Rev Col Med Fis Rehab 2016; 26(2): 125-135 - http://revistacmfr.org

ARTÍCULO ORIGINAL

Caracterización de las prestaciones asistenciales recibidas por los pacientes con discopatía lumbar calificada como enfermedad profesional con PCL definida en la IPS SOMEFYR en el período entre octubre y diciembre de 2015

Characterization of welfare benefits received by patients with discopathy lumbago ranked occupational disease PCL defined in the IPS somefyr in the period between october and december 2015

Andersson L Rozo A., Fabián Rozo T.

Autores:
Andersson L Rozo A.
Médico. Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Especialista en Gerencia y Auditoría de la calidad en salud Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud en el trabajo. Sociedad de Medicina Física y Rehabilitación de Norte de Santander, Colombia.

Fabián Rozo T.
Fisioterapeuta. Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud en el trabajo. Sociedad de Medicina Física y Rehabilitación de Norte de Santander, Colombia.

Recibido:
1 de junio de 2016.

Aceptado:
10 de agosto de 2016.

Correspondencia:
Andersson Lufandt Rozo Albarracin:
anderssonrozo@hotmail.com

Conflictos de interés:
Ninguno

Resumen

Introducción. La discopatía lumbar es uno de los diagnósticos de origen profesional más común en nuestro medio y representa uno de los motivos de atención que presenta prolongación en la atención médica derivada de su padecimiento. Es causante de discapacidad y a su vez genera grandes costos en el manejo como patología y por ende de su rehabilitación.

Objetivo: Analizar las prestaciones asistenciales que reciben los pacientes con discopatía lumbar que ya tienen porcentaje de pérdida de capacidad laboral definida.

Metodología: De manera retrospectiva se hizo una revisión de las historias clínicas, midiendo el resultado total y en cada uno de sus ítems evaluados. Se analizaron estos resultados para determinar cuáles son las demandas más comunes que tienen los pacientes en cuanto a prestaciones médicas asistenciales.

Resultados: Los pacientes que tienen discopatía lumbar requieren continuamente de atención médica especializada, así como la realización de estudios de imágenes y electrodignóstico. Las principales demandas están con respecto a medicamentos, seguimiento en controles e incapacidades. El médico fisiatra es quien da mayor cantidad de veces manejo a estos pacientes y se encontró que los con que tiene radiculopatía lumbar y los que han sido llevados a cirugía son los que más demandan servicios.

Conclusión: Este estudio mostró que a pesar de que los pacientes con discopatía lumbar calificada como enfermedad profesional, ya tengan definición de PCL e incluso se encuentren en reintegro laboral, siguen demandando servicios a sus aseguradoras de riesgos laborales lo que conlleva a incremento de los gastos. Además de que no solo son consultas médicas e incapacidades, sino estudios diagnósticos y polimedicación.

Palabras clave: rehabilitación, dolor lumbar, servicios de salud.

Abstract

Introduction: Lumbar disc disease is the one of the most common diagnosis of occupational origin in our environment, and represents one of the reasons for having extended care in medical care derives from its condition. It causes disability and in turn generates large costs in handling as pathology and thus their rehabilitation.

Objective: To analyze welfare benefits received by patients with lumbar disc disease who already have defined percentage loss of working capacity.

Methodology: In retrospect, was a review of medical records, measuring the total score and each of their items evaluated. These results were analyzed to determine which are the most common demands that patients have regarding medical care benefits.

Results: Patients with lumbar disc disease continually require specialized medical care, as well as studies of images and electrodignòstico, are the main demands regarding drugs, monitoring controls and disabilities. The physiatrist who gives management greater number of times these patients and found that patients with lumbar radiculopathy and those who have been taken to surgery are the most demand services.

Conclusion: This study showed that although lumbar disc disease patients qualified as an occupational disease, and have definition of pcl and even found Reiter continue to demand labor services to their labor risk insurers, which leads to increased expenditure. Besides, they are not only medical consultations and disabilities, but also diagnostic studies, and polypharmacy.

Keywords: rehabilitation, back pain, health services.

