones en los accidentes de coche para un IC del 95% (165,24-188,84) y una desviación típica de 196,45, fué de 177,04 días. La mediana fué de 138,00 días y el rango de 3.944, siendo el rango mínimo de 0 y el máximo de 3.944.

Tipo de accidente	Estadísticos	Duración lesiones
Coche	Mediana Rango	138,00 3944 (0-3944)

➤ MOTO.

La media duración de las lesiones en los accidentes de motocicleta fué de 199,18 días, para un IC del 95% (182,92-215,43) y una desviación típica de 210,71. El cálculo de la mediana arrojó un resultado de 150,00, con rango de 2.480 y comprendido entre 19 y 2.499.

Tipo de accidente	Estadísticos	Duración lesiones
Motocicleta	Mediana Rango	150,00 2480 (19-2499)

➤ OTROS TIPOS DE ACCIDENTES.

La media duración de las lesiones en otros accidentes fué de 143,47 días, con un IC del 95% (103,73-183,21) y una desviación típica de 71,76. La mediana fué de 148,00 y el rango es de 207 con un mínimo de 46 y un máximo de 253.

Tipo de accidente	Estadísticos	Duración lesiones
Otros	Mediana Rango	148,00 207 (46-253)

➤ TRÁFICO.

La media duración de las lesiones en el tipo de accidentes no especificados fué de 863,33 días, con un IC del 95% ((-524,81)-2251,47) y una desviación típica de 1.322,75. La mediana fué de 356,00, el rango de 3.440 entre 101 y 3.541.

Tipo de accidente	Estadísticos	Duración lesiones
Tráfico	Mediana Rango	356,00 3440 (101-3541)

La p para la prueba de Kruskal-Wallis dió un valor inferior a 0,05 ($p=0,002$), ello supone que los resultados son estadísticamente significativos.

Estadísticos	Duración lesiones
Chi-cuadrado	22,596
gl	7
Sig. asintót.	,002

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: tipo de accidente

➤ ACCIDENTE LABORAL.

La media duración de las lesiones en los accidentes laborales fué de 190,34 días, con un IC del 95% (170,52-210,15) y una desviación típica de 140,65. La mediana fué de 162,00, el rango de 793 comprendido entre 19 y 812.

Tipo de accidente	Estadísticos	Duración lesiones
Laboral	Mediana Rango	162,00 793 (19-812)

➤ ACCIDENTE NO LABORAL.

La media duración de las lesiones en los accidentes no laborales fué de 186,40 días, con un IC del 95% (177,59-195,20) y una desviación típica de 200,02. La mediana fué de 143,00 y el rango de 3.944 comprendido entre 0 y 3.944.

Tipo de accidente	Estadísticos	Duración lesiones
No Laboral	Mediana Rango	143,00 3944 (0-3944)

La p para la prueba de Kruskal-Wallis es menor a 0,05 ($p=0,018$), así los resultados han sido estadísticamente significativos.

Estadísticos	Duración lesiones
Chi-cuadrado	8,000
gl	2
Sig. asintót.	,018

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: tipo de accidente

4.2.2.3.8. Días de IT en el ámbito asistencial.

➤ ATROPELLO.

La media del número de días de IT desde el punto de vista asistencial en los atropellos, fué de 14,53, con un IC del 95% (9,29-19,77) y una desviación típica de 50,68. La mediana resultó ser de 0,00 días de IT y el rango de 486, comprendido entre 0 y 486.

Tipo de accidente	Estadísticos	Días IT
Atropello	Mediana Rango	0,00 486 (0-486)

➤ AUTOBÚS.

La media del número de días de IT en los accidentes de autobús fué de 8,34 días, con una desviación típica de 28,80, para un IC del 95% ((-2,04)-18,73). La mediana fué de 0,00 y el rango de 134 oscilando entre 0 de mínimo y 134 de máximo.

Tipo de accidente	Estadísticos	Días IT
Autobús	Mediana Rango	0,00 134 (0-134)

➤ BICICLETA.

La media del número de días de IT en los accidentes de bicicleta para un IC del 95% ((-7,29)-34,15), fué de 13,43, la desviación típica de 66,48, la mediana de 0,00 y el rango de 429, siendo el rango mínimo de 0 y el máximo de 429.

Tipo de accidente	Estadísticos	Días IT
Bicicleta	Mediana Rango	0,00 429 (0-429)

➤ CAMIÓN.

La media del número de días de IT en los accidentes de camión fué de 19,63; con un IC del 95% ((-8,45-47,70) y una desviación típica de 52,70. La mediana fué de 0,00; el rango es de 210 con un mínimo de 0 y un máximo de 210.

Tipo de accidente	Estadísticos	Días IT
Camión	Mediana Rango	0,00 210 (0-210)

➤ COCHE.

La media del número de días de IT en los accidentes de coche para un IC del 95% (16,64-24,37) y una desviación típica de 64,63, fue de 20,51 días. La mediana fue de 0,00 y el rango medio de 854, siendo el rango mínimo de 0 y el máximo de 854.

Tipo de accidente	Estadísticos	Días IT
Coche	Mediana	0,00
	Rango	854 (0-854)

➤ MOTO.

La media del número de días de IT en los accidentes de motocicleta fué de 28,22, para un IC del 95% (23,09-33,35) y una desviación típica de 66,67. El cálculo de la mediana dió un resultado de 0,00, siendo el rango de 520, con un intervalo comprendido entre 0 y 520.

Tipo de accidente	Estadísticos	Días IT
Motocicleta	Mediana	0,00
	Rango	520 (0-520)

➤ OTROS TIPOS DE ACCIDENTES.

La media del número de días de IT otros accidentes fué de 19,87 días, con un IC del 95% ((-4,07)-43,81) y una desviación típica de 43,23. La mediana fue de 0,00; el rango es de 140 con un mínimo de 0 y un máximo de 140.

Tipo de accidente	Estadísticos	Días IT
Otros	Mediana	0,00
	Rango	140 (0-140)

➤ TRÁFICO.

La media del número de días de IT en el tipo de accidentes no especificados fué de 59,17, con un IC del 95% ((-13,33)-131,67) y una desviación típica de 69,08. La mediana fué de 0,00, el rango de 161 con un mínimo de 0 y un máximo de 161

Tipo de accidente	Estadísticos	Días IT
Tráfico	Mediana	0,00
	Rango	161 (0-161)

El valor de p para la prueba de Kruskal-Wallis es de 0,000; por ello **los resultados obtenidos son estadísticamente significativos.**

Estadísticos	Días IT
Chi-cuadrado	36,776
gl	7
Sig. asintót.	,000

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: tipo de accidente

➤ ACCIDENTE LABORAL.

La media del número de días de IT en los accidentes laborales fué de 30,00 días, con un IC del 95% (20,27-39,73) y una desviación típica de 69,43. La mediana fué de 0,00, el rango de 443 con un mínimo de 0 y un máximo de 443.

Tipo de accidente	Estadísticos	Días IT
Laboral	Mediana	0,00
	Rango	443 (0-443)

➤ ACCIDENTE NO LABORAL.

La media del número de días de IT en los accidentes no laborales fué de 20,69 días, con un IC del 95% (17,97-23,41) y una desviación típica de 62,03. La mediana fué de 0,00, el rango de 854 con un mínimo de 0 y un máximo de 854.

Tipo de accidente	Estadísticos	Días IT
No Laboral	Mediana	0,00
	Rango	854 (0-854)

La p para la prueba de Kruskal-Wallis es de 0,015, es decir que **los resultados obtenidos son estadísticamente significativos.**

Estadísticos	Días de IT
Chi-cuadrado	8,384
gl	2
Sig. asintót.	,015

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: tipo de accidente

4.2.2.4. Relación entre ocupación y otras variables.

4.2.2.4.1. Tipo de accidente.

Los profesionales de las fuerzas armadas, tuvieron más frecuentemente un accidente de motocicleta (60%), seguido de accidente de coche (20%) y bicicleta (20%).

Los ejecutivos y directivos, tuvieron más frecuentemente un accidente de coche (75%), seguido de atropello (10%), motocicleta (10%) y bicicleta (5%).

Los profesionales científicos e intelectuales, presentaron con más frecuencia un accidente de coche (69,3%), seguido de moto (15,9%), atropello (11,4%) y bicicleta (3,4%).

Los profesionales y técnicos de nivel medio, sufrieron con más frecuencia un accidente de coche (67,2%), seguido de motocicleta (18,4%), atropello (12,8%), bicicleta (0,8%) y un accidente de tráfico sin especificar (0,8%).

Los empleados de oficina, presentan sobre todo accidentes de coche (64%), en segundo lugar de motocicleta (21,3%), atropello (12,4%), autobús y camión con el mismo porcentaje (1,1%).

Los agricultores y trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros, sufren en primer lugar accidentes de coche (51,6%), seguido de accidentes de motocicleta (24,2%), atropello (9,7%), bicicleta y otros con un porcentaje idéntico (4,8%), camión (3,2%) y tráfico sin especificar (1,6%).

Los oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios, son víctimas principalmente de accidentes de coche (49,9%) y motocicleta (40,2%). Otros tipos de accidente son el atropello (7,2%), de bicicleta (1,5%), camión (0,5%) y con el mismo porcentaje (0,3%) accidentes de autobús, otros y de tráfico no especificado.

Los operarios de instalaciones y máquinas y montadores, presentan accidentes de coche (42,2%), motocicleta (32,8%), camión (14,1%), atropello (7,8%), accidentes de autobús y otros accidentes con un porcentaje cada uno del 1,6%.

Los trabajadores no calificados, sufren accidentes de coche (48,7%), de motocicleta (38,5%), atropello (9,4%), de bicicleta (2,6%) y de autobús (0,9%).

Los estudiantes, sufren más frecuentemente accidentes de motocicleta (47,3%), de coche (34,4%), atropello (15,9%) y bicicleta (2,4%).

Las amas de casa, son víctimas de accidentes de coche (69,6%), atropello (19,9%), motocicleta (4,4%), autobús (3,9%), otros (1,1%), bicicleta y camión (0,6%) cada uno.

Los jubilados, sufren sobre todo atropellos (48,2%), seguido de accidentes de coche (30,3%), de motocicleta (10,2%), autobús (6,6%), bicicleta (2,9%), otros (1,5%) y camión (0,4%).

Los desempleados son víctimas sobre todo de accidentes de motocicleta (47,6%), coche (39,7%), atropello (9,5%), bicicleta y otros (1,6%) cada uno.

Los autónomos (no constaba la profesión), padecieron más frecuentemente accidentes de coche (63,2%), de motocicleta (17,5%), atropello (15,8%), autobús y bicicleta con un porcentaje para ambos del 1,8%.

Finalmente cuando no constaba la ocupación, lo más frecuente es que padecieran accidentes de coche (40,3%) y motocicleta (35,8%) al igual que cuando no se tenía ninguna ocupación, coche (84,6%) y motocicleta (15,4%).

Atendiendo al tipo de accidente, **los accidentes de coche los padecieron en mayor porcentaje los oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios (18,1%)**, seguido de estudiantes (13,1%) y amas de casa (11,7%). Los que menos accidentes de coche padecieron fueron los profesionales de las fuerzas armadas.

Los accidentes de motocicleta los sufrieron sobre todo estudiantes (29,8%) y oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios (24,1%). El grupo que menos accidentes de motocicleta tuvo fueron los ejecutivos y directivos y los que no tenían ocupación ambos con un (0,3%).

Los atropellos los padecieron con diferencia respecto a los otros grupos los jubilados (36,5%), seguido de estudiantes (18%) y amas de casa (9,9%). Las personas que pertenecen a las fuerzas armadas no padecieron ningún atropello (0%).

Los accidentes de bicicleta, los sufrieron estudiantes (23,8%), jubilados (19%) y oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios (14,3%). No fueron víctimas de estos accidentes ni empleados de oficina ni trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados, operadores de instalaciones y máquinas, montadores y los que no tenían ninguna ocupación.

Los accidentes de autobús, los sufrieron en su inmensa mayoría los jubilados (56,3%) y en segundo lugar las amas de casa (21,9%). No padecieron accidentes de autobús, las personas que trabajaban en las fuerzas armadas, los científicos e intelectuales, los profesionales y técnicos de nivel medio, los agricultores, trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros, estudiantes y desempleados.

Los accidentes de camión, los sufrieron con un 56,3% los operarios de instalaciones, máquinas, montadores y conductores, seguidos de los agricultores, trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros (12,5%), los oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios (12,5), empleados de oficina, amas de casa y jubilados, estos tres últimos grupos con un 6,3% cada uno. El resto de grupos no se vió implicado en ningún accidente de camión.

El porcentaje de otros accidentes (motocultores, tractores, tren....), se dió sobre todo entre los jubilados (26,7%), los trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados (20,0%) y agricultores, trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros (20,0%).

El porcentaje de accidentes de tráfico sin especificar, se presentó con un 50% cuando no constaba la ocupación del lesionado y con un 16,7% en tres grupos, los profesionales y técnicos de nivel medio, los agricultores, trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros y los oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios.

Para todas las ocupaciones el accidente de coche es lo más frecuente.

Ocupación		Tipo de accidente							Total	
		Atropello	Autobús	Bicicleta	Camión	Coche	Moto	Otros		Tráfico
0 Fuerzas armadas	Recuento			1		1	3			5
	% ocupación			20,0%		20,0%	60,0%			100,0%
	% tipo accidente			2,4%		,1%	,5%			,2%
1 Ejecutivos y directivos	Recuento	2		1		15	2			20
	% ocupación	10,0%		5,0%		75,0%	10,0%			100,0%
	% tipo accidente	,6%		2,4%		1,4%	,3%			,9%
2 Prof científicos e intelectuales	Recuento	10		3		61	14			88
	% ocupación	11,4%		3,4%		69,3%	15,9%			100,0%
	% tipo accidente	2,8%		7,1%		5,7%	2,1%			4,0%
3 Prof y técnicos nivel medio	Recuento	16		1		84	23		1	125
	% de ocupación	12,8%		,8%		67,2%	18,4%		,8%	100,0%
	% tipo accidente	4,4%		2,4%		7,8%	3,5%		16,7%	5,7%
4 Empleados de oficina	Recuento	11	1		1	57	19			89
	% ocupación	12,4%	1,1%		1,1%	64,0%	21,3%			100,0%
	% tipo accidente	3,0%	3,1%		6,3%	5,3%	2,9%			4,0%
5 Servicios, vend comercio mercados	Recuento	15	2			97	57	3		174
	% ocupación	8,6%	1,1%			55,7%	32,8%	1,7%		100,0%
	% tipo accidente	4,1%	6,3%			9,0%	8,7%	20,0%		7,9%
6 Agricultores, agropecuarios, pesqueros	Recuento	6		3	2	32	15	3	1	62
	% ocupación	9,7%		4,8%	3,2%	51,6%	24,2%	4,8%	1,6%	100,0%
	% tipo accidente	1,7%		7,1%	12,5%	3,0%	2,3%	20,0%	16,7%	2,8%
7 Oficiales, operarios, artes, oficios	Recuento	28	1	6	2	195	157	1	1	391
	% ocupación	7,2%	,3%	1,5%	,5%	49,9%	40,2%	,3%	,3%	100,0%
	% tipo accidente	7,7%	3,1%	14,3%	12,5%	18,1%	24,1%	6,7%	16,7%	17,8%
8 Oper instal, máquinas, montadores, conductores	Recuento	5	1		9	27	21	1		64
	% ocupación	7,8%	1,6%		14,1%	42,2%	32,8%	1,6%		100,0%
	% tipo accidente	1,4%	3,1%		56,3%	2,5%	3,2%	6,7%		2,9%
9 Trabajadores no calificados	Recuento	11	1	3		57	45			117
	% ocupación	9,4%	,9%	2,6%		48,7%	38,5%			100,0%
	% tipo accidente	3,0%	3,1%	7,1%		5,3%	6,9%			5,3%
10 Estudiantes	Recuento	65		10		141	194			410
	% ocupación	15,9%		2,4%		34,4%	47,3%			100,0%
	% tipo accidente	18,0%		23,8%		13,1%	29,8%			18,6%
11 Amas de casa	Recuento	36	7	1	1	126	8	2		181
	% ocupación	19,9%	3,9%	,6%	,6%	69,6%	4,4%	1,1%		100,0%
	% tipo accidente	9,9%	21,9%	2,4%	6,3%	11,7%	1,2%	13,3%		8,2%
12 Jubilados	Recuento	132	18	8	1	83	28	4		274
	% ocupación	48,2%	6,6%	2,9%	,4%	30,3%	10,2%	1,5%		100,0%
	% tipo accidente	36,5%	56,3%	19,0%	6,3%	7,7%	4,3%	26,7%		12,5%
13 Parados	Recuento	6		1		25	30	1		63
	% ocupación	9,5%		1,6%		39,7%	47,6%	1,6%		100,0%
	% tipo accidente	1,7%		2,4%		2,3%	4,6%	6,7%		2,9%

14 No consta	Recuento % ocupación % tipo accidente	10 14,9% 2,8%		3 4,5% 7,1%		27 40,3% 2,5%	24 35,8% 3,7%		3 4,5% 50,0%	67 100,0% 3,0%
15 Autónomos	Recuento % ocupación % tipo accidente	9 15,8% 2,5%	1 1,8% 3,1%	1 1,8% 2,4%		36 63,2% 3,3%	10 17,5% 1,5%			57 100,0% 2,6%
16 Ninguna	Recuento % ocupación % tipo accidente					11 84,6% 1,0%	2 15,4% ,3%			13 100,0% ,6%
Total	Recuento % ocupación % tipo accidente	362 16,5% 100,0%	32 1,5% 100,0%	42 1,9% 100,0%	16 ,7% 100,0%	1075 48,9% 100,0%	652 29,6% 100,0%	15 ,7% 100,0%	6 ,3% 100,0%	2200 100,0% 100,0%

La p fue menor o igual de 0,05 ($p=0,000$), por lo tanto **los resultados observados presentan una relación desde el punto de vista estadístico**. Aunque los resultados no los consideramos fiables.

Estadísticos	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	820,166	112	,000
Razón de verosimilitud	642,379	112	,000

a 86 casillas (63,2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es ,01.

Se han contabilizado 198 accidentes laborales y 1.997 no laborales. En 5 ocasiones no se reflejó si el accidente fue laboral o no.

Las ocupaciones implicadas en los accidentes laborales han sido: en primer lugar los profesionales de las fuerzas armadas (0) con un porcentaje del 40%; seguido de los operadores de instalaciones y máquinas y montadores (8) con un 32,8%; los trabajadores no calificados (9) con un 18,8%; agricultores, agropecuarios y pesqueros (6) con un 17,7%; oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios (7) con un 17,1%; los ejecutivos y directores (1) con un 15%; empleados de oficina (4) con un 14,6%; trabajadores de servicios y vendedores de comercios y mercados (5) con un 10,9%; los profesionales y técnicos de nivel medio (3) con un 10,4%, los profesionales científicos e intelectuales (2) con un 8%; los parados (13) con un 7,9% y los autónomos (15) con un 7%.

Respecto al tipo de accidente, los accidentes laborales, se dan en el 33,8% de oficiales, operarios, artesanos de artes mecánicas y de otros oficios (7); el 11,1% de los trabajadores no calificados (9); el 10,6% de los operadores de instalaciones, máquinas y montadores (8); el 9,6% de los trabajadores de servicios y vendedores de comercios y mercados (5); el 6,6% de los profesionales y técnicos de nivel medio (3) y los empleados de oficina (4); el 5,6% de los agricultores y trabajadores calificados

agropecuarios y pesqueros (6), y el 3,5% de los profesionales científicos e intelectuales (2).

En el resto de grupos el porcentaje de accidentes laborales fué menor del 3% para cada uno.

Por lo tanto en todas las ocupaciones, **lo más frecuente es el accidente no laboral.**

Ocupación		Tipo de accidente			Total
		No consta	Laboral	No Laboral	
0 Fuerzas armadas	Recuento		2	3	5
	% ocupación		40,0%	60,0%	100,0%
	% tipo accidente		1,0%	,2%	,2%
1 Ejecutivos y directivos	Recuento		3	17	20
	% ocupación		15,0%	85,0%	100,0%
	% tipo accidente		1,5%	,9%	,9%
2 Prof científicos e intelectuales	Recuento		7	81	88
	% ocupación		8,0%	92,0%	100,0%
	% tipo accidente		3,5%	4,1%	4,0%
3 Prof y técnicos nivel medio	Recuento	1	13	111	125
	% ocupación	,8%	10,4%	88,8%	100,0%
	% tipo accidente	20,0%	6,6%	5,6%	5,7%
4 Empleados de oficina	Recuento		13	76	89
	% ocupación		14,6%	85,4%	100,0%
	% tipo accidente		6,6%	3,8%	4,0%
5 Servicios, vend comercio mercados	Recuento		19	155	174
	% ocupación		10,9%	89,1%	100,0%
	% tipo accidente		9,6%	7,8%	7,9%
6 Agricultores, agropecuarios, pesqueros	Recuento		11	51	62
	% ocupación		17,7%	82,3%	100,0%
	% tipo accidente		5,6%	2,6%	2,8%
7 Oficiales, operarios, artes, oficios	Recuento	1	67	323	391
	% ocupación	,3%	17,1%	82,6%	100,0%
	% tipo accidente	20,0%	33,8%	16,2%	17,8%
8 Oper instal,máquinas, montadores, conductores	Recuento		21	43	64
	% ocupación		32,8%	67,2%	100,0%
	% tipo accidente		10,6%	2,2%	2,9%
9 Trabajadores no calificados	Recuento		22	95	117
	% ocupación		18,8%	81,2%	100,0%
	% tipo accidente		11,1%	4,8%	5,3%
10 Estudiantes	Recuento		2	408	410
	% de ocupación		,5%	99,5%	100,0%
	% tipo accidente		1,0%	20,4%	18,6%
11 Amas de casa	Recuento		1	180	181
	% ocupación		,6%	99,4%	100,0%
	% tipo accidente		,5%	9,0%	8,2%
12 Jubilados	Recuento		3	271	274
	% ocupación		1,1%	98,9%	100,0%
	% tipo accidente		1,5%	13,6%	12,5%
13 Parados	Recuento		5	58	63
	% ocupación		7,9%	92,1%	100,0%
	% tipo accidente		2,5%	2,9%	2,9%
14 No consta	Recuento	3	5	59	67
	% ocupación	4,5%	7,5%	88,1%	100,0%
	% tipo accidente	60,0%	2,5%	3,0%	3,0%
15 Autónomos	Recuento		4	53	57
	% ocupación		7,0%	93,0%	100,0%
	% tipo accidente		2,0%	2,7%	2,6%
16 Ninguna	Recuento			13	13

	% ocupación % tipo accidente			100,0% ,7%	100,0% ,6%
Total	Recuento % ocupación % tipo accidente	5 ,2% 100,0%	198 9,0% 100,0%	1997 90,8% 100,0%	2200 100,0% 100,0%

El valor de p fue menor o igual a 0,05 ($p=0,000$), por lo tanto **existe relación entre la ocupación y el tipo de accidente.**

Estadístico	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	240,621	32	,000
Razón de verosimilitud	221,651	32	,000

a 21 casillas (41,2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es ,01.

Resumiendo, para todas las ocupaciones el accidente de coche es lo más frecuente. Los estudiantes y desempleados sufren sobre todo accidentes de motocicleta y los jubilados atropellos. Además en todas las ocupaciones, lo más frecuente es que cuando se produzca un accidente éste sea no laboral. La edad influye en el tipo de accidente.

4.2.2.4.2. Necesidad de tratamiento posterior.

Los miembros de las fuerzas armadas (0), requirieron todos tratamiento posterior, aunque la muestra de que disponemos es pequeña tan sólo 5 casos.

Entre los ejecutivos y directivos (1), requirieron tratamiento posterior, el 45% y no lo requirieron el 55%. De nuevo la muestra es pequeña sólo 20 casos.

Entre los profesionales científicos e intelectuales (2), la mayoría precisaron tratamiento posterior (63,6%), frente a un 36,4% que no lo precisaron.

Entre los profesionales y técnicos de nivel medio (3), la inmensa mayoría precisaron tratamiento posterior, el 79,2% y el 20,8% no lo precisó.

Entre los empleados de oficina (4), el 68,5% necesitaron tratamiento posterior, y el 31,5% no lo necesitó.

En el grupo de trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados (5), el 65,5% necesitó tratamiento posterior y el 34,5% no lo necesitó.

En el grupo de agricultores y trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros (6), el tratamiento posterior lo recibió el 66,1% y no lo recibió el 33,9%.

En el grupo de Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios (7), el tratamiento posterior lo requirió el 65,2% y no lo requirió el 34,8%.

En el grupo de Operadores de instalaciones y máquinas, montadores y conductores (8), el 60,9% recibió tratamiento posterior y el 39,1% no lo recibió.

En el grupo de los trabajadores no calificados (9), el 67,5% precisó tratamiento posterior y 32,5% no lo precisó.

Entre los estudiantes (10), el tratamiento posterior se aplicó en un 61,0% y no se aplicó en un 39,0%.

Entre las amas de casa (11), precisaron tratamiento posterior el 79,6% y no lo precisaron el 20,4%.

El grupo de los jubilados (12), requirió tratamiento posterior un 71,9% y no lo requirió un 28,1%.

Los desempleados (13) precisaron tratamiento posterior un 73% y no lo precisaron un 27,0%.

Los autónomos requirieron tratamiento posterior un 70,2% y no lo requirieron un 29,8%.

Cuando no constaba la ocupación, el 64,2% requirió tratamiento posterior y cuando no se desempeñaba ninguna ocupación el 30,8%.

De las personas que si precisaron tratamiento, la mayoría eran oficiales, operarios, artesanos de artes mecánicas y de otros oficios (17,2%), seguido de los estudiantes (16,9%) y de los jubilados (13,3%).

Ocupación		Tratamiento médico/quirúrgico posterior		Total
		NO	SI	
0 Fuerzas armadas	Recuento		5	5
	% ocupación		100,0%	100,0%
	% tto posterior		,3%	,2%
1 Ejecutivos y directivos	Recuento	11	9	20
	% ocupación	55,0%	45,0%	100,0%
	% tto posterior	1,5%	,6%	,9%
2 Profesionales científicos e intelectuales	Recuento	32	56	88
	% ocupación	36,4%	63,6%	100,0%
	% tto posterior	4,5%	3,8%	4,0%
3 Profesionales y técnicos de nivel medio	Recuento	26	99	125
	% ocupación	20,8%	79,2%	100,0%
	% tto posterior	3,6%	6,7%	5,7%
4 Empleados de oficina	Recuento	28	61	89
	% ocupación	31,5%	68,5%	100,0%
	% tto posterior	3,9%	4,1%	4,0%
5 Trabajadores de servicios, vendedores comercios y mercados	Recuento	60	114	174
	% ocupación	34,5%	65,5%	100,0%
	% tto posterior	8,4%	7,7%	7,9%
6 Agricultores, agropecuarios, pesqueros	Recuento	21	41	62
	% ocupación	33,9%	66,1%	100,0%
	% tto posterior	2,9%	2,8%	2,8%
7 Oficiales, operarios, artesanos, oficios	Recuento	136	255	391
	% ocupación	34,8%	65,2%	100,0%
	% tto posterior	18,9%	17,2%	17,8%
8 Operarios instalaciones, máquinas, montadores, conductores	Recuento	25	39	64
	% ocupación	39,1%	60,9%	100,0%
	% tto posterior	3,5%	2,6%	2,9%
9 Trabajadores no calificados	Recuento	38	79	117
	% ocupación	32,5%	67,5%	100,0%
	% tto posterior	5,3%	5,3%	5,3%
10 Estudiantes	Recuento	160	250	410
	% ocupación	39,0%	61,0%	100,0%
	% tto posterior	22,3%	16,9%	18,6%
11 Amas de casa	Recuento	37	144	181
	% ocupación	20,4%	79,6%	100,0%
	% tto posterior	5,2%	9,7%	8,2%
12 Jubilados	Recuento	77	197	274
	% ocupación	28,1%	71,9%	100,0%
	% tto posterior	10,7%	13,3%	12,5%
13 Parados	Recuento	17	46	63
	% ocupación	27,0%	73,0%	100,0%
	% tto posterior	2,4%	3,1%	2,9%
14 No consta	Recuento	24	43	67
	% ocupación	35,8%	64,2%	100,0%
	% tto posterior	3,3%	2,9%	3,0%
15 Autónomos	Recuento	17	40	57
	% ocupación	29,8%	70,2%	100,0%
	% tto posterior	2,4%	2,7%	2,6%
16 Ninguna	Recuento	9	4	13
	% ocupación	69,2%	30,8%	100,0%
	% tto posterior	1,3%	,3%	,6%
Total	Recuento	718	1482	2200
	% ocupación	32,6%	67,4%	100,0%
	% tto posterior	100,0%	100,0%	100,0%

El cálculo de p fue igual o menor de 0,05 ($p=0,000$), así **las diferencias observadas, son estadísticamente significativas.**

Estadísticos	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	49,648	16	,000
Razón de verosimilitud	51,729	16	,000
Asociación lineal por lineal	,078	1	,779

a 3 casillas (8,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 1,63.

Resumiendo, los lesionados, precisan más frecuentemente algún tipo de tratamiento posterior de sus lesiones. **Las personas que reciben el tratamiento posterior pertenecen sobre todo a las ocupaciones del gran grupo 7 de la CIUO-88 (oficiales, operarios, artesanos de artes mecánicas y de otros oficios), seguido de los estudiantes y los jubilados.**

4.2.2.4.3. Relación entre la ocupación y la necesidad de tratamiento rehabilitador posterior.

De los miembros de las fuerzas armadas (0), el 60% recibieron rehabilitación posterior y el 40% no la recibieron. Hay que reseñar que la muestra es pequeña, sólo 5 personas.

Entre los ejecutivos y directivos (1), el 35% recibieron rehabilitación y el 65% no la recibieron.

De los profesionales científicos e intelectuales (2), el 44,3% precisó rehabilitación y el 55,7% no la precisó.

De los profesionales y técnicos de nivel medio (3), el 55,2% requirió rehabilitación y el 44,8% no la requirió.

Entre los empleados de oficina (4), el 46,1% precisó rehabilitación y el 53,9% no la precisó.

Entre los trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados (5) el 45,4% necesitó rehabilitación y el 54,6% no la necesitó.

De los agricultores y trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros (6), el 40,3% precisó la rehabilitación posterior de sus lesiones y el 59,7% no la precisó

Entre los oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios (7) un 39,1% realizó rehabilitación y un 60,95 no la realizó.

De los operadores de instalaciones y máquinas, montadores y conductores (8), un 45,3% requirió rehabilitación y un 54,7% no la requirió.

Entre los trabajadores no calificados (9), el 43,6% realizó rehabilitación y el 56,4% no la realizó.

Los estudiantes (10) precisaron en un 31,0% de rehabilitación y no la precisaron en un 69,0%.

Entre las amas de casa (11) requirieron rehabilitación un 53,6% y no la requirieron en un 46,4%.

Entre los jubilados (12), un 45,6% precisó rehabilitación y un 54,4% no la requirió.

De los desempleados (13) realizaron rehabilitación el 47,6% y no la realizaron el 52,4%.

De los autónomos (15) el 50,9% precisó rehabilitación frente al 49,1% que no la precisó.

Finalmente realizó rehabilitación el 37,3% de los lesionados en que no constaba la ocupación y el 23,1% de los lesionados que no tenían ocupación.

Cuando se recibe tratamiento rehabilitador, lo más frecuente es que se desempeñe la ocupación de oficial, operario, artesanos de artes mecánicas y otros oficios (16,4%), seguido de ser estudiante (13,6%), jubilado (13,4%) y ama de casa (10,4%).

Por lo tanto, **lo más frecuente para todas las ocupaciones es no precisar tratamiento rehabilitador posterior. Las únicas ocupaciones en que predomina recibir el tratamiento rehabilitador frente a no recibirlo son de mayor a menor porcentaje; los miembros de las fuerzas armadas (60%), los profesionales y técnicos de nivel medio (55,2%), las amas de casa (53,6%) y los autónomos (50,9%).**

Ocupación		Tratamiento rehabilitador posterior		Total
		NO	SI	
0 Fuerzas armadas	Recuento	2	3	5
	% ocupación	40,0%	60,0%	100,0%
	% tto rehabilitador post	,2%	,3%	,2%
1 Ejecutivos y directivos	Recuento	13	7	20
	% ocupación	65,0%	35,0%	100,0%
	% tto rehabilitador post	1,0%	,8%	,9%
2 Profesionales científicos e intelectuales	Recuento	49	39	88
	% ocupación	55,7%	44,3%	100,0%
	% tto rehabilitador post	3,9%	4,2%	4,0%
3 Profesionales y técnicos de nivel medio	Recuento	56	69	125
	% ocupación	44,8%	55,2%	100,0%
	% tto rehabilitador post	4,4%	7,4%	5,7%
	% del total	2,5%	3,1%	5,7%
4 Empleados de oficina	Recuento	48	41	89
	% ocupación	53,9%	46,1%	100,0%
	% tto rehabilitador post	3,8%	4,4%	4,0%
5 Trabajadores de servicios, vendedores comercios y mercados	Recuento	95	79	174
	% ocupación	54,6%	45,4%	100,0%
	% tto rehabilitador post	7,5%	8,5%	7,9%
6 Agricultores, agropecuarios, pesqueros	Recuento	37	25	62
	% ocupación	59,7%	40,3%	100,0%
	% tto rehabilitador post	2,9%	2,7%	2,8%
7 Oficiales, operarios, artesanos, oficios	Recuento	238	153	391
	% ocupación	60,9%	39,1%	100,0%
	% tto rehabilitador post	18,8%	16,4%	17,8%
8 Operarios instalaciones, máquinas, montadores, conductores	Recuento	35	29	64
	% ocupación	54,7%	45,3%	100,0%
	% tto rehabilitador post	2,8%	3,1%	2,9%
9 Trabajadores no calificados	Recuento	66	51	117
	% ocupación	56,4%	43,6%	100,0%
	% tto rehabilitador post	5,2%	5,5%	5,3%
10 Estudiantes	Recuento	283	127	410
	% ocupación	69,0%	31,0%	100,0%
	% tto rehabilitador post	22,3%	13,6%	18,6%
11 Amas de casa	Recuento	84	97	181
	% ocupación	46,4%	53,6%	100,0%
	% tto rehabilitador post	6,6%	10,4%	8,2%
12 Jubilados	Recuento	149	125	274
	% de ocupación	54,4%	45,6%	100,0%
	% tto rehabilitador post	11,8%	13,4%	12,5%
13 Parados	Recuento	33	30	63
	% ocupación	52,4%	47,6%	100,0%
	% tto rehabilitador post	2,6%	3,2%	2,9%
14 No consta	Recuento	42	25	67
	% ocupación	62,7%	37,3%	100,0%
	% tto rehabilitador post	3,3%	2,7%	3,0%
15 Autónomos	Recuento	28	29	57
	% ocupación	49,1%	50,9%	100,0%
	% tto rehabilitador post	2,2%	3,1%	2,6%
16 Ninguna	Recuento	10	3	13
	% ocupación	76,9%	23,1%	100,0%
	% tto rehabilitador post	,8%	,3%	,6%
Total	Recuento	1268	932	2200
	% ocupación	57,6%	42,4%	100,0%
	% tto rehabilitador post	100,0%	100,0%	100,0%

El cálculo de p fue igual o menor de 0,05 ($p=0,000$), por lo tanto **existen diferencias significativas.**

Estadísticos	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	50,288	16	,000
Razón de verosimilitud	50,901	16	,000
Asociación lineal por línea	1,169	1	,280

a 2 casillas (5,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 2,12.

4.2.2.4.4. Demora.

■ 0: Fuerzas armadas. Con un IC del 95% ((-230,43)-871,63) y una desviación típica de 443,78 la media de días de demora fué de 320,60. La mediana dió un resultado de 129,00 días, siendo el rango de 1.040 con un mínimo de 66 y un máximo de 1.106.

Ocupación	Estadísticos	Días de Demora
0	Mediana Rango	129,00 1040 (66-1106)

■ 1: Ejecutivos y directivos. Para un IC del 95% (73,97-127,03) y una desviación típica de 56,70 la media de días de demora fué de 100,50. La mediana dió un resultado de, 95,00 siendo el rango de, 189 con un mínimo de 30 y un máximo de 219.

Ocupación	Estadísticos	Días de Demora
1	Mediana Rango	95,00 219 (30-189)

■ 2: Profesionales científicos e intelectuales. Con un IC del 95% (106,02-154,25) y una desviación típica de 113,15, la media resultó de 130,14 días de demora. El valor de la mediana fué de 113,00 y el rango de 901, oscilando entre 18 y 919.

Ocupación	Estadísticos	Días de Demora
2	Mediana Rango	113,00 901 (18-919)

■ 3: Profesionales y técnicos de nivel medio. Con un IC del 95% (111,54-163,98) y una desviación típica de 147,50 la media resultó ser de 137,76 días de demora. La mediana fué de 111,00 y el rango de 1.427, oscilando entre 18 y 1.445.

Ocupación	Estadísticos	Días de Demora
3	Mediana Rango	111,00 1427 (18-1445)

■ 4: Empleados de oficina. Siendo el IC del 95% (114,49-149,51) y una desviación típica de 83,11, la media de días de demora fué de 132,00. La mediana resultó ser de 121,00 y el rango de 440, estando comprendido entre 20 y 460.

Ocupación	Estadísticos	Días de Demora
4	Mediana	121,00

	Rango	440 (20-460)
--	-------	--------------

■ 5: Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados. Con un IC del 95% (113,13-142,03) y una desviación típica de 96,28, la media de días de demora resultó ser de 127,58. La mediana fue de 100,00 y el rango de 673, con un mínimo de 14 y un máximo de 687.

Ocupación	Estadísticos	Días de Demora
5	Mediana Rango	100,00 673 (14-687)

■ 6: Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros. Con un IC del 95% (104,36-295,94) y una desviación típica de 374,02, la media de días de demora fué de 200,15. La mediana resultó ser de 101,00 y el rango de 2.402, comprendido entre 5 y 2.407.

Ocupación	Estadísticos	Días de Demora
6	Mediana Rango	101,00 2402 (5-2407)

■ 7: Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios. Para un IC del 95% (115,24-148,04) y una desviación típica de 164,52, la media de días de demora fué de 131,64. El cálculo de la mediana resultó ser de 101,00 y el rango de 2489, oscilando entre 10 y 2499.

Ocupación	Estadísticos	Días de Demora
7	Mediana Rango	101,00 2489 (10-2499)

■ 8: Operadores de instalaciones y máquinas, montadores y conductores. Con un IC del 95% (86,01-145,51) y una desviación típica de 117,146, la media de días de demora fué de 115,76. La mediana de 87,50 y el rango de 734, oscilando entre 0 y 734.

Ocupación	Estadísticos	Días de Demora
8	Mediana Rango	87,50 734 (0-734)

■ 9: Trabajadores no calificados. Siendo el IC del 95% (112,58-144,96) y la desviación típica de 88,03, la media dió un resultado de 128,77. La mediana fue de 100,00 días de demora y el rango de 487, con un mínimo de 18 y un máximo de 505.

Ocupación	Estadísticos	Días de Demora
9	Mediana Rango	100,00 487 (18-505)

■ 10: Estudiantes. Para un IC del 95% (110,10-127,22) y una desviación típica de 88,06, la media fué de 118,66 días de demora. La mediana resultó ser de 103,00 y el rango de 878, oscilando entre 0 y 878.

Ocupación	Estadísticos	Días de Demora
10	Mediana Rango	103,00 878 (0-878)

■ 11: Amas de casa. Con el IC del 95% (108,05-151,52) y una desviación típica de 147,78, la media de días de demora fué de 129,79. El cálculo de la mediana arrojó un resultado de 96,00 y el rango fue de 1.237, comprendido entre 0 y 1.237.

Ocupación	Estadísticos	Días de Demora
11	Mediana Rango	96,00 1237 (0-1237)

■ 12: Jubilados. Para un IC del 95% (113,58-139,28) y una desviación típica de 107,43 el valor de la media fué de 126,43. El cálculo de la mediana fue de 106,00 días de demora y el rango de 1.237, con un mínimo de 0 y un máximo de 1.237.

Ocupación	Estadísticos	Días de Demora
12	Mediana Rango	106,00 1237 (0-1237)

■ 13: Parados. Siendo el IC del 95% (90,72-170,99) y una desviación típica de 159,36, la media fué de 130,86. La mediana resultó ser de 97,00 días de demora y el rango de 1.186 con un mínimo de 10 y un máximo de 1.196.

Ocupación	Estadísticos	Días de Demora
13	Mediana Rango	97,00 1186 (10-1196)

■ 14: No consta. Con un IC del 95% (114,19-357,51) y una desviación típica de 498,77, la media fué de 235,85 días de demora. La mediana dió un valor de 135,00 y un rango de 3.523, con un intervalo comprendido entre 18 y 3.541.

Ocupación	Estadísticos	Días de Demora
14	Mediana Rango	135,00 3523 (18-3541)

■ 15: Autónomos. Con un IC del 95% (117,93-175,65) y una desviación típica de 108,76, la media resultó ser de 146,79. La mediana dió un valor de 112,00 días de demora y el rango de 569, comprendido entre 25 y 594.

Ocupación	Estadísticos	Días de Demora
15	Mediana Rango	112,00 569 (25-594)

■ 16: Ninguna. Siendo el IC del 95% (55,24-126,00) y la desviación típica de 58,55, la media fué de 90,62 días de demora. La mediana fue de 68,00 y el rango de 173, con un mínimo de 32 y un máximo de 205.

Ocupación	Estadísticos	Días de Demora
16	Mediana Rango	68,00 173 (32-205)

El cálculo de p para la prueba de Kruskal-Wallis fue de 0,136, **siendo los resultados estadísticamente no significativos.**

Estadísticos	Demora
Chi-cuadrado	22,239
gl	16
Sig. asintót.	,136

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: ocupación

El grupo de ocupación que tuvo más demora fue el de las fuerzas armadas seguido de los casos en que no constaba la profesión y los autónomos. El grupo con menos demora fue exceptuando el grupo en que no tenían ninguna ocupación, el de los operarios de instalaciones y máquinas, montadores y conductores.

4.2.2.4.5. Número de visitas.

■ 0: Fuerzas armadas. Para un IC del 95% (0,76-3,24) y una desviación típica de 1,00, la media de visitas fue de 2. La mediana dió un resultado de 2, siendo el rango de 2, con un mínimo de 1 y un máximo de 3.

Ocupación	Estadísticos	Nº visitas
0	Mediana	2,00
	Rango	2 (1-3)

■ 1: Ejecutivos y directivos. Para un IC del 95% (0,99-2,11) y una desviación típica de 1,19, la media de visitas fue de 1,55. La mediana dió un resultado de 1, siendo el rango de de 5, con un mínimo de 1 y un máximo de 6.

Ocupación	Estadísticos	Nº visitas
1	Mediana	1,00
	Rango	5 (1-6)

■ 2: Profesionales científicos e intelectuales. Para un IC del 95% (1,59-2,23) y una desviación típica de 1,52, la media resultó ser de 1,91 visitas. El valor de la mediana fué de 1,00 y el rango de 7, oscilando entre 1 y 8.

Ocupación	Estadísticos	Nº visitas
2	Mediana	1,00
	Rango	7 (1-8)

■ 3: Profesionales y técnicos de nivel medio. Para un IC del 95% (1,82-2,55) y una desviación típica de 2,045, la media resultó ser de 2,18 visitas. El valor de la mediana fué de 1,00 y el rango de 11, oscilando entre 1 y 12.

Ocupación	Estadísticos	Nº visitas
3	Mediana Rango	1,00 11 (1-12)

■ 4: Empleados de oficina. Siendo el IC del 95% (1,45-2,05) y una desviación típica de 1,43, la media de visitas fué de 1,75. La mediana resultó ser de 1,00 y el rango de 5, estando comprendido entre 1 y 6.

Ocupación	Estadísticos	Nº visitas
4	Mediana Rango	1,00 5 (1-6)

■ 5: Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados. Con un IC del 95% (1,75-2,28) y una desviación típica de 1,767, la media de visitas fué de 2,01. La mediana de 1,00 y el rango de 10, con un mínimo de 1 y un máximo de 11.

Ocupación	Estadísticos	Nº visitas
5	Mediana Rango	1,00 10 (1-11)

■ 6: Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros. Siendo el IC del 95% (2,56-3,25) y una desviación típica de 2,71, la media de visitas fué de 2,56. La mediana resultó ser de 1,00 y el rango de 15, estando comprendido entre 1 y 6.

Ocupación	Estadísticos	Nº visitas
6	Mediana Rango	1,00 15 (1-16)

■ 7: Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios. Para un IC del 95% (1,94-2,40) y una desviación típica de 2,33, la media de visitas fue de 2,17. El cálculo de la mediana resultó ser de 1,00 y el rango de 17, oscilando entre 1 y 18.

