

Incapacidad temporal para el trabajo en pacientes operados de columna. Reporte preliminar

Rafael Rodríguez-Cabrera,¹ Diana Ruiz-García,² Ismael Velázquez-Ramírez²

Resumen

Antecedentes: hoy en día, los problemas relacionados con padecimientos de la columna en trabajadores son de gran magnitud.

Objetivo: revisar las diferencias en reincorporación laboral en pacientes con afecciones de la columna que generan incapacidad y los factores que podrían alterar el tiempo de recuperación y la posibilidad de reincorporar al paciente a su trabajo.

Material y métodos: estudio preliminar, estadístico, de revisión de 37 pacientes trabajadores inscritos en el Instituto Mexicano del Seguro Social, operados por alguna afección de la columna vertebral en el que se compararon: días de incapacidad con lo propuesto internacionalmente y su retorno a laborar.

Resultados: 37% de los pacientes estudiados continúan activos en la seguridad social dos años después de la intervención quirúrgica. Los días de incapacidad generados por este grupo de estudio (212.3 días) son significativamente mayores a lo que establece el Medical Disability Advisor (56 días, casi 4 veces más).

Conclusiones: debido al tamaño de la muestra es necesario ampliar el estudio a otros centros de tratamiento dentro de la institución y comparar los resultados, principalmente lo relacionado con el retorno a laborar. La cirugía de columna no es garantía de retorno a laborar, lo que debe tenerse en cuenta al momento de plantearle al paciente los objetivos de la cirugía o un pronóstico laboral.

Palabras clave: cirugía de columna, incapacidad laboral, seguridad social.

Abstract

Background: The spinal injuries in workers have become a large-scale health problem. The **purpose** of this study is to review the differences in the spine pathologies from incapacity to work, as well as factors that could alter the recovery time and the possibility of returning the patient to work.

Methods: Statistical preliminary review study in 37 patients enrolled in the Instituto Mexicano del Seguro Social, workers, undertaken to spinal pathology surgery, comparing days of incapacity with proposed internationally, as well as his return to work.

Results: The results show that 37% of the patients studied are still active in the social security, 2 years after surgery. The days of disability generated by the pathology in this study group (212.3 days) are significantly higher than what is set on the Medical Disability Advisor (56 days, almost 4 times more).

Conclusion: The study shows the need to develop the same analysis in other hospitals, comparing the proportion of cases that return to the work and total disability times for diagnostics.

Key words: Spine surgery, working disability, social security.

¹ Coordinación de Salud en el Trabajo.

² Área de Reinserción Laboral, Coordinación de Salud en el Trabajo.
Instituto Mexicano del Seguro Social.

Correspondencia:

Dr. Rafael Rodríguez Cabrera
Coordinación de Salud en el Trabajo
Instituto Mexicano del Seguro Social
Av. Cuauhtémoc 330
06725 México DF
Tel.: 55191919 Ext.: 21650
rafael.rodriguezca@imss.gob.mx

Recibido: 21 de marzo 2013

Aceptado: 25 de julio 2013

Introducción

Entre la población trabajadora, desde hace más de 30 años, la incapacidad temporal para el trabajo asociada con dolor lumbar se ha transformado en un problema de gran magnitud, debido a sus complicados aspectos individuales, económicos, sociales, sanitarios y laborales. En los países desarrollados es la primera causa de incapacidad laboral.¹

En este grupo de pacientes, el principal síntoma por el que acuden a atención médica es la lumbalgia, que se clasifica según la duración del cuadro en: aguda, menor de seis semanas y crónica si supera las 12 semanas. Existen diversas clasificaciones etiológicas o anatómicas, entre

ellas, según el origen del dolor, se dividen en: estructurales como la mecánica, hernia de disco, estenosis del canal, espondilolisis, espondilolistesis; neoplásicas, primarias o secundarias; dolor lumbar referido; infecciones como discitis, osteomielitis, abscesos; metabólicas como osteoporosis y osteomalacia; y según las estructuras lesionadas, del segmento anterior y posterior.²

