

ORIGINAL

Incapacidad laboral temporal tras cirugía de rizartrrosis mediante trapecectomía y artroplastia de suspensión con sutura de alta resistencia



B. Occhi Gómez^{a,b,*}, M. Galvan Ortiz de Urbina^{a,c}, A. López Ruiz de Salazar^a, A.J. Alonso Benavente^a y Á. Rodrigo Alonso^a

^a Unidad de Mano, Servicio de Traumatología, Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, Madrid, España

^b Unidad de Mano, Servicio de Traumatología, Mutua Universal, Hospital Nuestra Señora del Rosario, Madrid, España

^c Policlínica Dalí, Móstoles, Madrid, España

Recibido el 15 de septiembre de 2023; aceptado el 14 de enero de 2024

Disponible en Internet el 20 de enero de 2024

PALABRAS CLAVE

Incapacidad laboral;
Vuelta al trabajo;
Baja laboral;
Rizartrrosis;
Trapeciometacarpiana

Resumen

Introducción: La rizartrrosis es una enfermedad que afecta a parte de la población activa, mermando su capacidad laboral y su calidad de vida. La trapecectomía y suspensión mediante el sistema Mini TightRope® un periodo de incapacidad laboral temporal (ILT).

Objetivo: Evaluar los tiempos medios de ILT en los pacientes intervenidos en nuestro centro y estudiar si existen factores que puedan retrasar la reincorporación al trabajo tras esta cirugía. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo de los pacientes a los que se realizó una trapecectomía y artroplastia de suspensión mediante el sistema Mini TightRope® entre los años 2015 y 2016, con un seguimiento mínimo de un año. Se realizó una entrevista telefónica y una revisión de la historia clínica y de la radiología, recogiendo datos epidemiológicos y laborales. Se compararon los grupos por edad, sexo, mano dominante y requerimientos profesionales biomecánicos de los pacientes, así como haber estado en ILT previo a la cirugía.

Resultados: Se incluyeron un total de 36 pacientes (29 mujeres y 7 varones) con una edad media de 55,7 años. La mediana para la vuelta al trabajo fue de 126 días. Los trabajadores autónomos se reincorporaron 72 días antes ($p=0,004$); los trabajadores que estaban en ILT previa a la cirugía tuvieron una ILT total mayor, y tardaron en volver al trabajo 91 días más que aquellos que no lo estaban ($p<0,001$).

Conclusiones: Los pacientes que trabajan por cuenta ajena y aquellos que estuvieron en ILT previa a la cirugía presentaron tiempos de ILT mayores. En nuestro estudio no encontramos diferencias por sexo, mano dominante o grado biomecánico laboral de los pacientes intervenidos.

© 2024 SECOT. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Borjaocchi@gmail.com (B. Occhi Gómez).

KEYWORDS

Disability;
Return to work;
Sick leave;
Thumb CMC;
Trapeziometacarpal

Temporary work disability following trapezial resection and suspension arthroplasty for thumb carpometacarpal osteoarthritis

Abstract

Purpose: The aim of this study is to assess the time to return to work (TRW) in patients undergoing trapezial resection using the Mini TightRope® system at our center and to investigate factors that might delay return to work following this surgery.

Material and methods: A retrospective study was conducted on patients who underwent Trapezial resection and suspensionplasty using the Mini TightRope® system between 2015 and 2016, with a minimum one-year follow-up. Telephone interviews were conducted along with a review of medical records and radiology reports, as well as temporary work disability documents, collecting epidemiological and occupational data. Groups were compared based on age, gender, dominant hand, biomechanical occupational requirements of the patients, and whether they had experienced prior temporary work disability.

Results: A total of 36 patients (29 women and 7 men) with an average age of 55.7 years were included. The median time to return to work was 126 days. Self-employed workers re-entered the workforce 72 days earlier on average; workers who had experienced prior temporary work disability had a greater total temporary work disability duration and took 91 days longer to return to work compared to those who had not.

Conclusions: Patients employed by others and those who had experienced prior temporary work disability before the surgery had longer temporary work disability periods. In our study, no differences were observed based on gender, dominant hand, or biomechanical work demands of the intervened patients.

