

Las patologías por movimientos y esfuerzos de repetición: Informe para un daño anunciado.

JOSÉ M^º ROEL VALDÉS
Médico del Trabajo. GSHT-Alicante

Introducción

La denominación de Patologías por Movimientos Repetitivos, resulta confusa en su propio enunciado. De entrada, porque son difíciles de clasificar, debido a que afectan a diferentes partes de nuestro sistema músculo-esquelético: tendones y sus vainas, músculos, nervios y articulaciones. Además su origen también es variable, desde una postura forzada, una herramienta manual, un ritmo excesivo, manejo de cargas pesadas, vibraciones mecánicas etc... Incluso, no existe una denominación aceptada de forma unánime: traumatismos acumulativos, fatiga de tendones, stress músculo-esquelético, etc...

Entre los trabajadores, es habitual que se ignore la relación entre las molestias que sufren cotidianamente y las tareas y esfuerzos reiteradamente repetitivos que realizan en sus trabajos. Ignorancia, muchas veces, perpetuada por la medicina asistencial que los considera y trata como problemas reumáticos o traumatológicos, sin considerar el factor laboral. En el caso de las mujeres, es frecuente conceptuarlas como enfermedades "femeninas", por ser consideradas un grupo mas susceptible, cuando la realidad es que se las enfrenta a un medio de trabajo concebido para hombres, en cuanto a herramientas, alturas, pesos etc...

Las diferentes patologías que pueden relacionarse con MER (movimientos y esfuerzos repetitivos), afectan predominante a los miembros superiores. En el cuadro nº1, podemos contemplar una relación no exhaustiva de las mismas.

Cuadro nº 1
Patologías por Movimientos Repetitivos

<u>TENDINOSAS</u>	<u>COMPRESIÓN DE NERVIOS</u>	<u>VASCULARES</u>
<ul style="list-style-type: none">• Tendinitis• Tenosinovitis• Dedo en Resorte• T. de Quervain• Epitrocleititis• Tendinitis del Bicipital• Manguito de los Rotadores	<ul style="list-style-type: none">• S: Túnel Carpiano• S: Túnel de Guyon• S: del Radial• S. interóseo post	<ul style="list-style-type: none">• S: Vibración Mano-Brazo• Trombosis de la cubital• S. del Canal torácico

Para mayor complejidad, estas patologías no suelen únicas, sino que pueden presentarse en forma de afectaciones asociadas y combinadas. Cuando un trabajador empieza a sufrir una lesión, que le molesta para su trabajo, tiende a compensar el déficit y el dolor que sufre, forzando otros músculos y otras zonas articulares, que a su vez pueden resultar afectadas, encadenando una secuencia de lesiones.

Otra característica que presentan, es que en un gran porcentaje son deudoras de tratamiento quirúrgico, seguidas de periodos, mas o menos largos, de tratamientos rehabilitadores. En otro porcentaje, el tratamiento suele ser a base de terapias físicas (calor, onda corta, terapia con láser etc...), combinada con medicación y fisioterapia. Y tras la superación del proceso y para evitar recidivas, se impone una solución obvia: no deben volver a trabajar expuestos a los

mismos riesgos, es decir se les debe adaptar sus condiciones de trabajo o cambiarles a un puesto sin riesgo

Por todo ello, la Medicina del Trabajo ha de afrontar el estudio de estas patologías con una metodología precisa,. Es decir mediante Protocolos, que partan del conocimiento de las circunstancias de la exposición y exámenes médicos con pruebas y exploraciones sistematizadas, que trasciendan de tratar la afectación como un problema aislado y permitan abarcarla en su dimensión real.

Algunos datos

De entrada y debido a diferentes causas, no existen datos epidemiológicos, del conjunto, ni de las patologías individuales, que nos permitan una valoración de la dimensión del problema. Sin embargo, en España se está apreciando un fenómeno muy significativo dentro de las estadísticas de Enfermedad Profesional, en la declaración por daño ligado a MER (gráfico 1 y cuadro 2).

