
DOLOR Y TRABAJO

DOCUMENTO
FORMATIVO/INFORMATIVO

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE
ESPECIALISTAS EN MEDICINA DEL
TRABAJO-AEEMT



Coordinación del texto: M^a Teófila Vicente Herrero

Equipo Redactor:

- M^a Victoria Ramírez Iñiguez de la Torre. Médico del Trabajo
- Luisa Capdevila García. Médico del Trabajo
- M^a Jesús Terradillos. García Médico del Trabajo
- Encarna Aguilar Jiménez. Médico del Trabajo
- M^a Teófila Vicente Herrero. Médico del Trabajo



Como citar este texto:

Vicente-Herrero MT (coord.) Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Capdevila García L, Terradillos García MJ, Aguilar Jiménez E, Vicente-Herrero MT. Documento Dolor y Trabajo-2018. Grupo de Trabajo Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT).

ÍNDICE

DOLOR Y TRABAJO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	4
CONSIDERACIONES DEL DOLOR EN SALUD LABORAL	7
EL DOLOR DE CAUSA LABORAL	8
EL DOLOR DENTRO DEL CONCEPTO DE CONTINGENCIA LABORAL.....	10
EL DOLOR Y SU CONSECUENCIA LABORAL	15
EL DOLOR Y SU VALORACIÓN EN DISCAPACIDAD: CRITERIOS.....	17
CONTENIDO DE LA VALORACIÓN	22
EL DOLOR Y SU VALORACIÓN EN INCAPACIDAD: CRITERIOS	23
INTRODUCCIÓN A LA INCAPACIDAD LABORAL.....	23
VALORACIÓN DE LA INCAPACIDAD LABORAL	24
VALORACIÓN DE LA INCAPACIDAD LABORAL POR DOLOR	25
EL DOLOR COMO SECUELA INDEMNIZATORIA	28
EL DOLOR COMO SECUELA INDEMNIZATORIA	28
VALORACIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN POR LESIONES TEMPORALES.....	29
VALORACIÓN POR SECUELAS	30
A.- <i>Perjuicio personal básico</i>	30
B.- <i>Perjuicio personal particular</i>	32
EL DOLOR: SU SIMULACIÓN Y DESPISTAJE	34
CONCEPTO DE SIMULACIÓN EN MEDICINA	34
DIAGNÓSTICO DE LAS CONDUCTAS DE SIMULACIÓN	35
LA GESTIÓN PREVENTIVA DEL DOLOR EN LAS EMPRESAS.	43
TRABAJADOR CON DOLOR	43
ETIOLOGÍA CAUSAL	44
MANEJO CLÍNICO-ASISTENCIAL –INFORMACIÓN LABORAL	44
MANEJO LABORAL-INFORMACIÓN CLÍNICA.....	44
OPCIONES DE MEJORA LABORAL	44
OPCIONES DE MEJORA CLÍNICO ASISTENCIAL	44
BIBLIOGRAFÍA	47

DOLOR Y TRABAJO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

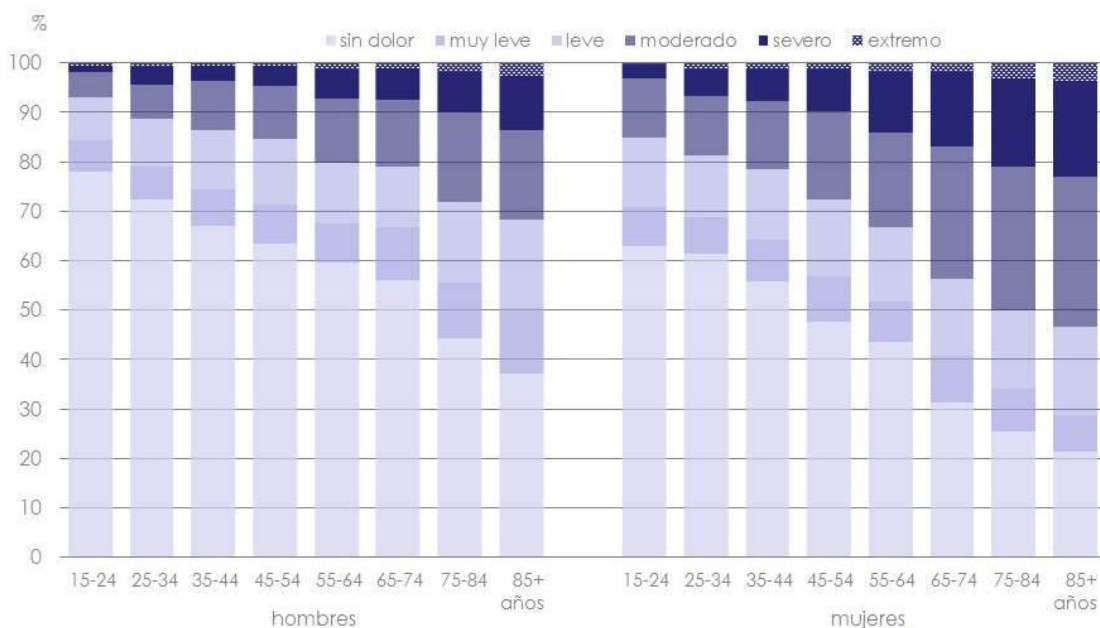
El concepto de dolor se relaciona de forma habitual con el trabajo, tanto por su prevalencia como por su repercusión.

En la Encuesta Europea de Salud en España (ESEE) 2014, realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), que es la parte española de la European Health Interview Survey (EHIS) que coordina la Oficina Europea de Estadística (Eurostat), se destacan las diez enfermedades o problemas de salud que la población de 15 y más años refiere padecer con mayor frecuencia y que son: hipertensión arterial (18,42%), **dolor de espalda crónico (lumbar) (17,34%)**, colesterol alto (16,48%), **artrosis (excluyendo artritis) (16,36%)**, **dolor de espalda crónico (cervical) (14,7%)**, alergia crónica (13,37%), varices en las piernas (9,31%), **migrañas o dolores de cabeza frecuentes (8,27%)**, depresión (6,89%) y ansiedad crónica (6,85%) (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014)

El dolor lumbar y cervical, las patologías reumáticas y, en especial, la artrosis y las cefaleas constituyen de forma global el 56,67% del total de los problemas de salud más prevalentes y todas ellas tienen como característica principal acompañarse de dolor.

En la siguiente gráfica puede verse la proporción de personas de más de 15 años que refieren dolor físico en las últimas cuatro semanas, según sexo y grupo de edad. Con la edad aumenta el porcentaje de personas que sufren dolor y la intensidad del mismo. El 8,12% de la población mayor de 65 años sufre dolor severo o extremo (5,15% de los hombres y 10,96% de las mujeres). Otro 14,39% sufre dolor moderado y el 21,60% leve o muy leve. Esta proporción se incrementa en la población de más de 85 años, y en este rango de edad el 73,06% sufre algún grado de dolor (78,69% mujeres y 62,68% hombres). En todas las edades es más frecuente la presentación de dolor severo o extremo en mujeres, siendo más del doble que en hombres en algunos grupos de edad.

Dolor en el último mes Población de 15+ años. ESEE 2014



Fuente: ESEE 2014 (INE)



El dolor, cuando se mantiene durante periodos de tiempo prolongados o es de gran intensidad, mantiene una relación bidireccional con las alteraciones del sueño. En el mundo del trabajo, algunos estudios han evaluado si las horas de trabajo y el tipo de ocupación se asocian con dolor e insomnio más dolor, especialmente en dolores de tipo musculoesquelético y, de forma concreta, en pilotos de líneas aéreas, trabajadores rurales y trabajadores de fábricas, utilizando para ello índices validados. Las conclusiones de estos trabajos muestran que el trabajo en zonas rurales y el trabajo nocturno son considerados predictores de los resultados asociados de insomnio y dolor. Sin embargo, el dolor musculoesquelético por sí mismo fue un predictor de insomnio, pero no al revés. Los hallazgos actuales sugieren que las horas de trabajo y el tipo de ocupación desempeñan un papel en la relación sueño-dolor (Moreno CR et al, 2016).

El dolor lumbar inespecífico y la ciática son enfermedades prevalentes entre los adultos que trabajan y se han convertido en un problema preocupante de salud ocupacional porque a veces afectan a la continuación o la reanudación del empleo. Los estudios epidemiológicos basados en cuestionarios sobre el consumo de recursos sanitarios de los trabajadores por estas patologías dolorosas han demostrado una mayor prevalencia de estos trastornos en determinados sectores industriales. Son habitualmente más prevalentes entre los trabajadores expuestos a carga lumbar acumulativa, como la manipulación manual, las posturas forzadas del tronco y las vibraciones de cuerpo entero (Petit A, Roquelaure Y, 2015). Esto orienta hacia intervenciones preventivas ergonómicas y de biomecánica para evitar patologías degenerativas de columna lumbar que puedan derivar en procesos de dolor de larga duración y recidivantes.

En muchos tipos de dolor y, especialmente, en dolor cervical como en dolor lumbar, los factores psicosociales y las alteraciones del estado de ánimo juegan un importante papel modulando la sensación del dolor e incrementando su intensidad o duración. Los estudios realizados por algunos autores evidencian que los individuos con alteraciones preexistentes del estado de ánimo (depresión), con escasa resistencia muscular y la inhibición endógena del dolor tienen factores predisponentes para el desarrollo de cervicgia crónica, así como tendencia a la aparición de dolores inespecíficos (Shahidi B et al, 2015).

Todas las ocupaciones exponen a los trabajadores a condiciones laborales diversas ~~variadas~~ y es aceptado que el trabajo influye en la salud de los trabajadores, aunque respecto al dolor cervical y lumbar se desconoce si los factores predictivos de dolor serían específicos de la ocupación. Este es el motivo de que algunos investigadores se hayan centrado en determinar e identificar predictores de dolor crónico de cuello y de lumbalgia en una cohorte concreta de trabajadores de oficina. Los predictores encontrados para el dolor crónico de cuello fueron un alto índice de masa corporal, la extensión frecuente del cuello durante el día de trabajo, el partir de una alta intensidad de dolor inicial y la existencia de elevadas demandas psicológicas en el trabajo. En el caso del desarrollo de dolor lumbar crónico, se asoció con antecedentes de dolor de espalda e intensidad de dolor inicial alta (Sihawong R et al, 2016). Se aconseja por ello para un correcto manejo clínico y preventivo del dolor musculoesquelético crónico tener muy en cuenta la ocupación del paciente y los factores de riesgo laboral, aspecto este para el que se requiere la colaboración del médico del trabajo.

Pero el concepto de dolor y trabajo no puede ser considerado de forma aislada, pues la salud es única y, por ello, tanto los factores de riesgo laboral como los extralaborales han de ser valorados conjuntamente. De hecho, algunos estudios se han centrado de forma concreta en el conflicto trabajo-familia y el dolor musculoesquelético, explorando cómo la interfaz trabajo-vida podría afectar al dolor y llegando a la conclusión de que el conflicto trabajo-familia actúa como un mediador en la relación entre los riesgos laborales presentes en el lugar de trabajo y el número total de regiones corporales en las que se experimentó el dolor

musculoesquelético. El equilibrio trabajo-vida sólo actúa como mediador para riesgos concretos, y únicamente si no se tiene en cuenta el conflicto trabajo-familia. Por ello, las políticas y prácticas que se pongan en marcha para mejorar la interacción trabajo-vida y reducir el conflicto trabajo-familia deben considerarse como componentes integrales de las estrategias de gestión del riesgo de trastornos musculoesqueléticos (Weale VP et al, 2017).