Ocupación	Estadísticos	Nº visitas
7	Mediana Rango	1,00 17 (1-18)

■ 8: Operadores de instalaciones y máquinas, montadores y conductores. Tomando un IC del 95% (1,44-2,27) y una desviación típica de 1,66, la media fué de 1,86. La mediana de 1,00 visitas y el rango de 8, comprendido entre 1 y 8.

Ocupación	Estadísticos	Nº visitas
8	Mediana Rango	1,00 8 (1-9)

■ 9: Trabajadores no calificados. Siendo el IC del 95% (1,91-2,83) y la desviación típica de 2,50, la media dio un resultado de 2,37. La mediana fue de 1,00 y el rango de 14, con un mínimo de 1 y un máximo de 15.

Ocupación	Estadísticos	Nº visitas
9	Mediana Rango	1,00 14 (1-15)

■ 10: Estudiantes. Para un IC del 95% (1,76-2,15) y una desviación típica de 2,00, la media fué de 1,95 visitas. La mediana dio un valor de 1,00 y el rango de 19, oscilando entre 1 y 20.

Ocupación	Estadísticos	Nº visitas
10	Mediana Rango	1,00 19 (1-20)

■ 11: Amas de casa. Siendo el IC del 95% (2,25-2,94) y una desviación típica de 2,36, la media de visitas resultó ser de 2,59. El cálculo de la mediana arrojó un resultado de 2,00 y el rango fue de 14, comprendido entre 1 y 15.

Ocupación	Estadísticos	Nº visitas
11	Mediana Rango	2,00 14 (1-15)

■ 12: Jubilados. Para un IC del 95% (2,06-2,50) y una desviación típica de 1,83, el valor de la media fué de 2,28. El cálculo de la mediana fue de 2,00 visitas y el rango de 13, con un mínimo de 1 y un máximo de 14.

Ocupación	Estadísticos	Nº visitas
12	Mediana Rango	2,00 13 (1-14)

■ 13: Parados. Siendo el IC de 95% (1,94-2,89) y una desviación típica de 1,90, la media fué de 2,41. La mediana resultó ser de 2,00 visitas y el rango de 8, oscilando entre 1 y 9.

Ocupación	Estadísticos	Nº visitas
13	Mediana Rango	2,00 8 (1-9)

■ 14: No consta. Con un IC del 95% (1,56-2,41) y una desviación típica de 1,77, la media fué de 1,99 visitas. La mediana dió un valor de 1,00 y un rango de 7, con un intervalo comprendido entre 1 y 8.

Ocupación	Estadísticos	Nº visitas
14	Mediana Rango	1,00 7 (1-8)

■ 15: Autónomos. Con un IC del 95% (1,42-2,09) y una desviación típica de 1,26, la media resultó ser de 1,75. la mediana dió un valor de 1,00 y el rango de 6, comprendido entre 1 y 7.

Ocupación	Estadísticos	Nº visitas
15	Mediana Rango	1,00 6 (1-7)

■ 16: Ninguna. Siendo el IC del 95% (0,15-4,46) y la desviación típica de 3,57, la media fué de 2,31 visitas. La mediana fue de 1,00 y el rango de 13, con un mínimo de 1 y un máximo de 14.

Ocupación	Estadísticos	Nº visitas
16	Mediana Rango	1,00 13 (1-14)

El cálculo de p para la prueba de Kruskal-Wallis fue igual o menor de 0,05 (p=0,000), **existe significación estadística.**

Estadísticos	Nº visitas
Chi-cuadrado	49,402
gl	16
Sig. asintót.	,000

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: ocupación

Las amas de casa fueron las que más número de visitas precisaron, seguido de desempleados y jubilados, frente a los ejecutivos y directivos que fueron los que menos visitas precisaron.

4.2.2.4.6. Duración de las lesiones.

■ 0: Fuerzas armadas. Con un IC del 95% ((-219,48)-899,88) y una desviación típica de 450,751 la media de días de duración de las lesiones fué de 340,20. La mediana dió un resultado de 158,00 días, siendo el rango de 1.067 con un mínimo de 66 y un máximo de 1.133.

Ocupación	Estadísticos	Duración de las lesiones
0	Mediana Rango	158,00 1067 (66-1133)

■ 1: Ejecutivos y directivos. Para un IC del 95% (88,52-165,28) y una desviación típica de 82,01, la media de días de duración de las lesiones fué de 126,90. La mediana dió un resultado de, 104,50 siendo el rango de, 355 con un mínimo de 30 y un máximo de 385.

Ocupación	Estadísticos	Duración de las lesiones
1	Mediana Rango	104,50 355 (30-385)

■ 2: Profesionales científicos e intelectuales. Con un IC del 95% (143,60-195,66) y una desviación típica de 122,14, la media resultó de 169,63 días de duración de las lesiones. El valor de la mediana fué de 147,00 y el rango de 895, oscilando entre 24 y 919.

Ocupación	Estadísticos	Duración de las lesiones
2	Mediana Rango	147,00 895 (24-919)

■ 3: Profesionales y técnicos de nivel medio. Con un IC del 95% (156,72-291,42) y una desviación típica de 378,87 la media resultó ser de 224,07 días de duración de las lesiones. La mediana fué de 148,50 y el rango de 3.925, oscilando entre 19 y 3.944.

Ocupación	Estadísticos	Duración de las lesiones
3	Mediana Rango	148,50 3925 (19-3944)

■ 4: Empleados de oficina. Siendo el IC del 95% (144,83-185,73) y una desviación típica de 83,11, la media de días de duración de las lesiones fué de 165,28. La mediana resultó ser de 148,00 y el rango de 440, comprendido entre 20 y 460.

Ocupación	Estadísticos	Duración de las lesiones
4	Mediana Rango	148,00 440 (20-460)

■ 5: Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados. Con un IC del 95% (154,85-196,09) y una desviación típica de 137,41, la media de días de duración de las lesiones resultó ser de 175,47. La mediana fue de 135,00 y el rango de 740, con un mínimo de 17 y un máximo de 757.

Ocupación	Estadísticos	Duración de las lesiones
5	Mediana Rango	135,00 740 (17-757)

■ 6: Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros. Con un IC del 95% (160,95-351,18) y una desviación típica de 374,53, la media de días de duración de las lesiones fué de 256,06. La mediana resultó ser de 141,00 y el rango de 2.433, comprendido entre 17 y 2.450.

Ocupación	Estadísticos	Duración de las lesiones
6	Mediana Rango	141,00 2433 (17-2450)

■ 7: Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios. Para un IC del 95% (170,14-210,61) y una desviación típica de 202,70, la media de días de duración de las lesiones fué de 190,38. El cálculo de la mediana resultó ser de 143,00 y el rango de 2485, oscilando entre 14 y 2499.

Ocupación	Estadísticos	Duración de las lesiones
7	Mediana Rango	143,00 2489 (10-2499)

■ 8: Operadores de instalaciones y máquinas, montadores y conductores. Con un IC del 95% (127,64-211,85) y una desviación típica de 165,80, la

media de días de duración de las lesiones fué de 169,74. La mediana de 112,00 y el rango de 843, oscilando entre 0 y 843.

Ocupación	Estadísticos	Duración de las lesiones
8	Mediana Rango	112,00 843 (0-843)

■ 9: Trabajadores no calificados. Siendo el IC del 95% (158,57-207,42) y la desviación típica de 132,80, la media dió un resultado de 182,99. La mediana fue de 150,00 días de días de duración de las lesiones y el rango de 665, con un mínimo de 32 y un máximo de 697.

Ocupación	Estadísticos	Duración de las lesiones
9	Mediana Rango	150,00 665 (32-697)

■ 10: Estudiantes. Para un IC del 95% (151,59-179,21) y una desviación típica de 142,08, la media fué de 165,40 días de duración de las lesiones. La mediana resultó ser de 130,00 y el rango de 1198, oscilando entre 14 y 1212.

Ocupación	Estadísticos	Duración de las lesiones
10	Mediana Rango	130,00 1198 (14-1212)

■ 11: Amas de casa. Con el IC del 95% (176,85-235,82) y una desviación típica de 200,46, la media de días de duración de las lesiones fué de 206,33. El cálculo de la mediana arrojó un resultado de 164,00 y el rango fue de 1313, comprendido entre 20 y 1333.

Ocupación	Estadísticos	Duración de las lesiones
11	Mediana Rango	164,00 1313 (20-1333)

■ 12: Jubilados. Para un IC del 95% (169,96-202,38) y una desviación típica de 135,55 el valor de la media fué de 186,17. El cálculo de la mediana fue de 162,00 días de duración de las lesiones y el rango de 1.219, con un mínimo de 18 y un máximo de 1.237.

Ocupación	Estadísticos	Duración de las lesiones
12	Mediana Rango	162,00 1237 (18-1219)

■ 13: Parados. Siendo el IC del 95% (147,53-258,41) y una desviación típica de 220,147, la media fué de 202,97. La mediana resultó ser de 149,00 días de duración de las lesiones y el rango de 1.535 con un mínimo de 25 y un máximo de 1.560.

Ocupación	Estadísticos	Duración de las lesiones
13	Mediana Rango	149,00 1535 (25-1560)

■ 14: No consta. Con un IC del 95% (156,34-398,46) y una desviación típica de 496,31, la media fué de 277,40 días de duración de las lesiones. La mediana dió un valor de 198,00 y un rango de 3.518, con un intervalo comprendido entre 23 y 3.541.

Ocupación	Estadísticos	Duración de las lesiones
14	Mediana Rango	198,00 3518 (25-3541)

■ 15: Autónomos. Con un IC del 95% (147,67-209,14) y una desviación típica de 115,84, la media resultó ser de 178,40. La mediana dió un valor de 169,00 días de duración de las lesiones y el rango de 569, comprendido entre 25 y 594.

Ocupación	Estadísticos	Duración de las lesiones
15	Mediana Rango	169,00 569 (25-594)

■ 16: Ninguna. Siendo el IC del 95% (25,22-294,16) y la desviación típica de 222,522, la media fué de 159,69 días de duración de las lesiones. La mediana fue de 82,00 y el rango de 842, con un mínimo de 32 y un máximo de 874.

Ocupación	Estadísticos	Duración de las lesiones
16	Mediana Rango	82,00 842 (32-874)

El resultado de p para la prueba de Kruskal-Wallis fue de 0,006, es decir, **estadísticamente significativa**.

Estadísticos	Duración de las lesiones
Chi-cuadrado	33,425
gl	16
Sig. asintót.	,006

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: ocupación

Las lesiones tardaron más en curar en los casos en que no constaba la ocupación, seguido de los miembros de las fuerzas armadas, los jubilados y los agricultores, trabajadores agropecuarios y pesca. En los grupos de directivos y ejecutivos y los operarios de instalaciones, máquinas, montadores y conductores las lesiones tardaron menos en curar.

4.2.2.4.7. Número de diagnósticos.

■ 0: Fuerzas armadas. Con un IC del 95% ((-1,26)-10,06) y una desviación típica de 4,56 la media de diagnósticos fué de 4,40. La mediana en este grupo resultó ser de 3,00 diagnósticos, siendo el rango de 11, con un mínimo de 1 y un máximo de 12.

Ocupación	Estadísticos	Nº diagnósticos
0	Mediana Rango	3,00 11 (1-12)

■ 1: Ejecutivos y directivos. Para un IC del 95% (1,60-3,30) y una desviación típica de 1,82, la media de número de diagnósticos fué de 2,45. La mediana dió un resultado de, 2,00 siendo el rango de, 7 con un mínimo de 1 y un máximo de 8.

Ocupación	Estadísticos	Nº diagnósticos
1	Mediana Rango	2,00 7 (1-8)

■ 2: Profesionales científicos e intelectuales. Con un IC del 95% (2,25-3,09) y una desviación típica de 2,00, la media resultó de 2,67 diagnósticos. El valor de la mediana fué de 2,00 y el rango de 11, oscilando entre 1 y 12.

Ocupación	Estadísticos	Nº diagnósticos
2	Mediana Rango	2,00 11 (1-12)

■ 3: Profesionales y técnicos de nivel medio. Con un IC del 95% (2,23-2,86) y una desviación típica de 1,77 la media resultó ser de 2,54 diagnósticos. La mediana fué de 2,00 y el rango de 11, oscilando entre 1 y 12.

Ocupación	Estadísticos	Nº diagnósticos
3	Mediana Rango	2,00 11 (1-12)

■ 4: Empleados de oficina. Siendo el IC del 95% (2,46-3,34) y una desviación típica de 2,09, la media de diagnósticos fué de 2,90. La mediana resultó ser de 2,00 y el rango de 10, comprendido entre 1 y 11.

Ocupación	Estadísticos	Nº diagnósticos
4	Mediana Rango	2,00 10 (1-11)

■ 5: Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados. Con un IC del 95% (2,33-2,84) y una desviación típica de 1,68, la media de diagnósticos resultó ser de 2,59. La mediana fue de 2,00 y el rango de 7, con un mínimo de 1 y un máximo de 8.

Ocupación	Estadísticos	Nº diagnósticos
5	Mediana Rango	2,00 7 (1-8)

■ 6: Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros. Con un IC del 95% (2,47-3,56) y una desviación típica de 2,15, la media de diagnósticos fué de 3,02. La mediana resultó ser de 3,00 y el rango de 13, comprendido entre 1 y 14.

Ocupación	Estadísticos	Nº diagnósticos
6	Mediana Rango	3,00 13 (1-14)

■ 7: Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios. Para un IC del 95% (2,58-2,94) y una desviación típica de 1,80, la media de diagnósticos fué de 2,76. El cálculo de la mediana resultó ser de 2,00 y el rango de 11, oscilando entre 1 y 12.

Ocupación	Estadísticos	Nº diagnósticos
7	Mediana Rango	2,00 11 (1-12)

■ 8: Operadores de instalaciones y máquinas, montadores y conductores. Con un IC del 95% (2,19-2,97) y una desviación típica de 1,55, la media de diagnósticos fué de 2,58. La mediana fue de 2,00 y el rango de 7, oscilando entre 1 y 8.

Ocupación	Estadísticos	Nº diagnósticos
8	Mediana Rango	2,00 7 (1-8)

■ 9: Trabajadores no calificados. Siendo el IC del 95% (2,33-2,91) y la desviación típica de 1,58, la media dió un resultado de 2,62. La mediana fué de 2,00 diagnósticos y el rango de 6, con un mínimo de 1 y un máximo de 7.

Ocupación	Estadísticos	Nº diagnósticos
9	Mediana Rango	2,00 6 (1-7)

■ 10: Estudiantes. Para un IC del 95% (2,49-2,80) y una desviación típica de 1,60, la media fué de 2,64 diagnósticos. La mediana resultó ser de 2,00 y el rango de 10, oscilando entre 1 y 11.

Ocupación	Estadísticos	Nº diagnósticos
10	Mediana Rango	2,00 10 (1-11)

■ 11: Amas de casa. Con el IC del 95% (2,26-2,84) y una desviación típica de 1,976, la media de diagnósticos fué de 2,55. El cálculo de la mediana arrojó un resultado de 2,00 y el rango fue de 17, comprendido entre 1 y 18.

Ocupación	Estadísticos	Nº diagnósticos
11	Mediana Rango	2,00 17 (1-18)

■ 12: Jubilados. Para un IC del 95% (2,69-3,10) y una desviación típica de 1,70 el valor de la media fué de 2,89 diagnósticos. El cálculo de la mediana fue de 2,00 y el rango de 9, con un mínimo de 1 y un máximo de 10.

Ocupación	Estadísticos	Nº diagnósticos
12	Mediana Rango	2,00 9 (1-10)

■ 13: Parados. Siendo el IC del 95% (2,17-3,06) y la desviación típica de 1,76, la media fué de 2,62 diagnósticos. La mediana resultó ser de 2,00 y el rango de 10 con un mínimo de 1 y un máximo de 11.

Ocupación	Estadísticos	Nº diagnósticos
13	Mediana Rango	2,00 10 (1-11)

■ 14: No consta. Con un IC del 95% (2,39-3,40) y una desviación típica de 2,07, la media fué de 2,90 diagnósticos. La mediana dió un valor de 2,00 y un rango de 12, con un intervalo comprendido entre 1 y 13.

Ocupación	Estadísticos	Nº diagnósticos
14	Mediana Rango	2,00 12 (1-13)

■ 15: Autónomos. Con un IC del 95% (2,02-2,93) y una desviación típica de 1,72 la media resultó ser de 2,47 diagnósticos. La mediana dió un valor de 2,00 días de promedio y el rango de 10 comprendido entre 1 y 11.

Ocupación	Estadísticos	Nº diagnósticos
15	Mediana Rango	2,00 10 (1-11)

■ 16: Ninguna. Siendo el IC del 95% (1,32-2,84) y la desviación típica de 1,26, la media fué de 2,08 diagnósticos. La mediana fue de 2,00 y el rango de 4, con un mínimo de 1 y un máximo de 5.

Ocupación	Estadísticos	Nº diagnósticos
16	Mediana Rango	2,00 4 (1-5)

El calculo de p para la prueba de Kruskal-Wallis resultó 0,230, al ser mayor de 0,05, **los resultados obtenidos no son estadísticamente significativos.**

Estadísticos	Nº diagnósticos
Chi-cuadrado	19,790
gl	16
Sig. asintót.	,230

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: ocupación

A la vista de los resultados las personas cuya ocupación era las fuerzas armadas (0); agricultores, trabajadores agropecuarios, pesca (6), y jubilados (12) presentaron mayor número de diagnósticos tras el accidente.

Las personas que no tenían ninguna ocupación (16) y los ejecutivos y directivos (1), fueron los que menos diagnósticos tuvieron.

4.2.2.4.8. Número de secuelas.

- 0: Fuerzas armadas. Con un IC del 95% ((-3,33)-8,53) y una desviación típica de 4,77 la media de secuelas fué de 2,60. La mediana en este grupo resultó ser de 0,00 secuelas, siendo el rango de 11, con un mínimo de 0 y un máximo de 11.

Ocupación	Estadísticos	Nº secuelas
0	Mediana Rango	0,00 11 (1-11)

- 1: Ejecutivos y directivos. Para un IC del 95% (0,38-2,22) y una desviación típica de 1,97, la media de secuelas fué de 1,30. La mediana dió un resultado de, 1,00 siendo el rango de, 8 con un mínimo de 0 y un máximo de 8.

Ocupación	Estadísticos	Nº secuelas
1	Mediana Rango	1,00 8 (0-8)

- 2: Profesionales científicos e intelectuales. Con un IC del 95% (0,84-1,71) y una desviación típica de 2,04, la media resultó de 1,27 secuelas. El valor de la mediana fué de 1,00 y el rango de 15, oscilando entre 0 y 15.

Ocupación	Estadísticos	Nº secuelas
2	Mediana Rango	1,00 15 (0-15)

- 3: Profesionales y técnicos de nivel medio. Con un IC del 95% (1,10-1,84) y una desviación típica de 2,08, la media resultó ser de 1,47 secuelas. La mediana fué de 1,00 y el rango de 10, oscilando entre 0 y 10.

Ocupación	Estadísticos	Nº secuelas
3	Mediana Rango	1,00 10 (0-10)

- 4: Empleados de oficina. Siendo el IC del 95% (0,89-1,61) y una desviación típica de 1,70, la media de secuelas fué de 1,25. La mediana resultó ser de 1,00 y el rango de 8, comprendido entre 0 y 8.

Ocupación	Estadísticos	Nº secuelas
4	Mediana Rango	1,00 8 (0-8)

■ 5: Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados. Con un IC del 95% (0,84-1,40) y una desviación típica de 1,86, la media de secuelas resultó ser de 1,12. La mediana fue de 1,00 y el rango de 12, con un mínimo de 0 y un máximo de 12.

Ocupación	Estadísticos	Nº secuelas
5	Mediana Rango	1,00 12 (0-12)

■ 6: Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros. Con un IC del 95% (0,92-2,15) y una desviación típica de 2,42, la media de secuelas fué de 1,53. La mediana resultó ser de 1,00 y el rango de 15, comprendido entre 0 y 15.

Ocupación	Estadísticos	Nº secuelas
6	Mediana Rango	1,00 15 (0-15)

■ 7: Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios. Para un IC del 95% (1,03-1,46) y una desviación típica de 2,18, la media de secuelas fué de 1,24. El cálculo de la mediana resultó ser de 0,00 y el rango de 21, oscilando entre 0 y 21.

Ocupación	Estadísticos	Nº secuelas
7	Mediana Rango	0,00 21 (0-21)

■ 8: Operadores de instalaciones y máquinas, montadores y conductores. Con un IC del 95% (0,60-1,37) y una desviación típica de 1,53, la media de secuelas fué de 0,98. La mediana fue de 0,00 y el rango de 7, oscilando entre 0 y 7.

Ocupación	Estadísticos	Nº secuelas
8	Mediana Rango	0,00 7 (0-7)

■ 9: Trabajadores no calificados. Siendo el IC del 95% (0,83-1,52) y la desviación típica de 1,90, la media dió un resultado de 1,18. La mediana fué de 1,00 secuela y el rango de 9, con un mínimo de 0 y un máximo de 9.

Ocupación	Estadísticos	Nº secuelas
9	Mediana Rango	1,00 9 (0-9)

■ 10: Estudiantes. Con un IC del 95% (0,70-0,97) y una desviación típica de 1,40, la media fué de 0,83 secuelas. La mediana resultó ser de 0,00, el rango de 9, entre 0 y 9.

Ocupación	Estadísticos	Nº secuelas
10	Mediana Rango	0,00 9 (0-9)

■ 11: Amas de casa. Con el IC del 95% (1,23-1,78) y una desviación típica de 1,90, la media de secuelas fué de 1,51. El cálculo de la mediana arrojó un resultado de 1,00 y el rango fue de 11, comprendido entre 0 y 11.

Ocupación	Estadísticos	
11	Mediana Rango	1,00 11 (0-11)

■ 12: Jubilados. Para un IC del 95% (1,43-1,89) y una desviación típica de 1,70 el valor de la media fué de 1,66 secuelas. El cálculo de la mediana fue de 1,00 y el rango de 11, con un mínimo de 0 y un máximo de 11.

Ocupación	Estadísticos	Nº secuelas
12	Mediana Rango	1,00 11 (0-11)

■ 13: Parados. Siendo el IC del 95% (0,95-1,81) y la desviación típica de 1,70, la media fué de 1,38 secuelas. La mediana resultó ser de 1,00 y el rango de 9 con un mínimo de 0 y un máximo de 9.

Ocupación	Estadísticos	Nº secuelas
13	Mediana Rango	1,00 9 (0-9)

■ 14: No consta. Con un IC del 95% (0,90-1,91) y una desviación típica de 2,08, la media fué de 1,40 secuelas. La mediana dió un valor de 1,00 y un rango de 10, con un intervalo comprendido entre 0 y 10.

Ocupación	Estadísticos	Nº secuelas
14	Mediana Rango	1,00 10 (0-10)

■ 15: Autónomos. Con un IC del 95% (0,79) y una desviación típica de 1,60 la media resultó ser de 1,19 secuelas. La mediana dió un valor de 1,00 y el rango de 8 comprendido entre 0 y 8.

Ocupación	Estadísticos	
15	Mediana Rango	1,00 8 (0-8)

■ 16: Ninguna. Siendo el IC del 95% ((-0,27)-1,34) y la desviación típica de 1,33, la media fué de 0,54 secuelas. La mediana fue de 0,00 y el rango de 4, con un mínimo de 0 y un máximo de 4.

Ocupación	Estadísticos	Nº secuelas
16	Mediana Rango	0,00 4 (0-4)

El cálculo de p para la prueba de Kruskal-Wallis dió un resultado igual a 0,000, así, **los resultados encontrados presentan significación estadística.**

Estadísticos	Nº secuelas
Chi-cuadrado	75,410
gl	16
Sig. asintót.	,000

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: ocupación

Los lesionados que tuvieron más número de secuelas fueron en primer lugar los jubilados (12), seguido de las amas de casa (11), y los desempleados(13). Respecto a las ocupaciones que tuvieron más secuelas las más frecuentes fueron los profesionales y técnicos de nivel medio (3) seguidos de los autónomos (15) y los agricultores, trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros (6).

Los estudiantes (10) fueron los que curaron con menor número de secuelas.

4.2.2.4.9. Valoración médico-legal de los días precisados hasta alcanzar la sanidad.

Hemos calculado los estadísticos descriptivos y aplicado la prueba de Kruskal-Wallis, para establecer la relación entre el número de días totales médico-legales precisados para la consolidación de las lesiones, los días improductivos., los días no improductivos y los días de estancia hospitalaria y la variable de agrupación ocupación.

a)Días totales precisados hasta alcanzar la sanidad.

■ 0: Fuerzas armadas. Para un IC del 95% (-94,79-444,39)) y una desviación típica de 217,12 la media de días totales hasta la sanidad fue de 174,80. La mediana dió un resultado de 90,00 días, siendo el rango de 530 con un mínimo de 20 y un máximo de 550.

Ocupación	Estadísticos	Días Totales
0	Mediana	90,00
	Rango	530 (20-550)

■ 1: Ejecutivos y directivos. Para un IC del 95% (29,05-100,65) y una desviación típica de 76,50, la media de días totales fue de 64,85. La mediana dió un resultado de, 30,00 siendo el rango de, 325 con un mínimo de 5 y un máximo de 330.

Ocupación	Estadísticos	Días Totales
1	Mediana	30,00
	Rango	325 (5-330)

■ 2: Profesionales científicos e intelectuales. Para un IC del 95% (72,33-110,39) y una desviación típica de 89,29, la media resultó ser de 91,36 días totales. El valor de la mediana fué de 51,00 y el rango de 444, oscilando entre 4 y 448.

Ocupación	Estadísticos	Días Totales
2	Mediana Rango	51,00 444 (4-448)

■ 3: Profesionales y técnicos de nivel medio. Para un IC del 95% (89,67-129,74) y una desviación típica de 113,17, la media resultó ser de 109,70 días totales. El valor de la mediana fué de 68,00 y el rango de 532, oscilando entre 6 y 538.

Ocupación	Estadísticos	Días Totales
3	Mediana Rango	68,00 532 (6-538)

■ 4: Empleados de oficina. Siendo el IC del 95% (65,74-97,63) y una desviación típica de 75,71, la media de días totales fué de 81,69. La mediana resultó ser de 45,00 y el rango de 286, estando comprendido entre 2 y 288.

Ocupación	Estadísticos	Días Totales
4	Mediana Rango	45,00 286 (2-288)

■ 5: Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados. Tomando un IC del 95% (76,37-108,42) y una desviación típica de 106,46, la media de días totales resultó ser de 92,40. La mediana fue de 55,00 y el rango de 515, con un mínimo de 4 y un máximo de 519.

Ocupación	Estadísticos	Días Totales
5	Mediana Rango	55,00 515 (4-519)

■ 6: Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros. Siendo el IC del 95% (85,89-160,51) y una desviación típica de 145,68, la media de días totales fué de 123,20. La mediana resultó ser de 60,00 y el rango de 684, estando comprendido entre 10 y 694.

Ocupación	Estadísticos	Días Totales
6	Mediana Rango	60,00 684 (10-694)

■ 7: Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios. Para un IC del 95% (88,29-115,32) y una desviación típica de 135,91, la media de días totales fue de 101,80. El cálculo de la mediana resultó ser de 45,00 y el rango de 791, oscilando entre 0 y 791.

Ocupación	Estadísticos	Días Totales
7	Mediana Rango	45,00 791 (0-791)

■ 8: Operadores de instalaciones y máquinas, montadores y conductores. Tomando un IC del 95% (61,19-107,56) y una desviación típica de 92,84, la media de días totales fue de 84,38. La mediana de 48,00 y el rango de 481, comprendido entre 0 y 481.

Ocupación	Estadísticos	Días Totales
8	Mediana Rango	48,00 481 (0-481)

■ 9: Trabajadores no calificados. Siendo el IC del 95% (80,38-126,21) y la desviación típica de 124,58, la media dio un resultado de 103,29. La mediana fue de 60,00 y el rango de 686, con un mínimo de 4 y un máximo de 690.

Ocupación	Estadísticos	Días Totales
9	Mediana Rango	60,00 686 (4-690)

■ 10: Estudiantes. Para un IC del 95% (76,84-101,40) y una desviación típica de 126,34, la media fué de 89,12 días totales. La mediana resultó de 42,00 y el rango de 1.002, oscilando entre 0 y 1.002.

Ocupación	Estadísticos	Días Totales
10	Mediana Rango	42,00 1002 (0-1002)

■ 11: Amas de casa. Siendo el IC del 95% (109,18-156,73) y una desviación típica de 162,10, la media de días totales resultó ser de 132,96. El cálculo de la mediana arrojó un resultado de 90,00 y el rango fue de 1.344, comprendido entre 0 y 1.344.

Ocupación	Estadísticos	Días Totales
11	Mediana Rango	90,00 1344 (0-1344)

■ 12: Jubilados. Para un IC del 95% (103,30-128,85) y una desviación típica de 107,02 el valor de la media fué de 116,08. El cálculo de la mediana fue de 90,00 días totales y el rango de 801, con un mínimo de 1 y un máximo de 802.

Ocupación	Estadísticos	Días Totales
12	Mediana Rango	90,00 802 (1-801)

■ 13: Parados. Siendo el IC del 95% (83,53-189,36) y una desviación típica de 210,11, la media fué de 136,44. La mediana resultó ser de 90,00 días totales y el rango de 1.510, con un mínimo de 7 y un máximo de 1.517.

Ocupación	Estadísticos	Días Totales
13	Mediana Rango	90,00 1510 (7-1517)

■ 14: No consta. Con un IC del 95% (67,41-131,44) y una desviación típica de 130,24, la media fué de 99,42 días totales. La mediana dió un valor de 59,00 y un rango de 772, con un intervalo comprendido entre 1 y 773.

Ocupación	Estadísticos	Días Totales
14	Mediana Rango	59,00 772 (1-773)

■ 15: Autónomos. Con un IC del 95% (65,59-114,93) y una desviación típica de 92,97, la media resultó ser de 90,26. La mediana dió un valor de 60,00 y el rango de 475, comprendido entre 6 y 481.

Ocupación	Estadísticos	Días Totales
15	Mediana Rango	60,00 475 (6-481)

■ 16: Ninguna. Siendo el IC del 95% ((-52,09)-258,26) y la desviación típica de 244,23, la media fué de 103,08 días totales. La mediana fue de 12,50 y el rango de 860, con un mínimo de 0 y un máximo de 860.

Ocupación	Estadísticos	Días Totales
16	Mediana Rango	12,50 860 (0-860)

El valor de p para la prueba de Kruskal-Wallis es de 0,000, es decir, **los resultados hallados son estadísticamente significativos.**

Estadísticos	Días Totales
Chi-cuadrado	83,259
gl	16
Sig. asintót.	,000

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: Ocupación

La ocupación que más días totales precisó hasta alcanzar la sanidad fué la de las fuerzas armadas y las amas de casa y la que menos días precisó (obviando cuando no constaba ninguna ocupación) los ejecutivos y directivos.

b)Días Impeditivos.

■ 0: Fuerzas armadas. Para un IC del 95% ((-110,32)-441,92) y una desviación típica de 222,38 la media de días impeditivos fué de 165,80. La mediana dió un resultado de 46,00 días, siendo el rango de 530 con un mínimo de 20 y un máximo de 550.

Ocupación	Estadísticos	Días Impeditivos
0	Mediana Rango	46,00 530 (20-550)

■ 1: Ejecutivos y directivos. Para un IC del 95% (20,87-93,63) y una desviación típica de 77,72, la media de días improductivos fue de 57,25. La mediana dio un resultado de, 30,00 siendo el rango de, 330 con un mínimo de 0 y un máximo de 330.

Ocupación	Estadísticos	Días Improductivos
1	Mediana	30,00
	Rango	330 (0-330)

■ 2: Profesionales científicos e intelectuales. Para un IC del 95% (65,02-99,05) y una desviación típica de 79,82, la media resultó ser de 82,03 días improductivos. El valor de la mediana fue de 45,00 y el rango de 360, oscilando entre 0 y 360.

Ocupación	Estadísticos	Días Improductivos
2	Mediana	45,00
	Rango	360 (0-360)

■ 3: Profesionales y técnicos de nivel medio. Para un IC del 95% (77,48-115,68) y una desviación típica de 107,90, la media resultó ser de 96,58 días improductivos. El valor de la mediana fue de 60,00 y el rango de 523, oscilando entre 0 y 523.

Ocupación	Estadísticos	Días Improductivos
3	Mediana	60,00
	Rango	523 (0-523)

■ 4: Empleados de oficina. Siendo el IC del 95% (59,98-1,93) y una desviación típica de 75,96, la media de días improductivos fue de 75,84. La mediana resultó ser de 42,00 y el rango de 286, estando comprendido entre 0 y 288.

Ocupación	Estadísticos	Días Improductivos
4	Mediana	42,00
	Rango	286 (2-288)

■ 5: Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados. Tomando un IC del 95% (70,38-102,60) y una desviación típica de 107,36, la media de días improductivos resultó ser de 86,49. La mediana fue de 50,00 y el rango de 519, con un mínimo de 0 y un máximo de 519.

Ocupación	Estadísticos	Días Improductivos
5	Mediana	55,00
	Rango	515 (4-519)

■ 6: Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros. Siendo el IC del 95% (78,63-152,94) y una desviación típica de 145,08, la media de días improductivos fue de 115,79. La mediana resultó ser de 55,00 y el rango de 694, estando comprendido entre 10 y 694.

Ocupación	Estadísticos	Días Impeditivos
6	Mediana Rango	55,00 694 (0-694)

■ 7: Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios. Para un IC del 95% (84,26-111,22) y una desviación típica de 135,91, la media de días impeditivos fue de 97,74. El cálculo de la mediana resultó ser de 45,00 y el rango de 791, oscilando entre 0 y 791.

Ocupación	Estadísticos	Días Impeditivos
7	Mediana Rango	45,00 791 (0-791)

■ 8: Operadores de instalaciones y máquinas, montadores y conductores. Tomando un IC del 95% (57,41-104,37) y una desviación típica de 92,84, la media de días impeditivos fue de 80,89. La mediana de 46,00 y el rango de 481, comprendido entre 0 y 481.

Ocupación	Estadísticos	Días Impeditivos
8	Mediana Rango	46,00 481 (0-481)

■ 9: Trabajadores no calificados. Siendo el IC del 95% (75,29-121,05) y la desviación típica de 124,40, la media dio un resultado de 98,17. La mediana fue de 56,00 y el rango de 690, con un mínimo de 0 y un máximo de 690.

Ocupación	Estadísticos	Días Impeditivos
9	Mediana Rango	56,00 690 (0-690)

■ 10: Estudiantes. Para un IC del 95% (63,22-83,84) y una desviación típica de 106,06, la media fué de 73,53 días impeditivos. La mediana resultó ser de 30,00 y el rango de 805, oscilando entre 0 y 805.

Ocupación	Estadísticos	Días Impeditivos
10	Mediana Rango	30,00 805 (0-805)

■ 11: Amas de casa. Con el IC del 95% (98,94-142,60) y una desviación típica de 148,83, la media de días impeditivos fue de 120,77. El cálculo de la mediana arrojó un resultado de 90,00 y el rango fue de 1.344, comprendido entre 0 y 1.344.

Ocupación	Estadísticos	Días Impeditivos
11	Mediana Rango	90,00 1344 (0-1344)

■ 12: Jubilados. Para un IC del 95% (91,90-114,01) y una desviación típica de 92,92 el valor de la media fué de 102,96. El cálculo de la mediana fue de 90,00 días impeditivos y el rango de 504, con un mínimo de 0 y un máximo de 504.

Ocupación	Estadísticos	Días Impeditivos
12	Mediana Rango	90,00 504 (0-504)

■ 13: Parados. Siendo el IC del 95% (71,33-178,29) y una desviación típica de 212,34, la media fué de 124,81. La mediana resultó ser de 74,00 días impeditivos y el rango de 1.517, con un mínimo de 0 y un máximo de 1.517.

Ocupación	Estadísticos	Días Impeditivos
13	Mediana Rango	74,00 1517 (0-1517)

■ 14: No consta. Con un IC del 95% (61,51-124,88) y una desviación típica de 129,89, la media fué de 93,19 días impeditivos. La mediana dió un valor de 52,00 y un rango de 773, con un intervalo comprendido entre 0 y 773.

Ocupación	Estadísticos	Días Impeditivos
14	Mediana Rango	52,00 773 (0-773)

■ 15: Autónomos. Con un IC del 95% (63,53-107,49) y una desviación típica de 82,83, la media resultó ser de 85,51. La mediana dió un valor de 60,00 y el rango de 419, comprendido entre 0 y 419.

Ocupación	Estadísticos	Días Impeditivos
15	Mediana Rango	60,00 419 (0-419)

■ 16: Ninguna. Siendo el IC del 95% ((-54,02)-230,94) y la desviación típica de 235,78, la media fué de 88,46 días impeditivos. La mediana fue de 7,00 y el rango de 860, con un mínimo de 0 y un máximo de 860.

Ocupación	Estadísticos	Días Impeditivos
16	Mediana Rango	12,50 860 (0-860)

El resultado de p para la prueba de Kruskal-Wallis fue de 0,000, **existiendo significación estadística en los resultados observados.**

Estadísticos	Días Impeditivos
Chi-cuadrado	87,657
gl	16
Sig. asintót.	,000

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: ocupación

Los días impeditivos fueron más numerosos entre los trabajadores de las fuerzas armadas y las amas de casa. Las ocupaciones con menos días impeditivos fueron los ejecutivos y directivos y los estudiantes .

c)Días No Impeditivos.

■ 0: Fuerzas armadas. Con un IC del 95% ((-15,99)-33,99) y una desviación típica de 20,125 la media de días no impeditivos fue de 9,00. La mediana dió un resultado de 0,00 días, siendo el rango de 45 con un mínimo de 0 y un máximo de 45.

Ocupación	Estadísticos	Días No Impeditivos
0	Mediana Rango	0,00 45 (0-45)

■ 1: Ejecutivos y directivos. Para un IC del 95% ((-1,84)-17,04) y una desviación típica de 20,17, la media de días no impeditivos fué de 7,60. La mediana dió un resultado de, 0,00 siendo el rango de, 89 con un mínimo de 0 y un máximo de 89.

Ocupación	Estadísticos	Días No Impeditivos
1	Mediana Rango	0,00 89 (0-89)

■ 2: Profesionales científicos e intelectuales. Con un IC del 95% (2,29-16,36) y una desviación típica de 33,01, la media resultó de 9,32 días no impeditivos. El valor de la mediana fué de 0,00 y el rango de 224, oscilando entre 0 y 224.

Ocupación	Estadísticos	Días No Impeditivos
2	Mediana Rango	0,00 224 (0-224)

■ 3: Profesionales y técnicos de nivel medio. Para un IC del 95% (5,46-16,84) y una desviación típica de 32,14, la media resultó ser de 11,15 días no impeditivos. El valor de la mediana fué de 0,00 y el rango de 199, oscilando entre 0 y 199.

Ocupación	Estadísticos	Días No Impeditivos
3	Mediana Rango	0,00 199 (0-199)

■ 4: Empleados de oficina. Siendo el IC del 95% (2,26-9,20) y una desviación típica de 16,47, la media de días no impeditivos fué de 5,73. La mediana resultó ser de 0,00 y el rango de 96, estando comprendido entre 0 y 96.

Ocupación	Estadísticos	Días No Impeditivos
4	Mediana Rango	0,00 96 (0-96)

■ 5: Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados. Con un IC del 95% (2,42-8,38) y una desviación típica de 19,81, la media de días no impeditivos resultó ser de 5,40. La mediana fue de 0,00 y el rango de 225, con un mínimo de 0 y un máximo de 225.

Ocupación	Estadísticos	Días No Impeditivos
5	Mediana Rango	0,00 225 (0-225)

■ 6: Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros. Con un IC del 95% (1,10-13,59) y una desviación típica de 24,38, la media de días no impeditivos fué de 7,34. La mediana resultó ser de 0,00 y el rango de 151, comprendido entre 0 y 151.

Ocupación	Estadísticos	Días No Impeditivos
6	Mediana Rango	0,00 151 (0-151)

■ 7: Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios. Para un IC del 95% (2,16-6,02) y una desviación típica de 19,42, la media de días no impeditivos fue de 4,09. El cálculo de la mediana resultó ser de 0,00 y el rango de 250, oscilando entre 0 y 250.

Ocupación	Estadísticos	Días No Impeditivos
7	Mediana Rango	0,00 250 (0-250)

■ 8: Operadores de instalaciones y máquinas, montadores y conductores. Con un IC del 95% (0,65-6,32) y una desviación típica de 11,35, la media de días no impeditivos fue de 3,48. La mediana de 0,00 y el rango de 80, oscilando entre 0 y 80.

Ocupación	Estadísticos	Días No Impeditivos
8	Mediana Rango	0,00 80 (0-80)

■ 9: Trabajadores no calificados. Siendo el IC del 95% (2,36-7,88) y la desviación típica de 14,99, la media dió un resultado de 5,12. La mediana fue de 0,00 días no impeditivos y el rango de 106, con un mínimo de 0 y un máximo de 106.

Ocupación	Estadísticos	Días No Impeditivos
9	Mediana Rango	0,00 106 (0-106)

■ 10: Estudiantes. Para un IC del 95% (9,63-22,01) y una desviación típica de 63,70, la media fué de 15,82 días no impeditivos. La mediana resultó ser de 0,00 y el rango de 959, oscilando entre 0 y 959.

Ocupación	Estadísticos	Días No Impeditivos
10	Mediana Rango	30,00 959 (0-959)

■ 11: Amas de casa. Con el IC del 95% (5,57-18,80) y una desviación típica de 45,10, la media de días no impeditivos fue de 12,19. El cálculo de la mediana arrojó un resultado de 0,00 y el rango fue de 400, comprendido entre 0 y 400.

Ocupación	Estadísticos	Días No Impeditivos
11	Mediana Rango	0,00 400 (0-400)

■ 12: Jubilados. Para un IC del 95% (7,36-17,59) y una desviación típica de 42,86 el valor de la media fué de 12,47. El cálculo de la mediana fue de 0,00 días no impeditivos y el rango de 422, con un mínimo de 0 y un máximo de 422.

Ocupación	Estadísticos	Días No Impeditivos
12	Mediana Rango	0,00 422 (0-422)

■ 13: Parados. Siendo el IC del 95% (2,50-14,55) y una desviación típica de 23,93, la media fué de 8,52. La mediana resultó ser de 0,00 días no impeditivos y el rango de 149 con un mínimo de 0 y un máximo de 149.

Ocupación	Estadísticos	Días No Impeditivos
13	Mediana Rango	0,00 149 (0-149)

■ 14: No consta. Con un IC del 95% (0,09-9,55) y una desviación típica de 19,24, la media fué de 4,82 días no impeditivos. La mediana dió un valor de 0,00 y un rango de 122, con un intervalo comprendido entre 0 y 122.

Ocupación	Estadísticos	Días No Impeditivos
14	Mediana Rango	0,00 122 (0-122)

■ 15: Autónomos. Con un IC del 95% ((-1,58)-11,09) y una desviación típica de 23,89, la media resultó ser de 4,75. La mediana dió un valor de 0,00 días no impeditivos y el rango de 174, comprendido entre 0 y 174.

Ocupación	Estadísticos	Días No Impeditivos
15	Mediana Rango	0,00 174 (0-174)

■ 16: Ninguna. Siendo el IC del 95% ((-0,89)-15,39) y la desviación típica de 12,81, la media fué de 7,25 días no impeditivos. La mediana fue de 2,00 y el rango de 45, con un mínimo de 0 y un máximo de 45.

Ocupación	Estadísticos	Días No Impeditivos
16	Mediana Rango	2,00 45 (0-45)

El valor de p para la prueba de Kruskal-Wallis fue de 0,000, por lo tanto **los resultados fueron estadísticamente significativos.**

Estadísticos	Días No Impeditivos
Chi-cuadrado	55,713
gl	16
Sig. asintót.	,000

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: ocupación

El grupo de ocupación que más días no impositivos precisó fue el de ejecutivos y directivos, seguido del grupo de estudiantes. El grupo que menos días no impositivos aportó fue el de los autónomos .

d)Días de Estancia Hospitalaria.

■ 0: Fuerzas armadas. Con un IC del 95% ((-83,49)-196,29) y una desviación típica de 112,66 la media de días de estancia hospitalaria fué de 56,40. La mediana dió un resultado de 0,00 días, siendo el rango de 257 con un mínimo de 0 y un máximo de 257.

Ocupación	Estadísticos	Días Estancia Hospitalaria
0	Mediana Rango	0,00 257 (0-257)

■ 1: Ejecutivos y directivos. Para un IC del 95% ((-2,95)-8,35) y una desviación típica de 12,07 la media de días de estancia hospitalaria fué de 2,70. La mediana dió un resultado de, 0,00 siendo el rango de, 54 con un mínimo de 0 y un máximo de 54.

Ocupación	Estadísticos	Días Estancia Hospitalaria
1	Mediana Rango	0,00 54 (0-54)

■ 2: Profesionales científicos e intelectuales. Con un IC del 95% (1,77-5,47) y una desviación típica de 8,63, la media resultó de 3,62 días de estancia hospitalaria. El valor de la mediana fué de 0,00 y el rango de 59, oscilando entre 0 y 59.

