

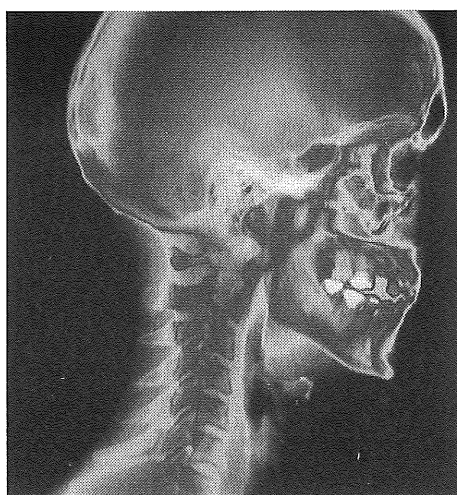
Esguince Cervical



El esguince cervical es la lesión más común en los accidentes de tráfico y se produce en general por una aceleración brusca seguida de desaceleración. La situación más común es la del viajero que, sin contar con reposacabezas en su vehículo, es bruscamente desplazado por un golpe en la parte posterior de su vehículo.

Este tipo de accidente es la causa del dolor crónico cervical, de hombros o brazos. También puede producir cefalea, dolor de mandíbula, tinnitus (ruidos), mareos e incluso problemas de memoria y concentración mental.

En 1995, Spitzer, en vista de los resultados obtenidos al revisar diferentes series de tratamientos, llegó a la conclusión de que lo mejor en estos casos, desde el punto de vista del tratamiento, era limitarse a medidas mínimas de intervención, con aplicación de calor local, collarín y ejercicios en casa. Además se debía estimular la vuelta al trabajo y a las actividades normales. En



su opinión, la prolongación del estado sintomático y el absentismo laboral en este tipo de patología se relacionaba, muy posiblemente, con las expectativas de lograr algún tipo de compensación por parte del culpable del accidente o de las compañías aseguradoras implicadas.

En un artículo reciente de D. Cassidy y colaboradores (NEJM 20-4-2000) se realiza un estudio que nos parece de gran interés en relación con este tipo de accidentes. Se toma como base de análisis la regulación adoptada en el estado de Saskatchewan (Canadá), en el que a partir de enero de 1995 se estableció el principio de "no culpabilidad" en este tipo de accidentes. Para compensar al accidentado, el gobierno aportaba una importante cantidad preestablecida para los accidentados de esguince cervical. En esta misma línea resarcitoria, los perjudicados podían demandar en vía judicial en los casos en que los gastos médicos superasen el medio millón de dólares o se estimase que el nivel anual

Esguince Cervical

de compensación iba a sobrepasar los 50.000 dólares.

Esta situación sirvió para observar que:

1.- Cuando no había un interés mayoritario en conseguir compensaciones adicionales de dinero, el número de demandas se reducía en un 28%.

2.- El tiempo medio para resolver los problemas y llegar a acuerdos se reducía en unos 200 días.

3.- Este tiempo medio de reducción en la resolución de los casos se asociaba a una mejoría clínica con disminución de dolor, mejora de la actividad física y mejora en la depresión.

La conclusión que se desprende de este estudio es que de alguna manera, cuando se esperan compensaciones económicas como consecuencia de este tipo de accidentes, se produce un alargamiento de la incapacidad funcional y se manifiestan más y más prolongados síntomas. Dicho en otras palabras, la posibilidad de obtener una compensación económica prolonga de alguna manera un estado clínico patológico.

Por principio, en los esguinces quedan afectadas las partes blandas y ligamentosas.

Siempre que encontremos un sinietro con este tipo de lesión debemos tener en cuenta los siguientes puntos:

