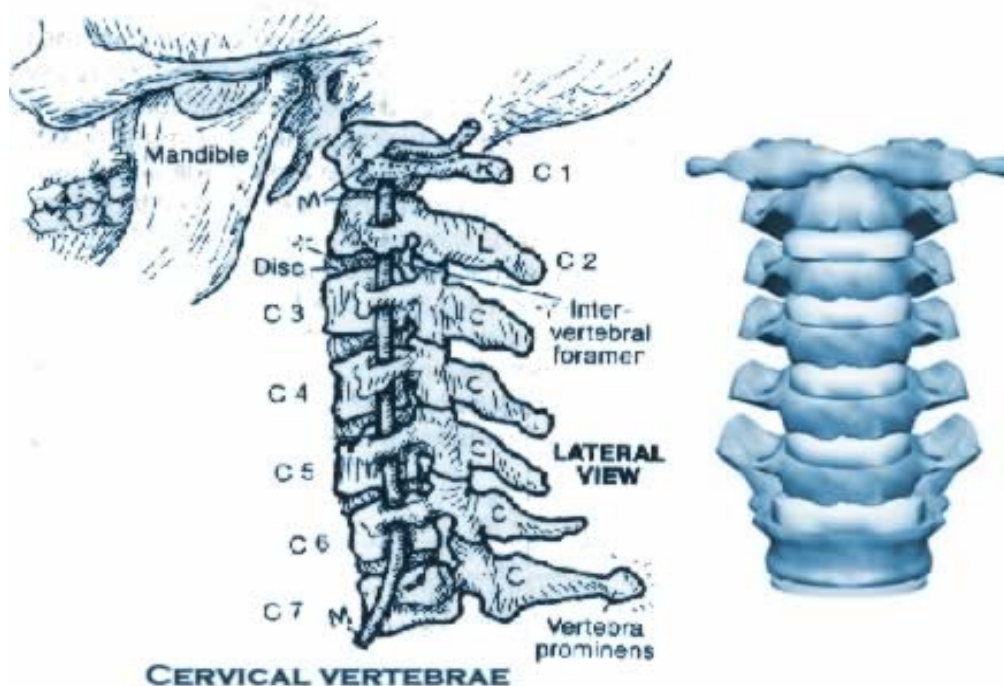


DETERMINACIÓN DE CONTIGENCIA EN PROCESOS DE SINDROMES CERVIBRAQUIALES DERIVADOS AL SPS DURANTE EL AÑO 2010



Autor:

Dr. Miguel Ángel Margolles Dacal. C.A Asepeyo Gijón

Correspondencia:

Miguel Ángel Margolles Dacal. C/ Ramón y Cajal nº5 33204, Gijón

Correo electrónico: mmargollesdacal@asepeyo.es

RESUMEN

El síndrome cervicobraquial está encuadrado dentro de las patologías o síndromes caniculares de la extremidad superior y se definiría como un complejo sindrómico, de etiología múltiple que origina compresión, irritación o elongación de las estructuras nerviosas del miembro superior y que se expresa por dolor y/o parestesias.

Este síndrome tiene la consideración de contingencia común y se deberá de diferenciar de aquellos síndromes caniculares que se reconocen como etiología laboral; y por tanto debería ser derivados al servicio público de salud con el ahorro que supondrá para la mutua el coste de la cobertura de la incapacidad temporal, no tanto por su duración inicial sino por su reincidencia, ya que son procesos que habitualmente tienen frecuentes recidivas.

Tanto en el ámbito laboral como en el ámbito del servicio público de salud tiene una incidencia similar en ambos sexos, ligeramente superior en las mujeres, siendo una patología que si bien ya hay casos en menores de 30 años tiene un debut clínico con preponderancia a partir de la cuarta década del paciente.

Actualmente, no existe un protocolo de actuación, en la mutua, ante esta patología lo cual está originando distintas formas de proceder de los profesionales; no siendo tenido en cuenta, de manera habitual, como diagnóstico diferencial en los cuadros patológicos de la extremidad superior, lo cual puede provocar gastos innecesarios y derivaciones con el diagnóstico incorrecto.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
I.- Síndrome cervicobraquial	5
II.- Plexo Braquial	6
III.- Efectos de la compresión sobre un nervio	10
IV.- Otros síndromes canaliculares de la extremidad superior	11
V.- Diagnostico	12
V.1.- Anamnesis	12
V.2.- Exploración física	12
V.3.- Pruebas diagnósticas	14
a) Estudio radiológico	14
b) Tomografía computarizada (TAC)	14
c) Resonancia magnética nuclear (RMN)	14
d) Electromiografía (EMG)	15
e) Estudio de laboratorio	15
VI.- Diagnóstico diferencial	16
VII.- Tratamiento	16
VIII.- Pronóstico	17
2. OBJETIVO	19
3. FUENTES UTILIZADAS, MATERIALES Y MÉTODOS	21

4. RESULTADOS	23
5. DISCUSION	29
6. CONCLUSION	30
7. BIBLIOGRAFIA	31

1. INTRODUCCIÓN

I.- Síndrome cervicobraquial

El Síndrome cervicobraquial se definiría como un complejo sindrómico, de etiología múltiple que origina compresión, irritación o elongación de las estructuras nerviosas del miembro superior y que se expresa por dolor y/o parestesias; que se originan e irradian siguiendo el trayecto y distribución sensitiva de una raíz o de un nervio periférico. Se puede acompañar de trastornos neurovegetativos (trastornos en la sudoración y en la temperatura cutánea) en especial en la afectación del nervio mediano por su elevado contenido en fibras simpáticas.

Se puede dividir en dos grupos según la sintomatología:

1. Con dolor referido a la extremidad superior región cérvico-escapular y el hemitorax correspondiente.

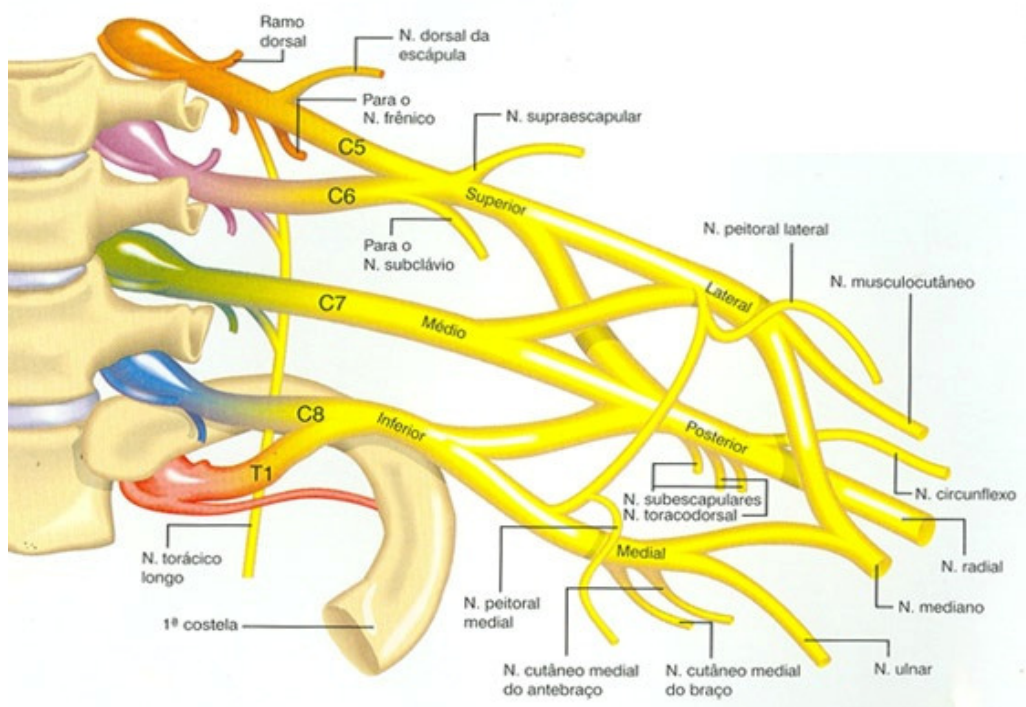
Este dolor permite la movilidad absoluta de toda la extremidad y suele correlacionarse con la posición de la columna cervical. Puede acompañarse con sensación de parestesias y distesias (referido por el paciente como hormigueo en la zona). Generalmente es parestesias y distesias.