Ocupación	Estadísticos	Días Estancia Hospitalaria
2	Mediana Rango	0,00 59 (0-59)

■ 3: Profesionales y técnicos de nivel medio. Con un IC del 95% (1,14-7,57) y una desviación típica de 18,07 la media resultó ser de 4,35 días de estancia hospitalaria. La mediana fué de 0,00 y el rango de 187, oscilando entre 0 y 187.

Ocupación	Estadísticos	Días Estancia Hospitalaria
3	Mediana Rango	0,00 187 (0-187)

■ 4: Empleados de oficina. Siendo el IC del 95% (1,35-4,18) y una desviación típica de 6,71, la media de días de estancia hospitalaria fué de 2,76. La mediana resultó ser de 0,00 y el rango de 39, estando comprendido entre 0 y 39.

Ocupación	Estadísticos	Días Estancia Hospitalaria
4	Mediana Rango	0,00 39 (0-39)

■ 5: Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados. Con un IC del 95% (2,02-5,39) y una desviación típica de 11,20, la media de días de estancia hospitalaria resultó ser de 3,71. La mediana fue de 0,00 y el rango de 76, con un mínimo de 0 y un máximo de 76.

Ocupación	Estadísticos	Días Estancia Hospitalaria
5	Mediana Rango	0,00 76 (0-76)

■ 6: Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros. Con un IC del 95% (0,01-11,73) y una desviación típica de 22,88, la media de días de estancia hospitalaria fué de 5,87. La mediana resultó ser de 0,00 y el rango de 175, comprendido entre 0 y 175.

Ocupación	Estadísticos	Días Estancia Hospitalaria
6	Mediana Rango	0,00 175 (0-175)

■ 7: Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios. Para un IC del 95% (4,92-10,56) y una desviación típica de 28,24, la media de días de estancia hospitalaria fué de 7,74. El cálculo de la mediana resultó ser de 0,00 y el rango de 405, oscilando entre 0 y 405.

Ocupación	Estadísticos	Días Estancia Hospitalaria
7	Mediana Rango	0,00 405 (0-405)

■ 8: Operadores de instalaciones y máquinas, montadores y conductores. Con un IC del 95% (2,61-6,42) y una desviación típica de 7,63, la media de días de estancia hospitalaria fué de 4,52. La mediana de 0,00 y el rango de 28, oscilando entre 0 y 28.

Ocupación	Estadísticos	Días Estancia Hospitalaria
8	Mediana Rango	0,00 28 (0-28)

■ 9: Trabajadores no calificados. Siendo el IC del 95% (2,53-8,85) y la desviación típica de 17,26, la media dió un resultado de 5,69. La mediana fue de 0,00 días de estancia hospitalaria y el rango de 127, con un mínimo de 0 y un máximo de 127.

Ocupación	Estadísticos	Días Estancia Hospitalaria
9	Mediana Rango	0,00 127 (0-127)

■ 10: Estudiantes. Para un IC del 95% (3,72-7,37) y una desviación típica de 18,70, la media fué de 5,54 días de estancia hospitalaria. La mediana resultó ser de 0,00 y el rango de 248, oscilando entre 0 y 248.

Ocupación	Estadísticos	Días Estancia Hospitalaria
10	Mediana Rango	0,00 248 (0-248)

■ 11: Amas de casa. Con el IC del 95% (2,61-6,91) y una desviación típica de 14,65, la media de días de estancia hospitalaria fué de 4,76. El cálculo de la mediana arrojó un resultado de 0,00 y el rango fue de 141, comprendido entre 0 y 141.

Ocupación	Estadísticos	Días Estancia Hospitalaria
11	Mediana Rango	0,00 141 (0-141)

■ 12: Jubilados. Para un IC del 95% (5,33-9,32) y una desviación típica de 16,70 el valor de la media fué de 7,32. El cálculo de la mediana fue de 0,00 días de estancia hospitalaria y el rango de 174, con un mínimo de 0 y un máximo de 174.

Ocupación	Estadísticos	Días Estancia Hospitalaria
12	Mediana Rango	0,00 174 (0-174)

■ 13: Parados. Siendo el IC del 95% (2,65-9,67) y una desviación típica de 13,93, la media fué de 6,16. La mediana resultó ser de 0,00 días de estancia hospitalaria y el rango de 86 con un mínimo de 0 y un máximo de 86.

Ocupación	Estadísticos	Días Estancia Hospitalaria
13	Mediana Rango	0,00 86 (0-86)

■ 14: No consta. Con un IC del 95% ((-0,35)-31,01) y una desviación típica de 64,30, la media fué de 15,33 días estancia hospitalaria. La mediana dió un valor de 0,00 y un rango de 472, con un intervalo comprendido entre 0 y 472.

Ocupación	Estadísticos	Días Estancia Hospitalaria
14	Mediana Rango	0,00 472 (0-472)

■ 15: Autónomos. Con un IC del 95% (1,54-5,30) y una desviación típica de 7,09, la media resultó ser de 3,42. La mediana dió un valor de 0,00 días estancia hospitalaria y el rango de 31, comprendido entre 0 y 31.

Ocupación	Estadísticos	Días Estancia Hospitalaria
15	Mediana Rango	0,00 31 (0-31)

■ 16: Ninguna. Siendo el IC del 95% ((-0,22)-4,53) y la desviación típica de 3,93, la media fué de 2,15 días de estancia hospitalaria. La mediana fue de 2,00 y el rango de 13, con un mínimo de 0 y un máximo de 13.

Ocupación	Estadísticos	Días Estancia Hospitalaria
16	Mediana Rango	0,00 13 (0-13)

La p para la prueba de Kruskal-Wallis fué de 0,003, es decir que **los resultados encontrados son estadísticamente significativos.**

Estadísticos	Días de Estancia Hospitalaria
Chi-cuadrado	35,947
gl	16
Sig. asintót.	,003

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: ocupación

Más del 50% de los lesionados no precisó de estancia hospitalaria para la observación, seguimiento o tratamiento del traumatismo padecido.

El grupo de ocupación oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios fué el que tuvo el mayor rango de estancia hospitalaria (sin contar el grupo en que no constaba la ocupación).

4.2.2.4.10. Incapacidad temporal desde el ámbito asistencial.

Para el estudio de la relación entre la ocupación y la incapacidad temporal desde el punto de vista del médico asistencial y los días precisados, hemos relacionado las dos variables mediante el empleo de las tablas de contingencia y la prueba de Kruskal-Wallis.

1- En las tablas de contingencia obtenemos la distribución de la IT en las diferentes ocupaciones .

Ocupación		Incapacidad Temporal			Total
		NO	NO CONSTA	SI	
0 Fuerzas armadas	Recuento	4		1	5
	% ocupación	80,0%		20,0%	100,0%
	% de IT	,4%		,1%	,2%
1 Ejecutivos y directivos	Recuento	4	8	8	20
	% ocupación	20,0%	40,0%	40,0%	100,0%
	% de IT	,4%	1,8%	1,1%	,9%
2 Profesionales científicos e intelectuales	Recuento	9	36	43	88
	% ocupación	10,2%	40,9%	48,9%	100,0%
	% de IT	,9%	8,2%	6,1%	4,0%
3 Técnicos y profesionales de nivel medio	Recuento	12	49	64	125
	% ocupación	9,6%	39,2%	51,2%	100,0%
	% de IT	1,1%	11,2%	9,1%	5,7%
4 Empleados de oficina	Recuento	10	22	57	89
	% ocupación	11,2%	24,7%	64,0%	100,0%
	% de IT	,9%	5,0%	8,1%	4,0%
5 Trabajadores de servicios y vendedores	Recuento	21	56	97	174
	% ocupación	12,1%	32,2%	55,7%	100,0%
	% de IT	2,0%	12,8%	13,7%	7,9%
6 Agricultores, agropecuarios y pesqueros	Recuento	4	26	32	62
	% ocupación	6,5%	41,9%	51,6%	100,0%
	% de IT	,4%	5,9%	4,5%	2,8%
7 Oficiales, operarios, artesanos y oficios	Recuento	26	121	244	391
	% ocupación	6,6%	30,9%	62,4%	100,0%
	% de IT	2,5%	27,6%	34,6%	17,8%
8 Operadores de instalaciones y maquinas	Recuento	7	22	35	64
	% ocupación	10,9%	34,4%	54,7%	100,0%
	% de IT	,7%	5,0%	5,0%	2,9%
9 Trabajadores no calificados	Recuento	10	41	66	117
	% ocupación	8,5%	35,0%	56,4%	100,0%
	% de IT	,9%	9,3%	9,3%	5,3%
13 Desempleados	Recuento	53	2	8	63
	% ocupación	84,1%	3,2%	12,7%	100,0%
	% de IT	5,0%	,5%	1,1%	2,9%
14 No consta	Recuento	20	22	25	67
	% ocupación	29,9%	32,8%	37,3%	100,0%
	% de IT	1,9%	5,0%	3,5%	3,0%
15 Autónomos	Recuento	10	27	20	57
	% ocupación	17,5%	47,4%	35,1%	100,0%
	% de IT	,9%	6,2%	2,8%	2,6%

■ 0: Fuerzas armadas. El 20% fueron subsidiarios una situación de Incapacidad temporal (IT), frente al 80% que no lo fue.

- 1: Ejecutivos y directivos. El 40% precisó de IT y un 20% no la precisó. En un 40% de casos no constaba el dato.
- 2: Profesionales científicos e intelectuales. El 48,9% tuvieron IT, frente al 10,9% que no la tuvieron. En un 40,9% de casos no constaba el dato.
- 3: Profesionales y técnicos de nivel medio. El 51,2% precisó IT, el 9,6% no la precisó y en un 39,2% no constaba el dato.
- 4: Empleados de oficina. El 64,0% precisó de IT mientras que el 11,2% no la precisó. Con un porcentaje del 24,7% el dato no se pudo obtener.
- 5: Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados. El 55,7% disfrutaron de una situación de IT , el 12,1% no la precisó y no constaba el dato en un 32,2%.
- 6: Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros. Si precisaron IT el 51,6% y no la precisaron el 6,5%. No constaba el dato en un 41,9%.
- 7: Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios. Precisaron IT el 62,4%, no la precisaron el 6,6% y no constaba el dato en el 30,9%.
- 8: Operadores de instalaciones y máquinas, montadores y conductores. Fueron subsidiarios de IT el 54,7%, no lo fueron el 10,9% y no se reflejó el dato en un 34,4% de ocasiones.
- 9: Trabajadores no calificados. Si precisaron IT en un 56,4%, no la precisaron un 8,5% y no constaba el dato en un 35,0%.
- 10: Estudiantes, 11 amas de casa y 12 jubilados, no son subsidiarios de IT.
- 13: Parados: El 12,7% fue subsidiario de IT, el 84,1% no y no se recogió el dato en un 3,2%.
- 14: No consta. Si que hubo IT, pero no constaban los días en el 37,3% de los casos, no hubo IT en el 29,9% y no constaba el dato en el 32,8%.
- 15: Autónomos. Un 35,1% si que precisó IT, un 17,5% no la precisó y no constaba el dato en un 47,4%.

- 16: Ninguna. No son subsidiarios de IT.

El valor de p es menor o igual de 0,05 ($p=0,000$), por lo tanto **las diferencias encontradas son significativas.**

Estadísticos	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1687,507	32	,000

a 6 casillas (11,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 1,00.

2- Aplicando la prueba de Kruskal-Wallis.

- 0: Fuerzas armadas. La IT es una constante en este grupo y se ha desestimado para el cálculo estadístico.

- 1: Ejecutivos y directivos. Para un IC del 95% ((-2,40-8,10) y una desviación típica de 11,21, la media de días de IT fué de 2,85. La mediana dió un resultado de, 0,00 siendo el rango de, 50 con un mínimo de 0 y un máximo de 50.

Ocupación	Estadísticos	Incapacidad Temporal
1	Mediana Rango	0,00 50 (0-50)

- 2: Profesionales científicos e intelectuales. Con un IC del 95% (4,58-33,06) y una desviación típica de 2,04, la media resultó de 18,82 días de IT. El valor de la mediana fué de 0,00 y el rango de 451, oscilando entre 0 y 451.

Ocupación	Estadísticos	Incapacidad Temporal
2	Mediana Rango	0,00 451 (0-451)

- 3: Profesionales y técnicos de nivel medio. Con un IC del 95% (14,81) y una desviación típica de 92,25, la media resultó ser de 31,14 días de IT. La mediana fué de 0,00 y el rango de 854, oscilando entre 0 y 854.

Ocupación	Estadísticos	Incapacidad Temporal
3	Mediana Rango	0,00 854 (0-854)

- 4: Empleados de oficina. Siendo el IC del 95% (13,41-38,84) y una desviación típica de 1,70, la media de días de IT fué de 26,12. La mediana resultó ser de 0,00 y el rango de 356, comprendido entre 0 y 356

Ocupación	Estadísticos	Incapacidad Temporal
4	Mediana Rango	0,00 356 (0-356)

- 5: Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados. Con un IC del 95% (16,75-34,75) y una desviación típica de 60,16, la media

de días de IT resultó ser de 25,75. La mediana fue de 0,00 y el rango de 415, con un mínimo de 0 y un máximo de 415.

Ocupación	Estadísticos	Incapacidad Temporal
5	Mediana Rango	0,00 415 (0-415)

■ 6: Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros. Con un IC del 95% (11,42-54,80) y una desviación típica de 85,40, la media de días de IT fué de 33,11. La mediana resultó ser de 0,00 y el rango de 444, comprendido entre 0 y 444.

Ocupación	Estadísticos	Incapacidad Temporal
6	Mediana Rango	0,00 444 (0-444)

■ 7: Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios. Para un IC del 95% (21,54-34,55) y una desviación típica de 65,40, la media de días de IT fué de 28,05. El cálculo de la mediana resultó ser de 0,00 y el rango de 443, oscilando entre 0 y 443.

Ocupación	Estadísticos	Incapacidad Temporal
7	Mediana Rango	0,00 443(0-443)

■ 8: Operadores de instalaciones y máquinas, montadores y conductores. Con un IC del 95% (5,17-32,51) y una desviación típica de 54,72, la media de días de IT fué de 18,84. La mediana fué de 0,00 y el rango de 319, oscilando entre 0 y 319.

Ocupación	Estadísticos	Incapacidad Temporal
8	Mediana Rango	0,00 319 (0-319)

■ 9: Trabajadores no calificados. Siendo el IC del 95% (14,64-37,91) y la desviación típica de 63,55, la media dió un resultado de 26,27. La mediana fué de 0,00 días de IT y el rango de 486, con un mínimo de 0 y un máximo de 486.

Ocupación	Estadísticos	Incapacidad Temporal
9	Mediana Rango	0,00 486(0-486)

■ 10: Estudiantes, 11 amas de casa y 12 jubilados, los días de IT en estos grupos son una constante y se han desestimado en el cálculo estadístico.

■ 13: Parados. Siendo el IC del 95% (5,29-29,98) y la desviación típica de 49,00, la media fué de 17,63 días de IT. La mediana resultó ser de 0,00 y el rango de 277 con un mínimo de 0 y un máximo de 277.

Ocupación	Estadísticos	Incapacidad Temporal
13	Mediana Rango	0,00 277 (0-277)

■ 14: No consta. Con un IC del 95% (12,57-61,31) y una desviación típica de 99,90, la media fué de 36,94 días de IT. La mediana dió un valor de 0,00 y un rango de 509, con un intervalo comprendido entre 0 y 509.

Ocupación	Estadísticos	Incapacidad Temporal
14	Mediana Rango	0,00 509 (0-509)

■ 15: Autónomos. Con un IC del 95% (3,45-38,45) y una desviación típica de 65,96 la media resultó ser de 20,95 días de IT La mediana dió un valor de 0,00 y el rango de 381 comprendido entre 0 y 381.

Ocupación	Estadísticos	Incapacidad Temporal
15	Mediana Rango	0,00 381 (0-381)

■ 16: Ninguna. Los días de IT son una constante cuando no se desempeña ninguna ocupación y se han desestimado en el cálculo estadístico.

La p para la prueba de Kruskal-Wallis dio 0,000, al ser inferior a 0,05, **los resultados son estadísticamente significativos.**

Estadísticos	Incapacidad Temporal
Chi-cuadrado	80,549
gl	16
Sig. asintót.	,000

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: ocupación

La ocupación que representó un mayor porcentaje en la IT fué la de oficiales, operarios, artesanos de artes mecánicas y de otros oficios (34,6%) seguida de los trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados (13,7%), los trabajadores no calificados (9,3%) y los técnicos y profesionales de nivel medio(9,1%).

Los días de IT han sido más numerosos en los empleados de oficina (4), seguido de los profesionales y técnicos de nivel medio (3) y los trabajadores no calificados (9). Estudiantes, amas de casa, jubilados y personas que no trabajaban y no estaban en el paro, como es lógico no fueron subsidiarios de IT.

4.2.2.4.11. Incapacidad permanente.

En las Tablas de Contingencia observamos la relación entre la ocupación que se desempeña y la Incapacidad Permanente (IP). Los miembros de las fuerzas armadas, los ejecutivos y directivos, los profesionales científicos e intelectuales, los empleados de oficina, los agricultores y trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros artesanos, los operadores de instalaciones y máquinas, montadores y los conductores de vehículos o maquinaria pesada no tuvieron un Incapacidad Permanente (IP).

Los técnicos y profesionales de nivel medio tuvieron el 0,8% de IP; los trabajadores de servicios y vendedores de comercios y mercados el 3,4% de IP; los oficiales, operarios, artesanos y otros oficios el 2,8% de IP; trabajadores no calificados el 1,7% de IP; autónomos, tuvieron en 1,8% de IP; parados el 3,2% de IP.

Ocupación		Incapacidad Permanente			Total
		NO	NO CONSTA	SI	
0 Fuerzas armadas	Recuento % ocupación % de IP	5 100,0% ,3%			5 100,0% ,2%
1 Ejecutivos y directivos	Recuento % ocupación % de IP	15 75,0% ,9%	5 25,0% ,9%		20 100,0% ,9%
2 Profesionales científicos e intelectuales	Recuento % ocupación % de IP	71 80,7% 4,4%	17 19,3% 3,1%		88 100,0% 4,0%
3 Técnicos y profesionales de nivel medio	Recuento % ocupación % de IP	87 69,6% 5,4%	37 29,6% 6,7%	1 ,8% 3,0%	125 100,0% 5,7%
4 Empleados de oficina	Recuento % ocupación % de IP	68 76,4% 4,2%	21 23,6% 3,8%		89 100,0% 4,0%
5 Trabajadores de servicios y vendedores	Recuento % ocupación % de IP	129 74,1% 8,0%	39 22,4% 7,1%	6 3,4% 18,2%	174 100,0% 7,9%
6 Agricultores, agropecuarios y pesqueros	Recuento % ocupación % de IP	42 67,7% 2,6%	20 32,3% 3,6%		62 100,0% 2,8%
7 Oficiales, operarios, artesanos y oficios	Recuento % ocupación % de IP	276 70,6% 17,1%	104 26,6% 18,9%	11 2,8% 33,3%	391 100,0% 17,8%
8 Operadores de instalaciones y maquinas	Recuento % ocupación % de IP	49 76,6% 3,0%	15 23,4% 2,7%		64 100,0% 2,9%
9 Trabajadores no calificados	Recuento % ocupación % de IP	76 65,0% 4,7%	39 33,3% 7,1%	2 1,7% 6,1%	117 100,0% 5,3%
13 Parados	Recuento % ocupación % de IP	48 76,2% 3,0%	13 20,6% 2,4%	2 3,2% 6,1%	63 100,0% 2,9%
14 No consta	Recuento % ocupación % de IP	56 83,6% 3,5%	11 16,4% 2,0%		67 100,0% 3,0%
15 Autónomos	Recuento % ocupación	44 77,2%	12 21,1%	1 1,8%	57 100,0%

	% de IP	2,7%	2,2%	3,0%	2,6%
--	---------	------	------	------	------

El cálculo de p fue mayor a 0,05 ($p=0,11$), por lo que **las diferencias observadas carecen de significación estadística.**

Estadísticos	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	52,935	32	,011

a 6 casillas (11,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,00.

Estudiantes, amas de casa, jubilados y personas que no trabajaban y no estaban en el paro, como es lógico no fueron subsidiarios de IP.

Debemos reseñar, que la situación de IP, sólo fue recogida por el médico-forense en 33 ocasiones, aunque es una muestra pequeña y el resultado de su relación con la ocupación no es significativo, podemos extraer conclusiones y describir los resultados obtenidos.

La ocupación que representó un mayor porcentaje en la IP fue la de oficiales, operarios, artesanos de artes mecánicas y de otros oficios (33,3%) seguida de los trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados (18,2%); los trabajadores no calificados y los parados el (6,1%); los técnicos y profesionales de nivel medio y los autónomos (3%).

4.2.2.5. Relación entre tratamiento posterior y otras variables.

4.2.2.5.1. Número de visitas.

La mediana del número de visitas entre los lesionados que precisaron tratamiento posterior fué de 2,00, el rango fue de 19, con un valor mínimo de 1 y un valor máximo de 20. La media dió un valor de 2,60, para un IC del 95% (2,48-2,72) y una desviación típica de 2,32.

Tratamiento posterior	Estadísticos	Nº visitas
SI	Mediana Rango	2,00 19 (1-20)

La mediana del número de visitas entre los lesionados que no precisaron tratamiento posterior fué de 1,00 y el rango de 8, oscilando entre 1 y 9. La media fué de 1,17, con un IC del 95% (1,12-1,22) y una desviación típica de 0,65.

Tratamiento posterior	Estadísticos	Nº visitas
NO	Mediana Rango	1,00 8 (1-9)

La p para la prueba de Kruskal-Wallis, fue de 0,000, por lo tanto **los resultados obtenidos son estadísticamente significativos.**

Estadísticos	Nº visitas
Chi-cuadrado	399,295
gl	1
Sig. asintót.	,000

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: Tratamiento posterior

Los lesionados que requirieron tratamiento posterior, también necesitaron mayor número de visitas que los que no lo precisaron.

4.2.2.5.2. Días totales hasta la sanidad.

Los lesionados que precisaron tratamiento posterior, tardaron una media de 137,94 días en alcanzar la sanidad, con un IC del 95% (130,86-145,03) y una desviación típica de 138,77. La mediana fue de 96 días, con un rango de 1.514, mínimo de 3 y máximo de 1.517.

Tratamiento posterior	Estadísticos	Días Totales
SI	Mediana Rango	96,00 1514 (3-1517)

Los lesionados que no precisaron tratamiento posterior, tardaron una media de 30,27 días en curar, con un IC del 95% (26,68-33,86) y una desviación típica de 48,81. La mediana fue de 15 y el rango de 690, con un mínimo de 0 y un máximo de 690.

Tratamiento posterior	Estadísticos	Días Totales
NO	Mediana Rango	15,00 690 (0-690)

La p para la prueba de Kruskal-Wallis fue de 0,000, así que **los resultados obtenidos son estadísticamente significativos.**

Estadísticos	Días Totales
Chi-cuadrado	897,427
gl	1
Sig. asintót.	,000

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: Tto posterior

Los lesionados que precisaron tratamiento posterior, necesitaron más días para alcanzar la sanidad de sus lesiones que los que no requirieron tratamiento posterior.

4.2.2.5.3. Valoración médico-legal de los días precisados hasta alcanzar la sanidad.

Desglosando los días que invirtiendo los lesionados en curar o hasta que sus lesiones se estabilizaron, en impeditivos, no impeditivos y días de estancia hospitalaria, obtuvimos los siguientes resultados:

➤ DÍAS IMPEDITIVOS.

Los lesionados que precisaron tratamiento posterior estuvieron impedidos para la realización de sus actividades habituales una mediana de 90 días y el rango osciló entre 0 y 1.517. La media fue de 126,40, con un IC del 95% (119,70-133,09) y una desviación típica de 131,207.

Tratamiento posterior	Estadísticos	Días Impeditivos
SI	Mediana Rango	90,00 1517 (3-1517)

Los lesionados que no requirieron tratamiento posterior, precisaron una mediana de 14 días impeditivos, con un rango de 690, oscilando entre 0 y 690. La media fue de 25,41 días impeditivos, para un IC del 95% (21,90-28,92) y una desviación típica de 47,87.

Tratamiento posterior	Estadísticos	Días Impeditivos
NO	Mediana Rango	14,00 690 (0-690)

La p para la prueba de Kruskal-Wallis dio un resultado de 0,000, es decir, que **los resultados son estadísticamente significativos.**

Estadísticos	Días Impeditivos
Chi-cuadrado	848,461
gl	1
Sig. asintót.	,000

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: Tto posterior

Los lesionados que requirieron tratamiento posterior, precisaron más días impeditivos que los que no requirieron tratamiento posterior .

➤ DÍAS NO IMPEDITIVOS.

Los lesionados que requirieron tratamiento posterior, precisaron una mediana de 0,00 días no impeditivos y el rango osciló entre 0 y 959. La media para un IC del 95% (8,92-13,58) y una desviación típica de 45,61, fué de 11,25 días no impeditivos.

Tratamiento posterior	Estadísticos	Días No Impeditivos
SI	Mediana Rango	0,00 959 (0-959)

Los lesionados que no requirieron tratamiento posterior, precisaron una mediana de 0,00 días no impeditivos en curar y un rango de 175, con un mínimo de 0 y un máximo de 175. Para un IC del 95% (3,83-5,61) y una desviación típica de 12,10, la media resultó de 4,72 días no impeditivos.

Tratamiento posterior	Estadísticos	Días No Impeditivos
NO	Mediana Rango	0,00 175 (0-175)

La p para la prueba de Kruskal-Wallis fue de 0,000, **siendo los resultados estadísticamente significativos.**

Estadísticos	Días No Impeditivos
Chi-cuadrado	65,135
gl	1
Sig. asintót.	,000

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: Tto posterior

Los lesionados que no requirieron tratamiento posterior, precisaron más días no impeditivos (rango de 1.214,80) que los que recibieron tratamiento (rango 1.037,91)

➤ DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA.

Los lesionados que precisaron tratamiento posterior, necesitaron una mediana de 0,00 días de estancia hospitalaria y un rango de 472, con un mínimo de 0 y un máximo de 472. La media fue de 8,58, con un IC del 95% (7,23-9,93) y una desviación típica de 26,37.

Tratamiento posterior	Estadísticos	Días Estancia Hospitalaria
SI	Mediana Rango	0,00 472 (0-472)

Los lesionados que no precisaron tratamiento posterior, estuvieron hospitalizados una mediana de 0,00 días, con un rango de 86, oscilando entre 0 y 86

días. La media de días de hospital fue de 0,71, con un IC del 95% (0,33-1,09) y una desviación típica de 5,20.

Tratamiento posterior	Estadísticos	Días Estancia Hospitalaria
NO	Mediana Rango	0,00 86 (0-86)

La p para la prueba de Kruskal-Wallis es de 0,000, es decir, **existe significación estadística.**

Estadísticos	Días Estancia Hospitalaria
Chi-cuadrado	320,177
gl	1
Sig. asintót.	,000

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: Tto posterior

Cuando se recibe tratamiento posterior, se precisan más días de estancia hospitalaria que cuando no se recibe .

4.2.2.5.4. Demora.

Los accidentados que requirieron tratamiento posterior, tuvieron una mediana de demora en el primer reconocimiento forense de 105,00días, con un rango de 2499. La media fue de 132,52 días, con IC del 95% de (125,23-139,82) y una desviación típica de de 142,80.

Tratamiento posterior	Estadísticos	Demora
SI	Mediana Rango	105,00 2499 (0-2499)

Los accidentados que no requirieron tratamiento posterior, tuvieron una mediana de demora en el primer reconocimiento forense de 96,50 días, con un rango de 3541. La media fue de 134,52 días, con IC del 95% de (120,01-149,03) y una desviación típica de de 197,21.

Tratamiento posterior	Estadísticos	Demora
NO	Mediana Rango	96,50 3541 (0-3541))

La p para la prueba de Kruskal-Wallis resultó ser de 0,045, es decir **estadísticamente significativa.**

Estadísticos	Demora
Chi-cuadrado	4,003
gl	1
Sig. asintót.	,045

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: Tto posterior

Los lesionados que recibieron tratamiento posterior tuvieron una demora superior, a los que no precisaron tratamiento posterior.

4.2.2.5.5. Duración de las lesiones.

En los lesionados que recibieron tratamiento posterior, la mediana de duración de sus lesiones fue de 164 días, con un rango de 3.924, un mínimo de 20 y un máximo de 3.944. La media fue de 210,86 días, con un IC del 95% (200,18-221,54) y una desviación típica de 209,10.

Tratamiento posterior	Estadísticos	
SI	Mediana Rango	164,00 3924 (20-3944)

En los lesionados que no recibieron tratamiento posterior, la mediana de duración de sus lesiones fue de 104 días y el rango que osciló entre 0 y 3.541 fue de 3.541. La media fue de 142,41 con un IC del 95% (127,79-157,03) y una desviación típica de 198,70.

Tratamiento posterior	Estadísticos	Duración lesiones
NO	Mediana Rango	104,00 3541 (0-3541)

La p para la prueba de Kruskal-Wallis fue de 0,000, así **los resultados obtenidos, son estadísticamente significativos.**

Estadísticos	Duración de lesiones
Chi-cuadrado	181,503
gl	1
Sig. asintót.	,000

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: Tto posterior

Los lesionados que precisaron tratamiento posterior tienen una duración de sus lesiones superior a los que no lo recibieron.

4.2.2.5.6. Número de diagnósticos.

En los lesionados que recibieron tratamiento posterior, la mediana del número de diagnósticos fue de 2,00, con un rango de 17, un mínimo de 1 y un máximo de 18. La media fue de 2,95 diagnósticos, con un IC del 95% (2,85-3,05) y una desviación típica de 1,96.

Tratamiento posterior	Estadísticos	Nº diagnósticos
SI	Mediana Rango	2,00 17 (1-18)

En los lesionados que no recibieron tratamiento posterior, la mediana del número de diagnósticos fue de 2,00, con un rango de 5, un mínimo de 1 y un máximo de 6. La media fue de 2,17 diagnósticos, con un IC del 95% (2,09-2,26) y una desviación típica de 1,20.

Tratamiento posterior	Estadísticos	Nº diagnósticos
NO	Mediana Rango	2,00 5 (1-6)

La p para la prueba de Kruskal-Wallis fue de 0,000, es decir que, **los resultados obtenidos, son estadísticamente significativos.**

Estadísticos	Nº diagnósticos
Chi-cuadrado	78,489
gl	1
Sig. asintót.	,000

- a Prueba de Kruskal-Wallis
b Variable de agrupación: Tto posterior

Los lesionados que precisaron tratamiento posterior tienen un número de diagnósticos más numeroso que los que no lo precisaron.

4.2.2.5.7. Número de secuelas.

En los lesionados que recibieron tratamiento posterior, la mediana del número de secuelas baremadas fue de 1,00, con un rango de 21, un mínimo de 1 y un máximo de 21. La media fue de 1,69 secuelas, con un IC del 95% (1,59-1,80) y una desviación típica de 2,11.

Tratamiento posterior	Estadísticos	Nº Secuelas
SI	Mediana Rango	1,00 21(0-21)

En los lesionados que no recibieron tratamiento posterior, la mediana del número de secuelas fue de 0,00, rango de 7, un mínimo de 0 y máximo de 7. La media fue de 0,34 diagnósticos, con un IC del 95% (0,28-0,39) y desviación típica de 0,80.

Tratamiento posterior	Estadísticos	Nº Secuelas
NO	Mediana Rango	0,00 7 (0-7)

La p para la prueba de Kruskal-Wallis fue de 0,000; es decir que, **los resultados obtenidos, son estadísticamente significativos.**

Estadísticos	Nº Secuelas
Chi-cuadrado	443,284
gl	1
Sig. asintót.	,000

- a Prueba de Kruskal-Wallis
b Variable de agrupación: Tto posterior

Los lesionados que precisaron tratamiento posterior tienen más número de secuelas que los que no lo precisaron.

4.2.2.5.8. Días de incapacidad temporal totales desde el ámbito asistencial.

En los lesionados que recibieron tratamiento posterior, la mediana de días de IT, fue de 0,00, con un rango de 854, un mínimo de 0 y un máximo de 854. La media fue de 22,45 días, con un IC del 95% (19,16-25,74) y una desviación típica de 64,60.

Tratamiento posterior	Estadísticos	Incapacidad Temporal
SI	Mediana Rango	0,00 854 (0-854)

En los lesionados que no recibieron tratamiento posterior, la mediana de días de IT fue de 0,00, con un rango de 516, un mínimo de 0 y un máximo de 516. La media fue de 19,82, con un IC del 95% (15,50-24,13) y una desviación típica de 58,90.

Tratamiento posterior	Estadísticos	Incapacidad Temporal
NO	Mediana Rango	0,00 516 (0-516)

La p para la prueba de Kruskal-Wallis fue de 0,564, es decir mayor que 0,05, por lo tanto **los resultados obtenidos, carecen de significación estadística.**

Estadísticos	Incapacidad Temporal
Chi-cuadrado	,334
gl	1
Sig. asintót.	,564

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: Tto posterior

Los lesionados que precisaron tratamiento posterior tienen más días de IT que los que no lo precisaron.

4.2.3. Tabla de valoración médico-legal de la evolución de las lesiones por accidente de tráfico en Castellón.

A continuación exponemos a modo de tabla los datos recogidos sobre la valoración de las lesiones tras accidentes de tráfico en el IML de Castellón.

TABLA DE VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁFICO EN CASTELLÓN

CIE-10	ASOCIACIÓN	DIAGNÓSTICO	DIAS TOTALES				IMPEDITIVOS				NO IMPEDITIVOS				ESTANCIA HOSPITAL			
			Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE
Cabeza																		
S00.0		Traumatismo superficial del cuero cabelludo	8	21	15	7	8	14	11	3	0	7	4	4	0	0	0	0
S00.0	S70.1	Traumatismo superficial del cuero cabelludo con contusión del muslo	15	15	15	0	15	15	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S00.1		Contusión de los párpados y de la región periocular (Ojo morado)	7	75	36	27	4	70	21	23	0	60	15	21	0	4	1	1
S00.1	S05.0	Contusión de los párpados y de la región periocular con traumatismo de la conjuntiva y abrasión corneal sin mención c extraño	10	21	16	6	7	10	9	2	0	14	7	7	0	0	0	0
S00.1	S20.8	Contusión de párpados y región periocular (Ojo morado) con traumatismo superficial de otras partes y las no especificadas tórax	15	15	15	0	15	15	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S00.1	S51.0	Contusión de los párpados y de la región periocular (Ojo morado) con herida del codo	21	21	21	0	21	21	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S00.2	S20.8	Otros traumatismos superficiales del párpado y de la región periocular con traumatismo superficial de otras partes del tórax	35	35	35	0	35	35	35	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S00.3		Traumatismo superficial de la nariz	2	15	6	4	0	15	4	5	0	5	2	2	0	0	0	0
S00.3	S80.0	Traumatismo superficial de la nariz con contusión de la rodilla	14	14	14	0	4	4	4	0	10	10	10	0	0	0	0	0
S00.5	S02.5	Traumatismo superficial del labio y de la cavidad bucal con fractura múltiple de los dientes	3	3	3	0	3	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S00.7		Traumatismos superficiales múltiples de la cabeza	4	150	33	53	0	90	20	32	0	60	13	21	0	0	0	0
S00.8		Traumatismo superficial de otras partes de la cabeza	5	89	21	26	0	89	17	27	0	14	4	5	0	0	0	0
S00.8/M12.5	S13.4-S22.3	Artropatía traumática temporomandibular con esguince cervical y fractura de costilla	90	90	90	0	90	90	90	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S00.8	S00.5	Contusión frontal y labial inferior	4	4	4	0	1	1	1	0	3	3	3	0	0	0	0	0
S00.8	S80.0	Traumatismo superficial de otras partes de la cabeza con contusión de la rodilla	30	39	35	5	30	39	35	5	0	0	0	0	0	0	0	0
S00.9		Traumatismo de la cabeza, no especificado	88	88	88	0	88	88	88	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S00.9	S82.4-S93.4	Traumatismo de la cabeza, no especificado con fractura del peroné y esguince del tobillo	90	90	90	0	90	90	90	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S01.0		Herida del cuero cabelludo	7	112	20	28	0	80	13	21	0	32	6	9	0	0	0	0
S01.0	S30.0	Herida del cuero cabelludo con contusión de la región lumbosacra y de la pelvis	12	12	12	0	12	12	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S01.0	S80.0	Herida del cuero cabelludo con contusión de la rodilla	14	14	14	0	14	14	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S01.0	T00.9	Herida del cuero cabelludo con policontusiones	8	8	8	0	3	3	3	0	5	5	5	0	0	0	0	0

TABLA DE VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁFICO EN CASTELLÓN

CIE-10	ASOCIACIÓN	DIAGNÓSTICO	DIAS TOTALES				IMPEDITIVOS				NO IMPEDITIVOS				ESTANCIA HOSPITAL			
			Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE
S01.1		Herida del párpado y de la región periocular	6	30	16	10	4	27	14	10	0	3	2	1	0	0	0	0
S01.1	S20.8	Herida del párpado y de la región periocular con traumatismo superficial de otras partes y de las no especificadas del tórax	7	7	7	0	0	0	0	0	7	7	7	0	0	0	0	0
S01.1	T01.8	Heridas que afectan otras combinaciones de las regiones del cuerpo	14	14	14	0	14	14	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S01.2		Herida de la nariz	7	24	16	9	0	24	12	12	0	7	4	4	0	0	0	0
S01.3		Herida del oído	7	7	7	0	7	7	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S01.3	S86.1	Herida del oído con traumatismo de otro(s) tendón(es) y músculo(s) del grupo muscular posterior a nivel de la pierna	14	14	14	0	14	14	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S01.4		Herida submandibular	7	14	9	3	2	14	6	5	0	5	3	2	0	0	0	0
S01.5		Herida del labio y de la cavidad bucal	5	35	15	12	0	35	14	13	0	5	2	2	0	0	0	0
S01.5	S02.5	Herida del labio y de la cavidad bucal con fractura múltiple de dientes	8	8	8	0	8	8	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S01.7		Heridas múltiples de la cabeza	7	30	15	7	2	30	12	9	0	16	3	5	0	1	0	0
S01.7	S02.5	Heridas múltiples de la cabeza con fractura de dientes	30	30	30	0	30	30	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S01.7	S20.8	Heridas múltiples de la cabeza con traumatismos de otras partes y de las no especificadas del tórax	12	12	12	0	12	12	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S01.7	S40.0	Heridas múltiples de la cabeza con contusión del hombro y del brazo	177	177	177	0	177	177	177	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S01.7	S40.9	Heridas múltiples de la cabeza con trauma superficial no especificado del hombro y del brazo	42	42	42	0	42	42	42	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S01.8		Herida de otras partes de la cabeza	7	100	22	24	0	100	16	26	0	30	6	8	0	3	0	1
S01.8	S30.9	Herida de otras partes de la cabeza con traumatismo superficial del abdomen, de región lumbosacra y de pelvis, no especificada	166	166	166	0	15	15	15	0	151	151	151	0	0	0	0	0
S01.8	S40.0	Herida de otras partes de la cabeza con contusión del hombro y del brazo	20	20	20	0	5	5	5	0	15	15	15	0	0	0	0	0
S01.8	S80.0	Herida de otras partes de la cabeza con contusión de la rodilla	8	14	11	3	1	14	8	7	0	7	4	4	0	0	0	0
S01.8	S80.1	Herida del párpado y de la región periocular con contusión de otras partes y de las no especificadas de la pierna	7	7	7	0	0	0	0	0	7	7	7	0	0	0	0	0
S01.9		Herida de la cabeza, parte no especificada	10	10	10	0	10	10	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S02.0	S02.1	Fractura de bóveda del cráneo con fractura de la base del cráneo	232	232	232	0	232	232	232	0	0	0	0	0	14	14	14	0

TABLA DE VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁFICO EN CASTELLÓN

CIE-10	ASOCIACIÓN	DIAGNÓSTICO	DIAS TOTALES				IMPEDITIVOS				NO IMPEDITIVOS				ESTANCIA HOSPITAL			
			Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE
S02.0	S04.1	Fractura de la bóveda del cráneo con traumatismo del nervio motor ocular común (III par)	370	370	370	0	370	370	370	0	0	0	0	0	63	63	63	0
S02.0	S06.3	Fractura de la bóveda del cráneo con traumatismo cerebral focal	30	161	96	66	30	161	96	66	0	0	0	0	5	6	6	1
S02.0	S06.3-S06.6	Fractura de la bóveda craneal con traumatismo cerebral focal (contusión cerebral) y con hemorragia subaracnoidea traumática	773	773	773	0	773	773	773	0	0	0	0	0	472	472	472	0
S02.0	S06.5-T02	Fractura de la bóveda craneal con hemorragia subdural traumática y polifracturas	151	151	151	0	151	151	151	0	0	0	0	0	36	36	36	0
S02.0	S20.2-S32.7	Fractura de la bóveda del cráneo con contusión del tórax y fracturas múltiples de columna lumbar y de la pelvis	164	164	164	0	164	164	164	0	0	0	0	0	32	32	32	0
S02.0	T02.1	Fractura de la bóveda del cráneo N/D con fracturas que afectan el tórax con la región lumbosacra y la pelvis	210	210	210	0	210	210	210	0	0	0	0	0	14	14	14	0
S02.0-S02.1	S06.3-S06.6	Fractura de la bóveda y de la base del cráneo con traumatismo cerebral focal y hemorragia subaracnoidea traumática	30	30	30	0	30	30	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S02.1		Fractura de la base del cráneo	15	70	43	28	15	70	43	28	0	0	0	0	2	4	3	1
S02.1	S02.3-S02.4	Fractura de la base del cráneo con fractura del suelo de la órbita y con fractura del malar y del hueso maxilar superior	80	80	80	0	80	80	80	0	0	0	0	0	9	9	9	0
S02.1	S02.4	Fractura de la base del cráneo con fractura del malar y del hueso maxilar superior	103	103	103	0	103	103	103	0	0	0	0	0	10	10	10	0
S02.1	S05.1	Fractura de la base del cráneo con contusión del globo ocular y del tejido orbitario (hifema traumático)	270	270	270	0	90	90	90	0	180	180	180	0	2	2	2	0
S02.1	S06.0	Fractura de la base del cráneo con conmoción cerebral	180	180	180	0	180	180	180	0	0	0	0	0	7	7	7	0
S02.1	S06.1-S06.6	Fractura de la base del cráneo con edema cerebral traumático y hemorragia subaracnoidea traumática	247	247	247	0	247	247	247	0	0	0	0	0	110	110	110	0
S02.1	S06.2-S46.0	Fractura de base del cráneo con traumatismo cerebral difuso y traumatismo del tendón del manguito de los rotadores del hombro	152	152	152	0	117	117	117	0	35	35	35	0	4	4	4	0
S02.1	S06.4-S82.9	Fractura de base de cráneo con hemorragia epidural y fractura de la pierna parte no especificada	83	83	83	0	83	83	83	0	0	0	0	0	10	10	10	0
S02.1	S06.6	Fractura de la base del cráneo con hemorragia subaracnoidea traumática y polifracturas	481	481	481	0	481	481	481	0	0	0	0	0	17	17	17	0
S02.1	S06.7-S06.5	Fractura de la base del cráneo con traumatismo intracraneal con coma prolongado y hematoma subdural	506	506	506	0	506	506	506	0	0	0	0	0	200	200	200	0

TABLA DE VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁFICO EN CASTELLÓN

