

ANÁLISIS DE LAS RECAÍDAS TRAS LA REINCORPORACIÓN LABORAL EN LOS TRABAJADORES AFECTOS DE TENOSINOVITIS DE DE QUERVAIN. ASEPEYO 2006-2009.

TRABAJO FINAL DE MÁSTER

MÁSTER EN SALUD LABORAL

7 de Agosto del 2011



ALUMNA:
Beatriz Calvo Cerrada

DIRECTORES:
Antoni Dalmau Coll
José Miguel Martínez Martínez

TUTOR:
José Miguel Martínez

Unidad Docente de Medicina del Trabajo Mateu Orfila (UPF)
ASEPEYO

ANÁLISIS DE LAS RECAÍDAS TRAS LA REINCORPORACIÓN LABORAL EN LOS TRABAJADORES AFECTOS DE TENOSINOVITIS DE DE QUERVAIN. ASEPEYO 2006-2009.

Beatriz Calvo^{a,b}, José Miguel Martínez^{a,c,d,e}, Antoni Dalmau^b

^a Unidad Docente de Medicina del Trabajo "Mateu Orfila", Universitat Pompeu Fabra (UPF). Barcelona.

^b Mutua de Accidentes de trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº151 (ASEPEYO). Barcelona.

^c Centro de Investigación en Salud Laboral (CISAL). UPF. Barcelona.

^d Grupo de investigación en desigualdades en Salud (GREDS-EMCONET). UPF. Barcelona.

^e Ciber de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). España.

Correspondencia:

Beatriz Calvo Cerrada

ASEPEYO Sant Cugat

Avinguda de l'Alcalde Barnils, 54-60

08174 - Sant Cugat del Vallès (Barcelona)

Tel. 935 653 900

beatriz.calvo.cerrada@gmail.com

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

ÍNDICE

Resumen	Pág. 3
Introducción	Pág. 4
Material y métodos	Pág. 6
Resultados	Pág. 9
Discusión	Pág. 11
Agradecimientos.....	Pág. 15
Bibliografía	Pág. 16
Tablas y figuras	
Tablas	Pág. 18
Figuras	Pág. 21
Anexos	
Anexo 1. Consentimiento informado	Pág. 23
Anexo 2. Cuestionario	Pág. 24
Anexo 3. Tabla comparativa de los trabajadores participantes y no participantes	Pág. 26

RESUMEN

Objetivos. Evaluar si la implantación de medidas preventivas tras la reincorporación laboral previene la aparición de recaídas en los trabajadores tratados quirúrgicamente de tenosinovitis de De Quervain (TDQ).

Métodos. Estudio de evaluación de una intervención preventiva. La población a estudio fueron los trabajadores intervenidos quirúrgicamente de TDQ en el Hospital ASEPEYO de Sant Cugat entre Junio del 2006 y Junio del 2009. Para cada trabajador se valoró el tiempo desde el alta laboral hasta la existencia o no de recaídas, así como si fueron instauradas medidas preventivas en el lugar de trabajo tras su reincorporación laboral. Se estimó el riesgo de recaída utilizando el método de Kaplan-Meier y razones de riesgos instantáneos (hazard ratios -HR-) mediante un modelo de Cox.

Resultados. Existe mayor riesgo de recaída (Log-rank $p=0,0301$) en trabajadores reincorporados a un puesto de trabajo sin medidas preventivas implantadas (riesgo anual=32,3%) respecto a los que tuvieron medidas implantadas (riesgo anual=9,8%). El riesgo instantáneo de recaída en los trabajadores sin medidas preventivas fue 4,6 veces superior a quienes les fueron implementadas medidas preventivas (IC 95%=1,01-20,65)). Las diferencias se mantienen en el mismo sentido al ajustar por sexo, edad, ocupación, tipo de contingencia, complicaciones post-quirúrgicas y tiempo de incapacidad temporal desde la intervención (HR=8,5, IC 95%=1,27-56,71).

Conclusiones. La implementación de medidas preventivas podría disminuir la incidencia y recaídas de TDQ. Las recaídas deberían considerarse como una alarma ante la sospecha de un problema no solventado. Sería imprescindible realizar una investigación de las condiciones de trabajo y adoptar las medidas preventivas oportunas en las empresas, con el fin de disminuir las recaídas tras la reincorporación laboral de la población trabajadora.

Palabras clave: Tenosinovitis de De Quervain, trastorno musculoesquelético, recaída, intervención preventiva, reincorporación laboral.

INTRODUCCIÓN

La tenosinovitis estenosante de De Quervain (TDQ) es un engrosamiento de la vaina del primer compartimento extensor de la mano por donde transcurren los tendones de los músculos *abductor pollicis longus* (APL) y *extensor pollicis brevis* (EPB)¹. Clínicamente ocasiona dolor de tipo mecánico en la cara radial de la muñeca pudiendo irradiarse al antebrazo. Su diagnóstico es clínico, mediante la realización de la exploración física (maniobra de Finkelstein positiva)^{1,2}. A pesar de que el tratamiento es conservador (antiinflamatorios, inmovilización, infiltraciones, rehabilitación), en casos resistentes puede procederse a la liberación quirúrgica como tratamiento definitivo^{3,4}.

Esta patología se encuadra dentro de los principales trastornos músculo-esqueléticos (TME) de extremidad superior con probable origen laboral, quedando contemplada dentro del actual cuadro de Enfermedades Profesionales⁵. Es considerada un relevante problema de salud laboral con un impacto social y económico dentro del entorno laboral, siendo causa de morbilidad, incapacidad temporal⁶ y pérdidas en la productividad^{7,8}. Durante el año 2009, la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social ASEPEYO situada en Sant Cugat (Barcelona) registró una mediana de 79 días de baja laboral por trabajador intervenido quirúrgicamente de dicha patología, suponiendo un gasto derivado de incapacidad temporal de 93.680 euros. En un estudio, basado en una comunidad del Reino Unido, se encontró que la prevalencia de la tenosinovitis de De Quervain fue de un 0,5% en los hombres y de 1,3% en las mujeres, registrando mayor riesgo en ciertos ámbitos laborales^{9,12} y documentándose recaídas en el 7% de los pacientes¹⁰. Aparece más frecuentemente en mujeres^{11,12}, en mayores de 40 años y en la raza negra¹³. Afecta principalmente a aquellos/as trabajadores/as que desarrollan tareas que requieren esfuerzos manuales, posturas forzadas y movimientos repetitivos a nivel de mano-muñeca^{2,12,14-18}.

A pesar de que el tratamiento definitivo es el quirúrgico, los/as pacientes afectos/as de TDQ pueden desarrollar nuevamente esta patología. Por ello, tras la reincorporación laboral es imprescindible adoptar ciertas medidas preventivas con la finalidad de prevenir posibles recaídas⁷. Desde que se conoce cuáles son los factores de riesgo que predisponen a los/as trabajadores/as a sufrir determinados TME, se insiste en la necesidad de promover medidas preventivas y programas de control de actividades, tales como la ergonomía participativa^{14-16,19-30}. También, la duración de la incapacidad temporal (IT) por contingencia profesional se reduciría al realizarse una adaptación del puesto de trabajo³¹, originando que los trabajadores puedan reincorporarse antes a su puesto de trabajo.