2. Con presencia de síntomas de tipo neurocirculatorio:
 - Cefaleas de tipo cérvico – occipital que llega hasta la región frontal, reflejo por afectación de las arterias vertebrales.

- Vértigos correlacionados con los movimientos de la cabeza, bien lateralizaciones o con la mirada hacia arriba y abajo. A la exploración existe una normalidad absoluta en el sistema nerviosa central y oído
- Nauseas casi siempre ligadas al vértigo.

II.- Plexo Braquial

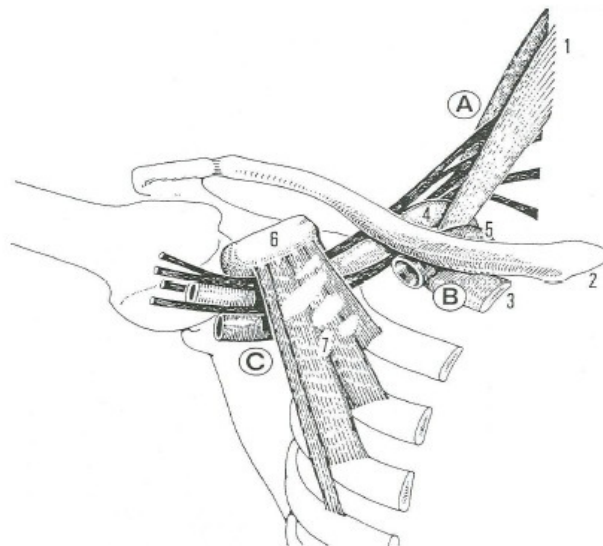
El plexo braquial interviene en la inervación sensitiva y motora de todo el miembro superior exceptuando una parte adyacente al hombro cuya inervación depende del plexo cervical y la parte interna del brazo que depende de los nervios intercostales.



Raíces del plexo braquial

Está formado por 5 raíces nerviosas: C5, C6, C7, C8 y T1 cuyos ramos anteriores tras salir por los agujeros de conjunción se agrupan conformando los troncos primarios superior, medio e inferior que junto con la arteria subclavia atraviesan el desfiladero interescalénico delimitado por los músculos escalenos (escaleno anterior por delante y escaleno medio por detrás) y la primera costilla.

1. Músculo escalenos anterior y medio. 2. Clavícula. 3. Primera costilla.
4. Arteria Subclavia. 5. Vena subclavia. 6. Apófisis coracoides
7. Músculo Pectoral menor. A. Triángulo de los Escalenos.
- B. Desfiladero CostoClavicular C. Desfiladero Pectoral Menor



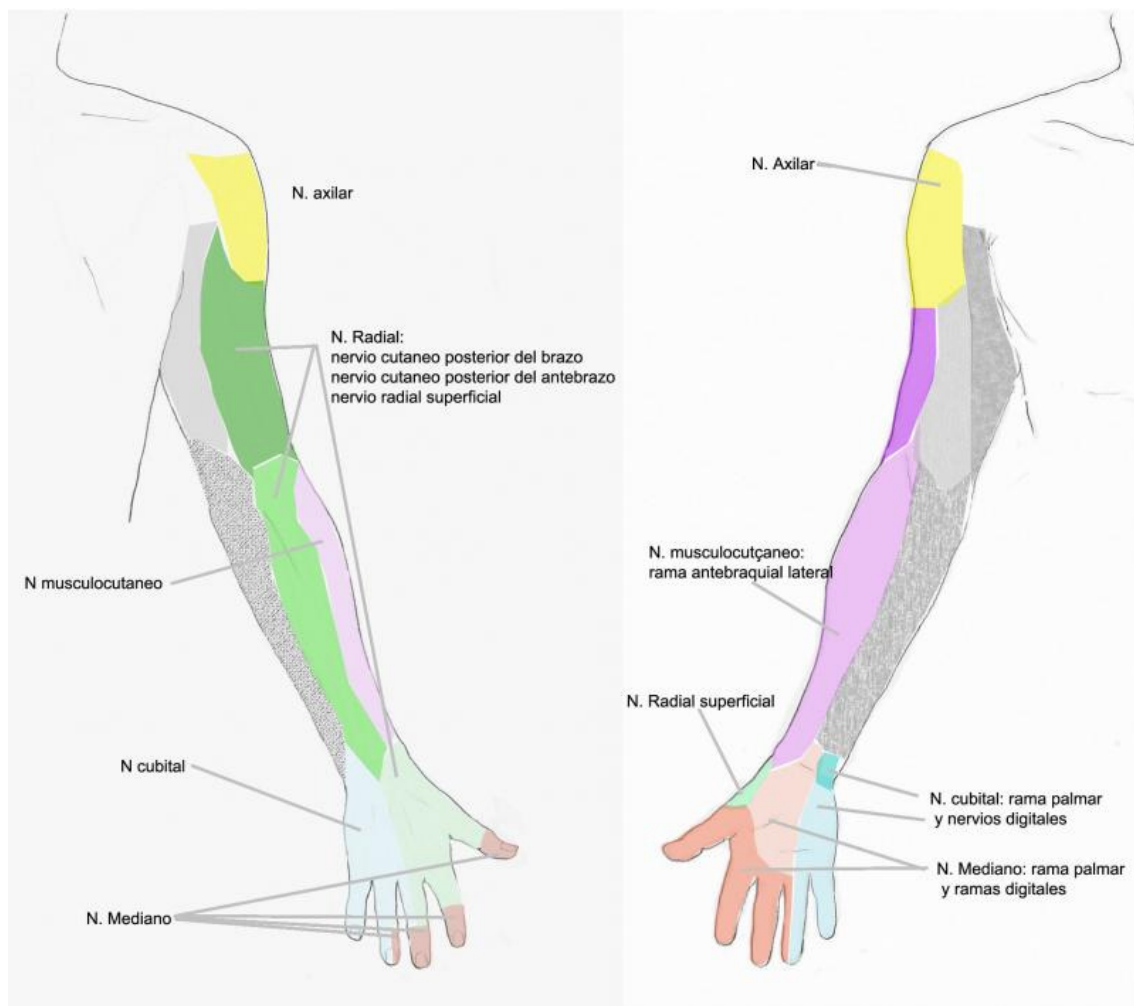
Desfiladero interescalénico

En ocasiones existen escalenos supernumerarios o intermedios que subdividen el espacio interescalénico y reducen sus dimensiones.