© 2024 SECOT. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La rizartrrosis es la segunda enfermedad degenerativa con más incidencia de la mano, tras la artrosis de la interfalángica distal. Su prevalencia aumenta con los años, afectando sobre todo a mujeres posmenopáusicas en un 25-33%¹⁻⁵. Esta enfermedad afecta a una población laboralmente activa, implicando un fuerte impacto sobre el paciente y los sistemas de salud. Existen varias técnicas quirúrgicas descritas para su tratamiento, como la trapepectomía asociada a algún tipo de ligamentoplastia, la artrodesis trapeziometacarpiana (TMC), la osteotomía del primer metacarpiano o las prótesis TMC. No hay suficiente evidencia científica de calidad que demuestre la superioridad de alguna de las mencionadas⁶.

La incapacidad laboral es la situación que se da cuando un trabajador deja de ser capaz de desempeñar las funciones habituales de su puesto de trabajo, bien por enfermedad o por accidente⁷.

Hasta donde sabemos no hay ningún estudio que analice el tiempo para la reincorporación laboral (RL) tras la trapepectomía asociada a un sistema de suspensión del primer metacarpiano con Mini TightRope® (Arthrex).

El objetivo de este estudio es evaluar los tiempos medios de incapacidad laboral temporal (ILT) en pacientes intervenidos en nuestro centro durante los años 2015 y 2016 mediante trapepectomía abierta y sistema de suspensión mediante Mini TightRope® (Arthrex).

Material y método

Nuestro estudio es retrospectivo observacional, en el cual hicimos una revisión de los procedimientos quirúrgicos codificados como «Artroplastia con/sin implante carpometacarpiano», así como «Artrodesis carpometacarpiana» en nuestro registro informático de historias clínicas entre enero de 2015 y diciembre de 2016. Se recuperaron 192 registros. De estos 192 registros se revisó el informe de quirófano, descartándose un total de 133 registros por codificación errónea de la cirugía. Tras ese descarte, se incluyeron un total de 59 registros de TMTR. Tras la revisión de sus historias clínicas se descartaron otros 17 pacientes que no cumplían criterios de inclusión en el estudio o presentaron criterios de exclusión (fig. 1). Del total de 42 pacientes, 36 atendieron la llamada telefónica, dando todos ellos su consentimiento para la inclusión en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

Se recogieron los datos demográficos por cada paciente, incluyendo edad, sexo, mano dominante, antecedentes médicos, mano intervenida. Se definió el grado de carga biomecánica manual de cada paciente en base a la «Guía de Valoración Profesional» del Instituto Nacional de la Seguridad Social, con un grado máximo de 4 y mínimo de 1⁸.

En la entrevista telefónica se recogió el tipo de trabajo, situación laboral en el momento de la cirugía, así como su grado de satisfacción en una escala analógica del uno al 10 (siendo uno el resultado más pobre y 10 el mejor).

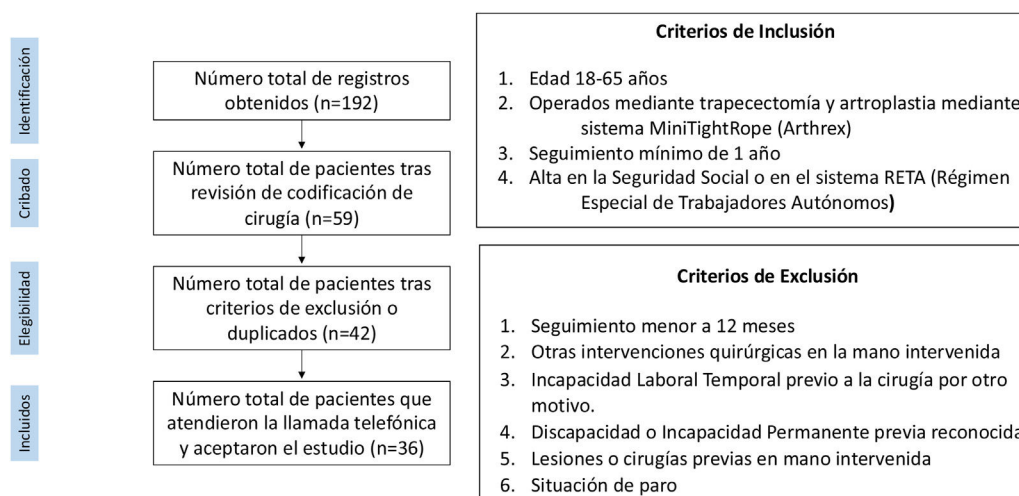


Figura 1 Se muestran las etapas del estudio: Identificación, Detección, Elegibilidad e Inclusión. De 192 pacientes identificados inicialmente, 59 habían sido intervenidos mediante una trapecectomía y sistema de suspensión Mini TightRope®. Después de aplicar los criterios de exclusión, el recuento de pacientes elegibles se redujo a 49. Finalmente, se incluyeron en el estudio 36 pacientes después de considerar a aquellos que respondieron a las llamadas telefónicas y aceptaron participar. También se muestran los criterios de inclusión y exclusión, a la derecha de la figura.