Existe escasa evidencia científica basada en las tenosinovitis de mano-muñeca en relación al trabajo²⁰ y la efectividad de estudios de intervención²¹. En concreto, se desconoce la relación existente entre la instauración de medidas preventivas tras la reincorporación laboral en los trabajadores intervenidos quirúrgicamente de dicha patología y la prevención de futuras recaídas³². La hipótesis planteada es que estos trabajadores, una vez reincorporados a su trabajo, pueden realizar sus tareas sin recaídas, en la medida que hayan sido implementadas las adecuadas medidas preventivas.

El objetivo principal de este trabajo es evaluar si la implantación de medidas preventivas en los lugares de trabajo tras la reincorporación laboral previene el riesgo de sufrir recaídas en los trabajadores afectados de tenosinovitis de De Quervain, que fueron tratados quirúrgicamente en el Hospital Asepeyo Sant Cugat durante el período de Junio del 2006 a Junio del 2009. Los objetivos específicos consisten en describir la población en estudio y la incidencia de recaída en función de variables sociodemográficas, laborales y clínicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio de evaluación de una intervención preventiva. La población base fue aquella constituida por los trabajadores afiliados/as a la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social ASEPEYO que, siendo diagnosticados de TDQ, fueron intervenidos quirúrgicamente como tratamiento definitivo en el Hospital ASEPEYO de Sant Cugat (Barcelona) entre Junio del 2006 y Junio del 2009.

Fueron seleccionados aquellos individuos cuya patología fue derivada de contingencia profesional y quienes no tenían ninguna otra patología de base que pudiera alterar los resultados (artropatía degenerativa, rizartrrosis, patología traumática o intervenciones quirúrgicas previas subyacentes).

Previa aprobación del proyecto por parte del Comité de Investigación del Hospital ASEPEYO de Sant Cugat, todo participante fue informado de la finalidad del estudio y de la voluntariedad del mismo, señalando la absoluta confidencialidad de los datos obtenidos y la utilización la información con fines exclusivamente científicos (Anexo 1).

El trabajo de campo se realizó de la siguiente manera (Figura 1). En primer lugar, se elaboró un cuestionario no validado, diseñado por el equipo de investigación para la recogida sistemática de información durante la entrevista telefónica con los pacientes (Anexo 2). Previamente se realizó una búsqueda bibliográfica en PUBMED utilizando como palabras clave tenosinovitis de De Quervain, trastorno musculoesquelético, intervención preventiva, reincorporación laboral y recaída. En segundo lugar, se revisaron las historias clínicas de los trabajadores mediante la base de datos de la mutua (CHAMAN v.2.0.47b(26)). Durante el periodo de estudio, 131 pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente de TDQ en el Hospital mencionado anteriormente, de los cuales se excluyeron quienes presentaban artropatía degenerativa (8 trabajadores), patología traumática o intervención previa de la misma muñeca (11 trabajadores), contingencia no laboral (6 trabajadores), aquellos cuyo tiempo transcurrido desde el alta médica hasta la fecha de finalización del estudio no había superado un año (4 trabajadores) y los casos codificados erróneamente (12 trabajadores). En tercer lugar, se contactó telefónicamente con los 90 trabajadores restantes, con el fin de recoger la información de interés mediante la utilización del cuestionario autodiseñado. El contacto telefónico con cada participante se realizó tras un año como mínimo desde alta laboral. De esta forma se consideró un periodo mínimo de un año para poder valorar el desarrollo de una recaída desde la reincorporación al trabajo.

Una vez establecido el contacto, se procedió a realizar una entrevista telefónica utilizando el cuestionario autodiseñado para la recogida de datos sociodemográficos y laborales. Se ofreció la posibilidad de acudir al Hospital para realizar una valoración del estado actual mediante una consulta médica y unas pruebas funcionales. Cierta información recogida de la entrevista telefónica por parte del investigador (factores de riesgo y medidas preventivas), se puso en común acuerdo con un segundo investigador. En los casos en que no fue posible el contacto telefónico en primera instancia, se realizaron seis llamadas telefónicas en horario de tarde y tres en horario de mañana, considerándose como no localizado al trabajador cuyo contacto no logró establecerse tras dichos intentos. De los 90 trabajadores con quienes se procedió a contactar, 36 no fueron localizados obteniendo un total de 54 trabajadores sobre los cuales logró establecerse el contacto telefónico y se explicó la finalidad del estudio (60%). De estos 54 trabajadores, dos no estuvieron interesados en participar (3,7%), obteniéndose una muestra final de 52 trabajadores. Se comparó la distribución de frecuencias de los 38 trabajadores que no participaron (Anexo 3) y en los 52 trabajadores que participaron, para las variables de las que se dispuso de información (sexo, edad, contingencia profesional y ocupación).

El tiempo hasta desarrollar o no desarrollar recaída fue considerado la variable dependiente. Específicamente, para los trabajadores que presentaron el evento de recaída se calculó, como el tiempo transcurrido desde el alta laboral hasta la recaída y, para los trabajadores que no presentaron dicho evento, como el tiempo transcurrido desde el alta laboral hasta la fecha en que se contactó telefónicamente. La recaída fue definida como aquel episodio de tenosinovitis de De Quervain que tuvo lugar en el mismo trabajador, en la extremidad ipsilateral y con motivo laboral, tras un mes del alta. Cabe mencionar que no en todos los casos fue necesaria la realización de una prueba complementaria para el diagnóstico de dicha patología, y por lo tanto de su recaída, dado que su diagnóstico es puramente clínico.

La variable independiente principal fue la reincorporación laboral, categorizada en dos grupos: reincorporación con medidas preventivas o sin medidas preventivas implantadas.

Se consideraron medidas preventivas específicas de TDQ aquellas acciones instauradas hacia el trabajador capaces de prevenir el desarrollo de una recaída, como podrían ser la información de factores de riesgo específicos a evitar (movimientos repetitivos, fuerza manual, posturas forzadas a nivel de mano-muñeca), pausas regladas, medidas ergonómicas (adaptación de las herramientas de trabajo al trabajador) o posturales (corrección de la postura a la herramienta).

La reincorporación laboral al mismo puesto adaptado o el cambio de puesto de trabajo sin exposición a factores de riesgo, fue considerada como reincorporación laboral con medidas preventivas implantadas. Por contra, la reincorporación laboral sin medidas preventivas implantadas fue aquella sin adaptación del puesto de trabajo o el cambio de puesto con exposición a factores de riesgo. Fueron considerados factores de riesgo aquellos que pueden favorecer la aparición de dicha patología (movimientos repetitivos, posturas forzadas, fuerza manual y/o la utilización de herramientas manuales de empuñamiento, pinza, vibratorias y/o presión).

Los trabajadores que finalizaron su relación contractual con la empresa tras el final del periodo de incapacidad, y se encontraban en situación de desempleo en el momento del estudio, fueron incluidos en el grupo de reincorporación con medidas preventivas implantadas. Estos trabajadores, a pesar de no haber presentado exposición laboral a factores de riesgo de TDQ, pueden tener una exposición extralaboral a herramientas de empuñamiento, pinza, vibratorias y/o presión. Se considera su agrupación junto a los trabajadores con medidas preventivas implantadas, ya que pueden mantener un control sobre su trabajo extralaboral. Es decir, pueden realizar pausas y finalizar las tareas cuando lo consideren oportuno, a diferencia de lo que podría suceder durante una jornada laboral. Por otro lado, el reducido tamaño muestral no permitiría analizar eficazmente estos dos grupos de forma separada.