En países industrializados esta afección es la segunda causa de consulta médica, el quinto lugar en admisión hospitalaria, la tercera causa de cirugía y de incapacidad funcional crónica después de las afecciones respiratorias y traumatismos. Además, se considera la principal causa de incapacidad temporal para el trabajo en personas menores de 45 años y la patología musculoesquelética más sobresaliente en mayores de 65 años.^{1,3,4}

Por lo anterior, la lumbalgia tiene un predominio considerable en la salud pública y se ha convertido en una de las cinco primeras causas de ausentismo laboral.^{1,3-5}

En suma, podemos decir que la trascendencia de las lumbalgias no radica en su prevalencia, sino en los efectos que implica para la salud de los trabajadores y en la repercusión laboral por ausentismo y los costos de las incapacidades temporales para el trabajo.¹

Los elementos que intervienen como agravantes en la evolución del padecimiento son factores como: edad, sexo, eventos traumáticos, hábitos posturales, trastornos metabólicos, tabaquismo, obesidad, intoxicaciones, ocupación, entre otros.⁵

Otros factores que pueden influir en la duración de la incapacidad son: tipo de procedimiento quirúrgico, por ejemplo laminectomía; localización dentro de la columna vertebral; causa subyacente del trastorno, y su gravedad; procedimientos adicionales efectuados con la laminectomía, como discectomía o fusión; terapias quirúrgicas mal indicadas; complicaciones; tratar episodios agudos con reposo en cama; requerimientos laborales; capacidad para modificar actividades laborales, apego al tratamiento, tipo de rehabilitación; bajo nivel cultural y económico; falta de satisfacción en el trabajo; trastornos psicológicos, y duración de la incapacidad son un factor de riesgo.^{6,7} Por lo tanto, la permanencia del problema de salud y por ende de la incapacidad es muy variable dependiendo de varios factores, si la compresión del nervio es cervical, torácica, lumbar o sacra, si el trastorno afecta a la médula espinal, y si el empleo tiene características de: sedentario, ligero, medio, pesado o muy pesado (Cuadro I).

De 70 a 80% de la población en los países occidentales padece dolor lumbar en algún momento de su vida y se convierte en la principal causa de limitación de movilidad, discapacidad a largo plazo y disminución de la calidad de vida y, en consecuencia, en una de las principales causas de ausentismo laboral, y de consulta médica en los ser-

Cuadro I. Días de incapacidad propuestos por el Consejero Médico de Incapacidades, para discectomía, y el tipo de trabajo realizado

Clasificación del trabajo	Mínima	Óptima	Máxima
Sedentario	3	14	35
Ligero	7	21	42
Medio	14	42	84
Pesado	35	49	112
Muy pesado	42	56	140

vicios de Traumatología y Ortopedia. Todo ello sitúa al dolor lumbar como la circunstancia mecánica más costosa, y la primera causa de discapacidad laboral de origen musculoesquelético.⁸

En Europa, sólo los costos anuales asociados con lumbalgia son de entre 1.7 y 2.1% del producto interno bruto. En España, la lumbalgia es la afección con mayor prevalencia en la población adulta de más de 20 años, con 14.8% para la lumbalgia aguda, de 7.7% para la lumbalgia crónica, y 0.8% de lumbalgia de características inflamatorias. Sin duda, al gasto que implica la condición de incapacidad temporal para el trabajo producida por este diagnóstico hay que agregarle los costos directos como: cuidados de salud, prescripción de pruebas clínicas, hospitalizaciones o intervenciones quirúrgicas. Los gastos indirectos son: disminución de la productividad y ausentismo laboral.⁸

