

**DIFERENCIAS EN TIEMPOS DE INCAPACIDAD SEGÚN EL TIPO DE MANEJO
(CONVENCIONAL O TEMPRANO), EN PACIENTES CON DOLOR LUMBAR AGUDO
SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRABAJO EN UNA ASEGURADORA DE RIESGOS
PROFESIONALES (ARP) DE BOGOTÁ, COLOMBIA**

Cortes I, Sandra C, MD; Espinosa M. Yiseth A, M.D; Montenegro C, María J, MD. Estudiantes de tercer semestre de Salud Ocupacional. Universidad del Rosario. Bogotá – Colombia.

RESUMEN

A lo largo de la historia se ha encontrado que el dolor lumbar agudo es una patología de alta prevalencia y costo, lo ha llevado a varios países a considerarlo un problema de salud pública, Sin embargo ha sido subvalorada y aun no se toman las medidas preventivas lo que aumenta los costos de atención para los servicios de salud y para las empresas es una causa importante de disminución de la producción por días de incapacidad. Con el fin de establecer si el tiempo de inicio y tipo del tratamiento de rehabilitación en los casos de dolor lumbar agudo secundario a accidente de trabajo puede influir en los tiempos de incapacidad, se realizó la revisión de datos de las historias clínicas de los trabajadores con este diagnóstico que consultaron a una ARP de Bogotá (Colombia) entre enero y junio de 2010, clasificándolos según el tipo y tiempo de inicio del tratamiento en dos grupos: convencional (manejo fisioterapéutico directo iniciado según disponibilidad de agenda) o temprano (manejo de casos considerados de baja complejidad mediante instrucción, planes caseros de ejercicio y seguimiento), los cuales se compararon encontrando que existen diferencias estadísticamente significativas entre los días de incapacidad según el manejo utilizado en los trabajadores ya que la media de los días del manejo convencional es de 3,97 +/- 4,01 días, en el manejo temprano es de 6,23 +/- 4,48 días, con una probabilidad de 0,000 , adicionalmente se encontró comparando las medias de los grupos que presentaban características similares demográficas, laborales y relacionadas con la lesión. En conclusión, el manejo fisioterapéutico directo, denominado “convencional” en este estudio, mostró menores tiempos de incapacidad al compararlo con el tratamiento basado en instrucción y planes caseros denominado en este estudio como “manejo temprano” a pesar de que este último se inicia inmediatamente se diagnostica el caso y se indica para casos considerados como leves en la consulta inicial.

Palabras Claves: Dolor lumbar agudo, días de incapacidad, accidente de trabajo, terapia convencional, terapia temprana.

INTRODUCCION

El dolor lumbar agudo se ha convertido en un problema de salud pública, ya que es una de las patologías más frecuentes en el mundo, representando una de las causas más comunes de incapacidad relacionada con el trabajo y un contribuyente importante de pérdida de días trabajo, impactando sobre la producción de las empresas y representando un importante costo para los sistemas de salud.

Los diferentes estudios epidemiológicos realizados en Colombia muestran que el dolor lumbar es la tercera causa de consulta en los servicios de urgencias, la cuarta causa de consulta en medicina general, la primera causa de reubicación laboral y la segunda causa de pensiones por invalidez. Esta información no dista mucho de la obtenida en otras partes del mundo, en los países desarrollados constituye la más frecuente y costosa de las alteraciones ortopédicas, la lesión industrial más costosa y la causa más común de incapacidad de trabajadores menores de 45 años. (1, 17)

El impacto socioeconómico que genera el dolor lumbar agudo, en los Estados Unidos (EE.UU.) por costos directos e indirectos, se estimaron en más de 50 mil millones de dólares por año (Frymoyer 1993), en el Reino Unido (RU) en 1998 fueron de 11 mil millones de dólares (Maniadakis 2000), en los Países Bajos en 1991 indicaron que los costes totales fueron de casi 5 mil millones de dólares (van Tulder 1995). En Suecia se reportó un incremento del 6.000% en incapacidades permanentes por dolor lumbar entre 1952 y 1987 (2, 9, 11, 14).