Desde principio de los 90, según los datos que publica el Ministerio de Trabajo, hemos asistido a un aumento espectacular en la declaración de enfermedades profesionales, de 3.664 en 1990, a 12.125 en 1998, es decir se ha multiplicado por 4, el nº de declaraciones, sin que haya habido cambios significativos en nº de población asalariada. Y dentro de los grupos de enfermedades, el que más ha crecido, es el de enfermedades por agentes físicos ligadas a MER y sobre todo las del grupo por fatiga de vainas tendinosas, que en el intervalo del 1995 a 1998, han pasado de 3.047 a 6,989, seguidas de las declaraciones de parálisis de nervios debidas a presión que en el mismo período han pasado de 388 a 824. Ver cuadro y gráficos.

Este fenómeno, sin tener validez epidemiológica, dado que solo refleja los casos indemnizados por la seguridad social, debe ser contemplado como un cambio sin precedentes, referido al comportamiento de declaraciones por enfermedad profesional a la Seguridad Social Española. Se pueden hacer diferentes interpretaciones, quizás la primera y principal es que se visualiza un grupo de enfermedades profesionales, de un elevado volumen, que han tenido que ser atendidas por las Mutuas a un ritmo creciente. Y a pesar de todo, estas cifras todavía distan mucho de reflejar la casuística real. En datos publicados por el Instituto Navarro de Salud Laboral, sobre un estudio centinela de Incapacidad Temporal por enfermedades tendinosas y peritendinosas, se interpretaba que de 1252 casos, 532 eran de origen laboral. Por lo tanto no es aventurado considerar que gran parte de estas patologías siguen ocultas como patologías comunes. A partir de aquí, poca información más se puede obtener, ya que la fuente principal, las estadísticas del Ministerio de Trabajo no aportan más datos.

Se hace, pues, necesario profundizar en el conocimiento de las circunstancias concretas en que se desarrolla la declaración de enfermedades profesionales ligadas a MER, a partir de otras fuentes de información. Por nuestra parte, aportaremos nuestra experiencia en el manejo de estas patologías, centrándonos en particular en una, el Síndrome del Túnel Carpiano En nuestro Centro se realiza un seguimiento e investigación de los partes de enfermedad profesional que se producen en la provincia. En su parte final consiste en una evaluación médica del trabajador para comprobar el resultado del proceso. El síndrome del Túnel Carpiano, resulta especialmente indicado para este tipo de evaluación, ya que reúne la característica particular, que en la casi totalidad de casos, son deudores de tratamiento quirúrgico. El cual, transcurrido el tiempo de recuperación, puede ser evaluado su resultado, con pruebas médicas,. Con la información resultante de este proceso y aun tratándose una muestra reducida, se puede profundizar en el conocimiento sobre el manejo de esta patología, dentro de la cobertura por contingencia de enfermedad profesional debida a MER

Breve descripción del síndrome del túnel carpiano

El síndrome del túnel carpiano es una lesión que afecta a la mano y a la muñeca. El canal del carpo es un espacio delimitado por los huesos de la muñeca y un ligamento rígido que los une. Por este canal pasan el nervio mediano y los tendones de los músculos flexores de la mano. El nervio mediano transmite al cerebro las señales que controlan los movimientos de los dedos y de las manos, de la temperatura, el tacto y la transpiración manual. (gráfico 2,cuadro 3)

Los tendones de los dedos rodean al nervio mediano en el túnel del carpo. Si los tendones se inflaman, se estrecha el espacio dentro del canal y el nervio mediano, es comprimido, pudiendo llegar a lesionarse.

Las lesiones del nervio mediano, por microtraumatismos debidos a movimientos y esfuerzos manuales repetitivos, se traducen en hormigueos y sensación de adormecimiento, dolores nocturnos en las manos, que dificultan o impiden el sueño y pérdida de destreza manual. Son este conjunto de síntomas lo que se conoce como síndrome del túnel carpiano. Por lo tanto es una enfermedad incapacitante, porque disminuye o anula la fuerza y la habilidad manual y al mismo tiempo afecta al ritmo vital de las personas por alteraciones del sueño.