CIE-10	ASOCIACIÓN	DIAGNÓSTICO	DIAS TOTALES				IMPEDITIVOS				NO IMPEDITIVOS				ESTANCIA HOSPITAL			
			Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE
S02.1	S32.4	Fractura de la base del cráneo con fractura del acetábulo	56	56	56	0	56	56	56	0	0	0	0	0	7	7	7	0
S02.1	S72.3	Fractura de la base del cráneo N/D con fractura de la diáfisis del fémur	270	270	270	0	270	270	270	0	0	0	0	0	20	20	20	0
S02.1	T02	Fractura de la base del cráneo con polifracturas	185	185	185	0	185	185	185	0	0	0	0	0	6	6	6	0
S02.2		Fractura de huesos propios de la nariz	15	161	53	42	3	80	32	23	0	136	21	37	0	8	1	2
S02.2	S93.4	Fractura de los huesos de la nariz con esguinces y torceduras del tobillo grado II	90	90	90	0	90	90	90	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S02.3	S05.9	Fractura del suelo de la órbita con traumatismo del ojo y de la órbita, no especificado (hemorragia mácula)	90	90	90	0	90	90	90	0	0	0	0	0	6	6	6	0
S02.3-S06.5	S06.5-S04.1	Fractura del suelo de la órbita con hemorragia subdural traumática y traumatismo del nervio MOC	519	519	519	0	519	519	519	0	0	0	0	0	7	7	7	0
S02.4		Fractura del malar y del hueso maxilar superior	120	120	120	0	120	120	120	0	0	0	0	0	24	24	24	0
S02.4	S02.5	Fractura del malar y del hueso maxilar superior con fracturas múltiples de los dientes	45	45	45	0	45	45	45	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S02.5	S01.5	Fractura de los dientes con herida del labio y de la cavidad bucal	39	39	39	0	39	39	39	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S02.5	T00.3	Fractura de los dientes con contusión de ambos MMII	7	7	7	0	7	7	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S02.5	T00.9	Fractura de los dientes con policontusiones	45	45	45	0	45	45	45	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S02.6		Fractura del maxilar inferior (mandíbula)	24	120	83	42	24	120	83	42	0	0	0	0	0	28	11	12
S02.6	S02.8	Fractura del maxilar inferior(mandíbula)con fractura de otros huesos del cráneo y de la cara	367	367	367	0	367	367	367	0	0	0	0	0	12	12	12	0
S02.7	S06.3-T02	Fracturas múltiples del cráneo y los huesos de la cara con traumatismo cerebral focal (contusión cerebral) y polifracturas	370	370	370	0	370	370	370	0	0	0	0	0	57	57	57	0
S02.7	S06.5	Fracturas múltiples que comprometen el cráneo y los huesos de la cara con hemorragia subdural traumática	262	262	262	0	262	262	262	0	0	0	0	0	17	17	17	0
S02.7	S06.8-T02	Fracturas múltiples que comprometen el cráneo y los huesos de la cara con otros traumatismos intracraneales y polifracturas	123	123	123	0	123	123	123	0	0	0	0	0	34	34	34	0
S02.8	S02.4	Fractura de otros huesos del cráneo y de la cara (órbita SAI) con fractura del malar y del hueso maxilar superior	150	150	150	0	150	150	150	0	0	0	0	0	10	10	10	0
S02.8	S04.0	Fractura de otros huesos del cráneo y de la cara (órbita SAI) con traumatismo del nervio óptico (II par) y de las vías ópticas	60	60	60	0	60	60	60	0	0	0	0	0	19	19	19	0
S02.8	S05.7	Fractura de otros huesos del cráneo y de la cara (órbita SAI) con avulsión de ojo	90	90	90	0	90	90	90	0	0	0	0	0	4	4	4	0

TABLA DE VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁFICO EN CASTELLÓN

CIE-10	ASOCIACIÓN	DIAGNÓSTICO	DIAS TOTALES				IMPEDITIVOS				NO IMPEDITIVOS				ESTANCIA HOSPITAL			
			Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE
S02.8	S37.3-T02	Fractura de otros huesos del cráneo y de la cara (órbita SAI) con traumatismo de la uretra y con polifracturas	750	750	750	0	750	750	750	0	0	0	0	0	76	76	76	0
S02.8	S82.8	Fractura de otros huesos del cráneo y de la cara (órbita SAI) con fractura de otras partes de la pierna (tobillo SAI)	267	267	267	0	267	267	267	0	0	0	0	0	21	21	21	0
S02.8	T02	Fractura de otros huesos del cráneo y de la cara (órbita SAI) con polifracturas	325	325	325	0	325	325	325	0	0	0	0	0	10	10	10	0
S03.0	S03.0	Luxación del maxilar (mandíbula bilateral)	45	45	45	0	45	45	45	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S03.0	S13.4	Luxación del maxilar con esguince cervical	90	90	90	0	90	90	90	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S03.1		Luxación del cartílago septal de la nariz	178	178	178	0	178	178	178	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S03.4		Esguinces o torceduras del maxilar (artic o lig temporomaxilar)	107	107	107	0	60	60	60	0	47	47	47	0	0	0	0	0
S04.5	S42.0-S22.4	Traumatismo del nervio facial (VII par) con fractura de la clavícula y fracturas múltiples costales	167	167	167	0	167	167	167	0	0	0	0	0	15	15	15	0
S05.0		Traumatismo de la conjuntiva y abrasión corneal sin mención de cuerpo extraño (hemorragia subconjuntival)	10	184	67	70	7	154	47	62	0	48	20	20	0	7	2	3
S05.0	S01.7	Traumatismo de la conjuntiva y abrasión corneal sin mención de cuerpo extraño con heridas múltiples de la cabeza	15	15	15	0	5	5	5	0	10	10	10	0	0	0	0	0
S05.6		Herida penetrante del globo ocular sin cuerpo extraño	67	240	154	87	67	90	79	12	0	150	75	75	3	7	5	2
S05.8	S02.6	Otros traumatismos del ojo y la órbita (cond lagrimal) con fractura del maxilar inferior	1100	1100	1100	0	700	700	700	0	400	400	400	0	36	36	36	0
S05.9		Traumatismo del ojo y de la órbita, no especificado	7	360	184	177	3	360	182	179	0	4	2	2	0	12	6	6
S06.0		Conmoción cerebral	7	10	9	1	1	10	7	4	0	6	2	3	0	1	0	0
S06.0	G40.4	Conmoción cerebral con epilepsia tónico-clónica generalizada	20	20	20	0	20	20	20	0	0	0	0	0	5	5	5	0
S06.0	S00.1	Conmoción cerebral con contusión de los párpados y de la región periocular	216	216	216	0	216	216	216	0	0	0	0	0	2	2	2	0
S06.0	S00.4	Conmoción cerebral con traumatismo superficial del oído	55	55	55	0	12	12	12	0	43	43	43	0	3	3	3	0
S06.0	S00.7	Conmoción cerebral con traumatismos superficiales múltiples de la cabeza	25	96	61	36	25	96	61	36	0	0	0	0	0	3	2	2
S06.0	S00.9	Conmoción cerebral con traumatismo superficial de la cabeza, parte no especificada	164	164	164	0	164	164	164	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S06.0	S01.1	Conmoción cerebral con herida del párpado y de la región periocular	30	30	30	0	30	30	30	0	0	0	0	0	5	5	5	0
S06.0	S01.5-S41.1	Conmoción cerebral con herida del labio y de la cavidad	15	15	15	0	15	15	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TABLA DE VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁFICO EN CASTELLÓN

CIE-10	ASOCIACIÓN	DIAGNÓSTICO	DIAS TOTALES				IMPEDITIVOS				NO IMPEDITIVOS				ESTANCIA HOSPITAL			
			Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE
		bucal y herida del brazo																
S06.0	S01.7-S39.0	Conmoción cerebral con heridas múltiples de cabeza y con trauma de tendón y músculos del abdomen, región lumbosacra y pelvis	12	12	12	0	12	12	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S06.0	S02.1	Conmoción cerebral con fractura de la base del cráneo	30	66	48	18	30	66	48	18	0	0	0	0	4	5	5	1
S06.0	S02.1-S02.4	Conmoción cerebral con fractura de la base del cráneo, con fractura del malar y del hueso maxilar superior	323	323	323	0	73	73	73	0	250	250	250	0	9	9	9	0
S06.0	S02.6	Conmoción cerebral con fractura bilateral del maxilar inferior (mandíbula)	60	60	60	0	60	60	60	0	0	0	0	0	8	8	8	0
S06.0	S03.1	Conmoción cerebral con luxación del cartílago septal de la nariz	239	239	239	0	239	239	239	0	0	0	0	0	6	6	6	0
S06.0	S04.1-T02.8	Conmoción cerebral con traumatismo del nervio motor ocular común (III par) y fracturas de otras combinaciones cuerpo	330	330	330	0	330	330	330	0	0	0	0	0	54	54	54	0
S06.0	S08.0	Conmoción cerebral con avulsión del cuero cabelludo	60	60	60	0	45	45	45	0	15	15	15	0	0	0	0	0
S06.0	S08.0-T00.9	Conmoción cerebral con avulsión del cuero cabelludo y policontusiones	33	33	33	0	33	33	33	0	0	0	0	0	3	3	3	0
S06.0	S09.9	Conmoción cerebral con traumatismo de la cabeza, no especificado (cara SAI)	19	19	19	0	19	19	19	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S06.0	S13.4	Conmoción cerebral con esguince cervical	15	118	53	32	5	118	45	36	0	40	7	14	0	3	2	1
S06.0	S14.3	Conmoción cerebral con traumatismo del plexo braquial	730	730	730	0	730	730	730	0	0	0	0	0	16	16	16	0
S06.0	S14.3-S52.4	Conmoción cerebral con traumatismo del plexo braquial y con fractura de la diáfisis del cúbito y del radio	535	535	535	0	535	535	535	0	0	0	0	0	55	55	55	0
S06.0	S16	Conmoción cerebral con traumatismo de tendón y músculos a nivel del cuello	120	120	120	0	71	71	71	0	49	49	49	0	2	2	2	0
S06.0	S20.2	Conmoción cerebral con contusión del tórax	28	28	28	0	21	21	21	0	7	7	7	0	2	2	2	0
S06.0	S22.0	Conmoción cerebral con fractura de vértebra torácica	242	242	242	0	242	242	242	0	0	0	0	0	15	15	15	0
S06.0	S22.4-S27.7	Conmoción cerebral con fracturas múltiples costales y con traumatismos múltiples de órganos intratorácicos	60	60	60	0	49	49	49	0	11	11	11	0	5	5	5	0
S06.0	S22.4-T08	Conmoción cerebral con fracturas múltiples de costillas y fracturas de la columna vertebral, nivel no especificado	227	227	227	0	227	227	227	0	0	0	0	0	2	2	2	0
S06.0	S27.1-T02	Conmoción cerebral con hemotórax traumático y polifracturas	260	260	260	0	260	260	260	0	0	0	0	0	15	15	15	0
S06.0	S30.9	Conmoción cerebral con traumatismo superficial del abdomen, de la región lumbosacra y de la pelvis, parte no especificada	25	25	25	0	25	25	25	0	0	0	0	0	7	7	7	0

TABLA DE VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁFICO EN CASTELLÓN

CIE-10	ASOCIACIÓN	DIAGNÓSTICO	DIAS TOTALES				IMPEDITIVOS				NO IMPEDITIVOS				ESTANCIA HOSPITAL			
			Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE
S06.0	S32.0	Conmoción cerebral con fractura de vértebra lumbar	70	70	70	0	70	70	70	0	0	0	0	0	4	4	4	0
S06.0	S33.1	Conmoción cerebral con luxación de vértebra lumbar	86	86	86	0	86	86	86	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S06.0	S39.9	Conmoción cerebral con traumatismo no especificado del abdomen, de la región lumbosacra y de la pelvis	10	10	10	0	7	7	7	0	3	3	3	0	0	0	0	0
S06.0	S40.0	Conmoción cerebral con contusión del hombro y del brazo	6	6	6	0	1	1	1	0	5	5	5	0	0	0	0	0
S06.0	S42.1	Contusión cerebral con fractura del omoplato	90	90	90	0	90	90	90	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S06.0	S42.1-S42.2	Conmoción cerebral con fractura del omoplato y con fractura de la epífisis superior del húmero	156	156	156	0	156	156	156	0	0	0	0	0	11	11	11	0
S06.0	S42.2	Conmoción cerebral con fractura de la epífisis superior del húmero	112	145	129	17	112	145	129	17	0	0	0	0	3	3	3	0
S06.0	S42.7	Conmoción cerebral con fracturas múltiples costales y fracturas múltiples de la clavícula, del omoplato y del húmero	190	190	190	0	190	190	190	0	0	0	0	0	22	22	22	0
S06.0	S52.5	Conmoción cerebral con fractura conminuta de la epífisis distal del radio grado VIII	791	791	791	0	791	791	791	0	0	0	0	0	19	19	19	0
S06.0	S52.8	Conmoción cerebral con fracturas de otras partes del antebrazo	293	293	293	0	293	293	293	0	0	0	0	0	1	1	1	0
S06.0	S72.1	Conmoción cerebral con fractura pertrocantérea de fémur	120	120	120	0	120	120	120	0	0	0	0	0	17	17	17	0
S06.0	S80.0	Conmoción cerebral con contusión de la rodilla	39	60	50	11	39	60	50	11	0	9	5	5	0	4	2	2
S06.0	S82.1	Conmoción cerebral con fractura de la epífisis superior de la tibia	422	422	422	0	422	422	422	0	0	0	0	0	29	29	29	0
S06.0	S82.1-S82.4	Conmoción cerebral con fractura de la epífisis superior de la tibia y fractura del peroné N/D	140	140	140	0	140	140	140	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S06.0	S82.6	Conmoción cerebral con fractura del maleolo externo	60	60	60	0	60	60	60	0	0	0	0	0	3	3	3	0
S06.0	S92.7	Conmoción cerebral con fracturas múltiples del pie	67	67	67	0	67	67	67	0	0	0	0	0	1	1	1	0
S06.0	T00.9	Conmoción cerebral con policontusiones	5	180	51	53	2	180	46	53	0	45	5	12	0	4	1	1
S06.0	T02.6	Conmoción cerebral con fracturas que afectan múltiples regiones de miembro (s) superior (es) con miembro (s) inferior (es)	273	273	273	0	273	273	273	0	0	0	0	0	18	18	18	0
S06.0	T79.7-T02	Conmoción cerebral con enfisema subcutáneo y con polifracturas	453	453	453	0	453	453	453	0	0	0	0	0	32	32	32	0
S06.1	S14.3-S42.7	Edema cerebral traumático con traumatismo del plexo braquial y fracturas múltiples de la clavícula, del omoplato y del húmero	453	453	453	0	453	453	453	0	0	0	0	0	25	25	25	0
S06.1	T02.8	Edema cerebral traumático con fracturas que afectan	1344	1344	1344	0	1344	1344	1344	0	0	0	0	0	141	141	141	0

TABLA DE VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁFICO EN CASTELLÓN

CIE-10	ASOCIACIÓN	DIAGNÓSTICO	DIAS TOTALES				IMPEDITIVOS				NO IMPEDITIVOS				ESTANCIA HOSPITAL			
			Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE
		otras combinaciones de las regiones del cuerpo																
S06.2	S06.5-S22.3	Traumatismo cerebral difuso (contusión cerebral) con hemorragia subdural traumática y fractura de costilla	70	70	70	0	70	70	70	0	0	0	0	0	14	14	14	0
S06.2	S06.6-S14.3	Traumatismo cerebral difuso con hemorragia subaracnoidea traumática y traumatismo del plexo braquial	413	413	413	0	413	413	413	0	0	0	0	0	127	127	127	0
S06.2	S20.2	Traumatismo cerebral difuso con contusión del tórax	166	166	166	0	166	166	166	0	0	0	0	0	21	21	21	0
S06.2	S32.0	Traumatismo cerebral difuso con fractura de vértebra lumbar	118	118	118	0	118	118	118	0	0	0	0	0	6	6	6	0
S06.2	S52.5	Traumatismo cerebral difuso (contusión) con fractura de la epífisis inferior del radio	89	89	89	0	89	89	89	0	0	0	0	0	5	5	5	0
S06.3		Traumatismo cerebral focal (contusión cerebral)	10	40	25	15	5	40	23	18	0	5	3	3	0	3	2	2
S06.3	S06.7	Traumatismo cerebral focal (hemorragia intraparenquimatosa) con coma prolongado	522	522	522	0	522	522	522	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S06.3	S32.4	Traumatismo cerebral focal con fractura del acetábulo	134	134	134	0	134	134	134	0	0	0	0	0	30	30	30	0
S06.3	S82.3-S82.4	Traumatismo cerebral focal con fractura abierta de la epífisis inferior de la tibia y fractura del peroné	367	367	367	0	367	367	367	0	0	0	0	0	20	20	20	0
S06.4	H83.3-S52.2	Hemorragia epidural (Hemorragia extradural traumática) con hipoacusia traumática y con fractura de la diáfisis del cúbito	125	125	125	0	125	125	125	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S06.5		Hemorragia subdural traumática	180	180	180	0	180	180	180	0	0	0	0	0	6	6	6	0
S06.5	S43.1	Hemorragia subdural traumática con luxación de la articulación acromioclavicular grado I	127	127	127	0	47	47	47	0	80	80	80	0	4	4	4	0
S06.6		Hemorragia subaracnoidea traumática	400	400	400	0	400	400	400	0	0	0	0	0	115	115	115	0
S06.6	S32.8	Hemorragia subaracnoidea traumática con fractura de otras partes y de las no especificadas de la columna lumbar y de la pelvis	90	156	123	33	90	156	123	33	0	0	0	0	33	44	39	6
S06.6	S37.2-T02	Hemorragia subaracnoidea traumática con traumatismo de la vejiga y polifracturas	180	180	180	0	120	120	120	0	60	60	60	0	31	31	31	0
S06.6	T07	Hemorragia subaracnoidea traumática con traumatismos múltiples, no especificados (politraumatismos)	164	448	306	142	164	224	194	30	0	224	112	112	59	62	61	2
S06.7		Traumatismo intracraneal con coma prolongado	50	129	86	33	50	129	86	33	0	0	0	0	5	22	14	7
S06.7	S02.0-S04.4	Traumatismo intracraneal con coma prolongado con fractura de bóveda craneal y traumatismo del VI par craneal o MOE	98	98	98	0	50	50	50	0	48	48	48	0	6	6	6	0
S06.7	S02.1-S06.4	Traumatismo intracraneal con coma prolongado con	335	335	335	0	300	300	300	0	35	35	35	0	20	20	20	0

TABLA DE VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁFICO EN CASTELLÓN

CIE-10	ASOCIACIÓN	DIAGNÓSTICO	DIAS TOTALES				IMPEDITIVOS				NO IMPEDITIVOS				ESTANCIA HOSPITAL			
			Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE
		fractura de la base del cráneo y hematoma epidural traumático																
S06.7	S06.2-T07	Traumatismo intracraneal con coma prolongado con traumatismo cerebral difuso y con politraumatismo	541	541	541	0	541	541	541	0	0	0	0	0	180	180	180	0
S06.7	S83.2	Traumatismo intracraneal con coma prolongado con desgarro de menisco interno	481	481	481	0	307	307	307	0	174	174	174	0	15	15	15	0
S06.7	T02	Traumatismo intracraneal con coma prolongado con fracturas que afectan múltiples regiones del cuerpo (polifracturas)	231	360	296	65	231	360	296	65	0	0	0	0	115	151	133	18
S06.7	T07	Traumatismo intracraneal con coma prolongado con traumatismos múltiples, no especificados (politraumatismo)	273	273	273	0	273	273	273	0	0	0	0	0	35	35	35	0
S06.8	S27.7-S36	Otros traumatismos intracraneales con traumatismos múltiples de órganos intratorácicos y trauma de órganos intraabdominales	805	805	805	0	805	805	805	0	0	0	0	0	89	89	89	0
S06.8	T02	Otros traumatismos intracraneales (hemorragia cerebelosa traumática) con polifracturas	186	351	269	83	186	351	269	83	0	0	0	0	15	248	132	117
S06.9	S22.4	Traumatismo intracraneal, no especificado con fracturas múltiples costales	169	169	169	0	108	108	108	0	61	61	61	0	15	15	15	0
S08.0		Avulsión del cuero cabelludo	40	60	51	8	40	60	51	8	0	0	0	0	0	3	2	1
S09.9		Traumatismo de la cabeza, no especificado	2	146	27	45	0	146	26	46	0	10	2	3	0	0	0	0
S09.9	S01.0	Traumatismo craneal con herida de cuero cabelludo	28	28	28	0	28	28	28	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S09.9	S01.7	Traumatismo craneal con heridas múltiples de la cabeza	40	40	40	0	40	40	40	0	0	0	0	0	3	3	3	0
S09.9	S13.4	Traumatismo de la cabeza, no especificado con esguince cervical	15	150	65	47	15	150	62	48	0	15	3	5	0	2	0	1
S09.9	S20.2	Traumatismo de la cabeza, parte no especificada con contusión del tórax	33	114	74	41	33	114	74	41	0	0	0	0	0	24	12	12
S09.9	S20.3	Traumatismo de la cabeza, no especificado con otros traumatismos superficiales de la pared anterior del tórax	10	10	10	0	10	10	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S09.9	S20.8	Traumatismo de la cabeza, no especificado con traumatismo superficial de otras partes y de las no especificadas del tórax	5	30	17	10	2	30	16	11	0	3	1	1	0	3	1	1
S09.9	S22.3	Traumatismo de la cabeza, no especificado con fractura de costilla	98	98	98	0	98	98	98	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S09.9	S29.7	Traumatismo de la cabeza, no especificado con traumatismos múltiples del tórax	101	101	101	0	101	101	101	0	0	0	0	0	17	17	17	0
S09.9	S40.0	Traumatismo de la cabeza, no especificado con	12	12	12	0	12	12	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TABLA DE VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁFICO EN CASTELLÓN

CIE-10	ASOCIACIÓN	DIAGNÓSTICO	DIAS TOTALES				IMPEDITIVOS				NO IMPEDITIVOS				ESTANCIA HOSPITAL			
			Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE
		contusión del hombro y del brazo																
S09.9	S42.0	Traumatismo de la cabeza, no especificado con fractura de la clavícula	45	45	45	0	45	45	45	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S09.9	S52.8	Traumatismo de la cabeza, no especificado con fractura de otras partes del antebrazo (estiloides cubital)	65	65	65	0	30	30	30	0	35	35	35	0	2	2	2	0
S09.9	S60.2	Traumatismo de la cabeza, no especificado con contusión de otras partes de la muñeca y de la mano	21	21	21	0	14	14	14	0	7	7	7	0	0	0	0	0
S09.9	S62.5	Traumatismo de la cabeza, no especificado con fractura del pulgar	60	60	60	0	60	60	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S09.9	S70.0	Traumatismo de la cabeza, no especificado con contusión de la cadera	275	275	275	0	20	20	20	0	255	255	255	0	3	3	3	0
S09.9	S72.3	Traumatismo de la cabeza, no especificado con fractura de la diáfisis del fémur	220	220	220	0	220	220	220	0	0	0	0	0	17	17	17	0
S09.9	S80.0	Traumatismo de la cabeza, no especificado con contusión de la rodilla	27	27	27	0	27	27	27	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S09.9	T00.9	Traumatismo craneal con policontusiones	7	53	23	17	0	53	21	18	0	11	2	4	0	3	0	1
Cuello																		
S10.8		Traumatismo superficial de otras partes del cuello	10	10	10	0	10	10	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S10.9		Traumatismo superficial del cuello, parte no especificada	20	20	20	0	20	20	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S12.0	S74.0-T02	Fractura de la 1ª vértebra cervical con trauma del nervio ciático a nivel de la cadera y del muslo y con polifracturas	701	701	701	0	424	424	424	0	277	277	277	0	72	72	72	0
S12.1		Fractura de la 2ª vértebra cervical (Axis)	180	180	180	0	180	180	180	0	0	0	0	0	4	4	4	0
S12.1	S22.4	Fractura de la 2ª vértebra cervical (Axis) con fracturas múltiples de costillas	112	112	112	0	112	112	112	0	0	0	0	0	6	6	6	0
S12.1	S29.7-S72.7	Fractura de la 2ª vértebra cervical con traumatismos múltiples del tórax y fractura de otras partes del fémur	446	446	446	0	446	446	446	0	0	0	0	0	60	60	60	0
S12.1	T02	Fractura de la 2ª vértebra cervical con polifracturas	500	500	500	0	500	500	500	0	0	0	0	0	39	39	39	0
S12.2		Fractura de otras vértebras cervicales especificadas	45	107	76	31	45	107	76	31	0	0	0	0	0	0	0	0
S12.2	S43.0	Fractura de otras vértebras cervicales especificadas con luxación de la articulación del hombro	90	90	90	0	45	45	45	0	45	45	45	0	7	7	7	0
S12.7	S22.0-S42.0	Fracturas múltiples de columna cervical con fractura de vértebra torácica y fractura de la escápula	90	90	90	0	40	40	40	0	50	50	50	0	9	9	9	0
S13.0	S14.1	Fractura de vértebra cervical con otros traumatismos de la médula espinal cervical y los no especificados (trauma médula SAI)	448	448	448	0	448	448	448	0	0	0	0	0	405	405	405	0

TABLA DE VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁFICO EN CASTELLÓN

CIE-10	ASOCIACIÓN	DIAGNÓSTICO	DIAS TOTALES				IMPEDITIVOS				NO IMPEDITIVOS				ESTANCIA HOSPITAL			
			Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE
S13.4		Esguinces y torceduras de la columna cervical (Esguince cervical)	3	464	72	58	0	464	63	57	0	225	9	24	0	4	0	0
S13.4	M12.5	Esguince cervical con artropatía traumática de dedo de la mano	30	90	60	30	20	90	55	35	0	10	5	5	0	0	0	0
S13.4	M75.5	Esguince cervical con bursitis traumática del hombro	272	272	272	0	272	272	272	0	0	0	0	0	2	2	2	0
S13.4	M75.9	Esguince cervical con lesión del hombro no especificada	120	120	120	0	120	120	120	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S13.4	S00.0	Esguince cervical con traumatismo superficial de la cabeza	15	15	15	0	15	15	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S13.4	S00.7	Esguince cervical con traumatismos superficiales múltiples de la cabeza	70	70	70	0	70	70	70	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S13.4	S00.9	Esguince cervical con traumatismo superficial de la cabeza, parte no especificada	42	120	81	39	42	120	81	39	0	0	0	0	0	0	0	0
S13.4	S01.0	Esguince cervical con herida del cuero cabelludo	90	90	90	0	90	90	90	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S13.4	S01.7	Esguince cervical con heridas múltiples de la cabeza	20	20	20	0	20	20	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S13.4	S01.8	Esguince cervical con herida de otras partes de la cabeza	90	90	90	0	90	90	90	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S13.4	S09.9	Esguince cervical con traumatismo craneal	30	194	112	82	0	194	97	97	0	30	15	15	0	0	0	0
S13.4	S12.2	Esguince cervical con fractura de otras vértebras cervicales especificadas	116	240	179	51	116	240	179	51	0	0	0	0	0	0	0	0
S13.4	S13.0	Esguince cervical con ruptura traumática de disco cervical intervertebral	50	300	168	72	45	300	145	82	0	155	22	54	0	15	2	5
S13.4	S13.0-S22.4	Esguince cervical con ruptura traumática de disco cervical intervertebral y con fracturas múltiples de costillas	290	290	290	0	290	290	290	0	0	0	0	0	6	6	6	0
S13.4	S20.2	Esguince cervical con contusión torácica	5	120	51	39	5	120	51	39	0	0	0	0	0	0	0	0
S13.4	S20.3	Esguince cervical con otros traumatismos superficiales de la pared anterior del tórax	55	157	106	51	55	157	106	51	0	0	0	0	0	0	0	0
S13.4	S20.8	Esguince cervical con traumatismo superficial de otras partes y de las no especificadas del tórax	15	240	75	83	2	240	66	83	0	30	9	11	0	0	0	0
S13.4	S22.2	Esguince cervical con fractura de esternón desplazada	90	120	105	15	90	120	105	15	0	0	0	0	4	6	5	1
S13.4	S22.3	Esguince cervical con fractura de costilla	75	180	111	41	37	180	102	51	0	0	0	0	0	25	7	11
S13.4	S22.4	Esguince cervical con fracturas múltiples de costillas	50	50	50	0	50	50	50	0	0	0	0	0	7	7	7	0
S13.4	S23.4	Esguince cervical con esguinces y torceduras de costillas y esternón	50	50	50	0	30	30	30	0	20	20	20	0	0	0	0	0
S13.4	S29.0	Esguince cervical con traumatismo de tendón y músculos a nivel del tórax	30	30	30	0	20	20	20	0	10	10	10	0	0	0	0	0

TABLA DE VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁFICO EN CASTELLÓN

CIE-10	ASOCIACIÓN	DIAGNÓSTICO	DIAS TOTALES				IMPEDITIVOS				NO IMPEDITIVOS				ESTANCIA HOSPITAL			
			Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE
S13.4	S30.0	Esguince cervical con contusión de la región lumbosacra y de la pelvis	8	221	84	65	7	221	80	67	0	41	5	10	0	0	0	0
S13.4	S30.2	Esguince cervical con contusión de órganos genitales externos (testículos)	50	50	50	0	50	50	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S13.4	S30.9	Esguince cervical con contusión dorsolumbar	15	177	75	63	13	177	72	65	0	15	3	6	0	0	0	0
S13.4	S33.0	Esguince cervical con ruptura traumática de disco intervertebral lumbar	75	210	143	68	75	210	143	68	0	0	0	0	0	0	0	0
S13.4	S40.0	Esguince cervical con contusión del hombro y del brazo	120	170	145	25	45	120	83	38	0	125	63	63	0	0	0	0
S13.4	S42.0	Esguince cervical con fractura de la clavícula	174	174	174	0	145	145	145	0	29	29	29	0	0	0	0	0
S13.4	S42.0-S22.3	Esguince cervical con fractura de la clavícula y fractura de costilla	40	40	40	0	40	40	40	0	0	0	0	0	5	5	5	0
S13.4	S42.0-S66.3	Esguince cervical con fractura de la clavícula y con traumatismo del tendón y músculo extensor de otro (s) dedo (s) de la mano	126	126	126	0	126	126	126	0	0	0	0	0	7	7	7	0
S13.4	S42.4	Esguince cervical con fractura de la epífisis inferior del húmero	45	45	45	0	45	45	45	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S13.4	S43.0	Esguince cervical con esguince de la articulación acromioclavicular	135	135	135	0	135	135	135	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S13.4	S43.1	Esguince cervical con luxación de la articulación acromioclavicular	30	30	30	0	30	30	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S13.4	S43.7	Esguince cervical con esguinces y torceduras de otras partes y las no especificadas de la cintura escapular	90	90	90	0	90	90	90	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S13.4	S46.0	Esguince cervical con traumatismo del tendón del manguito de los rotadores del hombro	211	211	211	0	10	10	10	0	201	201	201	0	0	0	0	0
S13.4	S49.9	Esguince cervical con artritis postraumática de hombro	42	42	42	0	42	42	42	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S13.4	S51.8	Esguince cervical con herida de otras partes del antebrazo	21	21	21	0	10	10	10	0	11	11	11	0	0	0	0	0
S13.4	S52.5	Esguince cervical con fractura conminuta de epífisis distal del radio	136	155	146	10	45	155	100	55	0	91	46	46	0	16	8	8
S13.4	S52.9	Esguince cervical con fractura del antebrazo, parte no especificada	222	222	222	0	222	222	222	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S13.4	S60.2	Esguince cervical con contusión de otras partes de la muñeca y de la mano	40	40	40	0	40	40	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S13.4	S62.0	Esguince cervical con fractura del hueso escafoides de la mano	30	30	30	0	30	30	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S13.4	S62.2	Esguince cervical con fractura del 1º metacarpiano (Fr de Bennett)	45	45	45	0	45	45	45	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S13.4	S62.3	Esguince cervical con fractura de otros huesos	42	42	42	0	42	42	42	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TABLA DE VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁFICO EN CASTELLÓN

CIE-10	ASOCIACIÓN	DIAGNÓSTICO	DIAS TOTALES				IMPEDITIVOS				NO IMPEDITIVOS				ESTANCIA HOSPITAL			
			Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE
		metacarpianos																
S13.4	S62.7	Esguince cervical con fracturas múltiples de dedos de la mano	64	64	64	0	64	64	64	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S13.4	S63.5	Esguince cervical con esguince y torcedura de la muñeca	45	140	93	48	13	45	29	16	32	95	64	32	0	0	0	0
S13.4	S66.9	Esguince cervical con traumatismo de tendón y músculo no especificado, a nivel de la muñeca y de la mano	118	118	118	0	118	118	118	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S13.4	S80.0	Esguince cervical con contusión de la rodilla	10	10	10	0	0	0	0	0	10	10	10	0	0	0	0	0
S13.4	S81.9	Esguince cervical con herida de la pierna, parte no especificada	55	55	55	0	55	55	55	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S13.4	S83.3	Esguince cervical con desgarro del cartílago articular de la rodilla, presente	37	37	37	0	37	37	37	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S13.4	S83.4	Esguince cervical con esguinces y torceduras que comprometen los ligamentos laterales de la rodilla	75	75	75	0	75	75	75	0	0	0	0	0	2	2	2	0
S13.4	S83.6	Esguince cervical con esguinces y torceduras de otras partes y las no especificadas de la rodilla	45	176	89	62	45	176	89	62	0	0	0	0	0	0	0	0
S13.4	S83.7	Esguince cervical con traumatismo de estructuras múltiples de la rodilla	165	165	165	0	165	165	165	0	0	0	0	0	1	1	1	0
S13.4	S92.5	Esguince cervical con fractura de los huesos de otro(s) dedo(s) del pié	200	200	200	0	200	200	200	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S13.4	S93.4	Esguince cervical con esguince de tobillo	7	135	71	44	7	135	60	42	0	75	11	25	0	0	0	0
S13.4	T00.3	Esguince cervical con traumatismos superficiales que afectan múltiples regiones del (de los) miembro (s) inferior (es)	90	90	90	0	90	90	90	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S13.4	T00.9	Esguince cervical con policontusiones	7	270	69	53	0	270	65	54	0	60	4	12	0	16	1	3
S13.4	T01.9	Esguince cervical con heridas múltiples	75	75	75	0	75	75	75	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S13.4	T02.8	Esguince cervical con fracturas que afectan otras combinaciones de las regiones del cuerpo	180	180	180	0	180	180	180	0	0	0	0	0	24	24	24	0
S13.6		Esguinces y torceduras de articulaciones y lig de otros sitios especificados y de los no especificados del cuello	15	15	15	0	12	12	12	0	3	3	3	0	0	0	0	0
S14.3	S27.1-T02.7	Traumatismo del plexo braquial con hemotórax traumático y con fracturas que afectan al tórax con miembro (s)	358	358	358	0	358	358	358	0	0	0	0	0	21	21	21	0
S14.3	S72.3-S42.1	Traumatismo del plexo braquial con fractura de la diáfisis del fémur y fractura de la escápula	542	542	542	0	542	542	542	0	0	0	0	0	199	199	199	0
S14.3	T02	Traumatismo del plexo braquial con polifracturas	270	270	270	0	180	180	180	0	90	90	90	0	19	19	19	0

TABLA DE VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁFICO EN CASTELLÓN

CIE-10	ASOCIACIÓN	DIAGNÓSTICO	DIAS TOTALES				IMPEDITIVOS				NO IMPEDITIVOS				ESTANCIA HOSPITAL			
			Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE
S15.8	S14.5-S83.7	Traumatismo de vasos sanguíneos no especificados de cuello y de nervios periféricos de cuello y traumatismos múltiples de rodilla	167	167	167	0	167	167	167	0	0	0	0	0	13	13	13	0
Tórax																		
S20.0		Contusión mamaria	7	45	24	16	2	45	23	18	0	5	2	2	0	0	0	0
S20.0	S20.8	Contusión de la mama con traumatismo superficial de otras partes y de las no especificadas del tórax	42	42	42	0	42	42	42	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S20.0	S40.0	Contusión de la mama con contusión del hombro y del brazo	7	7	7	0	5	5	5	0	2	2	2	0	0	0	0	0
S20.2		Contusión torácica	7	204	32	50	0	180	28	45	0	24	4	7	0	3	0	1
S20.2	S01.1	Contusión del tórax con herida de del párpado y de la región periocular	2	2	2	0	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S20.2	S20.0	Traumatismo torácico con contusión mamaria	75	75	75	0	75	75	75	0	0	0	0	0	15	15	15	0
S20.2	S22.3-S27.3	Traumatismo torácico con fractura costal y contusión pulmonar	25	25	25	0	25	25	25	0	0	0	0	0	5	5	5	0
S20.2	S30.0	Contusión del tórax con contusión de la región lumbosacra y de la pelvis	100	100	100	0	100	100	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S20.2	S42.0	Contusión del tórax con fractura de la clavícula	45	45	45	0	45	45	45	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S20.2	S62.4	Contusión del tórax con fracturas múltiples de huesos metacarpianos	86	86	86	0	52	52	52	0	34	34	34	0	8	8	8	0
S20.2	T00.9	Contusión del tórax con policontusiones	10	78	44	34	6	78	42	36	0	4	2	2	0	2	1	1
S20.2	T02.7	Contusión del tórax con fracturas que afectan el tórax con la región lumbosacra y la pelvis con miembro (s)	230	230	230	0	230	230	230	0	0	0	0	0	18	18	18	0
S20.3		Contusión esternal	0	153	36	50	0	153	34	51	0	7	2	3	0	4	1	1
S20.8		Contusión costal	0	224	37	48	0	93	25	22	0	179	12	35	0	0	0	0
S20.8	S00.8	Traumatismo superficial de otras partes y de las no especificadas del tórax con traumatismo superficial de otras partes de cabeza	10	10	10	0	7	7	7	0	3	3	3	0	0	0	0	0
S20.8	S10.9	Traumatismo de otras partes y de las no especificadas del tórax con traumatismo superficial del cuello, parte no especificada	12	12	12	0	1	1	1	0	11	11	11	0	0	0	0	0
S20.8	S30.0	Traumatismo superficial de otras partes y de las no especificadas del tórax con contusión de la región lumbosacra y de la pelvis	21	30	26	5	21	30	26	5	0	0	0	0	0	0	0	0
S20.8	S30.9	Traumatismo de otras partes y no especificadas del tórax con traumatismo del abdomen, de región lumbosacra, columna y pelvis	21	21	21	0	21	21	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TABLA DE VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁFICO EN CASTELLÓN

CIE-10	ASOCIACIÓN	DIAGNÓSTICO	DIAS TOTALES				IMPEDITIVOS				NO IMPEDITIVOS				ESTANCIA HOSPITAL			
			Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE
S20.8	S40.0	Traumatismo superficial de otras partes y de las no especificadas del tórax con contusión del hombro y del brazo	30	108	63	33	30	108	63	33	0	0	0	0	0	0	0	0
S20.8	S70.0	Traumatismo superficial de otras partes y de las no especificadas del tórax con contusión de la cadera	60	60	60	0	60	60	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S20.8	S70.1	Traumatismo superficial de otras partes y de las no especificadas del tórax con contusión del muslo	15	15	15	0	10	10	10	0	5	5	5	0	0	0	0	0
S20.8	S80.0	Traumatismo de otras partes y las no especificadas del tórax con contusión de la rodilla	28	28	28	0	28	28	28	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S20.8	T01.3	Traumatismo superficial de otras partes y las no especificadas del tórax con heridas múltiples regiones (de los) miembro(s) inferior	60	60	60	0	15	15	15	0	45	45	45	0	0	0	0	0
S20.8	T11.0	Contusión del tórax con traumatismo superficial de miembro superior, nivel no especificado	7	7	7	0	7	7	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S22.0		Fractura de vértebra torácica	67	180	139	41	67	160	131	35	0	30	8	12	0	10	7	4
S22.0	S22.2	Fractura de vértebra torácica con fractura del esternón	322	322	322	0	182	182	182	0	140	140	140	0	10	10	10	0
S22.0	S22.4	Fractura de vértebra dorsal con fracturas costales múltiples	90	120	105	15	60	120	90	30	0	30	15	15	0	0	0	0
S22.0	S22.4-S32.0	Fractura de vértebra torácica con fracturas múltiples costales y con fracturas de vértebras lumbares	236	236	236	0	236	236	236	0	0	0	0	0	17	17	17	0
S22.0	S29.9	Fractura de vértebra torácica con fracturas múltiples del tórax y con fracturas de vértebras lumbares	180	180	180	0	140	140	140	0	40	40	40	0	10	10	10	0
S22.0	S32.0	Fractura de vértebra torácica con fractura de vértebra lumbar	60	60	60	0	60	60	60	0	0	0	0	0	5	5	5	0
S22.0	S54.0	Fracturas múltiples de columna torácica con traumatismo nervio cubital a nivel del antebrazo	96	96	96	0	96	96	96	0	0	0	0	0	11	11	11	0
S22.0	S92.2-S43.2	Fractura de vértebra lumbar con fractura de otro (s) hueso (s) del tarso (escafoides) y luxación esternoclavicular	96	96	96	0	96	96	96	0	0	0	0	0	5	5	5	0
S22.1		Fracturas múltiples de columna torácica	120	400	260	140	120	400	260	140	0	0	0	0	0	29	15	15
S22.1	S22.9-S42.1	Fracturas múltiples de columna torácica con fractura del tórax óseo, parte no especificada y fractura del omoplato	120	120	120	0	116	116	116	0	4	4	4	0	7	7	7	0
S22.2		Fractura del esternón	15	143	59	30	3	143	59	31	0	12	1	3	0	6	2	2
S22.2	S02.2	Fractura del esternón con fractura de los huesos de la nariz	60	60	60	0	60	60	60	0	0	0	0	0	3	3	3	0
S22.2	S13.4	Fractura del esternón con esguince cervical	28	28	28	0	28	28	28	0	0	0	0	0	2	2	2	0

TABLA DE VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁFICO EN CASTELLÓN

CIE-10	ASOCIACIÓN	DIAGNÓSTICO	DIAS TOTALES				IMPEDITIVOS				NO IMPEDITIVOS				ESTANCIA HOSPITAL			
			Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE
S22.2	S13.4-S33.2	Fractura del esternón con esguince cervical y con luxación de articulación sacrococcígea y sacroiliaca	298	298	298	0	298	298	298	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S22.2	S22.3	Fractura del esternón no desplazada con fractura de costilla	41	180	111	70	41	180	111	70	0	0	0	0	0	14	7	7
S22.2	S22.4-S27.6	Fractura del esternón con fracturas múltiples de costillas y traumatismo de la pleura	141	141	141	0	141	141	141	0	0	0	0	0	16	16	16	0
S22.2	S27.3	Fractura del esternón con otros traumatismos del pulmón	38	38	38	0	38	38	38	0	0	0	0	0	8	8	8	0
S22.2	S32.0	Fractura de esternón con fractura de vértebra lumbar (apófisis transversas)	57	57	57	0	57	57	57	0	0	0	0	0	5	5	5	0
S22.2	S42.0-S22.4	Fractura del esternón con fractura de la clavícula y fracturas múltiples de costillas	104	104	104	0	104	104	104	0	0	0	0	0	7	7	7	0
S22.2	S52.5	Fractura del esternón con fractura de la epífisis inferior del radio (Fr de Smith-Goyrand)	244	244	244	0	122	122	122	0	122	122	122	0	8	8	8	0
S22.2	S82.5	Fractura del esternón con fractura del maleolo interno	45	45	45	0	45	45	45	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S22.3		Fractura de costilla	15	60	36	11	15	60	33	13	0	15	3	5	0	2	0	1
S22.3	S09.9	Fractura costal con traumatismo de la cabeza, no especificado	47	47	47	0	47	47	47	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S22.3	S27.6	Fractura de costilla con traumatismo de la pleura	45	45	45	0	45	45	45	0	0	0	0	0	12	12	12	0
S22.3	T00.9	Fractura costal con policontusiones	37	37	37	0	37	37	37	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S22.4		Fracturas costales múltiples	21	147	58	37	21	147	58	37	0	0	0	0	0	7	2	3
S22.4	S27.1-S27.8	Fracturas múltiples de costillas con hemotórax y traumatismo de otros órganos intratorácicos, especificados (diafragma)	395	395	395	0	395	395	395	0	0	0	0	0	49	49	49	0
S22.4	S27.2-T79.7	Fracturas múltiples costales con hemoemotórax y enfisema subcutáneo traumáticos	117	117	117	0	117	117	117	0	0	0	0	0	86	86	86	0
S22.4	S27.3	Fracturas múltiples de costillas con otros traumatismos del pulmón	30	30	30	0	30	30	30	0	0	0	0	0	10	10	10	0
S22.4	S27.3-S82.1	Fracturas múltiples de costillas con otros traumatismos de pulmón y con fractura de la epífisis superior de la tibia	230	230	230	0	230	230	230	0	0	0	0	0	29	29	29	0
S22.4	S27.6	Fracturas múltiples de costillas con traumatismo de la pleura	143	157	150	7	143	157	150	7	0	0	0	0	0	4	2	2
S22.4	S42.0-S27.7	Fracturas costales múltiples con fractura de la clavícula y traumatismos múltiples de órganos intratorácicos	97	97	97	0	97	97	97	0	0	0	0	0	10	10	10	0
S22.4	S42.1-S54.2	Fracturas múltiples de costillas con fracturas que afectan a múltiples regiones de miembro superior y trauma nervio radial antebrazo	376	376	376	0	376	376	376	0	0	0	0	0	32	32	32	0

TABLA DE VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁFICO EN CASTELLÓN

