

Estudio epidemiológico de la lumbalgia. Análisis de factores predictivos de incapacidad

M. SAUNÉ CASTILLO¹, R. ARIAS ANGLADA², I. LLEGET MAYMÓ³, À. RUIZ BASSOLS⁴, J M.⁵ ESCRIBÀ JORDANA⁵ y M. GIL⁶

¹Mutual Cyclops ²Mutua Fimac. ³Mutua Egara. ⁴Centre Reconeixements i Avaluacions Mèdiques. ^{5,6}Estadística.

Resumen.—El objetivo general de este trabajo es realizar un análisis retrospectivo de una muestra de individuos, procedente de dos mutuas laborales, afectos de lumbalgia, y que causaron baja durante el año 1999, incluyendo aspectos demográficos, relacionados con la actividad laboral, y clínicos. Como objetivo específico se realiza estudio comparativo entre población de contingencia común y laboral afecta de lumbalgia, con respecto a datos demográficos, factores de riesgo, tratamiento, duración de incapacidad transitoria e incapacidad permanente. Se analizan los factores que influyen en la duración de la incapacidad transitoria, y en la permanente y se analizan los gastos que generan ambas.

Al analizar los resultados se comprueba que el tipo de pago directo o delegado, el diagnóstico y el tratamiento, así como la resolución final (dictamen del Instituto Nacional de la Seguridad Social), si tuvieron incidencia en los días de incapacidad temporal. La edad superior a 45 años, el pago directo y la duración de incapacidad temporal fueron factores predictivos de incapacidad permanente.

Palabras clave: *Mutua laboral. Contingencia. Incapacidad. Lumbalgia.*

EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF LUMBAR DISEASE. ANALYSIS OF PREDICTIVE FACTORS OF INCAPACITY

Summary.—The general objective of this work is to perform a retrospective analysis of a sample of individuals from two work insurance companies who were suffering low back pain that led to sick leave during 1999, including demographic aspects, related with the work activities and symptoms. As a specific objective, a comparative study is performed between the population of common contingency and work contingency suffering lumbalgia, with regards to the demographic data, risk factors, treatment, duration of transitory incapacity (TI) and permanent incapacity (PI). The factors that influence the du-

ration of the transitory incapacity and the permanent one are analyzed and the costs generated by both are also analyzed.

On analyzing the results, it is verified that the type of direct payment or delegated payment, the diagnosis and treatment as well as the final resolution (INSS verdict) had an affect on the days of temporal incapacity. Age superior to 45 years, direct payment and duration of temporal incapacity were predictive factors of permanent incapacity.

Key words: *Work insurance company. Contingency. Incapacity. Low back pain.*

INTRODUCCIÓN

El dolor lumbar es uno de los más frecuentes en el ser humano. Solamente dos de cada 10 personas pasarán su existencia sin dolor raquídeo¹.

La lumbalgia representa la patología crónica que produce con mayor frecuencia una limitación de la actividad en la población de menos de 45 años. Suele predominar entre la segunda y quinta década de la vida, siendo la tercera causa de incapacidad funcional crónica después de las afecciones respiratorias y traumatismos².

El 25% de los accidentes de trabajo en el estado español tienen el diagnóstico de lumbalgia de esfuerzo (14% EEUU y 26% Gran Bretaña). Se conoce que entre el 70-90% del gasto económico se produce debido a la incapacidad laboral transitoria (IT)³ que genera esta patología. A pesar de la frecuencia y repercusión de las lumbalgias, tanto a nivel individual como en el coste de salud pública de una sociedad, existen todavía muchas preguntas sin respuesta acerca de cuál es el sustrato anatómico, factores de predisposición, así como medios diagnósticos y terapéuticos.

Es debido a esta elevada frecuencia y alto coste por lo que se han realizado numerosos estudios para determinar los factores de riesgo de esta patología en la

población general, y predominantemente en la activa, por ejemplo factores mecánicos, desequilibrio entre la fuerza muscular de un individuo y el estrés físico impuesto por su profesión, intenso trabajo físico en torsión y en anteflexión de tronco... Sin embargo, numerosos estudios sobre la relación lumbalgia-trabajo sugieren que el impacto de los factores psicosociales y del entorno son más importantes que el de los factores físicos y mecánicos⁴⁻⁶.

