

MEDICINA y SEGURIDAD *del trabajo*

Inspección médica

Hombro doloroso e incapacidad temporal. El retorno al trabajo tras larga baja por hombro doloroso. Causalidad del trabajo en el hombro doloroso

Painful shoulder and temporary disability. Return to work after sick leave due to painful shoulder. Causal factor for shoulder pain

José Manuel Vicente Pardo¹

1. Unidad Médica Equipo Valoración Incapacidades INSS Gipuzkoa. España.

Recibido: 23-11-16

Aceptado: 23-01-17

Correspondencia

José Manuel Vicente Pardo

Jefe Unidad Médica Equipo Valoración Incapacidades INSS Gipuzkoa. España.

Correo electrónico: josemanuvice@gmail.com

Resumen

Material y método: Se han revisado textos publicados en la reseña bibliográfica así como los documentos de consulta citados en la misma.

Resumen: El hombro doloroso, considerando con tal denominación diversos procesos con una misma significación disfuncional, supone causa habitual de procesos de incapacidad médica prolongada, bien en procesos que alcanzan o se alargan más allá de los 365 días de baja (incapacidad temporal), bien en procesos que pasan a situación de incapacidad permanente. La valoración de la incapacidad temporal por este tipo de procesos precisa una cuidadosa evaluación como la que proponemos; considerando además la trascendencia de las actuaciones médico evaluadoras. El hombro doloroso es causa de absentismo laboral prolongado y por ello se precisa implantar medidas que, sin disminuir la protección de la salud laboral, contribuyan a la más pronta y completa recuperación de las limitaciones funcionales consecuencia de este tipo de enfermedad.

El retorno al trabajo tras incapacidad por hombro doloroso debe tener una consideración preventiva implícita, además de la valoración de las restituciones de las capacidades laborales funcionales y su correlación con las que exige el trabajo. Dicho retorno laboral no es siempre fácil ni exento de discrepancias o controversias, pero debe ser facilitado. Por ello proponemos algunas medidas para que sea posible sin perjuicio de la salud del trabajador, o que le cause desprotección.

La determinación de la contingencia laboral por hombro doloroso (bien accidente de trabajo o bien enfermedad profesional) es extremadamente habitual y por ello su consideración exige el cumplimiento de los requisitos de causalidad y médico legales establecidos aquí expuestos.

Med Segur Trab (Internet) 2016; 62 (245) 337-359

Palabras clave: Hombro Doloroso. Hombro doloroso y trabajo. Retorno al trabajo. De hombro. Incapacidad médica larga por hombro doloroso. Hombro doloroso como accidente de trabajo o enfermedad profesional.

Abstract

Material and Methods: We have reviewed books and articles published in the literature review and consultation documents cited in the bibliography.

Abstract: The painful shoulder, considering under such term several processes with the same dysfunctional significance, is a common cause of prolonged medical incapacity processes, either in those reaching or extending 365 days of low (temporary incapacity), or in passing processes to a situation of permanent disability. By this type of process the assessment of temporary incapacity needs a careful evaluation like the one that we propose; considering also the importance of the medical devices evaluation. The painful shoulder is a cause of long-term occupational absenteeism. It is therefore necessary to implement measures that without decreasing the protection of occupational health contribute to the most prompt and complete recovery of the related functional limitations.

Returning to work after painful shoulder disability should have an implicit preventive consideration, as well as the valuation of functional job capacity restitutions and their correlation with those required by work. Although such return to work is not always easy or free of discrepancies or controversies it must be provided. We propose some measures to make it possible without detriment to the worker's health, or to make him to be unprotected.

The determination of the labor contingency for a painful shoulder (either an occupational accident or a professional illness) is extremely common. Its consideration requires compliance with the established legal and medical causation requirements set forth.

Med Segur Trab (Internet) 2016; 62 (245) 337-359

Keywords: Painful Shoulder. Painful shoulder and work. Return to work. Shoulder. Long medical disability for painful shoulder. Painful shoulder such as work accident or occupational disease.

«HOMBRO DOLOROSO» E INCAPACIDAD LABORAL

Introducción

La patología de «hombro doloroso» es causa de incapacidades laborales médicas largas o prolongadas, de hecho figura entre los 20 diagnósticos principales que alcanzan los 365 días en situación de baja (incapacidad temporal) e incluso entre los procesos que causan prolongación de la misma, es decir que prolongan la situación de incapacidad laboral hasta los 545 días.

Por otra parte la consideración o análisis o determinación de la contingencia laboral es tras los procesos de lumbalgia la segunda causa en tal proceso, y tanto para dilucidar si es accidente de trabajo como si fuera enfermedad profesional.

Me referiré a «Hombro Doloroso» englobando los diferentes diagnósticos por su clínica habitual: la limitación funcional por el dolor. El «hombro doloroso» no es un diagnóstico específico, pues acostumbra a ser más bien un problema genérico que engloba diferentes diagnósticos de límites poco precisos, todo hay que decirlo y que, además se solapan entre sí. Así podíamos referirnos al síndrome de *impingement* subacromial, a la tendinopatía (manguito rotador, bíceps), a la rotura (parcial o total), o a la artrosis acromioclavicular.

Hay quien, en lugar de síndrome de impingement subacromial, prefiere hablar de «enfermedad del manguito rotador» o «síndrome de dolor anterolateral de hombro» (*Mc Farland EG et al, 2006*). El *impingement* se produce con ciertos movimientos del hombro, fundamentalmente la abducción, que dan lugar a una compresión o atrapamiento de las estructuras de partes blandas (fascia, bursa, tendón del manguito) interpuestas entre la cabeza humeral y el acromion.

La patología del hombro, en su mayoría corresponde a la denominada tendinitis del manguito de los rotadores que es una inflamación de un grupo tendinoso que rodean la cápsula articular de la articulación del hombro. Siendo esta articulación una de las de mayor movilidad pero de una gran inestabilidad. En cuanto a su causa la inflamación de los tendones de los músculos del hombro, especialmente del manguito de los rotadores, puede presentarse debido al uso repetitivo de los movimientos de rotación medial, lateral y sobre todo las maniobras de abducción. Esta inflamación viene causada por la estrechez por donde trascurren los tendones, que favorece el rozamiento que termina produciendo la inflamación del tendón.

En cuanto a la incidencia se presenta entre el 0,9-2,5% (en función de los grupos de edad) y prevalencia entre 6,9-66,7%, en función del periodo de estudio y los criterios de definición de hombro doloroso (*Luime JJ et al. Prevalence and incidence of shoulder pain in the general population; a systematic review. Scand J Rheumatol 2004; 33:73-81*).

El hombro doloroso constituye una de las 20 primeras patologías en alcanzar los 12 meses de baja, y su incidencia es así mismo relevante entre los 20 procesos que sobrepasan los 6 meses, por ello pudiéramos considerar que la patología del hombro doloroso es causa de incapacidad médica prolongada. El problema del absentismo por hombro doloroso reside en qué pesar de la benignidad presumible del proceso, es decir resolución esperada del proceso no más allá de 4-6 semanas, un 50% sigue presentado clínica más allá de los 18 meses. A lo que se añade la alta recurrencia en torno al 30% (*Speed C. Shoulder pain. BMJ Clin Evid 2008; 01:1107*).

¿Cuánto debiera durar una baja por «hombro doloroso»? ¿Cuál es la duración óptima de una incapacidad Temporal por «hombro doloroso»?

El INSS en su manual de tiempo óptimo de incapacidad temporal define este como el «tiempo medio ideal para la resolver un proceso clínico de un trabajador de una determinada edad y un determinado trabajo, siguiendo las pautas de diagnóstico y tratamiento idóneas y asumiendo el mínimo de demora en la asistencia sanitaria».

Los procesos de baja por dolor en hombro si atendemos al manual de tiempos óptimos del INSS tienen esta duración estándar entre 14-60 días.