INTRODUCCIÓN

El dolor lumbar es una de las causas principales de discapacidad laboral y constituye una carga socioeconómica significativa en todo el mundo. De acuerdo con el estudio los pacientes que presentan dorsolumbalgía (36,5%) y trastornos de discos intervertebrales lumbares (14,6%) fueron los que ocasionaron una gran cantidad de indemnizaciones por incapacidad permanente parcial e invalidez.[1]

En Colombia, tanto el dolor lumbar como la ED se han encontrado entre las 10 primeras causas de diagnóstico de EP reportadas por las EPS. En el 2001 el dolor lumbar representó el 12% de los diagnósticos (segundo lugar), en el 2003 el 22% y en el 2004 el 15%. Por su parte, la hernia de disco ocupó el quinto lugar en el 2002 con el 3% de los casos diagnosticados y subió al tercer puesto con el 9% en el 2004.[2]

En los países industrializados el dolor lumbar es considerado un problema de salud pública de primera línea y en el lugar de trabajo ha sido catalogado como uno de los desastres de los siglos XX y XXI. Es conocido que esta entidad se presenta en algún momento de la

vida en el 80% de la población y su reporte es tan antiguo como el desarrollo de las sociedades, tal como se refleja en el dato que el primer caso de dolor lumbar en el lugar de trabajo fue registrado durante la construcción de las pirámides de Egipto, en 2780 AC.[2] En Estados Unidos aproximadamente el 90% de los adultos han experimentado dolor lumbar una vez en su vida y el 50% de las personas que trabajan han presentado un episodio de dolor lumbar cada año. Se describe que del 13% al 19% de la población masculina en edades entre 15 y 59 años, que vive actualmente en la sub - región de las Américas, a la cual pertenece Colombia, están altamente expuestos al conjunto de factores de riesgo derivados de la carga física, descritos como asociados al síndrome doloroso lumbar. Este porcentaje es de 3% a 6% para mujeres de la mencionada región.[3,4]

Tomando como definición de dolor lumbar el trastorno músculo esquelético no traumático que afecta la parte baja de la espalda (incluyendo los problemas de disco y ciática, pero excluyendo los problemas de columna cervical) y en consideración a que no todos los casos de síndrome doloroso lumbar están relacionados con el trabajo, se ha estimado que en el mundo, 37 de cada 100 episodios de "dolor en la región lumbar" son atribuidos a la "ocupación".[4] Sin embargo, esta fracción varía según se trate de hombres (41%) o mujeres (23%).[5] Se explica la mayor proporción de hombres, porque estos se ocupan en actividades donde se presenta con mayor frecuencia la exposición a levantamiento de cargas y vibración del cuerpo entero. No hay diferencias por grupos de edad en cada sexo de esta fracción atribuible.[6]

En los Estados Unidos el 30% de los accidentes y enfermedades ocupacionales ocurridos en el 2005 estuvieron relacionados con desórdenes músculo esqueléticos. En Finlandia 28 de todos los casos de enfermedades relacionadas con el trabajo fueron DME, y en Dinamarca 39% de todas las enfermedades ocupacionales fueron ocasionadas en el sistema músculo esquelético. [7] En Colombia, los desórdenes músculo esqueléticos representan la primera causa de morbilidad laboral con 88% de todos los casos. Entre el 2009 y el 2012 se reportó un incremento en las enfermedades de origen laboral de 42% con un componente principal derivado de los desórdenes músculo esqueléticos. Los trastornos que presentaron mayor crecimiento fueron el síndrome de manguito rotador con un aumento de 118%, las enfermedades de discos intervertebrales con 112% y el síndrome de túnel del carpo con un promedio de 42,5% frente a las demás patologías.[2]

La carga de pesos, como los movimientos frecuentes de tronco y la exposición a vibración han sido aceptados como factores de riesgo relacionados con el dolor lumbar relacionado con el trabajo. La literatura muestra una relación contradictoria entre las demandas físicas del trabajo y el dolor lumbar, básicamente porque los trabajadores sedentarios también sufren de dolor lumbar. Sin embargo, varios de los estudios son más consistentes en demostrar que el cuadro clínico se presenta más comúnmente en trabajo relacionado con manejo de cargas, especialmente cuando se toman del piso. Los efectos dorsolumbares de la manipulación manual de cargas van desde molestias ligeras hasta la existencia de una incapacidad permanente. [8] Se trata de un problema del que se deriva un elevado costo social y económico en términos de incapacidades, pérdidas de jornada de trabajo y gasto resultante de prestaciones asistenciales, pruebas complementarias y tratamientos.[10,11] De tal forma que estos efectos dorsolumbares han llegado a ser considerados como uno de los puntos de actuación más importantes en la prevención en el quehacer de la salud ocupacional y específicamente, de la ergonomía. [8,9]