En todo tipo de lumbalgias (inflamatorias, mecánicas o comunes, funcionales...) puede producirse un alto índice de gasto en cuanto a exploraciones complementarias y diversidad de tratamientos aplicables (fármacos, sesiones de rehabilitación, infiltraciones y bloqueos epidurales...). La cirugía del raquis solamente está indicada en el 1-2% de los pacientes que no responden a tratamiento médico⁷.

En la lumbalgia común, que es la estudiada en este trabajo, se conoce que el 90% de los pacientes se reincorporan a su actividad laboral habitual dentro de las primeras seis semanas⁸. Los que presentan irradiación dolorosa a extremidad inferior, muestran una recuperación más lenta^{2,9,10}. Se ha demostrado que en estos casos los resultados son los mismos si se trata de forma conservadora o quirúrgica¹¹.

MATERIAL Y MÉTODOS

La población de estudio fue un determinado número de pacientes pertenecientes a dos mutuas laborales (I y II) que consultó por dolor lumbar, durante el período que abarcó del 1 de enero a 31 de diciembre de 1999 ambos inclusive, y cuyos expedientes estuviesen cerrados antes de la fecha final de recogida de datos a 11 de septiembre del 2000. Se incluyeron todos aquellos casos que acudieron a uno u otro centro durante ese tiempo y de los cuales pudo obtenerse retrospectivamente información sobre el episodio a través de la documentación clínica disponible.

Los datos procedentes de la mutua I pertenecían a contingencias laborales (CL), recogidos desde los servicios de traumatología y rehabilitación, y los de la mutua II, de contingencias comunes (CC), procedentes del servicio de gestión médica de incapacidad temporal.

Fueron incluidos los pacientes en edad activa laboral que causaron baja por lumbalgia común, lumbociática, o lumbociática.

Consideramos el cierre del expediente como el equivalente a la solución de los casos, tanto favorable (alta laboral por curación o mejoría, alta por inspección, alta con secuelas permanentes no invalidantes- esto último sólo en caso de contingencias laborales), como desfavorablemente (alta con propuesta de incapacidad

por el CRAM). Se decidió considerar la propuesta del CRAM y no la resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), porque en la primera se evalúan datos puramente médicos y no administrativos.

Fueron excluidos los expedientes de los que no se disponía de información documental sobre el episodio, las lumbalgias en período gestacional y los dolores lumbares como consecuencia de fracturas vertebrales. Fueron, también, excluidos del estudio los expedientes de menos de 15 días de baja, ya que, en cuanto a las CC, las mutuas no pueden intervenir en el proceso hasta transcurrido este período, por lo que se carecía de información en estos casos.

Los datos fueron recogidos a partir de la historia clínica de cada paciente. Se tuvieron en cuenta variables *sociodemográficas* (origen, edad, sexo y ocupación). Clasificamos la ocupación en tres tipos de actividad; sedentaria, física moderada y física importante, en función de factores de riesgo tales como desplazamiento o levantamiento de cargas pesadas, actividad postural implicando flexión ventral de columna a 45° con rodillas en extensión, y trabajo con maquinaria vibratoria, de tal manera que si uno de estos factores estaba presente en más del 50% de la jornada laboral, se consideraba trabajo físico importante, si lo estaba en menos del 50%, moderado y si no lo estaba, sedentario.

Como variables *socioeconómicas* se determinó el número de días de incapacidad temporal, así como el tipo de régimen (general o especial), tipo de contingencia (laboral o común) y la forma en que se percibía la prestación económica (pago delegado a la empresa o pago directo por mutua).

Las variables referentes al aspecto *clínico* fueron: antecedentes patológicos de lumbalgia y tratamiento realizado (conservador o quirúrgico). En las variables de *resultado* final se recogió la resolución del caso en curación (incluyendo altas por inspección y secuelas no invalidantes) o en incapacidad permanente, así como el tiempo hasta llegar a dicha resolución.

Se recogió también el *coste económico* de cada expediente resultante del total de lo percibido por el paciente como prestación económica durante el tiempo de IT. En el caso de las contingencias laborales se incluyó el gasto de incapacidad permanente. No fueron contabilizados los gastos derivados de la asistencia médico-quirúrgica tanto propios como externos de la mutua, ni de las exploraciones complementarias.