Se revisó la radiografía preoperatoria, así como la postoperatoria a los 12 meses de la cirugía, y se revisaron las notas clínicas.

Se definió la vuelta al trabajo como el día inmediatamente posterior a la fecha final del parte de ILT emitido por el médico de atención primaria de cada paciente.

Análisis estadístico

El estudio del tiempo de ILT para el grupo a estudio se realizó mediante el método de Kaplan-Meier, trazándose las curvas de supervivencia. Para realizar el análisis del tiempo de ILT en relación con las demás variables se empleó la prueba U de Mann-Whitney; la variable dependiente fue el tiempo de ILT y las variables independientes el sexo, mano dominante, estar en ILT previa a la cirugía, situación laboral (trabajador por cuenta ajena o autónomo) y el grado laboral de cada paciente. Para evaluar la relación entre el tiempo de ILT y el grado de Eaton-Lambert se empleó la prueba de Kruskal-Wallis. Se consideró un resultado estadísticamente significativo una $p < 0,05$.

Técnica quirúrgica

Se coloca al paciente en decúbito supino con mesa de mano. Se realiza por abordaje dorsal o volar tipo Wagner. Se realiza disección y se protegen las ramas sensitivas del nervio radial. Se libera parte del *Abductor pollicis brevis* de la base del primer metacarpiano y se realiza una capsulotomía longitudinal. Liberamos el trapecio de sus inserciones ligamentosas de forma subperióstica, protegiendo en la zona más proximal la arteria radial. Sin haber hecho aún la trapecectomía se procede a pasar la aguja de Kirschner (AdK) de 1,1 del sistema Mini TightRope® desde la base del primer metacarpiano al segundo metacarpiano. Realizamos este gesto para que el

trapecio nos ayude a mantener una buena altura del primer metacarpiano al pasar la aguja guía. En la zona previsible de salida de la AdK realizamos una incisión longitudinal (entre el 2.º y 3.º metacarpiano), elevamos el 2.º músculo interóseo subperióticamente y encontramos la AdK, que avanzamos hasta poder pasar la sutura FiberWire®, pero sin anudarla en el 2.º metacarpiano, dejando la sutura cogida por una pinza mosquito. Suele haber alguna ramificación del nervio sensorial radial dorsal que se debe identificar y proteger en la incisión. Entonces procedemos a la trapecectomía y realizamos en ese momento la liberación asociada del túnel del carpo mediante este abordaje trans-trapecial, como descrito por Sless et al.⁹. Al realizar la trapecectomía suele seccionarse la lámina superficial del ligamento transversal del carpo (LTC); la parte remanente se libera habitualmente con tijeras. Retraemos entonces el *Flexor carpi radialis* y procedemos a seccionar la porción profunda del LTC. Una vez hecho esto anudamos la sutura FiberWire® sobre el botón en el 2.º metacarpiano. Se libera isquemia, realizamos coagulación y se procede al cierre. En el plan postoperatorio incluimos una férula durante 2 semanas, seguida por ortesis del pulgar otras 2 semanas en las que el paciente puede realizar movimientos pasivos y activos-asistidos para posteriormente comenzar la rehabilitación durante 4 semanas más con 2 sesiones semanales. La retirada de puntos se realiza a los 10-12 días habitualmente.

Resultados

Se incluyeron un total de 36 pacientes en el estudio. Las características de los pacientes están resumidas en la [tabla 1](#).