En Estados Unidos se estima que al trabajador con lumbalgia se le otorgan incluso 102 días de incapacidad, en promedio, durante toda su vida, con límites de 39 y 3,903 días. En ese país el costo de un evento doloroso asociado con lumbalgia es de 252.95 dólares y en Francia de 101.66 dólares. Esas cifras no contemplan procedimientos invasores. En el Reino Unido el ausentismo asociado con esta enfermedad es de 13%. De igual forma, las Guías Europeas refieren que de 11 a 12% de la población padece incapacidad asociada con lumbalgia,⁹ por ejemplo, derivado de esta elevada frecuencia y alto costo se han realizado numerosos estudios internacionales para establecer los factores de riesgo de esta afección en la que influyen factores: mecánicos, desequilibrio entre la fuerza muscular de un individuo y el estrés físico generado por su profesión; intenso trabajo físico en posturas forzadas del tronco, como la torsión y ante flexión.¹⁰

Para demostrar la magnitud del problema en México, para 2007, Covarrubias⁹ refirió que si 30% de los 6.5 millones de enfermos con lumbalgia crónica requiere incapacidad, significa que hubo 1.9 millones de personas con incapacidad temporal para el trabajo. Si cada uno de ellos requiere 12 días en promedio significan 23.4 millones de

días, aproximadamente 84% del total de incapacidades del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), lo que traducido a dinero significa 1.2 mil millones de pesos.⁹

En el IMSS, los padecimientos relacionados con la columna son uno de los principales que causan incapacidad temporal para el trabajo y discapacidad. Para ilustrar mejor cómo se comporta esta enfermedad, el Sistema de Información Interna de Salud en el Trabajo del IMSS reportó, en el 2009, que se calificaron 68,875 riesgos de trabajo que dieron lugar a 1,462,983 días de incapacidad temporal para el trabajo y 1,142 pensiones por incapacidad permanente. También se originaron 1,737 casos de invalidez y 24 defunciones. De 2009 a 2012 se produjeron 284,225 riesgos de trabajo que derivaron en 7,106,020 días de incapacidad temporal para el trabajo, y 5,365 pensiones por incapacidad permanente; se emitieron 7,973 dictámenes de invalidez y murieron 95 personas por un padecimiento relacionado con la columna.

Con base en esta problemática nos dimos a la tarea de realizar un estudio que identificara cuál fue el tiempo aproximado de incapacidad temporal para el trabajo en pacientes operados de columna en un hospital de tercer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y analizar el tiempo de incapacidad otorgado previo y posterior a la cirugía de columna, conocer la situación laboral de los trabajadores operados a dos años de la cirugía, y comparar los días de incapacidad temporal para el trabajo otorgados en este hospital con lo estipulado en la herramienta de medición Consejero Médico de Incapacidades (Medical Disability Advisor®), guía utilizada en el IMSS para otorgar una incapacidad temporal para el trabajo, según el diagnóstico y puesto de trabajo.

Material y métodos

Estudio preliminar, estadístico, de revisión de 37 pacientes trabajadores inscritos en el Instituto Mexicano del Seguro Social, operados por alguna afección de la columna vertebral en el que se compararon: días de incapacidad con lo propuesto internacionalmente y su retorno a laborar.

Los criterios de inclusión fueron: ser trabajador asegurado y haber recibido algún procedimiento quirúrgico de columna entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2009 en la unidad de estudio.

La información se complementó con los expedientes clínicos de los asegurados y se obtuvieron: fecha en la que se realizó la cirugía, diagnóstico por el que se ejecutó, género y situación laboral (activo o pensionado).

Con el número de seguridad social se extrajo de los sistemas de información del Instituto: el tipo de incapacidad (riesgo de trabajo o enfermedad general), días de incapacidad temporal para el trabajo otorgados por el padecimiento, fecha de inicio de la incapacidad y situación laboral actual.

La edad actual se estimó con la fórmula: edad = 2012 - (1900 + X), donde X es el número formado por el tercer par de dígitos extraídos del número de seguridad social; este par de dígitos contiene las dos últimas cifras del año de nacimiento.