Código	Descripción diagnóstico	Número días IT
715.11	Osteoartrosis localizada primaria hombro	20
715.31	Osteoartrosis localizada sin especificar hombro	20
716.11	Artropatía traumática hombro	20
716.61	Monoartritis no especificada hombro	14
716.91	Artropatía no especificada hombro	20
718.01	Alt. cartílago articulación hombro	20
718.21	Luxación patológica hombro	45
718.31	Luxación recurrente de articulación hombro	45
718.41	Contractura articular hombro	14
718.81	Otro trastorno de articulación NCC hombro	20
718.91	Trastorno no especificado de articulación hombro	20
719.41	Dolor articular hombro	14
719.81	Otros trastornos especificados de la articulación hombro	14
726.0	Capsulitis adhesiva hombro	60
726.10	Trast. de bolsas y tendones en región del hombro no especific.	30
726.11	Tendinitis calcificación hombro	30
726.2	Otras alteraciones región hombro NCOC	30
831.	Luxación de hombro	45
831.0	Luxación de hombro cerrada	45
831.00	Luxación de hombro, NEOM cerrada	45
P80.21	Artroscopia de hombro	30

Pero entiendo que el tiempo óptimo no sirve para conocer que la «baja» está pasada de tiempo, sino para preguntarse qué está pasando con ese proceso: es decir la individualidad del paciente su evolución y su singular respuesta al tratamiento, que pueden hacer que el proceso se prolongue. Es decir son tiempos orientativos para evaluar la continuidad de la incapacidad temporal (IT) y no como pudiera malinterpretarse como una estimación obligada de alta médica. Por cuanto los «controladores de la IT (inspecciones médicas del INSS o inspecciones médicas las Comunidades Autónomas, o médicos de mutua) deben de actuar como evaluadores clínico laborales del proceso, antes que como controladores del tiempo de baja y los médicos de atención primaria (en caso de enfermedad común) deben de actuar con la responsabilidad de hacer seguimiento del proceso procurando el uso de la baja como recurso terapéutico más para la pronta y completa garantía de mejora o curación del proceso.

Dicho lo cual se advierte una alta la incidencia de bajas largas por «hombro doloroso» y como acostumbra a acontecer con las bajas prolongadas tienen también una alta incidencia en concluir en procesos con consideración de incapacidad permanente.

El «hombro doloroso» con incapacidad temporal («baja», IT) larga acostumbra a presentarse en contingencia laboral con una elevada incidencia y más en la enfermedad profesional. En contingencia común al referirnos a enfermedad común (no profesional) se da en trabajadores entorno a los 50 años y puede estar asociado a otras patologías musculoesqueléticas propias de esta edad. Como todo dolor crónico mantenido, y más si ha sufrido acciones terapéuticas intensas artroscopia «fallida», sucesivas infiltraciones, etc. puede asociarse a un Sdre. Adaptativo. En hombres predomina el trabajador del sector de la construcción y la industria. En mujeres sector de la limpieza y auxiliares domiciliarias. En cuanto al sexo existe un predominio de la lesión en hombres (60%) con respecto a las

mujeres (40%). Pero esto es debido al sesgo de sexo en actividades laborales pues los hombres realizan trabajos de mayor carga mecánica que las mujeres.

Valoración clínica

Clínicamente los problemas dolorosos del manguito rotador tienen una presentación típica: sucede en mayores de 35 años, causa dolor en la parte superior/lateral del brazo y tiene un componente habitual nocturno insidioso, el arco de movilidad es doloroso y estaría limitado, con movilidad activa limitada y movilidad pasiva completa, con debilidad que se manifiesta como fatiga o incapacidad para elevar el brazo por encima del nivel del hombro y menor potencia muscular forzada. El inicio de los síntomas es variable, pueden aparecer de forma aguda, tras un traumatismo o un esfuerzo brusco o relatado como un «tirón» del brazo, aunque la mayoría de los pacientes relatan una clínica de largo tiempo de evolución con progresión de los síntomas y recurrencia de los mismos. Aunque la evolución, en general, es benigna, a los 18 meses del inicio del episodio, aproximadamente el 50% continúa con síntomas. (*Speed C. Shoulder pain. BMJ Clin Evid 2008; 01:1107*)

La valoración clínica del hombro doloroso en IT descansa sobre:

- La anamnesis detallada, que incluirá preguntar sobre el trabajo que realiza y e indagar alguna repercusión o causa en el mismo en la aparición del proceso.
- Estimación del dolor y la disfunción presente. La exploración mediante maniobras combinadas, valorando movilidad tanto activa como pasiva y contra resistencia, considerar el rango útil de movilidad (aquel que se precisa de la articulación del hombro para la realización de la inmensa mayoría de las acciones y no aquel que sólo se precisa para tareas o acciones muy exigentes o puntuales o en caso de determinados trabajos o profesiones), y la presencia y evolución del dolor. Y en su caso la realización de pruebas complementarias, cuando esté indicadas.
- Valoración de la respuesta al tratamiento y la evolución del dolor y la limitación funcional.

Exploración física

Inspección de simetría de hombros tanto anterior como posterior

Listado de las maniobras de conflicto subacromial: Maniobra de Neer: (Supraespinoso). Maniobra de Hawkins: (Infraespinoso). Maniobra de Patte: (Supraespinoso). Maniobra de Jobe: (Supraespinoso). Maniobra de Yocum: (Supraespinoso). Maniobra de Yergason: (Porción larga del bíceps). Maniobra de Palm-Up-Test: (Porción larga del bíceps). Maniobra de Gerber: (Subescapular). Para detectar la ausencia de fuerza, no el dolor. Es un signo de rotura del tendón. Maniobra de Cross-arm: (Artritis acromio-clavicular). Maniobras de aprensión y recolocamiento: para descartar inestabilidades. Otras maniobras como la de Adson, o el Spurling, serían adecuadas para cervicalgias irradiadas al hombro.

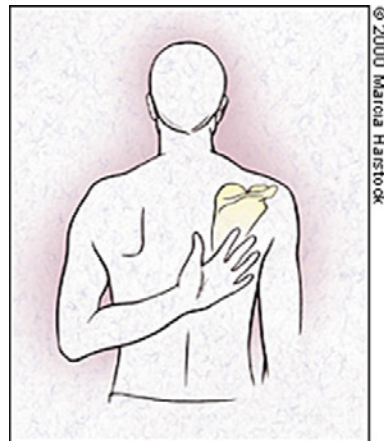
Maniobras principales: debe procederse a valorar la movilidad activa y pasiva de ambos hombros, comenzando por la flexión (anteversión) (figura 1).

Figura 1



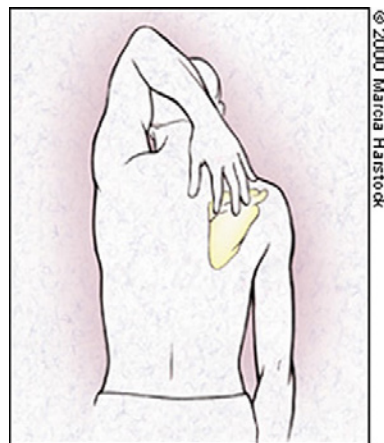
Continuar con maniobra combinada de adducción y rotación interna (figura 2).

Figura 2



Proceder con la maniobra combinada abducción con rotación externa del hombro (figura 3).

Figura 3



Signo de *impingement* de Neer (figura 4)

Con el paciente de pie, la escápula es estabilizada por el examinador y el brazo es flexionado también por el examinador, hasta que el paciente se queja de dolor o se alcanza la flexión completa. La prueba es positiva si el paciente siente dolor en la zona anterior o lateral del hombro, típicamente entre los 90.º y 140º de flexión.

Figura 4



Signo de *impingement* de Hawkins-Kennedy (figura 5)

Con el paciente de pie, el brazo se coloca a 90.º de flexión y el codo a 90.º de flexión. Entonces se le realiza suavemente una rotación interna del hombro. La prueba es positiva si el paciente siente dolor durante la maniobra (figura 5).

Figura 5



Prueba de Jobe (fuerza del músculo supraespinoso)

Con el paciente de pie y sus hombros a 90.º de abducción, en el plano de la escápula (unos 30.º de flexión) y en rotación interna (el pulgar apuntando hacia abajo). La prueba es **positiva** si el brazo cede (por debilidad o dolor) (figura 6).