El dolor lumbar agudo se define como la sensación de dolor o molestia localizada entre el límite inferior de las costillas y el límite inferior de los glúteos cuya intensidad varía en función de las posturas y actividad física, de menos de 6 semanas de duración. Suele acompañarse de limitación dolorosa del movimiento y puede asociarse o no a dolor referido o irradiado. Este diagnóstico implica que el dolor no se debe a fracturas, traumatismos o enfermedades sistémicas (espondilitis, infecciones, alteraciones vasculares, alteraciones neurológicas, endocrinas o neoplásicas) y que no existe compresión radicular demostrada ni indicación de tratamiento quirúrgico. (7)

La causa del dolor lumbar agudo es multifactorial y hay que tener en cuenta los factores ligados a las condiciones de trabajo (manipulación de cargas), organizacionales y psicosociales, factores relacionados con las condiciones ambientales de los puestos y sistemas de los puestos de trabajo (temperatura, vibración, entre otros) y los factores individuales (capacidad funcional del trabajador, hábitos, antecedentes, aspectos psicológicos, etc.). Sin embargo la manipulación de cargas es los factores laborales más comunes que dan lugar a lesiones en la columna lumbar, tanto el levantamiento como el transporte manual de cargas implican esfuerzos

importantes para los trabajadores, provocando desgarros y deterioros progresivos en la anatomía vertebral. (4, 7)

En cuanto al tratamiento existen varias escuelas en las que el tratamiento consta de medicamentos, reposo, ejercicio, educación, fisioterapia, escuelas de espalda y rehabilitaciones multidisciplinarias, la diferencia entre unos y otros se encuentra en los tiempos de duración y acceso. Los programas de rehabilitación efectivos incluyen actividad física progresiva y elementos de buen cuidado de la salud, respecto a este tema existe evidencia moderada, y no hay justificación para realizar programas intensivos y costosos, además de ser necesario evaluar si es efectivo y no tiene efectos adversos.

Es necesario conocer si el tipo de tratamiento así como el tiempo de inicio del tratamiento influyen en los tiempos de incapacidad, con el fin de proyectar intervenciones más efectivas logrando de esta manera que la producción de las diferentes empresas no se vea afectada por los días no trabajados, además de disminuir las altas inversiones de los diferentes servicios de salud en esta patología y evitar que se cronifique e impida al trabajador continuar con su actividad laboral, social y personal normal .

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo la revisión de datos de las historias clínicas de todos los pacientes con diagnóstico lumbago que consultaron a una ARP de Bogotá (Colombia) entre enero y junio de 2010.

Se revisaron 557 casos. Los datos se registraron en un instrumento diseñado para tal fin, descartando los registros (238 registros) que no correspondieran al diagnóstico en estudio, que tuvieran datos incompletos, o los casos de dolor lumbar agudo secundario a accidente de trabajo que no requirieron incapacidad. Se excluyeron los casos (28 casos) con antecedentes de cuadro de dolor lumbar agudo de otras etiologías, cirugía de columna lumbar o de patología lumbar previa y embarazo.

Los 120 casos elegibles para el estudio se clasificaron en dos grupos según el tipo de tratamiento. En el grupo 1 se incluyeron los trabajadores con diagnóstico de dolor lumbar agudo secundario a accidente de trabajo que habían recibido tratamiento convencional. En el tratamiento catalogado como manejo convencional (19) el trabajador llega por remisión por médico general, por especialista o remisión por fisioterapeuta al centro de rehabilitación de la ARP con citas asignadas según disponibilidad de la agenda profesional. Sus objetivos son: disminuir sintomatología dolorosa e inflamatoria, educar al paciente, iniciar tratamiento activo, mejorar condiciones fisiocinéticas, reeducar en higiene postural, disminuir el temor del movimiento, educación sobre patología, promover los cuidados posturales. La evaluación por el fisioterapeuta y tratamiento

fisioterapéutico comprende medios físicos (crioterapia, termoterapia, electroterapia,