Los días de incapacidad previos a la cirugía se calcularon mediante el recuento de días a partir de la fecha de inicio de incapacidad a la fecha de cirugía, mientras que los días postquirúrgicos se calcularon mediante los días de incapacidad temporal para el trabajo menos los días previos a la cirugía.

Se comunica un estudio preliminar retrospectivo, de estadística descriptiva de las variables de incapacidad y de la situación laboral; se calcularon las medidas de tendencia central y de variabilidad para las incapacidades y los porcentajes absolutos para la situación laboral a dos años de la cirugía.

Resultados

En los 37 pacientes revisados se encontró que 10 no necesitaron incapacidad: cuatro eran pensionados, uno estudiante y el resto se desconoce el motivo. Al excluir estos casos, la población de estudio se integró con 27 pacientes. Esta población está conformada por 15 mujeres (56%) y 12 hombres (44%), 26 de los pacientes se atendieron por enfermedad general (96%) y sólo uno por riesgo de trabajo (4%).

Los diagnósticos que originaron la cirugía se dividieron en cuatro grupos: 6 tumores (22%), 12 trastornos de discos lumbares (45%), 7 trastornos de discos cervicales (26%), y 2 fracturas (7%). Figura 1.

Las edad promedio de los pacientes fue de 49.9 años IC 95% (45.9, 53.9), donde IC 95% denota el intervalo de confianza del 95%.

En el Cuadro II se observa la distribución de la población entre género, diagnóstico y promedio de edades. No hay evidencia estadística de diferencia de edades entre género 48.9 con un IC 95% (44.1, 53.8) para hombres y 51.1 con un IC 95% (43.5, 58.7) para mujeres.

El promedio de días totales de incapacidad temporal para el trabajo otorgados por el centro hospitalario de estudio respecto a padecimientos de columna tratados quirúrgicamente fue de: 212.3 días con un IC 95% (162.1, 262.5)

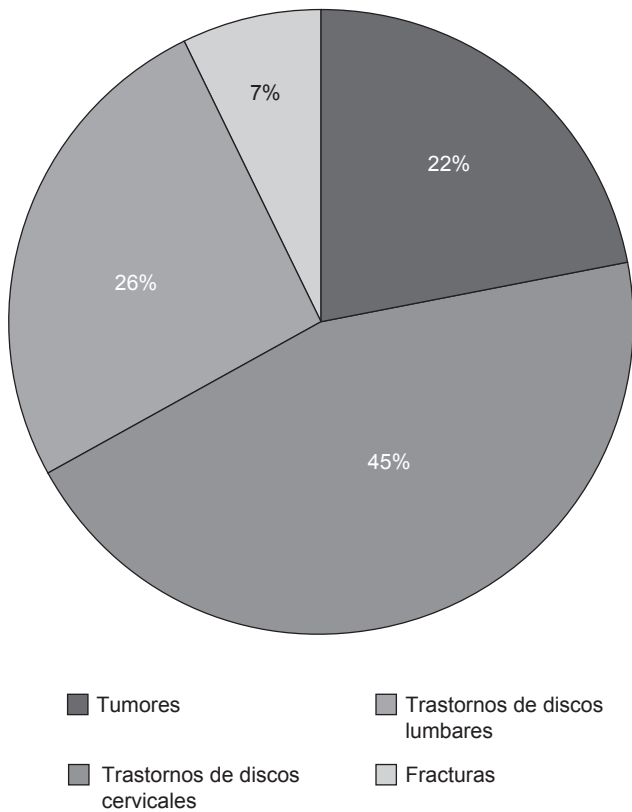


Figura 1. Distribución porcentual de los diagnósticos.

En la Figura 2 puede observarse la separación en el número de días:

El promedio de días de incapacidad temporal para el trabajo previos a la cirugía (prequirúrgicos) fue de 31.33 con un IC 95% (11.1, 51.6), con promedio de 180.96 días de incapacidad temporal para el trabajo posteriores a la cirugía (postQx) con un IC 95% (137.8, 224.2).