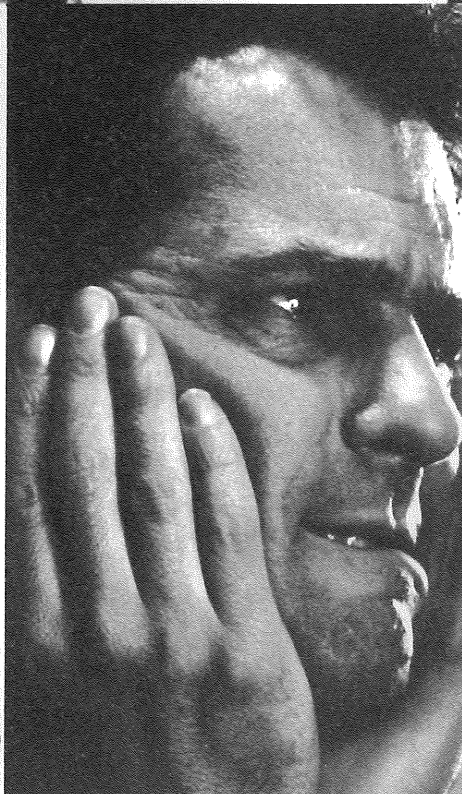
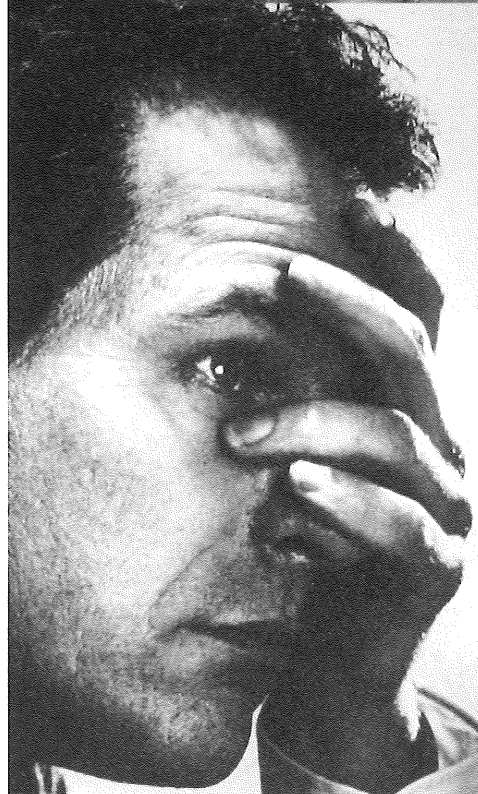
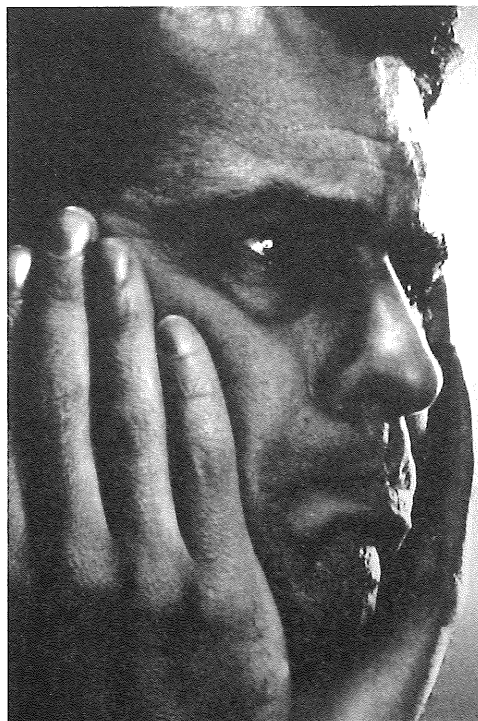
1.- La columna cervical es una estructura relativamente débil que soporta un peso considerable durante el estado erecto y que sin embargo tiene una movilidad muy amplia y compleja. Es por ello por lo que existe una frecuente tendencia a los cambios degenerativos (demostrables radiográficamente) a partir de edades medianas, aunque en muchos casos permanezcan asintomáticos.

2.- Precisamente por los cambios evolutivos tan frecuentes, resulta común que después de un accidente se produzca una agravación de los síntomas y ello de forma particularmente acusada cuando existe "RENTOFILIA" o interés en cobrar algún tipo de compensación.

3.- Se establecen 4 grados de lesión:

Esguince Leve (grado 1).- Molestias pasajeras sin traducción orgánica objetivable.

Esguince Moderado (grado 2).- Con CONTRACTURA CERVICAL, especialmente de musculatura local y de trapecios. Hay estiramiento ligamentoso que no llega a la rotura.



Esguince Grave (grado 3).- Se alteran las articulaciones apofisarias, se produce una contractura cervical severa que puede acompañarse de tortícolis y pueden producirse desgarros de los discos intervertebrales aunque en general no se producen lesiones de los troncos nerviosos.

Esguince Severo (grado 4).- Con inestabilidad del cuello y frecuentemente con lesiones neurológicas.

