

Reincorporación al trabajo tras un accidente medular

Itziar Isidoro, Honorio Marín, Begoña Martínez-Jarreta,
Santiago Gascón y Blanca Bell

La lesión medular traumática (L.M.) es una alteración que, a menudo, se produce en gente joven y conlleva importantes secuelas motoras y sensitivas, condicionando su vida social y laboral. En muchas ocasiones, los individuos quedan incapacitados para el desempeño de un trabajo, o bien no pueden retomar a su puesto anterior, precisando un cambio profesional, o requieren de adaptaciones especiales para reincorporarse a su trabajo.

El objetivo de este trabajo es descriptivo, analizando una muestra de 30 pacientes en edad laboral con L.M. traumática producida en los últimos 5 años, para cuantificar el grado de reinserción laboral y analizar las condiciones en que se produce y los factores que la favorecen.

Palabras clave: lesión medular, reintegración laboral, rehabilitación.

LESIONES MEDULARES

La lesión medular espinal es una de las discapacidades más trágicas que le pueden suceder a una persona. Esto es debido a que tal lesión conlleva un déficit sensitivo y/o motor a distintos niveles, además de una disfunción vesical e intestinal.

Descrita con detalle por Hipócrates en el año 400 a. C. en su libro “*Sobre las articulaciones*”, no fue hasta después de la Segunda Guerra Mundial cuando la lesión medular se convirtió en un auténtico problema social, ya que hasta ese momento lo habitual era que quienes la padecían fallecieran antes del primer año.

Afortunadamente ha habido grandes avances en el tratamiento y seguimiento de esta patología, con lo que se ha conseguido reducir considerablemente la mortalidad en la fase aguda y se ha alargado la supervivencia con una calidad de vida aceptable (Mazaira Álvarez, Ortiz Monzó, Labarta; 1995). De tal modo que, en la actualidad y transcurrida la fase aguda, los objetivos de los equipos de tratamiento multidisciplinar (Miranda Mayordomo, 2004) son los de conseguir que el individuo logre la máxima autonomía e independencia funcional que le permitan integrarse en la sociedad.

La lesión medular traumática es una alteración que a menudo se produce en gente joven

y conlleva importantes secuelas motoras y sensitivas que condicionan tanto la vida social como laboral del individuo. Estas limitaciones funcionales con frecuencia incapacitan al individuo para llevar una vida laboral activa. En otros casos estos pacientes no pueden retornar a su puesto de trabajo precisando un cambio de profesión. Muchos de estos individuos cuando se reincorporan al mundo laboral precisan adaptaciones especiales para ello.

EPIDEMIOLOGÍA Y CONCEPTOS

Se entiende por lesión medular aquellas alteraciones de la médula espinal que dan lugar a la aparición de síntomas motores, sensitivos o de disfunción autónoma por debajo de la lesión. La intensidad y gravedad del daño estará en función del nivel metamérico donde asiente la lesión de la médula espinal, la causa, y el tipo de lesión (completa o incompleta).

Se denomina paraplejia a cualquier deterioro parcial o total de la motricidad de miembros inferiores relacionado con la lesión de la médula espinal. Si también afecta de alguna forma a los miembros superiores se denomina tetraplejia.

En Estados Unidos se calcula una incidencia de entre 25 y 30 por 100.000 habitantes (Anderson y Anderson, 2004). En España se estima una incidencia aproximada de 14 a 16 por millón de habitantes (Miranda Mayordomo, 2004). Aunque las campañas preventivas llevadas a cabo por organismos oficiales, como la Jefatura Central de Tráfico, han logrado potenciar el uso del cinturón de seguridad, la principal causa de estas lesiones en menores de 50 años continúan siendo los accidentes de tráfico. Los pacientes que sufren una lesión medular traumática se ven obligados a afrontar importantes cambios en sus vidas. Con variaciones, según la afectación, estas lesiones conllevan distintos grados de discapacidad. A este

hecho se suma que habitualmente se trata de pacientes jóvenes y se produce en circunstancias dramáticas, ya sean accidentes de tráfico (lo más frecuente), accidentes deportivos (salto de trampolín, rafting,...), precipitaciones (casuales, autolíticas,...). Tanto el paciente como sus familiares afrontan una serie de cambios drásticos en sus vidas.

Según la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, se entiende por minusvalía *“la situación de desventaja de un individuo a consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que le limita o impide el desempeño de un rol que sería normal en su caso, en función de la edad, el sexo, y factores sociales y culturales”* (OMS, 1980).