Durante los movimientos de abducción del brazo y de la retropulsión del hombro el tronco primario inferior (conformado por la unión de las raíces C8 y T1) se ve comprimido contra el escaleno medio.

En el espacio costo clavicular (delimitado por la cara inferior de la clavícula y la cara superior de la primera costilla) se forman los troncos secundarios: lateral, posterior y medial.

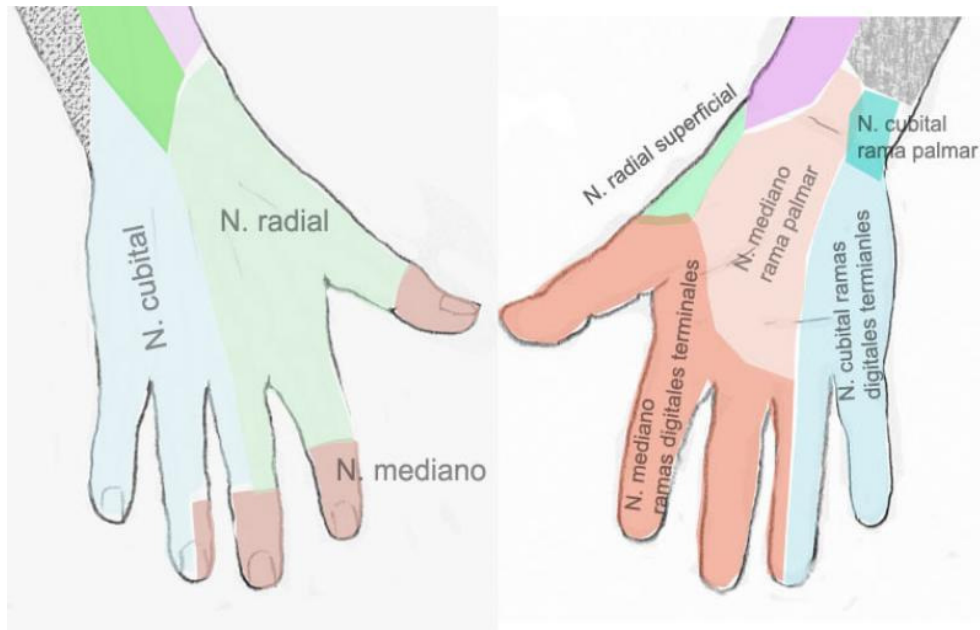
En la axila los troncos secundarios pasan por detrás del pectoral menor y se dividen en sus ramas terminales:



Terminaciones nerviosas: su recorrido

- Nervio músculo cutáneo: Flexión del codo
- Nervio mediano: pronación del antebrazo, flexión de la muñeca y dedos y oposición del pulgar.

- Nervio cubital : músculos intrínsecos de la mano
- Nervio radial: extensión del codo, muñeca y articulaciones metacarpo-falángicas.
- Nervio circunflejo o Axilar: Abducción del hombro.



Terminaciones nerviosas: mano

Las compresiones nerviosas periféricas del miembro superior pueden comenzar en los orificios de conjunción de las vértebras cervicales y acabar en el canal carpiano en la muñeca.

Pueden afectar al plexo braquial, a un tronco primario o secundario del mismo o a nervios individualizados.

III.- Efectos de la compresión sobre un nervio

Inicialmente se produce edema y trastornos de la circulación neural y posteriormente una desmielinización segmentaria en los axones que se traduce en un enlentecimiento de la vía de conducción del nervio.

Según la amplitud de la compresión se producen diferentes efectos, así:

- Entre 20 - 30 mmHg: se produce una alteración en la microcirculación venosa en el epineuro (capa de tejido conjuntivo que rodea las fibras nerviosas para protegerlas)
- Mayor de 30 mmHg: Se producen alteraciones a nivel de los capilares endoneurales que provoca un síndrome compartimental que agrava la compresión de las fibras nerviosas.
- Mayor de 400 mgHg: Provoca deformaciones mecánicas en la vaina de mielina alterando la conducción nerviosa.

La velocidad de conducción sensitiva y motora se ven comprometidas a través de la compresión disminuyendo las mismas

Cuando se produce una compresión intermitente, como ocurre por el mecanismo de fricción del nervio contra una estructura de la vecindad, se origina

una proliferación fibroblástica en el epineuro que puede conducir a una compresión fascicular.

IV.- Otros síndromes canaliculares de la extremidad superior

El síndrome cervicobraquial está encuadrado dentro de las patologías o síndromes caniculares de la extremidad superior, algunos de los cuales están reconocidos como enfermedad profesional por el cuadro aprobado por el Real Decreto 1299/2006 de 10 de noviembre de 2006.

Pertenece a este grupo de síndromes canaliculares las siguientes patologías:

- a. Neuritis del nervio supraescapular
- b. Neuropatía del nervio serrato mayor
- c. Compresiones del nervio mediano
 - c.1 – Compresión del nervio mediano a nivel de muñeca o Síndrome del túnel carpiano
- d. Síndrome de compresión escalonada
- e. Compresiones del nervio cubital
 - e.1 - Compresión del cubital a nivel de muñeca o Síndrome del Canal de Guyón.
- f. Síndrome del cuadrilátero de Velpau (nervio axilar)
- g. Síndrome de compresión del nervio radial
- h. Síndrome de compresión del nervio subescapular

V.- Diagnostico

Es importante realizar una buena anamnesis y exploración física para obtener un diagnóstico certero y concreto.

V.1.- Anamnesis

Se debe de recoger antecedentes de patologías previas traumáticas, de enfermedades reumáticas, tratamientos previos, conocer las características del dolor (desencadenantes, localización, irradiación, a qué hora duele más...) y los síntomas que refiere el paciente como: pérdida de fuerza, hormigueo, acorchamiento... La presencia de disestesias son sugestivas de radiculopatía.

V.2.- Exploración física

- Exploración general
- Valoración de actitudes posturales (antialgicas).
- Arcos de movimiento de cuello, hombro y miembro superior, valorando la fuerza muscular, de los distintos grupos musculares.

En las compresiones radicales, a nivel cervical, el dolor aumenta con los movimientos cervicales aumentando poco con los movimientos del brazo.

Se debe de realizar una exploración del hombro ya que se puede establecer un diagnóstico diferencial con ciertas omalgias, de tal forma que una patología subacromial puede simular un problema cervical y una patología cervical confundirse clínicamente con una

tendinitis del hombro; así el nervio axilar o circunflejo (C5-C6) inerva el músculo deltoides y el músculo redondo menor y el nervio supraescapular (originado en C4-C5-C6) inerva el músculo supraespinoso.