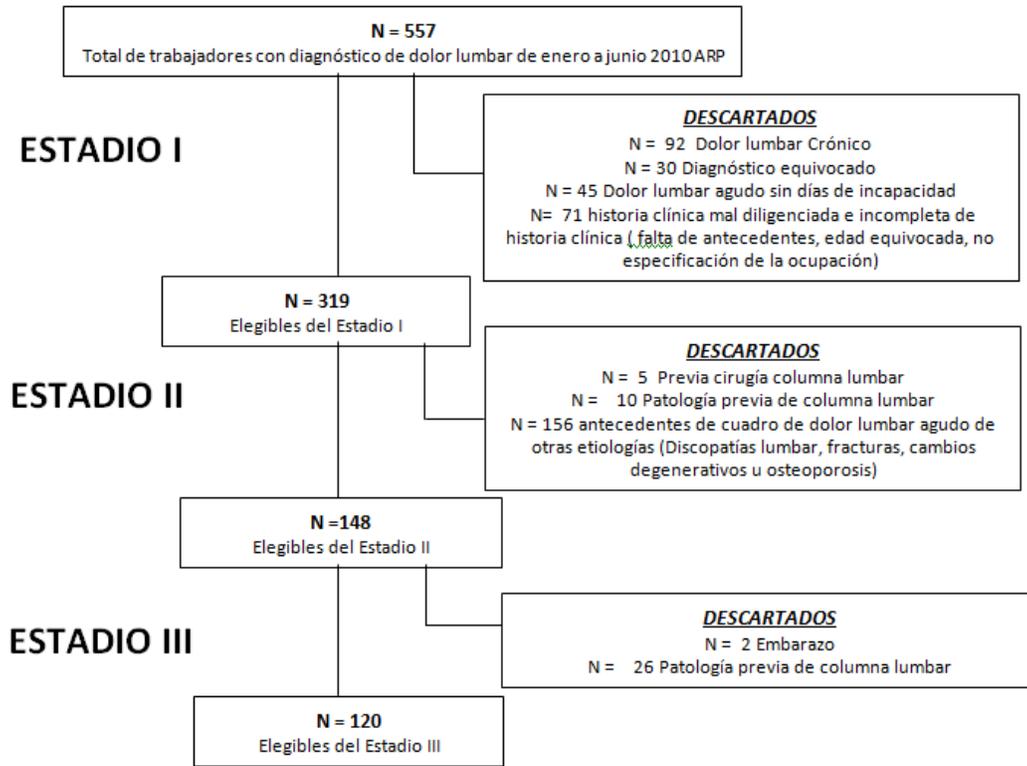


Figura 1. Tres estadios de selección de las historias clínicas

Sonoterapia), ejercicios terapéuticos (control lumbopélvico, estiramiento muscular, fortalecimiento muscular del corsé anatómico, estabilización segmentaria, control postural) y educación e higiene de columna.

En el grupo 2 se incluyeron los trabajadores con igual diagnóstico y que habían recibido manejo temprano (19) que consiste en la promoción de la salud a partir del reconocimiento de los cuidados básicos que se deben fortalecer para lograr una recuperación temprana, dirigido a traumas leves que ameriten reposo parcial. Los usuarios son identificados por el médico tratante como objeto del programa son remitidos para ser atendidos el mismo día de la consulta. La fisioterapeuta en una atención individual da instrucciones claras sobre la condición de salud, cuidados básicos, empleo de medios físicos locales, ayudas externas y ejercicios de relajación y estiramiento, higiene postural pertinentes para realizarlos en casa según diagnóstico y contraindicaciones que se determinen. Se realiza entrega de plan casero que incluye recomendaciones para que el paciente inicie en forma temprana su participación activa en el proceso de rehabilitación comprometiendo e involucrando a la familia lo cual facilita su recuperación. Este tipo de manejo tiene seguimientos telefónicos 3 días posteriores a la valoración inicial donde se indaga a cerca de la evolución, dudas, síntomas o signos de alarma que implique la necesidad de una nueva cita o control con el médico.