Figura 6



¿Qué valor o utilidad tiene la exploración física?

Lo cierto es que de las abundantes maniobras recomendadas al efecto no hay evidencia que puedan servir como elemento diagnóstico, bien es cierto que en medicina evaluadora estamos obligados a efectuar algunas de las señaladas, y cómo no a referenciar el arco de movilidad siempre y máxime cuando consten en la documental médica del trabajador que estamos evaluando.

No hay evidencia consistente de que ninguna maniobra exploratoria tenga niveles aceptables de fiabilidad. La evidencia a cerca de la utilidad de las maniobras exploratorias es escasa, débil y contradictoria [May S. et al. *Reliability of physical examination tests used in the assessment of patients with shoulder problems: a systematic review. Physiother. 2010; 96(3):179-90. Hegedus EJ et al. Physical examination tests of the shoulder: a systematic review with meta-analysis of individual tests Br J Sports Med. 2008 Feb; 42(2):80-92].*

No está claro si las maniobras son útiles para diagnosticar con precisión las diversas patologías del hombro (Park HB et al. *Diagnostic accuracy of clinical tests for the different degrees of subacromial impingement syndrome. J Bone Joint surg Am. 2005; 87:1146-55).*

En general, las maniobras son imprecisas y no pueden ser recomendadas para uso clínico [Hughes PC et al. *Most clinical tests cannot accurately diagnose rotator cuff pathology: a systematic review. Aust J Physiother. 2008; 54(3):159-70].*

El examen clínico parece más útil para descartar roturas completas que para detectar su existencia [Dinnes J et al. *The effectiveness of diagnostic tests for the assessment of shoulder pain due to soft tissue disorders: a systematic review. Health Technol Assess* 2003; 7(29)].

Las recomendaciones acerca de las maniobras exploratorias posiblemente útiles se basan en estudios con carencias metodológicas. [Hegedus EJ et al. *Physical examination tests of the shoulder: a systematic review with meta-analysis of individual tests Br J Sports Med.* 2008 Feb; 42(2):80-92].

Valor diagnóstico de las pruebas complementarias. La ecografía y la resonancia nuclear magnética

La ecografía y la RM tienen una precisión similar para confirmar/descartar roturas completas de manguito rotador. [Dinnes J et al. *The effectiveness of diagnostic tests for the assessment of shoulder pain due to soft tissue disorders: a systematic review. Health Technol Assess* 2003; 7(29). Shababpour M et al. *The effectiveness of diagnostic imaging methods for the assessment of soft tissues and articular disorders of the shoulder and elbow. Eur J Radiol* 2008;65:194-200. Kelly AM et al. *Ultrasound compared with magnetic resonance imaging for the diagnosis of rotator cuff tears: a critically appraised topic Semin Roentgenol.* 2009 Jul;44(3):196-200].

La ecografía puede ser más precisa que RM para descartar roturas parciales. Es **más coste-efectiva que RM para detección de roturas (depende de la pericia del explorador y no es tan útil para evaluar fracturas ocultas, estructuras articulares y tejidos blandos)**. Está fuertemente recomendada –tras fracaso de tratamiento conservador– para confirmar o descartar rotura completa o parcial y, en menor medida, tendinopatía, bursitis subacromial y tendinitis calcificante [Ottenheijm RP et al. *Accuracy of diagnostic ultrasound in patients with suspected subacromial disorders: a systematic review and meta-analysis. Arch Phys Med Rehabil.* 2010 Oct; 91(10):1616-25].

Son frecuentes las roturas de manguito rotador en pacientes asintomáticos con la ecografía en el 38,9%; y con la RM en un 26,2% [Reilly P et al. *Dead Men and Radiologists Don't Lie: A Review of Cadaveric and Radiological Studies of Rotator Cuff Tear Prevalence. Ann R Coll Surg Engl.* 2006 March; 88(2): 116-121].

Evidencia de los tratamientos del hombro doloroso (Clinical evidence. Search date august 2009. Richard J. Murphy and Andrew J. Carr.)

Tratamientos farmacológicos orales

- Probablemente beneficioso: AINEs orales (disminuyen el dolor en pacientes con tendinopatía y/o bursitis agudas.
- Efectividad desconocida: Corticoides orales, analgésicos opioides, paracetamol.

Tratamiento farmacológico tópico

- Efectividad desconocida: AINEs tópicos.

Infiltraciones locales

- Probablemente beneficioso: Bloqueo nervioso.
- Efectividad desconocida: Infiltraciones de sangre entera (*whole blood*). Infiltraciones intraarticulares de AINEs. Infiltraciones intraarticulares de corticoides. Infiltraciones de plasma rico en plaquetas. Infiltraciones subacromiales de corticoides.

Tratamientos no farmacológicos

- Probablemente beneficioso: Ondas de choque extracorpóreas (tendinopatía calcificante). Láser. Fisioterapia (terapia manual, ejercicios).
- Efectividad desconocida: Acupuntura. Estimulación eléctrica. Hielo. Ultrasonido.

Cirugía

- Probablemente beneficioso: Descompresión subacromial artroscópica.
- Efectividad desconocida: Excisión del extremo distal de la clavícula. Manipulación bajo anestesia (capsulitis retráctil). Sutura/Reparación del manguito rotador. Artroplastia/Prótesis de hombro.

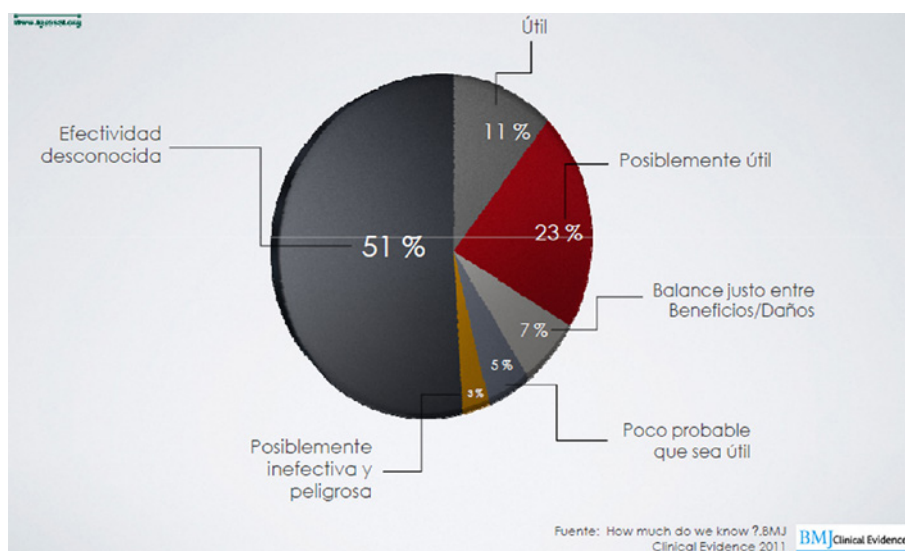
A cubrir en próximas actualizaciones:

- Distensión capsular (capsulitis retráctil).
- Excisión de depósitos cálcicos.

Dicho esto es bien cierto que seguimos brindando múltiples y variados tratamientos a los pacientes afectos de esta dolencia. Aunque la evidencia, en cuanto a la efectividad de los diversos tratamientos, sea escasa y/o contradictoria. Los autores recomiendan la utilización de intervalos de confianza para conocer el tamaño del efecto de los tratamientos. Es decir saber en cuánto mejoran el «hombro doloroso» [Keller A et al. *Effect sizes of non-surgical treatments of non-surgical treatments of non-specific low-back pain. Eur Spine J* 2007; 16:1776-1788 Van Tulder M et al. *Statistical significance versus clinical importance. Trials on exercise therapy for chronic low back pain as example. Spine* 2007; 32(16): 1785-1790].