Es evidente que las profesiones que con mayor frecuencia estarán asociadas a este tipo de riesgos, serán en las que se desarrolle un trabajo de tipo manual: Trabajos de montaje (piezas para fontanería, electrónica, metalúrgica...), Alimentación (carniceros, charcuteros, mata-rifes...). Almacenes agrícolas (envolvedoras, manipuladoras...). Carpintería y montadores de muebles. Cerámica y mármol (disqueros, pulidores,...), textil (cortadores, maquinas de coser, tricotadoras...). Calzado (lijadores, montadores, aparado..) Etc...

El diagnóstico se realiza en función de la existencia de una historia laboral en puesto de trabajo con movimientos y esfuerzos repetitivos, exploración clínica con presencia de los síntomas y signos propios del síndrome y positividad de la prueba diagnóstica EMG-ENG, para estudio del nervio mediano afectado en la muñeca

El tratamiento más eficaz en los casos agudos, es la intervención quirúrgica, para la descompresión y liberación del nervio mediano a nivel del carpo. Y a continuación, es fundamental, el tratamiento de rehabilitación de la mano afectada, hasta su recuperación funcional Otro tipo de medidas, tales como la infiltración local con corticoides, medicación antiinflamatoria, inmovilización, muñequeras o manoplas, tienen una eficacia limitada.

Método para el estudio de casos por síndrome de túnel carpiano

El Síndrome del Túnel Carpiano es una enfermedad profesional recogida dentro de la vigente lista legal en el grupo E-6-e (agentes físicos / parálisis de nervios debidas a presión).

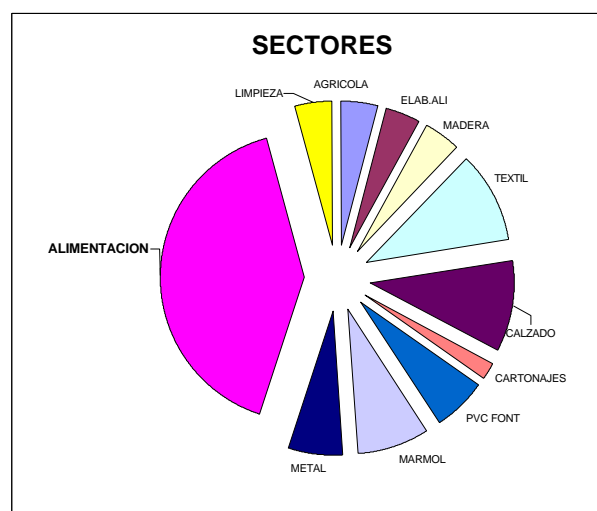
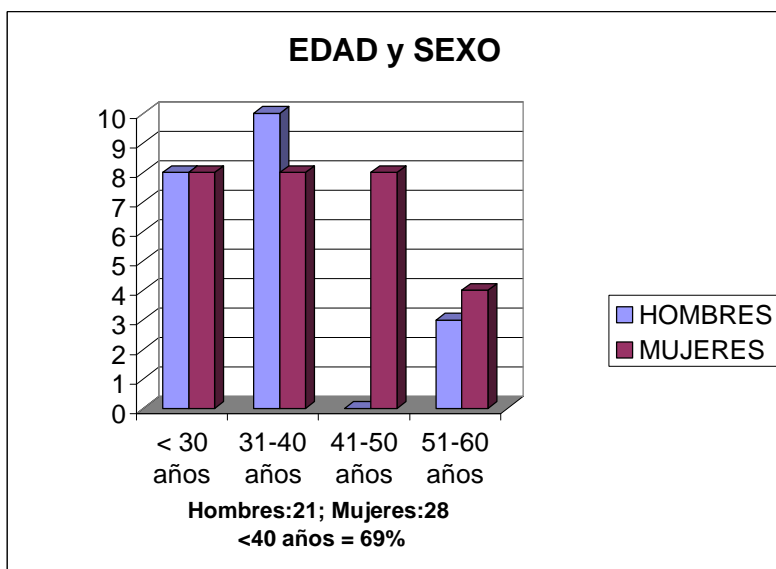
Para nuestro informe, hemos analizado los resultados obtenidos del seguimiento y evaluación médica final de 49 casos declarados como enfermedad profesional. A todos los casos se les efectuó una evaluación médica, transcurridos de 2 a 3 meses tras la intervención quirúrgica. Se utilizó el protocolo médico para Patologías de Miembro Superior del INSHT, añadiendo como prueba diagnóstica EMG-ENG del nervio mediano. Este estudio tiene un mero carácter descriptivo, con el único objetivo de observar como se desarrolla la asistencia a estos casos y se basa en la presentación de los datos recogidos en la evaluación médica final. Se toma como modelo la definición de caso de Síndrome del Túnel Carpiano Laboral, elaborada por el NIOSH en 1989 y se añaden los datos descriptivos de los casos presentes. Del conjunto de datos se establecen los siguientes apartados (cuadro 4)