Tras una lesión, la Rehabilitación buscará potenciar las cualidades y funciones del individuo para conseguir la máxima autonomía, poniendo a su alcance los distintos recursos de que dispone para lograrlo. El objetivo primordial es que el paciente sea lo más autónomo y válido posible para sus autocuidados y para la realización de las actividades de la vida diaria (AVDs). Cuando esto se alcanza, en mayor o menor medida y dentro de las posibilidades de cada paciente, el objetivo será el de lograr la reinsertión social y, si es posible, laboral. Sin embargo, las limitaciones del individuo le obligan en muchos casos a cambiar de profesión. Con frecuencia se hacen necesarios dispositivos de ayuda que le permitan realizar el trabajo. En otros casos las empresas deben realizar adaptaciones arquitectónicas que favorezcan la accesibilidad del discapacitado.

Otra opción para estos pacientes son las Empresas de apoyo al Minusválido, como la Fundación O.N.C.E. (Organización Nacional de Ciegos de España) o D.F.A. (Disminuidos Físicos de Aragón), donde pueden conseguir trabajos adaptados o donde colaboran de forma voluntaria, teniendo así una ocupación

y haciendo una importante contribución social al ayudar a otros discapacitados.

Un aspecto fundamental para garantizar el bienestar del individuo, es lograr que se sienta útil. En los últimos años, desde los organismos públicos (Ministerio de Asuntos Sociales) y privados (como la Fundación O.N.C.E., entre otras) se ha potenciado y tratado de favorecer la integración de los discapacitados. Con estas maniobras se han conseguido objetivos como el de reducir las barreras arquitectónicas, lograr una mayor aceptación social, mejorar la reinserción laboral de los invidentes, de las personas afectadas de síndrome de Down. Pero, ¿ha ocurrido lo mismo con el individuo portador de una lesión medular?

EL PROCESO DE REHABILITACIÓN EN LESIONADOS MEDULARES

El tratamiento inicial del paciente con lesión medular constituye una urgencia. Lo primordial en un primer momento es el soporte vital, establecer la necesidad de estabilización quirúrgica de la lesión vertebral y el tratamiento de las lesiones asociadas. En esta primera fase, cuya duración puede oscilar entre una semana y 40 días, además de la vigilancia estrecha para evitar la aparición (y en su caso tratar a tiempo las complicaciones neurológicas, ortopédicas, tróficas, vegetativas... que puedan surgir) se realiza Cinesiterapia Respiratoria y Cinesiterapia para mantenimiento de recorridos articulares en zonas infralesionales y de trabajo activo por encima de la lesión (García Reneses y Col., 2004).

En una segunda fase que se prolonga entre 5 y 8 meses, respetando el nuevo equilibrio funcional se van programando distintos tipos de actividades progresivas que persiguen enseñar actividades aparentemente tan sencillas como moverse en la cama, utilizar la silla (que será

el elemento indispensable para sus desplazamientos), realizar transferencias (pasar de un soporte a otro) y en los casos en que sea posible se realiza la reeducación de la marcha con los dispositivos que se precisen (ortesis, bastones, etc.). También se trabajará en el aprendizaje de las funciones de autocuidado.

En una tercera fase, denominada readaptación, se contemplan hechos tan importantes para el bienestar del individuo como el regreso al domicilio (en muchos casos se ven obligados a cambiar de vivienda, en otros tienen que hacer modificaciones arquitectónicas); la conducción del automóvil (cuando es factible); la readaptación al deporte, que es el mejor complemento para la rehabilitación. En esta fase se suele contemplar la readaptación profesional (Thoumie, Thevenin-Lemoine, Josse, 2003), que en el caso de los parapléjicos pasa por la información y sensibilización de los poderes públicos. Los obstáculos para la reintegración se deben sobre todo a problemas de accesibilidad y acondicionamiento en el puesto de trabajo. Además, no se debería penalizar al discapacitado que trabaja reduciéndole el subsidio por minusvalía.

Por último, en una fase posterior, se realiza un seguimiento periódico para prevenir la aparición de complicaciones y en su caso tratarlas a tiempo.

OBJETIVOS DEL TRABAJO

El objetivo principal de este trabajo es el de realizar un estudio descriptivo de una muestra de pacientes que hayan presentado lesiones medulares traumáticas en los últimos 5 años. Se trata de cuantificar el grado de reinserción laboral y analizar en qué condiciones se produce. Así se analizará cuántos vuelven a su puesto de trabajo previo, cuántos a la misma empresa, cuántos precisan adaptaciones, etc.