En las enfermedades reumáticas, en las que el dolor es un componente fundamental de la sintomatología, la influencia de las desigualdades socioeconómicas en los resultados de salud sigue siendo poco comprendida, debido tanto a la naturaleza compleja de esos trastornos como a los desafíos metodológicos que rodean la evaluación de la clase social y sus vínculos con la salud. La gama de mecanismos propuestos que subyacen a las disparidades es amplia y abarca numerosos indicadores, como ocupación, ingresos y educación, y varía ampliamente según la enfermedad (Vilen L et al, 2017).

Sin embargo, el abordaje del binomio dolor y trabajo debe tener como punto de partida que cada organización tiene una cultura única y del hecho demostrado de que una cultura organizacional positiva se relaciona con resultados clínicos positivos en el tratamiento del paciente. Una extensa revisión en este aspecto reafirma la idea global, considerando entornos y países diferentes, de que la implantación de culturas empresariales positivas mejora los resultados en salud de las organizaciones (Braithwaite J et al, 2017).

Independientemente del abordaje clínico que se establezca en procesos de dolor y en función de la etiología causal, dentro de las empresas se imponen con frecuencia creciente actividades de promoción de la salud orientadas hacia hábitos de vida saludable, entre los que ocupa un espacio fundamental el ejercicio físico, tanto en lo que supone de mejora global de la salud, como en su faceta de apoyo psicosocial. En algunas empresas se ha valorado específicamente este aspecto concluyendo que mejoraba tanto el control del dolor como la preocupación del trabajador por las limitaciones asociadas a él. El hecho de practicar ejercicio junto con compañeros de trabajo resultó más efectivo que su práctica individual o en el domicilio para mejorar la vitalidad, la preocupación y el control del dolor entre los trabajadores. Y estos beneficios se produjeron a pesar del aumento en el ritmo de trabajo (Jakobsen MD et al, 2017).

Recientemente han proliferado los estudios tendentes a matizar los aspectos de dolor relacionados con el tipo de trabajo desempeñado diferenciando los trabajadores de cuello blanco y los de cuello azul, o también denominados white collar y blue collar. Respecto a prevalencia y el área de dolor referida en los puntos desencadenantes en ambos grupos de trabajadores se observó una cantidad similar de puntos de dolor. Los trabajadores de cuello azul y de cuello blanco exhibieron una cantidad similar de puntos gatillo o puntos de dolor en la musculatura del cuadrante superior, con algunas diferencias en los músculos afectados, pero su distribución no fue significativamente diferente entre los dos grupos (Fernández de las Peñas et al, 2012).

En estudios similares se ha incluido además, el aspecto de ausencia laboral por estas patologías de dolor en cada uno de estos grupos de trabajadores, estimando el impacto del dolor en diferentes regiones del cuerpo y controlando junto con la ausencia por enfermedad aspectos globales de salud, como el índice de masa corporal, el tabaquismo y tener alguna enfermedad diagnosticada. La conclusión de este trabajo evidencia que, si bien el dolor mano / muñeca y el dolor lumbar son factores de riesgo generales, el dolor de cuello / hombro es un factor de riesgo específico entre los trabajadores de cuello blanco y propone intervenciones específicas para controlar o reducir el dolor musculoesquelético atendiendo a estas diferencias por tipo de trabajo desempeñado (Andersen LL et al, 2011).

El estrés laboral y los factores psicosociales son aspectos de importancia creciente en relación con el dolor musculoesquelético, pero sin embargo, existen diferentes conceptualizaciones del estrés laboral, cada una de las cuales enfatiza distintos aspectos del entorno laboral, y se desconoce cuáles de estos aspectos muestran las asociaciones más fuertes con el dolor musculoesquelético. Además, estas asociaciones pueden diferir para los tipos de trabajo de cuello blanco (trabajos no manuales o white collar) versus cuello azul (trabajadores manuales o blue collar), si bien este aspecto no está probado. Trabajos específicos de algunos autores muestran que el desequilibrio esfuerzo-recompensa influye en los síntomas del dolor en ambos grupos ocupacionales, mientras que la correcta organización laboral y la justicia organizacional son predictores significativos independientes solo entre los trabajadores de cuello blanco; y que el control en las demandas laborales tiene una utilidad predictiva aditiva exclusivamente entre los trabajadores de cuello azul. La exposición simultánea a múltiples factores de estrés laboral pareció aumentar los casos de dolor como síntoma (Herr RM et al, 2015).

Los cambios surgidos en las últimas décadas en las formas de trabajo y la tecnificación incorporada en las empresas ha hecho que los enfoques en dolor estén también cambiando y que, junto con todos los aspectos clínicos y terapéuticos, se hayan de valorar los riesgos laborales y los aspectos ligados a la organización del trabajo y factores psicosociales dentro de un enfoque de salud global, que incluya tanto los aspectos laborales como los extralaborales y atienda a consideraciones específicas de dolor en distintos grupos etarios, y, especialmente, tanto entre la población menor de 35 años, como en los mayores de 55 años (Vicente Herrero MT et al, 2015). Lo mismo ocurre en las distintas localizaciones y puntos de dolor que varían en función del trabajo desempeñado (Vicente Herrero MT et al, 2014), así como en la diferente respuesta a las terapias y consiguiente mejora de productividad laboral en relación con el sexo y con el uso fundamentalmente de analgésicos simples y AINEs (Vicente Herrero MT et al, 2016a), todo ello partiendo de un concepto de afectación global de la persona con una patología dolorosa que repercute en todas las esferas de su vida y en las llamadas actividades de la vida diaria (Vicente Herrero MT et al, 2016b).

CONSIDERACIONES DEL DOLOR EN SALUD LABORAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la **salud ocupacional** como una actividad multidisciplinaria que promueve y protege la salud de los trabajadores. Esta disciplina busca controlar los accidentes y las enfermedades mediante la reducción de las condiciones de riesgo.

La Medicina del Trabajo es la especialidad médica que se dedica al estudio de las enfermedades y los accidentes que se producen por causa o consecuencia de la actividad laboral, así como a las medidas de prevención que deben ser adoptadas para evitarlas o aminorar sus consecuencias.

La importancia que tiene el dolor en Salud Laboral parte del interés establecido en preservar la salud y la seguridad de los trabajadores y de la necesidad de abordar de forma global todas aquellas enfermedades que, independientemente de cuál sea su etiología, en algún sentido pueden afectar a la aptitud laboral o verse agravadas o desencadenadas por los riesgos presentes en el puesto de trabajo.

Además, en el ámbito laboral, lo trascendental de detectar y estudiar el dolor es su valor como elemento de diagnóstico o *suceso centinela*, ya que va a indicar la posible presencia de

patologías subyacentes relacionadas con el trabajo. De esta forma, al detectar el dolor éste actúa de factor de alarma que señala la necesidad de realizar una intervención en prevención de riesgos laborales, para así implantar las adecuadas medidas de Seguridad e Higiene industrial y vigilancia específica de la salud por parte del Médico del Trabajo.

Es decir, en el ámbito de la Salud Laboral interesa conocer, por una parte, **cómo repercute el trabajo en el dolor** y, por otra, **cómo interfiere el dolor y su tratamiento en el normal desempeño del trabajo**.

EL DOLOR DE CAUSA LABORAL

El trabajo no es una entidad neutra frente a la salud, ya que puede ayudar a mantener el equilibrio físico y emocional, aunque también puede ser causa de enfermedad o lesiones.

Dentro del dolor crónico, si se excluye a los pacientes oncológicos y el dolor neuropático, la principal causa de dolor son las patologías degenerativas y/o inflamatorias osteoarticulares y musculoesqueléticas. Entre los dolores neurológicos, son especialmente frecuentes las cefaleas crónicas (International Association for the Study of Pain, 1979).

Para un correcto manejo clínico y preventivo del dolor crónico es necesario tener en cuenta la ocupación del paciente y los factores de riesgo laboral a los que está expuesto y que pueden ser causa del dolor o modificar su curso, dentro de un enfoque de salud global que incluya tanto los aspectos laborales como los extralaborales. El trabajo puede influir en el propio dolor iniciando el cuadro, haciéndolo crónico o agravándolo, y así lo reflejan algunos autores en sus publicaciones (Varekamp I et al, 2013).

En lo relativo a la relación del dolor con factores de riesgo ocupacional, diversos estudios se han centrado en este aspecto, especialmente en zonas específicas, como columna cervical y lumbar, codo y hombro (Herquelot E et al, 2014) (Bodin J et al, 2012a, b).

Los resultados de estudios observacionales realizados en ámbito laboral pueden resultar de utilidad, considerando globalmente aspectos sociodemográficos y laborales como potencialmente implicados en la patogenia del dolor, su intensidad y localización.

En un estudio realizado en 2014, Vicente- Herrero y cols. encontraron que las distintas localizaciones y puntos de dolor varían en función del trabajo desempeñado, con discreta tendencia a incrementarse en extremidades inferiores y superiores en los trabajos manuales y en cuello y tórax-espalda en los no manuales, y el número medio de puntos de dolor referidos por los trabajadores es superior en mujeres y en trabajadores no manuales, aumentando a medida que lo hace la edad (Vicente- Herrero et al, 2014).

En el dolor originado o agravado por la realización del trabajo se deben valorar tres tipos de factores de riesgo laboral - físicos, psíquicos y organizacionales - como posibles causantes del dolor. Se destacan en la tabla algunas de las relaciones más relevantes.

Factores de riesgo laboral y su relación con cuadros de dolor		
Tipo de Riesgo	Factor de riesgo	Cuadro/ lesión resultante
Físicos	Manipulación de cargas, vibraciones, posturas forzadas, repetición de movimientos	Lumbalgias, cervicalgias, tendinopatías
Químicos	Exposición a agentes irritantes y corrosivos	Lesiones dérmicas, neuropatías, cefaleas,...

Psicosociales	Estrés, sobrecarga psicológica	Cervicalgias, dorsalgias, cefaleas
Organizacionales	Sobrecarga de trabajo No adaptación rol-cualidades	Cervicalgias, cefaleas

Dentro de los **factores físicos**, la manipulación manual de cargas, la realización de movimientos repetitivos, las vibraciones de cuerpo entero y el mantenimiento de posturas forzadas por tiempo prolongado son los aspectos que originan lesión, y en consecuencia dolor, con mayor frecuencia.

Sin embargo, otro estudio de Vicente- Herrero y cols., en 2016, (Vicente- Herrero et al, 2016b), muestra que la repercusión del dolor en las actividades de la vida diaria es superior en los trabajadores no manuales, considerados como aquellos con tareas más sedentarias, administrativas y con uso de ordenador, frente a los trabajadores manuales, con tareas que incluyen habitualmente manipulación manual de cargas. El dolor mano/muñeca y el dolor lumbar son frecuentes en ambos grupos y la extensión frecuente del cuello durante el día de trabajo es un factor de riesgo específico entre los trabajadores de cuello blanco que se relaciona con dolor de cuello/hombro.

No se puede dejar de considerar la influencia que pueden tener los **factores de riesgo psicosocial y organizacional**, y su efecto en los cuadros de dolor. El estrés laboral, elevadas demandas psicológicas en el trabajo y las alteraciones del estado de ánimo, juegan un importante papel, especialmente en la evolución hacia la cronicidad del dolor y mayor percepción subjetiva (Hämmig O, 2014), modulando la sensación de dolor e incrementando su intensidad o duración.

Como se ha referido anteriormente, los estudios realizados por algunos autores evidencian que los individuos con alteraciones preexistentes en el estado de ánimo y con modulación del dolor descendente pueden estar en mayor riesgo de desarrollar dolor crónico de cuello.