La especialidad de Medicina Física y Rehabilitación, por definición, es la responsable del diagnóstico, evaluación, prevención y el tratamiento de la discapacidad. Todos estos procedimientos encaminados a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente.[12]

1. Valorar las lesiones y el dé?cit funcional en un momento dado y su evolución.

2. Hacer una estimación del pronóstico más probable.

3. Teniendo en cuenta lo anterior, establecer un plan terapéutico individualizado para cada paciente.[12]

Es responsabilidad del médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación realizar la historia clínica orientada a detección de factores de riesgo, examen físico completo enfocado en describir las alteraciones neurológicas presentes y la aplicación de escalas funcionales que permitan elaborar el diagnóstico, definir prioridades, determinar el pronóstico y de acuerdo a todo lo anterior fijar los objetivos individuales. Además de dirigir y orientar el equipo de rehabilitación para que sean cumplidas todas las actividades programadas en el plan de rehabilitación del paciente.[12]

Por este motivo es que el médico fisiatra se encarga de dar el manejo de rehabilitación en los pacientes así como determinar las secuelas que han establecido las lesiones derivadas de sus patologías de origen profesional. "Determinando el nivel de discapacidad" : término genérico que incluye limitaciones en la realización de una actividad, «Valoración del Rol laboral, Rol Ocupacional y otras áreas Ocupacionales».

La capacidad laboral se define como Conjunto de habilidades, destrezas, aptitudes y/ o potencialidades de orden físico, mental y social, que permiten desempeñarse en un trabajo.

Con estos parámetros se da manejo a secuelas, buscando dar la mayor capacidad ocupacional (Decreto 1507 2014), calidad de ejecución de una persona para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana y ocupaciones, dependiendo de las habilidades motoras, procesamiento, comunicación e interacción, según las etapas del ciclo vital.

Luego de calculado el porcentaje de pérdida de capacidad laboral se va a dar manejo de mantenimiento dependiendo de la cantidad de puntaje obtenido, definiéndose como incapacidad permanente parcial a la disminución definitiva, igual o superior al cinco por ciento (5%) e inferior al cincuenta por ciento (50%) de la capacidad laboral u ocupacional de una persona, como consecuencia de un accidente o una enfermedad de cualquier origen; invalidez, a la la pérdida de la capacidad laboral u ocupacional igual o superior al cincuenta por ciento (50%).

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio descriptivo incluyó pacientes atendidos en la IPS Someyr entre octubre y diciembre del año 2015 por la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación.

Criterios de inclusión

- Pacientes atendidos en la IPS Somefyr entre octubre y diciembre de 2015 con diagnóstico de discopatía lumbar reconocida como origen profesional.

- Pacientes a quienes se les haya realizado su calificación de PCL y su respectiva indemnización.

- Pacientes cuya historia clínica se encuentre en el software institucional.

Criterios de exclusión

- Pacientes quienes no hayan tenido continuidad en el tratamiento en los últimos 6 meses.

- Pacientes en litigio legal para definición de su calificación de PCL.

- Pacientes con historia clínica incompleta.

- Pacientes con discopatía lumbar calificada como patología de origen común.

RESULTADOS

De un población total de 100 pacientes con técnica de muestreo aleatoria, se obtuvo un resultado de 80 historias para evaluar que habían sido atendidos entre octubre y diciembre de 2015 por discopatía lumbar calificada como enfermedad profesional con porcentaje de pérdida de capacidad laboral definida.

Edad

El promedio de edad para los pacientes fue de 41 años, moda de 45 años, con un mínimo de 22 y un máximo de 68 años, desviación estándar de 9,76. Figura 1.

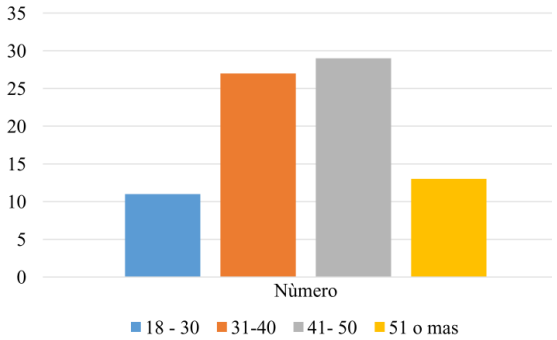

Figura 1. Edad de los pacientes.