Otros objetivos son los de analizar los factores que favorecen o no la reintegración: en qué medida influye el nivel de la lesión, el grado de la minusvalía y otras variables relacionadas con el sujeto.

MATERIAL Y MÉTODOS

PARTICIPANTES

Se seleccionó una muestra de 35 pacientes de entre los atendidos en la Unidad de Lesionados Medulares del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, entre los años 1999 y 2003.

- *Criterios de inclusión:* Pacientes entre 18 y 55 años que hubieran sufrido una lesión medular de origen traumático.
- *Criterios de exclusión:* lesionados medulares de origen médico, dado que la comorbilidad podría influir en el resultado. En cuanto a la edad se excluyen los menores de 18 años por no estar en edad laboral y no se incluyen los pacientes mayores de 55 años, dado que en muchas ocasiones se les ofrece la posibilidad de jubilación anticipada.

HERRAMIENTAS

Los pacientes son revisados en las consultas externas de la Unidad. Durante la consulta la evaluación se realizará en tres secciones:

1. *Revisión del historial:* Se recogen datos relativos a la lesión medular: mecanismo de producción, necesidad de intervención inicial, lesiones asociadas, etc.
2. *Objetivos alcanzados mediante el tratamiento Rehabilitador:* se evalúan mediante una exploración completa y la utilización de las siguientes escalas de valoración:
 - F.I.M. *Functional Independence Measure* (Rodríguez, 1991): se trata de una escala internacional de valoración funcional que

mediante 18 ítems, a los que se responde con una escala tipo Lickert con valores del 1 al 7, refleja la discapacidad del individuo de manera que cuanto menor sea la puntuación mayor es la dependencia de terceros y por tanto mayor es la discapacidad. Refleja la cantidad de asistencia que precisa el individuo para completar las AVDs.

- A.S.I.A. *American Spinal Injury Association* (Donovan, Chairman, Maynard, 1993): Es un conjunto de normas que pretende estandarizar la clasificación neurológica de los pacientes con lesión medular. Permite clasificarlos en 5 grupos que van desde A, que es el más afectado (lesión más severa) al E, en función del grado de afectación sensitivomotora.

- E.B.D. *Modelo de las Estimaciones Basadas en el Diagnóstico* (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Real Decreto 1971/1999 de 23 de Diciembre) Es un modelo de evaluación de las deficiencias de la columna vertebral que se aplica fundamentalmente en lesiones traumáticas e incluye la deficiencia del paciente en uno de los 8 grados EBD específicos para cada región (cervical, dorsal, lumbosacra). Se consideran déficit menores los grados I y II, intermedios del III al VII, y severo el VIII (que corresponde a una deficiencia del 75%).

3. *Datos relativos la vida laboral del paciente:* Se diseña una hoja de datos demográficos de 10 ítems en la que se recoge: el nivel de estudios, la profesión previa, la actual, si se mantiene el puesto de trabajo, etc. Se analiza a su vez la necesidad o no de adaptaciones o de ayudas técnicas en su medio de trabajo.

ANÁLISIS

Las variables se analizan mediante parámetros de estadística descriptiva. Se describen las variables cuantitativas con la media y la des-

viación estandar (DE) si siguen una distribución normal, y como mediana y rango en caso contrario (Milton- Tsokos, 1992).

RESULTADOS

Se obtiene una muestra de 28 individuos ya que dos pacientes quedan excluidos: uno por no acudir a la consulta, y otro se rechaza por presentar patología asociada no secundaria a la lesión medular. El 68 % (19 del total) eran

hombres y 32 % (9 de la muestra) eran mujeres (gráfico 1).

La media de edad fue de 37,32 años \pm 8,34. La causa más frecuente fue el accidente de tráfico (ATF) que resultó ser la causa en un 68% (19 pacientes), seguida de la precipitación y la caída casual que supuso el 14% (4 lesionados) en cada grupo. Hubo un accidente de trabajo (4 % del total). (Gráfico 2).

La mayoría de los enfermos precisaron tratamiento quirúrgico tras la lesión: 79% (22) respecto al 21% (8) que no lo requirieron (Gráfico 3, de la página siguiente). El procedimiento a menudo consistió en artrodesis de fijación para estabilización de la lesión ósea a los distintos niveles.