En trabajadores no manuales (white collar), destaca el estudio realizado por Hoyle y cols. en teleoperadores, en el que se tiene en consideración la incorporación de las nuevas tecnologías como factor de riesgo creciente y aspectos ligados a los patrones de empleo, características del puesto de trabajo y su influencia en el trabajador. Según este estudio, en estos trabajadores los horarios flexibles, y en muchos casos en sus domicilios, facilitan los aspectos de satisfacción en el trabajo y se reduce la aparición de dolor y fatiga, si bien se encontraron otras barreras relacionadas con el trabajo en solitario, pero no relacionadas específicamente con el dolor (Hoyle JA et al, 2011).

No obstante, la mayor parte de los autores coinciden en afirmar que el trabajo no manual, especialmente si se asocia a sedentarismo y uso de pantallas de visualización de datos, guarda una relación directa con la aparición de puntos de dolor musculoesquelético, especialmente cervical y dorsal, y de cabeza, junto con alteraciones en la visión (Madeleine P, 2010).

Desde un punto de vista causal, la asociación de malas adaptaciones biomecánicas, junto con riesgo asociado de estrés en el trabajo, favorecerían la aparición de dolor localizado en la parte superior de la columna, mientras que el mecanismo que activaría el dolor en la parte inferior de la columna sería fundamentalmente biomecánico (Randall R et al, 2002).

En el ámbito laboral, la experiencia de dolor guarda relación con la severidad del mismo y repercute en ausentismo y productividad. Las actuaciones preventivas deben ir dirigidas a controlar los factores de riesgo relacionados con aparición o agravamiento de cuadros

dolorosos. El dolor musculoesquelético es el más estudiado y son las características ergonómicas del puesto de trabajo las que ejercen una mayor influencia en el confort del trabajador y en la prevención de este tipo de dolor, por lo que los ergónomos abogan por un mejor diseño de los puestos de trabajo y la reducción de factores psicológicos, como el estrés o la autonomía del trabajador.

Los Protocolos de Vigilancia Sanitaria Específica de mayor aplicación en Medicina del Trabajo contemplan la valoración de los riesgos ocupacionales más habituales en trabajadores como, por ejemplo, malas posiciones posturales, posturas mantenidas o movimientos repetitivos en usuarios de pantallas de visualización de datos; o manipulación de cargas, posturas forzadas, movimientos repetitivos o neuropatías por presión, en trabajadores manuales (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015) .

EL DOLOR DENTRO DEL CONCEPTO DE CONTINGENCIA LABORAL

En cuanto a la interferencia del ámbito laboral en el dolor, debemos tener presente que, ante un paciente que presenta un cuadro doloroso, es primordial considerar en un primer momento si se trata de una enfermedad común, en cuyo inicio no ha intervenido el trabajo (por ejemplo, una hernia discal de origen degenerativo, una neuropatía diabética o una migraña) o si estamos ante un síntoma que es consecuencia de la exposición a un riesgo laboral, ya que en los puestos de trabajo es frecuente la presencia de factores con capacidad para desencadenar o agravar un episodio de dolor.

Por otra parte, para comprender todos los aspectos que condicionan la relación trabajo-enfermedad, dicha relación ha de ser analizada desde una doble perspectiva. Así, por un lado, deberá considerarse que las enfermedades pueden cursar con diversos síntomas (como el dolor) que menoscabarán en mayor o menor grado la capacidad del trabajador y que podrían actuar como origen o coadyuvante de los factores de riesgo laboral. Pero, además, debe tenerse en cuenta que las condiciones del puesto de trabajo podrían ocasionar o agravar la progresión natural o las complicaciones ligadas a la propia naturaleza de la enfermedad (y, en este caso, agravar el dolor) (Ramos, C, 2016).

La importancia de catalogar una enfermedad como común o profesional se fundamenta en las distintas repercusiones legales, administrativas y económicas de la contingencia común y la profesional.

Dichas diferencias llevan aparejadas dos consecuencias básicas en relación con la prevención y la protección de estas lesiones o enfermedades: en primer lugar, la declaración de una enfermedad profesional o de un accidente de trabajo conlleva por obligación legal a la investigación de sus causas y a la revisión de las condiciones de trabajo por parte del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la empresa, a fin de implantar las medidas correctoras necesarias y evitar la aparición de nuevos casos; en segundo lugar, es diferente la protección que dispensa el Sistema de Seguridad Social a unas y a otras contingencias, siendo más beneficioso en general para el trabajador el hecho de que el daño producido se declare como contingencia profesional (además de que el sujeto responsable del pago difiere en cada caso).

El término **contingencia** hace referencia al hecho que condiciona una necesidad de protección (laboral o extralaboral) y ese hecho se refiere a cualquier tipo de daño ocasionado en una persona.

El concepto de **daño laboral** viene definido en la legislación española (art. 4 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales), como daño derivado del trabajo e incluiría aquellas enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo.

Así, el sistema de Seguridad Social distingue entre **contingencias profesionales**, cuando el origen del daño está relacionado con los factores de riesgo laboral, distinguiéndose dos tipos, el *accidente de trabajo* y la *enfermedad profesional*. Y, de otro lado, se consideran **contingencias comunes**, las causadas por un agente totalmente ajeno al entorno laboral, incluyendo en éstas tanto a la *enfermedad común* como al *accidente no laboral*.

La calificación de una contingencia como profesional requiere cumplir unos requisitos legales y epidemiológicos establecidos, en los que la exigencia fundamental será establecer una relación causal entre el daño producido y la exposición laboral.

Para establecer de forma clara y objetiva la relación entre el daño ocasionado y el trabajo desarrollado será necesaria la existencia de una exposición laboral compatible con la causalidad de dicho daño en forma y tiempo. Para ello, tanto en la enfermedad profesional como en el accidente de trabajo, se tendrán en consideración dos tipos de criterios: un *criterio de exposición*, que hace referencia a la existencia de una exposición laboral compatible con la causalidad de dicho daño; y un *criterio de temporalidad*, que conllevará que la exposición laboral causal considerada es anterior a la aparición de la lesión o enfermedad (que existan un tiempo de exposición y un periodo de latencia compatibles).

Asimismo, habrá que confirmar que, aunque existan factores extralaborales que hayan podido contribuir a la aparición o desarrollo de la enfermedad, ninguno de ellos ha actuado claramente como desencadenante.

Por todo ello, cuando un trabajador presente dolor por una lesión o enfermedad determinadas, se deberá valorar una posible exposición a algún riesgo laboral capaz de condicionar dicho tipo de lesión.

Ha de revisarse la evaluación de riesgos y analizar los datos relativos al puesto de trabajo y a las tareas asignadas al mismo, comprobando las condiciones de seguridad, higiene, así como las condiciones medioambientales en las que se desarrolla el trabajo. También habrá que comprobar cómo están siendo aplicadas las medidas preventivas planificadas para dicho puesto, tanto las colectivas como las individuales. Además de lo anteriormente mencionado, la importancia de la tipificación como ocupacional de una determinada patología vendrá dada porque, generalmente, la primera acción terapéutica a realizar consistirá en evitar la exposición al agente causal.

Cada tipo de contingencia profesional reúne unas condiciones y características concretas, por lo que realizaremos una breve introducción legislativa que nos sirva de orientación en este a veces complicado intríngulis:

La Ley 31/95 de Prevención de riesgos laborales define como **daños derivados del trabajo**, como las *enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo, como causa directa responsable*.

Se engloban, dentro de este concepto, aspectos tan diversos como los accidentes de trabajo, las enfermedades profesionales y las enfermedades relacionadas con el trabajo. Estos tipos de daño laboral quedan definidos por la Ley General de la Seguridad Social-LGSS (Real Decreto

Legislativo 8/2015, de 30 de octubre), que señala derechos y deberes, responsabilidades, cotizaciones, prestaciones sanitarias y económicas e incluso, establece un sistema de organización de éstas, tal como se prevé respectivamente en los artículos 156 y 157 de dicha ley.

La **enfermedad profesional** se define como *la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifican en el cuadro de enfermedades profesionales aprobado por RD 1299/2006*, y está provocada por la acción de los elementos o sustancias que se indiquen en dicho cuadro (art. 157, LGSS).

Son consideradas enfermedades profesionales aquellas en las que se demuestra una exposición laboral a alguno de los agentes recogidos en el cuadro de enfermedades profesionales, y para ello han de cumplirse unos requisitos:

- Ha de tratarse de una enfermedad, entendiendo como tal a un proceso ocasionado mediante la *acción lenta y progresiva* del agente causal. Los síntomas comúnmente aparecerán tras un periodo de latencia que en algunos casos puede durar años.
- Que sea a *consecuencia de las actividades que se especifiquen en el cuadro de enfermedades profesionales* (Real Decreto 1299/2006).

La lista de enfermedades profesionales es limitada (es un listado cerrado). Por tanto, solo tendrán consideración de enfermedad profesional cuando se hayan contraído durante el trabajo realizado en las actividades listadas y para las enfermedades recogidas expresamente en el cuadro. Por ello, cuando se pueda establecer una relación causal entre la exposición laboral y una enfermedad, pero ésta no esté recogida en el cuadro de enfermedades profesionales, dicha lesión o enfermedad podrá ser legalmente reconocida como accidente de trabajo, pero no tendrá la consideración de enfermedad profesional.

- Que *proceda de la acción de sustancias o elementos que se indiquen en el cuadro de enfermedades profesionales para cada enfermedad*.
- Que el trabajo se desarrolle *por cuenta ajena*: si bien puede incluir a los trabajadores autónomos, siempre que coticen para tener derecho a esta prestación.

La relación de causalidad directa exigida entre el trabajo y la enfermedad es aquí mucho más rígida que en la definición de accidente de trabajo, al no poderse producirse la enfermedad profesional *con ocasión* del trabajo, sino siempre *por consecuencia* del trabajo realizado.

Esta relación de causalidad directa, si bien acarrea el efecto positivo de una mayor seguridad en la calificación jurídica, liberando al trabajador de la prueba del origen profesional de la dolencia padecida (con tal de que la misma esté incluida en el catálogo oficial de enfermedades profesionales y se contraiga en alguna de las actividades asimismo catalogadas), delimita de forma bastante restrictiva el ámbito de actuación de la misma, puesto que excluye las enfermedades multi y pluricausales, que son las más frecuentes en realidad.

Son muchas las enfermedades profesionales que van a cursar con dolor, y como se ha referido antes, la detección del dolor, en sus distintas presentaciones, adquiere una importancia máxima en el ámbito laboral ya que actuará como síntoma de alarma que nos ayude a sospechar posibles intoxicaciones laborales, lesiones o trastornos musculoesqueléticos, dérmicos, respiratorios, neurológicos, etc., y así tomar las medidas preventivas oportunas.

Sin lugar a duda, los dolores osteomusculares causados por los agentes físicos son la causa más frecuente de enfermedad profesional (el 83% de media de los partes cerrados, un 82,1% en las mujeres y un 84,4% en los hombres). Aunque son varios los grupos de factores de riesgo

laboral que pueden aumentar la posibilidad de padecer una lesión o una enfermedad musculoesquelética. Así, además de los riesgos físicos relacionados estrictamente con la seguridad laboral, habrá que contemplar los factores ergonómicos, organizativos y psicosociales, que podrían dar lugar, en este caso, a una contingencia laboral de tipo accidente de trabajo.

Los factores que potencialmente contribuyen al desarrollo de una lesión musculoesquelética son: la aplicación de fuerza, como, por ejemplo, el levantamiento, el transporte, la tracción, el empuje y el uso de herramientas; los movimientos repetitivos, las posturas forzadas y estáticas, como ocurre cuando se mantienen las manos por encima del nivel de los hombros o se permanece de forma prolongada en posición de pie o sentado; la presión directa sobre herramientas y superficies; los trabajos con exposición a vibraciones mecánicas; los ambientes de trabajo en entornos fríos o excesivamente calurosos; una iluminación insuficiente que, entre otras cosas, puede causar un accidente; e incluso los niveles de ruido elevados, que pueden causar tensiones en el cuerpo.