Vuelta al trabajo. Todos los pacientes de nuestro estudio volvieron a su trabajo previo. La mediana (Q1, Q3) de la vuelta al trabajo de nuestros pacientes fue de 126 días (92, 217). El análisis de supervivencia para el tiempo transcurrido hasta la vuelta al trabajo se muestra en la [figura 2](#). Como se

Tabla 1 Características generales de la muestra estudiada

Características	Valor
Edad, media años (DS)	55,7 (5,6)
Sexo, n (%)	
Mujeres	29 (80,6)
Varones	7 (19,4)
Grado laboral, n (%)	
Grado 2	4 (11,1)
Grado 3	31 (86,1)
Grado 4	1 (2,8)
Dominancia, n (%)	
Diestro	35 (97,2)
Zurdo	1 (2,8)
Mano intervenida, n (%)	
Derecha	15 (41,7)
Izquierda	21 (58,3)
Lado dominante operado, n (%)	
No dominante	20 (55,6)
Dominante	16 (44,4)
Trabajadores, n (%)	
Autónomos	12 (33,3)
Cuenta ajena	22 (66,7)

Pacientes con ILT previa a la cirugía. Los pacientes que estuvieron en ILT previa a la cirugía, volvieron al trabajo a los 214 días (P25; P75: 154;255); aquellos que no estuvieron en ILT previa a la cirugía volvieron a trabajar a los 123 días (P25; P75: 92;193), siendo esta diferencia significativa de $p < 0,001$.
DS: desviación estándar; ILT: incapacidad temporal laboral.

observa, el 75% de los pacientes se reincorporan a su trabajo antes de los 217 días.

Las mujeres están en promedio 4,7 (P25; P75: 3,6;8,2) meses en ILT y los varones 3,5 (1;5,5), sin encontrarse diferencias significativas entre ellos ($p = 0,105$).

Trabajo por cuenta ajena o autónomos. Los trabajadores por cuenta ajena, de promedio, se reincorporaron al tra-

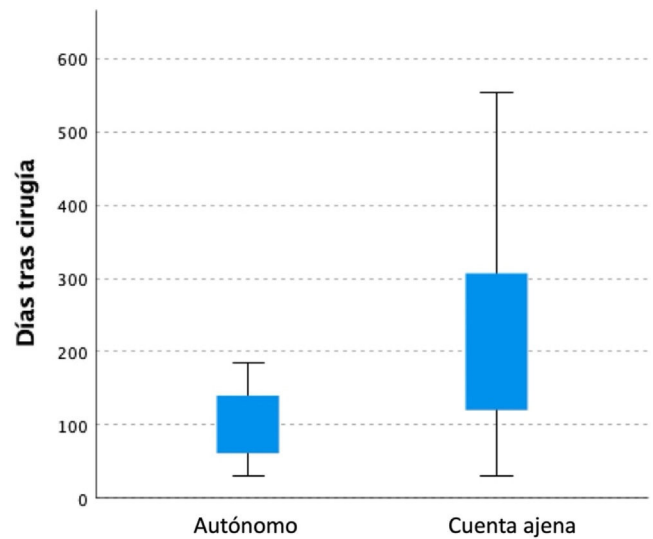


Figura 3 Días para volver al trabajo en los pacientes que trabajan como autónomos frente a los que trabajan por cuenta ajena. Se encuentra una diferencia estadística de $p = 0,004$

bajo a los 164 días de la cirugía (P25; P75: 120;319); los autónomos se reincorporaron al trabajo a los 92 días (P25; P75: 62;147). La diferencia fue estadísticamente significativa ($p = 0,004$; [fig. 3](#)).

Los trabajadores por cuenta ajena, de promedio, estuvieron en total un promedio de 234 días en ILT, incluyéndose entre ellos el periodo de ILT previo a la cirugía (P25; P75: 120;365); los autónomos estuvieron en total un promedio de 92 días, y todos ellos comenzaron la ILT después de la cirugía (P25; P75: 62;147). La diferencia fue estadísticamente significativa ($p = 0,003$).

Mano dominante. Los pacientes intervenidos de su mano dominante están en ILT 4,9 meses (P25; P75: 3,46;7,05) y los pacientes cuya mano intervenida no fue la dominante 4,13