Los niveles más frecuentemente afectados fueron el cervical y dorsal con 13 pacientes respectivamente que correspondería al 46,42% de la muestra (92,84%). Sólo en un 7,14 % resultó afectada la zona lumbar (2). (Gráfico 4 de la página siguiente).

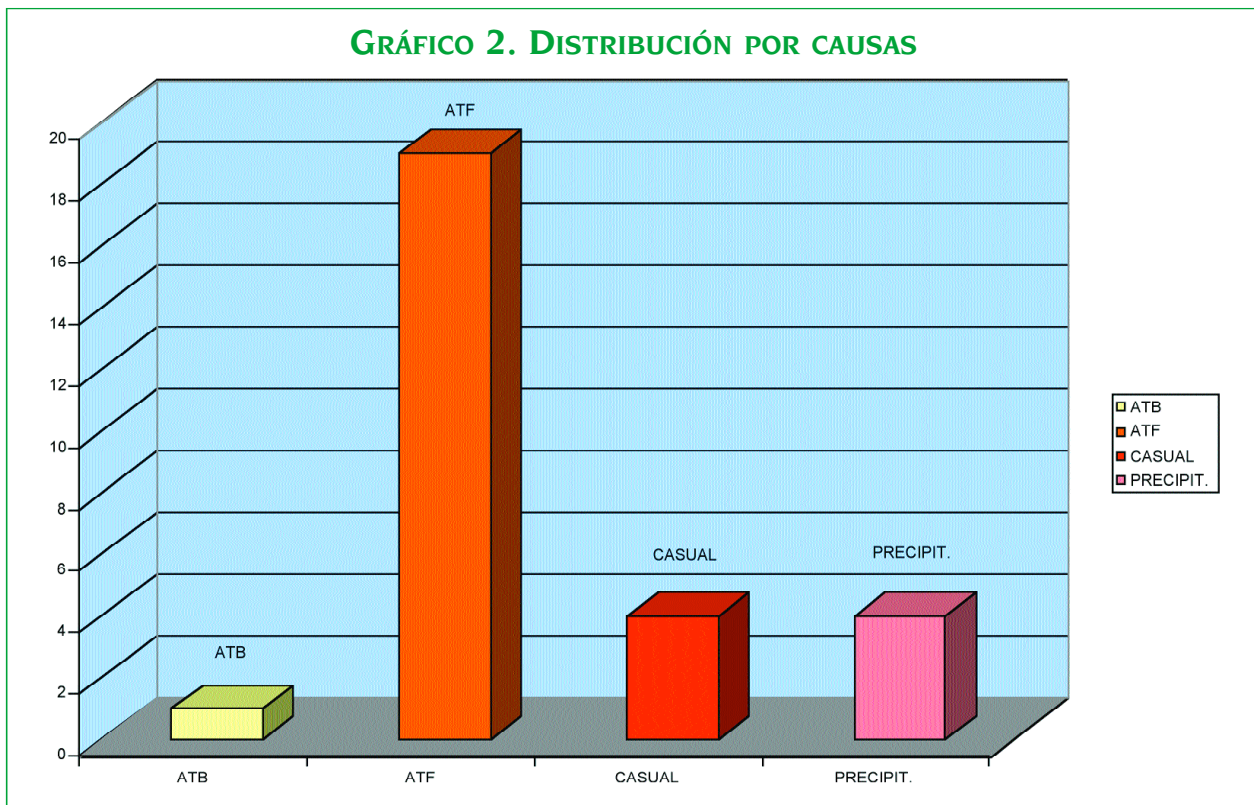
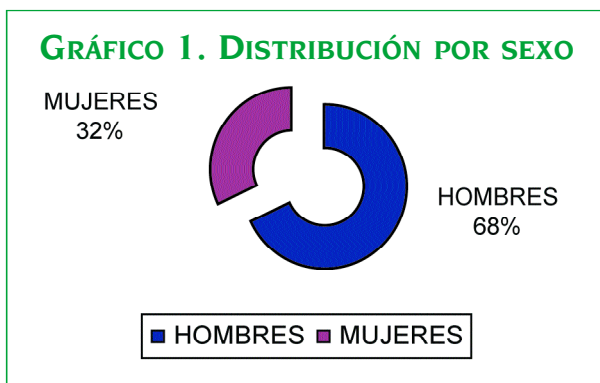