Género

El 95% de los pacientes atendido son hombres y el 5% son mujeres. Figura 2.

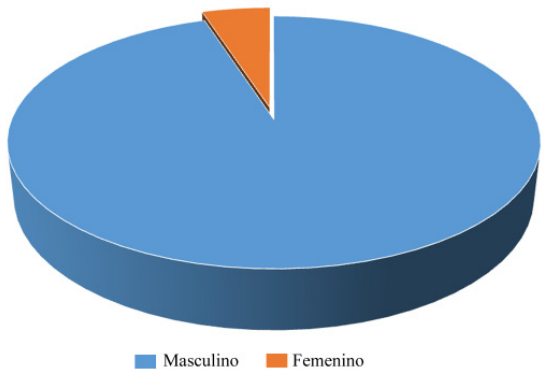

Figura 2. Género.

ARL

La distribución de los pacientes dentro de su aseguradora de riesgos laborales. Figura 3.

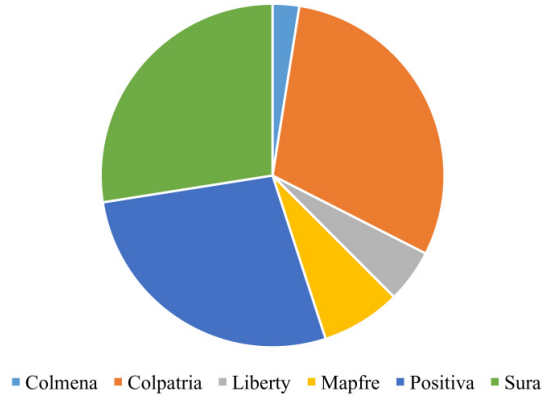

Figura 3. ARL.

Actividad

Se tomaron las actividades laborales más comunes que realizan los pacientes. Figura 4.

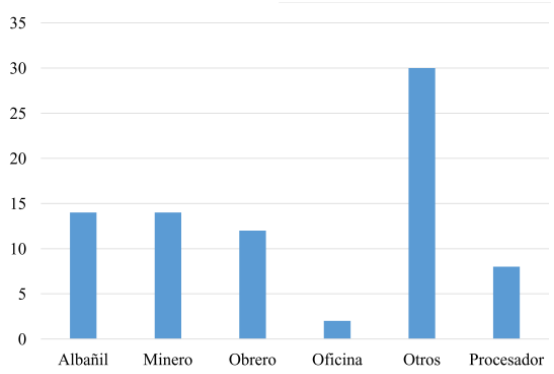

Figura 4. Actividad.

Tiempo desde la calificación de origen

Se valoró en meses, el tiempo que ha transcurrido desde la calificación de origen hasta el momento de la consulta en la que se tomaron los datos.

El promedio de edad para los pacientes fue de 24,8 meses; moda de 18 meses; con un mínimo de 3 y un máximo de 60 años; desviación estándar de 14,52. Tabla 1.

Tabla 1. Tiempo desde la calificación en meses.

Tiempo (Meses)	Número	Porcentaje
3	2	2,5
6	10	12,5
12	11	13,75
18	14	17,5
24	12	15
30	10	12,5
36	5	6,25
42	5	6,25
48	7	8,75
54	3	3,75
60	1	1,25
Total	80	100

Consultas de Fisiatría

Se registró el número de consultas que han tenido los pacientes desde que iniciaron manejo hasta el momento de la recolección de los datos.

El promedio de consultas de Fisiatría para los pacientes fue de 9,7; moda de 12 meses, con un mínimo de 2 y un máximo de 36; desviación estándar de 6,203. Figura 5.

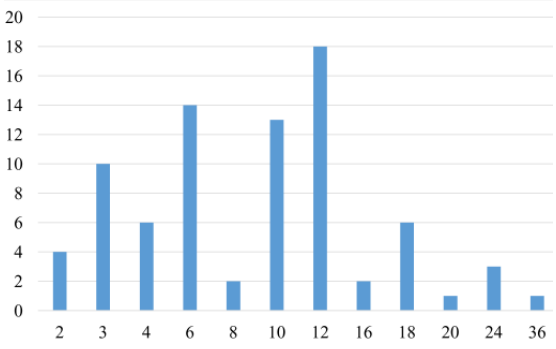

Figura 5. Consultas Fisiatría.