4.- Al hacer una radiografía de cuello se observa en los esguinces de grado

3 y 4 una pérdida de la curva o lordosis fisiológica del cuello pero sin separación manifiesta de los huesos que forman una articulación. En el caso de que se observase tal separación estaríamos hablando de una subluxación o luxación, situación más grave que el esguince por la lesión medular a la que puede asociarse.

Como indicábamos, es muy frecuente que un esguince cervical y su sintomatología se superpongan a la presencia de un estado degenerativo o de ar-

trois cervical, sintomática o en estado asintomático y por tanto debemos considerar las principales manifestaciones de esta patología.

A este respecto se menciona que el 80% de los adultos de más de 40 años presentan signos degenerativos de mayor o menor importancia.

Rasgos a considerar en la Artrosis Cervical

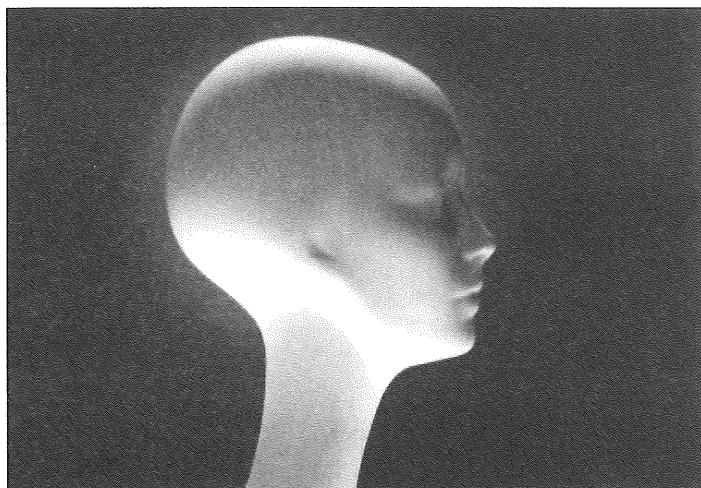
Clínicamente interesa reseñar e investigar en la información médica previa la presencia de dolor con los movimientos, rigidez, chasquidos y alteraciones en la sensibilidad y en los reflejos de las extremidades superiores. También la presencia o no de mareos, vértigos o cefaleas frecuentemente combinados en mayor o menor grado en el síndrome post-esguince pero también comunes en la degeneración artrósica.

Por medio de la RADIOGRAFÍA, que es el método de exploración más habitual, nos centramos en la presencia de:

1.- Osteofitosis o rebabas óseas que se forman como reacción a la degeneración del anillo fibroso que forma la estructura periférica del disco intervertebral. Estos crecimientos anormales de los cuerpos vertebrales adquieren, en los casos avanzados, el aspecto de picos de loro, son más manifiestos en las vértebras cervicales 3ª a 7ª y pueden ser anteriores (de poca importancia), posteriores, con estrechamiento del canal medular (los más importantes) o laterales, con tendencia a comprimir las raíces nerviosas y provocar síndromes neuríticos.

2.- Estrechamiento de los espacios intervertebrales y deformación de los cuerpos vertebrales en los casos avanzados.

Teniendo en cuenta las lesiones previas, cuando nos enfrentamos a un caso de esguince cervical debemos acudir al



baremo o puntuación generalmente admitida (aunque pueda ser cuestionada y susceptible de modificaciones).

Este baremo (ver tabla) tiene en cuenta que la puntuación máxima aplicable a un individuo que sufre un menoscabo corporal es de 100 puntos y generalmente se admite que la obtención de 100 puntos supone la totalidad de la cobertura contratada para casos de invalidez.

Consideraciones Básicas

Al valorar estos casos debemos buscar entre la información aportada los siguientes datos:

- ¿Presencia de mareos, vértigos, cefaleas?
- ¿Contractura paravertebral?
- ¿Dolor a palpación de apófisis espinosas?
- ¿Movilidad (limitación-dolor)?
- ¿Alteraciones neurológicas en extremidades?
- ¿Rectificación o cambios degenerativos que sugieran una patología previa?
- Rayos X - Resonancia Magnética.

Tablas

MOVILIDAD NORMAL DEL CUELLO

Flexión. Anotar en cm. la distancia de mentón a esternón (generalmente se puede tocar con la boca cerrada). También se considera como normal una flexión de 40°.

Extensión. En el sujeto normal debe haber 20 cm. entre el mentón (con la boca cerrada) y el borde superior del esternón. (Anotar distancia en lesionados). Alternativamente se considera normal una extensión de 75°.