Los métodos estadísticos utilizados fueron: análisis descriptivo con media y desviación estándar para las variables cuantitativas, y la mediana, rango y percentiles para las distribuciones anómalas. Para las variables cualitativas se calculó el porcentaje. Para la comparación de dos variables cualitativas se utilizó el test de J al cuadrado con la corrección de Yates. Si alguno de los va-

lores esperados era menor que cinco se utilizó el test exacto de Fisher. Para la comparación de una variable cuantitativa con una cualitativa de dos categorías se usó la *t* de Student. Si no se cumplían los criterios de normalidad se empleó el test de U de Man-Whitney. El nivel de significación estadística se fijó en un valor de $p=0,05$ para un contraste de hipótesis bilateral.

Para determinar qué factores eran predictores independientes de desarrollo de incapacidad permanente, se incluyeron en un modelo de regresión logística no condicional, aquellas variables con una $p<0,15$ en la comparación con bivalente (aquellas con relevancia clínica aunque no alcanzasen la significación estadística), con la variable dependiente. Se estimaron las razones de riesgo-Odds Ratio-crudas y ajustadas junto con sus correspondientes intervalos de confianza al 95%. Asimismo se testaron todas las posibles interacciones.

Para determinar qué factores eran predictores independientes de la duración de la incapacidad temporal y establecer la mejor ecuación predictiva, se utilizó un análisis de regresión múltiple. Se incluyeron en el modelo aquellas variables con una diferencia significativa $p<0,15$ en la duración de la incapacidad transitoria entre cada una de sus categorías y aquellas con relevancia clínica aunque no alcanzasen la significación estadística. Se evaluó la colinealidad de las distintas variables.

El análisis estadístico se realizó mediante el paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS

El número total de expedientes por lumbalgia valorados retrospectivamente en ambas mutuas fue de 391. De éstos fueron excluidos por no cumplir los criterios de inclusión (véase material y métodos) 205. Del total de la muestra (186 casos), 68 procedían de mutua I y 118 de mutua II, lo que suponía el 36,6% y el 63,4% respectivamente. El 31,7% eran mujeres y el 68,3% varones, con una edad media de 40,89 (SD: 10,9), siendo la edad máxima de 64 años y hallándose el 59,8% de los casos entre los 26 y 45 años (fig. 1).

Se hallaban en régimen general de cotización a la Seguridad Social el 85,5%, mientras que un 14,5% pertenecía al régimen especial. Del total de casos, 102 presentaban patología lumbar por contingencia común (54,8%) y 84 por contingencia laboral (45,2%). Del total de la muestra el 41,1% desarrollaba una actividad física importante en su jornada laboral, el 51,7% moderada y el 7,3% sedentaria. Setenta y tres casos (39,2%) del total de la muestra se hallaba en pago directo por la mutua y 113 (60,8%) en pago delegado a la empresa. En cuanto al período en días de IT sólo en el 6,5% de casos fue inferior a 30 días. Una baja superior a 12 meses la

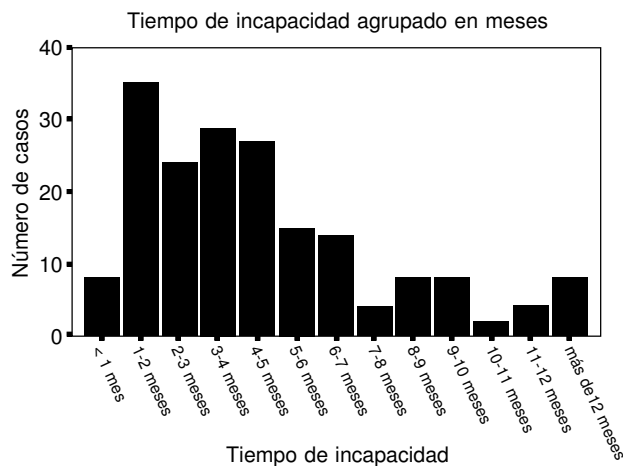


Fig. 1.—Distribución del tiempo de incapacidad por meses, donde se aprecia mayor número de casos con un tiempo de baja laboral entre uno y cinco meses.

presentó el 3,2% (6 pacientes). El mayor porcentaje (59,7%) se obtuvo entre uno y cinco meses. La mediana de duración de IT fue de 112 días (con un percentil 25 de 60 y un percentil 75 de 183,75 días, lo que corresponde entre dos y seis meses aproximadamente) (fig. 1).

El 43% de los casos estaban etiquetados con el diagnóstico de lumbalgia común, el 27,4% de lumbociática, y el 29,6% de lumbociatalgia. La presencia de antecedentes de baja por lumbalgia se hallaba en el 66,7% de los pacientes.