Consultas de Neurocirugía

Se encontró el número de consultas que han tenido los pacientes desde que iniciaron manejo hasta el momento de la recolección de los datos.

El promedio de consultas de Neurocirugía para los pacientes fue de 2,53; moda de 2 meses, con un mínimo de 1 y un máximo de 8; desviación estándar de 1,50. Figura 6.

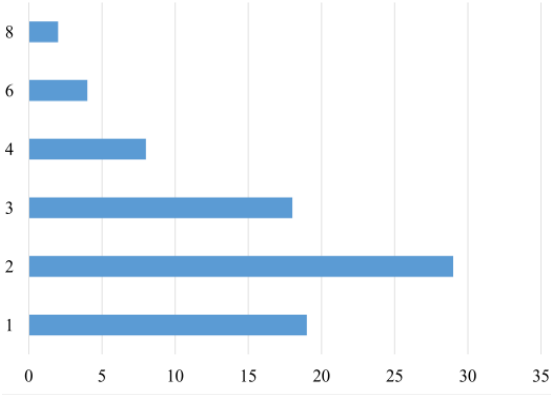

Figura 6. Consultas Neurocirugía.

Fármacos

Se identificaron la cantidad de medicamentos que el paciente está recibiendo como producto de su manejo para los síntomas derivados de la discopatía lumbar.

El promedio de fármacos recibidos por los pacientes fue de 2,8635; moda de 2 meses, con un mínimo de 1 y un máximo de 6; desviación estándar de 1,22. Figura 7.

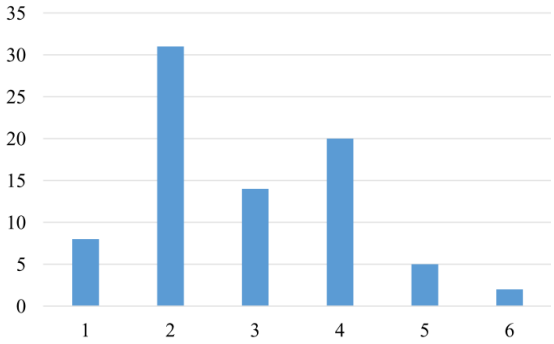

Figura 7. Fármacos.

Terapias realizadas

El promedio de terapia física realizada por los pacientes fue de 56,12; moda de 20 sesiones, con un mínimo de 10 y un máximo de 160; desviación estándar de 39,6.

El promedio de terapia ocupacional realizada por los pacientes fue de 27,3; moda de10 sesiones con un mínimo de 0 y un máximo de 80; desviación estándar de 20,17.

El promedio de terapias por psicología realizadas por los pacientes fue de 14,3; moda de10 sesiones, con un mínimo de 0 y un máximo de 50; desviación estándar de 12,02. Figura 8.

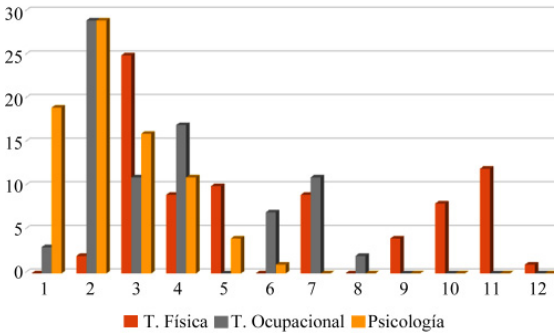

Figura 8. Terapias realizadas.

Estudios realizados

Se revisaron cuántos estudios de imágenes (Resonancia) y de Electrodiagnóstico ha realizado cada paciente.

El promedio de Resonancias fue de 2,15; moda de 2, con un mínimo de 1 y un máximo de 6; desviación estándar de 0,94.

El promedio de estudios de electrodiagnóstico fue de 2,2; moda de 1, con un mínimo de 0 y un máximo de 8; desviación estándar de 1,6. Figura 9.

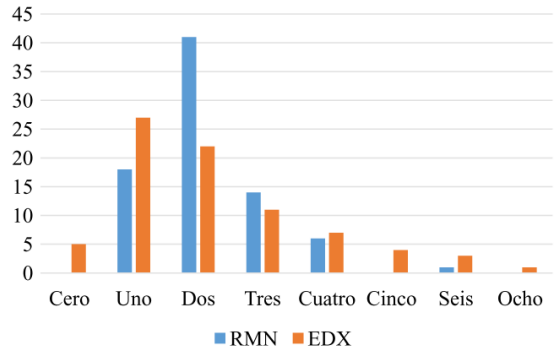

Figura 9. Estudios realizados.