Afectan principalmente a la espalda, cuello, hombros y extremidades superiores, aunque también pueden afectar a las inferiores. Algunos trastornos, como la epicondilitis o el síndrome del túnel carpiano, son específicos debido a sus síntomas bien definidos, y generalmente se calificarán como una enfermedad profesional. Otros no lo son tanto, ya que únicamente se observa dolor o incomodidad sin síntomas claros de que exista un trastorno específico.

Los diagnósticos médicos (criterios CIE10) más frecuentes dentro de este grupo de trastornos fueron la epicondilitis lateral (22,4% sobre el total de partes), el síndrome del túnel carpiano (15,1%), las tenosinovitis de mano y muñeca (13,4%), seguidas ya de lejos por la epicondilitis medial/epitrocleititis (5,7%), la patología del hombro (5,3%) y el grupo de otras tendinitis y tendinitis sin especificar (3,2%).

Entre las mujeres, por su parte, el síndrome del túnel carpiano pasa a ser el diagnóstico más frecuente (23,7% sobre el total de partes), destacando comparativamente también un incremento del peso adquirido por las tendinitis de mano y muñeca (17% sobre el total).

Casi todos los tipos de agentes incluidos en el cuadro de enfermedades profesionales podrían provocar dolor, los agentes químicos por exposición accidental: dermatitis de contacto o irritativa, dermatitis alérgica, urticaria o por las úlceras y quemaduras causadas por agentes corrosivos (Ej. cloro, bromo, etc.); por irritación de las mucosas en las vías aéreas; por afectación del sistema nervioso, como es el caso de la polineuropatías ocasionadas por exposición a tóxicos (Ej. estireno, bifenilos, cetonas, etc.) o de las cefaleas (Ej. exposición a ácido cianídrico, naftaleno, hidrocarburos aromáticos, ...). También pueden cursar con dolor las neumoconiosis y las enfermedades profesionales causadas por agentes cancerígenos.

Por otra parte, se entiende como **accidente de trabajo** toda lesión corporal que el trabajador sufre con ocasión o a consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena (art. 156.1, LGSS).

Dicha ley especifica que para que exista un accidente de trabajo es necesaria la concurrencia de 3 condiciones:

- La existencia de una *lesión*, que podrá ser entendida como una herida, un golpe o una enfermedad.
- Que dicha lesión se sufra *con ocasión o por consecuencia del trabajo*, es decir, que exista una relación de causalidad directa entre trabajo y lesión.

- La presencia, como afectado, de un *trabajador por cuenta ajena* (a no ser que el trabajador autónomo haya optado, de forma voluntaria, el asegurar las prestaciones de incapacidad por enfermedad profesional con una Mutua, RD 1273/2003).

Como norma general, las lesiones sufridas *durante el tiempo y en el lugar de trabajo* se consideran accidentes de trabajo, salvo prueba en contrario (LGSS, Art. 156.3).

El accidente de trabajo en su concepción clásica no se concebía sin un daño objetivable, de *carácter súbito, repentino e inesperado*, y que implicara necesariamente la existencia de un suceso *externo y violento*.

No obstante, y como siempre en base a la jurisprudencia, la presunción para los sucesos que ocurren en tiempo y lugar de trabajo se puede aplicar no solo a estos accidentes en sentido estricto, sino también a las enfermedades o alteraciones de los procesos vitales causados por agentes patológicos internos al organismo que puedan debutar de forma aguda en el trabajo. Sería el caso de un infarto agudo de miocardio o de un ictus ocurrido en tiempo y lugar de trabajo, siempre que se justifiquen que existen factores laborales estresantes que pudieran haber desencadenado la crisis.

La característica diferencial que fundamenta que este tipo de sucesos sean calificados como un accidente de trabajo en su concepción clásica, es que se trata de lesiones que se manifiestan de forma súbita y violenta, al contrario que las enfermedades relacionadas con el trabajo, cuya aparición es lenta y progresiva, y no deriva de un acto violento con manifestación externa.

Las **enfermedades relacionadas con el trabajo**, reconocidas también en la normativa española como accidente de trabajo, hacen referencia a las *patologías de curso lento y progresivo* vinculadas en su origen a las características del trabajo o de la tarea realizada, pero que no están reconocidas como enfermedad profesional.

Como enfermedades relacionadas con el trabajo y asimiladas a accidente laboral se incluye a un conjunto de patologías de etiología en ocasiones compleja, debida a múltiples agentes causales y de cuya evolución pueden ser factores coadyuvantes las condiciones del medio ambiente laboral junto con otros factores de riesgo. Se distinguen varios tipos:

- Las **enfermedades causadas por el trabajo**, que son las enfermedades no catalogadas en el cuadro de enfermedades profesionales, *que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo causa exclusiva la ejecución del mismo* (art. 156.2e LGSS).

En estos casos, la carga de la prueba corre a cuenta del afectado: la calificación como accidente de trabajo de una enfermedad de estas características es admitida por la jurisprudencia, siempre que se demuestre fehacientemente la relación causa-efecto entre el trabajo ejecutado y la enfermedad contraída.

- Las **enfermedades agravadas por el trabajo**, que son las *enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente* (art. 156.2f).

Estos accidentes son en sentido estricto enfermedades de etiología común que se agravan por un suceso accidental. Y hace referencia tanto a las enfermedades ya padecidas como a aquellas desconocidas que, estando en un estado latente, no se han evidenciado hasta el momento del accidente de trabajo.

- Las **enfermedades intercurrentes**, que constituyen *complicaciones del proceso patológico determinado por el accidente de trabajo mismo, o las que tiene su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que se haya situado al paciente para su curación* (art. 156.2e LGSS).

Se precisa también acreditar la relación de causalidad inmediata o directa ente el accidente y la enfermedad, ya que tampoco goza de ningún tipo de presunción laboral.

Como se ha referido, la prueba de un nexo causal entre trabajo y lesión es una exigencia ineludible para la determinación de las contingencias profesionales y, en este caso, lo que **deberá probarse es el nexo causal entre el factor de riesgo que haya podido desencadenar la crisis o exacerbación** de la patología ya padecida con anterioridad por el trabajador, y corresponde a la Mutua Colaboradora de la Seguridad Social (MCSS) establecer dicho nexo laboral.

Las enfermedades intercurrentes se diferencian de las enfermedades o defectos agravados por el accidente en que, en el primer supuesto, el accidente es *anterior a la enfermedad*, mientras que, en el segundo, el accidente es *posterior a la enfermedad* padecida.

EL DOLOR Y SU CONSECUENCIA LABORAL

El dolor, por sí mismo, produce casi irremediamente una disminución de nuestra capacidad de rendimiento en el trabajo secundaria a una **limitación funcional** y una **alteración de la capacidad de concentración**, que será proporcional al grado de dolor o a la aparición de otros síntomas. Por otra parte, los efectos adversos de la medicación utilizada para su tratamiento pueden influir también negativamente sobre la capacidad laboral e incluso, aquellos casos en los que el dolor sea muy agudo, pueden originar una discapacidad casi total para realizar los roles laborales y sociales.

Pero, además, aunque en principio los medicamentos prescritos en el tratamiento del dolor mejoran la situación clínica del paciente optimizando su capacidad para realizar su trabajo, en algunos casos los efectos secundarios podrían provocar un deterioro del rendimiento psicomotor (actúan a nivel del SNC pudiendo provocar mareo, confusión o disminución de la capacidad de atención).

Algunos tipos de dolor (como, por ejemplo, las migrañas) pueden producir **alteraciones de la visión** que van desde la aparición de una visión borrosa hasta otros tipos de alteraciones más complejas del campo visual (como sería el caso de los escotomas o las fopsias característicos de un aura migrañosa), con la consiguiente distorsión visual. En algunos casos cursan con alteraciones sensitivas o motoras que, si bien son reversibles, implican riesgo durante su fase activa.

La visión borrosa también puede aparecer como reacción adversa en el tratamiento con los antiinflamatorios no esteroideos, los analgésicos y con algunos epilépticos (como la lamotrigina y la gabapeptina, que además pueden provocar diplopía, aunque de forma poco frecuente).

La **fatiga** es el resultado final de muy variadas circunstancias como el dolor, la dificultad para concentrarnos, las posibles alteraciones de la visión, los trastornos del sueño, etc. Todo ello hace que nuestro dintel de tolerancia disminuya y que la fatiga aparezca precozmente y con más frecuencia cuando nos duele algo.

Por otra parte, el dolor de forma intrínseca o algunos de los tratamientos antiálgicos, pueden ocasionar una **reducción de la capacidad de alerta, de atención y de la capacidad de reacción**,

provocando una lentitud de reflejos y de nuestra respuesta a determinados estímulos. Hay una reducción en la cantidad, calidad o eficacia en la ejecución de las maniobras, favoreciendo las equivocaciones y obligando a asumir más riesgos.

Además, el dolor puede hacer surgir estados personales desagradables **de la percepción del riesgo**, generalmente como consecuencia de la fatiga. Por ello el Médico del Trabajo debe informar de la frecuencia de aparición de estos síntomas a los trabajadores afectados, sobre todo en puestos de trabajo que requieran de un alto nivel de alerta y concentración que impliquen, por este motivo, riesgo individual o para otros.

Los **trastornos del sueño** y la **fatiga**, que a veces acompañan al dolor, pueden causar irritabilidad, ansiedad o depresión, especialmente cuando el dolor es severo, frecuente o crónico.

Las personas con insomnio crónico provocan dos veces y media más accidentes que las que duermen bien. El sueño nos afecta traduciéndose en fatiga, motivación disminuida, dificultades neurocognitivas (disminución de la concentración y la memoria), **alteraciones anímicas** (depresión y ansiedad, irritabilidad), alteraciones de los sentidos (especialmente la vista), problemas músculo esqueléticos, digestivos e incluso más dolor.

Por último, habría que recordar que la familia de los *triptanes* y algunos antiépilépticos usados en el tratamiento del dolor, podrían afectar al SNC dando lugar como efectos adversos, a temblores, ataxia, vértigos y otros síntomas que comprometen la **coordinación motora**.

La posible repercusión del dolor crónico en el trabajo se puede resumir en los siguientes puntos:

1. **Mayor probabilidad de accidentalidad laboral:** por todo lo anteriormente referido, el dolor y los fármacos antiálgicos pueden incrementar el riesgo de accidente de trabajo. En este aspecto, la somnolencia deberá ser considerada como el factor de riesgo laboral más importante, junto con el mareo y la fatiga.
2. **Condicionamiento de la aptitud laboral:** por su potencial interferencia en el desempeño de la actividad laboral. El Médico del Trabajo deberá contemplar la posibilidad de catalogar al trabajador con dolor como *trabajador especialmente sensible* a determinados riesgos presentes en el puesto de trabajo (art. 25 LPRL).
3. **Repercusión sobre la productividad laboral:** reduciéndola por disminución del rendimiento en el trabajo y por el hecho de que el dolor condicione una **mayor tasa de absentismo laboral**.
4. **Incremento de los costes sociolaborales:** por la discapacidad tanto social como laboral que conlleva el dolor.
5. **Aumento de la conflictividad laboral:** el dolor, con frecuencia es motivo de conflictividad laboral, ya que muchas enfermedades que cursan con dolor crónico o de larga duración o intensidad son poco comprendidas por jefes y compañeros.

Por estas razones, en las evaluaciones que se prestan como pieza básica en un Servicio de Prevención se incluye una valoración de las capacidades que ha perdido el trabajador y las habilidades necesarias para realizar el trabajo, buscando un equilibrio entre las capacidades perdidas y las capacidades residuales y, especialmente la compatibilidad laboral. De este modo, se debe evaluar la aptitud del trabajador para un desempeño sin riesgos, o bien recomendar las adaptaciones o el cambio de puesto de trabajo pertinente. Es esencial que el trabajador con dolor crónico tenga una buena relación con su lugar de trabajo (Oakman J et al, 2016; Sundstrup E, 2016).