- Reflejos tendinosos
- Maniobra de Spurling (positiva si genera dolor y parestesias).
- Maniobra de Valsava, positiva en caso de presencia de patología discal

Maniobras especiales

Maniobra para aumentar la presión intratecal	Prueba de Valsava: Aumenta la presión intraespinal, su positividad indica la presencia de una lesión ocupante de espacio,
Maniobras para comprobar la radiculopatía	Pruebas de compresión del agujero de conjunción (Spurling): Exacerbación del dolor al realizar compresión axial de la cabeza con la cabeza ligeramente ladeada hacia el lado afectado. Indica compresión de la raíz por una hernia discal u osteofitos.
	Prueba de abducción del hombro: alivio del dolor por disminución de la tensión radicular al colocar el brazo en abducción.
	Prueba de depresión del hombro: el médico flexiona hacia un lado la cabeza del paciente al tiempo que presiona hacia abajo el hombro opuesto. Si aumenta el dolor, hay irritación de raíces nerviosas.
Maniobras para comprobar compresión a nivel del desfiladero torácico	Prueba Adson; disminución o desaparición del pulso radial al realizar abducción, extensión y rotación externa de la extremidad superior a la vez que realiza una inspiración profunda y rota la cabeza hacia el lado que se explora; valora la compresión del plexo braquial y arteria subclavia a su paso por el espacio interescalénico.
	Test de estrés con el brazo elevado: dolor cervical irradiado a la mano al abrir y cerrar la mano durante 3 minutos con el brazo dispuesto en abducción de 90° y rotación externa y el codo y el hombro hacia atrás

V.3.- Pruebas diagnosticas

Tras la exploración física, que nos orientará a una sospecha diagnóstica, suelen ser de gran utilidad las siguientes pruebas:

a) Estudio radiológico

De la zona cervical con proyecciones anteroposterior, lateral, oblicua y de tipo funcional (flexión y extensión forzadas) en donde podemos constatar la presencia de posibles osteocitos y disminución de los espacios intervertebrales.

Es importante señalar la escasa relación clínico - radiológica a nivel del raquis; ya que hasta un 80% de las personas mayores de 55 años evidencian imágenes radiográficas degenerativas.

b) Tomografía computarizada (TAC)

Que nos permite una mejor visualización de las posibles lesiones óseas tanto de carácter agudo como degenerativas.

Esta especialmente indicado para valorar cambios degenerativos, sobre todo en caso de la existencia de osteofitos que afecten a los agujeros de conjunción.

c) Resonancia magnética nuclear (RMN)

Imprescindible ante la sospecha de patología discal cervical y/o presencia de masas y traumatismos con lesión medular.

d) Electromiografía (EMG)

Pone en evidencia la radiculopatía y la fase de la misma: crónica o aguda.

En las lesiones compresivas se observa inicialmente una alteración de la velocidad de conducción por afectación de la vaina de mielina.

Si la compresión progresa presenta un patrón de denervación por afectación del axón

e) Estudio de laboratorio

Analítica que nos permita descartar enfermedades de carácter sistémico, reumático o infeccioso.

CLINICA RADICULAR CARACTERISTICA

	RAIZ	HERNIA	SINTOMATOLOGIA
Radicular	C5	C4-C5	Sensibilidad: dolor en zona lateral del cuello y parte alta de hombro. Parestesias en zona deltoidea y cara externa del brazo. Músculo: bíceps y deltoides. Reflejo: bicipital.
	C6	C5-C6	Sensibilidad: dolor en borde radial del brazo y antebrazo hasta pulgar e índice. Parestesias en pulgar y dorso primer espacio. Músculo: bíceps y extensores de la muñeca. Reflejo: estilo-radial.
	C7	C6-C7	Sensibilidad: dolor en zona central de antebrazo hacia tercer dedo. Músculo: tríceps, flexores de muñeca y extensores de los dedos. Reflejo: tricipital
	C8	C7-C8	Sensibilidad: dolor en zona cubital del antebrazo, 4º y 5º dedos. Parestesias en 5º dedo y mitad cubital del 4º Músculo: flexores de los dedos e interóseos.
Mielopatía cervical			Disminución de fuerza (inicialmente en manos y posteriormente en MMII), marcha mielopática, atrofiás musculares e hiperreflexia. En fases avanzadas Babinski (RCP+) y alteración de esfínteres.

VI.- Diagnóstico diferencial

Se ha de establecer un diagnóstico diferencial con las siguientes patologías:

- Periartritis escapulo – humeral que provoca dolor local a nivel del hombro, el cual se exagera con los movimientos del mismo principalmente con la abducción.
- Patología del plexo cervical
- Compresión de los nervios periféricos a distintos niveles, donde no se acompañan de cervicalgias, la clínica es radicular y es distal a la compresión nerviosa.
 - o Síndrome del túnel carpiano
 - o Síndrome de canal de Guyón
 - o Síndrome arcada de Frohse

VII.- Tratamiento

En la mayoría de los casos el paciente precisa tratamiento conservador, a excepción de que se asocie a traumatismos que originen inestabilidad a nivel cervical.

Las pautas de tratamiento varían según la intensidad y presentación de la sintomatología, siendo en general:

- Reposo con uso del collarín cervical blando unos días
- Calor local

- AINES vía oral (ibuprofeno, diclofenaco, naproxeno...)
- Analgésicos (paracetamol, metamizol, tramadol...)
- Miorelajantes cuando se asocian a contracturas musculares.

Y de pautas muy selectivas y restrictivas:

- Bloqueos nerviosos selectivos
- Artrodesis de columna cervical por vía anterior

VIII.- Pronóstico

En general, estos pacientes tienen buen pronóstico ya que la cervicobraquialgia tiene una tendencia natural a la mejoría si bien, es cierto, que son frecuentes las recidivas.

CLINICA RADICULAR CARACTERISTICA

	RAIZ	HERNIA	SINTOMATOLOGIA
Radicular	C5	C4-C5	Sensibilidad: dolor en zona lateral del cuello y parte alta de hombro. Parestesias en zona deltoidea y cara externa del brazo. Músculo: bíceps y deltoides. Reflejo: bicipital.
	C6	C5-C6	Sensibilidad: dolor en borde radial del brazo y antebrazo hasta pulgar e índice. Parestesias en pulgar y dorso primer espacio. Músculo: bíceps y extensores de la muñeca. Reflejo: estilo-radial.
	C7	C6-C7	Sensibilidad: dolor en zona central de antebrazo hacia tercer dedo. Músculo: tríceps, flexores de muñeca y extensores de los dedos. Reflejo: tricipital
	C8	C7-C8	Sensibilidad: dolor en zona cubital del antebrazo, 4º y 5º dedos. Parestesias en 5º dedo y mitad cubital del 4º Músculo: flexores de los dedos e interóseos.
Mielopatía cervical			Disminución de fuerza (inicialmente en manos y posteriormente en MMII), marcha mielopática, atrofas musculares e hiperreflexia. En fases avanzadas Babinski (RCP+) y alteración de esfínteres.