El tratamiento recibido fue predominantemente conservador en el 75,3% de los casos. El tratamiento quirúrgico sólo se llevó a cabo en el 24,7% de individuos. Se intervino quirúrgicamente al 68,6% de los pacientes con lumbociática, mientras que el 91,9% de los pacientes diagnosticados de lumbalgia/lumbociatalgia recibieron tratamiento conservador. La curación se obtuvo en 144 casos (77,4%), el resto fue remitido a CRAM para valoración con el siguiente resultado: 12 altas por inspección, seis propuestas de lesiones permanentes no invalidantes, dos continuaciones de incapacidad transitoria, que posteriormente fueron altas dentro del período de estudio, y 20 propuestas de incapacidad permanente (10,8%). Englobando las altas por inspección y los baremos por lesiones no invalidantes, así como las dos altas posteriores, como buenos resultados, se amplió la curación a un 89,2%.

Comparando ambos grupos poblacionales (CL/CC), según un análisis bivalente, se estudió si existían diferencias significativas en cuanto a sexo, edad, antecedentes, actividad, tratamiento, así como en incapacidad. De manera que se comprobó una mayor frecuencia de sexo masculino y menor edad en CL, una mayor frecuencia de antecedentes lumbálgicos en pa-

TABLA 1. Factores demográficos

CC			CL	
Sexo	n	%	n	%
M	50	49,0	9	10,7
V	52	51,0	75	89,3
	102	100,0	84	100,0

M: mujeres. V: varones. $p<0,0001$.
CC: contingencia común. CL: contingencia laboral.

cientes de contingencias comunes, y un mayor intervencionismo en el tratamiento en contingencias laborales (tablas 1 y 2). Se encontró mayor incidencia de actividad física importante en las contingencias laborales (63,4%) frente a las contingencias comunes (21,3%). Todas estas diferencias fueron estadísticamente significativas con $p<0,0001$.

En cambio, no se hallaron diferencias en cuanto a incapacidades con respecto al tipo de contingencia.

Comparando la resolución de los expedientes en cuanto a curación versus incapacidad, mediante un análisis bivalente, con el resto de variables sólo se obtuvo diferencia estadísticamente significativa con respecto al tipo de pago, es decir, aquellos pacientes en pago directo por la mutua obtuvieron mayor número de incapacidades que aquellos en pago delegado (tabla 3).

Comparando los días de duración de la IT, respecto al resto de variables (análisis bivalente), se encontró que, aquellos pacientes que realizaban una actividad física importante obtuvieron una mediana de días de IT superior a los que desarrollaban un trabajo con actividad física moderada/sedentaria. El 50% de los pacientes con lumbalgia tuvieron una duración de la IT de entre 41,25 días y 136,75, contra los que fueron diagnosticados de lumbociática en que la mediana fue de 137 días. Se obtuvo, también, una mayor duración de la IT en pa-

TABLA 2. Antecedentes y tratamiento comparando ambas poblaciones

CC			CL	
	n	%	n	%
A. Patol.	85	83,3	39	46,4
Sin A. Patol.	17	16,7	45	53,6
	102	100	84	100
T. Co.	100	98	40	47,6
T. Qui.	2	2	44	52,4
	102	100,0	84	100,0

$p<0,0001$.
CC: contingencia común. CL: contingencia laboral.
A. Patol: antecedentes patológicos de lumbalgia.
T. Co: tratamiento conservador.
T. Qui: tratamiento quirúrgico.

TABLA 3. Relación del expediente/tipo de pago.

curación-baremo			incap.	
	n	%	n	%
Pago directo	58	79,5	15	20,5
Pago delegado	108	95,6	5	4,4

$p<0,001$.
curación-baremo.
incapacidad permanente.

cientes de contingencia laboral con una mediana de 133,5 frente a la de contingencia común cuyo valor fue de 92,5 días. Los días que permanecieron en IT los pacientes que se encontraban en situación de pago directo por la mutua fue superior a los que se hallaban en pago delegado (mediana de 169 frente a 86 días). Los pacientes intervenidos quirúrgicamente estuvieron más tiempo en IT (mediana de 106,25) que los que fueron sometidos a tratamiento conservador (mediana 96) y, los propuestos para una incapacidad permanente se mantuvieron, también, en IT más tiempo que los que obtuvieron curación o baremo (tabla 4).