Podríamos concluir que la evidencia sobre la efectividad y los efectos adversos de diversos tratamientos, quirúrgicos y no quirúrgicos, para las roturas del manguito rotador, es limitada y no concluyente (Seida JC et al. *Systematic Review: Nonoperative and Operative Treatments for Rotator Cuff Tears. Ann Intern Med.* 2010; 153:246-255).

Lo que no está lejos de las valoraciones que sobre las acciones sanitarias terapéuticas se conoce (*How much do we know ?. BMJ. Clinical Evidence* 2011).



Valoración funcional del hombro doloroso e incapacidad laboral

- **Básicamente consiste en valorar capacidades funcionales de un trabajador o las capacidades «restantes» (capacidades que tenía–capacidades perdidas) caso de limitaciones funcionales causadas por una lesión o enfermedad del trabajador.**
- **Determinar la existencia** de una lesión o proceso patológico, que ha dado lugar o da lugar a la IT y que constituye las **deficiencias**.
- **Objetivar** las consecuencias del proceso diagnosticado lo que consolida las **limitaciones orgánicas y/o funcionales** que origina en el trabajador.

- **Conocer las Tareas** realizadas por el trabajador. Conocer los **requerimientos profesionales y circunstancias específicas del ambiente laboral. Riesgos y condiciones del trabajo.**

La Valoración del «funcionamiento» del hombro precisa de la constatación de la movilidad, fuerza, dinámica. Evaluar la «funcionalidad pérdida» y la «funcionalidad que mantiene», graduando la misma. La capacidad del hombro para realizar sus funciones depende de cuatro características mecánicas básicas: Movimiento, estabilidad, fuerza y congruencia, por ello en la valoración de esta patología del «hombro doloroso» debemos prestar atención al dolor, fuerza, grado de movilidad articular y funcionalidad.

Valoración de la IT larga por hombro doloroso

No se nos escapa que muchos procesos de baja por hombro doloroso son resueltos con tratamiento y descanso laboral terapéutico en plazo estimado estándar es decir no más allá de las 4-6 semanas, y por ello no constituyen más que la evolución esperada y sólo en caso de recurrencia podría ponernos en cautela para averiguar su porqué y en su caso las consideraciones preventivas respecto a consideraciones terapéuticas de indicación de actividad física recomendada o valorar la incidencia que el trabajo pueda tener en la aparición de la clínica dolorosa del hombro. Pero esta realidad topa con lo que sí que es un problema y es que el hombro doloroso es proceso que destaca entre los que causan largas bajas, en ocasiones de dudosa prolongación y en otras lamentablemente suponen la consideración de incapacidad permanente con lo que ello supone para el trabajador el sistema de producción y el de protección social.

Datos de incapacidad médica larga por hombro doloroso

Ya hemos señalado que la patología por «hombro doloroso» es causa habitual de largas permanencias tanto en situación de baja (IT o incapacidad temporal) como en la prórroga de la incapacidad.

A continuación reflejaremos datos del INSS 2008-2009 sobre procesos de baja que alcanzaron los 365 días es decir largas bajas, prolongadas situaciones de incapacidad médica laboral:

PROCESOS IT > 12 MESES QUE DAN LUGAR A RESOLUCIÓN DE PRÓRROGA IT PRIMER SEMESTRE 2009. N.º RESOLUCIONES: 30.217		
Diagnóstico	Número de resoluciones	% sobre el total de resoluciones
Desplazamiento disco intervertebral lumbar sin mielopatía	1.283	4,25
Síndrome depresivo ansioso	1.238	4,10
Neoplasia maligna de mama femenina	1.167	3,86
Lumbalgia	1.125	3,72
Trastorno depresivo no clasificado bajo otros conceptos	1.105	3,66
Alteraciones de músculos rotadores brazo	791	2,62
Osteoartrosis localizada sin especificar de pierna	565	1,87
Reacción de adaptación no especificada	547	1,81
Estado de ansiedad no especificado	477	1,58
Rehabilitación y desintoxicación de alcohol y drogas	476	1,58
Trastorno depresivo mayor	466	1,54
Dolor articular de hombro ▲	462	1,53
Síndrome de túnel carpiano	434	1,44
Alteración del menisco NCOC	423	1,40
Cervicalgia	362	1,20

**PROCESOS IT > 12 MESES QUE DAN LUGAR A RESOLUCIÓN DE PRÓRROGA IT
PRIMER SEMESTRE 2009. N.º RESOLUCIONES: 30.217**

Diagnóstico	Número de resoluciones	% sobre el total de resoluciones
Ciática	353	1,17
Neoplasia maligna de colon	330	1,09
Infarto agudo de miocardio	324	1,07
Desplazamiento disco intervertebral cervical sin mielopatía	290	0,96
Enfermedad cardiaca isquémica crónica	204	0,68

Esta relación referencia esos procesos que transcurridos 365 días aún no está curados o mejorados suficientemente y precisan continuidad en IT («baja»).

**PROCESOS IT > 12 MESES QUE DAN LUGAR A RESOLUCIÓN DE ALTA
PRIMER SEMESTRE 2009. N.º RESOLUCIONES: 31.867**

Diagnóstico	Número de resoluciones	% sobre el total de resoluciones
Síndrome depresivo ansioso	2.011	6,31
Lumbalgia	2.009	6,30
Trastorno depresivo no clasificado bajo otros conceptos	1.402	4,40
Estados de ansiedad	1.268	3,98
Reacción de adaptación no especificada	1.130	3,55
Desplazamiento disco intervertebral lumbar sin mielopatía	1.351	4,24
Cervicalgia	849	2,66
Neoplasia maligna de mama femenina	789	2,48
Otras alteraciones de músculos rotadores brazo	716	2,25
Mialgia y miositis no especificado - fibromialgia	658	2,06
Síndrome del túnel carpiano	567	1,78
Dolor articular de hombro ▲	520	1,63
Alteración del menisco NCOC	509	1,60
Osteoartrosis localizada sin especificar de pierna	499	1,57
Ciática	376	1,18
Trastorno depresivo mayor	312	0,98
Desplazamiento disco intervertebral cervical sin mielopatía	287	0,90
Infarto agudo de miocardio	265	0,83
Síndrome cervicobraquial (difuso)	233	0,73
Espondilosis cervical sin mielopatía	208	0,65

Esta relación referencia los procesos que transcurridos 365 días se estima están curados o mejorados suficientemente y se les da de alta en resolución del INSS. Lo que podría entenderse como procesos «altables» es decir que no hay razón para que permanezcan o hayan permanecido en IT durante «tanto» tiempo.

Resultaría sorprendente que el alta se hubiera alcanzado justo en este momento de valoración de los 365 días así que debemos entender que el alta se debió de producir con anterioridad. Puede que exista en estos casos un sobredimensionamiento clínico o miedo a la incorporación a un trabajo que pudiera causar nuevos episodios de dolor en hombro.

La simulación es rara pero debemos sospechar de ella en caso de teatralización de las quejas, una exageración de los síntomas, discrepancia entre los síntomas alegados por el paciente y hallazgos objetivos en el curso de las sucesivas evaluaciones del proceso, la falta de cooperación del paciente, la reticencia para ser explorado o la mala colaboración en las exploraciones, **síntomas** mal definidos y/o erráticos, la resistencia a aceptar una valoración favorable, realización de dinámica del hombro normal en maniobras diferidas o de distracción o la comprobación de ágil vestido desvestido o manipular objetos.