Es fundamental también el conocimiento de la influencia del dolor en los distintos aspectos de las actividades de la vida cotidiana, entre los que incluimos el trabajo como pieza fundamental. Hay que valorar la complejidad que conlleva su evaluación, ya que está modulado por aspectos tan complejos como: la experiencia previa, los factores sociales, económicos y personales (Varekamp I et al, 2013; Williams RM, 2002).

EL DOLOR Y SU VALORACIÓN EN DISCAPACIDAD: CRITERIOS

Se define discapacidad como la falta o limitación de alguna facultad física o mental que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de la actividad de una persona.

Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.

Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive (OMS).

Como ya se ha visto previamente, el dolor es considerado como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular real o potencial, y constituye un problema de salud que puede afectar a la calidad de vida de las personas, más si cabe cuando ese dolor es prolongado o crónico.

Puede aparecer de forma aislada, a consecuencia de una enfermedad o de cualquier tipo de trastorno, y puede presentarse como difuso o afectando a una parte concreta del organismo, pero en todos los casos constituye una de las principales causas de consulta médica.

Al ser una experiencia subjetiva, es difícil de medir y de evaluar, y la valoración suele basarse en la percepción que del mismo tiene la persona en cuestión, teniendo en cuenta que puede estar influenciado por diversos factores, como el estado de ánimo, la capacidad de adaptación e incluso las creencias y costumbres en grupos familiares, entre otros. Asimismo, los estados de ansiedad o ira pueden favorecer los mecanismos del dolor y su mantenimiento, así como el tipo de personalidad puede representar una mayor o menor dificultad para afrontarlo.

Por otra parte, hay un gran componente individual en la forma de vivir el dolor, de modo que algunas personas llevan una vida activa con un dolor elevado, que además puede estar relacionado con el estado de ánimo, o la forma de manejar dicho dolor.

Cuando el dolor sirve de alarma, es útil para detectar el problema y tratarlo, pero a veces, una vez resuelto el problema persiste en forma residual aun cuando todo funcione bien, convirtiéndose en un dolor crónico con repercusiones incluso psicológicas, de difícil solución.

Al ser una sensación compleja, se ve favorecido por diversos factores, y puede manifestarse de forma múltiple (punzadas, sensación de quemazón, tirones, etc.). Si a todo esto le añadimos que no hay pruebas objetivas que nos indiquen el grado exacto del dolor, tendremos una idea de la dificultad de tema que nos ocupa.

El dolor, como entidad propia, en función de sus características (intensidad, frecuencia, duración, etc.) podría llegar a producir una discapacidad, aunque es infrecuente si se considera

el término *Discapacidad*, en base a los criterios de la OMS (CIF 2001): “toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad, en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano, que puede ser temporal o permanente”.

Para poder estimar el alcance de una deficiencia es necesario disponer de información suficiente de tipo médico y no médico, que ayude a justificar la decisión tomada, comenzando por una completa historia clínica, con registro exhaustivo de antecedentes personales y familiares, síntomas, frecuencia, intensidad de los mismos, exploración, tratamientos pautados y efectividad de los mismos.

Es importante recoger toda la información que nos puedan aportar información detallada sobre las actividades de la vida diaria del individuo.

En general, el médico deberá establecer el alcance de la deficiencia, en base a los hallazgos y signos actuales, teniendo también en cuenta los efectos del tratamiento, y la necesidad o no del mismo, incluso cuando los causantes de la deficiencia son los mismos fármacos, como pueden ser los inmunosupresores, o los efectos secundarios que puedan tener.

En nuestro país, la calificación del grado de discapacidad responde a criterios técnicos unificados en nuestra legislación y más concretamente en el RD 1971/1999 y sus actualizaciones, donde se consideran que serán objeto de valoración, tanto las discapacidades de las personas como unos factores sociales complementarios, relativos a entorno familiar, situación laboral, educativa y cultural que dificulten su integración social.

La valoración de la discapacidad es competencia de los órganos correspondientes de las Comunidades Autónomas a quienes hubieran sido transferidas dichas funciones.

En la valoración de la discapacidad, y en base a la reglamentación vigente, se aplican unas “normas generales”:

1. El proceso patológico que ha dado origen a la deficiencia, bien sea congénito o adquirido, tras haber sido previamente diagnosticado por los organismos competentes, han de haberse aplicado las medidas terapéuticas indicadas y debe estar documentado.
2. El diagnóstico de una enfermedad, no es un criterio de valoración en sí mismo. Las pautas de valoración de la discapacidad están basadas en la severidad de las consecuencias de la enfermedad, cualquiera que esta sea.
3. Deben entenderse como deficiencias permanentes aquellas alteraciones orgánicas o funcionales no recuperables, es decir sin posibilidad razonable de restitución o mejoría de la estructura o la función del órgano afectado.
4. Las deficiencias permanentes de los distintos órganos, aparatos o sistemas, se evalúan siempre que sea posible, mediante parámetros objetivos, sin embargo, las pautas de valoración no se fundamentan en el alcance de la deficiencia sino en su efecto sobre la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, es decir el grado de discapacidad que ha originado la deficiencia.

La deficiencia de enfermedades que evolucionan en brotes debe ser evaluada en periodo de intercrisis. Sin embargo, la frecuencia y duración de los brotes son factores que tener en cuenta por las interferencias que producen en la realización de las actividades de la vida diaria, que vendrán referidas, a aquellas comunes a todos los ciudadanos, como autocuidado (vestirse, comer, evitar riesgos, higiene personal, etc.) y otras como comunicación, actividad física, capacidad para utilizar transporte, funciones manuales, actividades sociales y de ocio, etc.

En cuanto a los grados de discapacidad, podemos clasificarlos de la siguiente forma:

Grado I: los síntomas, signos o secuelas, de existir, son mínimos y no justifican una disminución de la capacidad de la persona para realizar las actividades de la vida diaria. Por lo que la discapacidad es nula

Grado II: existen síntomas, signos o secuelas y justifican alguna dificultad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, pero son compatibles con la práctica totalidad de las mismas, por lo que sería una discapacidad leve.

Grado III: los síntomas, signos o secuelas causan una disminución importante o imposibilidad de la capacidad de la persona para realizar algunas de las actividades de la vida diaria, siendo independiente en las actividades de autocuidado. La discapacidad sería moderada

Grado IV: cuando los síntomas, signos o secuelas causan una disminución importante o una imposibilidad de la capacidad de la persona para realizar la mayoría de las actividades de la vida diaria pudiendo estar afectada alguna de las actividades de autocuidado, la discapacidad sería grave.

Grado V: si los síntomas, signos o secuelas imposibilitan la realización de las actividades de la vida diaria la discapacidad sería muy grave.

La discapacidad se cataloga en porcentaje, y se utilizan las actividades de la vida diaria y los grados de discapacidad como patrones de referencia, estableciéndose 5 categorías de forma general, en función de la importancia de la deficiencia y el grado de discapacidad que produce:

CLASE I: 0% de discapacidad

Engloba todas las deficiencias que han sido diagnosticadas, tratadas adecuadamente, demostradas mediante parámetros objetivos (datos analíticos, radiográficos, etc.), pero que no producen discapacidad.

CLASE II: entre el 1 y el 25% de discapacidad

Incluye las deficiencias permanentes que, cumpliendo los parámetros objetivos que se especifican en cada aparato o sistema, originan una discapacidad leve.

CLASE III: entre el 25 y el 49% de discapacidad

Incluye las deficiencias permanentes que, cumpliendo los parámetros objetivos que se especifican en cada aparato o sistema, originan una discapacidad moderada.

CLASE IV: entre el 50 y el 70% de discapacidad

Incluye las deficiencias permanentes que, cumpliendo los parámetros objetivos que se especifican en cada aparato o sistema, originan una discapacidad grave.

CLASE V: entre el 75 y el 100% de discapacidad

Incluye las deficiencias permanentes severas que, cumpliendo los parámetros objetivos que se especifican en cada aparato o sistema, originan una discapacidad muy grave, lo que supone por sí misma la dependencia de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria, demostrada mediante la obtención de 15 o más puntos en el baremo específico (anexo 2 de la norma).

Se debe individualizar la valoración, dada la complejidad de la patología que nos ocupa, la diversa manera de manifestarse, la afectación de las actividades diarias que pueda producir en quien la padece, y el estar influenciado por tantos factores individuales.

Otro factor que valorar es si podría haber cambios evolutivos en la patología, o bien se mantiene estable en el tiempo, por lo que es recomendable dejar un periodo de tiempo suficientemente largo antes de la fecha del examen.

El médico debe proceder a:

- Identificar deficiencias que puedan afectar a la capacidad funcional y determinar si las deficiencias son o no permanentes
- Identificar deficiencias que puedan dar lugar a una incapacidad súbita o gradual, un aumento de la deficiencia, lesión u otros acontecimientos adversos.

Ante la dificultad que supone la valoración del dolor, algunas guías tratan de ofrecer un método estándar que ayude en este cometido. Hemos de señalar que en nuestra normativa no hay apartado específico para el tema que nos ocupa, "el dolor", de modo que nos hemos aproximado a otras tablas mundialmente reconocidas en la que si hay referencia directa, como son las tablas AMA (Asociación Médica Americana), que puede servirnos como complemento, ya que nuestro sistema de valoración está en cierto modo basado en las mismas, referenciándolas a la capacidad funcional para realizar las actividades de la vida diaria, y solo son aplicables a deficiencias permanentes, es decir, aquellas que se consideran estables y no es probable que varíen en los próximos meses debido a un tratamiento médico y/o quirúrgico.

En el análisis del dolor, hemos de tener presente:

1. La evaluación del dolor no se presta a patrones estrictos de sensibilidades específicas u otros criterios científicos
2. El dolor crónico no es determinable o detectable en función del modelo clásico de enfermedad basado en los tejidos.
3. La evaluación del dolor requiere el conocimiento y la comprensión de un modelo multifacético bio-psico-social
4. Las estimaciones de deficiencia por dolor se basan en la preparación, la experiencia, la habilidad y minuciosidad del médico.

Debido a la multifactorialidad del dolor y la influencia de factores difícilmente medibles como la percepción subjetiva y la influencia de los estados del ánimo, entre otros, en la percepción del mismo, no hay definiciones de consenso.

El concepto de pérdida o deficiencia está basado en la alteración de un órgano o sistema interno, sin dependencia del medio externo, y en el que no se podría incluir el dolor como deficiencia, por lo que en el caso que nos ocupa se debería ampliar el concepto, a la interferencia que dicha alteración ejerciera sobre el individuo en la realización de las actividades de la vida diaria, y en la capacidad funcional resultante.

El dolor crónico y la conducta relacionada con el mismo constituye en sí mismo una deficiencia, por lo que habrá que relacionarlo en función de la funcionalidad en las actividades de la vida diaria., además de poder acompañarse de un estado de angustia, que puede influir en la percepción del dolor

La evaluación de la capacidad funcional incluye el examen de un sujeto mientras realiza actividades en un marco estructurado y nos refleja lo que "puede" o "quiere" hacer en un momento determinado. La capacidad funcional depende especialmente de la motivación, la consciencia cognitiva, factores conductuales y la sinceridad del esfuerzo, por ello la valoración también estará influenciada por la preparación, la habilidad, y el conocimiento de los procesos de valoración del médico que la realiza.

Un aspecto importante en la evaluación del dolor es considerar que no suele haber tratamiento curativo, más bien habrá que valorar la mitigación, considerando que el objetivo

del tratamiento es mejorar el estado del paciente, para aumentar la capacidad funcional y disminuir la dependencia a fármacos, y al mismo tiempo reducir el significado para el paciente.