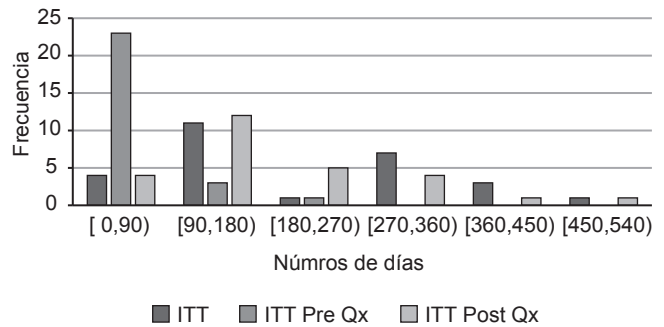


Figura 2. Histograma del número de días de incapacidad temporal para el trabajo, antes y después de la cirugía. Abreviaturas ITT: incapacidad temporal para el trabajo, Pre Qx: prequirúrgica, Post Qx: postquirúrgica.

La diferencia en los promedios entre las incapacidades otorgadas antes y después de la cirugía puede observarse en las gráficas de barras en donde se agrupa una gran cantidad porcentual de casos en barras totalmente excluyentes; de hecho, 75% de los casos para los días de incapacidad temporal para el trabajo previos a la cirugía fue menor o igual a 33 días (tercer cuartil Q3), mientras que 75% de los casos para los pacientes postoperados fue mayor a 112 días (primer cuartil Q1), como se muestra en la Figura 3.

Los resultados por diagnósticos se describen en el Cuadro III. Los diagnósticos relacionados con tumores son los que tuvieron, en promedio, el menor tiempo de incapacidad temporal para el trabajo, 142.83 días con un IC 95% (35.2, 250.5); sin embargo, no hay evidencia estadística para decir que tiene diferencia significativa entre los días otorgados por los distintos diagnósticos.

Cuadro II. Edades por género y diagnóstico.

Diagnóstico		Hombre		Mujer		Total	
		n	%	n	%	n	%
Tumores		3	(11.1)	3	(11.1)	6	(22.2)
	Promedio edad		40.3		60.0		50.2
Trastornos de discos lumbares		8	(29.6)	4	(14.8)	12	(44.4)
	Promedio edad		49.0		38.0		45.3
Trastornos de discos cervicales		4	(14.8)	3	(11.1)	7	(25.9)
	Promedio edad		55.3		61.3		57.9
Fracturas		0	(0)	2	(7.4)	2	(7.4)
	Promedio edad		-		48.5		48.5
Total		15	(55.6)	12	(44.4)	27	(100)
	Promedio edad		48.9		51.1		49.9

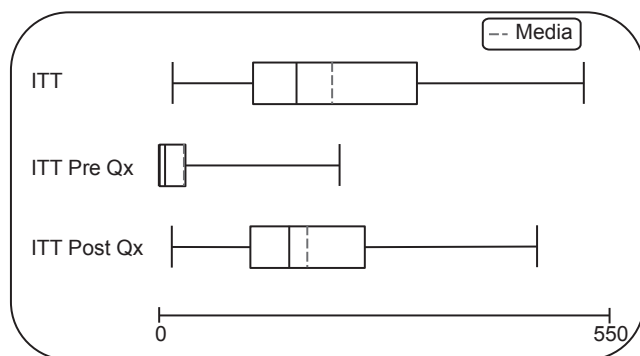


Figura 3. Diagrama de caja para los días de incapacidad.
Abreviaturas: ITT: incapacidad temporal para el trabajo, Pre Qx: prequirúrgica, Post Qx: postquirúrgica.