Otras variables independientes analizadas fueron el sexo, la edad, la antigüedad laboral (≤ 10 años, 10-20 años, ≥ 20 años) y la ocupación, clasificada en cinco grupos según las herramientas utilizadas: 1) Montador/a de estructuras metálicas, albañil, mecánico/a, carpintero/a; 2) Carnicero/a, cocinero/a, pescadero/a, peluquero/a, jardinero/a; 3) Modista, analista químico/a; 4) Administrativo/a, cajero/a, informático/a y 5) Otros (limpieza, maquinista, granjero/a, panadero/a, personal de seguridad, monitor/a). Finalmente se analizó el tipo de contingencia (accidente de trabajo, enfermedad profesional), el desarrollo o no de complicaciones post-quirúrgicas y el tiempo de IT desde la intervención (≤ 1 mes, 1-2 meses, 2-3 meses, ≥ 3 meses).

Para realizar el análisis de los resultados, inicialmente se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables. Se calculó la frecuencia absoluta y su proporción, así como la mediana y percentiles 25 y 75, en función de la variable analizada. Seguidamente se obtuvo la probabilidad de recaída en función del tiempo de seguimiento utilizando el método de Kaplan-Meier. Por un lado, se representaron gráficamente dichas probabilidades en función del tiempo (curvas de supervivencia) para la variable principal analizada (reincorporación con o sin medidas preventivas implantadas). Las curvas de supervivencia se compararon mediante la prueba de Log-rank. Para todas las

variables independientes se obtuvo la probabilidad de recaída al año y su intervalo de confianza al 95%. Finalmente, se estimaron las razones de tasas instantáneas (hazard ratios) crudas y ajustadas e intervalos de confianza al 95% utilizando un modelo de Cox. Se valoró la proporcionalidad en los riesgos crudos y ajustados. Para gestionar y analizar los datos se utilizó la hoja de cálculo Microsoft Office Excel 2007 y los programas estadísticos SPSS versión 9.0 y Stata versión 10.1.

RESULTADOS

En la muestra analizada (n=52) la mediana desde el alta laboral se situó en 218 días en los trabajadores con recaída y en 816 días en los que no tuvieron recaída. La probabilidad de recaída al año fue del 23,1% (IC 95%=13,9–37,1).

Existe mayor proporción de mujeres (71,2%) y de trabajadores con una edad comprendida entre los 35 y 44 años (32,7%), mostrando una edad mediana de 43 años (Tabla 1). La probabilidad de recaída al año aconteció mayormente en mujeres (29,8%; IC95%=17,8-47,34) y en trabajadores con una edad superior a los 55 años (33,3%; IC95%=12,2-71,8).

Los grupos de ocupaciones más frecuentes fueron el constituido por montadores/as de estructuras metálicas, albañiles, mecánicos y carpinteros (23,1%), y el formado por carniceros/as, cocinero/as, pescadero/as, peluquero/as (23,1%). La mayoría de los trabajadores tenían una antigüedad laboral en la empresa donde desarrollaron dicha patología inferior a 10 años. Los factores de riesgo a los que estaban expuestos más frecuentemente fueron los movimientos repetitivos (82,7%) y la fuerza manual (59,6%), siendo las herramientas manuales de empuñamiento (61,5%) y las de pinza (51,9%) las más utilizadas. Se observa mayor probabilidad de recaída al año en los trabajadores del grupo constituido por modistas y analistas químicos/as (50%; IC95%=1,9-61,3), en quienes tenían una antigüedad en la empresa superior a 20 años (36,4%; IC95%=15,5-70,3), en los expuestos a posturas forzadas (40%; IC95%=11,8-87,4), movimientos repetitivos (25,6%; IC95%:15,1-41,4) y en quienes utilizaban herramientas de pinza (33,3%; IC95%=18,9-54,3) tras la reincorporación laboral.

La mayoría de los casos fueron considerados como enfermedad profesional (67,3%), siendo en los que se observa mayor probabilidad de recaída (28,6%; IC95%=16,5-46,6). Tras la intervención quirúrgica, el 55,8% de los trabajadores permanecieron de uno a dos meses en situación de IT, mostrando mayor probabilidad de recaída al año quienes estuvieron más de tres meses (60%; IC95%=24,7-94,8). En los trabajadores que presentaron alguna complicación post-quirúrgica (23,1%) hubo mayor probabilidad de recaída anual (25%; IC95%=8,8-59,2). Un 53,8% de los trabajadores se reincorporaron al mismo puesto de trabajo sin readaptar, siendo su probabilidad de recaída al año del 32,3% (IC95%=18,8-51,7).

Al comparar la incidencia de recaída en función de la implantación de medidas preventivas, se observan diferencias estadísticamente significativas (Log-rank p=0,030) en la probabilidad de recaída según hayan sido o no implementadas medidas preventivas tras la reincorporación laboral

(Figura 2). Específicamente, la probabilidad de recaída al año fue del 9,8% (IC 95%= 2,53-33,77) si tras la reincorporación laboral se adoptaron medidas preventivas, y del 32,3% (IC 95%=18,84-51,65) en caso contrario. Los trabajadores sin medidas preventivas implementadas tras su reincorporación, tuvieron aproximadamente cinco veces más riesgo de sufrir una recaída ($HR_c=4,57$; IC 95%=1,01-20,65; $p=0,048$) que quienes sí disponían, riesgo que se mantiene mayor al ajustar por sexo, edad, ocupación, tipo de contingencia, complicaciones post-quirúrgicas y tiempo de IT desde la intervención ($HR_a=8,48$, IC 95%=1,27-56,71; $p=0,028$) manteniéndose también la significación estadística (Tabla 2).

DISCUSIÓN

Éste es el primer estudio que permite tener una visión general de la susceptibilidad a sufrir una recaída en la población intervenida quirúrgicamente como tratamiento definitivo de tenosinovitis de De Quervain. En base a los resultados obtenidos podríamos esperar que, la implementación de medidas preventivas adecuadas tras la reincorporación laboral, disminuye el riesgo de sufrir recaídas. Es decir, la adaptación del puesto de trabajo o en su defecto, el cambio de puesto de trabajo a otro sin factores de riesgo, puede disminuir la incidencia y recaídas de TDQ.

Los trabajadores que se reincorporaron a un puesto de trabajo sin medidas preventivas, tuvieron mayor riesgo de recaer que aquellos que se reincorporaron con medidas preventivas. Este riesgo es mayor en mujeres, en aquellos con una edad superior a los 55 años, en expuestos a factores de riesgo como son los movimientos repetitivos y posturas forzadas, en modistas y analistas químicos, en los casos considerados enfermedad profesional y en los trabajadores con una antigüedad superior a 20 años. Estos resultados concuerdan con los obtenidos por otros autores, mostrando que el riesgo de recaída es mayor en mujeres, en edades intermedias y ante un tiempo de exposición a riesgo superior a dos años^{9,10}. El hecho de observar que existe mayor probabilidad de recaída cuanto mayor sea la antigüedad laboral, puede ser debido a que estos trabajadores tuvieran unos hábitos laborales adquiridos con rechazo a la implantación de medidas preventivas, o bien por el fenómeno del edadismo³³, la discriminación de una persona por motivos de edad. En el modelo ajustado no se incluyó la antigüedad al presentar un alto grado de colinealidad con la variable edad. Layana et al³² observaron que un 22% de las enfermedades profesionales declaradas entre 1989 y 1998 fueron recaídas, así como que en el 75% de los casos, las recaídas se produjeron en los nueve meses siguientes al proceso inicial, resultados próximos a los obtenidos en nuestro estudio. Otro estudio específico de TDQ¹⁰ observa menor proporción de recaídas (7%). No obstante se desconoce si esta proporción de recaídas es global o con baja laboral. En el supuesto caso de que trataran recaídas con baja laboral, la proporción sería similar a la de nuestro trabajo, teniendo en cuenta que tan sólo 4 de las 13 recaídas requirieron esta situación (7,9%). En nuestra muestra, el grupo de ocupación con mayor riesgo de recaída es compuesto por analistas químicos/as y modistas (50%), a diferencia de otros autores que indican mayor riesgo en moldeadores, soldadores, chapistas, montadores de estructuras metálicas y trabajadores asimilados (27%)³². Esta discrepancia en los resultados puede ser debida a las posibles diferencias en las actividades económicas empresariales entre países, así como a la posible diversidad del tipo de empresas afiliadas a la mutua que nos ocupa.