El pronóstico estará en relación con la posibilidad de disponer de un tratamiento efectivo para el proceso patológico subyacente en aquellos casos en que se haya detectado una patología subyacente, y que será la que fundamentalmente producirá la deficiencia., que estará influenciada por el dolor superpuesto, y el carácter del paciente.

En el dolor crónico se deberá tener en cuenta la dependencia a fármacos y los efectos que ellos puedan producir secundariamente.

El tratamiento eficaz incluye la rehabilitación física, la modificación de la conducta y la terapia cognitiva.

La valoración clínica de la magnitud del dolor y la deficiencia que pueda producir requiere un enfoque multidisciplinar.

Basándonos en la Guías para la evaluación de las deficiencias permanentes de la American Medical Association, podemos dar unas orientaciones para la valoración, siempre individualizando cada caso.

1. Revisar todos los registros médicos y estudios diagnósticos disponibles
2. Realizar una historia clínica completa del paciente, incluyendo historia familiar, laboral, actividades sociales y actividades de la vida diaria.
3. Documentar los síntomas actuales y la historia de dolor, con descripción de: aparición, localización, calidad, progresión, carácter, intensidad, variabilidad, frecuencia, duración, patrón de migración, factores desencadenantes y agravantes, tratamiento, medicaciones y sus resultados.
4. Exploración física y neurológica completa
5. Estudios auxiliares adecuados: radiografías, TAC, RMN, estudios electromiográficos.
6. El estudio psicológico es una parte integral del estudio del dolor
7. Formular impresión diagnóstica basada en la información acumulada, que debe hacer referencia a la causa y clasificación del dolor, la descripción del impacto biopsicosocial y el pronóstico
8. Estimar el grado de dolor y deficiencia.

Si se va evaluar el dolor para determinar una deficiencia, el trastorno relacionado con el mismo debe ser estable por definición, y sin posibilidad de variación en un futuro a pesar del tratamiento, en más de un 3%.

El dolor es una percepción subjetiva, existiendo en general relaciones fieles entre el grado de dolor, el alcance del trastorno patológico y la deficiencia producida, pero también puede ser parte de una ilusión somática en un paciente con depresión o un trastorno psicótico y la queja principal en un trastorno de somatización.

La disminución de la capacidad funcional no es una actitud verbal ya que, si un sujeto que manifiesta un dolor importante no ve limitadas sus actividades de la vida diaria, no presenta una deficiencia.

No existe un método o instrumento aceptado de forma universal para valorar la discapacidad producida por dolor, ya que se trata de una evaluación compleja. La escala de análogos visuales para determinar la intensidad del dolor no debe constituir el criterio principal para valorar su intensidad. Se requiere de una evaluación completa y multidimensional., de las capacidades del sujeto, desde un punto de vista biológico, psicológico y social.

CONTENIDO DE LA VALORACIÓN

La valoración completa del dolor incluye su valoración clínica, su clasificación, y la descripción de sus efectos sobre la realización de las actividades de la vida diaria (evaluación de la capacidad funcional).

Al estimar la extensión de la deficiencia por dolor, deben tenerse en cuenta los siguientes criterios:

1. El dolor agudo no es una deficiencia permanente
2. El dolor agudo recidivante, es probable que sea clasificado como primario y nociceptivo o neurógeno. Este dolor se relaciona claramente con enfermedades o entidades patológicas bien definidas.
3. El dolor crónico en ausencia de enfermedades o deficiencias confirmadas de forma objetiva debe ser evaluado sobre una base multidisciplinaria con formación en medicina del dolor, considerando los efectos del dolor sobre la capacidad del paciente para realizar las actividades de la vida diaria.

Para describir el grado de deficiencia debida a este trastorno, la guía AMA, propone la utilización de un cuadro que refleje y cruce los parámetros frecuencia e intensidad del dolor, que podemos interpretar en base a los siguientes criterios:

Intensidad

- ❖ **Mínima:** el dolor es molesto, pero no existen pruebas médicas de que haya causado una disminución apreciable de la capacidad del sujeto para realizar las actividades de la vida diaria.
- ❖ **Leve:** el individuo tolera el dolor, pero existen pruebas médicas de que causa una disminución apreciable de la capacidad del sujeto para realizar algunas actividades de la vida diaria. El dolor puede interferir con el sueño. Puede consumirse medicación no narcótica de forma habitual y en ocasiones puede requerir medicación narcótica.
- ❖ **Moderado:** existen pruebas médicas de que el dolor causa una disminución importante de la capacidad del sujeto para realizar las actividades de la vida diaria. El dolor puede ser tolerable, pero interfiere con el sueño. Frecuentemente requiere la utilización de medicación narcótica o puede requerir procedimientos invasivos. Las actividades de ocio y sociales están muy limitadas.
- ❖ **Marcado:** El dolor impide la realización de la mayoría de las actividades de la vida diaria. El sueño se interrumpe. Las actividades de ocio y sociales son imposibles. Se requiere medicación narcótica o procedimientos invasivos que pueden no proporcionar un control total del dolor.

Frecuencia

- ❖ **Intermitente:** existen pruebas médicas de que el dolor está presente menos de una cuarta parte del tiempo que el individuo está despierto.
- ❖ **Esporádico:** existen pruebas médicas de que el dolor está presente entre una cuarta parte y la mitad del tiempo que el individuo está despierto.
- ❖ **Frecuente:** existen pruebas médicas de que el dolor está presente entre la mitad y tres cuartas partes del tiempo que el individuo está despierto.

- ❖ Constante: existen pruebas médicas de que el dolor está presente entre las tres cuartas partes y la totalidad del tiempo que el individuo está despierto.

En cuanto a la valoración habrá que tener en cuenta, que asociadas al dolor pueden aparecer otras alteraciones importantes y en ocasiones prolongadas en función de la patología causal. Por ejemplo, en migraña, podremos encontrar disfunción de la función del tronco de encéfalo como mareo con o sin vértigo y pérdida de equilibrio, náuseas, vómitos, pérdida del conocimiento, cambio repentino del estado de ánimo y alteraciones drásticas como estupor, confusión y ataxia.

Es importante recordar que la valoración de una deficiencia permanente implica la valoración de un trastorno estable y sin posibilidad de variar en los próximos meses a pesar del tratamiento médico o quirúrgico. La gran mayoría de los pacientes que presentan cefaleas no presentan deficiencias permanentes

Para concluir podríamos decir que nos encontramos ante un problema de salud frecuente en la población general, multifactorial, en un rango de edad en el que se lleva una vida más activa a nivel laboral y personal, y que puede condicionar la calidad de vida de las personas y repercutir de manera significativa en su funcionalidad en general, circunstancias todas ellas a considerar en un informe de discapacidad siguiendo los criterios y recomendaciones arriba expuestos

EL DOLOR Y SU VALORACIÓN EN INCAPACIDAD: CRITERIOS

INTRODUCCIÓN A LA INCAPACIDAD LABORAL

Se entiende por Incapacidad Laboral el estado transitorio o permanente de una persona que, por accidente o enfermedad, queda mermada en su capacidad laboral.

Conceptualmente puede entenderse como un desequilibrio entre las capacidades funcionales del trabajador y los requerimientos de su puesto de trabajo, pudiendo ser ese desequilibrio transitorio (incapacidad laboral temporal) o permanente (incapacidad laboral permanente).

El término *Incapacidad* se puede identificar, por tanto, con una situación sobrevenida de forma involuntaria e imprevista, y debe tenerse en cuenta que está determinada por distintos aspectos: culturales, físicos, educacionales, económicos, etc., que de por sí limitan la realización de cualquier puesto de trabajo a cualquier individuo, es decir, “no todos podemos realizar todas las tareas”. Así mismo, hay que tener presente que no deben entenderse como incapacidad laboral determinadas situaciones de tipo social o laboral no ligadas a la repercusión que una lesión o enfermedad pueda causar sobre las capacidades del individuo (por ejemplo desempleo, cierre de la empresa, nuevas tecnologías, cambio de ubicación del puesto de trabajo, etc.).

La situación de incapacidad laboral puede conllevar una pérdida de ganancia; para proteger tal circunstancia existen las prestaciones económicas por incapacidad laboral de nuestro sistema de Seguridad Social; incluso el propio diccionario de la Real Academia Española define *Incapacidad Laboral* con el siguiente término de Derecho: *Situación de enfermedad o de padecimiento físico o psíquico que impide a una persona, de manera transitoria o definitiva,*

realizar una actividad profesional y que, normalmente, da derecho a una prestación de la Seguridad Social.

El Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la seguridad Social, es la norma que recoge todas las disposiciones en materia de Seguridad Social de nuestro ordenamiento jurídico; en lo concerniente a las prestaciones por incapacidad laboral, los artículos 169 a 176 regulan lo relativo a la incapacidad temporal, los artículos 193 a 200 a la incapacidad permanente contributiva, los artículos 201 a 203 lo tocante a las lesiones permanentes no incapacitantes y los artículos 363 a 368, a la invalidez no contributiva.

VALORACIÓN DE LA INCAPACIDAD LABORAL

Al realizar la valoración de un trabajador que pueda estar afectado de una posible incapacidad laboral hay que tener siempre presente que dicha valoración no debe ceñirse a la presencia de patología sino al déficit fisiológico que tal patología pueda causar en el trabajador, pero, además, estableciendo la dificultad que tal déficit fisiológico pueda causarle para desempeñar las tareas de su puesto de trabajo. Así pues, la consideración de si un trabajador que presenta determinada lesión, enfermedad o sintomatología está incapacitado para el desempeño de su puesto de trabajo está condicionada por tres factores principales:

- La enfermedad o lesión y sus consecuencias (secuelas y limitaciones funcionales).
- Los requerimientos del puesto de trabajo.
- El propio trabajador (motivación personal, diferente forma de afrontar la misma situación, tolerancia al sufrimiento, relación laboral, conveniencia económica, etc.).

Por tanto, en la evaluación de la situación del trabajador debe hacerse tanto la valoración médica como la del puesto de trabajo.

Con cierta frecuencia, la valoración de la incapacidad laboral se efectúa erróneamente en base a la enfermedad que presenta el trabajador; sin embargo, debe realizarse de manera individualizada, pues al igual que se utiliza la máxima *no existen enfermedades, sino enfermos* puede decirse que *no existen enfermedades incapacitantes, sino trabajadores incapacitados*.

El mayor problema radica en poder realizar una valoración objetiva de las limitaciones del trabajador, pues muchas veces entran en juego factores no médicos, como ya se ha comentado, que pueden influir en la actitud del trabajador para conseguir una prestación económica.

En el caso de la incapacidad temporal el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) ha elaborado un listado de tiempos óptimos para orientar a la posible duración de la incapacidad temporal de los diversos procesos en función del diagnóstico, la edad y el sexo del trabajador, su ocupación laboral y la existencia de comorbilidad.

En cuanto a la incapacidad permanente, su valoración se iniciará una vez que se haya alcanzado la estabilidad del cuadro (no en fases de agudización) y se hayan agotado las posibilidades terapéuticas, requiriéndose en ocasiones la realización de una evaluación exhaustiva. Son factores que valorar: la gravedad de la enfermedad, el número de exacerbaciones cuando cursa en forma de brotes o crisis, el grado de reversibilidad y el control farmacológico.

VALORACIÓN DE LA INCAPACIDAD LABORAL POR DOLOR

La valoración funcional del trabajador debe hacerse siempre de manera individualizada, pues no todos los que presenten la misma sintomatología van a ver mermadas sus capacidades de la misma forma, aun realizando puestos de trabajo con tareas similares. La propia motivación e incentivación, la actitud del interesado, va a influir en la superación de las limitaciones causadas por la lesión.