Inclinación lateral de la cabeza. 45° - 0° - 45° (la mitad del ángulo recto). En sujetos mayores normales se acepta una movilidad de 30° - 0° - 30°.

Giro derecha - izquierda. 70° - 0° - 70° (la medición se ayuda si el paciente sujeta una espátula o bolígrafo en el centro de la boca). En sujetos mayores se acepta una rotación limitada a 50° - 0° - 50°.

Esguince Cervical

PUNTUACIÓN	Puntos
Síndrome postraumático cervical (mareos, vértigos, cefaleas)	1 - 8
Cervicalgias o dolores cervicales:	
Sin irritación braquial	1 - 5
Con irritación braquial	5 - 10
Hernia o protrusión discal cervical, operada o sin operar	5 - 15
Agravación de artrosis previa al traumatismo	2 - 5
Artrosis postraumática sin antecedentes	5 - 10
Desviación de columna	5 - 10
Tortícolis/ inflexión anterior	2 - 10
Rigidez cervical con disminución de movilidad	5 - 15

Caso Clínico

Varón de 38 años, de profesión médico, que sufre accidente de circulación.

Presenta contractura muscular paravertebral derecha y trapecio derecho. Dolor a la palpación de apófisis espinosas de región cervical. Movilidad limitada y dolorosa.

Radiológicamente: rectificación de lordosis cervical y espondilosis de C5-C6.

Resonancia Magnética: marcada rectificación de lordosis cervical y protrusión discal discreta de C5-C6.

Exploración (balance articular):

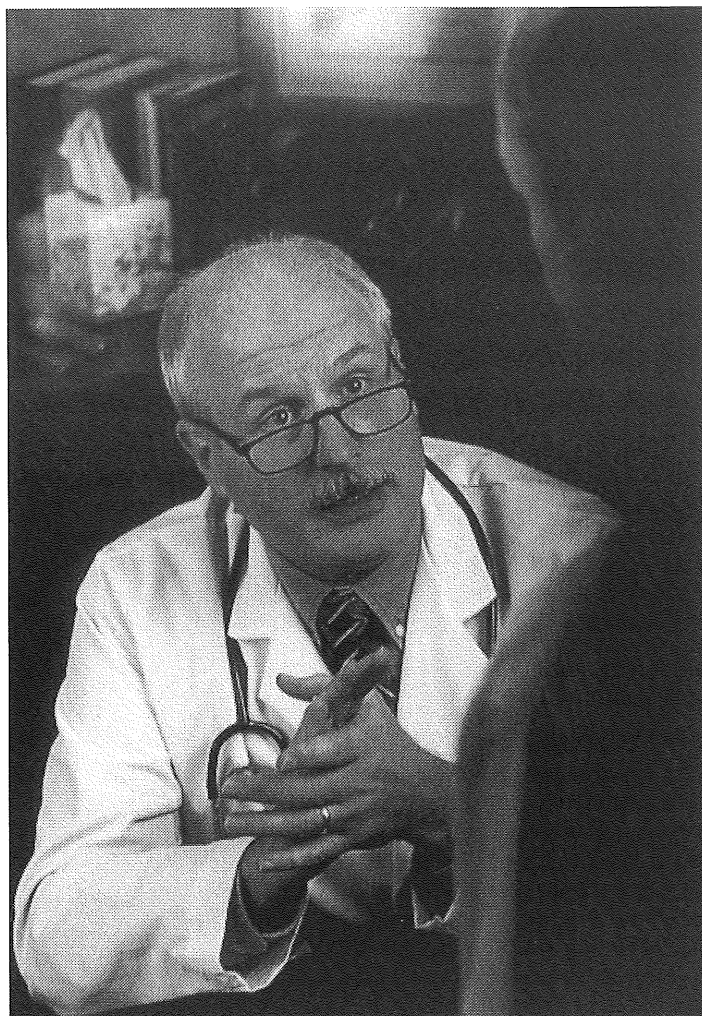
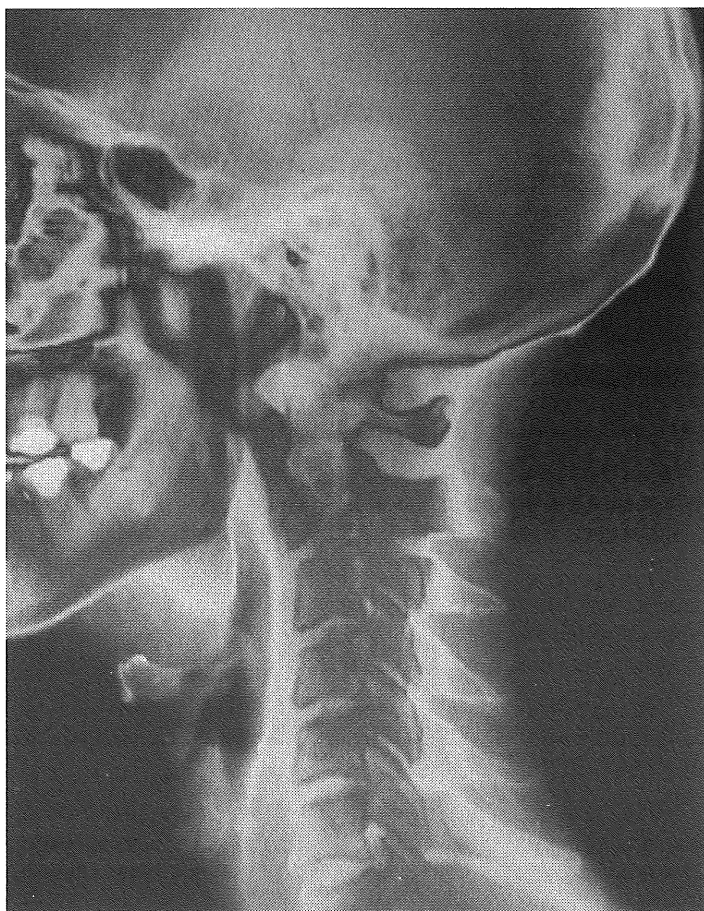
Flexo-Extensión limitada un 10% (dolor).