La duración media de un episodio agudo de cervicobraquialgia es de 21 días al igual que el de la radiculopatía braquial, la cervicalgia y la estenosis del canal cervical.

Tiempos estándares de duración de IT en la patología cervical

CÓDIGO CIE 9MC	DIAGNÓSTICO	TIEMPO ESTÁNDAR (DÍAS)
336.9	Mielopatía	180
721.0	Artrosis cervical	21
722.0	Hernia discal cervical	30
722.4	Discopatía degenerativa cervical	30
723.0	Estenosis del canal cervical	21
723.1	Cervicalgia	21
723.3	Cervicobraquialgia	21
723.4	Radiculopatía braquial	21
723.5	Tortícolis	4
847.0	Esguince cervical	15
847.0	Latigazo cervical	15

2. OBJETIVO

El objeto de este estudio es conocer la contingencia final de los procesos derivados al servicio público de salud (SPS) desde la mutua con el diagnóstico de síndrome cervicobraquial y la repercusión económica que ello supone.

Esta patología, tanto por su carácter sindrómico como por los diagnósticos diferenciales que presenta con otras patologías de compromiso canalicular que afectan a la zona cervical y extremidad superior (síndromes canaliculares) y la coexistencia en ocasiones de clínicas superpuestas, es frecuente origen de controversia en la determinación de su contingencia.

Hay que tener presente que así como otros síndromes canaliculares (síndrome de túnel carpiano, síndrome de Guyón) puede tener la consideración de enfermedad profesional, no ocurre lo propio con el síndrome cervicobraquial que no viene recogido en el cuadro de enfermedades profesionales aprobado en el año 2006.



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

C.S. SEVERO OCHOA
C/ Francisco Grande Covian,4
33208 Gijón
Teléfono: 985 15 19 00

INFORME MEDICO

Don/ña: _____
SS: _____
DNI: _____
FN: 15/12/1964
HF: 02022@

Presenta una cervicobraquialgia bilateral en relación con su trabajo de peluquera. Debe ser valorada por su mutua de enfermedades profesionales

Copia de la derivación del servicio público de salud para determinación de contingencias



ASEPEYO

C.A. GIJON
Ramon y Cajal, 5
33204 Gijón (Asturias)
Tel.: 985195212

N.Historia:
N.Proceso:
Última baja:
Apellido 1:
Apellido 2:
Nombre:
Sexo:
C.C.C.:
C.E.:
NAF:

HISTORIA CLÍNICA DE URGENCIAS

Médico Asignado: Miguel Angel Margolles Dacal

CRONOLOGIA :

Asistencia : 05-05-2011 12:07

Salida : 05-05-2011 12:52

ALERGIAS:

- No conocidas

INFORME ASISTENCIA:

Día Incidente	05-05-2011
Lugar Incidente	centro de trabajo
Ocupación Habitual	peluquera
Motivo Consulta	remitida desde SPS (médico de cabecera) para estudio de EP por presentar cervicobraquialgia bilateral
Causa-Mecanismo	lo relaciona con su trabajo habitual sin referir ningún mecanismo traumática
Resultados Expl.	La paciente aporta informe de MAP para derivarnos con dx de Sd cervicobraquial bilateral e informe anterior de Hª de Cabueñes de 17/09/10 donde se recoge electromiografía con resultado de SD de túnel carpiano bilateral moderado. Se le explica a la paciente que el proceso de cervicobraquialgia no se recoge como EP en el listado de enf, y que si nos encaja como tal el Sd túnel carpiano bilateral. No obstante la paciente de momento no desea realizar ninguna actuación a este nivel hasta que no emperoe su clínica. Abrimos episodio de EP para su túnel carpiano. La paciente refiere un dolor generalizado en los dos brazos con irradiación hacia la espalda. Refiere parestesias en ambas manos. Se realiza derivación al SESPA del proceso de cervicobraquialgia y se abre otro proceso como Sd túnel carpiano.

ORIENTACION DIAGNOSTICA (ICD9):

- 5-05-2011 723.3 Síndrome cervicobraquial (B)

BAJA LABORAL: NO FECHA:
ALTA LABORAL: NO FECHA:

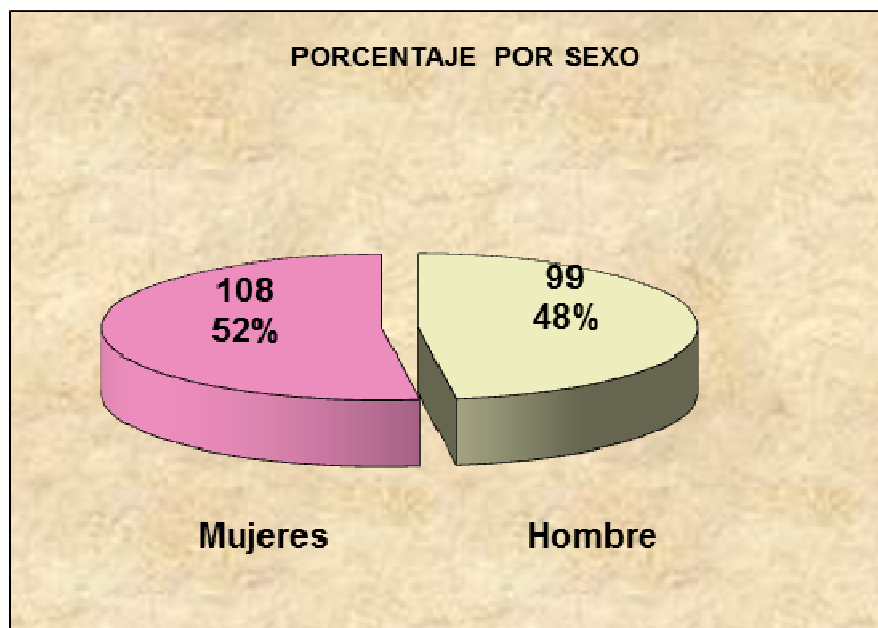
Valoración del episodio anterior

3. FUENTES UTILIZADAS, MATERIALES Y MÉTODOS

El instrumento para la recogida de datos consistió en un documento en formato Excel, extraído de una consulta realizada en el programa de historias clínicas de Asepeyo, CHAMAN, donde se solicitaba los casos derivados al sistema público de salud desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2010.

Se ha utilizada también el Sistema Q-Info para el volcado de datos de Chaman a tablas de consulta.

Los sujetos de estudio han sido todos los pacientes que fueron derivados con el diagnóstico de Síndrome cervicobraquial. En el año 2010 fueron derivados 207 casos (108 mujeres y 99 hombres)



Representación gráfica de la distribución por sexo de los casos derivados

Se ha realizado un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal.

Se ha tenido en cuenta las variables cuantitativas: edad y nº de bajas, y cualitativas: sexo y diagnóstico médico.