Si en cualquier entidad patológica la valoración de la incapacidad laboral es tarea compleja, la dificultad aumenta si la causa de tal incapacidad es el dolor, dado su primordial componente subjetivo y la falta de medición objetivable con la que el médico evaluador pueda ayudarse.

El dolor agudo es la causa más frecuente de incapacidad temporal, concretamente la lumbalgia. Por regla general este dolor va a estar motivado por una causa concreta, lesión o enfermedad, y será la entidad de origen la que determinará la incapacidad laboral, ya sea mientras se espera el diagnóstico en ausencia de mejoría de la sintomatología dolorosa, o en ocasiones tras la recuperación de un tratamiento quirúrgico (por ejemplo, tras rotura de ligamentos rotulianos). El dolor por sí mismo, de manera aislada, (secuela de otra patología, como la neuralgia postherpética) rara vez será motivo de valoración de incapacidad permanente; en todo caso, podría dar lugar a un periodo de incapacidad temporal. Será extremadamente infrecuente que el dolor como única causa, ya sea de origen somático o psicógeno, dé lugar a una incapacidad permanente: lo habitual es que se acompañe de otros diagnósticos.

Una situación de incapacidad laboral viene siempre determinada por la existencia objetiva de una limitación funcional, temporal o permanente, incompatible con la actividad laboral habitual que desarrolla el paciente. No son por tanto situaciones de incapacidad laboral el mero hecho de estar pendiente de estudios o pruebas complementarias, de consulta con especialista, a la espera de realizar tratamiento rehabilitador o en lista de espera quirúrgica, si no se objetiva una limitación funcional.

Para llevar a cabo la valoración del dolor como causa de incapacidad es fundamental realizar una detallada anamnesis encaminada a determinar las características del dolor descrito:

Anamnesis en Dolor e Incapacidad	
Fecha de aparición del dolor	En relación con la duración del proceso doloroso se establece una clasificación basada en su proceso evolutivo: agudo (menos de 6 semanas), subagudo (de 6 a 12 semanas) y crónico si es más de 12 semanas.
Forma de inicio	Puede ser súbito o insidioso, puede iniciarse durante el trabajo o después de un accidente, etc.
Carácter	Puede ser tipo ardor, quemazón o corriente eléctrica en las afecciones neuropáticas, otras modalidades son tipo latido, hincón, retortijón, etc.
Intensidad	De vital importancia para valorar la respuesta al tratamiento.
Localización y extensión	Puede graficarse en un mapa corporal.
Irrradiación	Al territorio de un nervio o una raíz nerviosa en las afecciones neuropáticas, o de manera referida a las afecciones viscerales.
Variaciones durante el día	Puede ser matutino, vespertino, durante el sueño

Síntomas asociados	Náuseas, disnea, astenia, insomnio, cambios de carácter, sudación, etc.
Factores que agravan o que alivian el dolor	El reposo, la actividad, la alimentación, etc.
Funciones biológicas	Averiguar la influencia que el dolor tenga en el sueño, apetito, estado de ánimo, actividad diaria, capacidad para caminar, capacidad para relacionarse, capacidad para la diversión.
Tratamiento previo y resultado	Farmacológico, físico, quirúrgico, etc.
Evolución	Si el dolor se está incrementando, permanece estable o está disminuyendo en intensidad.

Es importante también valorar la actitud del paciente mediante la INSPECCIÓN: facies de sufrimiento, posturas antiálgicas, tumefacciones, atrofas o hipertrofias musculares, etc.

Se realizará una adecuada EXPLORACIÓN FÍSICA dirigida al órgano o sistema corporal afectado: determinar si existen limitaciones del balance articular, de la fuerza muscular, de la sensibilidad (en dolores osteomioarticulares). En general se prestará especial atención a la exploración neurológica.

Se evaluará el ESTADO PSICOLÓGICO del trabajador: determinar el nivel de ansiedad o depresión, las ideas suicidas y el grado de incapacidad funcional. La depresión suele acompañar a todo dolor crónico. Se debe determinar la relación familiar y la vivencia personal del dolor, lo que le permitirá al médico conocer el nivel de cooperación de la familia. Es importante preguntar por las actividades cotidianas de la vida diaria y las actividades de ocio y de relación.

Siempre que sea posible se realizará la valoración objetiva del proceso; para ello se practicarán los exámenes clínicos y complementarios diagnósticos que nos aportarán información de la afectación fisiológica. Una vez establecido el diagnóstico y prescrito el tratamiento adecuado, un porcentaje de trabajadores seguirá relatando la persistencia de dolor que le resulta incapacitante para el trabajo, incluso sin causa objetivable que aparentemente lo justifique.

Esta cronicidad del dolor puede estar influenciada por múltiples *factores de riesgo*: factores individuales (umbral de dolor, tolerancia al estrés, sobredimensionamiento clínico, motivación, nivel educativo,...), factores psicosociales (estrés psicológico, síntomas depresivos, percepción de un mal estado de salud somatización,...), factores laborales (insatisfacción laboral, empleo a tiempo parcial, tareas con altos requerimientos físicos,...), factores jurídicos (conflictividad laboral, indemnizaciones pendientes, uso de la prestación de incapacidad laboral como solución a problemas laborales,...).

El mayor problema para establecer la existencia de una situación laboral cuando no se objetivan lesiones que puedan causar el dolor es el hecho del alto componente subjetivo del mismo. Las escalas de valoración del dolor, tanto las unidimensionales como las multidimensionales, se basan también en la propia apreciación subjetiva del paciente. En el caso de la medicina evaluadora el esclarecimiento se complica aún más, pues el trabajador valorado no espera de este acto médico ni el esclarecimiento de un diagnóstico ni la prescripción de un tratamiento que pueda aliviar su sintomatología, sino la aceptación por parte del sistema de Seguridad Social de su condición de incapacitado laboralmente, con la percepción de la prestación económica correspondiente; por ello el médico evaluador se

ayudará para su decisión de los informes de los especialistas asistenciales del trabajador, de los resultados de las pruebas realizadas, del tratamiento realizado y del que está en curso (el grado de analgesia pautada puede indicar la severidad del dolor), etc.

El hecho de encontrar hallazgos patológicos en las pruebas complementarias (artrosis, protrusiones o hernias discales) no implica en sí mismo la incapacidad laboral del paciente, sino que habrá que valorar las limitaciones funcionales, pudiendo ser precisa una baja laboral de manera temporal en periodos de agudización de la sintomatología

En función de los parámetros anteriores se podrán establecer una serie de grados funcionales en función de la severidad de las limitaciones:

Grado Funcional 0

- Dolor leve, soportable, sin necesidad de tratamiento analgésico.
- Plena capacidad funcional cotidiana.

Grado Funcional 1

- Dolor agudo pero que responde a tratamiento (en ocasiones “ascensor analgésico”: puede precisar opiáceos débiles y, cuando el dolor remite, se desciende al 1^{er} escalón).
- Dolor crónico insidioso, que precisa ocasionalmente analgésicos de 1^{er} escalón, con buena respuesta, o dolor leve continuado.
- Limitación funcional temporal (hasta que haya una respuesta al tratamiento analgésico) para las actividades que desencadenan o acentúan la sintomatología.

Grado Funcional 2

- Dolor moderado, persistente, con respuesta sólo parcial al tratamiento: precisa analgésicos de 2^o escalón.
- Dolor que se intensifica a la movilización.
- Puede suponer una limitación funcional la realización de actividades con requerimientos físicos moderados o actividades con exigencias sensoriales, como una adecuada capacidad de respuesta en situaciones de alarma.

Grado Funcional 3

- Dolor intenso, persistente, puede interferir y dificultar el sueño, sin respuesta eficaz al tratamiento: precisa analgésicos de 3^{er} escalón.
- Afectación psicológica acusada que puede llevar a deterioro de la vida personal.
- Limitaciones funcionales para actividades dinámicas. Puede llegar a tener limitaciones para actividades sedentarias.

Grado Funcional 4

- Dolor insoportable que no responde a opioides mayores de 3^{er} escalón. Dolor muy intenso incluso en reposo.
- Requiere analgesia intervencionista de 4^o escalón.
- Presencia de signos vegetativos.
- Limitaciones para llevar a cabo una vida laboral y personal autónoma: deterioro psíquico importante, síndrome depresivo manifiesto, imposibilidad de adecuado reposo nocturno, dificultad para desplazarse.

EL DOLOR COMO SECUELA INDEMNIZATORIA

Se define secuela como la lesión o afección que surge como consecuencia de una enfermedad o un accidente

Se define indemnización como la cantidad de dinero con la que se indemniza.

Como se ha señalado en apartados anteriores, el dolor es un síntoma frecuente que, a menudo, conlleva limitaciones e incapacidad para realizar vida normal, bien de forma temporal, bien de forma permanente, en caso de dolor crónico.

Las secuelas son definidas como *aquellas deficiencias físicas, intelectuales, orgánicas y sensoriales y los perjuicios estéticos derivados de una lesión que persisten finalizado el periodo de curación*. Según la legislación española vigente, solo son indemnizables económicamente las secuelas derivadas de accidentes.

El dolor es el síntoma más frecuente por el que se consulta después de un accidente con lesiones. Se puede clasificar: por su duración (agudo, crónico), patogenia (dolor neuropático, dolor psicógeno), localización (somático, visceral), curso (continuo o intermitente), intensidad (leve, moderado, severo), pronóstico (buen pronóstico para su control, o de mal pronóstico) o según el tratamiento farmacológico que precise para su control.

Por lo general, se considera dolor crónico el que se mantiene más de 6 meses.

En el ámbito laboral, **la Ley General de la Seguridad Social** regula en sus arts. 201 a 203 las indemnizaciones procedentes de las lesiones permanentes no incapacitantes sufridas por los trabajadores, es decir, aquellas lesiones, mutilaciones y deformidades definitivas, causadas por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, que no llegan a constituir una incapacidad permanente pero suponen una disminución o alteración de la integridad física del trabajador. Tales indemnizaciones, fijadas por baremo, son cantidades a tanto alzado, que se abonan por una sola vez por la entidad obligada al pago de las prestaciones de incapacidad permanente (IP), sin perjuicio del derecho del trabajador a continuar al servicio de la empresa y son incompatibles con prestaciones por IP, salvo que las lesiones, mutilaciones y deformidades sean totalmente independientes de las tenidas en cuenta para declarar la incapacidad permanente y el grado de la misma. Se aplica a aquellos trabajadores integrados en el Régimen General (es decir, que trabajan por cuenta ajena), afiliados y en alta o situación asimilada al sobrevenir la contingencia o situación protegida y que han sido dados de alta médica.

El baremo vigente sigue regulándose mediante la **Orden Ministerial de 15 de abril de 1969**, cuyo contenido está recogido básicamente en la LGSS pero que desarrolla el proceso para su aplicación y en su Anexo recoge la tabla con las cuantías de las indemnizaciones por las lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo y no invalidantes causadas por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social; la última actualización de estas cuantías fue por la **Orden ESS/66/2013, de 28 de enero**, con efectos desde el 31 de enero de 2013.

Las indemnizaciones por secuelas de accidentes de circulación se cuantifican conforme a las disposiciones y reglas de la **Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación**. Se puede reclamar el perjuicio personal básico, el perjuicio personal particular y excepcional y el perjuicio patrimonial, que a su vez se divide en daño emergente y lucro cesante.

Dentro de las lesiones de accidentes de tráfico, pueden dar lugar a indemnización las lesiones temporales, las secuelas y la muerte. Señalar que pueden existir secuelas concurrentes,

secuelas Inter-agravatorias y secuelas agravatorias de estado previo, que se describirán más adelante.

Tienen derecho a una indemnización: los propios lesionados y los familiares de grandes lesionados que no pueden llevar a cabo la mayor parte de las actividades esenciales de la vida.