- A) Datos individuales y laborales
- B) Caracterización de la historia laboral con puesto de trabajo en exposición a uno o más de los factores de riesgo siguientes:
 - 1. Uso repetitivo frecuente de movimientos iguales o similares de la muñeca o la mano afectada.
 - 2. Tareas habituales que requieren el empleo de gran fuerza con la mano afectada.
 - 3. Tareas habituales que requieren posiciones forzadas de la mano.
 - 4. Uso regular de herramientas manuales vibratorias.
 - 5. Presión sobre la muñeca o la base de la palma frecuente o prolongada en el lado afectado.
- C) Descripción de los casos y de su evolución y cronología
- D) Exploración clínica, con valoración persistencia de síntomas propios del cuadro y signos de Tinel u Phalen positivos en el examen físico de la mano. Exploración general del MS Protocolo del INSHT.
- E) Prueba diagnóstica de estudio de función del nervio mediano (EMG-ENG simple) con valoración de persistencia de alteraciones de parámetros sensitivos y motores de nervios afectados
- F) Descripción de la reincorporación a la actividad laboral

Exposición de resultados (ver cuadros y gráficos)

1. Descripción de la muestra:

En la gráfica 3 se muestra las características generales de los casos estudiados. Existe una mayoría de mujeres del 57% (28/21). La edad media es de 37.04 años y por rangos de edad, un 69% tienen menos de 40 años

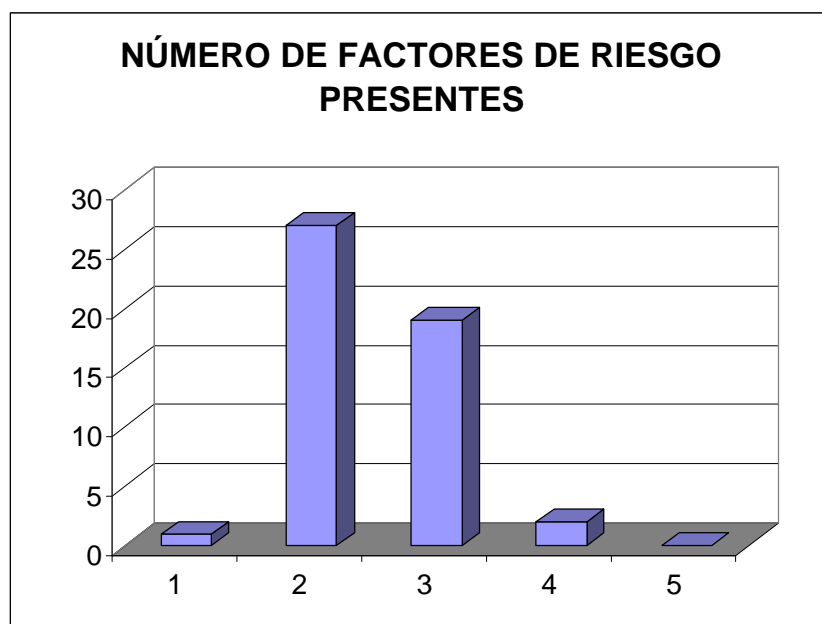


Por sectores predomina el de Alimentación y grandes superficies, con un porcentaje de un 40% y como puesto más frecuente el de charcutera (gráfico 4)

2. Factores de riesgo

Siguiendo los criterios del NIOSH para la clasificación de los factores de riesgo para el síndrome del túnel carpiano, la distribución que resulta en la presente muestra queda reflejada en el cuadro y gráfico nº 5