GRÁFICO 3. DISTRIBUCIÓN SEGÚN TRATAMIENTO

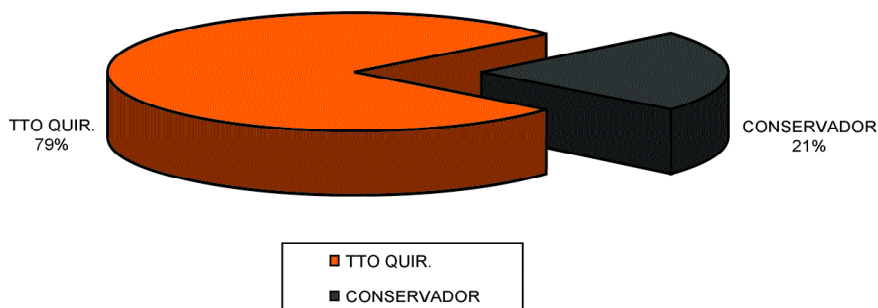


GRÁFICO 4. DISTRIBUCIÓN POR NIVELES

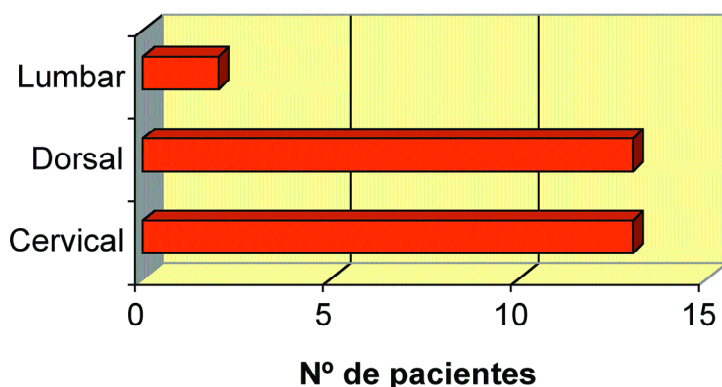
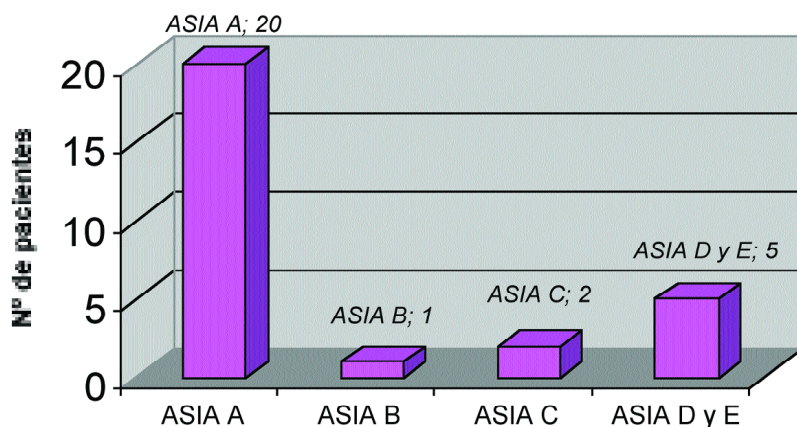


GRÁFICO 5. DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL ASIA



El 71,42 % (20 pacientes) de la nuestra fue clasificado en la escala ASIA en nivel A seguido del 17,85% (5) entre el D y E, 7,14% (2) del C, y 3,57%(1) del B. (Gráfico 5).

tribución: 42,85 % (12) poseían el título de bachillerato, de los cuales volvían a trabajar un tercio 33,33% (4); 32,14%(9) habían cursado Formación profesional (6 de ellos la

El conjunto de pacientes mostró un rango de puntuación entre 38 y 89 sobre 91 en la escala FIM, siendo la media de 66,82 +/- 12,59. A su vez 23 pacientes (82,14%) presentaban un EBD de VIII (que supone un 75% de invalidez), 3 de ellos VII (10,71%) y el resto 2 (7,14%) estaba entre el EBD IV y el VI.

En relación al grado de invalidez un 67,85% (19) de la muestra estudiada disponía de una Incapacidad Permanente Absoluta (I.P.A.) para todo tipo de trabajo; un 7,14% (2) respectivamente una Incapacidad Permanente Parcial para la profesión habitual o una Gran Invalidez; y el resto (17,85%) una Incapacidad Permanente Total para el desempeño de la profesión habitual. Los pacientes con Gran Invalidez y con IPA suman 74,99%. De los pacientes candidatos a la I.P. Absoluta (19) un 15,7% (3) la habían rechazado para continuar trabajando en otro empleo.