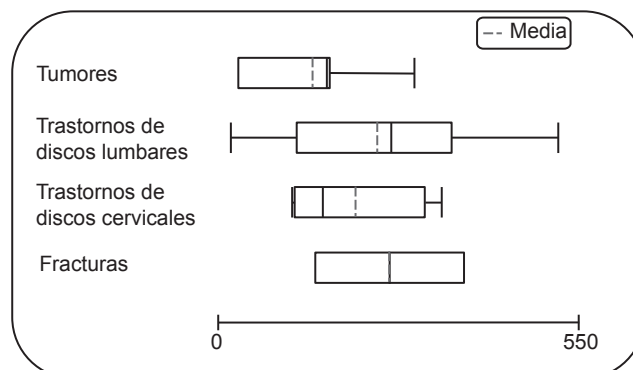


Figura 4. Diagrama de caja para los días de incapacidad temporal para el trabajo en los distintos diagnósticos.

A pesar que las medias, medianas, intervalos intercuartiles, mínimos y máximos varían entre las distintas clases de diagnósticos (Cuadro IV), los intervalos intercuartiles no son excluyentes como puede verse en la Figura 4.

El panorama actual de los pacientes (en el 2012) es de 10 pensionados (37%) y 17 sin pensión (63%).

De los pensionados, 7 fueron por invalidez (26% del total), 2 por cesantía en edad avanzada, (7%) y 1 por viudez (4%). Figura 5

De los pacientes sin pensión, 7 dejaron de cotizar para la institución (26%) y sólo 10 de los 27 pacientes estudiados se encontraban activos laboralmente y cotizando (37%). Figura 6

Cuadro III. Promedio de días de incapacidad temporal para el trabajo, incapacidad temporal pre y posquirúrgica por diagnóstico.

Diagnóstico	Casos	Edad	Promedio de días		
			ITT	ITT preQx	ITT postQx
Tumores	6	50.17	142.83	26.83	116.00
Trastornos de discos lumbares	12	45.00	241.25	32.75	208.50
Trastornos de discos cervicales	7	59.33	208.57	32.43	176.14
Fracturas	2	48.80	260.00	32.50	227.50
General	27	49.9	212.30	31.33	180.96

ITT= incapacidad temporal para el trabajo, preQx= pre quirúrgica, postQx= postquirúrgica

Cuadro IV. Valores mínimos, máximos y cuartiles de incapacidad temporal para el trabajo por diagnóstico.

Diagnóstico	Mín	Q1	Mediana (Q2)	Q3	Máx
Tumores	28	28	165	172	299
Trastornos de discos lumbares	17	119	263	356.5	518
Trastornos de discos cervicales	112	115	159	315	340
Fracturas	144	144	260	376	376
General	17	115	168	315	518

Mín= valor mínimo, Máx= valor máximo, Q1, Q2, y Q3: primer, segundo y tercer cuartil respectivamente.

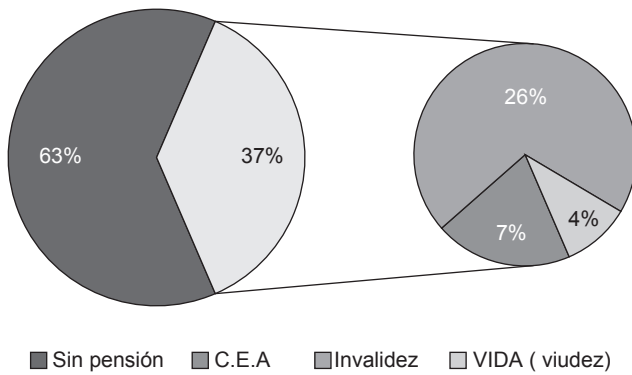


Figura 5. Gráficas de pastel de la situación laboral de la población estudiada.
Abreviaturas: CEA= cesantía en edad avanzada.