GRÁFICO 5



CUADRO 5

	FRECUENCIA
USO REPETITIVO Y FRECUENTE DE MOVIMIENTOS IGUALES O SIMILARES	26
TAREAS HABITUALES QUE REQUIEREN EL EMPLEO DE FUERZA	39
TAREAS HABITUALES QUE REQUIEREN POSICIONES FORZADAS DE LA MANO	41
USO HABITUAL DE HERRAMIENTAS DE MANO VIBRATORIAS	9
PRESIÓN DE LA MUÑECA O LA BASE DE LA PALMA DE LA MANO FRECUENTE	5

Comentario: La presencia de mas de un factor de riesgo en los puestos de trabajo, es la situación mas habitual, por la multiplicidad de tareas que realizan. Los factores de riesgo de mayor frecuencia, son actividades que implican posturas forzadas de la mano y esfuerzos repetitivos. Llama la atención el bajo nº de situaciones de manipulación de herramientas mecánicas.(Cuadro 5 y gráfico 5)

3. Descripción de los casos y su evolución cronológica

Comentario: Alta incidencia de túneles carpianos bilaterales con 24 casos, de los que 16 tienen que recibir tratamiento quirúrgico en las dos muñecas. Los períodos de evolución son largos con una media de 28,6 meses. Y un dato que llama poderosamente la atención es que a 28 afectados se les mantiene de alta laboral hasta el mismo día de la operación (coincide la fecha del parte con la fecha de la intervención).

La duración de la baja es de 37,3 días. Y un 32% de los enfermos, no reciben ningún tratamiento de rehabilitación después de la operación, siendo esta una terapia obligada para la buena recuperación de la mano lesionada. (Ver Anexo)

4. Persistencia de síntomas, apreciación de patologías asociadas y persistencia de alteraciones emg

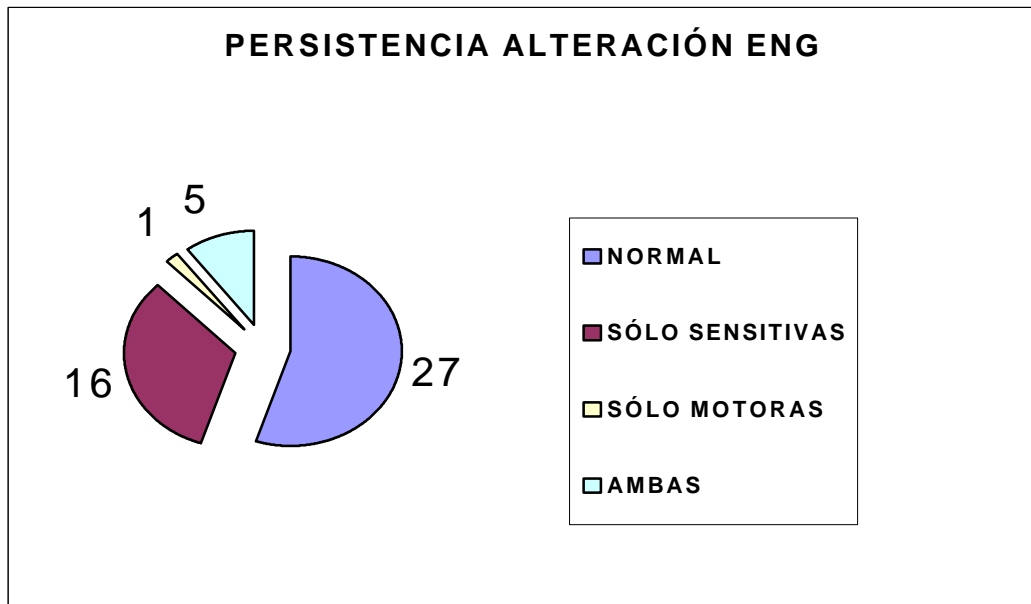
En 33 casos (67%), se detecta pérdida de fuerza manual. Y al aplicar el protocolo de exploración general de miembro superior (INSHT), se objetivan alteraciones tendinosas asociadas como epicondilitis, epitrocleitis y tenosinovitis de Quervain, que se distribuyen según muestra el cuadro 7 (32 patologías repartidas entre 23 casos (46 %). Es decir que los factores de riesgo existentes en los puestos de trabajo, no inciden solo a nivel del Túnel del Carpo, sino que también afectan a otros grupos tendinosos en el codo y la muñeca en el 46% de los casos. (cuadro 7)