CIE-10	ASOCIACIÓN	DIAGNÓSTICO	DIAS TOTALES				IMPEDITIVOS				NO IMPEDITIVOS				ESTANCIA HOSPITAL			
			Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE
S22.4	S62.5	Fracturas múltiples de costillas con fractura del pulgar	167	167	167	0	167	167	167	0	0	0	0	0	3	3	3	0
S22.4-S27.2	S27.8-S36.0	Fracturas múltiples costales, hemo neumotórax y traumatismo de otros órganos intratorácicos y traumatismo de bazo	60	60	60	0	60	60	60	0	0	0	0	0	11	11	11	0
S23.4		Esguinces y torceduras de costillas y esternón	178	178	178	0	178	178	178	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S27.0	S22.4-S01.7	Neumotórax traumático con fracturas múltiples costales y heridas múltiples de la cabeza	45	45	45	0	45	45	45	0	0	0	0	0	10	10	10	0
S27.0	S22.4-S42.0	Neumotórax traumático con fracturas múltiples de costillas y fractura de la clavícula	40	40	40	0	40	40	40	0	0	0	0	0	8	8	8	0
S27.0	S27.3	Neumotórax traumático con otros traumatismos del pulmón	45	45	45	0	30	30	30	0	15	15	15	0	15	15	15	0
S27.0	S32.7	Neumotórax traumático con fracturas múltiples de la columna lumbar y de la pelvis	294	294	294	0	294	294	294	0	0	0	0	0	8	8	8	0
S27.0	T02	Neumotórax traumático con polifracturas	120	450	285	165	120	365	243	123	0	85	43	43	10	25	18	8
S27.0	T02.8	Neumotórax traumático con fracturas que afectan otras combinaciones de las regiones del cuerpo	180	180	180	0	164	164	164	0	16	16	16	0	23	23	23	0
S27.1		Hemotórax traumático	71	71	71	0	71	71	71	0	0	0	0	0	12	12	12	0
S27.7	S36.0-T02.7	Traumatismos múltiples de órganos intratorácicos con traumatismo del bazo y fracturas de la pelvis con miembro (s)	559	559	559	0	559	559	559	0	0	0	0	0	34	34	34	0
S27.7	T02.7	Traumatismos múltiples de órganos intratorácicos con fracturas que afectan tórax con región lumbosacra y pelvis con miembro (s)	117	117	117	0	117	117	117	0	0	0	0	0	11	11	11	0
S27.7-S54.1	S32.4-S72.3	Traumatismos múltiples de órganos intratorácicos con traumatismo de nervio mediano y fractura de acetábulo y diáfisis de fémur	534	534	534	0	534	534	534	0	0	0	0	0	175	175	175	0
S27	S36-T02	Traumatismo de otros órganos intratorácicos con traumatismo de órganos intraabdominales y con polifracturas	385	385	385	0	385	385	385	0	0	0	0	0	21	21	21	0
S29.7	S52.5	Traumatismos múltiples del tórax con fractura de la epífisis distal del radio	288	288	288	0	288	288	288	0	0	0	0	0	6	6	6	0
S29.7	S92.7	Traumatismos múltiples del tórax con fracturas múltiples del pie	162	162	162	0	40	40	40	0	122	122	122	0	5	5	5	0
S29.7-S32.7	S36.4-S37.2	Traumatismos múltiples del tórax con fracturas múltiples de pelvis y traumatismo del intestino delgado y de vejiga	260	260	260	0	260	260	260	0	0	0	0	0	27	27	27	0
S29.7-T02	S36.1-S37.0	Traumatismos múltiples del tórax, polifracturas, con traumatismo del hígado y traumatismo del riñón	184	184	184	0	184	184	184	0	0	0	0	0	34	34	34	0

TABLA DE VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁFICO EN CASTELLÓN

CIE-10	ASOCIACIÓN	DIAGNÓSTICO	DIAS TOTALES				IMPEDITIVOS				NO IMPEDITIVOS				ESTANCIA HOSPITAL			
			Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE
S29.9		Traumatismo del tórax, no especificado	0	20	12	7	0	15	11	6	0	5	1	2	0	0	0	0
S29.9	S40.0	Traumatismo del tórax, no especificado con contusión del hombro y del brazo	60	60	60	0	60	60	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Abdomen																		
S30.0		Contusión lumbar	7	90	32	28	0	90	24	24	0	58	8	16	0	0	0	0
S30.0	S02.5	Contusión de la región lumbosacra y de la pelvis con fractura de diente	4	4	4	0	4	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S30.0	S40.0	Contusión de la región lumbosacra y de la pelvis con contusión del hombro y del brazo	7	30	19	12	7	30	19	12	0	0	0	0	0	0	0	0
S30.0	S80.0	Contusión de la región lumbosacra y de la pelvis con contusión de la rodilla	15	690	188	290	15	690	187	290	0	5	1	2	0	5	1	2
S30.0	S81.0	Contusión de la región lumbosacra y de la pelvis con herida de la rodilla	3	3	3	0	3	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S30.1		Contusión de la pared abdominal	7	80	44	37	7	80	44	37	0	0	0	0	0	0	0	0
S30.2		Contusión de órganos genitales externos (testículos)	8	10	9	1	5	8	7	2	0	5	3	3	0	0	0	0
S30.9		Traumatismo superficial del abdomen, de la región lumbosacra y de la pelvis, parte no especificada	1	30	15	10	0	21	10	7	0	27	5	8	0	1	0	0
S30.9	S80.0	Contusión de la región lumbosacra y de la pelvis con contusión de la rodilla	44	44	44	0	44	44	44	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S30.9	T30.2	Traumatismo superficial del abdomen, de la región lumbosacra y de la pelvis, parte no especificada con quemaduras 2º grado reg no es	20	20	20	0	20	20	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S31.0		Herida de la región lumbosacra y de la pelvis	21	21	21	0	21	21	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S31.4		Herida de la vagina y de la vulva	60	60	60	0	60	60	60	0	0	0	0	0	6	6	6	0
S31.8		Herida de otras partes y de las no especificadas del abdomen	8	8	8	0	0	0	0	0	8	8	8	0	0	0	0	0
S32.0		Fractura de vértebra lumbar	60	297	177	88	52	297	137	79	0	199	40	70	0	19	6	5
S32.0	S22.3	Fractura de vértebra lumbar con fractura de costilla	118	118	118	0	118	118	118	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S32.0	S24.1	Fractura de vértebra lumbar con otros traumatismos y los no especificados de la médula espinal torácica	365	365	365	0	365	365	365	0	0	0	0	0	36	36	36	0
S32.0	S32.8	Fractura de vértebra lumbar con fractura de otras partes y de las no especificadas de la columna lumbar y de la pelvis	243	243	243	0	243	243	243	0	0	0	0	0	20	20	20	0
S32.0	S33.1	Fractura de vértebra lumbar con luxación de vértebra lumbar	174	174	174	0	174	174	174	0	0	0	0	0	5	5	5	0
S32.0	S34.3	Fractura de vértebra lumbar con traumatismo de la cola de caballo	216	216	216	0	216	216	216	0	0	0	0	0	43	43	43	0

TABLA DE VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁFICO EN CASTELLÓN

CIE-10	ASOCIACIÓN	DIAGNÓSTICO	DIAS TOTALES				IMPEDITIVOS				NO IMPEDITIVOS				ESTANCIA HOSPITAL			
			Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE
S32.0	S52.5	Fractura de vértebra lumbar con fractura de la epífisis inferior del radio	150	150	150	0	150	150	150	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S32.0	S72.1	Fractura de vértebra lumbar con fractura pertrocantérea (intertrocantérea)	90	90	90	0	90	90	90	0	0	0	0	0	12	12	12	0
S32.0	S82.1/2/3-4	Fractura de vértebra lumbar con fractura abierta de tibia y peroné	380	380	380	0	380	380	380	0	0	0	0	0	30	30	30	0
S32.0	S82.3-S56.4	Fractura de vértebra lumbar con fractura epífisis inferior de tibia y traumatismo de tendón y músculo extensor otro dedo antebrazo	226	226	226	0	226	226	226	0	0	0	0	0	20	20	20	0
S32.1	S52.5	Fractura del sacro con fractura de la epífisis inferior del radio no desplazada	102	102	102	0	102	102	102	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S32.3		Fractura del hueso iliaco	60	61	61	1	60	61	61	1	0	0	0	0	5	7	6	1
S32.3	S32.5	Fractura de hueso iliaco con fractura del pubis	337	337	337	0	337	337	337	0	0	0	0	0	3	3	3	0
S32.3	S72.3	Fractura abierta del hueso iliaco grado II con fractura de la epífisis inferior del fémur	109	109	109	0	109	109	109	0	0	0	0	0	23	23	23	0
S32.4		Fractura del acetábulo no desplazada	148	260	215	47	148	260	215	47	0	0	0	0	17	27	21	4
S32.4	S32.3	Fractura del acetábulo con fractura de rama iliopubiana no desplazada	114	136	125	11	114	136	125	11	0	0	0	0	18	25	22	4
S32.4	S32.8	Fractura del acetábulo con fractura de otras partes y de las no especificadas de la columna lumbar y de la pelvis	160	180	170	10	160	180	170	10	0	0	0	0	25	36	31	6
S32.4	S42.3	Fractura del acetábulo con fractura de la diáfisis del húmero	206	206	206	0	206	206	206	0	0	0	0	0	54	54	54	0
S32.4	S52.5	Fractura del acetábulo con fractura de la epífisis inferior del radio	123	123	123	0	123	123	123	0	0	0	0	0	25	25	25	0
S32.4	S73.0	Fractura del acetábulo con luxación posterior de cadera	180	180	180	0	180	180	180	0	0	0	0	0	27	27	27	0
S32.4	S73.0-S52.4	Fractura del acetábulo con luxación posterior de la cadera y fractura de la diáfisis del cúbito y del radio	145	145	145	0	145	145	145	0	0	0	0	0	39	39	39	0
S32.4	S73.0-S82.1	Fractura del acetábulo con luxación posterior de la cadera y fractura de la epífisis superior de la tibia	562	562	562	0	562	562	562	0	0	0	0	0	54	54	54	0
S32.4	S82.1	Fractura del acetábulo con fractura de la epífisis inferior de la tibia	245	245	245	0	245	245	245	0	0	0	0	0	53	53	53	0
S32.4	S82.1-S22.4	Fractura del acetábulo con fractura de la epífisis superior de la tibia y con fracturas múltiples costales	234	234	234	0	234	234	234	0	0	0	0	0	13	13	13	0
S32.4	S82.1-S83.2	Fractura del acetábulo con fractura de epífisis superior de la tibia y con desgarró de meniscos, presente (MI)	334	334	334	0	164	164	164	0	0	0	0	0	4	4	4	0
S32.4	S82.8	Fractura del acetábulo con fractura abierta de otras partes de la pierna (bimaleolar)	230	230	230	0	230	230	230	0	0	0	0	0	63	63	63	0
S32.5	S42.2	Fractura del pubis con fractura de la epífisis superior del	120	120	120	0	120	120	120	0	0	0	0	0	21	21	21	0

TABLA DE VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁFICO EN CASTELLÓN

CIE-10	ASOCIACIÓN	DIAGNÓSTICO	DIAS TOTALES				IMPEDITIVOS				NO IMPEDITIVOS				ESTANCIA HOSPITAL			
			Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE
		húmero																
S32.7		Fracturas múltiples de la columna lumbar y de la pelvis	80	180	137	32	70	180	128	36	0	50	9	17	0	17	7	5
S32.7	K41.9	Fracturas múltiples de la columna lumbar y de la pelvis con hernia crural postraumática	268	268	268	0	268	268	268	0	0	0	0		13	13	13	0
S32.7	S01.7	Fracturas múltiples de la columna lumbar y de la pelvis con heridas múltiples de la cabeza	730	730	730	0	730	730	730	0	0	0	0	0	45	45	45	0
S32.7	S13.4	Fracturas múltiples de la columna lumbar y de la pelvis con esguinces y torceduras de la columna cervical (esguince cervical)	248	248	248	0	248	248	248	0	0	0	0	0	3	3	3	0
S32.7	S22.4	Fracturas múltiples de la columna lumbar y de la pelvis con fracturas múltiples de costillas	107	186	157	30	107	186	147	34	0	39	10	17	10	33	25	9
S32.7	S29.7-S82.1	Fracturas múltiples de la pelvis con traumatismos múltiples del tórax y fractura de la epífisis superior de la tibia	155	155	155	0	155	155	155	0	0	0	0	0	25	25	25	0
S32.7	S31.7	Fracturas múltiples de la pelvis (bilateral) con heridas múltiples del abdomen, de la región lumbosacra y de la pelvis	802	802	802	0	380	380	380	0	422	422	422	0	174	174	174	0
S32.7	S36.0	Fracturas múltiples de la columna lumbar y de la pelvis con traumatismo del bazo	80	80	80	0	80	80	80	0	0	0	0	0	13	13	13	0
S32.7	S36.8	Fracturas múltiples de columna lumbar y de la pelvis con traumatismo de otros órganos intraabdominales (peritoneo)	106	106	106	0	106	106	106	0	0	0	0	0	8	8	8	0
S32.7	S72.1	Fracturas múltiples de la columna lumbar y de la pelvis con fractura pertrocantérea (trocánter mayor)	154	154	154	0	45	45	45	0	109	109	109	0	0	0	0	0
S32.7	S72.7-S52.0	Fracturas múltiples de columna lumbar y de pelvis con fracturas múltiples del fémur y fractura abierta de epífisis superior de cúbito	115	115	115	0	115	115	115	0	0	0	0	0	41	41	41	0
S32.7	S82.4-S43.0	Fracturas múltiples de la columna lumbar y de la pelvis con fractura del peroné y luxación de la articulación del hombro	229	229	229	0	229	229	229	0	0	0	0	0	29	29	29	0
S32.7	S83.1-S83.2	Fracturas múltiples de la columna lumbar y de la pelvis con luxación de la rodilla y desgarró de meniscos, presente (MI)	1002	1002	1002	0	143	143	143	0	959	959	959	0	13	13	13	0
S32.7-S72.2	S29.7-S36.0	Fracturas múltiples de columna lumbar y pelvis con fractura subtrocantérea y traumatismos múltiples tórax complejos y del bazo	202	202	202	0	202	202	202	0	0	0	0	0	18	18	18	0
S32.8		Fractura de otras partes y de las no especificadas de la columna lumbar y de la pelvis	75	159	128	38	75	159	128	38	0	0	0	0	0	13	4	6

TABLA DE VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁFICO EN CASTELLÓN

CIE-10	ASOCIACIÓN	DIAGNÓSTICO	DIAS TOTALES				IMPEDITIVOS				NO IMPEDITIVOS				ESTANCIA HOSPITAL			
			Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE
S32.8	S42.1	Fractura de otras partes y de las no especificadas de la columna lumbar y de la pelvis con fractura del omoplato	58	58	58	0	58	58	58	0	0	0	0	0	10	10	10	0
S32.8	S73.0	Fractura de otras partes y de las no especificadas de la columna lumbar y de la pelvis con luxación de la cadera	147	147	147	0	147	147	147	0	0	0	0	0	23	23	23	0
S32.8	S83.6	Fractura de otras partes y de las no especificadas de la columna lumbar y de la pelvis con traumatismo del ligamento rotuliano	100	100	100	0	100	100	100	0	0	0	0	0	14	14	14	0
S32.8	T02-T06.2	Fracturas múltiples de la columna lumbar y de la pelvis con polifracturas y traumatismos de nervios de múltiples regiones cuerpo	550	550	550	0	550	550	550	0	0	0	0	0	257	257	257	0
S33.0		Ruptura traumática de disco intervertebral lumbar	402	402	402	0	402	402	402	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S33.4		Ruptura traumática de la sínfisis del pubis	45	45	45	0	45	45	45	0	0	0	0	0	7	7	7	0
S33.4	S33.2-S42.3	Ruptura traumática de la sínfisis del pubis con luxación articulación sacroiliaca y fractura de la diáfisis del húmero	120	120	120	0	120	120	120	0	0	0	0	0	20	20	20	0
S33.4	S34.4-T02	Ruptura traumática de la sínfisis del pubis con traumatismo del plexo lumbosacro y polifracturas	428	428	428	0	328	328	328	0	100	100	100	0	27	27	27	0
S33.4	S38.2-S52.9	Ruptura traumática de sínfisis de pubis con amputación traumática de órganos genitales externos y fractura antebrazo no especificada	188	188	188	0	188	188	188	0	0	0	0	0	16	16	16	0
S33.7		Esguinces y torceduras de otras partes y de las no especificadas de la columna lumbar y de la pelvis	30	30	30	0	30	30	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S36.0		Traumatismo del bazo	45	45	45	0	45	45	45	0	0	0	0	0	10	10	10	0
S36.0	S22.3	Traumatismo del bazo con fractura costal	65	65	65	0	65	65	65	0	0	0	0	0	8	8	8	0
S36.0	S29.7-T02.9	Traumatismo del bazo con traumatismos múltiples del tórax y polifracturas	150	150	150	0	150	150	150	0	0	0	0	0	44	44	44	0
S36.0	S36.8	Traumatismo del bazo con hemoperitoneo	60	60	60	0	60	60	60	0	0	0	0	0	9	9	9	0
S36.0	S36.8-S42.3	Traumatismo de órganos intraabdominales con traumatismo del bazo, de peritoneo y fractura de diáfisis de húmero	167	167	167	0	167	167	167	0	0	0	0	0	9	9	9	0
S36.0-S36.1	T02	Traumatismo de órgano intraabdominal con trauma de bazo y de hígado y polifracturas	101	101	101	0	101	101	101	0	0	0	0	0	18	18	18	0
S36.0-S36.1	T02.8	Traumatismo del bazo y del hígado con fracturas que afectan otras combinaciones de las regiones del cuerpo	280	280	280	0	280	280	280	0	0	0	0	0	30	30	30	0
S36.1	S36.8	Traumatismo del hígado y de la vesícula biliar con traumatismo de otros órganos intraabdominales (retroperitoneo)	79	79	79	0	79	79	79	0	0	0	0	0	17	17	17	0

TABLA DE VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁFICO EN CASTELLÓN

CIE-10	ASOCIACIÓN	DIAGNÓSTICO	DIAS TOTALES				IMPEDITIVOS				NO IMPEDITIVOS				ESTANCIA HOSPITAL			
			Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE
S36.1	T02.7	Traumatismo de hígado con fracturas que afectan el tórax con la región lumbosacra y la pelvis con miembro (s)	558	558	558	0	558	558	558	0	0	0	0	0	35	35	35	0
S36.4	S36.8-T02	Traumatismo del intestino delgado con hemoperitoneo y polifracturas	303	303	303	0	303	303	303	0	0	0	0	0	32	32	32	0
S36.7	S22.4	Traumatismo de múltiples órganos intraabdominales con fracturas múltiples de costillas	288	288	288	0	288	288	288	0	0	0	0	0	12	12	12	0
S36.8	S32.0-S22.4	Traumatismo del peritoneo con fractura de vértebra lumbar y fracturas múltiples de costillas	181	181	181	0	181	181	181	0	0	0	0	0	19	19	19	0
S36.9	S83.6	Traumatismo de órgano intraabdominal, no especificado con esguinces y torceduras de otras partes y no especificadas de rodilla	107	107	107	0	107	107	107	0	0	0	0	0	16	16	16	0
S37.0	S62.0-S22.3	Traumatismo del riñón con fractura del hueso escafoides de la mano y fractura de costilla	88	88	88	0	88	88	88	0	0	0	0	0	9	9	9	0
S37.0	S72.3	Traumatismo del riñón con fractura de la diáfisis del fémur	235	235	235	0	235	235	235	0	0	0	0	0	26	26	26	0
S39.9		Traumatismo no especificado del abdomen, de la región lumbosacra y de la pelvis	20	40	30	10	20	40	30	10	0	0	0	0	4	9	7	3
Hombro-brazo																		
S40.0		Contusión de hombro	8	82	27	20	0	82	23	22	0	20	4	6	0	0	0	0
S40.0	S50.0	Contusión hombro y codo	7	344	176	169	7	110	59	52	0	234	117	117	0	0	0	0
S40.0	S50.1	Contusión del hombro y del brazo con contusión de otras partes del antebrazo y de las no especificadas	4	4	4	0	0	0	0	0	4	4	4	0	0	0	0	
S40.0	S60.2	Contusión del hombro y del brazo con contusión de otras partes de la muñeca y de la mano	12	60	36	24	12	15	14	2	0	45	23	23	0	0	0	0
S40.0	S70.0	Contusión del hombro y del brazo con contusión de la cadera	5	30	18	13	0	30	15	15	0	5	3	3	0	0	0	0
S40.0	S70.1	Contusión del hombro y del brazo con contusión del muslo	60	90	75	15	60	90	75	15	0	0	0	0	0	2	1	1
S40.0	S80.0	Contusión del hombro y del brazo con contusión de rodilla	12	15	14	2	7	12	10	3	0	8	4	4	0	0	0	0
S40.0	S80.1	Contusión del hombro y del brazo con contusión de otras partes y las no especificadas de la pierna	7	7	7	0	7	7	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S40.0	S81.0	Contusión del hombro y del brazo con herida de la rodilla	10	10	10	0	3	3	3	0	7	7	7	0	0	0	0	0
S41.0	S41.1	Herida del hombro con herida del brazo	20	20	20	0	20	20	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S41.1	S80.0	Herida del brazo con contusión de la rodilla	18	18	18	0	18	18	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TABLA DE VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁFICO EN CASTELLÓN

CIE-10	ASOCIACIÓN	DIAGNÓSTICO	DIAS TOTALES				IMPEDITIVOS				NO IMPEDITIVOS				ESTANCIA HOSPITAL			
			Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE
S42.0		Fractura de clavícula	26	155	70	36	0	155	68	39	0	43	2	9	0	2	0	0
S42.0	S06.0	Fractura de la clavícula con conmoción cerebral	230	230	230	0	230	230	230	0	0	0	0	0	4	4	4	0
S42.0	S09.9	Fractura de clavícula con traumatismo craneal	45	45	45	0	45	45	45	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S42.0	S11.9	Fractura de la clavícula con herida del cuello, parte no especificada	50	50	50	0	50	50	50	0	0	0	0	0	1	1	1	0
S42.0	S13.4	Fractura de clavícula no desplazada y esguince cervical	52	103	78	26	52	103	78	26	0	0	0	0	0	0	0	0
S42.0	S22.1	Fractura de la clavícula desplazada con fracturas múltiples de la columna torácica	180	180	180	0	180	180	180	0	0	0	0	0	14	14	14	0
S42.0	S22.3	Fractura de la clavícula con fractura de costilla	44	44	44	0	44	44	44	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S42.0	S22.4	Fractura de la clavícula con fracturas múltiples de costillas	42	60	51	9	42	60	51	9	0	0	0	0	0	4	2	2
S42.0	S52.5	Fractura de la clavícula con fractura de la epífisis inferior del radio no desplazada	150	150	150	0	90	90	90	0	60	60	60	0	11	11	11	0
S42.0	S52.8	Fractura de la clavícula con fractura de otras partes del antebrazo	90	90	90	0	30	30	30	0	60	60	60	0	0	0	0	0
S42.0	S62.0	Fractura de la clavícula desplazada con fractura del hueso escafoides de la mano	515	515	515	0	515	515	515	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S42.0	S82.1	Fractura de la clavícula con fractura de la epífisis superior de la tibia	157	157	157	0	157	157	157	0	0	0	0	0	6	6	6	0
S42.0	S83.5	Fractura de la clavícula con esguinces y torceduras que comprometen el ligamento cruzado de la rodilla	300	300	300	0	300	300	300	0	0	0	0	0	7	7	7	0
S42.0	S93.4	Fractura de la clavícula con esguinces y torceduras del tobillo	61	61	61	0	61	61	61	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S42.0	T00.9	Fractura de clavícula con policontusiones	96	96	96	0	96	96	96	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S42.0	T01.8	Fractura de la clavícula con heridas que afectan otras combinaciones de las regiones del cuerpo	70	70	70	0	70	70	70	0	0	0	0	0	3	3	3	0
S42.1		Fractura del omoplato	24	165	69	50	24	165	69	50	0	0	0	0	0	6	2	3
S42.1	S13.4-S83.4	Fractura de epífisis superior de húmero no desplazada con esguince cervical y esguinces y torceduras de ligamento lateral rodilla	230	230	230	0	230	230	230	0	0	0	0	0	3	3	3	0
S42.1	S22.4	Fractura del omoplato con fracturas múltiples de costillas	100	100	100	0	100	100	100	0	0	0	0	0	12	12	12	0
S42.1	S43.0	Fractura del omoplato con luxación de la articulación del hombro (art glenohumeral)	188	188	188	0	188	188	188	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S42.1	S43.1-S46.0	Fractura de la escápula con luxación acromioclavicular y traumatismo del tendón del manguito de los rotadores	221	221	221	0	221	221	221	0	0	0	0	0	2	2	2	0
S42.1	S52.2-S62.4	Fractura del omoplato con fractura de la diáfisis del	111	111	111	0	111	111	111	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TABLA DE VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁFICO EN CASTELLÓN

CIE-10	ASOCIACIÓN	DIAGNÓSTICO	DIAS TOTALES				IMPEDITIVOS				NO IMPEDITIVOS				ESTANCIA HOSPITAL			
			Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE
		cúbito y fracturas múltiples de huesos metacarpianos																
S42.1	T00.3	Fractura del omoplato con traumatismos superficial (es) que afectan a múltiples regiones de (de los) miembro (s) inferior (es)	222	222	222	0	222	222	222	0	0	0	0	0	9	9	9	0
S42.2		Fractura de la epífisis superior del húmero	50	321	143	80	15	321	124	83	0	157	19	41	0	8	1	3
S42.2	S52.1	Fractura de la epífisis superior del húmero con fractura de la epífisis superior del radio	140	140	140	0	140	140	140	0	0	0	0	0	3	3	3	0
S42.2	S52.5	Fractura de la epífisis superior del húmero con fractura de la epífisis inferior del radio (Fr de Colles)	228	228	228	0	228	228	228	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S42.2	S52.5-S62.0	Fractura de la epífisis superior del húmero no desplazada con fractura de la epífisis inferior del radio y fractura del hueso escafoides de mano	180	180	180	0	180	180	180	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S42.2	S82.5	Fractura de la epífisis superior del húmero con fractura del maleolo interno	415	415	415	0	415	415	415	0	0	0	0	0	31	31	31	0
S42.3		Fractura conminuta de la diáfisis del húmero	67	202	135	68	67	202	135	68	0	0	0	0	0	2	1	1
S42.4		Fractura de la epífisis inferior del húmero	90	220	147	54	75	165	123	37	0	55	23	23	1	18	7	8
S42.4	S52.1	Fractura de la epífisis inferior del húmero con fractura de la epífisis superior del radio	142	142	142	0	142	142	142	0	0	0	0	0	6	6	6	0
S42.4	S54.2	Fractura abierta de la epífisis inferior del húmero con traumatismo del nervio radial a nivel del antebrazo	210	210	210	0	210	210	210	0	0	0	0	0	5	5	5	0
S42.7	S22.4-S27.6	Fracturas múltiples de la clavícula, del omoplato y del húmero con fracturas múltiples de costillas y traumatismo de la pleura	210	210	210	0	210	210	210	0	0	0	0	0	15	15	15	0
S42.7	T07	Fracturas múltiples de la clavícula, del omoplato y del húmero con politraumatismos	117	117	117	0	117	117	117	0	0	0	0	0	12	12	12	0
S42.9		Fractura del hombro y del brazo, parte no especificada	60	172	104	49	60	172	104	49	0	0	0	0	0	3	1	1
S43.0		Luxación anterior de la articulación del hombro (luxación glenohumeral)	30	294	135	97	20	294	134	98	0	10	1	3	0	5	2	2
S43.1		Luxación acromioclavicular	30	96	68	27	7	96	64	33	0	23	4	9	0	13	3	5
S43.1	S82.4	Luxación acromioclavicular con fractura del peroné	120	120	120	0	120	120	120	0	0	0	0	0	5	5	5	0
S43.1	T00.9	Luxación de la articulación acromioclavicular	102	102	102	0	46	46	46	0	56	56	56	0	0	0	0	0
S43.4		Esguinces y torceduras de la articulación del hombro (manguito rotatorio)	139	139	139	0	90	90	90	0	49	49	49	0	0	0	0	0
S43.5		Esguinces y torceduras de la articulación acromioclavicular	12	249	69	90	7	249	68	91	0	5	1	2	0	1	0	0
S43.5	S42.2	Esguince acromioclavicular con fractura de troquíter de húmero	60	60	60	0	45	45	45	0	15	15	15	0	0	0	0	0

TABLA DE VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁFICO EN CASTELLÓN

CIE-10	ASOCIACIÓN	DIAGNÓSTICO	DIAS TOTALES				IMPEDITIVOS				NO IMPEDITIVOS				ESTANCIA HOSPITAL			
			Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE
S43.5	S83.4	Esguinces y torceduras de articulación acromioclavicular grado II con esguinces y torceduras que comprometen lig laterales rodilla	60	60	60	0	60	60	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S43.5	S92.3	Esguinces y torceduras de la articulación acromioclavicular con fractura de hueso del metatarso del pie	110	110	110	0	110	110	110	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S43.7		Esguinces y torceduras de otras partes y de las no especificadas de la cintura escapular	7	36	22	15	5	36	21	16	0	2	1	1	0	0	0	0
S46.0		Traumatismo del tendón del manguito de los rotadores del hombro	170	221	203	23	170	221	203	23	0	0	0	0	0	0	0	0
S46.0	S42.0-S22.4	Traumatismo del tendón del manguito de los rotadores con fractura de la clavícula y con fracturas múltiples costales	860	860	860	0	860	860	860	0	0	0	0	0	13	13	13	0
S46.1		Traumatismo del tendón y músculo de la cabeza larga del bíceps	7	60	34	27	7	60	34	27	0	0	0	0	0	0	0	0
S49.9		Traumatismos no especificados del hombro y del brazo	540	540	540	0	320	320	320	0	220	220	220	0	7	7	7	0
Antebrazo-codo																		
S50.0		Contusión del codo	7	154	29	41	0	30	10	9	0	134	19	38	0	0	0	0
S50.0/M12.5		Artropatía traumática del codo	21	32	27	5	21	32	27	5	0	0	0	0	0	0	0	0
S50.0	S60.2	Contusión del codo con contusión de otras partes de la muñeca y de la mano	12	12	12	0	12	12	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S50.0	S70.0	Contusión del codo con contusión de cadera	14	14	14	0	14	14	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S50.0	S70.1	Contusión del codo con contusión del muslo	21	21	21	0	21	21	21	0	0	0	0	0	7	7	7	0
S50.0	S80.0	Contusión del codo con contusión de la rodilla	5	42	24	19	0	42	21	21	0	5	3	3	0	0	0	0
S50.1		Contusión de otras partes del antebrazo y de las no especificadas	8	400	112	166	0	400	110	168	0	8	2	3	0	5	1	2
S50.1	S60.2	Contusión de otras partes del antebrazo y de las no especificadas con contusión de otras partes de la muñeca y de la mano	10	16	13	3	2	16	9	7	0	8	4	4	0	0	0	0
S51.0		Herida del codo	28	77	53	25	28	77	53	25	0	0	0	0	0	4	2	2
S51.0	S70.1	Herida del codo con contusión del muslo	12	12	12	0	12	12	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S51.8		Herida de otras partes del antebrazo	28	28	28	0	21	21	21	0	7	7	7	0	0	0	0	0
S52.0		Fractura de la epífisis superior del cúbito (Fractura-luxación de Monteggia)	90	240	153	67	90	240	153	67	0	0	0	0	0	12	4	4
S52.0/2/8	T00.9	Fractura de cúbito con policontusiones	227	227	227	0	227	227	227	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TABLA DE VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁFICO EN CASTELLÓN

CIE-10	ASOCIACIÓN	DIAGNÓSTICO	DIAS TOTALES				IMPEDITIVOS				NO IMPEDITIVOS				ESTANCIA HOSPITAL			
			Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE
S52.0	S73.0	Fractura de la epífisis superior del cúbito (Fractura-luxación de Monteggia) con luxación de la cadera	199	199	199	0	199	199	199	0	0	0	0	0	33	33	33	0
S52.1		Fractura de la epífisis superior del radio no desplazada	23	120	66	38	23	120	54	34	0	89	11	29	0	0	0	0
S52.1	S52.8	Fractura de la epífisis superior del radio con fractura de otras partes del antebrazo no desplazada	75	75	75	0	75	75	75	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S52.1	S62.0	Fractura de la epífisis superior del radio con fractura del hueso escafoides (navicular) de la mano	178	178	178	0	178	178	178	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S52.4		Fractura de la diáfisis del cúbito y del radio	90	185	138	48	90	185	138	48	0	0	0	0	5	29	17	12
S52.5		Fractura de la epífisis distal del radio	28	267	99	57	3	267	96	59	0	25	2	5	0	10	1	3
S52.5	M12.5-S02.2	Fractura de la epífisis inferior del radio con artropatía traumática de la muñeca y fractura de los huesos de la nariz	81	81	81	0	81	81	81	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S52.5	S22.4	Fractura de la epífisis inferior del radio con fracturas múltiples de costillas	90	90	90	0	60	60	60	0	30	30	30	0	2	2	2	0
S52.5	S43.5	Fractura de la epífisis inferior del radio con esguinces y torceduras de la articulación acromioclavicular	35	35	35	0	7	7	7	0	28	28	28	0	0	0	0	0
S52.5	S52.8-S22.4	Fractura de epífisis inferior del radio (Fr Smith-Goyrand) con fractura de otras partes de antebrazo y fracturas múltiples de costillas	146	146	146	0	146	146	146	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S52.5	S62.3	Fractura de la epífisis inferior del radio con fractura de otros huesos metacarpianos	60	86	73	13	60	86	73	13	0	0	0	0	3	6	5	2
S52.5	S63.1	Fractura de la epífisis inferior del radio con luxación de dedos de la mano	121	121	121	0	121	121	121	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S52.5	S82.4	Fractura de la epífisis inferior del radio con fractura del peroné	51	51	51	0	51	51	51	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S52.6		Fractura de la epífisis inferior del cúbito y del radio desplazada	60	250	121	60	30	250	116	66	0	30	5	11	0	10	4	4
S52.6	S53.1	Fractura de la epífisis inferior del cúbito y del radio con luxación del codo, no especificada (articulación cúbito-humeral)	126	126	126	0	126	126	126	0	0	0	0	0	5	5	5	0
S52.8		Fractura de otras partes del antebrazo	41	136	89	48	41	136	89	48	0	0	0	0	0	11	6	6
S52.8	S22.3-S92.5	Fractura de otras partes del antebrazo con fractura de costilla y fractura de los huesos de otro (s) dedo (s) del pie	87	87	87	0	87	87	87	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S52.8	S82.4	Fractura de otras partes del antebrazo con fractura del peroné	75	75	75	0	75	75	75	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S52.8	S92.2	Fractura de otras partes del antebrazo (cabeza, extremo distal del cubito) con fractura de cuboides del	54	54	54	0	54	54	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TABLA DE VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁFICO EN CASTELLÓN

CIE-10	ASOCIACIÓN	DIAGNÓSTICO	DIAS TOTALES				IMPEDITIVOS				NO IMPEDITIVOS				ESTANCIA HOSPITAL			
			Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE
		pie																
S52.9		Fractura del antebrazo parte no especificada	30	543	211	235	21	543	208	237	0	9	3	4	0	13	4	6
S53.1		Luxación del codo, no especificada	120	195	158	38	120	150	135	15	0	45	23	23	0	0	0	0
Muñeca-mano																		
S60.0		Contusión de dedo (s) de la mano, sin daño de uña (s)	10	10	10	0	0	0	0	0	10	10	10	0	0	0	0	0
S60.0/M12.5		Artropatía traumática de dedo de la mano bilateral	10	15	12	2	0	10	4	4	0	15	8	6	0	0	0	0
S60.1		Contusión de dedo (s) de la mano con daño de uña (s)	27	27	27	0	0	0	0	0	27	27	27	0	0	0	0	0
S60.2		Contusión de otras partes de la muñeca y de la mano	6	30	18	9	1	30	16	10	0	10	2	3	0	0	0	0
S60.2/M12.5		Artropatía traumática metacarpiano	20	30	24	4	20	30	24	4	0	0	0	0	0	0	0	0
S60.2	S30.0	Contusión de otras partes de la muñeca y de la mano con contusión de la región lumbosacra y de la pelvis	15	21	18	3	0	7	4	4	14	15	15	1	0	0	0	0
S60.2	S80.0	Contusión de otras partes de la muñeca y de la mano con contusión de la rodilla	15	70	34	21	5	70	30	25	0	10	4	4	0	0	0	0
S60.8		Artropatía traumática de la mano	180	180	180	0	180	180	180	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S61.0		Herida de dedo (s) de la mano, sin daño de la (s) uña (s)	20	20	20	0	15	15	15	0	5	5	5	0	0	0	0	0
S61.0	S60.2	Herida de dedo (s) de la mano, sin daño de la uña (s) con contusión de otras partes de la muñeca y de la mano	122	122	122	0	21	21	21	0	101	101	101	0	0	0	0	0
S61.7	S81.8	Heridas múltiples de la muñeca y de la mano con herida de otras partes de la pierna	120	120	120	0	120	120	120	0	0	0	0	0	31	31	31	0
S61.7	T00.9	Heridas múltiples de la muñeca y de la mano con policontusiones	7	7	7	0	3	3	3	0	4	4	4	0	0	0	0	0
S61.8		Herida de otras partes de la muñeca y de la mano	8	120	55	47	0	120	40	56	0	37	15	16	0	0	0	0
S61.8	S51.0	Herida de otras partes de la muñeca y de la mano con herida del codo	8	8	8	0	1	1	1	0	7	7	7	0	0	0	0	0
S62.0		Fractura del hueso escafoides de la mano	53	405	119	109	53	405	119	109	0	0	0	0	0	2	0	1
S62.0	S43.2	Fractura del hueso escafoides (navicular) de la mano con luxación de la articulación esternoclavicular	237	237	237	0	237	237	237	0	0	0	0	0	6	6	6	0
S62.0	S43.5	Fractura del hueso escafoides de la mano con esguince acromioclavicular	147	147	147	0	147	147	147	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S62.0	S52.5	Fractura del hueso escafoides(navicular) de la mano con fractura de la epífisis inferior del radio (Fr de Galeazzi)	45	108	77	32	45	108	77	32	0	0	0	0	0	5	3	3
S62.0	S62.3	Fractura del hueso escafoides (navicular) de la mano	60	60	60	0	30	30	30	0	30	30	30	0	0	0	0	0

TABLA DE VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁFICO EN CASTELLÓN

CIE-10	ASOCIACIÓN	DIAGNÓSTICO	DIAS TOTALES				IMPEDITIVOS				NO IMPEDITIVOS				ESTANCIA HOSPITAL			
			Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE
		con fractura de otros huesos metacarpianos																
S62.0	S82.1	Fractura del hueso escafoides (navicular) de la mano con fractura de la epífisis superior de la tibia	374	374	374	0	269	269	269	0	105	105	105	0	9	9	9	0
S62.2		Fractura del 1º metacarpiano (Fr de Bennett)	20	60	40	20	10	60	38	23	0	10	3	4	0	3	1	1
S62.3		Fractura no desplazada de la diáfisis de metacarpiano	30	419	98	121	30	419	96	122	0	30	3	9	0	8	1	2
S62.3	S01.1	Fractura de base de otros huesos metacarpianos con herida del párpado y de la región periocular	47	47	47	0	47	47	47	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S62.3	S05.0	Fractura de otros huesos metacarpianos con erosión corneal	78	78	78	0	78	78	78	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S62.3	S30.2	Fractura de base de otros huesos metacarpianos con contusión de órganos genitales externos	192	192	192	0	96	96	96	0	96	96	96	0	10	10	10	0
S62.3	S62.6-H83.3	Fractura de otros huesos metacarpianos con fractura de otro dedo de la mano e hipoacusia de percepción postraumática	90	90	90	0	90	90	90	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S62.4		Fracturas múltiples de huesos metacarpianos	60	60	60	0	60	60	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S62.5		Fractura de falange distal de la mano	44	44	44	0	44	44	44	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S62.6		Fractura de otro dedo de la mano	30	46	37	7	3	46	28	18	0	27	9	13	0	0	0	0
S62.7		Fracturas múltiples de los dedos de la mano	144	144	144	0	144	144	144	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S62.8		Fractura de otras partes y de las no especificadas de la muñeca y de la mano	60	60	60	0	60	60	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S63.1		Luxación de dedos de la mano	12	60	36	24	12	60	36	24	0	0	0	0	0	0	0	0
S63.5		Esguince de muñeca	10	59	29	19	4	59	27	20	0	7	2	3	0	0	0	0
S63.5	S93.4	Esguince y torcedura de la muñeca con esguinces y torceduras del tobillo	15	15	15	0	15	15	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S63.6		Luxación de hueso metacarpiano de pulgar	15	136	55	57	15	136	55	57	0	0	0	0	0	7	2	3
S63.6	S60.0/M12.5	Esguinces y torceduras de dedo (s) de la mano con artropatía traumática de otro dedo de la mano	45	45	45	0	45	45	45	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S66.5	S63.0	Traumatismo del músculo y tendón intrínseco de otro dedo a nivel de muñeca y mano con luxación de muñeca	45	45	45	0	15	15	15	0	25	25	25	0	0	0	0	0
S66.7	S52.5	Traumatismo de múltiples tendones y músculos extensores a nivel de la muñeca y de la mano con fractura epífisis distal del radio	196	196	196	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	5	0
S67.0		Traumatismo por aplastamiento de pulgar y otro dedo (s)	30	30	30	0	30	30	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cadera-muslo																		

TABLA DE VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁFICO EN CASTELLÓN

CIE-10	ASOCIACIÓN	DIAGNÓSTICO	DIAS TOTALES				IMPEDITIVOS				NO IMPEDITIVOS				ESTANCIA HOSPITAL			
			Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE
S70.0		Contusión de cadera	7	90	28	31	0	45	18	15	0	45	10	18	0	0	0	0
S70.0	S70.1	Contusión de la cadera con contusión del muslo	15	36	25	9	15	36	24	9	0	5	2	2	0	0	0	0
S70.0	S80.0	Contusión de la cadera con contusión de la rodilla	28	28	28	0	28	28	28	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S70.1		Contusión del muslo	5	60	26	21	0	60	25	22	0	5	1	2	0	0	0	0
S70.1	S30.0	Contusión del muslo con contusión de la región lumbosacra y de la pelvis	21	21	21	0	21	21	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S70.1	S80.0	Contusión del muslo con contusión de la rodilla	18	90	54	36	12	90	51	39	0	6	3	3	0	0	0	0
S70.1	S81.0	Contusión del muslo con herida de la rodilla	25	25	25	0	15	15	15	0	10	10	10	0	0	0	0	0
S70.1	S90.3	Contusión del muslo con contusión de otras partes y de las no especificadas del pie	30	30	30	0	30	30	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S70.1	S91.0	Herida del muslo con herida del tobillo	51	51	51	0	51	51	51	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S71.1		Herida del muslo	7	82	31	30	7	82	30	30	0	5	1	2	0	12	4	5
S71.1	S61.0	Herida del muslo con herida de dedo (s)de la mano, sin daño de la (s) uña (s)	30	30	30	0	10	10	10	0	20	20	20	0	3	3	3	0
S71.1	S76.4	Herida del muslo con traumatismo de otros tendones y músculos y los no especificados a nivel del muslo	10	10	10	0	10	10	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S72.0		Fractura del cuello de fémur	108	334	203	73	108	334	203	73	0	0	0	0	5	68	25	22
S72.0	M12.5	Fractura del cuello de fémur con artropatía traumática de la muñeca	400	400	400	0	400	400	400	0	0	0	0	0	21	21	21	0
S72.0	S22.4	Fractura del cuello de fémur con fracturas múltiples costales	102	102	102	0	102	102	102	0	0	0	0	0	24	24	24	0
S72.0	S42.2	Fractura del cuello del fémur (cadera SAI) con fractura de la epífisis superior del húmero	540	540	540	0	540	540	540	0	0	0	0	0	54	54	54	0
S72.0	S82.1-S82.4	Fractura del cuello del fémur (cadera SAI) con fractura de la epífisis superior de la tibia y fractura del peroné	181	181	181	0	181	181	181	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S72.0	S82.4	Fractura del cuello de fémur con fractura del peroné	90	90	90	0	90	90	90	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S72.1		Fractura pertrocanterea de fémur	175	288	238	47	157	250	194	40	0	131	44	62	16	17	16	0
S72.1	S06.0	Fractura pertrocanterea no desplazada con conmoción cerebral	150	150	150	0	150	150	150	0	0	0	0	0	30	30	30	0
S72.1	S42.2	Fractura pertrocanterea con fractura de la epífisis superior del húmero	203	203	203	0	203	203	203	0	0	0	0	0	19	19	19	0
S72.1	S42.3	Fractura pertrocanterea con fractura de la diáfisis del húmero	105	105	105	0	105	105	105	0	0	0	0	0	59	59	59	0
S72.1	S52.0	Fractura pertrocanterea de fémur con fractura de la epífisis superior del cúbito	90	90	90	0	90	90	90	0	0	0	0	0	32	32	32	0
S72.1	S52.5	Fractura pertrocanterea fémur con fractura de epífisis	170	170	170	0	170	170	170	0	0	0	0	0	14	14	14	0

TABLA DE VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁFICO EN CASTELLÓN