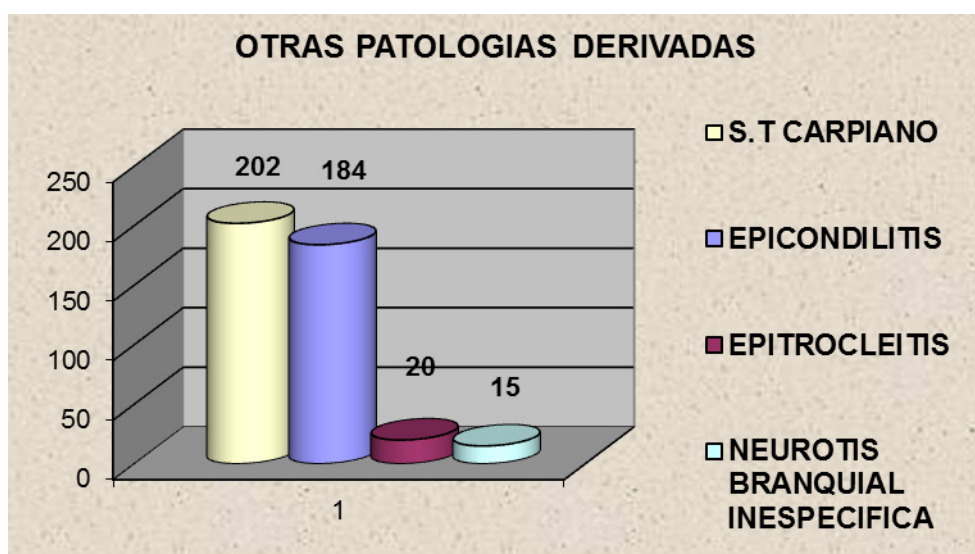
Para el análisis de los datos obtenidos se ha producido al cálculo de porcentajes más relevantes y expresamos los resultados en frecuencias absolutas y relativas

Se han consultado fuentes en Internet mediante los enlaces establecidos por las bibliotecas de los hospitales de Coslada y Sant Cugat de Asepeyo. Accesos a paginas y revistas profesionales de la especialidad de traumatología, fisioterapia rehabilitadora y reumática.

4. RESULTADOS

Durante el año 2010 han sido derivados al servicio publico de salud un total de 17.544 casos con diferentes diagnósticos; correspondiendo a la patología de síndrome cervicobraquial 172 casos que representan el 0,98% de los mismos.

Si nos centramos en los diferentes diagnósticos de síndromes canaliculares de la extremidad superior tenemos un total de 593 casos que representa el 3,38% de los pacientes. En este grupo el síndrome cervicobraquial representa un 8,60% de las derivaciones.

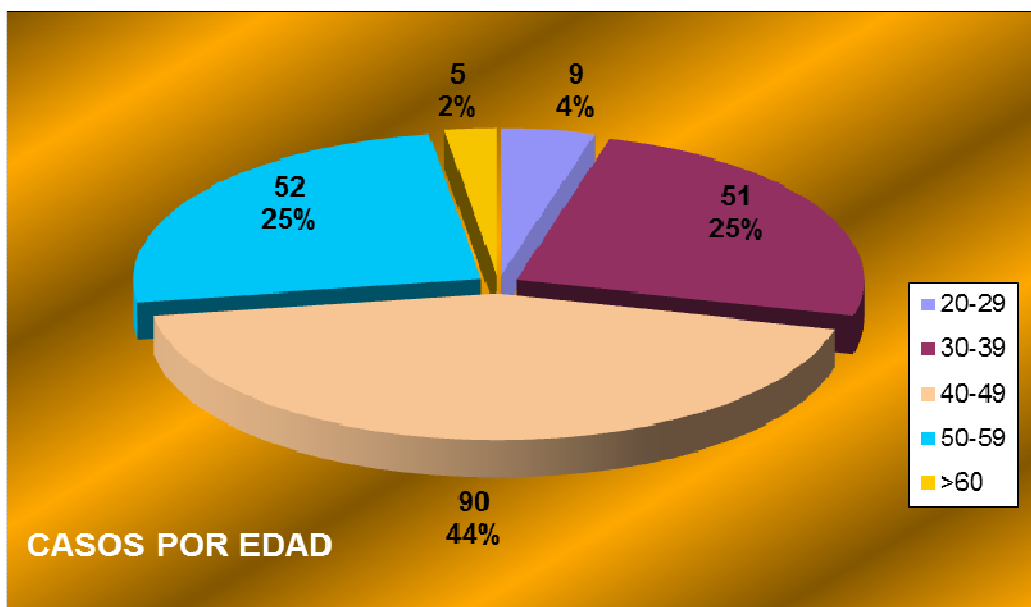


Nº de casos derivados con diferentes diagnósticos canaliculares.

En la diversa literatura leída, existen pocos estudios científicos relacionados con esta patología concreta y su incidencia en la población siendo más los estudios relacionados con los síndromes canaliculares. Aún así se ha podido comprobar que la incidencia del proceso según el sexo del paciente es

similar a la añada en esos estudios. Siendo ligeramente mayor en la mujeres 52% sobre los hombres en un 48%.

Analizando los casos por grupos de edad divididos en décadas, de 20 años a los 29 (década de los 20), de 30 a 39 años (década de los 30), de 40 a 49 años (década de los 40), de 50 a 59 años (década de los 50) y finalmente mayores de 60 años, se puede observar que la mayor demanda ha sido dentro del grupo de la década de los 40 años con un porcentaje del 44%.

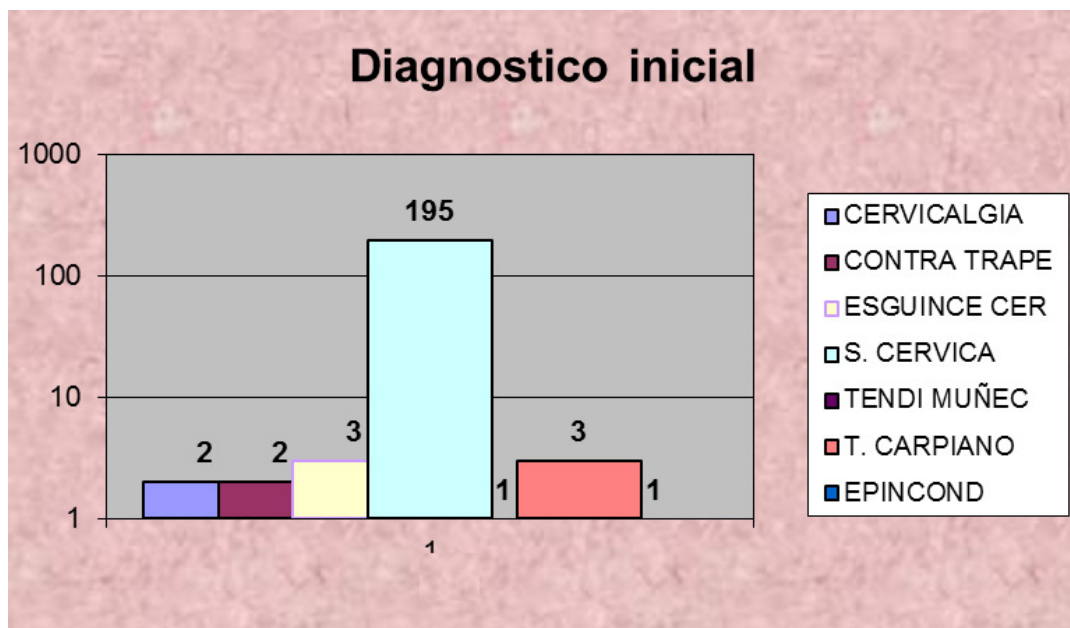


Porcentaje y nº de casos agrupados por edad.