**PROCESOS IT>12 MESES QUE DAN LUGAR A RESOLUCIÓN DE IP
PRIMER SEMESTRE 2009. N.º RESOLUCIONES: 23.591**

Diagnóstico	Número de resoluciones	% sobre el total de resoluciones
Hernia discal lumbar sin mielopatía	1.120	4,75
Neoplasia maligna de mama femenina	683	2,90
Lumbalgia	646	2,74
Trastorno depresivo NCOC	616	2,61
Síndrome depresivo ansioso	599	2,54
Osteoartrosis localizada de pierna	561	2,38
Infarto agudo de miocardio	417	1,77
Neoplasia maligna de bronquio y pulmón	413	1,75
Osteoartrosis de cadera con/sin prótesis	413	1,75
Neoplasia maligna de colon	382	1,62
Enfermedad cardiaca isquémica crónica	340	1,44
Trastorno depresivo mayor	306	1,30
Reacción de adaptación no especificada	252	1,07
Hernia discal cervical sin mielopatía	248	1,05
Enfermedad cerebro vascular aguda	246	1,04
Estado de ansiedad no especificado	243	1,03
Alteraciones de los músculos rotadores del brazo ▲	228	0,97
Trastorno afectivo bipolar no especificado	199	0,84
Neoplasia de recto	198	0,84
Artrodesis vertebral	187	0,79

Esta relación referencia los procesos que transcurridos 365 días no están curados ni mejorados suficientemente y ni lo van a estar en un futuro comportando en relación al trabajo que desempeña el trabajador una consolidación de una incapacidad con carácter permanente.

Esta determinación de incapacidad permanente conlleva una mala respuesta al tratamiento, una limitación funcional persistente, y/o dolor con imposibilidad de responder los requerimientos del trabajo que se desempeña.

Así que podemos decir que el «hombro doloroso» con IT da lugar a bajas prolongadas, incapacidades médicas largas, no siempre justificadas («altables») y que son causa frecuente de procesos de incapacidad permanente.

Es decir proceso cuyo impacto en la incapacidad es importante tanto por las limitaciones funcionales que causan, el absentismo laboral que comporta y en ocasiones ser causa de declaración de incapacidad permanente, es decir converge un deterioro prolongado de la calidad de vida del trabajador, un coste sanitario y prestacional importante, un coste económico para el sistema productivo y finalmente en algunas ocasiones un abandono definitivo de la actividad laboral habitual

Tengamos como referencia el tiempo óptimo antes citado y veremos la diferencia entre lo teórico y lo que puede suceder entre bajas con tiempo estimado óptimo de máximo de 60 días y cuantos procesos alcanzan o sobrepasan los 365 días. Pero dicho esto recordar que **el tiempo adecuado de baja es individual, por tipo de proceso, tratamiento, respuesta al mismo y evolución, por tanto con su individual duración de la baja.**

Si bien la duración media de la IT por hombro doloroso es de difícil estimación, pues esta varía por provincias, es extremadamente dificultoso la obtención de datos concretos, a falta de un mapa de la incapacidad que los facilitara su análisis, en contingencia común oscila entre 70-80 días para las bajas gestionadas en el INSS y entre 60-70 días para las gestionadas por mutuas. En cuanto a la actividad laboral en hombres predomina el trabajador del sector de la construcción y la industria, y en mujeres sector de la limpieza y auxiliares domiciliarias.

En contingencia profesional la duración media está en el accidente de trabajo en 60 días y 68 días para la enfermedad profesional, y en cuanto a sectores de actividad Industrial son más frecuentes en el sector de la alimentación, la industria textil la fabricación de material y equipo eléctrico, y la fabricación de vehículos de motor, remolques y semirremolques.

¿Cómo evitar el alargamiento de las bajas por hombro doloroso?

- **ATENCIÓN TEMPRANA** diagnóstico precoz y tratamiento adecuado en tiempo y forma.
- **EVITAR** la prolongación de la IT por **LISTA DE ESPERA** de pruebas diagnósticas, espera de interconsultas con especialista, esperas de inicio de tratamiento.
- **VALORAR factores de prolongación de la baja y mala respuesta ajenos al propio proceso** (banderas rojas).
- **EVITAR la sobreprotección, el sobreamparo**, «compasión», complacencia, o permisividad en el mantenimiento de la IT.

RETORNO LABORAL TRAS BAJA PROLONGADA POR «HOMBRO DOLOROSO»

Entendamos el retorno laboral por haber sido dado de alta médica tras una situación de incapacidad temporal (máxima duración de 365 días) o tras la prórroga (máxima duración de entre los 365 días y los 545 días) o incluso en esas situaciones de demora de calificación (de los 545 días a los 730 días). Aunque es situación peculiar y menos frecuente también guardarían esta consideración de retorno laboral tras incapacidad médica larga las incapacidades permanentes que concedidas (declaradas por el INSS con o sin señalamiento de reserva de puesto de trabajo) son objeto de revisión y se resuelve la no consideración de grado de incapacidad o lo que es lo mismo, considerar que ya no existe incapacidad para el trabajo para el que se estuvo incapacitado y que deberán retornar al trabajo (si este existe) o al mercado laboral abierto.

Seguimos hablando de «Hombro Doloroso» englobando los diferentes diagnósticos que puedan dar origen a dolor prolongado de hombro de origen en dicha articulación.

Ya hemos comprobado como a pesar de la benignidad presumible del proceso es decir resolución no más allá de 4-6 semanas, un 50% sigue presentado clínica más allá de los 18 meses*. A lo que se añade la alta recurrencia (30%). *Speed C. Shoulder pain. BMJ Clin Evid 2008; 01:1107.*

Hemos constatado como el hombro doloroso está entre los 20 procesos que causan largas incapacidades médicas. Lo primero que debiéramos preguntarnos es por qué esa diferencia entre tiempos estándar, duraciones medias y procesos que alcanzan los 365 días o se prolongan.

El «hombro doloroso» con IT larga acostumbra a presentarse en contingencia común (no accidente de trabajo no enfermedad profesional) en trabajadores entorno a los 50 años y puede estar asociado con comorbilidad con otras patologías musculoesqueléticas, por ello su incorporación se ve dificultada y hace preciso una adecuada valoración preventiva y adaptación que precise del puesto de trabajo.

Dicho lo cual se debieran de preservar los siguientes criterios para considerar el alta médica:

- Dolor de hombro ausente u ocasional compensado con tratamiento.
- Balance articular completo o tan solo pérdida de movilidad en últimos grados del movimiento, conservando cuando menos el 50% de la movilidad del brazo rector.
- Balance muscular bueno (4/5), sin atrofiaciones musculares significativas.
- Siempre y cuando de existir molestias en el hombro estas permitan la reincorporación laboral a actividad laboral sin requerimientos muy intensos para la articulación (acciones de empuje intenso, levantar grandes pesos, o manejo habitual de cargas, lanzamiento de objetos a larga distancia o acciones repetidas y forzadas en plano superior cefálico).

Entre las causas genéricas básicas del alargamiento de la baja por «hombro doloroso» estarían la lista de espera para el diagnóstico y tratamiento (el inicio tardío del tratamiento o la inadecuación del mismo condicionan siempre alargar la baja y empeorar la posibilidad de respuesta rápida), la recaída de procesos previos y las denominadas «banderas rojas» en la duración que son factores no sanitarios no directamente ligados al proceso.

El retorno al trabajo por alta médica tras larga baja por hombro doloroso comporta una valoración tanto de la capacidad laboral como implícita la aptitud para el trabajo. No olvidemos que estar apto para el desempeño de un trabajo no consiste en la mera posibilidad del ejercicio esporádico de una determinada tarea sino poder llevarla a cabo con profesionalidad cumpliendo exigencias mínimas de continuidad, dedicación y rendimiento. Y ello puede exigir adaptar el puesto de trabajo, acondicionar el mismo o indicar el cambio de puesto de trabajo para evitar la recaída del proceso, de alta recurrencia por otra parte como ya advertimos al inicio.

Incapacidades «médicas largas» «banderas rojas». Signos ajenos al propio proceso de duración prolongada y mala respuesta al tratamiento

¿Qué hace que una IT se prolongue?

- Temporalidad en el empleo, insatisfacción laboral, salarios bajos, cambios de trabajo frecuentes.
- Bajo nivel educativo, bajo nivel socio-económico.
- Trabajos poco satisfactorios y mal pagados.
- Trabajo a turnos o a horas intempestivas o «insociables», mala conciliación familiar y de ocio.
- Percepción del trabajador de inestabilidad del puesto y/o inestabilidad de la empresa.
- Historia previa de larga discapacidad. Antecedentes de procesos recurrentes de baja.
- Comportamientos emocionales erróneos. Procesos psíquicos.
- Patología concomitante de espalda.
- Tiempos de espera asistencial y/o no comunicación médico paciente.
- Falta de ejercicio físico.
- Edad.