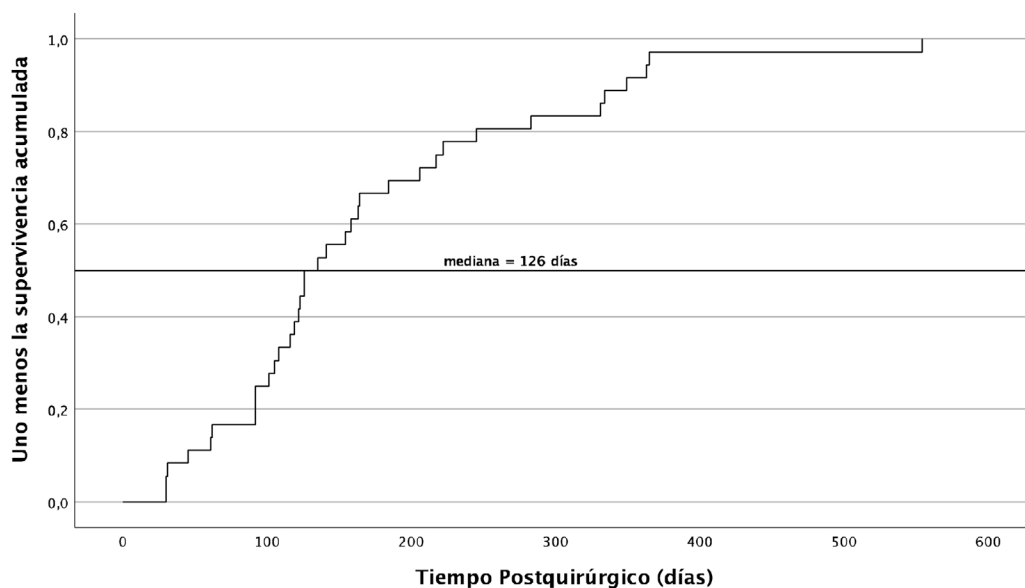


Figura 2 Curva de supervivencia de Kaplan-Meier para la vuelta al trabajo tras trapepectomía y sistema de tenosuspensión Mini TightRope®, con un intervalo de confianza del 95%.

meses (P25; P75: 3,21;7,31), sin encontrarse diferencias significativas entre ellos ($p = 0,774$).

Grado de artrosis radiológico. No hubo diferencias significativas ($p = 0,787$) mediante la prueba de Kruskal-Wallis, entre los pacientes operados según su grado en la clasificación de Eaton-Lambert: encontramos un promedio de ILT de 4,7 meses (P25; P75: 2,07;7,23) en los pacientes con un grado 2, un promedio de ILT de 4,15 meses (P25; P75: 3,22;7,13) en los de grado 3 y un promedio de 5,27 meses en los de grado 4 (P25; P75: 3,5;7,32).

Carga biomecánica. Los pacientes con un trabajo de carga biomecánica de grado 2 volvieron a trabajar a los 3,85 meses (P25; P75: 2,25;8,15); el tiempo para la RL fue de 4,7 meses en aquellos con un trabajo de grado 3 (P25; P75: 3,37;7,4). El único paciente con un grado 4, volvió a trabajar a los 1,03 meses tras la cirugía. Las diferencias no fueron significativas ($p = 0,276$ mediante prueba de Kruskal-Wallis).

Complicaciones. Un 19,4% de los pacientes presentaron complicaciones postoperatorias, sin existir una asociación significativa con un tiempo de ILT posquirúrgica mayor. De los 7 pacientes que presentaron complicaciones, 6 requirieron la extracción del sistema de suspensión por irritación y dolor en la zona del material, ocurriendo a los 320 días de la cirugía en su mediana. Otro paciente presentó un síndrome de dolor regional complejo, que se resolvió a los 10 meses.

Los pacientes que presentaron alguna complicación reflejaron una satisfacción de 7,43 sobre 10 de media, mientras que aquellos que no tuvieron complicaciones tuvieron una satisfacción de 9,24 de media sobre 10.

Pacientes con ILT previa a la cirugía. Los pacientes que estuvieron en ILT previa a la cirugía, volvieron al trabajo a los 214 días (P25; P75: 154;255); aquellos que no estuvieron en ILT previa a la cirugía volvieron a trabajar a los 123 días (P25; P75: 92;193), siendo esta diferencia significativa ($p < 0,001$).

Discusión

La incapacidad, tanto la temporal como la permanente, es un indicador de resultado sanitario, de gestión sanitaria, de eficacia sanitaria y es un indicador de salud pública. Por otro lado, es también un indicador de salud laboral y un claro indicador de calidad de vida¹⁰.

Tiempo hasta la reincorporación. En nuestro estudio hemos observado que la mediana para la RL es de 126 días, siendo de promedio 4,7 meses y 3,5 meses en mujeres y varones, respectivamente, sin ser esta diferencia significativa. Wolf et al. revisan el registro sueco laboral y comparan el tiempo de IT en prótesis TMC frente a los operados con trapectomía e interposición tendinosa, siendo el tiempo de IT postoperatoria significativamente menor en pacientes con prótesis TMC. Sin embargo, no encuentran diferencias en la duración de la IT entre sexos ni correlación con la edad¹¹.