En cuanto a los gastos del expediente la mediana para contingencias comunes fue de 306.000 pesetas, mientras que para las contingencias laborales fue de 604.550 pesetas. El gasto total de los expedientes incluidos en el estudio para las contingencias comunes fue de 56.640.945 pesetas, cantidad bastante inferior a la ocasionada por los expedientes en estudio en contingencias laborales, que ascendió a 69.366.404. Para éstas últimas contingencias, el gasto del expediente de incapacidad supuso un total de 86.393.519 pesetas, y el 50% de los pacientes a los que se les concedió una incapacidad, costó entre 2.282.200 y 15.134.476 pesetas con una mediana de 7.688.439 pesetas.

Mediante análisis multivariante se obtuvieron una serie de factores *Predictivos de incapacidad permanente*, sin que éstos tuvieran relación con otras variables influyentes. De esta manera la edad superior a 45 años se constituyó como factor influyente, teniendo los individuos mayores de 45 años 3,4 veces mayor probabilidad de obtener IP que los menores a esa edad. Los pacientes que se hallaban en pago directo por la mutua tenían 4,1 veces más probabilidad de obtener una IP en relación a los que se hallaban en pago delegado. Los pacientes que llevaban más de 11 meses en IT tuvieron 6,7 veces más probabilidad de obtener una IP en relación a los que llevaban menos de seis meses (tabla 5).

Se obtuvieron, también, factores *predictivos de la duración de la incapacidad transitoria*; a mayor edad, pago directo y con el diagnóstico de ciática presentaron mayor tiempo en IT. Los pacientes que evolucionaron hacia una incapacidad permanente fueron aquellos que llevaban más días en situación de IT (tabla 6).

TABLA 4. Comparación de días de duración IT con resto de variables.

			N.º	Perc. 25	Mediana	Perc. 75
Actividad física	SED/MOD	»	89	46,0	91,0	161,5
Sedentaria/moderada vs importante	Importante	»	62	90,8	139,0	210,5
Diagnóstico	Lumbagia	»	80	41,3	77,0	136,8
	Lumbociática	»	51	96,0	137,0	198,0
	Lumbociatalgia	»	55	70,0	137,0	207,0
Contingencia	Común	»	102	46,0	92,5	159,8
	Laboral	»	84	87,0	133,5	197,0
Régimen	RE	»	27	81,0	136,0	221,0
	RG	»	159	53,0	109,0	169,0
Pago	Directo	»	73	101,0	169,0	265,5
	Delegado	»	113	44,5	86,0	139,0
Tratamiento	Co.	»	140	47,3	96,0	171,0
	Qui.	»	46	106,3	149,0	211,0
Resolución 2 categ.	Curación/baremo	»	166	53,0	100,5	157,3
Curación/baremo vs incapacidad	Incapacidad	»	20	154,0	230,0	336,0

Hay que destacar que las variables incluidas en el modelo explican un 36% de la variabilidad de la duración de la IT, es decir, sólo explica una tercera parte de los factores que pueden influir en la duración de la misma.

De todo esto se puede, mediante una fórmula, hacer un cálculo aproximado de los días de IT que estará un paciente determinado en función de estas variables y otras con las que no había significación estadística, que sería, tomando una constante fija de 23,12 (obtenida del cálculo estadístico):

$\text{Días IT} = 23,12 - 10,96. (\text{sexo}) + 1,98. (\text{edad}) + 21,63. (\text{tipo de contingencia}) - 84,42. (\text{tipo de pago}).$

DISCUSIÓN

La patología lumbar común tiene, debido a su prevalencia, una influencia considerable en la salud pública y se ha convertido en una de las primeras causas

de absentismo laboral^{12,13}. La lumbalgia es, en efecto, uno de los primeros diagnósticos de accidente de trabajo, y a largo plazo, ciertas profesiones se consideran traumatizantes para la región lumbar⁷.

Nuestra muestra supone el 2,12% del total de bajas abiertas por distintas enfermedades en toda España en el año 1999 (18.365) respecto a la población protegida por ambas mutuas. Nos parece ésta una cifra reducida consecuente con la no inclusión de casos con bajas de corta duración que pasaron desapercibidos al ser resueltos en sus correspondientes centros de origen, y también por la ausencia de codificación diagnóstica en otros casos.