CIE-10	ASOCIACIÓN	DIAGNÓSTICO	DÍAS TOTALES				IMPEDITIVOS				NO IMPEDITIVOS				ESTANCIA HOSPITAL			
			Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE
		inferior de radio (Fr Colles)																
S72.2		Fractura subtrocantérea	100	180	140	40	100	180	140	40	0	0	0	0	9	14	12	3
S72.2	S22.4-S93.1	Fractura subtrocantérea con fracturas múltiples costales y luxación de dedo (s) del pie	390	390	390	0	390	390	390	0	0	0	0	0	35	35	35	0
S72.2	S52.5	Fractura subtrocantérea del fémur con fractura de la epífisis distal del radio no desplazada	150	150	150	0	150	150	150	0	0	0	0	0	16	16	16	0
S72.3		Fractura de diáfisis de fémur	90	428	177	70	90	321	164	57	0	107	14	27	0	35	17	8
S72.3	S22.4	Fractura de la diáfisis del fémur con fracturas múltiples de costillas	125	125	125	0	125	125	125	0	0	0	0	0	16	16	16	0
S72.3	S42.0	Fractura de la diáfisis del fémur con fractura de la clavícula no desplazada	152	152	152	0	128	128	128	0	24	24	24	0	30	30	30	0
S72.3	S42.3	Fractura de la diáfisis de fémur con fractura de la diáfisis del húmero	170	170	170	0	170	170	170	0	0	0	0	0	18	18	18	0
S72.3	S52.0-S82.0	Fractura diáfisis del fémur con fractura de la epífisis superior del cúbito y fractura de la rótula	240	240	240	0	240	240	240	0	0	0	0	0	15	15	15	0
S72.3	S52.5	Fractura de diáfisis de fémur con fractura de la epífisis inferior del radio	135	211	161	36	30	135	85	43	0	121	76	54	18	26	22	3
S72.3	S52.5-S83.5	Fractura de la diáfisis del fémur con fractura de epífisis inferior del radio y esguince de ligamentos cruzados de rodilla	300	300	300	0	300	300	300	0	0	0	0	0	19	19	19	0
S72.3	S52.7-S54.2	Fractura abierta de diáfisis de fémur con fracturas múltiples del antebrazo y con traumatismo del nervio radial a nivel de antebrazo	662	662	662	0	662	662	662	0	0	0	0	0	209	209	209	0
S72.3	S82.6	Fractura de la diáfisis del fémur con fractura del maleolo externo	238	238	238	0	238	238	238	0	0	0	0	0	14	14	14	0
S72.3	S82.9	Fractura de la diáfisis del fémur con fractura de la pierna, parte no especificada	370	370	370	0	370	370	370	0	0	0	0	0	32	32	32	0
S72.3	S85.0	Fractura de la diáfisis del fémur con traumatismo de la arteria poplítea	190	190	190	0	190	190	190	0	0	0	0	0	18	18	18	0
S72.3	S92.1	Fractura de la diáfisis del fémur con fractura del astrágalo	200	200	200	0	200	200	200	0	0	0	0	0	12	12	12	0
S72.4		Fractura de la epífisis inferior del fémur	120	180	162	22	85	180	144	33	0	91	18	33	0	27	16	9
S72.4	S27.6	Fractura de la epífisis inferior del fémur con traumatismo de la pleura	783	783	783	0	783	783	783	0	0	0	0	0	48	48	48	0
S72.4	S82.7	Fractura de la epífisis inferior del fémur con fracturas múltiples de la pierna	150	150	150	0	150	150	150	0	0	0	0	0	1	1	1	0
S72.4	S82.9	Fractura abierta de epífisis inferior del fémur con fractura abierta de la pierna parte no especificada	240	240	240	0	240	240	240	0	0	0	0	0	17	17	17	0

TABLA DE VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁFICO EN CASTELLÓN

CIE-10	ASOCIACIÓN	DIAGNÓSTICO	DIAS TOTALES				IMPEDITIVOS				NO IMPEDITIVOS				ESTANCIA HOSPITAL			
			Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE
S72.4	T14.7	Fractura de la epífisis inferior del fémur no desplazada con traumatismo por aplastamiento SAI	226	226	226	0	226	226	226	0	0	0	0	0	3	3	3	0
S72.7		Fracturas múltiples del fémur	120	270	207	63	120	270	207	63	0	0	0	0	25	59	37	15
S72.7	S29.7	Fracturas múltiples del fémur con traumatismos múltiples del tórax	180	180	180	0	180	180	180	0	0	0	0	0	23	23	23	0
S72.7	S82.6-S52.2	Fracturas múltiples de fémur con fractura de maleolo externo y con fractura de la diáfisis del cúbito	240	240	240	0	240	240	240	0	0	0	0	0	19	19	19	0
S72.9	S82.1	Fractura del fémur, parte no especificada con fractura de la epífisis superior de la tibia	75	75	75	0	75	75	75	0	0	0	0	0	27	27	27	0
S72.9	S82.1-S82.4	Fractura del fémur, parte no especificada y fractura de la epífisis superior de la tibia con fractura del peroné	540	540	540	0	540	540	540	0	0	0	0	0	27	27	27	0
S72.9	S82.9	Fractura del fémur, parte no especificada con fractura de la pierna, parte no especificada	315	315	315	0	315	315	315	0	0	0	0	0	21	21	21	0
S73.0		Luxación posterior de cadera	125	147	136	11	84	147	116	32	0	41	21	21	7	38	23	16
S76.1		Traumatismo del tendón y músculo del cuádriceps	15	15	15	0	7	15	11	4	0	8	4	4	0	0	0	0
S76.2		Traumatismo del tendón y músculo aductor mayor del muslo	10	10	10	0	7	7	7	0	3	3	3	0	0	0	0	
Rodilla-pierna																		
S80.0		Contusión de rodilla	1	134	22	25	0	52	14	13	0	114	8	22	0	4	0	1
S80.0/M12.5		Artropatía traumática de la rodilla	70	120	95	25	70	103	87	17	0	17	9	9	0	0	0	0
S80.0	S60.2	Contusión de la rodilla con contusión de otras partes de la muñeca y de la mano	8	8	8	0	8	8	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S80.0	S80.1	Contusión de la rodilla con contusión de otras partes y las no especificadas de la pierna	5	5	5	0	1	1	1	0	4	4	4	0	0	0	0	0
S80.0	S90.0	Contusión de la rodilla con contusión del tobillo	41	41	41	0	41	41	41	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S80.0	S90.1	Contusión de la rodilla con contusión de dedo (s) del pie sin daño de la (s) uña (s)	14	14	14	0	4	4	4	0	10	10	10	0	0	0	0	0
S80.1		Contusión de otras partes y las no especificadas de la pierna	1	264	36	61	0	264	33	62	0	16	3	5	0	3	0	1
S80.1/M12.5		Artropatía traumática de la pierna	17	17	17	0	17	17	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S80.1	S90.3	Contusión de otras partes y las no especificadas de la pierna con contusión de otras partes y las no especificadas del pie	15	15	15	0	15	15	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S80.7		Traumatismos superficiales múltiples de la pierna	10	28	19	9	7	28	18	11	0	3	2	2	0	0	0	0
S81.0		Herida de la rodilla	5	28	15	8	0	28	12	9	0	10	4	4	0	0	0	0
S81.0	T00.9	Herida de la rodilla con policontusiones	12	12	12	0	12	12	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TABLA DE VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁFICO EN CASTELLÓN

CIE-10	ASOCIACIÓN	DIAGNÓSTICO	DIAS TOTALES				IMPEDITIVOS				NO IMPEDITIVOS				ESTANCIA HOSPITAL			
			Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE
S81.8		Herida de otras partes de la pierna	10	1517	339	543	7	1517	338	544	0	3	1	1	0	46	11	16
S81.8	S90.3	Herida de otras partes de la pierna con contusión de otras partes y de las no especificadas del pie	15	15	15	0	6	6	6	0	9	9	9	0	0	0	0	0
S81.8	S91.0	Herida de otras partes de la pierna con herida del tobillo	33	45	39	6	33	45	39	6	0	0	0	0	0	0	0	0
S81.9		Herida de la pierna, parte no especificada	21	21	21	0	21	21	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S82.0		Fractura estrellada de la rótula	16	397	137	127	16	397	137	127	0	0	0	0	0	10	3	4
S82.0	S42.2	Fractura de la rótula con fractura de la epífisis superior del húmero	218	218	218	0	218	218	218	0	0	0	0	0	10	10	10	0
S82.0	S82.2-S82.4	Fractura de la rótula con fractura abierta de la diáfisis de la tibia y del peroné	300	300	300	0	300	300	300	0	0	0	0	0	28	28	28	0
S82.1		Fractura de la epífisis superior de la tibia grado III	73	400	174	73	21	400	163	75	0	132	11	34	0	67	13	16
S82.1/2/3	S82.4-S92.7	Fractura abierta de tibia con fractura de peroné y con fracturas múltiples del pie	582	582	582	0	582	582	582	0	0	0	0	0	37	37	37	0
S82.1	S42.0	Fractura de la epífisis superior de la tibia con fractura conminuta de la clavícula	137	137	137	0	137	137	137	0	0	0	0	0	19	19	19	0
S82.1	S46.0	Fractura de la epífisis superior de la tibia con traumatismo del tendón del manguito de los rotadores del hombro	180	180	180	0	180	180	180	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S82.1	S52.1	Fractura de la epífisis superior de la tibia con fractura de la epífisis superior del radio	56	56	56	0	56	56	56	0	0	0	0	0	8	8	8	0
S82.1	S82.4	Fractura de la epífisis superior de la tibia con fractura del peroné	150	540	289	141	120	540	279	147	0	45	10	17	4	23	10	7
S82.1	S82.4-S62.2	Fractura de la epífisis superior de la tibia con fractura del peroné y fractura del 1º metacarpiano (Fr Bennett)	103	103	103	0	103	103	103	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S82.1	S82.4-S82.0	Fractura de la epífisis superior de la tibia con fractura del peroné y con fractura de la rótula	114	114	114	0	85	85	85	0	29	29	29	0	5	5	5	0
S82.1	S82.4-S83.2	Fractura de la epífisis superior de la tibia con fractura del peroné y desgarrar de meniscos, presente	538	538	538	0	523	523	523	0	15	15	15	0	25	25	25	0
S82.1	S82.4-S83.4	Fractura de la epífisis superior de la tibia con fractura del peroné y con esguinces y torceduras de ligamentos laterales rodilla	270	270	270	0	240	240	240	0	30	30	30	0	0	0	0	0
S82.1	S82.8-S42.0	Fractura de la epífisis superior de la tibia con fractura de otras partes de la pierna y fractura de la clavícula	341	341	341	0	341	341	341	0	0	0	0	0	18	18	18	0
S82.1	S83.5	Fractura de la epífisis superior de la tibia con esguinces y torceduras que comprometen los lig cruzados de la rodilla	55	280	168	113	55	280	168	113	0	0	0	0	4	7	6	2
S82.1	S83.7	Fractura de la epífisis superior de la tibia con traumatismo de estructuras múltiples de la rodilla	230	760	495	265	180	545	363	183	50	215	133	83	2	32	17	15

TABLA DE VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁFICO EN CASTELLÓN

CIE-10	ASOCIACIÓN	DIAGNÓSTICO	DIAS TOTALES				IMPEDITIVOS				NO IMPEDITIVOS				ESTANCIA HOSPITAL			
			Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE
S82.2		Fractura oblicua de la diáfisis de la tibia	90	525	210	128	90	525	202	132	0	88	7	24	0	22	9	7
S82.2	S52.8	Fractura oblicua de la diáfisis de la tibia con fractura de otras partes del antebrazo	150	150	150	0	150	150	150	0	0	0	0	0	8	8	8	0
S82.2	S82.0-S83.5	Fractura cerrada de la diáfisis de la tibia con fractura de la rótula y esguince que compromete el ligamento cruzado de rodilla	465	465	465	0	465	465	465	0	0	0	0	0	22	22	22	0
S82.2	S82.4	Fractura de la diáfisis de la tibia con fractura del peroné	95	487	257	115	95	487	246	115	0	100	11	30	4	60	20	14
S82.2	S82.4-S74.0	Fractura de la diáfisis de la tibia con fractura del peroné y traumatismo del nervio ciático a nivel de cadera y del muslo	291	291	291	0	291	291	291	0	0	0	0	0	20	20	20	0
S82.2	S82.4-S84.8	Fractura de la diáfisis de la tibia con fractura del peroné y con traumatismo de otros nervios a nivel de la pierna	439	439	439	0	324	324	324	0	115	115	115	0	29	29	29	0
S82.2	S82.4-S92.0	Fractura de la diáfisis de la tibia con fractura del peroné y con fractura del calcáneo	130	130	130	0	130	130	130	0	0	0	0	0	24	24	24	0
S82.2-S82.4	S82.2-S82.4	Fractura de la diáfisis de la tibia con fractura del peroné bilateral	187	187	187	0	187	187	187	0	0	0	0	0	15	15	15	0
S82.3		Fractura de la epífisis inferior del radio	47	184	98	54	0	184	73	68	0	102	26	44	0	11	4	4
S82.3	S82.4	Fractura de epífisis distal de la tibia con fractura del peroné	60	694	200	153	60	694	196	154	0	39	3	10	0	25	10	6
S82.3	S82.4-S83.4	Fractura de la epífisis distal de la tibia con fractura del peroné y con esguinces y torceduras de ligamento lateral de la rodilla	220	220	220	0	220	220	220	0	0	0	0	0	13	13	13	0
S82.3	S82.6	Fractura conminuta de la epífisis inferior de la tibia con fractura del maleolo externo	324	324	324	0	324	324	324	0	0	0	0	0	5	5	5	0
S82.4		Fractura del peroné	28	276	112	74	4	193	98	62	0	106	14	31	0	11	2	4
S82.4	S22.3	Fractura de peroné con fractura costal	36	36	36	0	36	36	36	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S82.4	S86.1	Fractura del peroné no desplazada con trauma de otro tendón (es) y músculo (s) del grupo muscular posterior a nivel de la pierna	73	73	73	0	73	73	73	0	0	0	0	0	4	4	4	0
S82.4	S93.4	Fractura de la diáfisis del peroné con esguinces y torceduras del tobillo grado II	44	97	71	27	44	73	59	15	0	20	10	10	0	6	3	3
S82.5		Fractura del maleolo interno	36	90	59	21	28	90	57	23	0	14	2	5	0	4	1	2
S82.5	S22.2-S42.0	Fractura del maleolo externo no desplazada con fractura del esternón y de la clavícula	159	159	159	0	129	129	129	0	30	30	30	0	13	13	13	0
S82.5	S82.1-S43.1	Fractura del maleolo interno con fractura de epífisis superior de la tibia y luxación acromioclavicular	215	215	215	0	215	215	215	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S82.5	S82.4	Fractura del maleolo interno con fractura del peroné	60	362	160	121	60	362	158	123	0	9	2	4	0	4	1	2

TABLA DE VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁFICO EN CASTELLÓN

CIE-10	ASOCIACIÓN	DIAGNÓSTICO	DIAS TOTALES				IMPEDITIVOS				NO IMPEDITIVOS				ESTANCIA HOSPITAL			
			Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE
S82.5	S83.7	Fractura del maleolo interno con traumatismo de estructuras múltiples de la rodilla	454	454	454	0	454	454	454	0	0	0	0	0	21	21	21	0
S82.5	T02.8	Fractura del maleolo interno con fracturas que afectan otras combinaciones de las regiones del cuerpo	179	179	179	0	179	179	179	0	0	0	0	0	8	8	8	0
S82.6		Fractura del maleolo externo no desplazada	45	90	58	17	45	60	52	7	0	30	6	12	0	0	0	0
S82.6	S82.1-S82.4	Fractura del maleolo externo con fractura epífisis superior de tibia y fractura del peroné	331	331	331	0	331	331	331	0	0	0	0	0	20	20	20	0
S82.6	S82.4	Fractura del maleolo externo con fractura de peroné	135	135	135	0	135	135	135	0	0	0	0	0	3	3	3	0
S82.7	S82.4-S52.5	Fracturas múltiples de la tibia con fractura del peroné y fractura de la epífisis inferior del radio	240	240	240	0	180	180	180	0	60	60	60	0	26	26	26	0
S82.7	T01.8	Fracturas múltiples de la pierna con heridas que afectan otras combinaciones de las regiones del cuerpo	98	98	98	0	98	98	98	0	0	0	0	0	22	22	22	0
S82.8		Fractura de otras partes de la pierna (bimaleolar)	70	357	191	83	70	325	164	66	0	243	27	70	0	16	8	5
S82.8	S06.0	Fractura de otras partes de la pierna (bimaleolar) con conmoción cerebral	266	266	266	0	266	266	266	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S82.8	S82.2	Fractura de otras partes de la pierna (tobillo SAI) con fractura abierta de la diáfisis de la tibia	52	52	52	0	52	52	52	0	0	0	0	0	16	16	16	0
S82.8	S82.5	Fractura de otras partes de la pierna (bimaleolar) con fractura del maleolo interno de la pierna contralateral	110	110	110	0	110	110	110	0	0	0	0	0	9	9	9	0
S82.8	S92.0-S22.3	Fractura de tobillo con fractura de calcáneo y fractura de costilla	60	60	60	0	60	60	60	0	0	0	0	0	1	1	1	0
S82.8	S93.0	Fractura de otras partes de la pierna (trimaleolar) con luxación de la articulación del tobillo	95	95	95	0	95	95	95	0	0	0	0	0	5	5	5	0
S82.9		Fractura de la pierna, parte no especificada	201	368	293	60	201	368	293	60	0	0	0	0	12	56	33	20
S82.9	S82.4	Fractura abierta de la pierna, parte no especificada con fractura de peroné	164	164	164	0	143	143	143	0	21	21	21	0	8	8	8	0
S82.9	S83.5-S92.0	Fractura de la pierna, parte no especificada con esguinces y torceduras de lig cruzados de rodilla y fractura del calcáneo	690	690	690	0	690	690	690	0	0	0	0	0	86	86	86	0
S83.0	S83.1	Luxación de la rótula con luxación de la rodilla (articulación tibioperoneal)	235	235	235	0	235	235	235	0	0	0	0	0	21	21	21	0
S83.1	S83.2-S86.7	Luxación abierta de la rodilla con desgarro de meniscos, presente y traumatismo de múltiples tendones a nivel de pierna	482	482	482	0	482	482	482	0	0	0	0	0	23	23	23	0
S83.1	S83.7	Luxación posterior de la rodilla con traumatismo de estructuras múltiples de la rodilla (ligs, meniscos)	469	469	469	0	469	469	469	0	0	0	0	0	18	18	18	0
S83.2		Desgarro de meniscos, presente	30	262	180	82	30	237	143	78	0	182	36	73	0	2	1	1

TABLA DE VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁFICO EN CASTELLÓN

CIE-10	ASOCIACIÓN	DIAGNÓSTICO	DIAS TOTALES				IMPEDITIVOS				NO IMPEDITIVOS				ESTANCIA HOSPITAL			
			Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE
S83.2	S82.1	Desgarro de meniscos, presente con fractura de la epífisis superior de la tibia	179	179	179	0	179	179	179	0	0	0	0	0	5	5	5	0
S83.3		Desgarro del cartílago articular de la rodilla, presente	28	39	34	6	21	39	30	9	0	7	4	4	0	0	0	0
S83.4		Esguinces y torceduras que comprometen los ligamentos laterales de la rodilla	12	155	81	46	12	155	81	46	0	0	0	0	0	3	0	1
S83.4	S83.4	Esguinces y torceduras que comprometen los ligamentos laterales de la rodilla bilateral	196	196	196	0	196	196	196	0	0	0	0	0	3	3	3	0
S83.4	S83.5	Lesiones de ligamento lateral interno de la rodilla con lesiones de ligamento cruzado anterior	60	220	140	80	60	220	140	80	0	0	0	0	0	9	5	5
S83.5		Esguinces y torceduras que comprometen el ligamento cruzado de la rodilla	75	382	204	103	75	382	160	107	0	149	43	54	0	40	9	14
S83.5	S83.5	Esguinces y torceduras que comprometen ambos ligamentos cruzados de la rodilla	212	212	212	0	212	212	212	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S83.6		Esguinces y torceduras de otras partes y de las no especificadas de la rodilla	13	790	402	389	13	150	82	69	0	640	320	320	0	1	1	1
S83.7		Lesiones mixtas meniscoligamentosas	69	291	169	69	60	156	111	35	0	231	59	79	0	14	3	5
S83.7	S82.4	Traumatismo de estructuras múltiples de la rodilla con fractura del peroné	148	148	148	0	148	148	148	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S83.7	S86.0	Traumatismo de estructuras múltiples de la rodilla con traumatismo del tendón de Aquiles	300	300	300	0	300	300	300	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S85.7	S93.0-S96.0	Traumatismo de vasos sanguíneos múltiples de pierna con luxación de articulación del tobillo y trauma tendón flexor largo dedo pie	210	210	210	0	210	210	210	0	0	0	0	0	10	10	10	0
S86.0		Traumatismo del tendón de Aquiles	20	20	20	0	10	10	10	0	10	10	10	0	0	0	0	0
S86.1		Traumatismo de otro (s) tendón (es) y músculo (s) del grupo muscular posterior a nivel de la pierna	7	22	14	6	7	22	14	6	0	0	0	0	0	0	0	0
S86.9		Traumatismo de tendón y músculo no especificado a nivel de la pierna	15	15	15	0	7	7	7	0	8	8	8	0	0	0	0	0
S87.0		Traumatismo por aplastamiento de la rodilla	32	32	32	0	32	32	32	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S87.8		Traumatismo por aplastamiento de otras partes y de las no especificadas de la pierna	63	273	156	76	63	273	156	76	0	0	0	0	0	73	34	33
S87.8	S32.7	Traumatismo por aplastamiento de otras partes y de las no especificadas de pierna con fracturas múltiples de la pelvis (Fr de Malgaigne)	474	474	474	0	474	474	474	0	0	0	0	0	51	51	51	0
S88.9	S52.6-S14.3	Amputación traumática de pierna, nivel no especificado con fractura de epífisis inferior del cúbito y radio y trauma plexo braquial	655	655	655	0	655	655	655	0	0	0	0	0	65	65	65	0

TABLA DE VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁFICO EN CASTELLÓN

CIE-10	ASOCIACIÓN	DIAGNÓSTICO	DIAS TOTALES				IMPEDITIVOS				NO IMPEDITIVOS				ESTANCIA HOSPITAL			
			Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE
Tobillo-pie																		
S90.0		Contusión del tobillo bilateral	10	30	20	9	2	30	16	12	0	8	3	4	0	0	0	0
S90.0	S90.3	Contusión de tobillo con contusión de pie	21	21	21	0	14	14	14	0	7	7	7	0	0	0	0	0
S90.1		Contusión de dedo (s) del pie sin daño de la (s) uña (s)	8	8	8	0	2	2	2	0	6	6	6	0	0	0	0	0
S90.3		Contusión de otras partes y de las no especificadas del pie	15	90	35	32	2	30	17	10	0	60	18	25	0	0	0	0
S90.8		Otros traumatismos superficiales del pie y del tobillo	49	49	49	0	49	49	49	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S91.0		Herida del tobillo	50	50	50	0	50	50	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S91.0	S41.8	Herida del tobillo con herida de otras partes y de las no especificadas del hombro y del brazo	21	21	21	0	21	21	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S91.3		Herida compleja de otras partes del pie (her del pie SAI)	10	57	34	24	10	57	34	24	0	0	0	0	0	0	0	0
S92.0		Fractura del calcáneo	243	243	243	0	243	243	243	0	0	0	0	0	18	18	18	0
S92.0	S27.0	Fractura conminuta del calcáneo con neumotórax	147	147	147	0	147	147	147	0	0	0	0	0	17	17	17	0
S92.1		Fractura de astrágalo no desplazada	287	287	287	0	161	161	161	0	126	126	126	0	3	3	3	0
S92.2		Fractura de otro(s) hueso(s) del tarso (navicular del tarso)	45	278	133	88	45	278	133	88	0	0	0	0	0	0	0	0
S92.2	S83.2	Fractura de otro (s) hueso (s) del tarso con desgarro de meniscos presente	104	104	104	0	104	104	104	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S92.3		Fractura 1º metatarsiano pie	45	466	110	102	25	466	106	103	0	40	4	11	0	19	3	6
S92.3	S20.8	Fractura de hueso del metatarso con traumatismo superficial de otras partes y de las no especificadas del tórax	30	30	30	0	30	30	30	0	0	0	0	0	2	2	2	0
S92.3	S62.7-S68.1	Fractura de hueso del metatarso con fracturas múltiples de dedos de mano con amputación traumática parcial de otro dedo único	50	50	50	0	50	50	50	0	0	0	0	0	18	18	18	0
S92.4		Fractura de los huesos del dedo gordo del pie (falanges)	28	28	28	0	28	28	28	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S92.7		Fracturas múltiples del pie	40	360	170	113	40	360	166	115	0	30	3	9	0	15	4	5
S92.7	S90.2	Fracturas múltiples del pie con contusión de dedo (s) del pie con daño de la (s) uña (s)	90	90	90	0	90	90	90	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S92.7	S93.4	Fracturas múltiples del pie con esguinces y torceduras del tobillo grado I	39	39	39	0	39	39	39	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S93.0		Luxación de la articulación del tobillo	291	291	291	0	291	291	291	0	0	0	0	0	5	5	5	0
S93.3		Luxación de otros sitios y los no especificados del pie (Luxación articulación tarsometatarsiana o de Lisfranc)	90	90	90	0	90	90	90	0	0	0	0	0	2	2	2	0
S93.4		Esguince de tobillo	3	291	53	59	0	291	50	60	0	34	4	9	0	0	0	0

TABLA DE VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁFICO EN CASTELLÓN

CIE-10	ASOCIACIÓN	DIAGNÓSTICO	DIAS TOTALES				IMPEDITIVOS				NO IMPEDITIVOS				ESTANCIA HOSPITAL			
			Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE
S93.4	M12.5	Esguinces y torceduras del tobillo con artropatía traumática de la rodilla	28	28	28	0	21	21	21	0	7	7	7	0	0	0	0	0
S93.4	S30.0	Esguince de tobillo grado I con contusión lumbar	12	12	12	0	1	1	1	0	11	11	11	0	0	0	0	0
S93.4	S81.0	Esguinces y torceduras del tobillo con herida de la rodilla	32	32	32	0	32	32	32	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S93.4	S92.3	Esguince de tobillo con fractura de metatarsiano del pie	78	78	78	0	78	78	78	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S93.4	T00.9	Esguince de tobillo grado I con policontusiones	28	28	28	0	28	28	28	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S93.4	T01.9	Esguinces y torceduras de tobillo con heridas que afectan a múltiples regiones del cuerpo	21	21	21	0	21	21	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S93.5		Esguinces y torceduras de dedo(s) del pie	81	81	81	0	81	81	81	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S93.6		Esguinces y torceduras de otros sitios y de los no especificados del pie	72	72	72	0	72	72	72	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S96.9		Traumatismo de tendones y músculos no especificados a nivel del pie y del tobillo	60	60	60	0	60	60	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S97.8		Traumatismo por aplastamiento de otras partes del pie y del tobillo	17	150	84	67	17	150	84	67	0	0	0	0	0	29	15	15
Traumas múltiples																		
T00.1		Traumatismos superficiales que afectan el tórax con el abdomen, la región lumbosacra y la pelvis	21	21	21	0	7	7	7	0	14	14	14	0	0	0	0	0
T00.2		Traumatismos superficiales que afectan múltiples regiones del (de los) miembro(s) superior(es)	12	12	12	0	12	12	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T00.3		Traumatismos superficiales que afectan múltiples regiones del (de los) miembro (s) inferior (es)	7	28	17	9	0	28	15	11	0	7	2	3	0	0	0	0
T00.6		Traumatismos superficiales que afectan múltiples regiones del (de los)miembro(s) superior(es) con miembro(s) inferior(es)	25	25	25	0	2	2	2	0	23	23	23	0	0	0	0	0
T00.8		Traumatismos superficiales que afectan otras combinaciones de regiones del cuerpo	15	43	26	12	10	28	18	8	0	15	8	6	0	0	0	0
T00.9		Policontusiones	0	330	31	43	0	330	26	41	0	92	5	13	0	15	0	2
T00.9	S01.0	Policontusiones con herida del cuero cabelludo	15	15	15	0	15	15	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T00.9	S01.1	Policontusiones con herida del párpado y de la región periocular	10	10	10	0	7	7	7	0	3	3	3	0	0	0	0	0
T00.9	S09.9	Traumatismo de la cabeza, no especificado con policontusiones	21	21	21	0	10	10	10	0	11	11	11	0	0	0	0	0
T00.9	S51.8	Policontusiones con herida en antebrazo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T00.9	S90.2	Policontusiones con lesión ungueal de dedos del pie	21	21	21	0	17	17	17	0	4	4	4	0	0	0	0	0

TABLA DE VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁFICO EN CASTELLÓN

CIE-10	ASOCIACIÓN	DIAGNÓSTICO	DIAS TOTALES				IMPEDITIVOS				NO IMPEDITIVOS				ESTANCIA HOSPITAL			
			Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE	Min	Max	Med	DE
T00.9	T01.9	Policontusiones con heridas múltiples, no especificadas	21	21	21	0	7	7	7	0	14	14	14	0	0	0	0	0
T01.8		Heridas que afectan otras combinaciones de las regiones del cuerpo	15	15	15	0	0	0	0	0	15	15	15	0	0	0	0	0
T01.9		Heridas múltiples, no especificadas	8	29	14	8	0	20	9	6	0	10	6	4	0	0	0	0
T01.9	T00.9	Heridas múltiples, no especificadas con traumatismos superficiales múltiples, no especificados (policontusiones)	2	28	15	13	2	28	15	13	0	0	0	0	0	0	0	0
T02.1		Fracturas que afectan el tórax con la región lumbosacra y la pelvis	312	312	312	0	312	312	312	0	0	0	0	0	6	6	6	0
T02.1	S83.2	Fracturas que afectan el tórax con la región lumbosacra y la pelvis y desgarro de meniscos, presente	416	416	416	0	416	416	416	0	0	0	0	0	2	2	2	0
T02.6	S43.6	Fracturas que afectan a múltiples regiones de miembro (s) superior (es) con miembro (s) inferior (es) y esguince esternoclavicular	309	309	309	0	309	309	309	0	0	0	0	0	20	20	20	0
T02.7		Fracturas que afectan el tórax con la región lumbosacra y la pelvis con miembro (s)	300	365	333	33	300	365	333	33	0	0	0	0	11	20	16	5
T02.8		Fracturas que afectan otras combinaciones de las regiones del cuerpo	425	425	425	0	425	425	425	0	0	0	0	0	187	187	187	0
T02.8	S53.1	Fracturas que afectan otras combinaciones de las regiones del cuerpo con luxación abierta del codo, no especificada	495	495	495	0	495	495	495	0	0	0	0	0	103	103	103	0
T07		Politraumatismos	13	213	113	100	13	213	113	100	0	0	0	0	0	21	11	11
Quemaduras																		
T23.1		Quemadura de la muñeca y de la mano, de 1º grado	14	14	14	0	14	14	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T23.2		Quemadura de la muñeca y de la mano, de segundo grado 2º	120	120	120	0	30	30	30	0	120	120	120	0	13	13	13	0
T29.1		Quemaduras de múltiples regiones, mencionadas como de no más de 1º grado	19	19	19	0	19	19	19	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T29.3		Quemaduras de múltiples regiones, con mención al menos de una quemadura de 3º grado	281	281	281	0	281	281	281	0	0	0	0	0	22	28	25	3
T31.2		Quemaduras que afectan del 20 al 29% de la superficie del cuerpo	133	133	133	0	133	133	133	0	0	0	0	0	30	30	30	0

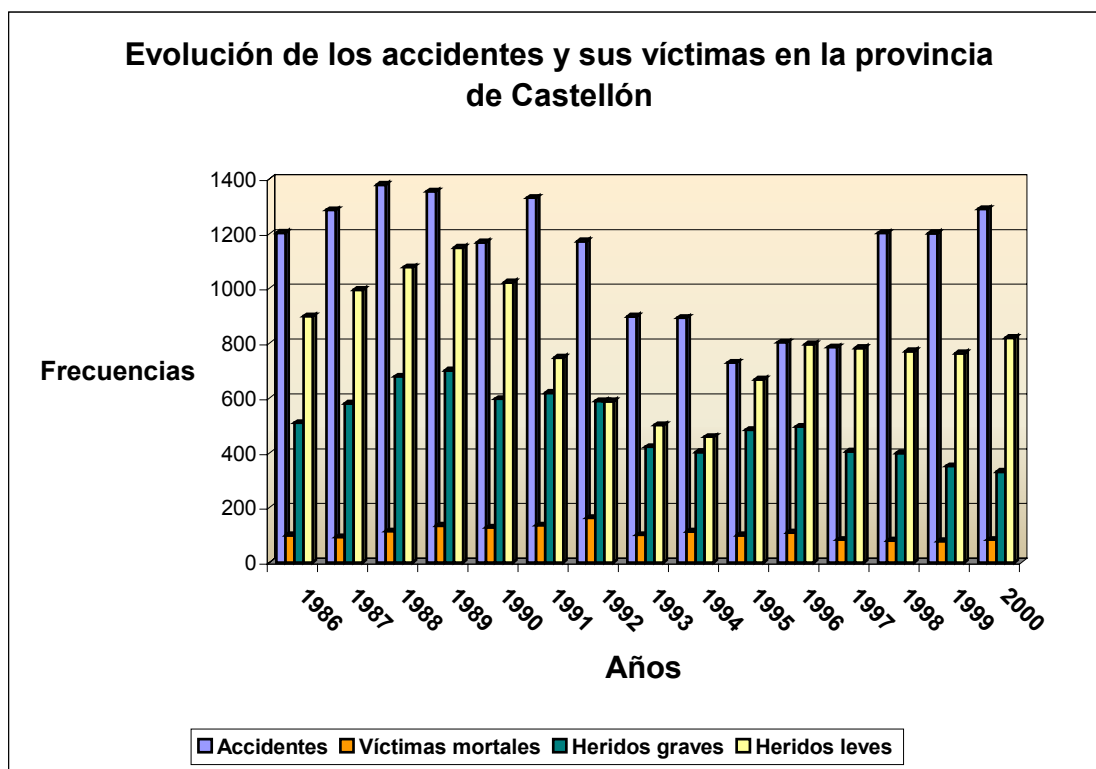
5. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

5.1. Análisis epidemiológico .

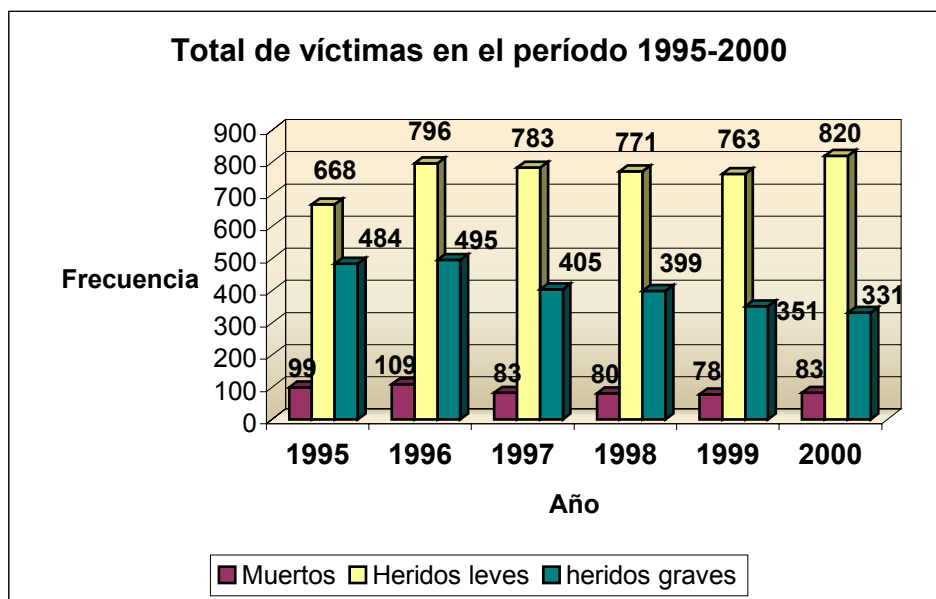
5.1.1. Estructura demográfica de los casos.

En el periodo comprendido entre 1.986 y 1.999, la provincia de Castellón experimentó un incremento notorio de su parque automovilístico y paralelamente un aumento proporcional de accidentes de circulación.

Según un estudio comparativo¹⁹⁶ realizado por el subsector de la Guardia Civil de Castellón en los últimos 15 años (periodo 1.986-2.000), los accidentes de tráfico en la provincia de Castellón han superado el millar por año, salvo en el periodo comprendido entre 1.993 y 1.997, en que se experimentó un descenso importante.



Centrándonos en los años objeto de nuestro estudio, observamos que el número de accidentes fué similar en los años 1.995 y 1.996 y sufrió un incremento hasta el año 2.000. En dicho período en número de víctimas mortales disminuyó, el número de heridos graves, que había comenzado a aumentar en 1.995, tuvo el pico máximo en el año 1.996 y mantuvo una tendencia decreciente hasta el año 2.000. La cifra de heridos leves tuvo el pico mínimo en el año 1.995 y máximo en el año 2.000.

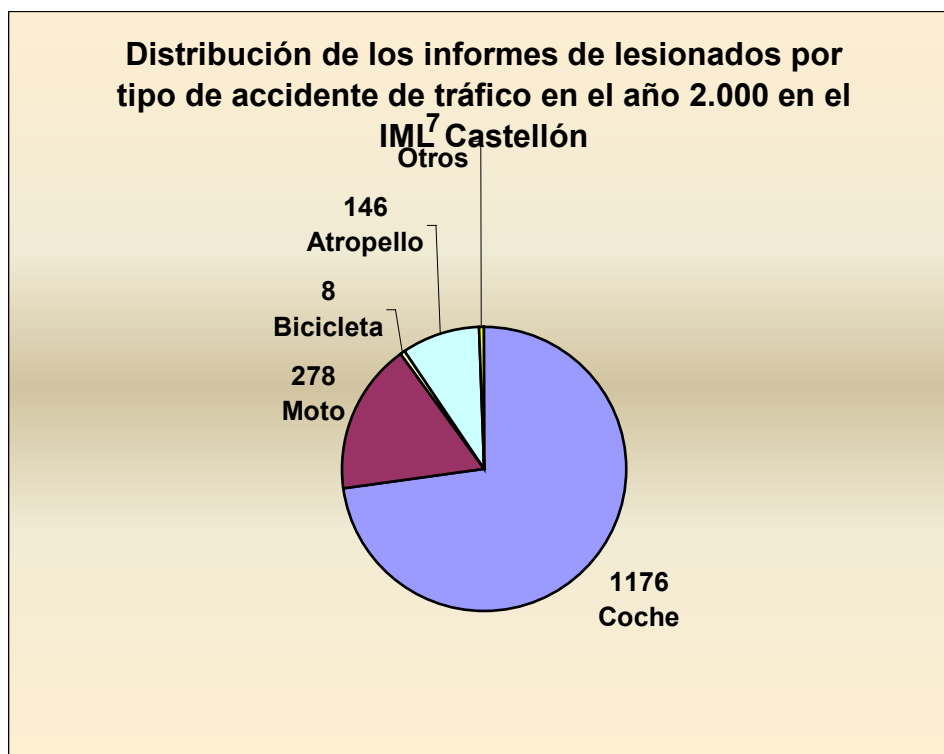


Según datos extraídos del censo de habitantes elaborado en el año 1.998, la población del partido judicial nº1 de Castellón ascendía a 211.322 habitantes, tomando como media ese número de habitantes y comparándolo con el número de víctimas (mortales y no mortales) que constató la Guardia civil en el año 1.998, calculamos que el 5,9 por mil habitantes de ese partido judicial fué víctima de un accidente de circulación, representando los heridos y por lo tanto susceptibles de valoración del daño corporal sufrido un 5,5 por mil.

Paralelamente al número de accidentes y sus consecuencias, los lesionados que reclaman indemnizaciones en los juzgados y por lo tanto requieren de reconocimiento médico-forense, también ha experimentado un aumento en los últimos años.

Según la Memoria del IML de Castellón del año 2.000¹⁹⁷, en dicho año los informes emitidos sobre daños y lesiones ascendieron a un total de 3.093, frente a los emitidos en el año 1.999, un total de 1.935. Estas cifras incluyen los informes de las 5 sedes del servicio de clínica del IML de Castellón (Castellón capital, Villarreal, Nules, Segorbe y Vinaroz) y por lo tanto no sólo las del partido nº1.

Los informes de lesiones sobre accidentes de tráfico ascendieron en el año 2.000 a un total de 1.615 y se distribuyeron de la siguiente manera:



Un total de 67 informes del total correspondieron a lesionados por accidentes de tráfico "in itinere".

En nuestro estudio, que ha incluido 2.200 casos, ha resultado una proporción de lesionados **varones** del **58,3%** frente a las **mujeres** que alcanzaron un porcentaje del **41,7%**.

La distribución etaria de los lesionados reconocidos, presenta una media de edad de 34,91 con una desviación típica de 19,370, una mediana de 28,00, un mínimo de 1 y un máximo de 93 años.

La distribución de lesionados por grupos de edad es la siguiente: **0-13 años (4,0%); 14-29 años (48,4%); 30-44 años (19,1%); 45-59 años (13,7%); 60-74 años (10,4%); 75 años o más (4,4%)**.

Se comprueba estadísticamente que **la edad es un factor de gran importancia en la probabilidad de sufrir accidentes de tráfico**, ya que en edades extremas de la vida, niños y ancianos los accidentes son poco frecuentes, **el pico**

máximo de accidentabilidad se produce en el grupo de edad de 14-29 años (48,4%), es decir en el grupo de edad en que ya se puede comenzar a conducir algún tipo de vehículo a motor, disminuyendo de forma progresiva hasta la edad de 75 años o más.

Comparando el género y el grupo de edad de los lesionados con el hallado en otras investigaciones¹⁹⁸ (*Murcia*, Tesis doctoral, Valencia 1990), encontramos que, en su estudio las lesiones tras accidentes de tráfico predominan también en varones pero su porcentaje es mayor que en el nuestro, varones (65,93%) y mujeres (49,80%). Quizá la progresiva incorporación de la mujer a la conducción de vehículos de motor en los últimos veinte años esté en el origen de esta diferencia de proporción. También observa un claro predominio de los grupos de edades comprendidas entre 15-19 y 20-24 años. En nuestro estudio los grupos no se han establecido de la misma forma, pero los resultados puede considerarse comparables.

En otros trabajos (Gómez Alcalde), que incluyeron 1.000 lesionados, alcanzaron una frecuencia del 0,55%, los mayores de 65 años.¹⁹⁹ El 13,9% de los accidentados eran niños, con edades inferiores a los 14 años.²⁰⁰ Dentro de las muertes accidentales infantiles, el 50% lo constituyen los accidentes de tráfico.²⁰¹ En nuestro estudio el 4% eran niños de menos de 14 años y el tenían 4,4% 75 años o más, por lo tanto el porcentaje de ancianos es similar, pero el de niños es mucho inferior. Hasta los 9 años, se sabe que el niño no desarrolla una conducta adaptada al tráfico.²⁰² No percibe el tamaño, la profundidad, ni el sentido de la velocidad como el adulto y no diferencia con soltura lo que es derecha e izquierda.²⁰³

Los accidentes de tráfico en la infancia, suponen un alto coste humano, ya que afectan a un grupo de población especialmente vulnerable al considerar su exposición al riesgo.²⁰⁴

5.1.2. Estructura ocupacional.

Para establecer una clasificación nacional y facilitar tanto las comparaciones nacionales como internacionales, hemos seguido el criterio de clasificar las ocupaciones laborales en 10 grupos como lo hace la CIOU-88 (Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones)²⁰⁵, pero hemos introducido algunas

modificaciones. Así hemos añadido 7 grupos más, para poder realizar un estudio más completo.

La CIUO-88 clasifica las ocupaciones de la siguiente forma:

Grandes grupos de la CIUO-88
0: Fuerzas armadas.
1: Miembros del poder ejecutivo y de los cuerpos legislativos y personal directivo de la administración pública y de empresas.
2: Profesionales científicos e intelectuales.
3: Profesionales y técnicos de nivel medio
4: Empleados de oficina.
5: Trabajadores de los servicios ,vendedores de comercios y mercados y peronal de seguridad.
6: Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros.
7: Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios.
8: Operadores de instalaciones y máquinas y montadores. Conductores.
9: Trabajadores no calificados.

En nuestro estudio, hemos agregado los siguientes grupos:

Otras ocupaciones
10: Estudiantes.
11: Amas de casa.
12: Jubilados.
13: Desempleados.
14: No consta la ocupación.
15: Autónomos.
16: Ninguna.

Los resultados obtenidos han revelado que del total de lesionados, **la actividad más frecuente resultó ser la de estudiante**, con una frecuencia de 410 (18,6%), seguido de los **oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios** con una frecuencia de 391 (17,8%), los jubilados con una frecuencia de 274 (12,5%), **las amas de casa**, con una frecuencia de 181 (8,2%), los **trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados**, con una frecuencia de 174 (7,9%); los **técnicos y profesionales de nivel medio**, con una frecuencia de 125 (5,7%); los **trabajadores no calificados**, con una frecuencia de 117 (5,3%); los **profesionales científicos e intelectuales**, con una frecuencia de 88 (4,0%), con la misma frecuencia y porcentaje **los empleados de oficina (4,0%); desempleados** con una frecuencia de 63 (2,9%); los **operadores de instalaciones y máquinas, montadores y conductores** con una frecuencia de 64 (2,9%); los **agricultores y trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros**, con una frecuencia de 62 (2,8%); los **autónomos** con una frecuencia de 57 (2,6%); los **miembros del poder ejecutivo y de los cuerpos legislativos y personal directivo de la administración**

pública y de empresas, con una frecuencia de 20 **(0,9%)** y los **miembros de las fuerzas armadas** con una frecuencia de 5 **(0,2%)**.