La utilización de ciertas herramientas manuales conllevaría asociado un factor de riesgo determinado y, por tanto, mayor riesgo de sufrir una recaída si no se adecuan ergonómicamente o no se realizan pausas regladas. Se observa mayor riesgo de recaída en los trabajadores expuestos a movimientos repetitivos ante la realización de pinza manual distal (modistas y analistas químicos/as), seguido de quienes realizan tareas de fuerza y pinza manual proximal ante la utilización de tijeras (carnicero/a, cocinero/a, pescadero, peluquero/a) y en los expuestos a posturas forzadas y fuerza manual (montador/a de estructuras metálicas, albañil, mecánico/a, carpintero/a). No obstante, puede observarse que, el riesgo instantáneo de recaída cambia si se ajusta por las variables edad, sexo, tipo de contingencia, complicaciones post-quirúrgicas y tiempo de IT desde la intervención. Los/as modistas y analistas químicos/as tienen cinco veces más riesgo de recaer que los/as administrativos/as, pero si se tienen en cuenta el resto de variables, son los/as carniceros/as, pescaderos/as, cocineros/as, peluqueros/as quienes presentan casi cuatro veces más riesgo de recaer, con respecto a los administrativos.

Se consideró interesante analizar el tiempo transcurrido desde la intervención quirúrgica hasta el alta laboral, entendiendo que si éste era más corto, quizá existiría mayor probabilidad de recaída. No obstante, los resultados obtenidos muestran lo contrario. Es decir, el hecho de estar más tiempo en situación de IT aumenta el riesgo de presentar una recaída. Esto puede ser debido a que, precisamente este grupo de trabajadores que requieren más tiempo de IT hayan evolucionado tópidamente ocasionando, por ende, la reaparición de esta patología. El tiempo mediano desde la intervención quirúrgica hasta el alta laboral fue de 46 días (percentil 25=32,25; percentil 75=60,75), inferior al referido por otros autores (media=97 días; rango= 21-330 días)¹⁰.

En este estudio se consideraron siete trabajadores desempleados. La inclusión de estos trabajadores es de gran utilidad. En el caso de que la incidencia de recaída para estos siete trabajadores fuera similar al grupo de trabajadores sin medidas preventivas implantadas, podría sugerir que los factores de riesgo afectan de manera similar en el ámbito laboral y el extralaboral. También, en caso de no existir diferencias en la incidencia, podría indicar que los trabajadores desempleados podrían seguir trabajando extralaboralmente. Por consiguiente, el cambio en las medidas preventivas en el ámbito laboral podría no tener ningún efecto para prevenir la reincidencia de la TDQ. De estos siete trabajadores cuyo contrato finalizó tras su reincorporación laboral ninguno desarrolló una recaída. Por otro lado, los trabajadores con medidas preventivas implantadas presentaron una probabilidad baja de recaída. Este resultado, refuerza el criterio de analizar estos dos grupos de forma conjunta. Por otro lado, como se ha citado anteriormente, el riesgo de recaída

es inferior al grupo sin medidas implantadas, lo que también refuerza el uso de medidas preventivas en el ámbito laboral, para prevenir la recaída por TDQ.

El presente estudio muestra una serie de limitaciones que deben ser tenidas en cuenta. En primer lugar, para la definición de recaída se ha establecido un límite temporal de un mes desde el alta laboral hasta la aparición del nuevo episodio. Todo episodio acontecido en un periodo inferior a un mes tras el alta laboral, se contempló como propio del periodo de recuperación. No obstante, este periodo no ha sido basado en la evidencia científica dada la escasez de referentes bibliográficos al respecto.

En segundo lugar, para la recogida de la información ha sido utilizado un cuestionario no validado. Gran parte de la información analizada es subjetiva y se obtuvo de forma retrospectiva basada en el recuerdo de los trabajadores, por lo que estaríamos ante un sesgo de información. Hubiera sido idóneo recoger información con carácter objetivo, basada en las evaluaciones de riesgos realizadas para cada puesto de trabajo. No obstante la obtención de dichas evaluaciones no fue posible porque muchos trabajadores no disponían de ellas. Por otro lado, los datos fueron recogidos por un solo investigador. A pesar de esta limitación, se ha contado con el apoyo de un segundo investigador para poner en común algunos aspectos de la información recogida. Otro aspecto a tener en cuenta es la falta de identificación del momento concreto en el que se han adoptado medidas preventivas tras la reincorporación laboral.

En tercer lugar, existen trabajadores no participantes, con lo que se plantearía la similitud de los resultados si éstos hubieran participado. A pesar de ello, el análisis descriptivo realizado comparando las variables sociodemográficas y laborales de ambas poblaciones, muestra una distribución similar (Anexo 3) sin diferencias significativas, lo cual aumentaría el grado de validez interna de los resultados obtenidos en nuestro trabajo.

Por último, podríamos pensar que la generalización de los resultados a todos/as aquellos/as trabajadores afectados de TDQ quedaría limitada, teniendo en cuenta que han sido analizados los trabajadores afiliados a una mutua en concreto. Asimismo, existen casos de TDQ tratados en el Sistema Público de Salud como contingencia común, pudiendo considerarse como contingencia profesional, y que no han podido ser controlados. Todo ello disminuiría el grado de validez externa. No obstante, ASEPEYO es una mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales con una extensión a nivel nacional, que dispone de trabajadores pertenecientes a actividades económicas de amplio espectro, lo cual aumentaría el grado de generalización de los resultados.

A pesar de estas limitaciones, y como fortalezas del presente estudio, este es el primer trabajo que permite conocer la importancia de la instauración de medidas preventivas tras el alta laboral, en los trabajadores intervenidos quirúrgicamente de TDQ, con el objetivo de prevenir recaídas, aspecto previamente desconocido. Consideramos que la prevención primaria basada en un correcto diseño ergonómico del puesto de trabajo es primordial. Ésta modificaría la actividad muscular y evitaría la aparición de posibles TME a largo plazo, reduciendo la incidencia de lesiones y posiblemente también de futuras recaídas. En este sentido, valoramos importante la instauración de programas ergonómicos (higiene postural, tiempos y pausas regladas) a partir del análisis ergonómico realizado para cada puesto de trabajo, lo cual condicionaría una disminución de TME como la tenosinovitis de De Quervain, así como un aumento de productividad, eficiencia y satisfacción laboral que conllevaría a minimizar los episodios de incapacidad temporal, los costes derivados y las recaídas²²⁻³².