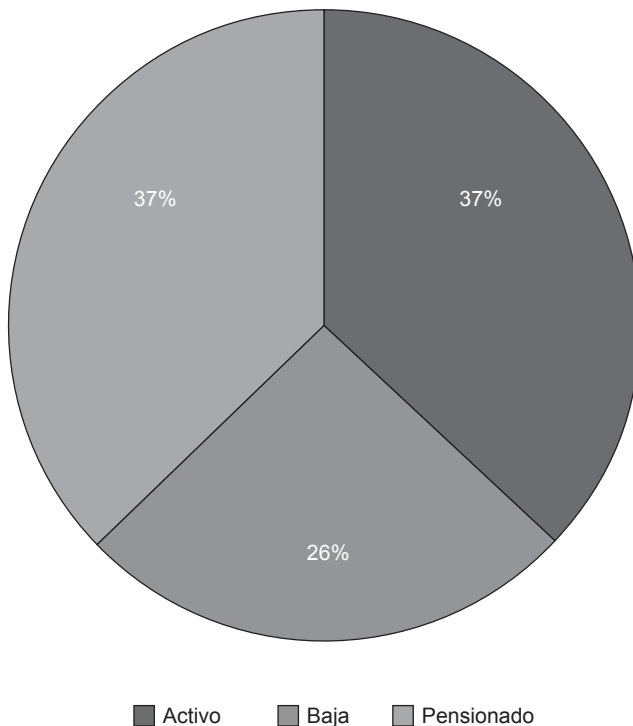


Figura 6. Gráfica de pastel de la relación de casos sin pensión.

Discusión

El número de días otorgados a nivel nacional por incapacidad temporal para el trabajo en diferentes diagnósticos es superior a lo establecido por fuentes nacionales e internacionales, incluso dentro de la institución. Estos promedios tienen grandes variaciones entre las distintas unidades mé-

dicas. En el caso específico de la intervención quirúrgica en nuestra Unidad de estudio el panorama no es diferente. El promedio de días de incapacidad postoperatoria para los diagnósticos de hernia de disco lumbar y cervical fue de 208.50 con IC 95% (128.8, 288.2) y de 176.14 con IC 95% (99.1, 253.2), respectivamente, por lo que son mayores a los planteados por la herramienta Consejero Médico de Incapacidades (lo óptimo son 56 días para trabajo muy pesado contra 212.3 del estudio) que contrasta con la oportunidad de atención que permitió tener días de incapacidad previos a la cirugía mucho menores, a los posteriores a la intervención quirúrgica.

Sin duda, intervienen muchos factores en el número de días otorgados a cada persona que se interviene quirúrgicamente por un problema de columna: tipo de diagnóstico, edad, género, actividad física, complexión de la persona intervenida, cuidados postoperatorios, incluso la familia, entre muchos otros. También puede observarse que no hay diferencia estadística suficiente para concluir que los días de incapacidad temporal para el trabajo sean distintos entre los diagnósticos, grupos de edad o entre género. Queda, entonces, la interrogante de qué es lo que afecta realmente en este tiempo y abre la oportunidad de verificar otras unidades y comparar las diferencias en la atención.

En el IMSS puede haber casos de pacientes postoperados de columna que no requieren incapacidad temporal para el trabajo, por alguna de las siguientes razones: tener una pensión de invalidez, cesantía o vejez; encontrarse en conservación de derechos, estar asegurado como estudiante, ser su propio patrón o familiar, utilizar vacaciones para operarse.

En el estudio se encontró que 27% de los asegurados atendidos no requirió incapacidad, 40% de estos pacientes estaban pensionados, uno de ellos era estudiante y el resto estaba en alguna de las otras categorías.

En el hospital de donde se tomaron los datos para realizar el estudio se encontró que el tiempo de incapacidad temporal para el trabajo previo a la cirugía es menor al tiempo de incapacidad temporal para el trabajo postquirúrgico, con un valor p de la prueba de 0.0009. Esto se debe, en gran medida, a que es una unidad de tercer nivel de atención médica, por lo que los pacientes referidos son asegurados que han sido valorados previamente en unidades de primer o segundo nivel de atención y sólo se les programa para la cirugía que requieran. También valoran pacientes que ingresan por el servicio de Urgencias para ser intervenidos quirúrgicamente de manera oportuna.