Las **ocupaciones más frecuentes** fueron las comprendidas en el gran grupo 7 de la CIUO-88, es decir **oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios**, **(17,8%)**; seguido de las ocupaciones del gran grupo 5, es decir los **trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados**, **(7,9%)** y los **técnicos y profesionales de nivel medio**, pertenecientes al gran grupo 3 **(5,7%)**;

Con una frecuencia de 67 **(3,0%)**, **no había constancia de la ocupación** en la historia o en la declaración de sanidad médico-forense y en 13 casos **(0,6%)** los lesionados fueron clasificados en el grupo de **ninguna ocupación**, ya que o bien eran niños en edad no escolar o eran adolescentes que ni estudiaban ni estaban inscritos en la oficina de desempleo ni trabajaban.

Los estudiantes representan un colectivo mayor en la ciudad de Castellón, desde que cuenta con universidad. Generalmente se trata de niños, adolescentes y adultos jóvenes entre 18 y 24 años, en este último caso la antigüedad de su permiso de conducción es escasa, han adquirido su primer vehículo recientemente o utilizan el de sus progenitores y lo emplean para efectuar desplazamientos cortos a sus centros de estudio compartiéndolo con otros compañeros o para acudir a lugares de ocio durante los fines de semana. Todo ello sin contar con los conductores y pasajeros de ciclomotor y motocicleta, vehículos de elevada siniestralidad y que por tanto engruesan las cifras de este colectivo.

En la provincia de Castellón existe un colectivo importante de personas que trabajan en la industria cerámica y en la construcción, ambos colectivos se incluyen en el gran grupo 7 de la clasificación internacional uniforme de ocupaciones o CIUO-88 y también un porcentaje considerable trabaja en el sector hostelero y en servicios, clasificados en el gran grupo 5 de la CIUO. Las fábricas de cerámica se encuentran distribuidas en diferentes pueblos del interior de Castellón como Alcora y la jornada laboral de muchos de estos trabajadores comienza temprano, encontrando difícil accesibilidad mediante transporte público a sus lugares de trabajo por lo que se desplazan habitualmente en automóvil particular, circulan por carreteras con abundante tráfico y en horas conflictivas con el riesgo que ello conlleva.

El grupo de los trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados, incluyen a todas las personas que trabajan en el ámbito hostelero como camareros, cocineros, dependientes de comercios, mercados y personal de protección o seguridad como las fuerzas de seguridad del estado. El partido judicial estudiado comprende localidades de gran afluencia turística y riqueza hostelera como Benicasím, Oropesa o Almazora. El personal que desempeña sus servicios está sujeto a condiciones de trabajo especiales, trabajan a turnos, su jornada laboral suele prolongarse por necesidades de la empresa, están sujetos a un estrés notable y se desplaza a sus lugares de trabajo mayoritariamente en vehículo particular.

No sorprende por lo tanto que en nuestra muestra ambos colectivos constituyan las ocupaciones que registran mayor siniestralidad.

5.1.3. Tipos de accidentes.

Los resultados de nuestro trabajo han revelado que **el accidente de automóvil es el más frecuente**, con un porcentaje de **48,9%**, **seguido del accidente de motocicleta** con un **29,6%**, **el atropello** con un **16,5%**, el accidente de **bicicleta 1,9%**, de **autobús** con un **1,5%** y **camión 0,7%**. Otro tipo de accidente tuvo un porcentaje del **0,7%** y el accidente de tráfico sin especificar el **0,3%**.

Los resultados coinciden en frecuencia pero difieren en porcentaje con lo observado por otros autores, así, para *Herreros López et al* (1.997) el tipo de accidente, más frecuente fué con un 35% automovilístico, en un 33% de motocicleta, en un 22% atropello y en un 10% de bicicleta.²⁰⁶

Según *Hinojal Fonseca* los vehículos productores de accidentes fueron principalmente el automóvil (93,3%) y en menor proporción las motocicletas (4,92%) y las bicicletas (0,73%).²⁰⁷ Esta diferencia puede deberse al menor uso de vehículos descubiertos en esta región de clima tan lluvioso.

En nuestro trabajo los accidentes **fueron más frecuentemente no laborales (90,8%) que laborales (9%)**. Ello tiene su explicación debido a la proporción de lesionados en nuestro trabajo que no desempeñaban ninguna ocupación profesional como estudiantes, amas de casa, jubilados y desempleados.

El grupo del tipo de accidente autobús, es el que afecta a personas de mayor edad (53 años). El grupo moto, es el que afecta a personas más jóvenes (19 años)., probablemente porque en este último grupo existe un censo importante de licencias de ciclomotor.

Los niños sufren sobre todo atropellos, un 12,2%, la escasa estatura del niño limita su capacidad visual y para detectar los movimientos laterales debe girar la cabeza, alargando el tiempo de reacción.²⁰⁸ Además suele distraerse fácilmente e imitar las conductas de los adultos.

Los accidentes de autobús con 119,50 días y los atropellos con 99 días, fueron los que más días totales precisaron hasta alcanzar la sanidad. Pero el accidente más grave con 1.517 días fué de motocicleta. La relación entre el tipo de accidente laboral/no laboral y los días totales precisados hasta alcanzar la sanidad **careció de significación estadística** ($p=0,328$).

5.1.4. Descripción de los accidentes “in itinere”.

En nuestro trabajo los accidentes “in itinere” han representado sólo un **9%** del total de los accidentes (198 casos).

Los hombres sufren accidentes laborales con más frecuencia (73,7%) que las mujeres (26,3%), pero tan sólo el 11,4% de los varones y el 5,7% de las mujeres que han sufrido lesiones por accidente de tráfico reconocen una etiología laboral.

El accidente laboral lo padece con más frecuencia el grupo de edad de 30-44 años (15,5%) es decir la población en edad de trabajar, seguido del grupo de 30-44 años (9,6%) y del de 14-29 años (8,9%).

La demora en el primer reconocimiento médico-forense es ligeramente inferior en los accidentes laborales que en los no laborales, 102,5 días frente a 103 días.

La duración de las lesiones producidas tras un accidente laboral es mayor (162 días) que en los accidentes no laborales (143 días).

La relación entre el tipo de accidente laboral/no laboral y el número de visitas careció de significación estadística al igual que el número de diagnósticos.

Los accidentes laborales tuvieron una mediana de 1 secuela al igual que los no laborales, pero el rango máximo fue de 9 secuelas frente a 21 en los no laborales.

Los accidentes no laborales presentan un rango de días de IT mayor que los accidentes laborales. Siendo el rango en los laborales de 443 y en los no laborales de 854.

5.1.5. Número de visitas.

A la vista de los resultados estadísticos en todos los tipos de accidentes la mediana de visitas fué de una visita, excepto para los atropellos, que fué de 2, y en los accidentes de motocicleta, que fué de 1,50 visitas ello es debido a que **las lesiones en los atropellos y en los accidentes de motocicleta son más graves y/o el tiempo de estabilización de las lesiones es más prolongado.** Además en estos grupos se encuentra el lesionado que precisó más visitas, 20 visitas en un atropello y 18 en un accidente de motocicleta.

En todos los grupos de edad excepto en el de 75 años o más, la mediana es 1,00, lo que significa que **más del 50% de los casos sólo visitaron en una ocasión al médico-forense.** Entre los de edades comprendidas entre 0 de 13 años se encuentra el rango máximo menor de todos los grupos de edad, el niño que más veces fué reconocido lo fué en 7 ocasiones. **En el grupo de edad comprendida entre 14 y 29 años se encuentra el lesionado que precisó más veces ser reconocido, un total de 20 veces.** Para el grupo de edad de 75 o más años, la mediana es de 2, es decir que más del 50% fueron reconocidos por el médico-forense en dos ocasiones. El mínimo de visitas en las personas de 75 años o más fué de una visita y el máximo de 11. Las edades extremas, niños y ancianos, obtuvieron los rangos máximos menores, con 7 visitas al médico-forense y 11 respectivamente.

5.1.6. Demora e intervalo promedio de días entre visitas.

La demora en el primer reconocimiento médico-forense osciló entre un mínimo de 82 días en el grupo de edad comprendida entre 0 y 13 años y 110 días en el grupo de 45 a 59 años, es decir entre 3-4 meses.

El grupo de 45-59 años fue el que más días de demora tuvo (rango 1165,66), frente al grupo de 0-13 años (rango de 943,97) que fué el que tuvo

menos días de demora. El promedio entre visitas fué de 40 días, con un rango de 723 días y que osciló entre 5 y 728.

Comparando los resultados con los obtenidos en estudios previos en la Clínica médico-forense de Castellón, (de Francisco, E. 1.990-1992), obtuvo una demora de 158,45 días en lesionados tras accidentes de moto con lo cual, podemos decir que **la demora ha disminuido en el IML de Castellón.**

A pesar de ello todavía más del 50% de los lesionados e independientemente del género se encontraban ya curados en el primer reconocimiento médico-forense, por ello sería muy conveniente reducir la demora.

5.1.7. Duración de las lesiones.

La duración más prolongada de las lesiones se concentra en dos picos de edad el grupo comprendido entre los 45-59 años (mediana de 164 días) y el grupo de 60-74 años (165,5 días).

La mayor duración de las lesiones se da en los accidentes de autobús, exceptuando los casos en que no constaba el tipo de accidente de tráfico de que se trataba. Los accidentes laborales tienen una duración mayor que los no laborales.

La duración prolongada de las lesiones por accidentes de autobús se debe a que revisten mayor gravedad ya que tienen una mediana de 3 diagnósticos y además acontecen en personas de mayor edad que utilizan con frecuencia el transporte público en los desplazamientos cortos y que presentan la llamada "comorbilidad"²⁰⁹ según algunos autores, es decir la presencia simultánea de ciertas limitaciones en distintas áreas, como es el caso de trastornos de la movilidad, mentales, cardiovasculares y sensoriales, que aumentan el riesgo a ser víctimas de un siniestro.

Aunque se habla de anciano a partir de los 64-65 años algunas funciones biológicas como la visión comienzan a declinar antes, por ello se debería hablar más bien de subgrupos; el primero de 55-64 años, el segundo de 65-74 años, el tercer de 75-84 años y el cuarto por encima de los 85 años de edad.

La duración de las lesiones se podría reducir con la asistencia inmediata así el médico de atención primaria debe actuar en la acción preventiva de los accidentes de tráfico²¹⁰.

5.1.8. Distribución de las asistencias y tipos de tratamientos precisados.

Respecto a la primera asistencia los cálculos estadísticos no resultaron significativos en cuanto a su necesidad atendiendo al género de los lesionados, por lo que no existen diferencias de género. En los casos de necesidad de primera asistencia, si que constaba el tipo de primera asistencia en la mayoría de lesionados (95,9%) y no constaba en 4,1%. Por lo tanto en este aspecto las historias estaban bien cumplimentadas.

En la primera asistencia la mayoría de los lesionados recibieron tratamiento médico un total de 2.065 lesionados, es decir el 93,9%, (siendo el 57,6% hombres y el 42,4% mujeres) **y no precisaron tratamiento ortopédico** 1.170 (53,2%) de ellos el 61,6% eran hombres y el 38,4% mujeres, **ni rehabilitación** un total de 2.188 lesionados (99,5%) correspondiendo el 58,5% de ellos a hombres y el 41,5% a mujeres.

También fue lo más frecuente no precisar sutura en la primera asistencia, 2.044 (92,9%), siendo el 57,4% hombres y el 42,6% mujeres.

En los casos en que se suturaron las heridas, un total de 156 lesionados (7,1%), el 69,2% eran hombres y el 30,8% mujeres. Por lo tanto **los hombres fueron los que precisaron sutura con más frecuencia en la primera asistencia**.

Respecto al tratamiento médico-quirúrgico posterior, **la mayoría de los lesionados si que precisaron tratamiento posterior**, un total de 1.482 lesionados, es decir el 67,4%, (siendo el 55,8% hombres y el 44,2% mujeres).

Solo en 2 casos no constaba el tipo de tratamiento recibido y no se evidenciaron diferencias respecto al género.

La relación hallada entre el tratamiento médico farmacológico y el género no fué estadísticamente significativa.

Lo más frecuente fue no requerir tratamiento ortopédico posterior, 1.869 lesionados (85%), siendo el 59,4% hombres y el 40,6% mujeres; **no precisar rehabilitación posterior**, 1.268 lesionados (57,6%), de los cuales el 62,6% eran hombres y el 37,4% mujeres; **y no necesitar tratamiento quirúrgico**, 1.776 lesionados (80,7%) de los que el 55,3% eran hombres y el 44,7% mujeres.

Lo más frecuente también fue que no se precisara tratamiento especializado ni sutura como tratamiento posterior siendo los resultados estadísticos no significativos en relación al género.

La sutura como tratamiento posterior se realizó en 135 ocasiones (6,1%) siendo el porcentaje de hombres del 63,7% y de mujeres del 36,3%,. Comparándolo con los resultados de la sutura durante la primera asistencia, observamos que **los médicos forenses presentan opiniones diversas respecto a la consideración de la sutura como tratamiento posterior o no, pero con mayor frecuencia la consideran como integrante de la primera asistencia.**

5.1.9. Distribución de los diagnósticos.

En nuestro estudio, cuando han tenido lugar varios traumatismos se ha considerado, a efectos de clasificación y de establecimiento de los días de baja, el diagnóstico o asociación de diagnósticos de mayor gravedad.

Las lesiones han sido clasificadas con alguna modificación siguiendo determinados criterios de gravedad²¹¹ que describimos a continuación:

- Indemne. Corresponde a la ausencia de lesiones.
- Leve o menor. Incluiría erosiones, contusiones, esguinces o luxaciones, quemaduras de primer grado y de menos del 10%, traumatismo craneal sin pérdida de consciencia (TC), lesiones dentarias y esguince cervical.
- Medio o moderado. Correspondería a quemaduras del 10-20%, heridas faciales importantes, TC con pérdida de consciencia de 5-30 minutos, fracturas de cráneo sin hundimiento ni lesión intracraneal, úlcera corneal, fracturas complicadas de dedos, fractura de escafoides, fractura de rótula no desplazada y fractura de

extremidades sin desplazamiento, fractura de costillas, contusión costal, contusiones musculares muy importantes y fracturas cerradas de huesos largos sin desplazamiento.

- Grave. Comprende las quemaduras de más del 20%, los TC con pérdida de consciencia de más de 30 minutos, las fracturas de cráneo desplazadas, con lesiones intracraneales o signos neurológicos, la pérdida ocular, los traumatismos torácicos con fracturas costales múltiples, hemotórax, neumotórax, ruptura diafragmática, heridas torácicas, hemocardio, neumomediastino, las contusiones abdominales, la ruptura de órganos intraabdominales, fractura de vértebras, las fracturas de huesos largos conminutas o con desplazamiento, las fracturas pélvicas, lesiones retroperitoneales aplastamiento, amputación de extremidades, o politraumatismos entre otras.

Finalizado nuestro trabajo, sin diferencias respecto al género, cada lesionado ha tenido una mediana de 2 diagnósticos, aunque el rango ha sido mayor para el género mujer, los ancianos presentan más diagnósticos (3) que el resto de lesionados y también curan con mayor número de secuelas (2).

Los diagnósticos más frecuentes clasificados según la CIE-10, han sido por orden de frecuencia; los **traumatismos superficiales (41,9%)**, las **fracturas (24,9%)**, **luxaciones, esguinces y torceduras (15%)**, **heridas (10,3%)**, **traumatismos de órganos internos (5,4%)**, **traumatismos de tendones y músculos (1,3%)**, **complicaciones y secuelas (0,7%)**, **lesiones de nervios y médula espinal (0,5%)**, **amputaciones (0,4%)**, **quemaduras (0,4%)**, **aplastamientos (0,2%)**, **otros traumatismos (0,2%)**, **traumatismos de vasos sanguíneos (0,1%)** y **otros (0,1%)**.

Coincidiríamos únicamente en nuestro diagnóstico más frecuente con los resultados obtenidos por (Prada C. et al, 1.995) que encontraron que las lesiones más frecuentes fueron golpes y contusiones (53,4%), fracturas y heridas (42,4%)²¹².o los de (Gómez MS, 1.996) que revelaron que en el 41,8% de los accidentes se producen contusiones como única lesión y que de éstas el 36% han estado de baja laboral.²¹³

Otros autores (*Murcia, 1.990*) destacan que las lesiones más frecuentes en los accidentes de tráfico son las fracturas (36,28%) y los traumatismos craneoencefálicos (13,75%). La localización preferente de las lesiones son los miembros inferiores. Los plazos de curación tienen una media de 70,78 días, ocasionando incapacidad laboral una media de 62,99 días. Según (*Garnés Ros, 2.000*) las lesiones más frecuentes de los accidentes de tráfico son las que afectan al aparato locomotor²¹⁴, mientras que para (*Díaz Almodóvar,*) apunta al TCE por su frecuencia y gravedad.²¹⁵

En el estudio de *Gómez Alcalde* la mayor parte de las lesiones, se produjo en la cabeza (35%), seguido de las extremidades inferiores con un 33% de casos, las extremidades superiores con un 21% y la localización corporal menos lesionada fue el tórax con un 11%. Todos los lesionados recibieron al menos una primera asistencia sanitaria, y 664 lo hizo en más de una ocasión. Los tratamientos precisados fueron sobre todo el tratamiento médico. Más de la mitad de los casos (56%) curaron en menos de diez días, pero el 0,8% precisó más de 300 días. Las secuelas aparecieron en el 36,1% de los lesionados, siendo las más representativas las cicatrices (19,5% del total) y el dolor (12,8%).²¹⁶

Un 70% de todos los traumatismos craneoencefálicos (TCEs) que se producen en España provienen de accidentes de tráfico²¹⁷, más del 40% de los muertos en accidentes de tráfico en 1.995 presentaba lesiones en la cabeza.

Un estudio realizado sobre los lesionados reconocidos en el Juzgado de Instrucción número 3 de Oviedo en el período comprendido desde julio de 1.978 a julio de 1.982, ambos inclusive, así como los que fallecieron a consecuencia de las lesiones producidas por accidentes de tráfico en el mismo período, y los casos mortales registrados en el Juzgado de Instrucción de Pola de Laviana (Asturias) en el período comprendido desde julio de 1.973 hasta julio de 1.978, siendo un total de 956, distribuidos de forma que 854 resultaron lesionados y 102 fallecieron reveló que²¹⁸ en los 314 accidentes de automóvil, resultaron 796 personas lesionadas y 95 fallecieron, 6 fueron por vehículos de trayecto fijo, en los que hubo 6 lesionados y ningún fallecido, en los 40 accidentes por motocicleta, hubo 47 lesionados y 5 fallecidos y en los accidentes por bicicleta se produjeron 2 casos mortales y 5 no mortales. Los hombres (65,89%) sufrieron un mayor número de accidentes de tráfico que las mujeres (34,10%), que las edades comprendidas entre los 20-30 años son las de mayor incidencia, seguidas de

las comprendidas en la segunda década, y eso tanto en los accidentes producidos por automóviles como los producidos por motocicletas, y tanto en los casos no mortales como en los mortales.

En el mismo estudio se contabilizaron un número total de 1.360 lesiones en los casos no mortales de los accidentes producidos por automóvil, con la siguiente distribución topográfica: 34,63% lesiones en cabeza y cuello; 27,50% en el tronco; 22,35% en extremidades superiores y un 25,51% a nivel de extremidades inferiores. Siendo las lesiones más observadas, la contusión múltiple de cráneo en primer lugar (5,36%), seguidas de las fracturas costales (5,14%), las heridas frontales (5%), heridas múltiples de la cara (4,92%) y las fracturas de tibia (3,22%).

En los casos no mortales de los accidentes producidos por motocicletas se produjeron 69 lesiones, que se distribuyeron de la siguiente forma: 30,43% de las lesiones en la cabeza y cuello; un 7,26% en el tronco; 31,88% en las extremidades superiores y un 30,43% en las extremidades inferiores.

Las lesiones más frecuentes fueron las contusiones frontales, heridas en región parietal, contusiones torácicas, contusiones en hombro y mano, heridas de la mano, fracturas de radio, contusiones de rodilla y fracturas de metatarsianos.

5.1.10. Distribución de las secuelas.

En nuestro trabajo, la mediana de secuelas de los casos ha resultado ser de 1 secuela y no ha presentado relación con el género. Sin embargo se ha observado que el grupo de edad de 14-29 años presenta el caso que curó con mayor número de secuelas, un total de 21.

Según *Murcia* (1.990), al margen de las secuelas cicatriciales, predominan las secuelas del tipo rigidez articular, material de osteosíntesis y pérdida anatómica.

Del análisis estadístico de 1.000 casos recogidos de forma aleatoria de lesionados de los partidos judiciales de Alicante, Alcalá de Henares, Elche, Elda y Novelda, se concluyó que uno de cada cuatro lesionados que acudió a la clínica médico-forense curó con secuelas, siendo éstas más frecuentes en accidentes de tráfico, mayores de 65 años, en los casos en que el lesionado además de una primera asistencia, precisó tratamiento médico o quirúrgico, a mayor período de incapacidad y

en los casos en que a juicio del médico-forense los lesionados presentaron simulación-exageración de sus lesiones.²¹⁹

Finalmente en el estudio de un juzgado de Oviedo ya referido, respecto a las secuelas se encontró que en los accidentes de automóvil quedaron 133 secuelas, de las cuales el 68,42% fueron estéticas, 20,30% eran secuelas funcionales a nivel de la articulación de la rodilla y un 11,27% eran la suma de los dos grupos anteriores. En los accidentes producidos por motocicletas, solamente se contabilizaron 6 secuelas, siendo las secuelas estéticas las más frecuentes.

En nuestro trabajo para todos los tipos de accidentes hubo una mediana de 1 secuela, pero en los accidentes de automóvil y motocicleta más del 50% no tuvieron secuelas, siendo por lo tanto más leves, aunque el accidente con más secuelas (21) fue por accidente de motocicleta.

Se demuestra también que si bien tanto los accidentes laborales como los no laborales tienen una mediana de 1 secuela por lesionado, los accidentes no laborales tienen el mayor rango de número de secuelas (0-21), debido a que el accidente más grave se dió en un accidente de motocicleta no laboral .

5.1.11. Incapacidad temporal desde el punto de vista asistencial.

La situación de Incapacidad Temporal (IT) fue recogida por el médico-forense en 1.761 casos (80%) de los 2.200. **Sólo en 706 casos los lesionados causaron baja laboral prescrita por el médico asistencial**, es decir **un 32,1%**. De este porcentaje el 69,7% correspondió a hombres y el 30,3% a mujeres, siendo las diferencias significativas. **Por lo tanto los hombres presentaron con más frecuencia que las mujeres la IT asistencial.** Lo cual es comprensible dado que el porcentaje de hombres que sufrieron un accidente de tráfico y trabajan es mayor que para el género mujer.

Llama la atención que **el médico-forense consideró en muchos más casos que el lesionado estuvo impedido para realizar sus ocupaciones habituales. Muchos de los casos que no precisaron de IT laboral correspondieron a personas no afiliadas a la Seguridad Social y que, por tanto no podían generar dicha situación, como niños, estudiantes, jubilados o amas de casa.**

La IT se produce sobre todo a expensas del grupo de edad de 14-29 años, que se correlacionaría con el hecho de que es el grupo de edad con mayor número de accidentes.

En el grupo de edad de 30-44 años la situación de IT se da en una proporción que casi duplica el de la situación contraria. Ello se debe a que es un grupo de población en edad de trabajar.

La mediana en todos los tipos de accidente fué de 0,00, que indica que **en más del 50% de los casos no hubo situación de IT desde el punto de vista asistencial. El rango de días de IT mayor lo presentó el accidente de coche seguido del accidente de moto , el atropello y el accidente de bicicleta.**

5.1.12. Incapacidad Permanente desde el punto de vista asistencial.

La situación de Incapacidad Permanente (IP) fue recogida por el médico-forense en 1.650 casos (75%) de los 2.200.

Sólo en 33 ocasiones las secuelas de los lesionados derivaron en la concesión de una de IP, es decir el 1,5%, correspondiendo a hombres el 60,6% y a mujeres el 39,4%.

Las diferencias de género no son significativas.

Probablemente esta situación se recoge en tan pocas ocasiones debido, a que cuando las secuelas la originan, el lesionado ya ha alcanzado con anterioridad la estabilización de sus lesiones y por lo tanto ya no acude a la Clínica médico-forense.

5.1.13. Periodos de curación-estabilización de las lesiones desde la perspectiva médico-forense.

La determinación del período de curación o estabilización lesional se llevará a cabo en el momento de la sanidad médico-legal.

Hemos encontrado que de forma estadísticamente significativa, **las mujeres precisan más días totales (72) y más días impeditivos (60) para la estabilización de sus lesiones que los hombres.**

Más del 50% de hombres y mujeres no precisaron de días impeditivos ni de estancia hospitalaria, pero los hombres presentan un mayor rango de días de estancia hospitalaria.

Los días que precisaron los lesionados hasta alcanzar la sanidad se incrementan conforme aumenta la edad, con la única salvedad del grupo de edades comprendidas entre 60-74 años que rompen esta tendencia ya que los días son los mismos que para el grupo de edades comprendidas entre 45-59 años.

Los máximos de días totales hasta alcanzar la sanidad se concentran en los grupos de edades medias, encontrándose un máximo de 1.517 días en el grupo de 14-29 años, un máximo de 1.100 días en el grupo de 30-44 años y un máximo de 1.344 días en el grupo de 45-59 años.

El grupo de edad comprendido entre 0-13 años, tiene una cifra máxima de 271 días, los del grupo de edad de 59-74 años de 802 días, y los de 75 años o más de 781 días.

Los días que precisaron los lesionados hasta la curación-estabilización de sus lesiones desde el punto de vista del médico-forense, fueron para el grupo de 0-13 años de una mediana de 21 días, para el grupo de 14-29 años, de 45 días, para el grupo de 30-44 años de 60 días, para los grupos 45-59 años y de 60-74 años de 90 días y para el grupo de 75 años o más de 101.

El grupo de edad que menos días impeditivos precisó hasta alcanzar la sanidad de sus lesiones fué el de 0-13 años de edad, con una mediana de 14 días y un rango que osciló entre 0 y 217 días. **La mediana fue incrementándose de forma paralela a la edad**, siendo de 40 días en el grupo de 14-29 años, de 60 en el de 30-44 años, de 80 en el de 45-59 años, de 88 en el de 60-74 años y de 98 en los de 75 años o más. El rango más amplio se presentó en el grupo de 14-29 años oscilando entre 0 y 1.517, seguido del grupo de 45-59 años con un rango de 0 a 1.344 días.

Más del 50% de lesionados para todos los grupos de edad no precisaron días no impeditivos. **El rango de días no impeditivos mayor se dió en el grupo de edad comprendido entre los 14 y los 29 años (0-959 días no impeditivos) y el menor en el grupo de edad comprendida entre 0 y 13 años (0-48 días no impeditivos).**

Es decir, el porcentaje mayor de días totales invertidos hasta la sanidad en todos los casos corresponde a días impeditivos.

A partir de los datos obtenidos de la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado y Conjunto Mínimo Básico de Datos de Alta Hospitalaria²²⁰, se observa que el 1,4% de todas las urgencias hospitalarias correspondieron a accidentes de tráfico.

En un estudio llevado a cabo en varios servicios de urgencias²²¹ el 10,8% de los atendidos por accidentes de tráfico fueron hospitalizados, siendo más frecuente la hospitalización en los varones en todas las edades y en los peatones.

En nuestro trabajo, más del 50% de los lesionados y para todos los grupos de edad, no precisaron ingreso hospitalario para el seguimiento o tratamiento de sus lesiones, lo cual quiere decir que no fueron casos graves.

Respecto al grupo de edad que menos días de estancia hospitalaria requirió fue el de 0-13 años con un rango comprendido entre 0-35 días, seguido de las personas de 75 años o más con un rango comprendido entre 0 y 86 días.

Los grupos de edad que más días de estancia hospitalaria requirieron fueron los de 14-29 años con un rango entre 0-472 y los de 45-59 años cuyo rango fue de 0-405 días.

Los accidentes que más días han precisado hasta la consolidación de las lesiones han sido los de autobús (119,5 días), seguidos de atropellos (99 días) y el accidente de camión (67,5 días), de la misma forma se han distribuido los días impeditivos.

Los accidentes de autobús ocurren en personas de mayor edad, mediana de 59,5 años y los atropellos 53 años, infiriéndose de ello que el envejecimiento influye en el riesgo de accidentes.

Respecto a la patología traumática del hombro²²², en un estudio realizado, *Rodríguez e Hinojal* detectaron que el 49% sufrieron contusiones, el 38% de las lesiones fueron fracturas, el 11% luxaciones y el 2% presentó una rotura del manguito de los rotadores. El período de baja fue elevado en las luxaciones de hombro 389 (+/- 82) días y las luxaciones de clavícula (acromio-clavicular y esterno-clavicular) 198 (+/- 88) días, las fracturas de clavícula 101 (+/- 18) días, fracturas de escápula 120 (+/- 31) días y fracturas de húmero 176 (+/- 44) días. La rotura del manguito de los rotadores, originó un período de baja de 266 días. Estos autores concluyen que, los tiempos de estabilización, de rehabilitación y de curación de las lesiones guardan relación con la gravedad de las mismas.

Un estudio realizado con 1.000 lesionados²²³, procedentes de los partidos judiciales de Alicante, Alcalá de Henares, Elche, Elda y Novelda, concluyó que el 28,5% de los lesionados que acudió al médico-forense no estuvo incapacitado y el 36,8% lo estuvo menos de 15 días. Los accidentes de tráfico ocasionaron más incapacidad que otros tipos de traumatismos, la distribución fue similar en varones y mujeres, los mayores de 65 años fueron los que más días de incapacidad precisaron. Requirieron menos días de incapacidad, los lesionados que sólo necesitaron primera asistencia facultativa y los que curaron sin secuelas. El grado de exageración y/o simulación aumentó de forma paralela al período de incapacidad.

Comparando los días improductivos de las lesiones más representativas de nuestro trabajo con textos como el de Barsotti-Dujardin²²⁴, vemos las discrepancias existentes ya que en éste para la obtención de los períodos de curación, estos autores incluyen además de accidentes de circulación, también accidentes laborales, con lo cual los tiempos difieren mucho.

Comparando los días promedio totales y los improductivos de los diagnósticos de nuestro estudio con los períodos de estabilización y de incapacidad de las categorías diagnósticas según la CIE-10 de las lesiones tras accidentes de tráfico descritas en unas tablas elaboradas por *Aso Escario y Cobo Plana*²²⁵ tras el estudio retrospectivo de 20.000 historias de lesionados en la Clínica Forense de Zaragoza, sólo ha sido posible comparar 14 de las 143 categorías recogidas, ya que eran las únicas consecutivas a accidentes de tráfico. El resumen de la comparación se refleja en la

tabla adjunta (en las columnas de color se recogen los datos de nuestro estudio y en las que no tienen color los de Aso-Cobo).

CIE-10	Diagnóstico	Totales	DM	Impeditivos	IT
S02.2	Fractura de huesos propios de la nariz		37	32	31
	Fractura del malar y del hueso maxilar superior	120	270	120	234
S13.4	Esguince cervical	72	65		53
S20.0	Contusión mamaria	24	32	23	28
S42.2/3/4/7	Fracturas de húmero		173	125	131
	Fracturas de cúbito	173	63	173	58
S60.0/M12.5	Artropatía traumática de dedo de la mano	12	58		44
S62.2/3/4	Fractura de metacarpianos	66	80	65	70
S62.5/6	Fractura de falanges de la mano		67	36	47
	Esguince de muñeca	29	34	27	34
S82.5/6/8	Fracturas del tobillo	103	183		141
S83.4/5/6	Esguinces y torceduras de los lig de la rodilla	219	138	146	118
S92.3	Fractura de metatarsianos		105	106	88
	Fractura de huesos del pie (falanges)	28	73	28	61

*DM: duración media; IT: días de incapacidad según Aso-Cobo

Resumiendo, los días de curación-estabilización de las lesiones en ambos estudios son muy diferentes, únicamente los tiempos son semejantes en el esguince cervical, la contusión mamaria y las fracturas de metatarsianos.

Los días que tarda en curar en nuestro estudio, son semejantes a los propuestos por la Fundación Mapfre para el esguince cervical grado II. La Fundación ha propuesto un protocolo para la valoración del esguince cervical²²⁶, así los esguinces de grado I, tardan habitualmente 21 días en alcanzar la curación sin secuelas, los de grado II entre 40-60 días con/sin secuelas y los de grado III curan habitualmente con secuelas, alcanzando la estabilización lesional cuando presentan pruebas complementarias negativas (RMN) en 90 días y con pruebas complementarias positivas en 180 días. En nuestro estudio el promedio de días de curación de los 559 esguinces recogidos, ha resultado de 73 días y de ellos 62 han sido impeditivos.

5.2. Análisis metodológico.

5.2.1. Utilización del baremo de la Ley 30/1995 por los médicos-forenses del IML de Castellón.

La revisión de las Declaraciones de Sanidad y las historias médico-forenses, han revelado, que si bien los primeros meses tras la entrada en vigor de la Ley 30/95

sólo alguno de los médicos-forenses del IML de Castellón lo empleó de forma literal en la valoración de las secuelas tras accidentes de tráfico, su utilización rigurosa se ha ido imponiendo conforme el devenir de los años. Hemos de reseñar que no constituía un objetivo de este estudio el análisis estadístico de dicho incremento, por lo tanto esta aseveración resulta de la observación de esta investigadora.

El análisis estadístico bivalente de la distribución de las secuelas realizado, reveló que en los 2.200 casos estudiados, se contabilizaron un total de 3.517 secuelas. De ellas 2.750 fueron descritas e incluso en la mayoría de ocasiones puntuadas según el baremo, por lo tanto 767 secuelas no fueron descritas conforme al baremo.

Tras la revisión de los datos pensamos que en ocasiones más que hablar de secuela propiamente dicha deberíamos hablar de procesos temporales o de síntomas subjetivos referidos por el lesionado y que el médico-forense decidió reflejar en su informe como una mera observación del estado mencionado por el lesionado.

De los 2.200 casos incluidos en el estudio, 1.007 lesionados curó sin secuelas (44%), y 1.193 (56%) curó con algún tipo de secuela de las contempladas en el baremo.

La utilización del baremo ha sido gradual y progresiva, observándose la baremación de prácticamente todas las secuelas en el último año estudiado.

5.2.2. El empleo de la CIE-10.

Hemos codificado las lesiones según la CIE-10, ya que es necesario unificar la nomenclatura de los diagnósticos de la misma manera que se realiza en la valoración de la incapacidad laboral (CIE-9).

La dificultad de manejo de los 3 volúmenes de que se compone la CIE-10 es notable, por ello su utilización no está generalizada entre los facultativos. Únicamente algunos especialistas en rehabilitación o en valoración del daño corporal han incorporado su uso a su quehacer diario, la inmensa mayoría cuando emplea alguna codificación siguen prefiriendo la utilización de la CIE-9.

El Volumen 1 que contiene la Lista tabular de las enfermedades debe considerarse como la herramienta primordial para la codificación, pero el Volumen 3 que contiene el Índice alfabético es un complemento esencial de la Lista tabular, ya que

contiene un gran número de términos diagnósticos que no aparecen en el Volumen 1. El Volumen 2 contiene instrucciones que se pueden consultar para garantizar que el código del Índice corresponde a la información contenida en un registro determinado

La lista tabular de traumatismos incluida en el Volumen 1, capítulo XIX, comprende un extenso listado de traumatismos, pero cuando se está familiarizado con los términos no resulta muy dificultoso su manejo.

Algunas categorías diagnósticas presentan una clasificación lógica, así las fracturas de antebrazo (S52) se subdividen en fracturas de cúbito (epífisis superior y diáfisis) y fracturas de radio (epífisis superior, diáfisis y epífisis inferior), fracturas de diáfisis de cúbito y radio, fracturas de epífisis inferior de cúbito y radio; fracturas múltiples de antebrazo; fractura de otras partes de antebrazo y fractura de antebrazo, parte no especificada. La dificultad estriba en que en la fractura de otras partes de antebrazo se deben incluir las fracturas de la epífisis inferior del cúbito y la cabeza.

Otras categorías, son fácilmente identificadas ya que incluyen incluso los nombres propios de las lesiones como por ejemplo la Fractura-luxación de Monteggia que debe clasificarse en las fracturas de la epífisis superior del cúbito (S52.0) junto con las fracturas de la apófisis coronoide, el olécranon, el extremo proximal o la fractura del codo SAI o las fracturas de la epífisis inferior del radio (S52.5) que incluye la Fractura de Colles y la de Smith y por lo tanto se facilita su clasificación.

Algo semejante ocurriría con las fracturas del fémur (S72), clasificadas en fractura del cuello de fémur, pertrocanteriana, subtrocanteriana, de diáfisis, de la epífisis inferior, múltiples, de otras partes del fémur y fracturas de fémur, parte no especificada; como podemos observar las fracturas de la cabeza del fémur no constan como entidad propia y tendríamos que clasificarlas en fracturas de otras partes del fémur.

Por lo tanto lo más difícil de la clasificación sería la inclusión de los diagnósticos en las subdivisiones denominadas "otras partes", "parte no especificada" o "SAI".

Para la resolución de estos problemas podemos recurrir al volumen 3 que constituye el Índice alfabético para la Lista tabular del volumen 1, una especie de diccionario que incluye en su sección I las enfermedades y la naturaleza de la lesión.

A pesar de lo complejo que parece todo lo apuntado, cuando se adquiere la práctica necesaria es suficiente el Volumen 1, para la codificación y en casos puntuales recomendamos la lectura de los otros volúmenes.

6. RESUMEN Y CONCLUSIONES

Concluido el análisis de los resultados del estudio de los lesionados por accidentes de tráfico en el Servicio de Clínica Médico Forense del Instituto de Medicina Legal de Castellón durante el período de 10 de noviembre de 1.995 a 31 de diciembre de 2.000, exponemos el siguiente

RESUMEN :

Primero: Los accidentes de tráfico en el período estudiado 10 de noviembre de 1.995 a 31 de diciembre de 2000, son más frecuentes en la población de Castellón que en el resto de provincias de la Comunidad Valenciana.

Segundo: El 0,55% de los habitantes del partido judicial nº 1 de Castellón sufrieron lesiones por algún tipo de accidente de tráfico al año.

Tercero: El perfil del lesionado reconocido en el Instituto de Medicina Legal de Castellón en dicho período, ha resultado perteneciente mayoritariamente al género masculino e integrante de grupos etarios adultos jóvenes, grupo de edad 14-29 años.

Cuarto: El tipo de accidente más frecuente es el accidente de automóvil y no laboral.

Quinto: La actividad a la que se dedican el mayor número de accidentados es la de estudiante, y dentro del grupo de las ocupaciones laborales, la que registró más siniestralidad fué la de oficiales, operarios, artesanos de artes mecánicas y otros oficios.

Sexto: Las categorías diagnósticas encontradas clasificadas según la CIE-10, son por orden de frecuencia; los traumatismos superficiales, las fracturas, y las luxaciones, esguinces y torceduras.

Séptimo: Lo más usual es que el lesionado precise únicamente tratamiento médico farmacológico en la primera asistencia y no requiera ningún tipo de tratamiento posterior.

Octavo: La demora en el reconocimiento médico-forense de los lesionados tras accidentes de tráfico es ligeramente superior a 100 días, no existiendo relación con ninguna de las variables estudiadas.

Noveno: Más de la mitad de los lesionados en el primer reconocimiento forense presentaban la curación-estabilización de sus lesiones, por lo que sólo precisaron de una visita.

Décimo: Los lesionados que curaron con mayor número de secuelas fueron los jubilados, las amas de casa y los desempleados.

Y como fin de nuestro estudio proponemos las siguientes

CONCLUSIONES:

Primera: La curación-estabilización de las lesiones con secuelas es ligeramente superior a la curación por *restitutio ad integrum*.

Segunda: El médico-forense tiende a considerar la sutura como parte de la primera asistencia.

Tercera: La demora en el primer reconocimiento médico-forense a pesar de que se ha reducido considerablemente, conlleva que la valoración del daño corporal se realice con posterioridad a la resolución clínica de las lesiones lo que, además de impedir al médico-forense el seguimiento de la evolución adecuada del lesionado puede influir en la reparación del daño.

Cuarta: Las situaciones de Incapacidad Temporal e Incapacidad Permanente desde el punto de vista asistencial, en numerosas ocasiones no han sido reflejadas en la historia médico-forense, aunque en los casos en que así se hizo, el médico forense se ajustó a ese período al consignar los días impeditivos en la Declaración de sanidad, apartándose cuando consideró que las lesiones o sus secuelas no justificaban dichos períodos.

Quinta: El 78,19 % del total de las secuelas, fueron descritas por los médicos forenses ajustándose al baremo vigente, observándose un incremento progresivo en su utilización desde su entrada en vigor.

Sexta: La utilización del baremo por parte de los médicos forenses del Instituto de Medicina legal de Castellón se ha ido instaurando de forma progresiva desde su entrada en vigor, siendo en los últimos años estudiados prácticamente generalizada. Su interpretación, por el contrario no es uniforme por parte de todos los médicos

forenses, por lo tanto sería conveniente la elaboración de unas guías que unifiquen su empleo.

Séptima: Aunque el baremo adolece de numerosos defectos y presenta múltiples lagunas, las ventajas de la utilización de las tablas, son superiores a sus inconvenientes.

Octava: La detección de dichas imperfecciones, ha originado innumerables críticas intensificándose tanto desde el punto de vista médico como jurídico la creencia de la necesidad evolutiva y de reforma del baremo en algunos puntos fundamentales para mejorarlo y ampliar su ámbito de aplicación a otras causas de lesiones.

Novena: La utilización de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), por los facultativos asistenciales en general y específicamente por los médicos valoradores del daño corporal entre ellos los médicos forenses, unificaría la nomenclatura de los diagnósticos disminuyendo la imprecisión de algunas terminologías utilizadas y la subjetividad en la calificación y valoración de las lesiones.

Décima: Además la difusión del empleo de la CIE-10 en el ámbito jurídico permitiría, al igual que ya constituye un instrumento válido y fiable para la obtención de información homogénea y comparable en todo el Sistema Nacional de Salud y en el ámbito clínico internacional, establecer comparaciones entre diagnósticos en la valoración del daño.

Undécima: Para su manejo se requiere previamente el aprendizaje de una metodología teórico-práctica de normas y criterios comunes para la codificación de diagnósticos.

Duodécima: Creemos que su utilización proporcionaría equidad en la valoración del daño corporal.

Décimotercera: Por todo ello recomendamos su empleo en la codificación de diagnósticos no sólo en el ámbito sanitario sino también en todo el ámbito jurídico-legal.

7. BIBLIOGRAFÍA.

¹PIEDROLA GIL: Medicina Preventiva y Salud Pública. *Parte VII. Estilo de vida y salud*. 10ª edición. Masson, S.A. 2.001.

²LLACER, A. ; FERNÁNDEZ-CUENCA, R. ; MARTÍNEZ de ARAGÓN, M. V. *Mortalidad en España en 1.998. Mortalidad general, principales causas de muerte por sexo y edad*. Boletín Epidemiológico Semanal 2.001; 9: 249-55.

³LLACER, A. ; FERNÁNDEZ-CUENCA, R. ; MARTÍNEZ de ARAGÓN, M. R. *Mortalidad en España en 1.998. I. Mortalidad general, principales causas de muerte y de años potenciales de vida perdidos*. Boletín Epidemiológico Semanal 2.001; 9: 241-8. Disponible en:<http://193.146.50.130/bes/bes0142.pdf>.

⁴PLASÈNCIA, ANTONI.; CIRERA, E. *Accidentes de tráfico: un problema de salud a la espera de una respuesta sanitaria*. Med Clin %28Barc%29 2.003; Vol. 120: 378-379.

⁵Dr BACTERIO. *El primer accidente de tráfico de la historia*. Noticias médicas. Nº 3.779. Febrero 2001.

⁶VILLALAÍN BLANCO, J. D. *La valoración del daño corporal como especialidad*. Rev. Esp . Daño Corporal. Vol. III. Nº 5. 1º semestre. 1.997.

⁷Orden del Ministerio de Relaciones con las Cortes y de la Secretaría del Gobierno de 18 de febrero de 1.993 por la que se modifica la estadística de accidentes de circulación (BOE. nº 47 de 24 de febrero de 1.993).

⁸BONNET, E. F. P. *Medicina Legal*. 2ª edición. López librerías, Buenos Aires, 1.980.

⁹HINOJAL FONSECA, R. *Daño corporal: fundamentos y métodos de valoración médica*. Editorial Arcano Medicina. 1.996.

¹⁰ROYO-VILLANOVA, R. *Lecciones de Medicina Legal*. Marbán. Madrid, 1.952.

¹¹I.N.E. Anuario estadístico de accidentes.1.999. Artes Gráficas. Madrid 2.000.

¹²SIMONÍN, C. *Medicina Legal y Judicial*. 2ª edición. Ed JIMS, Barcelona, 1.982.