Inclinaciones. Limitadas un 15% (dolor).

Rotaciones. Limitadas un 20% (dolor).

Vértigos y mareos con inestabilidad en posición de bipedestación.

Extremidades superiores. Parestesias brazo derecho.



VALORACION DE SECUELAS (por médico valorador)	Puntos
Síndrome postraumático cervical (1 a 8 puntos)	6
Cervicalgia con irritación braquial (5-10 puntos)	9
Hernia con protrusión discal, operada o sin operar (5-15 puntos)	10
Desviación de columna - tortícolis/inflexión anterior (2-10 puntos)	8
TOTAL	33

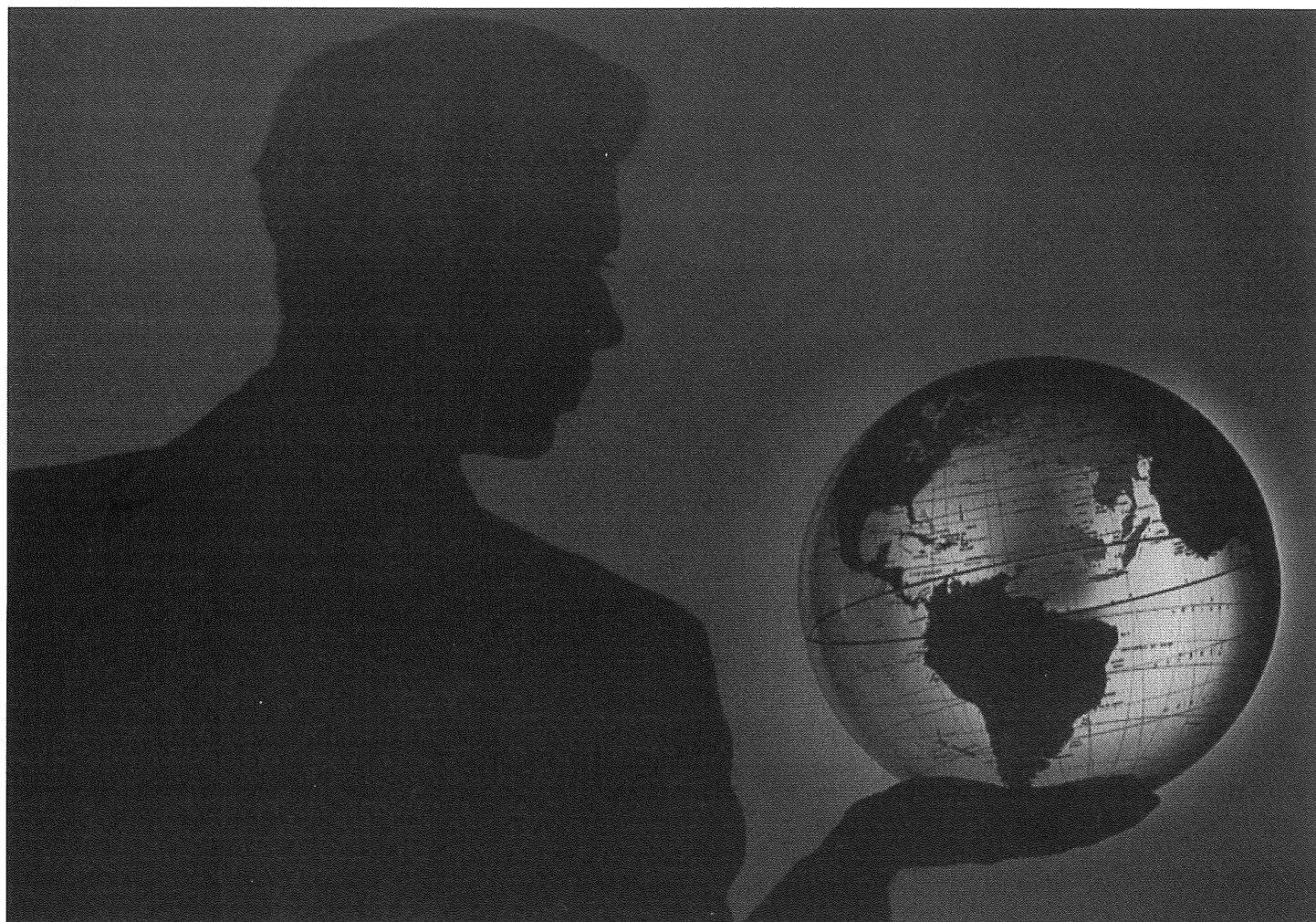
COMENTARIO AL CASO

El médico valorador ha medido la disminución de los movimientos en tantos por ciento de la movilidad normal. Creemos que hubiera sido más correcto haber medido en grados los diferentes movimientos de la cabeza. Aunque existen cambios claros de degeneración vertebral, lógicamente son anteriores al traumatismo.

Considerando la edad del accidentado, la presencia de una rectificación importante de la curvatura cervical y la protrusión discal y presencia de un síndrome neurítico, estimamos una discapacidad del 40% en lugar del 33% (33 puntos) señalados por el médico reconocedor.

En resumen, podemos decir que se trata de una patología relativamente frecuente en nuestra sociedad, que puede presentar diversos grados y para cuya determinación se han de tener en cuenta distintas circunstancias a valorar por el especialista.

El Riesgo de Viaje y Estancia en las Pólizas de Vida



En este artículo vamos a tratar un tema de gran actualidad, es el riesgo de viaje y estancia en las pólizas del Ramo de Vida.

A veces los asegurados se “acuerdan” de hacerse su póliza de vida cuando van a realizar algún viaje, otras los asegurados declaran estos viajes a su compañía, bien por creer que se dirigen a una zona de riesgo y no están cubiertos o bien porque la compañía les ha excluido el país de destino en las pólizas que ya tenían suscritas.

Por lo general, los Condicionados Generales del Ramo de Vida no limitan el ámbito de la cobertura, es decir, que la póliza tiene cobertura mundial, el