Cuadro 7

PATOLOGIA TENDINOSA ASOCIADA	
Nº TOTAL DE PATOLOGIAS	Nº TOTAL DE CASOS
32	23 (46%)

En el gráfico nº 7, se muestra que en los resultados de la exploración neurográfica simple efectuada, persisten alteraciones en un 42,8% de los casos., siendo las alteraciones sensitivas las de mayor volumen con 16 casos (76%)

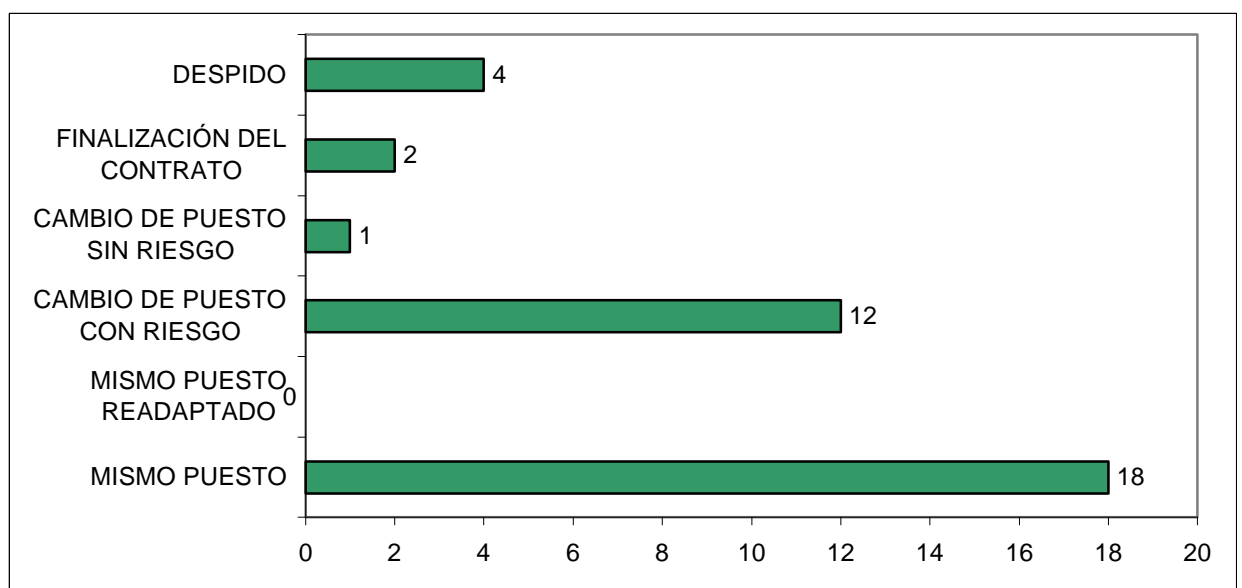
GRÁFICO 7



6. Reincorporación al trabajo

En el presente gráfico se muestra, la situación de los trabajadores en su reincorporación al trabajo, comprobándose que 18 se reincorporan al mismo puesto de trabajo y en las mismas condiciones de riesgo, es decir sin haberse efectuado adaptaciones o cambios ergonómicos para evitar riesgos. Otros 12, se les cambia de puesto, pero permanecen en situación de riesgo y en otros 6 casos la situación acaba en despido o en finalización de contrato. Solo se produce un cambio a puesto sin riesgo

