

Salud, dolor y trabajo

La salud se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no la ausencia de afecciones o enfermedades. El trabajo no es una entidad neutra frente a la salud, ya que puede ayudar a mantener el equilibrio físico y emocional, aunque también puede ser causa de enfermedad o lesiones.

Resulta muy complicado establecer unos criterios fijos para la evaluación del dolor como causa exclusiva de la incapacidad temporal. Es necesario establecer las limitaciones derivadas del dolor y, además, relacionarlas con las capacidades que se requieren para poder realizar las actividades de la vida diaria.

La situación incapacitante laboral sería el proceso patológico que genera imposibilidad de realizar una determinada tarea de forma temporal o, en el caso de provocar lesiones con secuelas, de forma permanente. Para que se cumpla, tienen que darse varios condicionantes:

1. Lesiones con la entidad suficiente para producir las dificultades/incapacidad de realizar la tarea habitual.
2. Limitaciones que, puestas en relación con el trabajo, causen imposibilidad de realizar la tarea habitual (1).

Por esta razón, en las evaluaciones que se prestan en un Servicio de Prevención hay que realizar una valoración de las capacidades que ha perdido el trabajador y las habilidades necesarias para realizar el trabajo, evaluar la aptitud del mismo, o bien recomendar las adaptaciones o el cambio de puesto de trabajo pertinente. Es esencial que el trabajador con dolor crónico tenga una buena relación con su lugar de trabajo (2,3).

Existe un sesgo muy importante sobre la valoración del dolor, que es la derivada de la situación socio-laboral del paciente, donde es frecuente la exacerbación de los síntomas, o bien la escasa respuesta al tratamiento. De hecho, hay escalas destinadas únicamente a diagnosticar el “dolor funcional”. Por ello no podemos referirnos al dolor exclusivamente como un síntoma, sino como un síndrome con múltiples manifestaciones que, además, dependerían de las características propias del paciente (4,5).

Para valorar correctamente el dolor incapacitante tenemos que establecer:

- Etiología del dolor.
- Tipo de dolor (nociceptivo, neuropático, mixto, etc.).
- Establecer la limitación funcional provocada por el dolor.
- Qué tratamiento está recibiendo el paciente y si supone una limitación para las tareas habituales (opioides y manejo de maquinaria peligrosa o trabajo en alturas, por ejemplo).
- Limitar las tareas que pueden suponer un agravamiento de la patología, o bien que puedan intensificar el cuadro doloroso.

- Identificar las actividades tanto laborales como de la vida diaria que pueden ser modificadas a causa de la intensidad del dolor, o bien por la servidumbre terapéutica.

El impacto del dolor crónico en el trabajo se encuentra infraestimado. No tenemos muchos estudios o estadísticas en España y en la Unión Europea que recojan una perspectiva global del dolor en el entorno laboral. Habitualmente, los datos se refieren a patologías concretas o bien están ligados a la productividad y a la utilización de los recursos sanitarios, como el realizado en el año 2010 en Portugal, llegando a la conclusión de que el dolor crónico genera unos costes totales que representan un 2,71 % del PIB anual del país (6).

Sin embargo, a pesar de la exhaustividad de los datos sobre accidentabilidad laboral, no se recogen parámetros específicos sobre dolor y hay que inferir su presencia en relación con las patologías provocadas por los accidentes de trabajo que se reflejan en las estadísticas oficiales. Presentan una alta incidencia, ya que solamente en el año 2015 se produjeron 254.000 accidentes de trabajo que precisaron baja laboral, de los que 34.300 fueron *in itinere*. Tuvieron consideración de leves 251.000.

Según las estadísticas del año 2013, la duración media de estos procesos fueron 28,9 días (7). Según el Estudio Epidemiológico del Dolor, realizado por la Sociedad Andaluza del Dolor, se describió que el 21,8 % de la población andaluza estuvo de baja laboral por lo menos en una ocasión a consecuencia del dolor. Cuando el dolor es crónico, el porcentaje de bajas aumenta al 27,4 %. De dichas bajas, el 30,7 % (6,7 % de todos los afectados) es calificada como Incapacidad Laboral Permanente, mientras que la media de estas bajas es de 4,4 meses, si bien el 40 % de estas bajas duran un máximo de dos semanas, y más de la mitad no llegan a un mes.