fallecimiento del asegurado estará cubierto cualquiera que

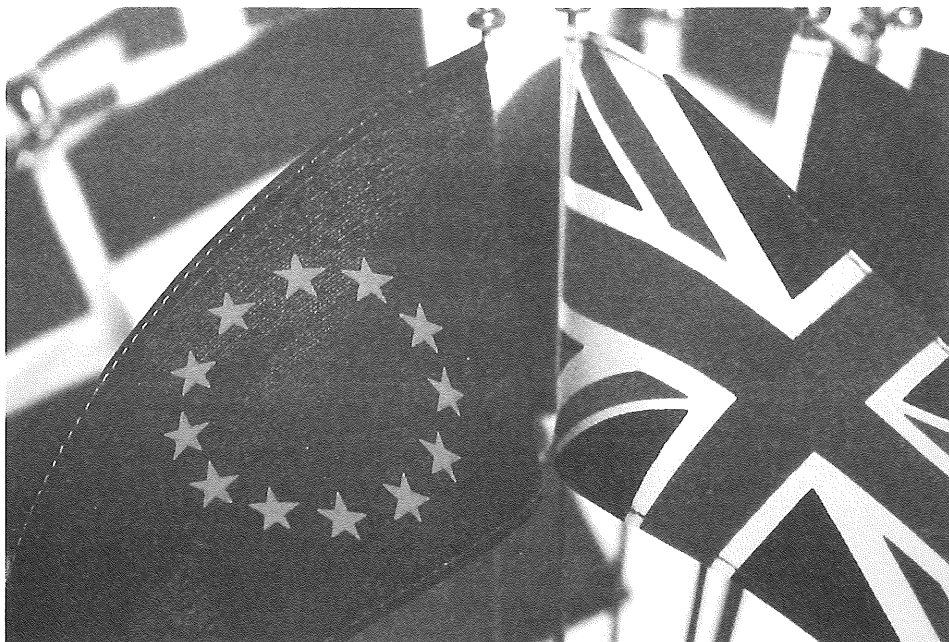


sea el lugar en el que se produzca.

Normalmente un viaje suele ser un hecho puntual, con más o menos trascendencia, dentro de la vida cotidiana de las personas, lo cual va a suponer en mayor o menor medida una agravación del riesgo. Esta agravación vendrá determinada por: la frecuencia de los viajes, el medio de transporte, el lugar, la duración de la estancia y las actividades a realizar en ella.

Frecuencia de los viajes:

Una frecuencia de viajes demasiado alta puede suponer una exposición mayor a riesgos de medio de transporte y estan-



cia. Así, personas que viajan en avión como pasajeros más de 100 horas al año o conducen o viajan en coche o en autobús más de 50.000 kms. serán personas agravadas.

En cuanto a la estancia, sucesivos viajes a un mismo destino y en un corto período de tiempo, se deben valorar conjuntamente para establecer la posible agravación.

El medio de transporte:

El medio de transporte agravará el riesgo siempre y cuando sea poco común, como, por ejemplo, prototipos, submarinos, ultraligeros, globos, autogiros,...

La estancia como factor de agravación:

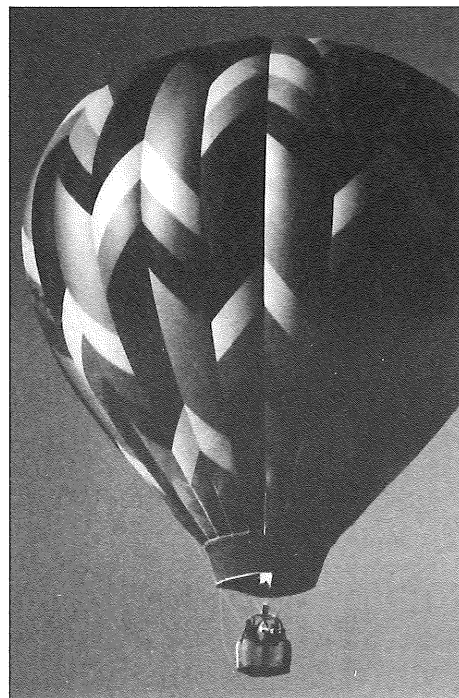
1) Lugar. En el lugar de la estancia tenemos que considerar el riesgo político del país y las características de la zona donde se va a residir.

La inestabilidad política del país es el principal factor agravante de los viajes. Existe una clasificación de países en función del mayor o menor índice de riesgo.

Entre los de riesgo normal suele citarse a los países de la

Unión Europea, Estados Unidos, Canadá, Japón, Australia, Nueva Zelanda, o Sudáfrica.

Por contra, las zonas consideradas como de mayor riesgo son:: Afganistán, Albania, Angola, Argelia, Bosnia-Herzegovina, Burundi, Camboya, Congo Brazzaville, Pakistán, R. D. del Congo, Irak, Indonesia, Nigeria, Rep. Centroafricana, Ruanda, Somalia, Sri Lanka (Norte y Este), República Federal de Yugoslavia, y dentro de la antigua U.R.S.S.: Chechenia, Osetia del Sur, Abjasia, Tayikistán,



Kubardino-Balkaria, Daguestán, Astrakán, Tayikistán y Transdniester. Todos estos países coinciden con aquellos a los que el Ministerio de Asuntos Exteriores español "como mero aviso o consejo" recomienda no viajar. Además a esta lista habría que añadir por su difícil situación y por sus continuos ataques a turistas, Colombia, Uganda, Sierra Leona y Yemen.