En cuanto al nivel de estudios y su relación con la reintegración la muestra mostraba la siguiente distribución:

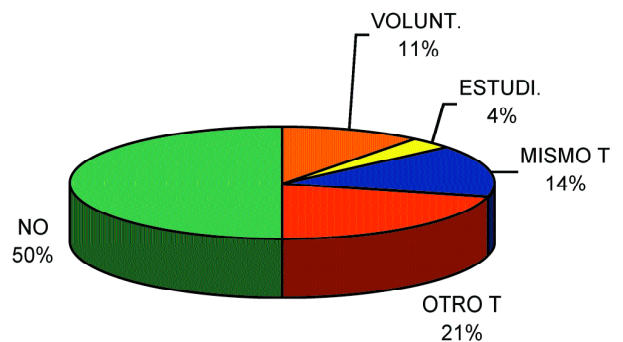
rama administrativa) reincorporándose sólo un tercio de ellos (3); en el caso de los diplomados (10,71%,3) y licenciados (14,28%, 4) todos realizan alguna actividad laboral o voluntaria (Gráfico 6).

La distribución de las ocupaciones laborales previas a la lesión medular fue la siguiente: 23 pacientes (82,14%) trabajaba en el sector servicios, 3 (10,71%) en el agrícola, y 2 (7,14%) en el industrial.

Tras la lesión sólo 1 se incorpora respectivamente al sector agrícola (3,57%) y al sector industrial (3,57%); 7 lo hacen al sector servicios (25%) y 3 lo hacen a empresas de minusválidos (10,71%) (Gráfico 7).

En la actualidad 14 (50%) no trabajan. De ellos al menos 3 (21,42%) lo hacen extraoficialmente y 11 desearían hacerlo (78,58%).

GRÁFICO 8. TRABAJO ACTUAL



De los que han vuelto a trabajar (10 individuos, 35,71%) 4 lo hacen en la misma empresa, suponiendo 40% de los que retornan a la vida laboral. Un 10,71% realiza un trabajo de tipo voluntario. Sólo un 23% se incorpora a un puesto laboral en empresa de discapacitados (Gráfico 8).

Respecto a la afectación y su relación con la reinserción laboral el 38,46% (5 de 13) de los individuos que presentan lesión cervical se reincorpora; de los que presentaron una lesión dorsal el 53,85% (7 de 13) lo hace, mientras que de los afectados a nivel lumbar se reincorpora el 50%. (Ver Gráfico 9 de la página siguiente).

En cuanto a la relación con el nivel ASIA, el 50% de los de nivel A vuelve a trabajar mientras que en el B lo hace el 100% (1 de 1) y en el grupo de lesiones D-E lo hace el 40% (Ver Gráfico 10 de la página siguiente).

A la pregunta “¿desearía trabajar?” el 39,28% de los encuestados respondió que sí.