Como conclusión, existen diferencias estadísticamente significativas en el riesgo de sufrir recaídas según hayan sido o no implementadas medidas preventivas tras la reincorporación laboral. Se conoce que las recaídas en las enfermedades profesionales, como pudiera ser el caso de la TDQ, son casi la cuarta parte de los casos declarados, y constituyen un problema emergente en salud laboral, sugiriendo una insuficiente modificación de las condiciones de trabajo a nivel preventivo tras la constatación de una determinada lesión. La persistencia en la exposición a los factores de riesgo responsables de una patología tras la reincorporación laboral, y el hecho de que se produzcan recaídas justificaría un mayor énfasis en el control del cumplimiento de las medidas preventivas de riesgos laborales en las empresas. Las recaídas deberían considerarse como una alarma ante la sospecha de un problema no solventado. Así pues, sería imprescindible realizar una investigación de las condiciones de trabajo y adoptar las medidas preventivas oportunas en los lugares de trabajo (informar a los trabajadores de los riesgos específicos que comporta su trabajo hacia su salud, adaptar ergonómicamente de las herramientas manuales, establecer pausas regladas a nivel de extremidad superior, etc.), con el fin de disminuir las recaídas tras la reincorporación laboral de la población trabajadora afecta tanto de TDQ como de cualquier otra patología.

AGRADECIMIENTOS

A ASEPEYO por permitirme la utilización, explotación y análisis de sus datos. A los/as trabajadores/as que han participado de manera desinteresada con el fin de mejorar la evidencia científica. A Consol Serra, Fernando G. Benavides y Jordi Delclós (UPF) por sus sugerencias y comentarios a una versión previa de este trabajo. A Oriol Fàbrega (USL Costa de Ponent) y Raúl Franco (ASEPEYO) por su interés en el trabajo y los consejos recibidos para la elaboración de la base de datos. A Ramón Vila (ASEPEYO) por facilitarme un espacio para llevar a cabo el trabajo de campo. A Pilar Bel y Meri Vila (ASEPEYO) por el tiempo dedicado en la realización y valoración de las pruebas funcionales. A M^aTeresa Llorens (ASEPEYO) por el constante apoyo recibido. Y, muy especialmente a Antoni Dalmau (ASEPEYO) por su paciencia e inestimable labor como director del proyecto, y a José Miguel Martínez (UPF) por todo el esfuerzo, la gran implicación y las horas dedicadas como codirector.

BIBLIOGRAFIA

1. De Quervain F. Concerning a form of chronic tenovaginitis. *Bl Schweiz Arz.* 1895; 25:389-94.
2. Bruce P, Bernard MD. Musculoskeletal Disorders and Workplace Factors A Critical Review of Epidemiologic Evidence for Work-Related Musculoskeletal Disorders of the Neck, Upper Extremity, and Low Back. Chapter 5. *Hand/Wrist Musculoskeletal Disorders (Carpal Tunnel Syndrome, Hand/Wrist Tendinitis, and Hand-Arm Vibration Syndrome): Evidence for Work-Relatedness.* National Institute for Occupational Safety and Health; 1997.
3. Seyan H, Kopp J, Horch R. De Quervain's stenosing tendovaginitis, one of the most common conditions affecting the hand. *MMW Fortschr Med.* 2006; 148(39):33-5.
4. Scheller A, Schuh R, Honle W. Long-term results of surgical release of de Quervain's stenosing tenosynovitis. *Internacional Orthopaedics (SICOT).* 2009; 33:1901-1303.
5. Cuadro de enfermedades profesionales. Real Decreto 1299/2006. Anexo 1. BOE nº 302 del 19 de diciembre del 2006; pág. 44509.
6. Rivas Recio JR, Sesé M, Madrazo C. Estudio sobre la incapacidad laboral permanente. Valencia: 2002 – 2005. *Medicina y seguridad del trabajo.* nº 204 - 4º trimestre - octubre 2006.
7. Balwin ML. Reducing the costs of work-related musculoskeletal disorders: targeting strategies to chronic disability cases. *J Electromyography and Kinesiology* 2004; 14:33-41.
8. Buckle P. Ergonomics and musculoskeletal disorders: overview. *Occupational Medicine* 2005; 55:164-7.
9. De la Parra-Marquez ML, Tamez-Cavazos R, Zertuche-Cedillo L. Factores de riesgo asociados a tenosinovitis estenosante. Estudio de casos y controles. *Cir Ciruj.* 2008; 76:323-327.
10. Arroyo J, Delgado PJ, Fuentes A, Abad JM. Tratamiento quirúrgico de la tenosinovitis estenosante de De Quervain. *Patología del aparato locomotor,* 2007; 5(2): 88-93.
11. Peters-Veluthamaningal C, Van derWindt DW, Meyboom JB. Corticosteroid injection for de Quervain's tenosynovitis in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2006;1:art. No.: CD005616. DOI:10.1002/14651858.CD005616.
12. Walker-Bone K, Palmer KT, Reading I, Coggon D, Cooper C. Prevalence and impact of musculoskeletal disorders of the upper limb in the general population. *Arthritis Rheum.* 2004;51: 642–51.
13. Wolf JM, Sturdivant RX, Owens BD. Incidence of de Quervain's tenosynovitis in a young, active population. *J Hand Surg (Am).* 2009; 34(1):112-5.
14. Yuen A, Coombs CJ. Abductor pollicis longus tendon rupture in De Quervain's disease. *J Hand Surg* 2006; 31B:72-5.
15. Piedrahita H. Evidencias epidemiológicas entre factores de riesgo en el trabajo y los desordenes musculoesqueléticos. *Mapfre Medicina.* 2004; 15(3):62-71.
16. Turhan N, Amat C, Akyuz M, Cakci A. Ergonomic risk factors for cumulative trauma disorders in VDU operators. *Int J Occup Saf Ergon.* 2008;14(4):417-22.
17. Simmer-Beck M, Bray KK, Branson B, Claros A, Weeks J. Comparison of muscle activity associated with structural differences in dental hygiene mirrors. *J Dent Hyg.* 2006;1:8-18.
18. Chin, Douglas H C L Jones, Neil F. Repetitive motion hand disorders. *Journal of the California Dental Association.* 2002; 30(2):2-8.
19. Fred Mckenzie, John Storment, Pattie Van Hook, Thomas J. Armstrong. A Program for Control of Repetitive Trauma Disorders Associated With Hand Tool Operations in a Telecommunications Manufacturing Facility. *American Industrial Hygiene Association Journal.* 1985; 46(11): 674 – 678.
20. KT Palmer Harris EC, Coggon. Compensating occupationally related tenosynovitis and epicondylitis: a literatura review. *Occupational Medicine* 2007; 57:67-74.
21. Veito TH, Hysing M, Eriksen HR. Low back pain interventions at the workplace: a systematic literature review. *Occupational Medicine* 2004; 54:3-13.
22. Fred Mckenzie, John Storment, Pattie Van Hook, Thomas J. Armstrong. A Program for Control of Repetitive Trauma Disorders Associated With Hand Tool Operations in a Telecommunications Manufacturing Facility. *American Industrial Hygiene Association Journal.* 1985; 46(11): 674-678.
23. García AM, Gadea R, Sevilla MJ, Genis S, Ronda E. Ergonomía participativa: empoderamiento de los trabajadores para la prevención de trastornos musculoesqueléticos. *Rev Esp Salud Pública* 2009; 83: 509-518.
24. Jamjumrus N, Nanthavanij S. Ergonomic intervention for improving work postures during notebook computer operation. *J Hum Ergol (Tokyo).* 2008 Jun;37(1):23-33.
25. Jones T, Kumar S. Comparison of ergonomic risk assessment output in a repetitive sawmill occupation: trim-saw operator. *Work* 2008;31(4):367-76.
26. Hagberg M, Silverstein B, Wells R, et al. *Work related musculoskeletal disorders (WRMDs): a reference book for prevention.* London: Taylor & Francis, 1995
27. WS Marras, RG Cutlip, SE Burt, TR Waters. National occupational research agenda (NORA) future directions in occupational musculoskeletal disorder health research. *Applied Ergonomics.* 2009; 40(1): 15-22.
28. Cole D, Riviliis I, Van Eerd D, Kullen K, Irvin E, Kramer D. Effectiveness of participatory ergonomic interventions: a systematic review. *Overview.* Toronto: Institute for work & Health, 2005; 5-9.
29. Riviliis I, Van Eerd D, Cullen K, Cole D, Irvin E, Tyson J et al.. Effectiveness of participatory ergonomic interventions on health outcomes: A systematic review. *Appl Ergon* 2008;39:342-58.
30. N. Jain, V. Rachapalli. Ergonomics in radiology. (February 2009). Volume 64, Issue 2, Pages 119-126.
31. Turner JA et al. Prediction of chronic disability in work-related musculoskeletal disorders: a prospective, populationbased study. *BMC Musculoskeletal disorders.* 2004; 5(14):1-7.
32. Layana E, Artieda L, Berloqui AM. Recaidas por enfermedades profesionales em un registro poblacional de declaración de casos (1989-1998). *Arch Per Riesgos Labor* 2000;3(2):55-60.
33. Losada, A. (2004). Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/losada-edadismo-01.pdf>