Coincidimos con la mayoría de autores¹⁴⁻¹⁶ que esta patología se produce con preferencia en varones, en edades de entre 25 y 45 años. Según Leigh et al¹⁶ la prevalencia anual de las lumbalgias en una muestra

TABLA 5. Factores predictivos de incapacidad permanente.

	OR	IC 95%	p
Edad >45	3,4	1,1 - 10,1	0,03
Antecedente de lumbalgia	2,5	0,8 - 7,4	0,09
Pago directo	4,1	1,2 - 13,9	0,02
Duración de la incapacidad			
6-11 meses	4,6	1,3 - 15,9	0,02
Más de 11 meses	6,7	1,6 - 28,6	0,01

Tabla OR: Odds-ratio.
IC: Intervalo de confianza.

TABLA 6. Factores predictivos de la duración de incapacidad transitoria.

	β	IC 95%	p
Constante	23,12		
Sexo femenino	-10,96	-37,6 - 15,7	0,42
Edad	1,89	0,74 - 3,1	0,001
Contingencia laboral	21,63	-6,2 - 49,5	0,13
Pago delegado	-84,42	-108,3 - 60,5	<0,001
Lumbociática	47,01	20,3 - 7,7	0,001
Resolución como incapacidad permanente	74,46	35,5 - 113,4	<0,001

β : pendiente.
Tabla IC: intervalo de confianza.

de 1.496 trabajadores americanos fue del 20%, estando las mujeres (19,4%) menos afectadas que los hombres (20,7%) y con una edad de entre 50 y 64 años, por lo tanto más elevada que la nuestra. En Francia, Caillard¹⁷ mostró una prevalencia anual de episodios lumbálgicos del 32% en una población de 2.547 trabajadores de cinco «sectores de riesgo», con una incidencia anual del 10,7% y con un riesgo de lumbalgia creciente con la edad, con un máximo para el grupo de 45 a 50 años y una disminución del riesgo después de esa edad. En cada grupo de edad, los índices de prevalencia masculina fueron superiores a los femeninos.

En nuestro estudio predominaban, en la muestra, las actividades físicas importantes y moderadas, siendo mínimas, en cambio, las sedentarias, y con un tiempo de IT superior en las primeras. A este respecto, Keyserling et al¹⁸, encontró en un estudio de casos control en los obreros de una fábrica de automóviles, una relación significativa entre los movimientos realizados de anteflexión y torsión y la aparición de lumbociatalgias, pero también en los empleados de oficina cuyo trabajo exige poco o ningún porte de cargas. En nuestra muestra los casos de sedentarismo se repartieron en 15 conductores de vehículos y tres administrativos. Existen muchos estudios que relacionan la conducción de vehículos con la aparición de lumbalgias, ciatalgias y hernia discal^{6,13,19,20}. Se ha demostrado que la presión intradiscal aumenta con la sedestación ocasionando desórdenes metabólicos en el disco^{21,22}. Piazzi et al²³ estudiaron una población de 600 chóferes de camiones y encontraron un riesgo de hernia discal cuatro veces superior al grupo control. Riihimäki²⁴, en su revisión de la literatura lumbálgica recoge los movimientos de las profesiones que son considerados de alto riesgo lumbálgico llegando a la conclusión que el trabajo físico pesado está casi siempre asociado significativamente a un riesgo elevado de lumbalgias. Hay otras publicaciones^{4,25} que manifiestan la ausencia de evidencia convincente de que el trabajo pesado predisponga al episodio de lumbalgia inicial, sino que afecta más frecuentemente a individuos que «consideran» que su ocupación es físicamente dura y aquellos que «creen» que su trabajo es estresante para la columna. En nuestro estudio el porcentaje más elevado de lumbalgias nos aparece en los casos de actividad física moderada, y con una diferencia de muy pocos casos, en individuos con actividad física intensa.

Con referencia al tratamiento debemos hacer notar que de los pacientes con lumbociática sólo fueron intervenidos quirúrgicamente el 68,6%, lo cual confirma lo que algunos estudios dicen sobre que la gran mayoría de ciáticas se resuelven con tratamiento conservador^{8,26,27}. De todas maneras, llama la atención el hecho de no hallar diferencias en cuanto al resultado final, en función del tipo de tratamiento. Si se hallaron

diferencias en cuanto a tiempo de IT que fue más largo en los pacientes intervenidos quirúrgicamente. En esto último pueden intervenir varios factores como por ejemplo el tiempo desde que se diagnostica hasta que se interviene, donde se incluye la opción de aplicar tratamiento conservador previo, también el tiempo de reposo post-cirugía (habitualmente 3-4 semanas) y posteriormente el tratamiento rehabilitador.