Problemas en el retorno al trabajo tras incapacidad médica larga por patología de hombro

- Aumentan el riesgo de convertirse en incapacidades permanentes.
- Son un obstáculo para el trabajador al cuestionarse su capacitación a la reincorporación, quién se pregunta si podrá desempeñar su trabajo.
- Pueden derivar en desempleo o haber derivado durante la baja.
- Se abandona de una situación de «pensionado», de «confort» o de protección retornando al trabajo y a todas sus exigencias.
- Riesgo de alta médica para un puesto de trabajo inadecuado. Controversia que puede suceder por falta de comunicación entre las partes «sanitarias» y de «gestión de la IT» implicadas en el proceso, y el ámbito preventivo laboral, es decir entre quienes conocen el seguimiento del proceso clínico, los que actúan como gestores de la prestación económica y quien conoce el trabajo y sus condiciones.

Cómo acortar la IT larga por hombro doloroso, en su mantenimiento. Cómo facilitar el retorno temprano

- Atención sanitaria temprana y especializada. Evitar listas de espera.
- Mejorar la comunicación entre médicos implicados en el proceso de la baja, y tanto entre atención primaria como especializada y hospitalaria, como en el ámbito de los «médicos controladores» (inspecciones médicas de las comunidades autónomas, inspecciones médicas del INSS y médicos de mutuas) y el ámbito médico laboral. Esta mejora de comunicación, contribuiría a evitar controversias al alta **médica o la no declaración de la incapacidad** con reconocimiento subsiguiente y controvertido de no aptitud para el puesto de trabajo. Compartir información sobre el proceso padecido por el trabajador y las tareas, ocupación, riesgos del puesto de trabajo supone mejorar los aspectos preventivos de la salud laboral y una mejora en las propias decisiones que deban adoptarse sobre el trabajador.
- Buena comunicación médico paciente e implicación al trabajador en el tratamiento del proceso. Los procesos se acortan si el paciente conoce qué le pasa, se le indica una fecha prevista de retorno laboral y con objetivo de mejora, se adapta, lo acepta y adopta una actitud personal activa en la búsqueda de soluciones y se le explica qué puede esperar del tratamiento.
- Altas médicas parciales. Más allá del alta médica laboral por curación o mejoría facilitar la incorporación gradual al trabajo en condiciones pactadas. Permitir la reintegración laboral paulatina con acuerdo entre las partes: el médico que controla o sigue al paciente, el trabajador y su empresa. Se incluiría un documento con recomendaciones sobre qué tareas puede realizar si se incorpora al trabajo o si se puede beneficiar de prácticas como un cambio o reducción de horario o de tareas hasta que se consiga la recuperación total.
- Baja y alta compatible. La pluriactividad o el pluriempleo son cada vez más frecuentes, por efecto de la crisis económica el abaratamiento de los salarios, la temporalidad y precariedad del empleo, ello comporta en ocasiones situaciones de pérdida las capacidades para un trabajo, pero manteniendo las de otro. Esta compatibilidad permitiría una prestación de servicio cuando el desempeño de un tipo de trabajo es compatible con su pérdida de salud, y no comporta un empeoramiento o alargamiento de su situación de baja.

Consideración preventiva del retorno laboral

No olvidemos que la estimación de alta médica o de no incapacidad permanente tras un cuadro de hombro doloroso obliga a una consideración preventiva de saber si el puesto de trabajo para el que se estuvo incapacitado tiene requisitorias compatibles con sus capacidad funcional del hombro restituidas o restantes. Aunque este punto es punto

controvertido, tanto por parte del INSS cuando considera que es distinto la estimación de situación de alta médica (de no baja) o de no grado de incapacidad con la consideración preventiva laboral, como por los servicios de prevención cuando del pormenorizado análisis del puesto de trabajo estiman al retorno al puesto de trabajo, el trabajador no es apto para el trabajo y ello comporta una situación controvertida en lo preventivo, desprotección del trabajador y situación que requeriría una adopción de protocolos de actuación conjuntos.

CAUSALIDAD EN LA DETERMINACIÓN DE LA CONTINGENCIA DEL «HOMBRO DOLOROSO». RELACIÓN CAUSAL DEL TRABAJO EN EL HOMBRO DOLOROSO

La contingencia laboral es la causalidad de un proceso de baja o incapacidad laboral y esta puede ser no laboral (caso de enfermedad común o accidente no de trabajo) o laboral (caso del accidente de trabajo o enfermedad profesional).

El hombro doloroso es causa principal tras las lumbalgias del proceso de determinación de la contingencia o por decirlo de forma sencilla analizar si el cuadro de «hombro doloroso» pudiera considerarse como accidente de trabajo o enfermedad profesional o bien ser enfermedad «común» o accidente no laboral por entender que el mismo no guarda consideración causal con el trabajo.

La consideración final de la contingencia compete al INSS (Instituto Nacional de la Seguridad Social). Los procesos de contingencia laboral, tanto el accidente de trabajo como la enfermedad profesional son competencia en primera instancia de las mutuas en su atención sanitaria y en la gestión de las prestaciones que conllevan, pero en ocasiones la situación no es asumida por ellas siendo objeto de un proceso denominado determinación de contingencia (litigio o consideración ante demanda de evaluación de la misma). El proceso actual de determinación de contingencia viene regulado en el real decreto 625/2014 art, 3 y a través de la disposición final 3.^a que introduce el nuevo artículo 6 en el real decreto 1430/2009.

En esquema este sería el procedimiento:



Al contrario que otros procesos como las valoraciones de incapacidad, la determinación de contingencia se tramita y se valora en exclusiva en el equipo de valoración de incapacidades (EVI) de cada dirección provincial del INSS y no precisa del preceptivo informe de la unidad médica del INSS.

En la determinación de contingencia los procesos de estudio por hombro doloroso objeto de este procedimiento son el 2.º proceso más frecuente, tras la «Lumbalgia», así que tiene extraordinaria importancia conocer aquellas consideraciones para su estudio y valoración.

Causalidad del accidente de trabajo del hombro doloroso

Aunque algunas de las consideraciones son genéricas, otras son específicas y en cualquier caso conviene conocerlas para poder determinar si este hombro doloroso es consecuencia de un accidente de trabajo o no.

Artículo 156 LGSS (2015). Concepto de accidente de trabajo

1. Se entiende por accidente de trabajo toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena.

3. Se presumirá, salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar del trabajo.

La expresión «con ocasión» o «como consecuencia» del trabajo implica una relación causa-efecto entre el trabajo realizado y la lesión sufrida. Como «consecuencia» significa a causa del trabajo por acción y consecuencia Indirecta. Con «ocasión» significa trabajando de forma directa.

Las enfermedades como accidente de trabajo. Artículo 156.2

e) Las enfermedades, no incluidas en el artículo siguiente, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo.

f) Las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente.

Lesiones *in itinere*. Artículo 156.2

Tendrán la consideración de accidentes de trabajo:

a) Los accidentes que sufra el trabajador al ir o al volver del lugar de trabajo. (Excluye las enfermedades).

Requisitos para ser accidentes de trabajo

Elementos que integran el concepto accidente de trabajo:

- El trabajo, y el trabajador.
- La lesión o daño corporal que sufre el accidentado.
- La conexión entre trabajo y lesión.

Existencia de una doble relación dinámica

- Entre trabajo y el accidente.
- Y entre el accidente y la lesión sufrida.

Entendiendo por accidente el evento generado por una fuerza lesiva o agente lesivo. No siendo accidente si no hay agente lesivo, ni acción brusca y violenta de suficiente intensidad y entidad o si no ha existido mecanismo externo o traumatismo golpe o contusión que avalara esta concepción de accidente. La referencia dolorosa no concreta la consideración de lesión.