En cuanto a las características de la zona en la que se va a residir, se entiende que, por lo general, la estancia en áreas no urbanas presenta más riesgo que en las urbanas, ya que existe una mayor inestabilidad y las medidas de seguridad e higiénico-sanitarias son menores.

Existen otras características del lugar de destino que deberemos tener en cuenta ya que pueden afectar a la salud del viajero; las más significativas son: el clima, la altitud y la existencia de enfermedades infecciosas y tropicales.

Las enfermedades infecciosas y parasitarias más importantes son la peste, el cólera y la fiebre amarilla. La primera no necesita vacuna, bastaría con observar una serie de medidas sanitarias e higiénicas. Las restantes sí necesitan vacunación para evitar el peligro de contagio.

La enfermedad tropical más grave es el paludismo, causa frecuente de muerte. Tiene un período de incubación de 1-2 semanas y se puede contraer durante una breve escala de una hora en una zona infectada.

2) Duración. El efecto de este factor dependerá del lugar de destino. En zonas carentes de riesgo la duración del viaje no tiene mayor implicación. Ahora bien en otros territorios, calificados como conflictivos, tendrá bastante importancia, siendo su efecto directamente proporcio-

nal a la agravación que represente el lugar en cuestión.

En general podemos establecer que el riesgo es bastante limitado en estancias hasta de tres meses e incluso puede reducirse discrecionalmente el recargo aplicable por este concepto. Hasta seis meses la estancia se considera ligeramente agravada aunque dentro de lo normal, no influyendo este factor en la tarificación global. Y serán las estancias de más de seis meses las que agravan realmente la situación, debido a una mayor exposición al riesgo por parte de los asegurados, y es, en esta coyuntura, cuando deberemos estudiar la posibilidad de elaborar una tabla de sobreprimas específica o aconsejar la suscripción de un seguro en el país de estancia.

Sucesivas estancias en zonas de riesgo en cortos períodos de tiempo se tomarán como una

sola a la hora de contabilizar estos límites.

3) Actividades. Este factor está, en principio, relacionado con el lugar de estancia. En aquellos con mayor riesgo, las actividades consideradas como peligrosas agravarán sensiblemente el riesgo.

Normalmente el fin de esta clase de viajes es el turismo, lo cual no aumenta el riesgo salvo que se realicen actividades agravadas, como puedan ser safaris, deportes peligrosos, rutas de alto riesgo por lugar o por medio de transporte...

Aparte del turismo, se puede viajar por motivos de trabajo o negocios. Aquí deberemos hacer una valoración individualizada para cada persona pero analizando todo el conjunto del viaje, el lugar y las labores a desarrollar. Es obvio que no en todos los lugares existen las

mismas condiciones de trabajo, ni las mínimas medidas de seguridad e higiene y que no en todos los sitios existen los centros sanitarios, asistenciales y hospitalarios idóneos para poder atender un posible accidente.

Hay profesiones que agravan verdaderamente el riesgo al estar frecuentemente involucradas en conflictos sociales, como en el caso de las profesiones ejercidas por médicos, diplomáticos, militares, reporteros-periodistas, misioneros, miembros de O.N.G., investigadores...

De todo lo anterior se deduce que la tarificación de este tipo de riesgos es bastante compleja, por ello, NACIONAL DE REASEGUROS pone a disposición de las compañías aseguradoras su experiencia y sus conocimientos para la suscripción de este tipo de riesgos.



En confianza



Nacional de Reaseguros S.A.

CIFRAS MAS SIGNIFICATIVAS 1999	Miles pts.	Crecimiento
Primas	32.309.770	12,7%
Rendimientos Financieros	2.789.949	4,6%
Total Ingresos	35.099.711	12,0%
Primas retenidas	20.996.207	13,6%
Provisiones Técnicas de la Retención	35.679.508	22,4%
Provisiones T. % sobre primas retenidas	169,9%	
Inversiones y Efectivo en Bancos	34.497.264	9,8%
Depósitos de Reaseguro	8.078.931	18,7%
Total Activos Rentables	42.576.195	11,4%
Capital Social Desembolsado	2.200.000	10,0%
Reservas Patrimoniales	2.403.186	23,7%
Resultado Neto del Ejercicio	892.841	13,1%
Total Recursos Propios	5.496.027	16,2%
Impuesto sobre Sociedades	303.161	12,4%
Dividendo	160.000	25,8%
Dotación a Reservas Patrimoniales	732.841	10,7%
Resultado Bruto del Ejercicio	1.196.002	12,8%