Los dolores raquídeos representan en EEUU entre el 19 y el 25,5% de solicitudes de incapacidad por accidente. Se conoce por la literatura, que los hombres piden la incapacidad con más frecuencia que las mujeres²⁵, sin embargo, en nuestra muestra no hubo diferencias significativas ni con la edad ni con el sexo en el momento de solicitar una incapacidad.

Rossignol et al⁵ estudiaron de manera prospectiva una muestra de 2.342 trabajadores representativos de los indemnizados por raquialgias durante un periodo de tres años, hallando una media de IT de 82,8 días para las lumbalgias, cifra algo inferior a la hallada en nuestra muestra. Los hombres 21,4 días más que las mujeres. En nuestro estudio el ser hombre o mujer no incidía en un mayor o menor número de días de IT. Destacamos que pacientes con propuesta de incapacidad permanente habían estado más tiempo en IT lo cual podría explicarse por la conflictividad de los casos o por presentar complicaciones que alargaron el tratamiento.

Según los datos de la Sección de Estadística del Ministerio de Trabajo, la lumbalgia supone en España la causa más importante de desembolso compensatorio económico, bien sea por entidades públicas o por entidades aseguradoras laborales, cifrándose entre el 19 y el 25% de los gastos de incapacidad laboral. Un estudio del año 1997 cifran el número total de bajas por dolor lumbar en 66.151, representando un 10,8% respecto al total de bajas por accidente de trabajo y enfermedad profesional lo que supone una pérdida en días de trabajo de 1.307.583. La media de días de baja de 19,7 supone una reducción respecto a años anteriores. El coste total por lumbalgia en el año 97 fue de 12.490 millones de pesetas²⁸. En nuestro país sólo disponemos de información adecuada acerca del desembolso compensatorio por IT pero no del resto de gastos, lo cual nos ocurre también en este estudio. Deberían sumarse a los gastos, el de atención en urgencias, los producidos por ingresos hospitalarios y los médico-farmacológicos, en definitiva, los costes del tratamiento. Hay intentos serios en la literatura de evaluar la efectividad del tratamiento de la lumbalgia, y así se ha demostrado, en pacientes trabajadores industriales, la eficacia de ejercicios y medidas de higiene postural²⁹.

En nuestro estudio los gastos de incapacidad permanente para las contingencias laborales se repartieron en cinco permanentes totales, tres parciales, y una pro-

puesta de CRAM sin resolución, de permanente a parcial. De los baremos uno fue resolución en permanente total y el otro en parcial. Estas incapacidades supusieron un 2,1% de las concedidas al total de la población accidentada de Mutual Cyclops en el año 1999, cifra que consideramos realmente baja en relación a lo publicado.

En definitiva, podemos concluir que el problema de la lumbalgia es importante en ámbitos generales y difícil de soportar por un sistema económico y sanitario como el nuestro.