Si hablamos de causalidad del accidente debemos valorar no sólo la lesión del hombro, sino su nexa causal con el trabajo, lo que nos lleva a indagar en «dónde se encontraba», «en qué trabaja», «qué hacía», «qué pasó» y la «relación entre el accidente y el trabajo». La manifestación clínica de «hombro doloroso» trabajando no es suficiente para su consideración como accidente de trabajo sino que debe tener relación directa con el accidente en sí mismo, con la realización del trabajo y con la lesión derivada de este evento.

Tampoco es suficiente el afloramiento clínico o el diagnóstico de «hombro doloroso» tras el accidente de trabajo sino que para la consideración de enfermedad agravada debe darse la circunstancia que esta agravación se haya producido por la lesión ocasionada con el accidente. Toda lesión (o enfermedad) que ocurre en lugar y centro de trabajo y que no haya prueba en contrario que desvirtúe esa conclusión es accidente de trabajo, salvo que se precise, *de manera suficiente, una falta de relación entre la lesión padecida y el trabajo realizado, porque se aduzcan hechos que desvirtúen dicho nexa causal.*

La presunción de laboralidad no la tiene el accidente «in itinere» (accidente impropio)

Hombro doloroso derivado de un accidente in itinere. El accidentado debe probar como ocurrieron los hechos y por ende la laboralidad del suceso.

Criterios de causalidad para AT de una lesión de hombro

1. Criterio etiológico

Realidad y naturaleza del traumatismo, posibilidad de que el agente traumático sea causa de la lesión en el hombro.

2. Criterio cuantitativo

Intensidad del traumatismo-gravedad del daño de la lesión de hombro. Acción brusca de alta intensidad.

3. Criterio topográfico

Concordancia de localización de la zona de impacto o de acción dinámica brusca o comprometida con la propia lesión de hombro.

4. Criterio cronológico

Tiempo entre traumatismo y los primeros síntomas y signos.

5. Criterio de continuidad sintomática

Complementa al anterior (síntomas puente).

6. Criterio de integridad anterior

Ausencia de estado anterior patológico.

7. Criterio de exclusión

Ausencia de otra causa.

8. Criterio de verosimilitud del diagnóstico etiológico

Que las secuelas se puedan relacionar con el mecanismo de producción de las lesiones.

Es el criterio más importante: el diagnóstico etiopatológico razonable. El mecanismo de producción de la lesión o una secuela debe tener una *explicación científica* desde el punto de vista médico técnico.

Todo ello debe ser considerado ante la sucinta descripción de trabajando he sufrido un «tirón» en el hombro.

El hombro doloroso como enfermedad profesional

Concepto de enfermedad profesional (Art. 157 Ley General de la Seguridad Social)

Se entenderá por *enfermedad profesional*:

- La contraída a consecuencia del trabajo* (*por cuenta ajena*).
- En las actividades que se especifiquen en el cuadro *de enfermedades profesionales*.
- Provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional.

**Inclusión voluntaria de la prestación derivada de EP y AT para los Trabajadores Autónomos. Inclusión obligada para los TRADES L.53/2002, R. D. 1273/2003.*

Criterios de causalidad para la consideración de enfermedad profesional de lesiones de hombro (código listado 2d0101)

Tipo de enfermedad

- Enfermedades **provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo; enfermedades por fatiga e inflamación de las vainas tendinosas, de tejidos peritendinosos e inserciones musculares y tendinosas.**
- **Hombro: patología tendinosa crónica del manguito de los rotadores.**

Tipo de trabajo

- Trabajos que se realicen con los codos en posición elevada o que tensen los tendones o bolsa subacromial, asociándose a acciones de levantar y alcanzar; uso continuado del brazo en abducción o flexión, como son pintores, escayolistas, montadores de estructuras.

Condiciones de riesgo

- Tareas que requieren movimientos repetitivos en el manejo de piezas y en el uso de herramientas, o por trabajos repetitivos con elevación del hombro *tipo pintado de techos, colocación de iluminación en techo, tareas de soldadura por encima del nivel de la cabeza, montaje de estructuras, etc.*
- Prevalencia alta, hasta el 18% en ciertos trabajadores que realizan un trabajo manual pesado con importante componente de esfuerzos de hombro/s asociados o no a movimientos repetitivos y posturas forzadas.

Criterios de causalidad para enfermedad profesional del hombro doloroso

- **Enfermedad listada**, es decir que debemos ceñirnos a la **patología tendinosa crónica del manguito de los rotadores**.
- **Requerimientos físicos**, despliegue de posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo.
- **Ocupación**, trabajos que se realicen con los codos en posición elevada o que tensen los tendones o bolsa subacromial, asociándose a acciones de levantar y alcanzar; uso continuado del brazo en abducción o flexión, como son pintores, escayolistas, montadores de estructuras.

Trabajos de riesgo y enfermedad profesional patología tendinosa manguito rotador

Trabajos de riesgo reflejados a título enunciativo, orientativo no exclusivo:

- Pintores.
- Escayolistas.
- Montadores de estructuras.
- Pero por similitud podríamos incluir como profesiones con acciones causales *con posturas forzadas y los movimientos repetitivos, realizados con los codos en posición elevada o que tensen los tendones o bolsa subacromial, asociándose a acciones de levantar y alcanzar; uso continuado del brazo en abducción o flexión, los fontaneros, albañiles, montadores electricistas, mecánicos del automóvil, montadores de maquinaria, carniceros, peluqueros, trabajadores textiles, etc.*

Causalidad. Riesgo

La **causalidad o causa profesional de la tendinopatía crónica del manguito rotador** serían las posturas forzadas y los movimientos repetitivos

La **consecuencia** sería la fatiga e inflamación de vainas tendinosas, tejidos peritendinosos e inserciones musculares y tendinosas

Enfermedad listada

La **enfermedad** concreta sería la **tendinopatía crónica del manguito rotador**, pudiendo englobar:

- Tendinitis de supraespinoso.
- Síndrome de impingement (subacromial).

- Tendinitis calcificante.
- Bursitis subdeltoidea o subacromial.
- Rotura de manguito.

No encuadrando las lesiones traumáticas, aunque fueran repetidas, la artrosis hipertrófica acromioclavicular.

Requerimientos físicos que deben existir para la consideración como enfermedad profesional.

Las posturas forzadas y movimientos repetitivos, efectuadas en acciones con

- Codos en posición elevada o que tensen los tendones o bolsa subacromial, asociándose a acciones de levantar y alcanzar.
- Uso continuado del brazo en abducción o flexión.

Postura forzada como factor de riesgo

El criterio de INSHT para establecer si se trata de postura forzada, se refiere a si durante la jornada de trabajo hay presencia de:

a. Alguna postura de trabajo estática (mantenida durante más de 4 segundos consecutivamente) del tronco, extremidades superiores, extremidades inferiores, cuello, u otras partes de cuerpo; incluidas aquellas que requieren un mínimo esfuerzo de fuerza externa,

y/o,

b. Alguna postura de trabajo dinámica (movimientos) del tronco, de los brazos, cabeza, cuello u otras partes del cuerpo;

Durante un tiempo significativo de la jornada (más de 1 hora), se debe realizar la evaluación por este factor.

Movimiento repetitivo como factor de riesgo

Criterio de INSHT. NTP 629: Movimientos repetitivos: método de evaluación OCRA.

- Frecuencia de actividad de brazos.
 - Movimiento de brazos no muy rápido (30 acciones/minuto).
 - Movimiento de brazos moderado y constante (31-39 acciones/minuto).
 - Movimiento de brazos rápido y constante (40 acciones/minuto).
- Acción.
 - Codos en posición elevada o que tensen los tendones o bolsa subacromial, asociándose a acciones de levantar y alcanzar.
 - Uso continuado del brazo en abducción o flexión.

Movimientos repetidos de miembro superior según protocolos de vigilancia sanitaria específica Comisión de Salud Pública Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

<http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/movimientos.pdf>

Básicamente referencia la evaluación del riesgo en movimientos repetidos, y nos puede servir de referencia su evaluación según:

A. Factores ergonómicos

1. Carga postural

La postura de trabajo hace referencia a la posición los brazos respecto al hombro, codos y muñecas durante el trabajo.