Días de incapacidad

Se hizo el conteo de los días que ha estado incapacitado el paciente, el promedio de días fue de 126,88; moda de 90, con un mínimo de 0 y un máximo de 1000; desviación estándar de 138,54. Figura 10.

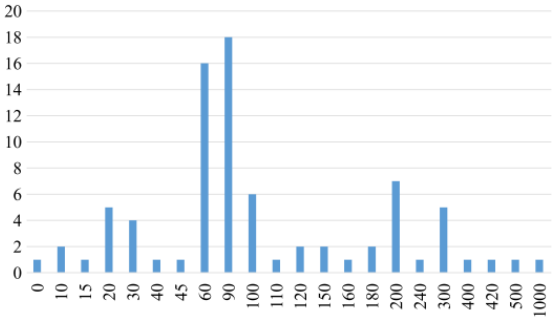

Figura 10. Días de incapacidad.

Incapacitados

Se contaron los pacientes que al momento de la valoración estaban incapacitados: 58, si y 22, no. Figura 11.

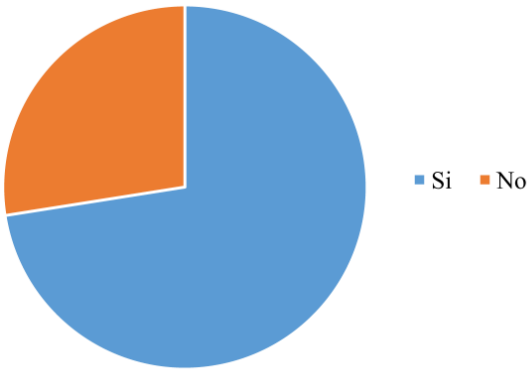

Figura 11. Incapacitados.

Recalificados

Pacientes que han sido recalificados hasta el momento de su valoración: Si, 56; No, 24. Tabla 2 y Figura 12.

Tabla 2. Recalificados.

Días	Pacientes
0	1
10	2
15	1
20	5
30	4
40	1
45	1
60	16
90	18
100	6
110	1
120	2
150	2
160	1
180	2
200	7
240	1
300	5
400	1
420	1
500	1
1000	1
Total	80

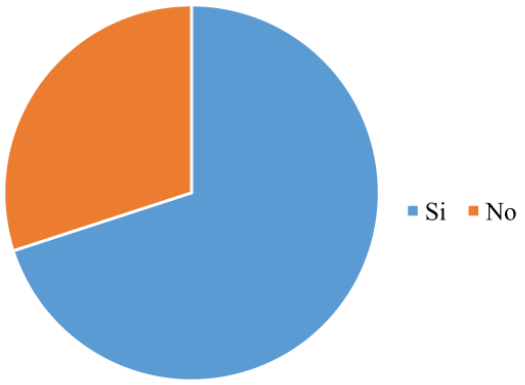

Figura 12. Recalificados.

Radiculopatía

Pacientes quienes al momento de la valoración cursan con radiculopatía lumbar secundaria a la discopatía en manejos. Si 6, No 74. Figura 13.

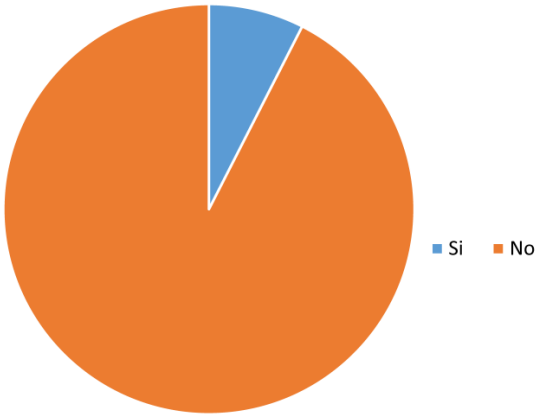

Figura 13. Radiculopatía.

Cirugía

Pacientes llevados a cirugía por la discopatía en manejo. Figura 14.