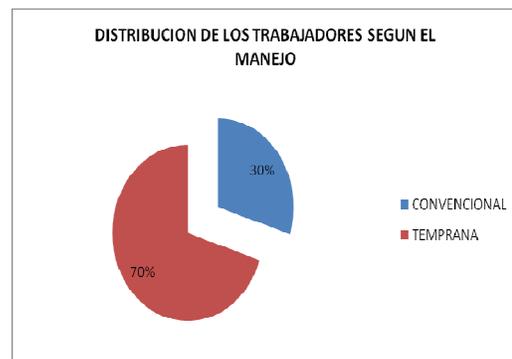
Posteriormente se realizó el análisis de los datos encontrados.

En la figura 1 se muestra como se realizó la selección de las historias clínicas. La información recogida se procesó mediante los programas informáticos Epiinfo 6.04 y SPSS

RESULTADOS

Caracterización de la población Trabajadora a Estudio

La población estudiada fue de 120 trabajadores de los cuales 36 recibieron manejo convencional (30%) y 84 fueron manejados mediante el protocolo de manejo temprano (70%) (Grafico 1) Predomina el género masculino. Las edades están en el rango de 18 años a 56 años.



FACTORES PSICOSOCIALES	TIPO DE MANEJO	
	CONVENCIONAL	TEMPRANO
<u>GENERO</u>		
Femenino	9 (25%)	16 (19%)
Masculino	27 (75%)	68 (81%)
<u>EDAD (años)</u>		
>18 28	8 (22,2%)	28 (33,3%)
>28 38	13 (36,1%)	30 (35,7%)
>38 48	9 (25%)	13 (15,5%)
>48 58	6 (16,7%)	12 (14,3%)
> 58	0 (0%)	1 (1,2%)
FACTORES LABORALES		
<u>OCUPACION</u>		
Operarios	13 (37,1%)	17 (20,5%)
Trabajo de oficina	3 (8,6%)	12 (14,5%)
Auxiliares	7 (20%)	13 (15,7%)
Otras ocupaciones	12 (34,3%)	41 (49,4%)
<u>TIEMPO EN LA OCUPACION (MESES)</u>		
0 50	21 (58,3%)	55 (65%)
> 50 100	9 (25%)	18 (21,4%)
>100 150	1 (2,8%)	6 (7,1%)
> 150 200	1 (2,8%)	1 (1,2%)
>200 250	2 (5,6%)	2 (2,4%)
>250	2 (5,6%)	2 (2,4%)
FACTORES RELACIONADOS CON LA LESION		
<u>MECANISMO DE LESION</u>		
Levantamiento de carga	26 (72,2%)	68 (81%)
Caída	2 (5,6%)	7 (8,3%)
Movimiento inadecuado	8 (22,2%)	9 (10,7%)
<u>DIAS DE INCAPACIDAD</u>		
0 5	27 (75%)	42 (50%)
>5 10	7 (19,4%)	35 (41,5%)
>10 15	0 (0%)	3 (3,6%)
>15 20	2 (5,6%)	2 (2,4%)
>20 25	0 (0%)	1 (1,2%)
>25	0 (0%)	1 (1,2%)
<u>TIEMPO DE INCIO DEL MANEJO (DIAS)</u>		
0 5	0 (0%)	84 (100%)
>5 10	25 (42,7%)	0 (0%)
>10 15	4 (11,1%)	0 (0%)
>15 20	1 (2,8%)	0 (0%)
>20 25	2 (5,6%)	0 (0%)

Tabla No. 1. Frecuencia y porcentaje de presentación en el grupo de trabajadores seleccionados según el tipo de manejo que recibieron.