GRÁFICO 6. ESTUDIOS Y REINCORPORACIÓN

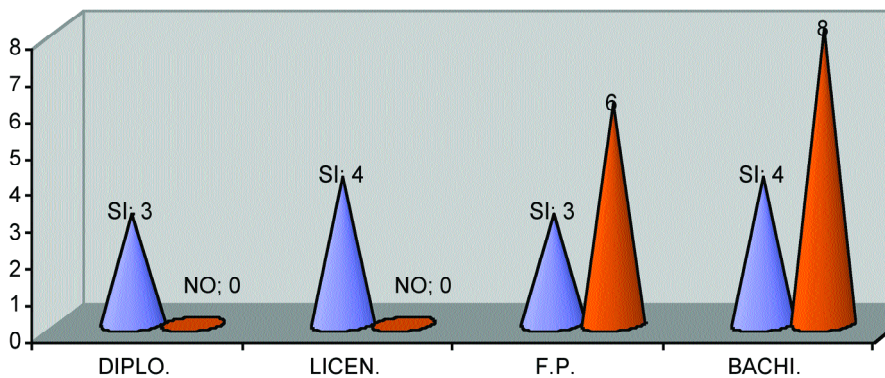


GRÁFICO 7. SECTOR LABORAL Y REINCORPORACIÓN

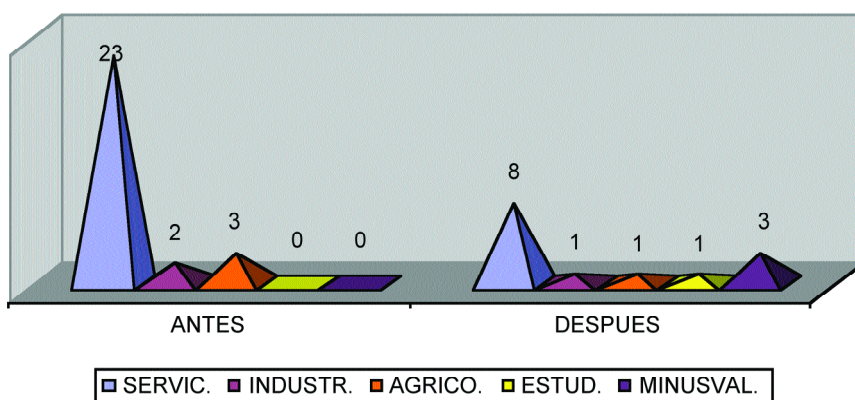


GRÁFICO 9. REINTEGRACIÓN SEGÚN NIVEL DE LESIÓN

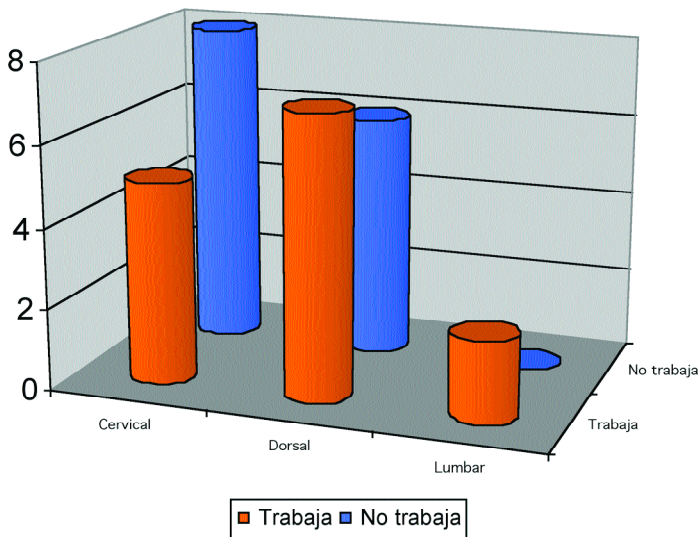
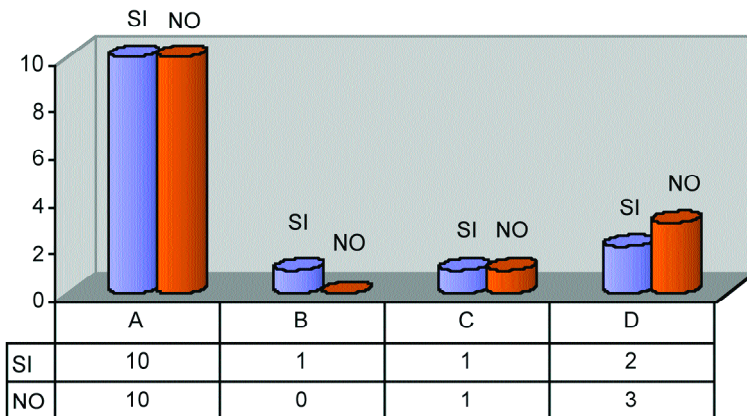


GRÁFICO 10. TRABAJO Y NIVEL ASIA



En cuanto a la necesidad de adaptaciones personales un 38% de los individuos que retornan al trabajo y suelen ser para la extremidad superior. Las adaptaciones de las empresas han sido necesarias en 4 de los casos suponiendo un 30,7% y consistieron en colocación de rampas y ascensores.

DISCUSIÓN

La causa más frecuente de lesión traumática continúa siendo el accidente de tráfico (68%)

que es casi tres veces más frecuente en varones que en mujeres (Marín, Macía, Paniago, 2005) y en la mayoría de los casos es necesario el tratamiento quirúrgico para la estabilización de las fracturas vertebrales.

Según los datos de la muestra utilizada, las lesiones traumáticas de la columna vertebral asientan mayoritariamente a niveles cervicales y dorsales (92,84%). Es pertinente preguntarse si este hecho guarda relación con el uso de cinturón de seguridad y si la banda transversal del mismo es capaz de conseguir una fijación más adecuada en la parte inferior de la columna.

Probablemente el predominio de lesiones altas (cervicales y dorsales) justifique que un alto porcentaje de los pacientes del estudio (71,42%) hayan sido clasificados con un nivel ASIA A. Estos datos concuerdan con el predominio de pacientes que presentan un EBD máximo (grado VIII) que ocurrió en más del 80 % de los individuos de la muestra.