En el estudio de Van der Oest et al., sobre pacientes a los que se realizó una trapectomía e interposición tendinosa, la mediana para la vuelta al trabajo fue de 12 semanas¹².

En un estudio en el que comparan un total de 21 pacientes con trapectomía y ligamentoplastia con o sin interposición tendinosa, Kriegs et al. encuentran que vuelven al trabajo 15 pacientes (71,4%), 5 no lo hacen por jubilación (23,8%) y

solo uno (0,05%) no se reincorporó a su trabajo previo por persistencia del dolor¹³.

En España, Paredero et al., en su estudio sobre pacientes con artrodesis TMC, refieren que 15 de 16 artrodesis se reincorporan a su actividad laboral, 6 de ellos con alguna limitación, sin especificar el tiempo para la RL⁵.

La muestra de estudio, los parámetros evaluados, así como la propia definición de vuelta al trabajo dificultan comparar nuestros resultados con los de otros estudios. En el estudio de Hohendorff et al.¹⁴ se estableció el tiempo de «work disability» cuando el paciente volvió a trabajar un 50%. En ese estudio el 90% de los pacientes ($n = 47$) intervenidos mediante artroplastia de resección e interposición de FCR, retomó la actividad laboral, al 50%, tras un periodo de IT de 8 semanas; a las 16 semanas los pacientes volvieron a trabajar a un 100%. Con prudencia podríamos decir que nuestros resultados no arrojan tiempos de recuperación diferentes¹¹.

La situación laboral influye significativamente en los días para la RL según nuestro estudio. Los pacientes que trabajan como autónomos tienen menores tiempos para la RL (72 días menos en promedio) y en el tiempo total de ILT (142 días menos en promedio) frente a los que trabajan por cuenta ajena. Esta conclusión debe tomarse con cautela pues consideramos que nuestra muestra es pequeña y la diferencia debería realizarse, en futuros estudios, por subgrupos por el tipo o carga de trabajo entre otros.

Operar el lado dominante, la edad, sexo o el grado radiológico previo a la cirugía no influyen en los tiempos para la RL según nuestro estudio, tal como se describe en otros estudios^{11,15,16}.

Al contrario que otros estudios, no encontramos diferencias en los días para la RL según el nivel de carga biomecánica manual laboral^{12,14}. En el estudio de Van der Oest et al. es mayor el tiempo de IT en pacientes con trabajo pesado frente a aquellos con un trabajo ligero¹². No es fácil realizar comparaciones pues hay una gran variabilidad a la hora de establecer la definición o clasificación de las profesiones, más aún cuando son países diferentes. En nuestro caso optamos por clasificar a los pacientes en función de su carga biomecánica laboral. Para la carga biomecánica manual se valoran los requerimientos de las articulaciones por posturas mantenidas en el tiempo (de tipo isométrico) o por la sollicitación reiterativa de la articulación por movimientos dinámicos y se establecen 4 grados: baja intensidad, moderada, media-alta o muy alta intensidad. La mayoría de nuestros pacientes tenían un grado 3, lo cual dificulta las comparaciones entre subgrupos dentro de nuestro estudio. Por otro lado, existen otros criterios como son el manejo de cargas y el trabajo de precisión que no se tuvieron en cuenta en nuestro estudio para intentar simplificar el mismo, pero que quizá debieran tenerse en cuenta en futuros estudios⁸.

Los trabajadores del hogar volvieron a su trabajo a los 3 meses según el estudio de Hohendorff et al. Curiosamente, los trabajadores con actividades manuales leves mostraron peores resultados que los trabajadores de alta demanda⁸.

Los pacientes que se operan estando en ILT previa a la cirugía tienen unos periodos de ILT total superior a aquellos que iniciaron su ILT el día de la cirugía, de forma estadísticamente significativa. Esto último tiene una importante implicación socio-económica: los pacientes, su empresa y la Seguridad Social, podrían beneficiarse en caso de acortarse

la lista de espera quirúrgica en los pacientes que ya están en ILT previa a la misma. Esta diferencia es de 91 días de promedio según nuestro estudio.