Valorar las posturas y los movimientos de trabajo para hombros y codo/muñeca por separado. El análisis se efectúa sobre la postura más difícil.

Puntuación

1	El trabajo se realiza con los dos brazos por debajo del nivel del hombro.
2	El trabajo se realiza con un brazo por encima del nivel del hombro y con el otro brazo por debajo del nivel del hombro.
3	El trabajo se realiza con los dos brazos por encima del nivel del hombro.

Llevar a perfil la puntuación obtenida.

2. Valoración de la carga física dinámica

1	Trabajo manual ligero (escribir, dibujar, PVD, contabilidad); inspección, montaje, clasificación de piezas pequeñas, conducción de vehículos ligeros.
2	Trabajo continuado de manos, brazos y tronco, manejo de materiales pesados, trabajo pesado con herramientas manuales, serrar, limar, cincelar, segar a mano.
3	Trabajo continuado de manos y brazos. Manejo de materiales pesados con desplazamientos.

Llevar a perfil la puntuación obtenida.

B. Factores psicosociológicos

3. Repetitividad, monotonía

		Número de operaciones diferentes por ciclo		
		Hasta 2	De 3 a 10	Superior a 10
Duración media del ciclo de trabajo	Inferior a 3 min.	3	3	3
	De 3 a 10 min.	3	3	2
	De 10 a 30 min.	2	2	1
	Superior a 30 min.	1	1	1

Llevar a perfil la puntuación obtenida.

Tras ello procederíamos a la evaluación global del riesgo, rellenando la siguiente gráfica y trasladando las puntuaciones obtenidas y trazando una línea de unión entre ellas, obteniendo así un perfil del puesto.

Factor	Nivel de riesgo			Fecha corrección
	1	2	3	
A. FACTORES ERGONÓMICOS				
1. Carga postural hombro	*	*	*	
2. Carga física dinámica	*	*	*	
B. FACTORES PSICOSOCIOLÓGICOS				
3. Repetitividad, monotonía	*	*	*	
Evaluación global del riesgo				

Con la gráfica obtenida tendremos una impresión general que se interpretará atendiendo a los siguientes criterios.

Nivel de riesgo	Significado
I	Situación correcta. Sin riesgo. Riesgo trivial. Factor satisfactorio.
II	Situación aceptable. Riesgo aceptable o moderado. Factor a mejorar si fuera posible (diferido en el tiempo).
III	Situación insatisfactoria. Riesgo inaceptable que precisa corrección inmediata.

Evaluación global del riesgo

- Siempre que exista un 3: NIVEL III.
- Si hay más doses que unos o en caso de empate: NIVEL II.
- Si hay mayoría de puntos uno: NIVEL I.

En resumen cumplir los criterios de enfermedad profesional, ocupación y acciones causantes y calibrar las mismas para proceder de forma técnica a la valoración y evaluación del riesgo que es la cuestión clave en la consideración del proceso de tendinopatía del manguito rotador como enfermedad profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Javier Barrera Portillo. Curso Atención Primaria formación continuada integral en Incapacidad Laboral Temporal para Médicos de Atención Primaria 2011-2012-2013. En materia de patología de hombro.
2. Javier Barrera Portillo. Isabel Amiano Echezarreta. Iván Carbajo Martínez Hombro doloroso. Enfermedad del manguito rotador y Capsulitis retráctil. www.euskadi.eus/contenidos/informacion/hzum.../es_hzum/.../hombro_doloroso.pdf.
3. Javier Barrera Portillo. EVIGRA. IV Curso de evidencia científica en rehabilitación y medicina física 2010 Evidencias en la rehabilitación del hombro doloroso.
4. J. Barrera Portillo, J. I. Empanza Knörr, N. Lizarraga Errea, I. Carbajo, Martínez, V. Bahón, Genovés y A. Virto Lekuona. Cómo buscar (y encontrar) la mejor evidencia científica disponible de manera rápida y sencilla. *Rehabilitación (Madr)* 2002;36(4):219-26.
5. J. Barrera Portillo Abordaje del hombro doloroso megaslides.es/doc/196449/hombro-doloroso.
6. J. Barrera Portillo Hombro Doloroso (Enfermedad del Manguito Rotador y Capsulitis Retráctil) Diagnóstico y Tratamiento Conservador.
7. J. M. Vicente Pardo. Causalidad en la determinación de la contingencia de las lesiones de hombro. Retorno al trabajo en procesos de larga evolución. 8.ª aula de formación: Mutualía. *Patología del Hombro desde la perspectiva Laboral*. 27 mayo 2016.
8. Iñaki Esnal. Aspectos Médico Legales en el Hombro Doloroso y su Relación con la Enfermedad Profesional. 8.ª aula de formación: Mutualía. *Patología del Hombro desde la perspectiva Laboral*. 27 mayo 2016.
9. M. T. Vicente-Herrero, L. Capdevila García, Á. A. López González y M. V. Ramírez Iñiguez de la Torre. El hombro y sus patologías en medicina del trabajo. *SEMERGEN*. 2009;35(4):197-202.
10. Francisco Sánchez Sánchez Bernardo J. Llinares Clausi. José Miguel Cruz Gisbert. *Patología del manguito de los rotadores en el ambiente laboral, Asepeyo*. Master universitario en medicina evaluadora - Edición 2006-2007. Instituto de Formación Continua Universidad de Barcelona.
11. Mónica Macía Calvo. La patología de hombro como enfermedad profesional. *Ciencia Forense*, 11/2014: 105-126. ISSN: 1575-6793.
12. Justino de Anca Fernández. *Tendinopatías como enfermedades profesionales en el ámbito laboral asistencial de Asepeyo en Andalucía y Extremadura en los periodos 2007-2008*. Asepeyo. Master universitario en medicina evaluadora - Edición 2008 - 2009. Instituto de Formación Continua Universidad de Barcelona.
13. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: RD 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de Seguridad Social y se establece criterios para su notificación y registro.

14. Prieto JR, Gómez del Álamo G: Protocolo diagnóstico del hombro doloroso. En: Fundación Mapfre Medicina. Cursos de actualización XXXV congreso SECOT. Madrid: Mapfre; 1998.
15. Arteaga A, García C, González A, Ocaña C, Larraceleta C, Rodríguez Vigil C. Valoración clínica de la enfermedad del manguito rotador. *Rehabilitación Madrid* 1988; 32:171-80.
16. Rocwood CA, Matsen FA. *The shoulder*. 2 vols. Philadelphia: Ed Wb Saunders; 1990.
17. Campbell Cirugía Ortopédica. Lesiones del manguito rotador. Ed. 8. Madrid, 1993.
18. Bigliani L, Morrison DS, April EW. The morphology of the acromion and its relationship to rotator cuff tears. *Orthop Trans* 1986; 10:228.
19. Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro.
20. Susana Álvarez Gómez. Valoración de la Incapacidad Temporal en hombro doloroso Incapacidad temporal Manual para el manejo en atención primaria Grupo Lex Artis SoMaMFyC AMAT.
21. Marta Zimmermann Verdejo Estudio descriptivo de enfermedades profesionales. Departamento de Investigación e información. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo Edita: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT).
22. Pablo Lázaroa, Elizabeth Parodya, Rosario García-Vicuñab, Giovanna Gabrielecc, Juan Ángel Joverd, Jordi Sevillae Coste de la incapacidad temporal debida a enfermedades musculoesqueléticas en España revista reumatología clínica vol 10 2014.
23. Ángel León Valenzuela. Evidencias en rehabilitación del hombro doloroso. UGC Intercentros-Interniveles HHUU de Puerto Real y Puerta del Mar (Cádiz) EVIGRA 2016 Granada 24-27 Febrero.
24. C. D. Henríquez Reyes; E. Herrera Florido; R. Navarro; J. A. Rill Caballero; J. F. Jiménez Díaz; M E. Brito Ojeda. Hombro doloroso: tendinitis del supraespinoso en el ámbito laboral- XVI Jornadas Canarias de Traumatología y Cirugía Ortopédica.