Un dato interesante que se encontró en esta unidad es que el promedio de edad de los pacientes con trastornos de discos lumbares es menor al promedio de pacientes con trastornos de discos cervicales con un nivel de prueba de p (0.003).

El hecho que sólo 37% de los pacientes estudiados estén activos laboralmente, a dos años de su cirugía, indica que sólo la tercera parte de los postoperados de columna tienen una recuperación satisfactoria, permitiéndoles reincorporarse a su trabajo; por lo tanto, esto nos hace pensar que nuestro enfoque, ante este padecimiento, debe ser primordialmente preventivo, antes que curativo, lo que principalmente puede enfocarse en el ámbito laboral mediante la ergonomía del puesto de trabajo aunado a las medidas higiénico-posturales.

Al mismo tiempo nos debe generar la inquietud científica y académica para revisar ampliamente los protocolos de tratamiento conservador contra el quirúrgico en los pacientes trabajadores, o bien, cambiar el enfoque por el que se determina un tratamiento quirúrgico; esto es, no debemos pensar necesariamente en que la cirugía retornará al trabajador a su misma actividad. En esta serie el procedimiento quirúrgico no fue resolutivo en la mayoría de los casos (en más de 60% de estos).

Conclusiones

El tamaño y diseño del estudio no permite concluir pero genera la necesidad de elaborar este mismo análisis en otros centros hospitalarios con más pacientes y comparar los resultados en dos vertientes: proporción de casos que retornan a su actividad laboral y tiempo de incapacidad total por el diagnóstico, y comparar los resultados con las tendencias internacionales y entre los hospitales. Con un grupo de estudio mayor se podrán comparar resultados entre los diferentes diagnósticos y técnicas quirúrgicas.

Es imperativo revisar los gastos asociados con esta afección en los trabajadores inscritos en la seguridad social y analizar las razones que generan el elevado número de días de incapacidad, porque esto eleva los costos de una institución de seguridad social.

Referencias

1. Ocaña Jiménez U. Lumbalgia Ocupacional y Discapacidad Laboral. *Rev Fisioter (Guadalupe)* 2007;6:17-26.
2. Chacón Barrantes E. Lumbalgia mecánica. *Rev Med Costa Rica y Centroamérica* 2010;LXVII(593):229-232.
3. Gómez-Conesa A, Valbuena Moya S. Lumbalgia crónica y discapacidad laboral. *Fisioterapia* 2005;27:255-265.
4. Urbina Brenes R. Lumbalgia mecánica en el ámbito laboral, Costa Rica. *Rev Costarr Salud Pública* 2011;20:45-47.
5. Saldivar González A, Cruz Torres D, Serviere Zaragoza L, Vázquez Nava F, Joffre Velázquez V. Lumbalgia en Trabajadores. *Epidemiología. Rev Med. IMSS* 2003;41:203-209.
6. Rodríguez Cardoso A, Herrero Pardo de Donlebún M, Barbadillo Mateos C. Lumbalgias. *Epidemiología y repercusión laboral. JANO* 61(1408) Disponible en <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/61/1408/68/1v61n1408a13022332pdf001.pdf>
7. Gutiérrez Rubio A, Del Barrio Mendoza A, Ruiz Frutos C. Factores de riesgo y patología lumbar ocupacional. *MAPFRE Medicina* 2001;12:204-213.
8. Casado Morales MI, Moix Queraltó J, Vidal Fernández J. Etiología, cronificación y tratamiento del dolor lumbar. *Clínica y Salud* 2008;19:379-392.
9. Covarrubias Gómez A. Lumbalgia: un problema de salud pública. *Rev Mex Anest* 2010;33:S106-S109.
10. Sauné Castillo M, Arias Anglada R, Lleget Maymó I, Ruiz Bassols Á, Escribá Jordana JM, Gil M. Estudio epidemiológico de la lumbalgia. Análisis de factores predictivos de incapacidad. *Rehabilitación* 2003;37:3-10.