TABLAS Y FIGURAS

TABLAS

Tabla 1. Número y porcentaje de pacientes, número total de recaídas y probabilidad de recaída al año, según variables sociodemográficas, laborales y clínicas. Asepeyo, 2006-2009.

Variables	n	(%)	Nº total de recaídas	Probabilidad de recaída	(IC 95%)
Sexo					
Hombre	15	(28,8)	2	6,7	(0,9 - 38,7)
Mujer	37	(71,2)	11	29,8	(17,8 - 47,4)
Edad (años) (mediana, p25; p75)					
≤ 34	14	(25,0)	3	21,4	(7,5 - 52,8)
35-44	17	(33,3)	5	23,5	(9,6 - 51,2)
45-54	12	(23,5)	2	16,7	(4,5 - 51,8)
≥ 55	9	(17,6)	3	33,3	(12,2 - 71,8)
Ocupación					
Administrativo/a, informático/a, cajero/a	8	(15,4)	1	12,5	(8,8 - 59,2)
Montador/a, albañil, mecánico/a, carpintero/a	12	(23,1)	3	25,0	(8,8 - 59,2)
Carnicero/a, cocinero/a, pescadero/a, peluquero/a	12	(23,1)	3	25,0	(19,6 - 88,9)
Modisto/a, analista químico/a	6	(11,5)	3	50,0	(1,9 - 61,3)
Otros ^a	14	(26,9)	3	22,1	(3,8 - 46,1)
Antigüedad (mediana, p25; p75)					
<10 años	23	(44,2)	6	26,1	(12,7 - 49,1)
10-20 años	18	(34,6)	2	11,1	(2,9 - 37,6)
>20 años	11	(21,2)	5	36,4	(15,5 - 70,3)
Factores de riesgo ^b					
Movimientos repetitivos					
Sí	43	(82,7)	12	25,6	(15,1 - 41,4)
No	9	(17,3)	1	11,1	(1,6 - 56,7)
Posturas forzadas					
Sí	5	(9,6)	2	40,0	(11,8 - 87,4)
No	47	(90,4)	11	21,3	(12,1 - 36,0)
Fuerza manual					
Sí	31	(59,6)	7	19,5	(9,3 - 38,3)
No	21	(40,4)	6	28,6	(13,9 - 52,9)
Herramientas utilizadas ^b					
Vibratorias					
Sí	7	(13,5)	0	0	- -
No	45	(86,5)	12	26,7	(16,2 - 42,3)
Empuñamiento					
Sí	32	(61,5)	7	18,8	(8,9 - 37,1)
No	20	(39,6)	6	30,0	(14,8 - 54,9)
Pinza					
Sí	27	(51,9)	10	33,3	(18,9 - 54,3)
No	25	(49,1)	3	12,0	(4,0 - 32,7)
Presión					
Sí	7	(13,5)	1	14,3	(2,1 - 66,6)
No	45	(86,5)	12	24,4	(14,4 - 39,8)
Contingencia profesional					
Accidente de trabajo (AT)	17	(32,7)	2	11,8	(3,1 - 39,4)
Enfermedad profesional (EP)	35	(67,3)	11	28,6	(16,5 - 46,6)
Tiempo de IT ^c desde la intervención (mediana en días, p25; p75)					
≤ 1 mes	9	(17,3)	2	22,2	(6,1 - 63,5)
1-2 meses	29	(55,8)	6	17,2	(7,6 - 36,6)
2-3 meses	9	(17,3)	2	22,2	(6,1 - 63,5)
≥ 3 meses	5	(9,6)	3	60,0	(24,7 - 94,8)
Total	52	(100)	13	23,1	(13,9 - 37,1)

Tabla 1. (Continuación)

Variables	n	(%)	Nº total de recaídas	Probabilidad de recaída	(IC 95%)
Complicaciones post-quirúrgicas					
Ninguna	40	76,9	9	22,6	(12,4 - 38,9)
Alguna	12	23,1	4	25,0	(8,8 - 59,2)
Reincorporación laboral^d					
Al mismo puesto de trabajo sin medidas	28	(53,8)	10	32,1	(18,2 - 52,7)
Al mismo puesto de trabajo readaptado	10	(19,2)	1	11,1	(1,6 - 56,7)
Cambio de puesto de trabajo sin medidas	3	(5,8)	1	33,3	(5,5 - 94,6)
Cambio de puesto de trabajo con medidas	4	(7,7)	1	25,0	(3,9 - 87,2)
Finalización del contrato	7	(13,5)	0	0,0	-
Reincorporación laboral global					
Sin medidas preventivas implantadas	31	(59,6)	11	32,3	(18,8 - 51,7)
Con medidas preventivas implantadas	21	(40,4)	2	9,8	(2,5 - 33,8)
Total	52	(100)	13	23,1	(13,9 - 37,1)

^a Otros: limpieza, maquinista, granjero/a, seguridad, monitor/a.

^b Pueden coexistir más de un factor de riesgo y herramienta utilizada en un mismo trabajador.

^c IT: Incapacidad temporal.

^d Tipo de reincorporación laboral según hayan sido implementadas las medidas preventivas.

Tabla 2. Riesgo instantáneo de recaída crudo, ajustado e intervalo de confianza al 95% según reincorporación laboral, variables sociodemográficas, clínicas y laborales. Asepeyo, 2006-2009.