Llama la atención que las décadas de los 30 y 50 años tengan una demanda similar del 24,63% y 25,12%, respectivamente, de los casos atendidos.

También es significativo, aunque sea con un 4%, que ya en la década de los 20 años se han diagnosticado síndromes cervicobraquiales, siendo por tanto esta una patología que ya aparece en tempranas edades.

A pesar que de ser una patología, que en muchas ocasiones, se solapa su sintomatología con otras de la extremidad superior y hombro (caso de tendinopatías a nivel del hombro) en la mayoría de los casos el diagnóstico inicial ya se correspondió con el síndrome cervicobraquial, 197 casos que representan el 94,20%. Correspondiendo el resto de diagnósticos a: Cervicalgia y contractura de trapecio 2 casos, cada uno (0,96%), Esguince cervical 3 episodios (1,44%), síndrome de túnel carpiano 3 (1,44%) y epicondilitis y tendinitis de muñeca, ambos, con 1 caso (0,48%).



Diagnósticos iniciales de los episodios derivados

De los 207 casos estudiados solamente el 7,72% (16 pacientes) han causado baja laboral con un total de 445 días naturales.



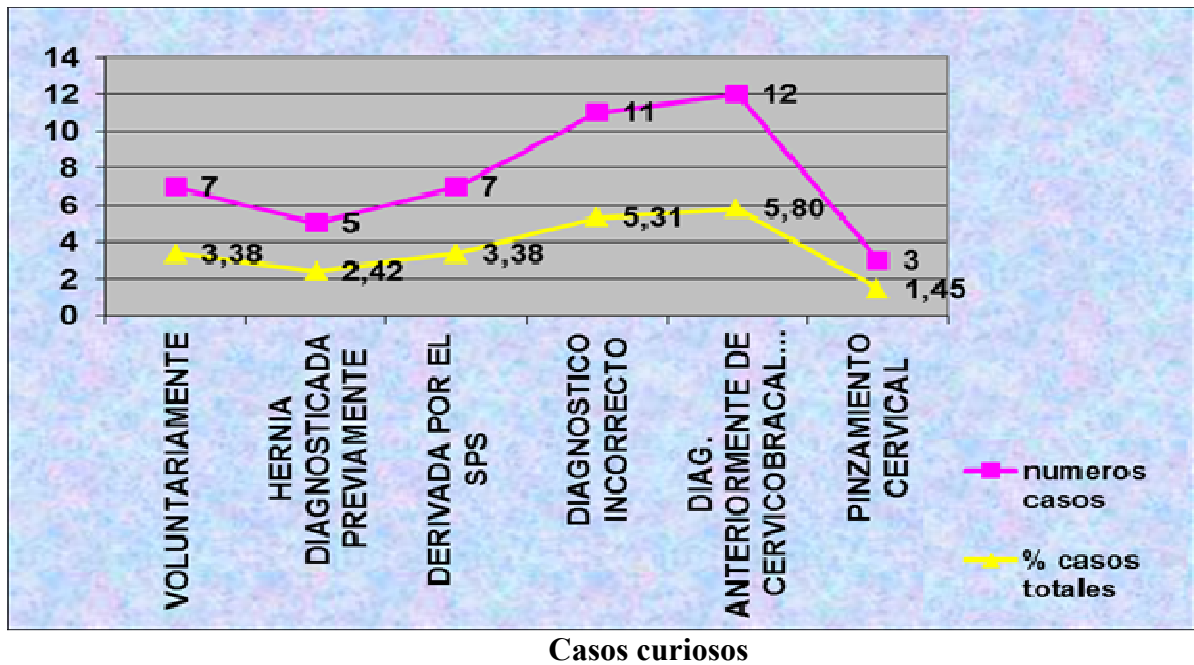
Síndromes Cervicobraquiales con o sin baja inicialmente

Un 3,38% (7) ha acudido a la mutua ya estando de baja por el servicio público de salud, bien achacándolo a su actividad laboral o bien con intención de poder realizar con mayor prontitud la pruebas diagnósticas.

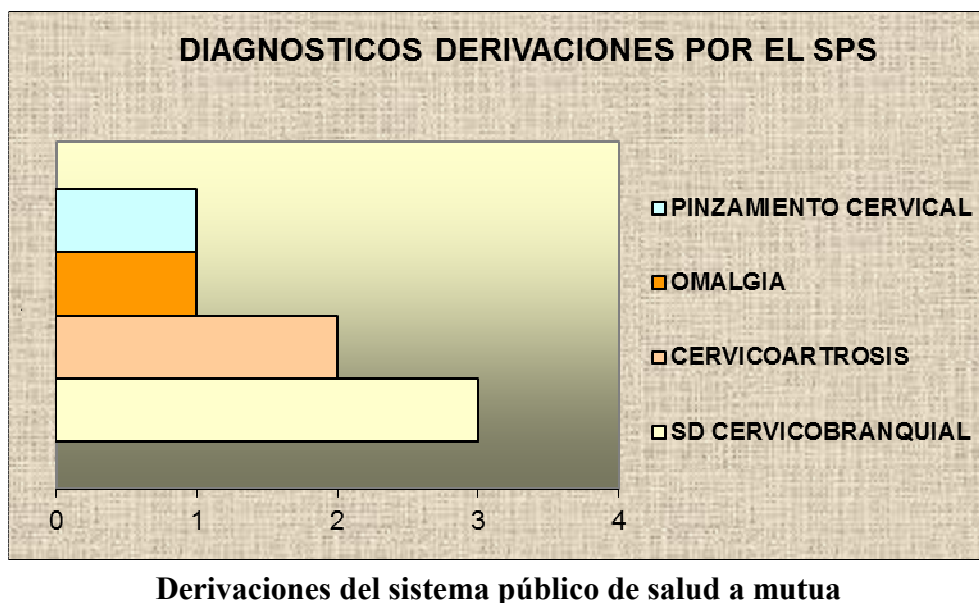
Siguiendo con el estudio de los datos, ya habían sido diagnosticados, en episodios anteriores, por los servicios médicos de la mutua 12 pacientes de síndrome cervicobraquial que volvieron por una recidiva del proceso (5,80%), 5 pacientes por una hernia cervical (2,45%) y 3 pacientes con el diagnóstico de pinzamiento cervical (1,45%).

En el gráfico abajo expuesto, se han etiquetado como “Diagnóstico incorrecto” 11 casos (5,31%) que correspondían a otros diagnósticos de síndromes canaliculares y no al de síndrome cervicobraquial como han sido

derivado, constando en su historia clínica las manifestaciones y clínica de dichas patologías concretas.



Ha habido un porcentaje del 3,38%, siete casos, que ha sido derivado por su médico de cabecera por considerar que eran patologías derivadas del trabajo o enfermedades profesionales.