CONCLUSIONES

- La lumbalgia común tiene una elevada prevalencia en todos los países europeos y EEUU.
- La mediana de incapacidad temporal fue de 112 días.
- Más de la mitad de los casos tuvieron un período de IT superior a los 30 días e inferior a 150.
- La lumbalgia fue más frecuente en varones de entre 26 y 45 años de edad.
- El tratamiento recibido fue más frecuentemente conservador.
- Se obtuvo la curación en más de tres cuartas partes de los casos.
- El volumen de incapacidades fue reducido comparativamente a los datos hallados en la bibliografía.
- Hubo diferencia entre ambas contingencias en cuanto al sector de trabajo, actividad laboral, sexo, edad, antecedentes, diagnóstico y tratamiento.
- El tipo de pago, diagnóstico y tratamiento, así como la resolución final sí tuvieron incidencia en los días de incapacidad temporal.
- El tipo de pago y el tiempo de IT fueron factores influyentes en el resultado final.
- El gasto por expediente fue superior en el ámbito laboral.
- La edad, pago directo, lumbociática como diagnóstico y la incapacidad permanente fueron factores predictivos de un mayor período en situación de IT.
- La edad superior a 45 años, pago directo, duración IT fueron factores predictivos de incapacidad permanente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marqués J El dolor lumbar. Editorial JMS, 1989.
2. Hadler NM. The disabling backache. An international perspective. *Spine* 1995;20:640-9.
3. Datos de la Sección de Estadística del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
4. Viikari-Juntura E, Vuori J Silverstein BA. A life long prospective study on the role of psychosocial factors in neck-shoulder and low back pain. *J Clin Epidemiol* 1992;45:543-5.
5. Rossignol M, Suisa S, Abenheim L, Working disability due to occupational back pain; three-year follow up of 2,300 compensated workers in Quebec. *J Occup Med* 1988;30:502-5.
6. Frymoyer JW, Pope MH, Clements JH, Wilder DG, McPherson B, Ashikaga T. Risk factors in low back pain: an epidemiological survey. *J Bone Joint Surg* 1983;65A: 213-8.
7. Nachemson AL. Newest Knowledge of low back pain. A critical look. *Clin Orthop* 1992;279:8-20.
8. Frymoyer JW. Back pain and sciatica. *N Engl J Med* 1988; 318:291-300.
9. Nachemson AL. Editorial comment: lumbar discography-where are we today? *Spine* 1989;14:555-7.
10. Spengler DM, Bigos SJ, Martin NA, Zeh J, Fisher L, Nachemson AL. Back injuries in industry: a retrospective study I. Overview and cost analysis. *Spine* 1986; 11:241-5.
11. Weber H. Lumbar disc herniation: a controlled prospective study with ten years of observation. *Spine* 1983;8:131-40.
12. Hadler NM. The predicament of backache. Editorial. *J Occup Med* 1988;30:449-50.
13. Nachemson AL. Research methods in occupational low back pain. *Spine* 1991;16:666-7.
14. Hadler NM. Regional musculoskeletal diseases of the low back pain. Cumulative trauma versus single incident. *Clin Orthop* 1987;221:33-41.
15. Frymoyer J. Quality. An international challenge to the diagnosis and treatment of disorders of the lumbar spine. *Spine* 1993;18(15):2147-52.
16. Leigh JP, Sheetz RM. Prevalence of back pain among full time United States workers. *Br J Ind Med* 1989;46:651-7.
17. Caillard JF. Le risque lombalgique professionnel à l'hôpital. Etude au centre hospitalier de Rouen. *Arch Mal Prof* 1987;48:623-7.
18. Keyserling WM, Punnett L, Fine LJ. Trunk posture and back pain; identification and control of occupational risk factors. *Appl Ind Hyg* 1988;3:88-93.
19. Mostardi RA, Noe DA, Kovacic KW, Porterfield JA. Isokinetic lifting strength and occupational injury. A prospective study. *Spine* 1992;17:189-93.
20. Moore JS, Garg A. Ergonomics: low-back pain, carpal tunnel syndrome, and upper extremity disorders in the work place. *Occup Med* 1992;7:593-790.
21. Anderson GB, Schultz A, Nathan A, Irtam L. Roentgenographic measurements of lumbar intervertebral disc height. *Spine* 1981;6:154-8.
22. Andersson GB, Ortengren R, Nachemson A, Elfstrom G. Lumbar disc pressure and myoelectric back muscle activity during sitting: I. Studies of experimental chair. *Scand J Rehabil Med* 1974;6:104-14.
23. Piazzi A, Bollino G, Mattioli S. Spinal disease in self employed truck drivers. *Medicina del Lavoro* 1991;82: 1222-30.

24. Riihimäki H. Low back pain, its origine and risks indicators. *Scan J Work Environ Health* 1991;17:81-90.
25. Astrand NE, Isacsson SO. Back pain, back abnormalities, and competing medical, psychological, and social factors as predictors of sick leave, early retirement, unemployment, labour turnover and mortality. *Br J Ind Med* 1988;45:387-95.
26. Moffett JK, Torgerson D, Bell Syer S Randomised controlled trial of exercise for low back pain: clinical outcomes, costs and preferences. *BMJ* 1999;319:279-83.
27. «Prevención, trabajo y salud en el trabajo». Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. 1997.
28. González Viejo MA, Cordon Huerta MJ Incapacidad por dolor lumbar en España. *Med Clinica (Barc)* 2000;114:491-2.
29. Nachemson, et al. Low back pain. Causes, diagnosis and treatment. The Swedish Council of Technology Assessment in Health Care. Stockholm 1991.

Correspondencia:

Margarita Sauné Castillo
C/ Copérnico, 58
08006 Barcelona