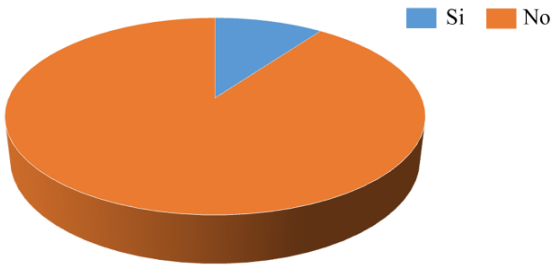

Figura 14. Cirugía.

Porcentaje de pérdida de capacidad laboral

Vigente en el momento en última estancia alcanzado hasta la valoración.

El promedio de PCL de los pacientes fue de 23,4; moda de 15, con un mínimo de 11,8 y un máximo de 50,6%; desviación estándar de 9,88. Figura 15.

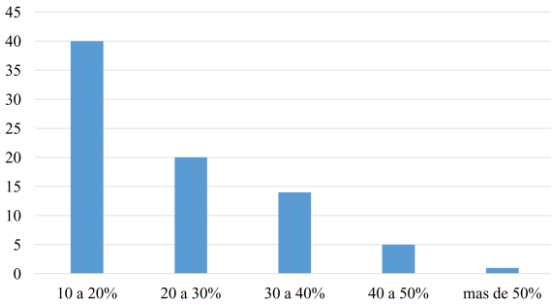

Figura 15. Porcentaje de pérdida de capacidad laboral.

DISCUSIÓN

Encontramos que la discopatía lumbar es una patología frecuente dentro del marco de la rehabilitación profesional en Colombia y que precisamente genera discapacidad derivada de su limitación para la actividad causando restricciones en las participación de los diferentes roles que desempeña en el trabajo.

Se ha determinado que en países como Estados Unidos puede llegar a representar hasta 149 millones de dólares en gastos médicos derivados principalmente de consultas médicas, estudios diagnósticos e incapacidades, de los cuales, hasta 20 millones son usados en intervenciones quirúrgicas. [13]

La mayoría de los pacientes se llegan a recuperar solo cuando se presenta dolor lumbar sin discopatía ni radiculopatía, independientemente de la intervención que se les practique. A pesar de lo anterior, el dolor lumbar incapacita a un número creciente de personas cada año, generando altísimos costos en los sistemas de salud y repercute en los sistemas macroeconómicos, principalmente por sus efectos en la productividad laboral de los pacientes. [13]

Se encontró entonces que dentro de los servicios médicos más demandados por los pacientes que ya tienen una definición médico laboral, es decir, que cuentan con un porcentaje de pérdida de capacidad laboral dado ya sea por su aseguradora de riesgos profesionales, Junta Regional o Junta Nacional de invalidez y que además ya tienen orden de ir a reintegro laboral, en algunos casos con emisión de carta de recomendaciones o de reubicación; las consultas por fisiatría son las que más comúnmente se presentan ya que esta especialidad es la encargada de dar manejo de mantenimiento a las secuelas generadas por la discapacidad derivada de cada caso de discopatía lumbar.

A diferencia de la creencia de los pacientes y abogados que los representan, no todos los que presentan discopatía lumbar son pensionados y de hecho el porcentaje es bajo, encontrado en este estudio.

La mayoría de pacientes tenía al menos 18 meses de manejo médico desde su calificación de origen y esto lleva a pesar que teniendo en cuenta la edad (promedio 41 años), la tendencia va a ser que se sigan demandando servicios asistenciales pues la edad de pensión en este momento es hasta los 62 años en los hombres y 57 en las mujeres. por lo cual seguirán asistiendo a controles, a menos que se logre un porcentaje por encima del 50% en su pérdida de capacidad laboral.

Los estudios de electrodiagnóstico y las imágenes por resonancia magnética que sirven para evaluar electrofisiológicamente a los pacientes y para evaluar el estado anatómico actual respectivamente, son necesarios dentro del seguimiento común a los pacientes y por lo tanto, van a seguirse presentando. Es un dato común que en promedio las resonancias se solicitan cada 2 años y al menos cada año se hace un estudio de electromiografía con neuroconducción y reflejo H comparativos de los miembros inferiores.

Existe una obvia relación entre la mayor demanda de prestaciones asistenciales con la presencia de Radiculopatía lumbosacra (sin importar el nivel afectado), debido a que se presentan mayores síntomas, secuelas y son los pacientes que más comúnmente presentan limitación para sus actividades diarias, incluyendo familiares lúdicas, sociales y por supuesto laborales, además de que son quienes terminan utilizando ayudas para la marcha como caminadores, bastones, entre otros, incrementando los gastos al sistema.