Llamando la atención el diagnóstico: 3 correspondían a síndromes cervicobraquial (sin antecedente traumático agudo), 2 cervicoartrosis, 1 pinzamiento cervical que claramente, todos ellos, son procesos de contingencia común. En 7 episodios acudían con el diagnóstico de omalgía teniendo que realizar el estudio de determinación de contingencia.

Estos episodios han causado 445 días de baja, como se ha reflejado con anterioridad; un total de 207 primeras visitas, 62 visitas sucesivas, 35 actuaciones de enfermería (inyectables principalmente), 196 estudios radiológicos, 28 RMN, 29 EMG y 189 sesiones de rehabilitación. Todo ello ha generado un coste total de 90.536,53 €.

Se ha utilizado para el caculo del coste las tablas de facturación de primera, segundas visitas, de actuación de enfermería y sesión de rehabilitación del año 2010 aplicable a terceros. Y para las pruebas radiodiagnósticas y EMG las tarifas máximas del 2010 del convenio con el INSS para la realización de pruebas.

COSTE MAXIMO ATENCIÓN			
1ª VISITA	207	215	44505
VISITA SUCESIVAS	62	98,87	6129,94
ATENCIÓN ENFERMERIA	35	98,87	3460,45
DIAS BAJA	445	36,5	16242,5
RX	196	26,11	5117,56
RMN	28	258,19	7229,32
EMG	29	153,44	4449,76
RH	189	18	3402
COSTE TOTAL			90536,53 €

5. DISCUSION

De los procesos con patología referida a cuello y miembro superior derivados al servicio público de salud, tras valoración en los centros asistenciales de la mutua, el 8,60 % corresponden al diagnóstico de síndrome cervicobraquial sin que conste en ningún caso que las inspecciones y el INSS, en última instancia, hayan variado el criterio de contingencia.

En la mayoría de los casos el diagnóstico inicial ya se correspondía con el de síndrome cervicobraquial, siendo la prueba diagnóstica fundamental, tras la exploración clínica inicial, el estudio radiológico y en un número mucho menor la realización de EMG y RMN.

Debemos de recordar que los procesos de contingencia común no pueden ser tratados por los servicios médico de la mutua sin el expreso consentimiento del las inspecciones médicas de los servicios públicos de salud. Por ello ha llamado la atención la pauta de tratamiento médico y rehabilitador en procesos con diagnostico inicial de síndrome cervicobraquial, con periodos de baja y finalmente derivado al sus médicos de familia.

Es importante remarcar que un gran porcentaje no han causado baja en la mutua. Esto ha supuesto un enorme ahorro económico para la misma al tratarse de procesos que conllevan por lo general grandes bajas; no tanto por la duración media de fases agudas, que en una de las tablas consultadas nos da un promedio de 21 días, sino por las recaídas de las mismas y sin añadir los días necesarios para determinar la contingencia.

6. CONCLUSION

Destacar la conveniencia de tener presente entre los diagnósticos diferenciales de los procesos que afectan a cuello y miembro superior este síndrome cervicobraquial, cuya clínica a veces se solapa con la de otros cuadros clínicos por lo que puede pasar desapercibido, dado que su naturaleza y contingencia es común y por lo tanto no asumible por la mutua y se debería de evitar considerarlo como accidente de trabajo con el número de bajas y gastos que ello supone.

Sería conveniente el seguimiento de un protocolo para descartar esta patología en procesos con sintomatología referida a cuello y miembros superiores, con el fin de unificar criterios de actuación y facilitar la labor al personal médico de la mutua.

BIBLIOGRAFIA

- Arqué Cuixart P, y colaboradores *Artrodesis intersomática de columna cervical para el tratamiento del síndrome cervicobraquial*. Rev Ortp Traumatol. 2008;52:337-42. - vol.52 núm 05
- Briceño F, Rodríguez S. *Síndrome de Parsonage-Tuner*. Revisión bibliográfica. Semin Fund Esp de Reumatol, 2010; 11 (4): p.144 -151
- Del Giudice L. *Sistema nervios periférico*, Internet. Acceso 5 de julio 2011, disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos5/sisper/sisper.shtml>
- Delgado V, Madruga J.M, Zafra E. Capitulo 113 *Cervicalgia*. En: Julian Jimenez A, coordinador. Manual de protocolos y actuación en urgencias. 3ª ed. Complejo hospitalario de Toledo, Edicomplet - Grupo SANED; 2010, p. 909-14.
- España. Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro. Boletín oficial del Estado, 19 de diciembre de 2006, núm 302, p. 44487
- Gilabert Dapena Eva, Ramón López Katia. *Síndromes canaliculares de la extremidad superior*. Martí Faus Maite coordinador. (Internet) acceso 5 de julio 2011, Manual del residente del COT disponible en:

<http://www.manualresidentecot.es/es/bloque-i-estructura-funcion-respuestas-reparadoras/9-sindromes-canaliculares-de-la-extremidad-superior>,

<http://www.manualresidentecot.es>

- Martínez Sanchis Javier. *Síndrome de los desfiladeros toraco-braquiales. Diagnóstico diferencial mediante tests ortopédicos* [Internet] acceso 15 de junio 2011 disponible en :
<http://www.ekyf.unc.edu.ar/villadol/catedras/tecnKinel/archivos/dsfladeros.pdf>
- Mompó A, Orquín E, *Síndrome de la Arcada de Fröshe Espontáneo*. Rev Esp de Cir Ost. 1989; p. 101-8.
- Netter, F.H. Atlas de Anatomía Humana. 4ª ed. Elsevier-Masson, 2007, 2009
- Poitev L. *CERVICOBRAQUIALGIAS*, Buenos Aires; Química Montpellier S.A.
- Regal Ramos R. J. Valoración de la incapacidad laboral en la cervicalgia y en el latigazo cervical, En: Fernando León, coordinador. *INCAPACIDAD TEMPORAL. Manual para el manejo en Atención Primaria*. Madrid. Grupo Lex Artis Sociedad madrileña de medicina familiar y comunitaria, con la colaboración de AMAT; 2008. p.239-54-
- Rico A. *El síndrome del túnel carpiano*". Rev Ortp Traumatol 2008; 52:403-7.-vol. 52 nº 6

- Sepúlveda T. *Cervicalgia y cervicobranquialgia en el Adulto Mayor* Medwave, Rev. Reumat, Chile 2004; 20(2): p. 81-83
- Vicente A. *Lesiones y sintomatología del síndrome del latigazo cervical.* Rev fisiote (Guadalupe). 2010; 9 (1) p:5-20
- Villa R, Moscote L, Fernando C, Sabogal R. *Abordaje básico del paciente con cervicobraquialgia* Rev. Electronica Biomedicina / Electron J Biomed 2009;2: p. 76-78.
- Zazpe I, Beaumont C, Vázquez A.. *CERVICALGIA Y CERVICOBRAQUIALGIA.* En Miguel Ángel Pinillos, coordinador. Libro electrónico de Temas de Urgencia. Comunidad Foral Navarra; 2008. Disponible en :
<http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/19.Traumatologia%20y%20Neurocirugia/Cervicalgia%20y%20cervicobraquialgia.pdf>