Adicionalmente se encuentra que no existen diferencias estadísticas entre los grupos se realiza pruebas no paramétricas para las variables numéricas y se obtiene chi cuadrado para las que no lo son. (Tabla No. 2 y 3)

	TIPO DE MANEJO	N	MEDIA	PROBABILIDAD
TIEMPO DE OCUPACION (meses)	1	36	67,56	0,227
	2	84	51,88	
EDAD (años)	1	36	36,22	0,482
	2	84	4,8	

Tabla No. 2. Tiempo de ocupación (meses) y edad (años)

		TIPO DE TERAPIA		Total	
		1	2		
GENERO	M	Recuento	27	69	96
		%	75,00%	82,10%	80,00%
F	Recuento	9	15	24	
	%	25,00%	17,90%	20,00%	
Total	Recuento	36	84	120	
	%	100,00%	100,00%	100,00%	

Tabla No. 3. Según el género (p = 0.370). M= masculino, F= femenino, 1 = manejo convencional, 2= manejo temprano

En relación con los factores laborales como la ocupación se tuvieron en cuenta cuatro grupos; primer grupo lo conforman los operarios de manufactura, carga y producción; se encontró que fue el grupo más representativo dentro de la población objeto de estudio para los dos tipos de manejo (convencional: 37,1% y temprano: 20,5%), el segundo grupo estaba formado por los trabajadores de oficina, asesores de ventas, vendedores y mercaderistas, el tercer grupo estaba compuesto por los Auxiliares de bodega y recibo; y el último grupo por otro tipo de ocupaciones como docentes, supervisores, conductores o quienes no podían ser clasificados en los grupos anteriores. La mayoría de los participantes presentaron tiempos de vinculación a su cargo actual de 0 a 50 meses, sin significancia estadísticas entre los dos grupos (p= 0,0738).

El levantamiento de carga fue el mecanismo de lesión que se presentó con mayor frecuencia para los dos grupos (manejo convencional: 72,2% – manejo temprano 81%), los días de incapacidad generados por la lesión predominantemente se encontraron en el rango de 0 – 5 días para los dos manejos (convencional: 75% – temprano 50%). En el grupo de manejo convencional el rango que presentó la mayor frecuencia para el inicio del tratamiento fue a los 5 a 10 días (42,7%), en contraste el manejo temprano tuvo este inicio inmediatamente (0 días: 100%).

(Tabla 1).

Días de incapacidad

En los datos no existe normalidad por lo cual se hace uso de la prueba no paramétrica de Mann whitney, en la cual se encuentran como días de incapacidad en el convencional la media de 3,97 +/- 4,01 días (mediana = 3,0), mientras que en el manejo temprano 6,23 +/- 4,48 días (mediana = 5,50), con una probabilidad estadística de 0,000, que le da significancia a este resultado y demuestra menos días de incapacidad en los paciente con manejo convencional. (Grafico No. 2)

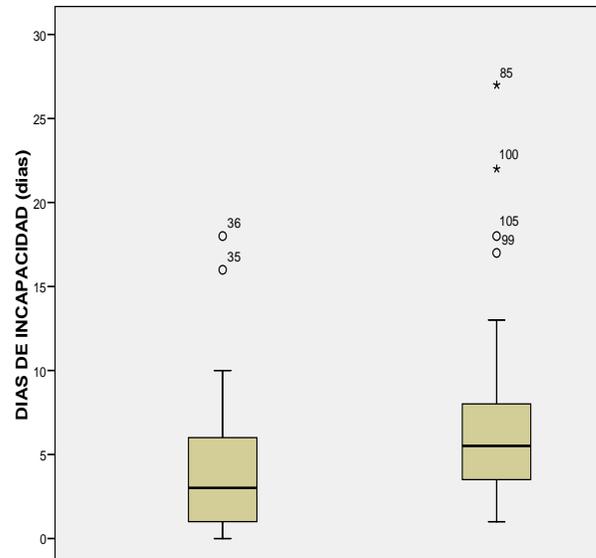


Gráfico 2. Distribución porcentual de los días de incapacidad en cada uno de los manejo.