Los datos muestran que entre la Incapacidad Permanente Absoluta y la Gran Invalidez quedan recogidos

casi tres cuartas partes de los pacientes (75%). Un 15% de los pacientes renunciaron a la incapacidad para continuar su actividad profesional. A este respecto cabe destacar que los subsidios correspondientes a ambos tipos de incapacidad dejan de percibirse o se reducen si se realiza algún tipo de actividad laboral. Este hecho justificaría probablemente el que casi un 40 % de los encuestados responda que “desearía trabajar”. Tal cuestión podría ser motivo de otro estudio, ya que probablemente la situación física de estos pacientes les permitiría desarrollar algún tipo de ocupación, pero también

es posible que no les resulte rentable si deben renunciar al subsidio.

Los datos muestran también que se produce mayor incorporación laboral entre las personas con mayor formación intelectual, dado que entre los licenciados y diplomados prácticamente todos trabajan en la actualidad. Sería necesario realizar un análisis por profesiones y características de las mismas para estudiar cómo es esta relación.

Curiosamente predominan las personas que se formaron en la rama administrativa, pero solo se reintegra un tercio de estos pacientes cuando cabría esperar una mayor incorporación, ya que este tipo de empleos no presentan habitualmente grandes exigencias físicas. Por otra parte, era de esperar el hecho de que en el sector agrícola se registre poca reincorporación ya que engloba una serie de ocupaciones que a menudo implican una condición física completa.

Continúan existiendo limitaciones arquitectónicas porque aún un 30% de las empresas precisan realizar adaptaciones. Por otra parte las adaptaciones personales más necesarias son las de miembro superior.

Resulta algo llamativo que sólo un 23% se incorpore en una empresa de Minusválidos. Habría que preguntarse si existen en nuestro país suficientes empresas de este tipo y si realmente desea el parapléjico trabajar en ellas.

La prioridad actual para los lesionados medulares es la de mejorar su calidad de vida, y ello pasa ineludiblemente por potenciar su integración social y laboral. Aunque tal aspecto ha mejorado sustancialmente en los últimos años, sigue siendo necesario seguir estudiando los distintos factores que influyen en este proceso para conseguir que desde las instituciones, tanto públicas como privadas, se continúe en esta dirección favoreciendo así el desarrollo personal del individuo.

BIBLIOGRAFÍA

- Anderson, S., Anderson, D.G. (2004). *Skeletal fracture demographics in spinal cord-injured patients*. *Arch Orthop Trauma Surg*. (3) 124.
- Donovan, W.H., Chairman, M.D., Maynard, F.M. (1993) *Normas para la clasificación Neurológica de pacientes con lesión de la médula espinal*. ASIA.
- García Resines, J.A., Martínez Moreno, M., Moraleda Perez, S. (2004). *Rehabilitación de la lesión medular espinal*. En Miranda Mayordomo (Ed) *Rehabilitación Médica*. (pp. 307-308).
- Marín, H., Macía, M., Paniego, A. (2005). *Etiología de la lesión medular*. *Revista de Rehabilitación*. Vol 39.
- Mazaira Álvarez, J., Ortiz Monzó, F., Labarta, M.C. (1995). *Lesionado Medular Traumático*. Actas Symposium. MAPFRE.
- Milton-Tsokos. (1992). *Estadística para Biología y Ciencias de la Salud*. Madrid, Interamericana-McGraw-Hill.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2000). *Valoración de las minusvalías*. Madrid. Colección Catálogos y Guías del IMSERSO.
- Miranda Mayordomo, J.L. (2004). *Rehabilitación y Medicina Física: Evaluación de la discapacidad*. En Miranda Mayordomo (Ed.), *Rehabilitación Médica*. Madrid, Aula Médica.
- OMS - Organización Mundial de la Salud - (1980). *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*.
- Rodríguez, L.P. (1991). *Medida de la independencia funcional (MIF): Guía para la utilización del sistema de datos uniformes para Medicina Física y Rehabilitación*. Hospital Clínico San Carlos. Universidad Complutense de Madrid.
- Thoumie, P., Thevenin-Lemoine, E., Josse, L. (2003). *Rehabilitación de los parapléjicos y tetrapléjicos adultos*. Enciclopedia Médico Quirúrgica. 26-460-A-10 (Kinesiterapia y Medicina Física). Madrid, Praxis Médica.



"Era de machaqueo en la fábrica de Duro-Felguera". 1899.
José Uría y Uría (1861-1937).
Colección particular. Gijón.