GRÁFICO 8



6. Comentario general

1. Estos casos de Síndrome del Túnel Carpiano afectan a trabajadores/as jóvenes, mayoría de mujeres, con más de un factor de riesgo por movimientos y esfuerzos repetitivos
2. Una incidencia importante de casos bilaterales y con períodos de evolución sintomática superior a 2 años.
3. No son dados de baja laboral hasta la misma fecha de la intervención quirúrgica. El tratamiento quirúrgico, en un número elevado de casos, ha tenido que realizarse en ambas muñecas.
4. Se les da el alta laboral prematuramente, sin haber completado su recuperación. Y en una proporción notable de afectados no reciben ninguna terapia rehabilitadora.
5. Cuando el estudio y exploración de estos casos, no se limita únicamente a la patología individual del Túnel Carpiano, sino que se enfoca a través de un Protocolo para el Miembro Superior, se comprueba la frecuente asociación con otras patologías tendinosas,
6. Es muy elevada también la presencia de secuelas, tales como la pérdida de fuerza manual y la persistencia de alteraciones neurográficas en la exploración del nervio mediano.
7. La reincorporación al trabajo, se realiza, en la mayoría de los casos, directamente al puesto que tenían, sin ninguna adaptación ergonómica o a otro puesto de trabajo con riesgo por movimientos y esfuerzos repetitivos, con lo que la posibilidad de recidiva del cuadro se acrecienta.

Conclusiones finales

En definitiva, se concluye del análisis de esta muestra, a pesar de su tamaño limitado, que cuando se puede profundizar en el estudio de partes por enfermedad profesional por patologías ligadas a movimientos repetitivos, aparece una situación con unas implicaciones de gran trascendencia para la salud de los trabajadores afectados.

No existe solamente el problema de ausencia de prevención en el origen del daño, sino que cuando este se produce, el tratamiento curativo del mismo, tiene como objetivo principal el reducir a la menor duración posible la baja laboral, restringiendo al máximo su periodo tratamiento y de rehabilitación, aún siendo esta fase de la terapia, fundamental para lograr una recuperación óptima. Debido a ello, los afectados ven comprometido su futuro laboral por las secuelas que les quedan. Y para rematar la obra, al reincorporarse al trabajo, se ven de nuevo abocados a trabajar sometidos al mismo tipo de riesgos ergonómicos y por tanto con altas posibilidades de reproducción de la enfermedad.

Es por ello, que las cifras de declaración de enfermedades profesionales ligadas a MER (muy por debajo de las cifras reales), no solamente demuestran una grave carencia de prevención ergonómica. También revelan, cuando se puede realizar un seguimiento mas o menos detallado, una gestión puramente economicista de la contingencia de daño por enfermedad profesional, que compromete curación y rehabilitación de los trabajadores afectados.

Alicante, noviembre 1999

Bibliografía y fuentes consultadas

Cumulative trauma disorders in the workplace. Bibliography. Selected NIOSH and non NIOSH references. U.S. Department of Health. Center for Diseases Control. National Institute for Occupational Safety And Health. 1995.

Recommandations et references medicales. Strategie des examens paracliniques et indications therapeutiques dans le syndrome du canal carpien. Agencie Nationale d'Accreditation et Evaluation en Sante (A.N.A.E.S.)

Estadísticas de enfermedades profesionales 1998. Anuario AT 38. Ministerio de Trabajo

DESCRIPCIÓN DE CASOS Y SU EVOLUCIÓN

EPISODIO	
PRIMER EPISODIO	44
RECIDIVA	5

LOCALIZACIÓN	
DERECHO	17
IZQUIERDO	8
BILATERAL	24

DURACION MEDIA DE EVOLUCIÓN	28,9 meses
-----------------------------	------------

FECHA PEP=FECHA CIRUGÍA (0 DÍAS DE ESPERA)	28 CASOS
--	----------

TIEMPO MEDIO DE ESPERA (14,8 DÍAS)	19 CASOS
------------------------------------	----------

SÍNTOMAS	UNILATERAL	BILATERAL
PARESTESIAS NOCTURNAS	30	18
DOLOR MANO	29	18
PÉRDIDA FUERZA MANO	13	14

DIAGNÓSTICO-EMG-ENG	45 POSITIVAS
	4 NO REALIZADAS

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	
UNILATERAL	33
BILATERAL	16

DURACIÓN BAJA	37,3 DÍAS
---------------	-----------

NO REHABILITACIÓN	16 CASOS
-------------------	----------