En los procesos que tienen una duración mayor de 35 días, el dolor está presente en un 35 % de los casos con la distribución siguiente: un 14 % del total sería debido a dolor músculo-esquelético (el más frecuente), la lumbalgia representaría un 9 % del total, la cervicalgia un 2 %, el hombro doloroso otro 2 % y el dolor en rodillas un 1 % (8).

Es fundamental el conocimiento de la influencia del dolor en los distintos aspectos de las actividades de la vida cotidiana, en los que incluimos el trabajo. Hay que valorar la complejidad de su evaluación, ya que está modulado por la experiencia previa, los factores sociales, económicos y personales (9,10).

En el trabajo de Vicente-Herrero y cols. (*Dolor en la población laboral y su interferencia en las actividades de la vida diaria*) que se publica en este número de la revista, se evalúan los efectos del dolor en diferentes esferas del individuo (actividad general, estado de ánimo, capacidad de caminar, trabajo habitual, relaciones con otras personas, sueño y disfrute de la vida), cuyos resultados nos proporcionan una información indispensable a la hora de planificar de forma correcta los protocolos de vigilancia de la salud en función del síndrome doloroso que puedan presentar los trabajadores/as evaluados.

C. Ramos Ortiz

Especialista en Medicina del Trabajo. Departamento médico de Daiichi-Sankyo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vicente Pardo JM. Impacto del dolor en la incapacidad laboral. Metodología de valoración. Grados funcionales de limitación. *Med Segur Trab (Internet)* 2014;60(234):133-42.
2. Oakman J, Kinsman N, Briggs AM. Working with persistent pain: An exploration of strategies utilised to stay productive at work. *J Occup Rehabil* 2016. [Epub ahead of print].
3. Sundstrup E, Jakobsen MD, Brandt M, Jay K, Aagaard P, Andersen LL. Associations between biopsychosocial factors and chronic upper limb pain among slaughterhouse workers: Cross sectional study. *BMC Musculoskelet Disord* 2016;17(1):104.

4. VV. AA. Guía de valoración de incapacidad laboral para médicos de Atención Primaria. Álvarez-Blázquez Fernández F (dir.). Jardon Dato E, Carbajo Sotillo MD, Terradillos García MJ, Valero Muñoz MR, Robledo Muga F, Maqueda Blasco J, Cortés Barragán R, Veiga de Cabo J (coords.). Madrid: Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (ENMT). Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación; 2009.
5. González Ordi H, Capilla Ramírez P, Matalobos Veiga B. Simulación del dolor en el contexto médico-legal. *Clínica y Salud [revista en la Internet]*. 2008 Ene; 19(3): 393-415. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000300008&lng=es.
6. Azevedo LF, Costa-Pereira A, Mendonça L, Dias CC, Castro-Lopes JM. The economic impact of chronic pain: A nationwide population-based cost-of-illness study in Portugal. *Eur J Health Econ* 2016;17(1):87-98.
7. Estadísticas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Ministerio de Empleo y Seguridad Social (Gobierno de España).
8. Herrera Silva J, Rodríguez Matallana J, Contreras de la Fuente D, de la Torre Liébanas R, Gómez Armenta F, Linares del Río F, et al. Estudio epidemiológico del dolor en la comunidad autónoma de Andalucía. *Rev Soc Esp Dolor* 2012;19(5):239-51.
9. Varekamp I, van Dijk FJ, Kroll LE. Workers with a chronic disease and work disability. Problems and solutions. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2013;56(3):406-14. doi: 10.1007/s00103-012-1621-1.
10. Williams RM, Westmorland M. Perspectives on workplace disability management: A review of the literature. *Work* 2002;19(1):87-93. Review.