Es importante resaltar que las incapacidades enmarcan un problema pues significa que el paciente persiste con gran limitación pero a su vez se encuentra que muchos pacientes desvinculados laboralmente continúan con incapacidad, involucrándose en este inconveniente no solo el paciente y las ARL sino la empresa que se ve afectada por no contar con el empleado.

CONCLUSIONES

El panorama encontrado muestra que existe una población creciente de pacientes a quienes se les diagnostica discopatía lumbar como enfermedad profesional, a los cuales se debe prestar atención médica en: consultas médicas, estudios, incapacidad si la amerita, interconsultas, incluso cirugías. Y que con el tiempo estas van a representar costos para el sistema de salud.

Es necesario y ético brindar a todos los pacientes lo que necesiten dentro del marco de la legalidad y los contenidos del sistema de salud en búsqueda de dar la mayor funcionalidad posible.

El acompañamiento del empleador es muy importante en la medida que facilite el cumplimiento de las recomendaciones y/o reubicación por medio de un adecuado programa de salud y seguridad en el trabajo que a la vez prevenga el desarrollo de enfermedades profesionales en los demás empleados.

Las incapacidades prolongadas no mejoran a los pacientes y el reintegro a sus actividades en los diferentes roles que desempeña la ocupación humana tanto laboral como familiar, sexual, lúdica, entre otros, hace parte de su manejo.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales.

Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos.

Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado.

Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

REFERENCIAS

1. F.M.K. Williams, P.N. Sambrook. *Neck and back pain and intervertebral disc degeneration: role of occupational factors*. 2011.
2. Enrique Urrea. *Análisis del dolor lumbar y su origen laboral según el sistema de riesgos profesionales en Colombia*. 2009.
3. C. Lozano-Álvarez, D. Pérez-Prieto, G. Saló-Bru, A. Molina, A. Lladó, E. Cáceres, M. Ramírez *Can epidemiological factors affect the 2-year outcomes after surgery for degenerative lumbar disease in terms of quality of life, disability and post-surgical pain?* 2014.
4. Martin BI, franklin GM, Deyo RA, Wickizer TM, Lurie JD, Mirza SK. *How do coverage policies influence practice patterns, safety, and cost of initial lumbar fusion surgery? A population-based comparison of workers' compensation systems.* 2013.
5. Ratinaud Mc-1, Chamoux A, Glace B, Coudeyre E. *Job satisfaction evaluation in low back pain: a literature review and tools appraisal.* 2013.
6. Audrey Petit, Yves Roquelaure *Disc pathology and occupational disease*. 2014.
7. Michael Opeoluwa Ogunlana, Adesola Christiana Odole, Adebayo Adejumo, Nse Odunaiya. *Catastrophising, pain and disability in patients with nonspecific low back pain.* 2015.
8. Jeffrey B. Knox, Joseph R. Orchowski, Danielle L. Scher, Brett D. Owens, Robert Burks, Philip J. Belmont JR. *Occupational driving as a risk factor for low back pain in active-duty military service members.* 2014.
9. MA VY, Chan L, Carruthers KJ. *Incidence, prevalence, costs, and impact on disability of common conditions requiring rehabilitation in the united states: stroke, spinal cord injury, traumatic brain injury, multiple sclerosis, osteoarthritis, rheumatoid arthritis, limb loss, and back pain.* 2014.
10. Julia Morrisa, Paul J Watsonb. *Investigating decisions to absent from work with low back pain: a study combining patient and gp factors.* 2011.

11. Álvarez MR, Ramírez LM. *Guía de manejo de rehabilitación en dolor lumbar.* Versión 1, Medellín. 2004, p. 1-45.

12. Rozo A., Mendoza A. Impacto funcional del evento cerebro vascular en los pacientes del Hospital Militar Central entre octubre de 2010 y mayo de 2011. En: *Revista Colombiana De Médicina Física y Rehabilitación*, vol. 22 nro. 1 p. 56.

13. Uribe Cárdenas R. Dolor lumbar: una aproximación general basada en la evidencia. Univ. Méd. Bogotá (Colombia), octubre-diciembre de 2008;49(4):509-520.