Cuando se valora una ILT debe tenerse en cuenta que es una variable sobre la que influyen no sólo factores médico-quirúrgicos, sino aquellos del entorno socio-laboral del paciente. En este entorno existen a su vez factores propios e impropios. Los propios son los que se relacionan con el trabajador y su trabajo e interfieren con la vuelta al trabajo. Los factores impropios son ajenos al trabajador y al trabajo, son transversales y no son debidos al proceso de enfermar: son aquellos debidos a la variabilidad territorial, la variabilidad en la gestión, la normativa y la variabilidad económica. Los factores propios de la incapacidad laboral los podemos resumir por^{10,12,17-19}:

1. Variabilidad laboral, debido a la diversidad de profesiones y sus tareas, el sector de trabajo, las condiciones laborales y sus requerimientos específicos
2. Variabilidad por el tipo de contrato y tipo de empresa
3. Variabilidad psicosocial de cada paciente por su entorno familiar, social, laboral, y por sus expectativas a la hora de volver al trabajo previo

Puntos débiles

Este es un estudio con varios puntos débiles. En primer lugar, es un estudio retrospectivo y observacional. No contamos con escalas de valoración ni mediciones objetivas de fuerza y precisión pre y posquirúrgicas para poder evaluar la relación entre los resultados medidos y el tiempo de ILT; precisamente las mediciones objetivas podrían ayudar a la hora de establecer unos criterios de vuelta al trabajo. Por otro lado, evaluar los requerimientos funcionales según la carga biomecánica quizá sea insuficiente para poder clasificar por grupos las profesiones evaluadas en nuestro estudio: es cierto que se diferencian 4 grados, pero revisando la guía profesional, muchas de las profesiones implican un grado 3 del mismo. Por otro lado, la trapectomía y la suspensión (o con ligamentoplastia e interposición) es una cirugía que *per se* suele reservarse a pacientes con una demanda menor. Así pues, poder estratificar más las profesiones según sus requerimientos, puede ayudar a clasificar más grupos y así poder tener más grupos para comparar. Por otro lado, cuando hemos estudiado las diferencias entre autónomos y trabajadores por cuenta ajena, si bien los requerimientos biomecánicos eran similares en ambos grupos, puede que haya otros co-factores que influyan en los resultados. En nuestro estudio no hemos tenido en cuenta el aspecto psicosocial de cada paciente, pero podría valorarse en futuros estudios. Por último, una muestra más amplia ayudaría a evaluar la influencia que tienen las diferentes complicaciones posquirúrgicas en la vuelta al trabajo. En nuestro estudio 7 pacientes presentaron alguna complicación: 6 de ellos tenía una intolerancia al sistema de suspensión que requirió su extracción, casi al año de la cirugía (mediana: 320 días). Las complicaciones disminuyen la satisfacción de nuestros pacientes de 9,24 a 7,43 de media, pero no hemos encontrado diferencias significativas para su vuelta al trabajo. En nuestro estudio no se tuvo en cuenta el tiempo de ILT tras la extracción por intolerancia al material de suspen-

sión, por lo que en futuros estudios debería valorarse este aspecto.

Conclusiones

La valoración de una ILT requiere un estudio multifactorial por su complejidad. Trabajar por cuenta ajena y/o estar en ILT previa a la cirugía implica un mayor tiempo total de ILT. Son necesarios nuevos estudios con más pacientes, junto a escalas de valoración y mediciones objetivas, para poder evaluar factores de riesgo de un mayor tiempo de ILT.

Nivel de evidencia

Nivel de evidencia II.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores del artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Parker S, Riley N, Dean B. Management of osteoarthritis at the base of the thumb a multicentre service evaluation project. *Bone Joint J.* 2020;102:600–5, <http://dx.doi.org/10.1302/0301-620X.102B5.BJJ-2019-1464.R2>.
2. Armstrong AL, Hunter JB, Davis TR. The prevalence of degenerative arthritis of the base of the thumb in post-menopausal women. *J Hand Surg Br.* 1994;19:340–1, [http://dx.doi.org/10.1016/0266-7681\(94\)90085-x](http://dx.doi.org/10.1016/0266-7681(94)90085-x).
3. Haara MM, Heliövaara M, Kröger H, Arokoski JPA, Manninen P, Kärkkäinen A, et al. Osteoarthritis in the carpometacarpal joint of the thumb. Prevalence and associations with disability and mortality. *J Bone Joint Surg Am.* 2004;86:1452–7, <http://dx.doi.org/10.2106/00004623-200407000-00013>.
4. Van Heest AE, Kallemeier P. Thumb carpal metacarpal arthritis. *J Am Acad Orthop Surg.* 2008;16:140–51, <http://dx.doi.org/10.5435/00124635-200803000-00005>.
5. García-Paredero E, Cecilia-López D, Suárez-Arias L, Resines-Erasun C. Resultados del tratamiento quirúrgico de la rizartrosis mediante artrodesis trapeziometacarpiana con placa de osteosíntesis cuadrangular. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol.* 2010;54:203–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.recot.2010.04.003>.
6. Yuan F, Aliu O, Chung KCME. Evidence-Based Practice in the Surgical Treatment of Thumb Carpometacarpal Joint Arthritis. *J Hand Surg Am.* 2017;42:104–12, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhsa.2016.11.029.Evidence-Based>.
7. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Procedimiento de Incapacidad Permanente. [consultado 5 Ago 2022]. Disponible en: <https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/InformacionUtil/44539/43384/45987>
8. Carbajo Sotillo MD, Arancón Vigueras A, Baz Manchado MA, Cañabate Muñoz MD, Espínola Arias A, García Herrera M, et al. Guía de Valoración Profesional. 2012;3 [consultado 5 Ago 2022]. Disponible en:

- <http://publicacionesoficiales.boe.es//%0Ahttp://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/198948.pdf>
9. Sless Y, Sampson SP. Experience with transtrapezium approach for transverse carpal ligament release in patients with coexisted trapeziometacarpal joint osteoarthritis and carpal tunnel syndrome. *Hand*. 2007;2:151–4, <http://dx.doi.org/10.1007/s11552-007-9039-1>.
 10. Vicente-pardo, Manuel, López-Guillén García A. La incapacidad un indicador de salud laboral con alta variabilidad territorial. *Med Segur Trab*. 2020;66:171–93.
 11. Wolf JM, Atroshi I, Zhou C, Karlsson J, Englund M. Sick Leave After Surgery for Thumb Carpometacarpal Osteoarthritis: A Population-Based Study. *J Hand Surg Am*. 2018;43:439–47, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhsa.2017.11.019>.
 12. van der Oest MJW, Teunissen JS, Poelstra R, Feitz R, Burdorf A, Selles RW, et al. Factors affecting return to work after surgical treatment of trapeziometacarpal joint osteoarthritis. *J Hand Surg Eur Vol*. 2021;46:979–84, <http://dx.doi.org/10.1177/1753193420978631>.
 13. Kriegs-Au G, Petje G, Fojtl E, Ganger R, Zachs I. Ligament reconstruction with or without tendon interposition to treat primary thumb carpometacarpal osteoarthritis. *J Bone Jt Surg*. 2005;87 Suppl. 1:78–85, <http://dx.doi.org/10.2106/00004623-200503001-00007>.
 14. Hohendorff B, Staub L, Kaiser T, von Wartburg U. Working ability after tendon interposition arthroplasty for degenerative arthritis of the thumb trapeziometacarpal joint [Article in German]. *Handchir Mikrochir Plast Chir*. 2008;40:175–81, <http://dx.doi.org/10.1055/s-2007-965752>.
 15. Jager T, Barbary S, Dap F, Dautel G. Analyse de la douleur postopératoire et des résultats fonctionnels précoces dans le traitement de la rhizarthrose. Étude prospective comparative de 74 patientes trapézectomie-interposition vs prothèse MAIA®. *Chir Main*. 2013;32:55–62, <http://dx.doi.org/10.1016/j.main.2013.02.004>.
 16. Ulrich-Vinther M, Puggaard H, Lange B. Prospective 1-year follow-up study comparing joint prosthesis with tendon interposition arthroplasty in treatment of trapeziometacarpal osteoarthritis. *J Hand Surg Am*. 2008;33:1369–77, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhsa.2008.04.028>.
 17. Neutel N, Houpt P, Schuurman AH. Prognostic factors for return to work and resumption of other daily activities after traumatic hand injury. *J Hand Surg Eur Vol*. 2019;44:203–7, <http://dx.doi.org/10.1177/1753193418812645>.
 18. Johnston V, Way K, Long MH, Wyatt M, Gibson L, Shaw WS. Supervisor competencies for supporting return to work: A mixed-methods study. *J Occup Rehabil*. 2015;25:3–17, <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-014-9511-z>.
 19. Young AE, Choi YS. Work-related factors considered by sicknessabsent employees when estimating timeframes for returning to work. *PLoS One*. 2016;11:1–16, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0163674>.