DISCUSION

La primera presentación de la lumbalgia es más frecuente entre los 20 y los 40 años (8,9,10,12), reportándose la mayor frecuencia para la lumbalgia a los 30 años (11). Es decir, en el rango de población activa lo que concuerda con los hallazgos del presente estudio que se encontraron en un rango entre los 20 y 40 años de edad. Bassol y cols., en su artículo el dolor de espalda en la población catalana estudió adultos mayores de 18 años, no encontró diferencias entre los grupos estudiados de edad, sin embargo refiere que autores como Papageorgiou et al hallaron una mayor frecuencia en ciertos rangos de edad (entre 45-59 y 30-50 años, respectivamente) y propone que esto datos se obtuvieron por el tipo de población estudio. (18)

En referencia al factor género se encontró que es mayoritariamente masculino, lo que se interpreta como la aún no plena incorporación de la mujer a la esfera laboral y, sobre todo, en aquellos trabajos cercanos al plano industrial (20).

Según la literatura reportada (5, 20) se evidencia que el tipo de trabajo en el que se presenta con mayor frecuencia esta patología es el grupo de los operarios de máquinas y los trabajadores de planta, lo que no se

correlaciona con los hallazgos obtenidos en el presente estudio, donde el grupo de otras ocupaciones eran los más lesionados. Sin embargo, Wadell encontró que era de importancia tener en cuenta los trabajos de alta exigencia tanto física como mental, lo que se correlaciona con lo encontrado en los trabajadores objeto de estudio, debido a que en este grupo se encuentran trabajadores que tienen el tipo de exigencias que menciona Wadell (5,6,7, 19).

Existe controversia en cuanto a la influencia en el dolor lumbar según el tipo de tratamiento o su tiempo de inicio. Benedict y cols., en uno de sus estudios realizados describe que la fisioterapia temprana disminuyó la discapacidad, la salud en general, función social, salud mental y vitalidad, todo esto fue superior al paciente que simplemente estuvo activo, también se demuestra en su estudio que no existe gran diferencia con la intervención convencional a largo plazo (13). En contraposición, Van Tulder y cols., hacen una revisión de 4 artículos y no encontraron diferencia entre el tratamiento con placebo o con ejercicios para el manejo del dolor lumbar. (15,16)

Se acepta que el ejercicio tiene una influencia positiva en la evolución del dolor lumbar pero el interrogante es la forma óptima de implementar el ejercicio como estrategia para el tratamiento. Existe evidencia de que los programas intensivos y supervisados son más exitosos que los suaves y los no supervisados (14) factores que se han asociado a un mantenimiento de los beneficios obtenidos en los pacientes con lumbalgia como refiere Pérez G, J. en el estudio Lumbalgia y ejercicio físico de la Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte publicado en el año 2006 (15)

La supervisión del entrenamiento permite a la persona encargada de esta tarea ajustar el programa de rehabilitación a los progresos que se produzcan en el paciente (16-17). Algunos autores consideran que la mejor alternativa es realizar actividad física a tolerancia con pocos días de incapacidad inicialmente para tener una adecuada recuperación (1,3).

En concordancia con estos conceptos, este estudio encontró que la implementación de un tratamiento convencional a cargo de un fisioterapeuta presenta menores tiempos de incapacidad al compararlo con un manejo fundamentado en la instrucción, planes caseros de ejercicio y seguimiento telefónico, a pesar de que este último se instaura más temprano y en casos que se consideran de severidad menor, poniendo en evidencia que la intervención directa tiene un impacto positivo en la evolución del dolor lumbar secundario a accidentes de trabajo.

CONCLUSIONES

Destacando que en este estudio el manejo convencional demostró menos días de incapacidad en el primer episodio de dolor lumbar agudo secundario a accidente de trabajo, a pesar del su inicio mas tardío con respecto al tratamiento denominado como “temprano” sugiriendo la necesidad de implementar

protocolos de tratamiento que involucren la intervención fisioterapéutica directa.

De los datos obtenidos podemos indicar que la mayor incidencia de presentar dolor lumbar agudo secundario accidente de trabajo se ha dado por levantamiento de carga en trabajadores entre edades comprendidas entre 28 y 38 años de género predominantemente masculino.

Un gran porcentaje de los trabajadores tenían una antigüedad en la empresa de 0 a 50 meses lo que no se correlaciona con el factor antigüedad y la mayor presencia de patología lumbar.