Variables	HR _c *	IC 95%	p	HR _a **	IC 95%	p
Reincorporación laboral						
Con medidas preventivas implantadas	1			1		
Sin medidas preventivas implantadas	4,57	(1,01 - 20,65)	0,048	8,48	(1,27 - 56,71)	0,028
Sexo						
Hombre	1			1		
Mujer	2,45	(0,54 - 11,07)	0,244	3,17	(0,41 - 24,45)	0,268
Edad (años)						
≤34	1			1		
35-44	1,41	(0,34 - 5,91)	0,637	0,82	(0,12 - 5,78)	0,845
45-54	0,73	(0,12 - 4,39)	0,734	0,53	(0,07 - 4,21)	0,551
≥55	1,62	(0,33 - 8,02)	0,557	1,17	(0,14 - 9,69)	0,888
Ocupación						
Administrativo/a, informático/a, cajero/a	1			1		
Montador/a, albañil, mecánico/a, carpintero/a	2,08	(0,22 - 20,04)	0,525	0,47	(0,07 - 3,47)	0,464
Carnicero/a, cocinero/a, pescadero/a, peluquero/a	2,06	(0,22 - 19,84)	0,531	3,83	(0,21 - 69,86)	0,365
Modisto/a, analista químico/a	5,35	(0,56 - 51,53)	0,147	0,51	(0,26 - 9,86)	0,652
Otros ^a	1,73	(0,18 - 16,66)	0,634	1,03	(0,15 - 7,18)	0,974
Tipo de contingencia						
Accidente de trabajo	1			1		
Enfermedad profesional	2,91	(0,64 - 13,13)	0,165	1,37	(0,24 - 7,80)	0,724
Complicaciones post-quirúrgicas						
Ninguna	1			1		
Alguna	1,58	(0,49 - 5,13)	0,448	0,64	(0,10 - 4,04)	0,635
Tiempo de IT^b desde la intervención						
≤ 1 mes	1			1		
1-2 meses	0,94	(0,19 - 4,64)	0,936	1,49	(0,26 - 8,72)	0,656
2-3 meses	1,13	(0,16 - 8,02)	0,904	1,84	(0,17 - 19,45)	0,613
≥ 3 meses	3,21	(0,54 - 19,27)	0,202	5,49	(0,65 - 46,14)	0,117

*HR_c: Razón de riesgos instantáneos (hazard ratios) crudo.

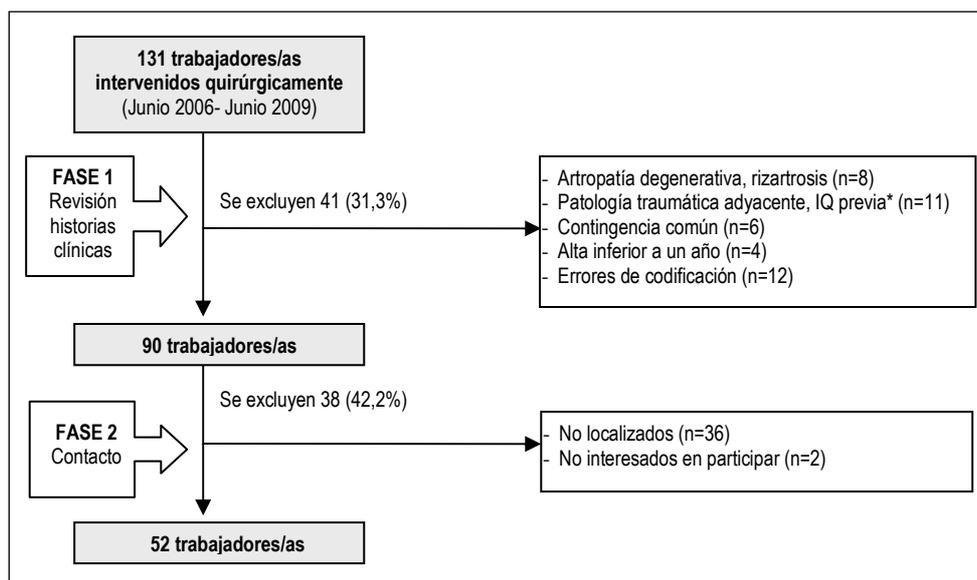
**HR_a: Razón de riesgos instantáneos (hazard ratios) ajustado por el resto de variables que aparecen en la tabla.

^a Otros: limpieza, maquinista, granjero/a, seguridad, monitor/a.

^b IT Incapacidad temporal

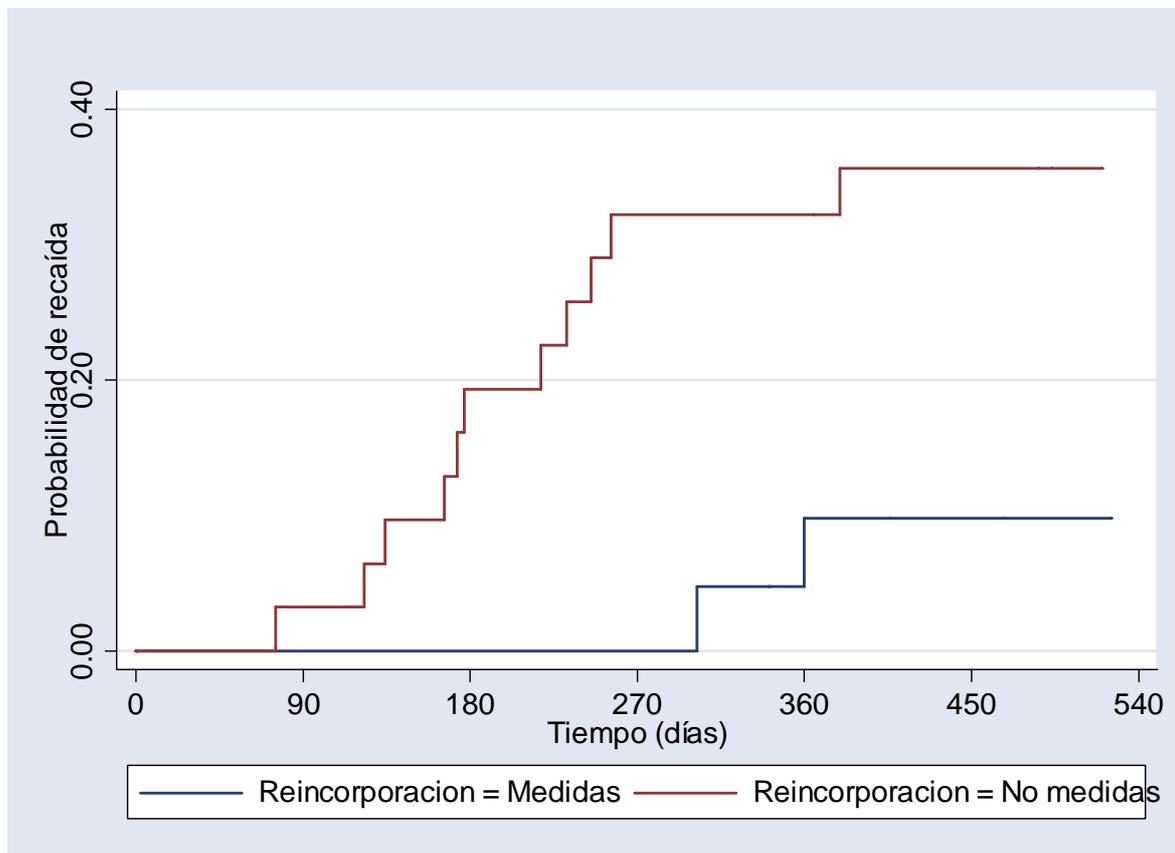
FIGURAS

Figura 1. Fases del estudio



* IQ previa: intervención quirúrgica previa

Figura 2. Probabilidad de recaída en función del tiempo de seguimiento según adopte (Reincorporación = medidas) o no adopte medidas preventivas (Reincorporación = no medidas).



ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARTICIPACIÓN ESTUDIO CIENTIFICO DE TENOSINOVITIS DE DE QUERVAIN

Los miembros del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Asepeyo Sant Cugat, junto con miembros de Medicina del Trabajo, periódicamente realizan evaluaciones de los tratamientos que ofrecen con el fin de brindarles la mejor atención médica a sus pacientes. Con este fin estamos realizando una revisión de los resultados clínicos en los pacientes que como usted se han sometido a una Reparación Quirúrgica de Tenosinovitis de De Quervain.

Esta es la única manera que tenemos de conocer si el tratamiento que ofrecemos tiene los resultados que deseamos y si se debería seguir ofreciendo esta opción terapéutica a nuestros usuarios.

Por esta razón le invitamos a participar acudiendo a nuestro hospital para hacerle una entrevista médica y medir la fuerza a nivel de la mano y muñeca mediante una prueba indolora e inocua. Es importante señalar que su participación es totalmente voluntaria y que la información que obtengamos únicamente se utilizara con fines científicos. Asimismo, si decide participar en el estudio, podrá retirarse en el momento que lo desee, respetando su decisión en su integridad.

Atentamente

Dr./Dra.

Acepto participar en la evaluación de la Reparación Quirúrgica de una Tenosinovitis de De Quervain que realiza el servicio Cirugía Ortopédica y Traumatología y Medicina del Trabajo del Hospital Asepeyo Sant Cugat y que los datos que acerca de esta patología se encuentren en la Historia Clínica sean incorporados en un fichero electrónico que será usado únicamente con fines científicos.

Atentamente

EL PACIENTE

ANEXO 2: CUESTIONARIO

DATOS PERSONALES:

NHC: [.....]
 NIF: [.....]
 Edad []
 Sexo []
 1: Hombre; 2: Mujer
 Lateralidad []
 1: Izquierda; 2: Derecha; 3: Bilateral
 Dominancia []
 1: Izquierda; 2: Derecha; 3: Ambidiestro
 Antecedentes traumáticos []
 1: No; 2: Si
 Actividad extralaboral de riesgo []
 1: No; 2: Si

HISTORIA LABORAL:

DATOS LABORALES PREVIOS:

Actividad económica empresa	Ocupación	Tareas	FR ergonómicos	Tiempo (meses)

Actividad laboral previa con riesgo []
 1: No; 2: Si

DATOS LABORALES PREVIOS:

Actividad económica empresa CNAE []
 Ocupación CNO []
 Tareas realizadas (descripción)
 FR ergonómicos : - MR []
 - PF []
 - FM []
 Antigüedad (años) []
 Jornada laboral []
 1: Parcial; 2: Media; 3: Completa
 Herramientas utilizadas (descripción):
 Herramientas utilizadas: - Vibración []
 1: No; 2: Si - Empuñamiento []
 - Pinza []
 - Presión []
 - Otras
 Tiempo de tarea/ciclo []
 1: Largo(>2min); 2: Moderado(30seg-2min); 3: Corto(<30seg)
 Turnos de trabajo []
 1: No; 2: Si
 Medidas de prevención previas: - Información FR []
 1: No; 2: Si - Ergonómicas []
 - Pausas regladas []
 - Otras []

DATOS CLINICOS:

Fecha primera visita [/ /]

Pruebas complementarias realizadas: - RX..... []

1: No; 2: Si

- Ecografia []
- RM []
- Gammagrafia []
- TC []

Tratamiento conservador realizado (al margen de AINES + inmovilización) []

1: Nada; 2: RHB; 3: Infiltraciones**

En caso de RHB: - Fecha inicio RHB [/ /]

- Fecha final RHB [/ /]

En caso de infiltraciones: número []

Fecha IQ [/ /]

Tipo de incisión []

1: transversa; 2: en V invertida; 3: otra

Tiempo de IQ []

Tiempo de isquemia []

Presión manguito []

COMPLICACIONES POST-QUIRÚRGICAS: - Infección..... []

1: No; 2: Si

- Cicatriz dolorosa []
- Lesión neurológica []
- Otras []

SECUELAS SUBJETIVAS: - Pérdida de fuerza []

- Limitación movilidad []
- Parestesias []
- Anestesia []
- Otras []

VALORACIÓN SUBJETIVA: - Se encuentra muy bien []

1: No; 2: Si

- Tiene alguna molestia []
- Tiene dificultad para realizar sus tareas habituales []
- Considera que presenta menor rendimiento laboral..... []
- Otras []

Dolor (EVA) Escala del dolor de (1 a 10)..... []

Finkelstein (1:neg;2: pos)..... []

DATOS LABORALES A LA REINCORPORACIÓN

Recaídas []

1: No; 2: Si

En caso afirmativo, fecha de recaída.....[/ /]

Partes de IT:

- Fecha inicio IT [/ /] [/ /] [/ /]
- Fecha fin IT [/ /] [/ /] [/ /]

Ocupación: []

Herramientas utilizadas: Vibración.....Empuñamiento..... Pinza..... Presión []

FR ergonómicos: FM..... MR..... PF.....

Reincorporación laboral []

1: Al mismo puesto de trabajo; 2: Idem readaptado; 3: Cambio de puesto con riesgo;

4: Cambio de puesto sin riesgo; 5: Finalización del contrato 6: Despido;

7: Incapacidad: grado..... 8:Otras

Medidas preventivas posteriores adoptadas en la empresa: - Información FR []

1: No; 2: Si

- Ergonómicas..... []
- Pausas regladas..... []
- Otras..... []

Fecha realización:

ANEXO 3. TABLA COMPARATIVA DE LOS TRABAJADORES PARTICIPANTES Y NO PARTICIPANTES

	Participantes		No participantes		p
	n	(%)	n	(%)	
Sexo					
Hombre	15	(28,8)	13	(34,2)	0,648
Mujer	37	(71,2)	25	(65,8)	
Edad (años)					
≤ 34	14	(25,0)	11	(28,9)	0,412
35-44	17	(33,3)	14	(36,8)	
45-54	12	(23,5)	11	(28,9)	
≥ 55	9	(17,6)	2	(5,3)	
Contingencia profesional					
Accidente de trabajo	17	(32,7)	14	(36,8)	0,823
Enfermedad profesional	35	(67,3)	24	(63,2)	
Ocupación^c					
Montador/a, soldador/a	8	(15,4)	6	(15,8)	0,427
Carnicero/a, pescadero/a	5	(9,6)	4	(10,5)	
Modista, costurera	4	(7,7)	3	(7,9)	
Administratvo/a	4	(7,7)	0	(0,0)	
Albañil	3	(5,8)	2	(5,3)	
Analista químico/a	3	(5,8)	2	(5,3)	
Cajero/a, reponedor/a	3	(5,8)	5	(13,2)	
Cocinero/a	3	(5,8)	1	(2,6)	
Personal de limpieza	3	(5,8)	4	(10,5)	
Otros	16	(30,8)	4	(10,5)	
Total	52	(100)	38	(100)	