¹³DGT. *Investigación de accidentes de tráfico*. Ministerio del Interior. Academia de Tráfico de la Guardia Civil. Madrid, 1.991.

¹⁴ANÓNIMO. *Epidemiología dels accidents de trànsit*. pp 4-5. En Viure en Salut nº 41.

¹⁵MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y CONSUMO. *Guía cómo ayudar a prevenir lesiones por accidentes de tráfico*. Nº 5. 2.002.

¹⁶FÚNEZ ESQUINAS, A. *La reconstrucción de los accidentes de tráfico en sus diferentes fases. Parámetros utilizados en su investigación*. Ponencia al V Congreso Nacional de Valoración del Daño Corporal. Valencia, 20-22 de mayo de 1999.

¹⁷MONTORO GONZÁLEZ, L.; SOLER Y TORTOSA. “*Los peligros de la fatiga*”. Revista Tráfico nº 17, de Octubre de 1.998.

¹⁸ROYO BOLEA, C. *Valoración de aptitudes para la conducción de vehículos a motor*. Fundación Mapfre Medicina, 1.996.

¹⁹Real Decreto 1.467/1.982, de 28 de Mayo. BOE núm 160 de 6 de Agosto de 1.982.

²⁰Real Decreto 2.272/1.985, de 4 de Diciembre. BOE. núm. 294 de 9 de Diciembre de 1.985. Anexo I.

²¹Real Decreto 772/1.997 de 30 de mayo, Reglamento de Conductores. BOE nº 135 de 6 de junio, anexo IV.

²²LÓPEZ M: *Los mayores piden seguridad*. Revista Tráfico, 1990.

²³MONTORO GONZÁLEZ, L.; SOLER Y TORTOSA. “*Los peligros de la fatiga*”. Revista Tráfico nº 17, de Octubre de 1.998.

²⁴SOLER, TORTOSA Y MONTORO. “*La conducción bajo los efectos del sueño*”. Revista Tráfico nº 35, de Julio-Agosto de 1.998.

²⁵SÁNCHEZ, J. *Despiste accidental*. Revista Tráfico, julio-agosto 1.999.

²⁶GARRIDO, P et al. *Accidentes de tráfico y consumo de medicamentos (II)*. Salud Pública. Medicina Integral, Vol. 17, Núm. 6, Marzo, 1.991.

²⁷DELGADO BUENO, S.; RODRÍGUEZ PULIDO, F; CABRERA FORNEIRO, J. *Psicopatología de los conductores: accidentes de tráfico y sus implicaciones legales*. En *Psiquiatría legal y forense*. Tomo I. Editorial Colex, 1.994.

²⁸HANSOTIA, P.; BROSTE, SK. *The effects of epilepsy or diabetes mellitus on the risk of automobile accidents*. N Engl J Med 1.991; 324: 22-26.

²⁹VILLANUEVA GÓMEZ, F.; SALAS PUIG, J.; FERNÁNDEZ MIRANDA, M. C.; de JUAN, J. *Epilepsia y permiso de conducir*. Rev. Neurol 2.000; 31 (12): 1184-1192.

³⁰RODRÍGUEZ, J. I. *El sueño de un millón*. Revista Tráfico, octubre 1.996.

³¹RODRÍGUEZ, J.I. *Se buscan conductores muertos de sueño*. Revista Tráfico, septiembre-octubre 1.999.

³²GONZÁLEZ LUQUE, J.C.; JAVIER ÁLVAREZ, F. *Depresión y aptitud para conducir*. Rev. Tráfico, noviembre-diciembre 1.998.

³³DOSSIER, *Airbag y cinturón, un excelente sistema de seguridad pasiva*. Rev. Tráfico, mayo-junio 1.998.

³⁴MONTORO GONZÁLEZ, L; ESTEBAN MARTÍNEZ, C. *Factores desencadenantes de los accidentes de tráfico*. Ponencia al V Congreso Nacional de Valoración del Daño Corporal. Valencia 20-22 de Mayo de 1.999.

³⁵Decreto 2065/1.974, de 30 de mayo. Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. B.O.E.; 20 de julio.

³⁶Real Decreto 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

³⁷MOYA PUEYO, V.; RAMOS ALMAZÁN, M.T.; BOROBIA FERNÁNDEZ, C. *El accidente de trabajo "in itinere" y su repercusión en España*. Revista Española de Medicina Legal 22-23: 144-149. 1.980.

³⁸CASAS MARTINEZ, J. D.; RODRÍGUEZ ALBARRÁN, M.S. *Causas y concausas de las lesiones*. Manual de Medicina Legal y Forense. Madrid. Ed Colex. 2000, pp 685-724.

³⁹O.I.T., ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. *Recomendaciones sobre prestaciones en caso de accidentes de trabajo*. Ginebra, 1.964.

⁴⁰CLIMENT DURÁN, C.; PASTOR ALCOY, F. *El nuevo y el viejo Código Penal comparados por artículos, con jurisprudencia básica*. Ed. Práctica de Derecho, S.L. Valencia, 1.998.

⁴¹GISBERT CALABUIG, J.A.; MURCIA SÁIZ, E. Delito de lesiones. En *Medicina Legal y Toxicología*. 5ª edición. Ed. Masson, S.A. 1.998.

⁴²CRiado DEL RÍO, M.T.. *Valoración Médico Legal del Daño a la Persona por Responsabilidad Civil*. Fundación Mapfre Medicina. Madrid, 1.994.

⁴³CREUSOT, G. *Domage corporel et expertise médicale*. Masson, S.A. París, 1.989.

⁴⁴DÍAZ SUÁREZ, J; GIL VALLE, L; RODRÍGUEZ SUÁREZ, L. F, HINOJAL FONSECA, R. *Patología de partes blandas en relación con la valoración del daño corporal*. Comunicación al V Congreso Nacional de Valoración del Daño Corporal. Valencia, 20-22 de Mayo de 1.999.

⁴⁵HINOJAL FONSECA, R.; GALÁN J.C.; ALZUETA, A. *Los traumatismos cervicales: Estudio epidemiológico y secuelas. Nota previa*. Libro homenaje al profesor Gisbert Calabuig; 165-173. Granada, 1.985.

⁴⁶ÁLVAREZ GONZÁLEZ, F. J. *Seguridad vial y medicina de tráfico*. Masson, S. A. 1.997.

⁴⁷SERRANO CEPEDANO, F. *Lesiones inmediatas producidas por los traumatismos cráneo-encefálicos cerrados*. Rev. Esp. Med. Legal año V, Nº 14-15, Enero-Junio, 1.978. pp 10-16.

⁴⁸KOONSMAN, M.; DUNN, E.; et al. *How much monitoring is needed for basilar skull fractures?*. Am Journal of Surgery. Vol 164, november 1.992. pp 487-490.

⁴⁹MARTINO, F. ; LAFORGIA, R. ;RIZZO, A. et al . *Valutazione ecografica delle lesioni traumatiche costali*. Radiol Med 94: 166-169, 1.997.

⁵⁰GIRARD, R.; MINAIRE, P.; CARTAINER, M. et al. *Incidence of traumatic spinal cord lession*. J Chron Dis 1.975; 28:471-492.

⁵¹HERRUZO CABRERA, R.; GARCÍA RENESES, J.; et al. *Epidemiología descriptiva y analítica de la lesión medular espinal traumática ocurrida en España durante 1.984 y 1.985*. Rev. Clín. Esp. 192: 217-22. Nº 5, marzo 1.993.

⁵²CROVE, H. E. *Injuries of the cervical spine. Paper presented at the meeting of the Western Orthopaedic Association*. San Francisco, 1.928.

⁵³CABRERIZO, J.; ÁLVAREZ, F.; MARTÍNEZ, F. *Síndrome del Latigazo Cervical. Disfunciones*. III Jornadas Andaluzas sobre valoración del daño corporal Sevilla, marzo, 1.998. Cuad. Med. For. Nº16-17 Abril-Julio 1.999.

⁵⁴RUIZ CERVIGÓN, M. *Las lesiones previas y el esguince cervical*. En Problemática médico-legal del esguince cervical, curso de formación continuada para médicos forenses. Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de Justicia, Madrid, 1.998.

⁵⁵MACNAB, I. *Acceleration injuries of cervical spine*. The Journal of Bone and Joint Surgery. Vol 46-A, Nº 8, december 1.964. pp 1.797-1.799.

⁵⁶RODRÍGUEZ MERCHÁN, E. C.; COMÍN GÓMEZ, J. A.; CORTE GARCÍA, H. de la. *Esguince cervical: revisión de conceptos*. En Problemática médico-legal del esguince cervical, curso de formación continuada para médicos forenses. Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de Justicia, Madrid, 1.998.

⁵⁷COMÍN GÓMEZ, J. A.; RODRÍGUEZ MERCHÁN, C. *El esguince cervical*. Rev. Esp. Med. Leg. 1.997; XXI(80-81): 44-48.

⁵⁸MIRÓ GARCÍA, FRANCISCO. *Lesiones producidas por el "airbag" y el cinturón de seguridad*. Cuad. Med. For. Nº 7 Enero, 1.997.

⁵⁹ABECIA MARTÍNEZ, EMILIO et al. *Lesiones oculares producidas por airbag*. Mapfre Medicina, 1.995; 6: 201-204.

⁶⁰BRAUDE L.S. *Protective eyewear hended with driver side airbag?* Arch Ophthalmol. 1.992; 110: 1201.

⁶¹LARKIN G.L. *Airbag-mediated corneal injury*. Am J Emerg Med. 1.991; 9 (5): 444-446.

⁶²ROSENBLATT M.A.; FREILICH B.; KIRSCH, D. *Airbag-associated ocular injury (letter)*. Arch Ophthalmol. 1.993; 111: 1318.

⁶³LESHER M. P.; DURRIE D. S. ; STILES M. C. *Corneal edema, Hyphema, and angle recession after airbag inflation*. Arch Ophthalmol. 1.993; 11: 1320-1322.

⁶⁴DRIVER P. J.; CASHWELL, L. F.; YEATTS, R. P. *Airbag-associated bilateral hyphemas and angle recession*. Am J Ophthalmol. 1.994; 118 (2): 250-251.

⁶⁵MISHLER K.E. *Hyphema caused by airbag (letter)*. Arch Ophthalmol. 1.991; 109: 1635.

⁶⁶SCOTT I. U.; JOHN G.R.; STARK W. J. *Airbag-associated ocular injury and periorbital fractures*. Arch Ophthalmol.1.993; 111: 25.

⁶⁷INGRAHAM H. J.; PERRY, H. D.; DONNENFELD, ED. *Airbag keratitis*. N Engl J Med. 1.991; 324 (22): 1599-1660.

⁶⁸SWANSON-BIEARMAN, B. ; MRVOS, R.; DEAN, B. S. ; KRENZELOK, E. P. *Airbag: livesaving with toxic potencial?*. Am J Emerg Med. 1.993; 11: 38-39.

⁶⁹SMALLY, A.J.; BINZER, A.; DOLIN, S.; VIANO, D. *Alkaline chemical keratitis: eye injury from airbags*. Ann Emerg Med. 1.992; 21 (11): 1400-1402.

⁷⁰CONOVER, K. *Chemical burn from automotive airbag*. Ann Emerg Med. 1.992; 21 (6): 770.

⁷¹RIMMER, S.; SHULER, J.D. *Severe ocular trauma from a driver's-side air bag*. Arch Ophthalmol. 1.991; 109: 774.

⁷²HAN, D. P. *Retinal detachment caused by airbag injury (letter)*. Arch Ophthalmol. 1.992; 111: 1317-1318.

⁷³HINOJAL FONSECA, R; DE LA FUENTE ÁLVAREZ, F. *Incidencia del uso del casco en las lesiones iniciales, tratamientos y secuelas en los accidentes de tráfico*. Comunicación al V Congreso Nacional de Valoración del Daño Corporal. Valencia, 20-22 de Mayo de 1.999.

⁷⁴JOUVENCEL, M. R. *Biocinemática del accidente de tráfico*. Ediciones Díaz de Santos, S.A. Madrid, 2.000.

⁷⁵BORTOLUZZI, A. S. En: *Tratado de seguridad e higiene en el trabajo*, tomo III, pág 738. Ministerio de Trabajo, Madrid, 1.971.

⁷⁶BARRET, S. M. *Traumatismos en el embarazo*. Dentro de la obra *Politraumatismos* (o. c.; RJ Wilder), págs 203-217.

⁷⁷PÉREZ PINEDA, B; GARCÍA BLÁZQUEZ, M. *Manual de valoración y baremación del daño corporal*. 3ª edición. Ed Comares. Granada, 1.994.

⁷⁸GISBERT CALABUIG, J. A. *Nexo de causalidad en valoración del daño corporal*. Rev. Port. Dano Corp. 6(7): 09-35, 1.997.

⁷⁹HINOJAL FONSECA, R et al. *Días impeditivos, Días no impeditivos*. Cuadernos de valoración. Enero 2.001. Nº 13, pp.36-38.

⁸⁰Ley Orgánica 3/1.989, de 21 de junio de actualización del Código Penal. B.O.E. núm 148, de 22 de Junio de 1.989, pp.: 19.351-19.358.

⁸¹RODES LLORET, F.; VÁZQUEZ MÁRQUEZ A.; MARTÍ LLORET J. B. *Medicina forense y el daño a las personas*. Rev Esp Med Leg 1.998; XXII(83): 32-37.

⁸²GARCÍA-FERRER PORRAS, R.; SÁEZ RODRÍGUEZ, J. ; PÉREZ JORGE, P.; GARCÍA GARCÍA, J. *Valoración médico legal de la actuación médica en las lesiones*. Cuadernos de Medicina Forense nº 3, Enero 1.996.

⁸³HERNÁNDEZ CUETO, C. *Valoración médica del daño corporal. guía práctica para la exploración y evaluación de los lesionados*. 2ª edición. Masson, S.A. 2.001.

⁸⁴HERNÁNDEZ, J; HERNÁNDEZ, ML. *El informe o declaración de sanidad de lesiones tras la ley 3/89*. Rev Esp Med Leg, 1.990; XVII (62-63/64-65): 51-62.

⁸⁵FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO. *Circular núm 2/1.990 sobre la aplicación de la Reforma de la Ley Orgánica 3/1.989, de 21 de Junio, de actualización del Código Penal*. Suplemento al Boletín del Ministerio de Justicia, núms. 1.586-1.587. Madrid: Ministerio de Justicia, 1.990.

⁸⁶MURCIA SÁIZ, E. *La regulación de las lesiones dolosas e imprudentes en el nuevo código penal*. Rev Esp Daño Corporal, 1.995; I(2): 63-70.

⁸⁷VÁZQUEZ LÓPEZ, J. E. *Prueba pericial. la primera asistencia facultativa. distinción entre delito y falta de lesiones en atención a dicho concepto y a los artículos 420 y 582 del Código Penal*. Cuadernos de Medicina Forense nº 3. Enero de 1.996.

⁸⁸BOIX, J; ORTS, E; VIVES TS. *La reforma penal de 1.989*. Valencia. Tirant lo Blanch, 1.989. p 104.

⁸⁹Ley Orgánica 10/1.995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE núm 281, de 24 de noviembre de 1.995, pp.: 34.605-34.628.

⁹⁰Ley de Enjuiciamiento Civil. www.mju.es

⁹¹Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de ordenación y supervisión de los seguros privados. BOE de 9 de noviembre de 1.995; 268:8876-974.

⁹²ROUSSEAU, CL.; FOURNIER, CL. *Précis d'évaluation du dommage corporel en droit commun*. Ed. Aredoc.1.990.

⁹³DE ÁNGEL, R. *Responsabilidad Civil*. Bilbao. Ed. Universidad de Deusto, 1.988.

⁹⁴BESSIERES-ROQUES, I; FOURNIER C ; HUGUES, H.; et RICHE F. *Précis d'Evaluation du Dommage Corporel*. En Les Fondamentaux de l'Assurance. Expertise. L'Argus editions.1.997.

⁹⁵MAGALHÃES, T; HAMONET, C. *O dano pessoal*. Rev. Port. Dano Corp. 9(10): 49-69, 2.000.

⁹⁶LLAMAS POMBO, E. *La responsabilidad civil del médico*. Editorial Trivium, S.A. Madrid.1.998.

⁹⁷CHOUAIB, R. *Evaluation du dommage corporel en France chez les victimes d'accidentés de la route*. Rev. Port. Dano Corp. 8(9): 103-110, 1.999.

⁹⁸DE SOUSA DINIS, J.J. *Avaliação e reparação do dano corporal em situações de agravamento*. Rev. Port. Dano Corp. 5(6): 09-24, 1.996.

⁹⁹CRiado DEL RÍO, M.T. *Valoración médico-legal del daño a la persona. Civil, penal, laboral y administrativa. Responsabilidad profesional del perito médico*. Editorial Colex, 1.999.

¹⁰⁰YÁNEZ DE ANDRÉS, A. *Responsabilidad e indemnización. Tres niveles de exigencia y de reparación*. En Revista de Responsabilidad Civil, Circulación y Seguro. Sección 1ª doctrina. Junio 2.000. Ed Inese.

¹⁰¹MEDINA CRESPO, M. *Las recomendaciones europeas sobre la valoración del daño corporal*. Conferencia inaugural del XV Congreso de Derecho de la

Circulación, Madrid 26 y 27 de abril de 1.999. En Revista de Responsabilidad Civil, Circulación y Seguro. Sección 1ª doctrina. Octubre 1.999. Ed Inese.

¹⁰²Recomendaciones del Coloquio Jurídico Europeo de 1.988, París 18-20 de noviembre, relativo a la "valoración del perjuicio corporal en el derecho común (civil) de la responsabilidad".

¹⁰³HINOJAL FONSECA, R. *Fundamentos y métodos de la valoración de los distintos daños (baremos)*. En Rev. Port. Dano Corp 5(6): 65-88, 1.996.

¹⁰⁴MURCIA SÁIZ, E. *La valoración y reparación del daño corporal por responsabilidad civil extracontractual en España*. Apuntes del Master de valoración del daño corporal. Valencia, 1.999.

¹⁰⁵ASOCIACIÓN MÉDICA AMERICANA (A.M.A). *Tablas de evaluación del menoscabo permanente*. B.O.E. de 16 y 17 de Marzo (O.M. 6 de Marzo de 1.984).

¹⁰⁶MELENNEC, L. *Barème international des invalidités posttraumatiques*. Editorial Masson. París. 1.991.

¹⁰⁷Código civil. Biblioteca de legislación. Civitas. Madrid, 1.996.

¹⁰⁸ANÓNIMO. *Algunos comentarios del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación*. Rev. Esp. Daño Corporal, nº2. Madrid, Ediciones Díaz de Santos, S.A.; 1.995.

¹⁰⁹MUÑOZ, J. I.; REPRESAS, C.; SUÁREZ-PEÑARANDA, M. S. et al. *La tercera persona en la ley española 30/95. Valoración médico-legal de los grandes inválidos*. Rev. Port. Dano Corp. 9(10) : 99-105, 2.000.

¹¹⁰BOROBIA FERNÁNDEZ, C. *Pronóstico del estado vegetativo persistente*. Rev. Port. Dano Corp. 5(6): 47-63, 1.996.

¹¹¹BOROBIA FERNÁNDEZ, C. *Valoración de daños personales causados en los accidentes de circulación*. La Ley Actualidad S.A. Madrid, 1.996. pp 35-73.

¹¹²HERNÁNDEZ MORENO, J.; HERNÁNDEZ GIL, M. L. ; HERNÁNDEZ GIL, A. *Ventajas e inconvenientes del Baremo de la Ley 30/95*. Cuad. Med. For. N ° 13, julio 1.998.

¹¹³BOROBIA FERNÁNDEZ, C. *El nuevo baremo legal y los defectos científicos (Anexo de la Ley 30/1995). Problemática en la valoración médica de las secuelas*. En Rev. de Responsabilidad Civil, Circulación y Seguro. Ed Inese. Enero 1.996. pag 4-8.

¹¹⁴ORTEGA PÉREZ, A. *El baremo legal es poco adecuado para la valoración del daño corporal*. Cuad. Med. For. N° 15, Enero 1.999.

¹¹⁵AVELLANET VILADOMAT, M; GONZÁLEZ VIEJO, M. A; RODRÍGUEZ PAZOS, M. *Eficacia del sistema de valoración del daño corporal por accidentes de tráfico en España*. En Rehabilitación (Madr) 1.998; 32:306-311.

¹¹⁶VARIOS AUTORES. Tema monográfico: *Análisis de las recomendaciones para la aplicación de la tabla VI*. I Jornada sobre aspectos médico-prácticos del sistema de valoración, Madrid 13 de junio de 2.001.

¹¹⁷Real Decreto 1.496/87, de 6 de noviembre, sobre obtención, expedición y homologación de títulos universitarios.

¹¹⁸RUIZ DE LA CUESTA, J. M.; MUÑOZ TUERO, L. M. ; MOYA PUEYO, V.; VÁZQUEZ MIRALLES, J. *El daño corporal en el aparato locomotor y su valoración. Daño corporal y Compañías de Seguros*. Rev. Esp. Med. Legal. 22-23: 150-153. 1.980.

¹¹⁹ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL. *Código de Ética y Deontología Médica*. 10 de septiembre de 1.999.

¹²⁰ÁLVARO DIAS, J. *Dano Corporal. Uma realidade não subsumível à perda (ou diminuição) da capacidade de ganho*. Rev. Port. Dano Corp. 9(10): 71-98, 2.000.

¹²¹GÓMEZ DE LIAÑO, F. *La responsabilidad en el uso de vehículos a motor. Aspectos procesales*. Forum. Madrid, 1.996.

¹²²MARTINEZ-CALCERRADA, L. *Derecho Médico*. Vol. 2. 1ª edición. TECNOS, Madrid, 1.986.

¹²³VARELA AGRELO, J. A. *La prueba pericial médica dentro del ordenamiento jurídico*. Revista española del Daño Corporal, núm 1, año 1.995.

¹²⁴Ley de enjuiciamiento criminal. TECNOS. Madrid.

¹²⁵SUAREZ SANCHEZ, U. *El informe médico forense: forma, contenido y valor*. Revista Española de Medicina legal. 1.997; XXI (80-81): 26-29.

¹²⁶GISBERT CALABUIG, J. A. *Aspectos médico-legales y metodológicos en la valoración del daño corporal*. Primeras Jornadas sobre valoración del daño corporal. Valencia 19-20 de Noviembre de 1.990.

¹²⁷MURCIA SÁIZ, E. *El acceso a la información en Valoración del Daño Corporal. Problemas*. Cuadernos de valoración. Sociedad Española de Valoración del Daño Corporal. Sociedad Española de Medicina de los Seguros. Enero, 2001. pp 31-35.

¹²⁸BOROBIA FERNÁNDEZ, C. *El parte de espera*. Rev. Esp. Med. Legal 40-41: 64-69. 1.984.

¹²⁹LUZÓN CANOVAS, M. *El informe de sanidad médico forense desde la perspectiva del fiscal*. Rev Esp Med Legal 1.997, XXI (80-81): 23-5.

¹³⁰HERNÁNDEZ CUETO, C. *La valoración del daño corporal en niños y ancianos*. Rev. Port. Dano Corp. 6(7): 37-62, 1.997.

¹³¹ROUSSEAU, C. *Le médecin expert face au dommage corporel de l'enfant*. Rev. Franç. Dommage Corp, 15/3:260., 1.989.

¹³²GISBERT GRIFO, M.S. ; MURCIA SÁIZ, E. *Valoración del daño corporal en niños y ancianos*. En Valoración médica del daño corporal. Guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados. 2ª edición. Masson, S.A. 2.001.

¹³³VILLANUEVA CAÑADAS, E; HERNÁNDEZ CUETO, C. *Problemas médico-legales de la valoración del daño corporal de las lesiones crónicas*. Rev. Port. Dano Corp. 2(4) :91-117, 1.994.

¹³⁴CIVANTOS BENITO, J. R.; ARROLLO URIETA, G. *Valoración médico-legal de las secuelas post-accidente*. Comunicación presentada en el XXV Congreso de la Academia internacional de Medicina Legal y de Medicina Social. Rev. Esp Med. Legal. Año XVII, Nº 62-63, 64-65. Enero-junio, 1.990; Julio-diciembre, 1.990.

¹³⁵MAZA MARTÍN, J. M. *Los contenidos del informe pericial médico forense: dos cuestiones actuales de interés*. Rev Esp Med Legal 1.997; XXI (80-81): 30-43.

¹³⁶FRANCISCO ENCISO, E de. *“Accidentes de tráfico con motocicleta: repercusiones sociales, económicas y médico-legales”*. Tesis doctoral. Valencia, junio de 1.996.

¹³⁷ALONSO SANTOS, J. *Lesiones y secuelas de los accidentes de tráfico*. En Seguridad vial y accidentes de tráfico. Masson, 1.996. pp 189-204.

¹³⁸BOROBIA FERNÁNDEZ, C. *Valoración de secuelas del aparato locomotor*. Rev. Esp. Med. Legal. 40-41: 59-63. 1.984.

¹³⁹FERNÁNDEZ PORTAL, L. ; GÓMEZ CASTREJANA, F.; GUILLÉN, P. *Lesiones de rodilla*. VI Simposium internacional de Traumatología. Editorial Mapfre, S.A., 1.980.

¹⁴⁰ALVELO IGLESIAS, M. A. *Lesiones meniscales y ligamentosas de rodilla en accidentados de tráfico: valoración de las secuelas*. Rev. Esp. Daño Corporal. Vol.III. Nº 6. 2º semestre. 1.998. Ed Díaz de Santos.

¹⁴¹SOLIGUER CABRUJA, J. *Patología del hombro*. Ponencia al curso de patología del hombro, incluido en los cursos de formación continuada para médicos forenses. Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de Justicia. Madrid, 6 de mayo de 2.003.

¹⁴²DÍAZ FERREIRÓS, F. *Secuelas de las lesiones del manguito de los rotadores y de la articulación acromioclavicular*. Ponencia al IV Congreso Nacional de Valoración del daño Corporal. Santiago de Compostela, 25-27 de septiembre de 1.997.

¹⁴³SOLIGUER CABRUJA, J. *Algodistrofias del miembro superior. Valoración médico-legal*. Ponencia al IV Congreso de Valoración del Daño Corporal. Santiago de Compostela 25-27 de septiembre de 1.997.

¹⁴⁴GHIKHANI, L., DAVIDO,N. *L'essenciel en traumatologie faciale*. Rev. Fr. Dommage Corp, 2002 ;28-2: 155-160.

¹⁴⁵FERRER GÓMEZ, C. *Valoración neurológica del daño corporal de origen traumático*.

¹⁴⁶HEREDERO LAIGLESIA, J. L. *Esguince cervical*. Rev. Esp. Daño Corporal. Vol. III. Nº 5. 1º semestre. 1.997.

¹⁴⁷GONZÁLEZ CAJAL, J. *“Aspectos psicológicos y psiquiátricos”*. En curso de formación continuada para médicos forenses, Problemática médico-legal del esguince cervical. Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de Justicia, Madrid 16-18 de marzo de 1.998.

¹⁴⁸ALONSO SANTOS, J. *“Valoración de las secuelas psíquicas derivadas de los accidentes de tráfico”*. En curso de formación continuada para médicos forenses, Valoración médico-forense de las secuelas neuropsicológicas, moderadas y leves, de los traumatismos craneoencefálicos. Centro de estudios Jurídicos de la Administración de Justicia, Madrid 1-3 marzo de 1.999.

¹⁴⁹PELEGRÍN VALERO, C. *“El síndrome postconmocional”*. En curso de formación continuada para médicos forenses, “Valoración médico-forense de las secuelas neuropsicológicas, moderadas y leves, de los traumatismos craneoencefálicos”. Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de Justicia, Madrid 1-3 marzo de 1.999.

¹⁵⁰DSM-IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1.995.

¹⁵¹CASADO BLANCO, M. *Trastorno por estrés postraumático: estudio en accidentados de tráfico*. Mapfre Medicina, 2.003; vol. 14, nº1, pp 26-31.

¹⁵²GILABERTE; I ; BACA, E. *Trastorno por estrés postraumático: estudio en una población de riesgo*. Arch. Psiquiatría. 2.000; 62 (3): 259-272.

¹⁵³*Valoración psiquiátrica y legal de la epilepsia*. Cuad. Med. For. nº 25, julio 2.001. pp 39.

¹⁵⁴ALTED LÓPEZ, E.; DELGADO MILLÁN, M.A.; SÁNCHEZ IZQUIERDO, J.A. *Traumatismos diafragmáticos cerrados*. Med.Intens. 1.991. 15, Nº 5: 263-266.

¹⁵⁵GALÁN CORTÉS, J. C; HINOJAL FONSECA, R. *La patología otológica en la Ley 30/95 de 8 de Noviembre*. Comunicación libre al IV Congreso Nacional de Valoración del Daño Corporal. Santiago de Compostela, 25-27 de Septiembre de 1.997.

¹⁵⁶SÁDABA, L. M.; MORENO, J.; et al. *Azoor. Tras una lesión por latigazo cervical*. Rev. Med. Univ. Navarra. Vol. 45, Nº 4, 2.001, 35-38.

¹⁵⁷PASTOR ARMESTO, C. A. *Valoración de las lesiones en la cavidad oral*. Boletín Galego de Med. Legal e Forense nº 11. Abril 2.003.

¹⁵⁸FEITO FIDALGO, J.J., JIMÉNEZ RUBIO-MANZANARES, A.; MURILLO DEL CASTILLO, C. *Traumatismos dentofaciales (I)*. Rev. Actual Odontostomatol. Esp.1.990; 50 (396): 55-61.

¹⁵⁹CAPRIOGLIO, D.; FALCONI, P.; VERNOLE, B. *Les traumatismes des dents antérieures en Pédoodontie*. París : Edit. Masson, 1.990.

¹⁶⁰HERNÁNDEZ CUETO, C.; MARTÍNEZ DE MANDOJANA CAPILLA, J.M. *Valoración e indemnización de secuelas en traumatología bucodentaria*. Mapfre-Medicina, 1.996; 7: 45-53.

¹⁶¹HAOUARI, T. P. et coll. *Faux anévrysmes post-traumatiques de l’aorte thoracique*. Rev. franç. dommage corp., 1.999-2, 133-139.

¹⁶²DORADO FERNÁNDEZ, E.; GÓMEZ ALCALDE, MS.; DONAT LAPORTA, E.; ALCAIDE SASTRE, M. *Discción carotídea y esguince cervical. Aspectos médico-*

legales. Rev. Centro Estudios Jurídicos de la Administración de Justicia. Nº 2. 1º semestre 2.003. pp 95-111.

¹⁶³MARTÍNEZ GARCÍA, P. *Valoración médico-legal de la impotencia o disfunción eréctil*. Cuad. Med. For. Nº 19, Enero 2.000.

¹⁶⁴GRANDOV, B. ;CARRILLO BASCARY, M. *Cicatrices, daño estético y el derecho a la integridad física*. Ed. FAS: Rosario, 2.000.

¹⁶⁵BERMÚDEZ, J. *Valoración del daño estético por cicatrices*. Primeras Jornadas Iberoamericanas de Ciencias Forenses. Madrid, junio de 2.001.

¹⁶⁶*Resolución 75/7 del Comité de Ministros del Consejo de Europa*, 14 de marzo, relativa a la reparación de los daños en los casos de lesiones y fallecimiento.

¹⁶⁷ALONSO SANTOS, J. *La valoración del perjuicio estético*. III Jornadas Andaluzas sobre Valoración del daño corporal. Sevilla, octubre de 1.998. Cuad. Med. For. Nº14. pp 7-20.

¹⁶⁸SÁNCHEZ FUENTE, R. *Descripción y valoración del perjuicio estético*. IV Curso de especialistas Universitarios en Valoración del Daño Corporal. Universidad de Valladolid; 1.996.

¹⁶⁹VEGA GUTIÉRREZ, J; VEGA GUTIÉRREZ, J; MIRANDA ROMERO, A. *Valoración del daño corporal en dermatología. estudio jurisprudencial*. Actas Dermosifiliogr 2.002; 93 (3): 195-202.

¹⁷⁰ALONSO SANTOS, J. *Interpretación práctica del sistema de reparación del daño en la Ley 30/95, aspectos médicos*. Ponencia al IV Congreso Nacional de Valoración del Daño Corporal. Santiago de Compostela, 25-27 de septiembre de 1.997.

¹⁷¹KOBLENZER, CS. *Aspectos psicológicos de las enfermedades cutáneas*. En: Fitzpatrick, et al, editores. *Dermatología en medicina general*. Madrid: Panamericana; 1.997.

¹⁷²MARTÍNEZ-PEREDA RODRÍGUEZ, JM. *La cirugía estética y su responsabilidad*. Madrid: Ed Comares; 1.997.

¹⁷³PRESENTACIÓN BLASCO, J. A; de la PRESENTACIÓN BLASCO, C et al. *Recomendaciones para la valoración médica del daño corporal en la Ley del seguro privado*. Comunicación a las IV Jornadas andaluzas sobre valoración del daño corporal. Sevilla 31 de Mayo-2 de Junio de 2.001.

¹⁷⁴RODES LLORET, F.; MARTÍ LLORET, J. B.; VÁZQUEZ MÁRQUEZ, M. A.; JIMÉNEZ MORENO, S. *Valoración del período de incapacidad en la práctica médico-forense*. Revista Española de Medicina Legal, año XX, Nº 74-75, 1.996, pp. 67-72.

¹⁷⁵VALLEJO NÁJERA, A. *La enfermedad simulada*. Barcelona. Ed. Salvat. 1.951.

¹⁷⁶ÁLVAREZ SAÉNZ, JUAN JOSÉ. *La simulación y disimulación en valoración del daño corporal*. Rev. Port. Dano Corp. 6(7): 73-81, 1.997.

¹⁷⁷RODES LLORET F.; MARTÍ LLORET, J. B.; VÁZQUEZ MÁRQUEZ, M. A. *Simulación y exageración en la valoración del daño corporal*. Rev. Port. Dano Corp. 4(5): 47-59, 1.995.

¹⁷⁸RODES LLORET, F.; MARTÍ LLORET, J. B.; VÁZQUEZ MÁRQUEZ, M. A. ; GINER ALBEROLA, S. *Valoración de las secuelas en la Práctica Médico Forense*. Rev. Esp. Med. Legal, XX, 74-75, pp. 73-77, Enero-Junio 1.996.

¹⁷⁹MURCIA SÁIZ, E. *Aspectos que distorsionan la valoración médico-legal de enfermedades y lesiones. Simulación versus neurosis traumáticas*. Rev. Port. Dano Corp. 9 (10): 09-29, 2.000.

¹⁸⁰BAÓN RAMÍREZ, L. *Tiempos de curación en traumatología*. IBERMUTUA. Editorial Praxis 2.000, S. L. 1.996.

¹⁸¹LIZASOÁIN, L; JOARISTI, L. *SPSS para Windows versión 8 en castellano*. 2ª edición. Paraninfo, S.A. 2.001.

¹⁸²*Ley 6/1985, Orgánica del Poder Judicial*. Libro VI, Título IV, art 497-508.

¹⁸³Real Decreto 386/1996, de 1 de Marzo. BOE de 9 de Marzo de 1996, Reglamento de los Institutos de Medicina Legal. pp 9634-9636.

¹⁸⁴Real Decreto 296/1996, de 23 de Febrero, Reglamento Orgánico de Médicos Forenses. BOE nº 53 de 1 de marzo de 1.996. pp 8113-8132.

¹⁸⁵Decreto 125/1998, de 1 de septiembre, del Gobierno Valenciano, de constitución y regulación del Instituto de Medicina Legal de Castellón. DOGV núm 3.345, de 6 de Octubre, pp 15547-15552.

¹⁸⁶CONSEJO SUPERIOR DE TRÁFICO Y SEGURIDAD DE LA CIRCULACIÓN VIAL. *Plan nacional de seguridad vial para el año 2.001*. DGT. Ministerio del Interior.

¹⁸⁷ICORNELLES, V. *Parque de vehículos por mil habitantes en la provincia de Castellón*. Periódico El Mediterráneo, 2.001.

¹⁸⁸OMS: Organización Panamericana de la Salud. *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Décima revisión. Volumen 1. 1.995.

¹⁸⁹INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Defunciones según la causa de muerte 1.996. Estadísticas del Movimiento Natural de la Población*. Madrid. Instituto Nacional de Estadística, 1.999.

¹⁹⁰MINISTERIO DEL INTERIOR. DGT. *Uso del cinturón de seguridad en vía urbana e interurbana en el territorio español. Análisis comparativo de los tres estudios realizados*. Madrid. 1.998.

¹⁹¹MINISTERIO DEL INTERIOR. DGT. *Uso del casco en ciclomotores y motocicletas en vía urbana e interurbana en el territorio español. Análisis comparativo de los tres estudios realizados*. Madrid. 1.998.

¹⁹²OMS. Organización Panamericana de la Salud. *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. CIE-10*. Décima revisión. Volumen 3. 1.995.

¹⁹³OMS. Organización Panamericana de la Salud. *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. CIE-10*. Décima revisión. Volumen 2. 1.995. pp 27-28.

¹⁹⁴ARGIMÓN PAYAS, JM; JIMÉNEZ VILLA, J. *Anexo 6, Elección de la prueba estadística*. En Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Ed Harcourt, S.A. 2ª edición. 2.000.

¹⁹⁵ARGIMON PALLÁS, J. M; JIMÉNEZ VILLA, J. *Anexo 6. elección de la prueba estadística*. En Métodos de Investigación clínica y epidemiológica. 2ª edición. Ediciones Harcourt, S.A. 2.000.

¹⁹⁶AGRUPACIÓN DE TRÁFICO DE LA GUARDIA CIVIL .SUBSECTOR DE CASTELLÓN. MINISTERIO DEL INTERIOR. *Estudio comparativo y gráficas de accidentes y víctimas 1.986-2.001*.

¹⁹⁷Memoria Instituto de Medicina legal de Castellón, 2.000. Ministerio de Justicia. Generalitat Valenciana.

¹⁹⁸MURCIA SÁIZ, E. *Valoración Médico-legal de las Lesiones. Estudio de los 6.330 casos examinados en la Clínica Médico-Forense de Valencia durante el quinquenio 1984-1988*. Tesis Doctoral. Valencia, 1.990.

¹⁹⁹GÓMEZ ALCALDE, M.S. *Accidentes de tráfico en la tercera edad. Estudio de 55 casos en Alcalá de Henares*. Geriátrica. 14(2): 57-65. 1.998.

²⁰⁰GÓMEZ ALCALDE, M.S. *Factores epidemiológicos de los accidentes de tráfico en niños*. Pedriátrica. Vol.16. Núm 7 (301-307). 1.996.

²⁰¹SOLER ROCA, G. *Mortalidad por accidentes de tráfico en la infancia*. Rev. Esp Med. Leg. Año VI, Nº 20-21, julio-diciembre, 1.979.

²⁰²BIERMAN, G. *El accidente de tráfico como vivencia infantil*. El hexágono de Roche,1.981; 4:1-5.

²⁰³RODRIGO, E. Educación vial. Nueva asignatura obligatoria. El Mundo, 8 de agosto de 1.993; 4-5.

²⁰⁴BAÑÓN DE JUAN, E.; RODES LLORET, F.; MARTÍ LLORET, J. B. *Los accidentes de tráfico en la infancia*. Comunicación a les Cinquenes Jornades catalanes d'actualizació en Medicina Forense. Generalitat Valenciana. Departament de Justicia. Barcelona, 18-20 de noviembre de 1.999.

²⁰⁵OIT (Oficina internacional del Trabajo) CIUO-88. *Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones*. Ginebra, 1.991.

²⁰⁶HERREROS LÓPEZ, R.; VÁZQUEZ BARQUERO, A.; DIEZHANDINO LERMA, R. Estudio epidemiológico sobre los accidentados de circulación y sus lesiones musculoesqueléticas. Mapfre Medicina, 1.997; 8: 241-250.

²⁰⁷HINOJAL FONSECA, R. *Reconstrucción de los accidentes de tráfico terrestre*. Ponencia al V Congreso Nacional de Valoración del Daño Corporal. Valencia, 1.999. pp95-100.

²⁰⁸SÁNCHEZ, J. *Los padres, primeros educadores viales*. Revista Tráfico. Año VI.Nº 55. Mayo, 1.990. pp I-III.

²⁰⁹GONZÁLEZ-LUQUE, J.C. *Envejecimiento y seguridad vial*. En Jano 3-9 diciembre 1.993. Vol.XLV Nº 1062.

²¹⁰BLANQUER, J. J. ; RAPA, M.; MELCHOR, A.; JIMÉNEZ, T.; ADAM, A., MULET, M. J. *Los accidentes de tráfico: un problema de salud en atención primaria*. Atención Primaria. Vol. 12. Núm.4. 15 de septiembre de 1.993.

²¹¹PATEL, A.; PASTEYER, TARRIERE.; BOURRET. *Critères de severité des lésions causées par les accidents d'automobiles*. La Nouvelle Presse Medicale, nº 17, nº 17, 22-4-1.972.

²¹²PRADA, C; PRADA, R; DEL RÍO, M. C.;ÁLVAREZ, F. J. *Accidentes de tráfico en la población española*. Med. Clín. Barcelona, 1.995. Núm 16. Vol. 105: 601-604.

²¹³GÓMEZ ALCALDE, M.S. *Las contusiones por accidente de tráfico como causa de incapacidad laboral*. Mapfre Medicina, 1.996:7:245-252.

²¹⁴GARNÉS ROS, A. F.; SASTRE BARCELÓ, J.; ARANAZ ANDRÉS, J. *Estudio epidemiológico de los accidentes de tráfico atendidos en el Hospital General de Alicante*. Avances en traumatología, 2.000; 30(3): 154-157.

²¹⁵DÍAZ ALMODÓVAR, J.L. *Factores de riesgo y lesiones derivadas de los accidentes de tráfico*.pp 8-9. En Viure en Salut nº 41, monográfico dels accidents de trànsit.

²¹⁶GÓMEZ ALCALDE, MS. *Aproximación epidemiológica a las lesiones no mortales producidas en accidente de tráfico*. Mapfre Medicina, 1.996; 7: 103-109.

²¹⁷LÓPEZ, M. Informe "Accidentes de tráfico como responsables de lesiones cerebrales". Revista Tráfico, junio 1.996.

²¹⁸HINOJAL FONSECA, R; RODRÍGUEZ GETINO, J. A. *Estudio epidemiológico sobre los accidentes de tráfico*. Rev. Esp. Med. Legal. 1.987; XIV (54): 88-92.

²¹⁹RODES LLORET, F., MARTÍ LLORET, J. B.; GINER ALBEROLA, S.; JIMENEZ MORENO, S. *Estudio de las secuelas en la valoración del daño corporal*. Sociedad Mediterránea de Medicina Legal. XI Jornadas Mediterráneas de Medicina Legal. 21-21 septiembre 1.994. La Manga del Mar Menor. Murcia. Universidad de Valencia, 1.998.

²²⁰FERNÁNDEZ-CUENCA, R; PRIETO, A; BIGLINO, L; ESTEBÁN, S; RIVERO, A; SEVILLA, F. *Utilización de servicios sanitarios en accidentes de tráfico*. Comunicaciones a la mesa: Estilos de vida. XIV Jornadas de Economía de la Salud;

1.994; 8-10 Junio, Santiago de Compostela. Santiago de Compostela: XIV Jornadas de Economía de la Salud, 1.994.

²²¹PLASENCIA, A; BORRELL, C; ANTÓ, J.M. *Emergency department and hospital admissions and deaths from traffic injuries in Barcelona, Spain. A one-year population-based study*. 38th Annual Proceedings Association for the Advancement of Automotive Medicine; 1.994, 21-23 de Septiembre; Lyon. Lyon: Association for the Advancement of Automotive Medicine, 1.994; 297-317.

²²²RODRÍGUEZ SUÁREZ, L. F; HINOJAL FONSECA, R. *Patología del hombro en relación con la valoración del daño corporal*. Comunicación libre al IV Congreso Nacional de Valoración del Daño Corporal. Santiago de Compostela, 25-27 de septiembre de 1.997.

²²³RODES LLORET, F.; MARTÍ LLORET, J. B.; CARDONA LLORENS, A.; MARHUENDA AMORÓS, D. *Estudio del periodo de incapacidad en la valoración del daño corporal*. Sociedad Mediterránea de Medicina Legal. XI Jornadas Mediterráneas de Medicina Legal. 21-24 septiembre de 1.994. La Manga del Mar Menor. Murcia. Universidad de Valencia 1.998.

²²⁴BARSOTTI, J.; DUJARDIN, C. *Guía práctica de traumatología*. Barcelona. Masson, S.A.1.988; pp 1-258.

²²⁵ASO ESCARIO, J.; COBO PLANA, J.A. *Valoración de las lesiones causadas a las personas en accidentes de circulación. Análisis médico forense del Anexo a la Ley 30/1995*. Barcelona. Ed. Masson. 1.998, pp 1-447.

²²⁶FUNDACIÓN MAPFRE. *Propuesta de Protocolo de tratamiento y valoración del daño corporal en el latigazo cervical*. Presentado en las V Jornadas Mapfre sobre valoración del daño corporal. Octubre de 2.002.