La mayor parte de los trabajadores con dolor lumbar agudo secundario a accidente de trabajo correspondían a los clasificados en otro tipo de ocupaciones como; docentes, supervisores, conductores o quienes no podían ser clasificados en los grupos de operarios, auxiliares o trabajo de oficina

BIBLIOGRAFIA

1. Mamivaara A, Häkkinen U, Aro T. The treatment of acute low back pain — bed rest, exercises, or ordinary activity? . NEJM. 1995; 322 (6): 351-355.
2. Steven Z. George, PT, PhD,* Julie M. Fritz, PT, PhD, ATC,† Joel E. Bialosky, PT, Douglas A. Donald. The Effect of a Fear-Avoidance-Based Physical Therapy Intervention for Patients With Acute Low Back Pain: Results of a Randomized Clinical Trial. SPINE 2003;28(23);2551-2560.
3. Waddell G, Feder G, Lewi M. Systematic reviews of back pain. British Journal of General Practice. 1997, 47, 647 652.
4. Shaw W, Pransky G, Patterson W. Patient Clusters in Acute, Work-Related Back Pain Based on Patterns of Disability Risk Factors. Journal Occupational Environ medicine. 2007;49:185-193.
5. MCCREARY C, TURNER J, DANSON E. Differences between functional versus organic low back pain patients. Pain. 1977; 4: 73-78.
6. Wand, Benedict. Birdd C, MacAuley J. Early Intervencion for the Management of Acute Low Back Pain. SPINE. 2004;29(21): 2350 -2356
7. Ministerio de la Protección Social. Guía de atención Integral de Salud Ocupacional Basada en la Evidencia para Dolor Lumbar Inespecifico y Enfermedad Discal Relacionadas con la Manipulación Manual de Cargas y otros Factores de Riesgo en el Trabajo. 2007. 40 – 44.
8. Rubin DI. Epidemiology and risk factors for spine pain. Neurol Clin. 2007;25:353-71.
9. Uribe R. Dolor Lumbar: una aproximación general basada en la evidencia. Univ. Méd. Bogotá (Colombia). 2008. 49 (4): 509-520.
10. Walker BF. The prevalence of low back pain: a systematic review of the literature from 1966 to 1998. J Spinal Disord. 2000;13:205-17.
11. Gómez-Conesa A, Méndez Carrillo F.X. Lumbalgia Ocupacional. Fisioterapia 2002;24(monográfico 1):43-50.
12. Reyes L. Gil, Porro N J, Hernández M A. Dolor lumbar bajo: Enfoque clínico-terapéutico y de la rehabilitación precoz. Revista Cubana de Reumatología. 2001; III: 1, 65 – 72
13. González MA, Condón MA. Incapacidad por dolor lumbar en España. Med Clin (Barc) 2000;114:491-2.
14. Bentsen H, Lindgarde F, Manthorpe R. The effect of dynamic strength back exercise and/or a home

training program in 57 year-old women with chronic low back pain: results of a prospective randomised study with a 3-year follow-up. *Spine* 1997; 22: 1494–1500.

15. Pérez G, J. Lumbalgía y ejercicio físico. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*. 2006. vol. 6 (24) pp. 230-247.
16. Ochoa A, G. Dolor lumbar: una re-evaluación de los conceptos. *MEDUNAB*. 2001. Vol4:3;1-14.
17. Bassols A, et al. El dolor de espalda en la población catalana. Prevalencia, características y conducta terapéutica. *Gac Sanit* 2003;17(2):97-107
18. Wadell G. and Burton A.K. occupational health guidelines for the management of low back pain at work: evidence review. *Occup.2001. Med. Vol 51No.2; 124-135.*
19. Guía de atención en rehabilitación del paciente con dolor lumbar Administradora de riesgos profesionales de Bogotá 2008
20. Gutiérrez R A, Del Barrio M, A, Ruiz F C. Factores de riesgo y patología lumbar ocupacional. *Mapfre Medicina*, 2001; 12: 204-213