Dentro de las lesiones temporales y las secuelas permanentes derivadas de accidentes de tráfico, se contempla indemnización por dolor, como se detalla en los apartados siguientes.

VALORACIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN POR LESIONES TEMPORALES

Se consideran lesiones temporales las que sufre el lesionado desde el momento del accidente hasta el final de su proceso curativo o hasta la estabilización de la lesión y su conversión en secuela.

La indemnización por lesiones temporales es compatible con la que proceda por secuelas o, en su caso, por muerte y se cuantifica conforme a la tabla 3 que figura como Anexo en la Ley 35/2015. Dicha tabla contiene tres apartados:

- a) Tabla 3.A: establece la cuantía del perjuicio personal básico, que es el perjuicio común que se padece desde la fecha del accidente hasta el final del proceso curativo o hasta la estabilización de la lesión y su conversión en secuela. Su valoración económica se determina mediante una cantidad diaria en función de la lesión.
- b) Tabla 3.B: establece la cuantía de los perjuicios personales particulares. Se subdivide en:
 - Pérdida temporal de calidad de vida: compensa el perjuicio moral particular que sufre la víctima por el impedimento o la limitación que las lesiones sufridas o su tratamiento producen en su autonomía o desarrollo personal. Puede ser muy grave, grave o moderado. La valoración económica del perjuicio personal por pérdida temporal de calidad de vida se determina mediante la cantidad diaria establecida para cada uno de sus grados, que incorpora ya el importe del perjuicio personal básico.
 - Perjuicio personal particular que sufre el lesionado por cada intervención quirúrgica a la que se someta. Se indemniza con una cantidad entre un mínimo y un máximo, en atención a las características de la operación, complejidad de la técnica quirúrgica y tipo de anestesia.
- c) Tabla 3.C establece la cuantía de los perjuicios patrimoniales, distinguiendo las categorías del daño emergente y del lucro cesante.

Los traumatismos cervicales menores que se diagnostican con base en la manifestación del lesionado sobre la existencia de dolor, y que no son susceptibles de verificación mediante pruebas médicas complementarias, se indemnizan como lesiones temporales, siempre que la naturaleza del hecho lesivo pueda producir el daño de acuerdo con los criterios de causalidad genérica:

- De exclusión: no medie otra causa que justifique totalmente la patología.
- Cronológico: la sintomatología aparezca en tiempo médicamente explicable. En particular, tiene especial relevancia a efectos de este criterio que se hayan manifestado los síntomas dentro de las setenta y dos horas posteriores al accidente o que el lesionado haya sido objeto de atención médica en este plazo.

- Topográfico: que haya una relación entre la zona corporal afectada por el accidente y la lesión sufrida, salvo que una explicación patogénica justifique lo contrario.
- De intensidad: adecuación entre la lesión sufrida y el mecanismo de su producción, teniendo en cuenta la intensidad del accidente y las demás variables que afectan a la probabilidad de su existencia.

La secuela que derive de un traumatismo cervical menor se indemniza sólo si un informe médico concluyente acredita su existencia tras el período de lesión temporal.

VALORACIÓN POR SECUELAS

Las indemnizaciones por secuelas se reflejan en los distintos apartados de la tabla 2 que figura como Anexo de la Ley 35/2015. La tabla 2 contiene tres apartados:

- a) La tabla 2.A establece la cuantía del perjuicio personal básico de acuerdo con los criterios y reglas de este sistema. Tiene a su vez 2 apartados: 2.A.1- Baremo Médico; 2.A.2- Baremo económico.
- b) La tabla 2.B establece la cuantía de los perjuicios personales particulares y excepcionales de acuerdo con los criterios y reglas de este sistema.
- c) La tabla 2.C establece la cuantía de los perjuicios patrimoniales, distinguiendo las categorías del daño emergente y del lucro cesante, de acuerdo con los criterios y reglas de este sistema.

A.- PERJUICIO PERSONAL BÁSICO

La determinación de las secuelas y de su gravedad e intensidad se realiza de acuerdo con el baremo médico contenido en la tabla 2.A.1. de la Ley 35/2015, organizada por órganos o sistemas. Contiene la relación de las secuelas que integran el perjuicio psicofísico, orgánico y sensorial permanente, con su clasificación, descripción y medición, y también incluye un capítulo especial dedicado al perjuicio estético. Adicionalmente, se podrá valorar la existencia de daños morales complementarios.

En caso de existir secuelas funcionales y secuelas estéticas tendrán que evaluarse y valorarse de forma independiente, añadiendo lo correspondiente a daños morales complementarios, si los hay.

La medición del **Perjuicio psicofísico, orgánico o sensorial** de las secuelas se realiza mediante un porcentaje de menoscabo expresado en puntos, con un máximo de cien. La medición del perjuicio estético de las secuelas se realiza mediante un porcentaje de menoscabo expresado en puntos, con un máximo de cincuenta.

Se adjudica a cada secuela una puntuación fija o la que corresponda dentro de una horquilla con una puntuación mínima y máxima. Cada secuela debe valorarse una sola vez, aunque su sintomatología se encuentre descrita en varios apartados del baremo médico, sin perjuicio de lo establecido respecto del perjuicio estético. No se valoran las secuelas que estén incluidas o se deriven de otras, aunque estén descritas de forma independiente. La puntuación de una o varias secuelas de una articulación, miembro, aparato o sistema no puede sobrepasar la correspondiente a la pérdida total, anatómica o funcional, de esa articulación, miembro, aparato o sistema. Las secuelas no incluidas en ninguno de los conceptos del baremo médico se miden con criterios analógicos a los previstos en él.

El dolor se encuentra recogido dentro de los diferentes apartados de este Baremo Médico. Como ejemplo, dentro del Capítulo I, apartado A.-Neurología, se valora:

Código	DESCRIPCIÓN DE LAS SECUELAS	PUNTUACIÓN ANATÓMICO FUNCIONAL
Secuelas de origen central y medular		
01038	Dolores por desaferentación	5-20
Secuelas de origen periférico		
01048	N. Trigémino. Neuralgia intermitente – Dolores intermitentes	5-15
01049	N. Trigémino. Neuralgia continua – Dolores continuos	25-30
01060	N. Facial. Neuralgia	1-8
01065	N. Glossofaríngeo. Neuralgia	10-15
Miembro inferior		
01110	N. Ciático común. Neuralgia	10-30
01113	N. Crural. Neuralgia	5-15

Para la valoración, se tendrá en cuenta si existen secuelas concurrentes, interagravatorias o agravatorias de estado previo.

- ❖ *Secuelas concurrentes*: las derivadas del mismo accidente. La puntuación final del perjuicio psicofísico es la resultante de aplicar la fórmula:

$$\left[\frac{(100 - M) \times m}{100} \right] + M$$

Donde “M” es la puntuación de la secuela mayor y “m” la puntuación de la secuela menor.

De ser las secuelas más de dos, para el uso de la expresada fórmula se parte de la secuela de mayor puntuación y las operaciones se realizan en orden inverso a su importancia. Los cálculos sucesivos se realizan con la indicada fórmula, correspondiendo el término “M” a la puntuación resultante de la operación inmediatamente anterior.

- ❖ *Secuelas interagravatorias*: aquellas secuelas concurrentes que, derivadas del mismo accidente y afectando funciones comunes, producen por su recíproca influencia una agravación significativa de cada una de ellas. La puntuación adjudicada a las secuelas bilaterales en la tabla 2.A.1, incluye la valoración de su efecto interagravatorio. La puntuación de las secuelas interagravatorias se valorará incrementando en un diez por ciento la puntuación que resulta de aplicar la fórmula señalada anteriormente, redondeando a la unidad más alta y con el límite de cien puntos.
- ❖ *Secuela agravatoria de estado previo*: secuela que agrava un estado previo. Se valora con la puntuación asignada específicamente en la tabla 2.A.1. en función del tipo de secuela y, para valorar la puntuación resultante se aplica la fórmula:

$$(M - m) / [1 - (m/100)]$$

Donde “M” es la puntuación de la secuela en el estado actual y “m” es la puntuación de la secuela preexistente. Si el resultado ofrece fracciones decimales, se redondea a la unidad más alta.

El Perjuicio estético de las secuelas consiste en cualquier modificación que empeora la imagen de la persona. Se valora a la finalización del proceso de curación del lesionado. La medición del perjuicio estético se realiza mediante la asignación de una horquilla de puntuación en función del grado, de acuerdo con el capítulo especial de la tabla 2.A.1, mediante su ponderación conjunta, sin atribuir puntuación a cada uno de sus componentes. La imposibilidad de corregir el perjuicio estético constituye una circunstancia que incrementa su intensidad.

Los grados de perjuicio estético, ordenados de mayor a menor, son los siguientes:

- a) Importantísimo, que corresponde a un perjuicio estético de enorme gravedad, como el que producen las grandes quemaduras, las grandes pérdidas de sustancia y las grandes alteraciones de la morfología facial o corporal.
- b) Muy importante, que corresponde a un perjuicio estético de menor entidad que el anterior, como el que produce la amputación de dos extremidades o la tetraplejía.
- c) Importante, que corresponde a un perjuicio estético de menor entidad que el anterior, como el que produce la amputación de alguna extremidad o la paraplejía.
- d) Medio, que corresponde a un perjuicio estético de menor entidad que el anterior, como el que produce la amputación de más de un dedo de las manos o de los pies, la cojera relevante o las cicatrices especialmente visibles en la zona facial o extensas en otras zonas del cuerpo.
- e) Moderado, que corresponde a un perjuicio estético de menor entidad que el anterior, como el que producen las cicatrices visibles en la zona facial, las cicatrices en otras zonas del cuerpo, la amputación de un dedo de las manos o de los pies o la cojera leve.
- f) Ligero, que corresponde a un perjuicio estético de menor entidad que el anterior, como el que producen las pequeñas cicatrices situadas fuera de la zona facial.

Los perjuicios estéticos no mencionados en los distintos grados señalados en el apartado anterior se incluyen en el grado que corresponda en atención a su entidad, según criterios de proporcionalidad y analogía.

Las puntuaciones finales obtenidas, tanto de perjuicio psicofísico, orgánico y sensorial permanente, por un lado, como de perjuicio estético, por otro, se llevan a la tabla 2.A.2 (baremo económico), donde aparece la cuantificación de la indemnización por lesiones según el número total de puntos y considerando la edad del lesionado en el momento del accidente.

B.- PERJUICIO PERSONAL PARTICULAR.

Se reflejan en la tabla 2.B las indemnizaciones por Perjuicio particular, que incluye los daños morales complementarios, el perjuicio moral por pérdida de calidad de vida del perjudicado y familiares, la pérdida del feto y el perjuicio excepcional.

1. **Daños morales complementarios:** se cuantifican mediante una horquilla indemnizatoria que establece un mínimo y un máximo expresado en euros (19.200€ a 96.000€ para el año 2016).

— *Por perjuicio psicofísico, orgánico y sensorial.* Se considera que existen daños morales complementarios por perjuicio psicofísico, orgánico y sensorial cuando una sola secuela alcance al menos sesenta puntos o el resultado de las concurrentes, tras aplicar la fórmula prevista en el artículo 98, alcance al menos ochenta puntos. Las

secuelas bilaterales recogidas en la tabla 2.A.1 constituyen una sola secuela. La extensión e intensidad del perjuicio psicofísico, orgánico y sensorial y la edad del lesionado constituyen los dos parámetros fundamentales para la cuantificación de daños morales complementarios, sin que pueda tenerse en cuenta la afectación en sus actividades.

También se ponderan dentro de este apartado, los dolores extraordinarios y las secuelas que no hayan sido valoradas por haberse alcanzado la puntuación de cien. Un dolor extraordinario sería un dolor crónico, de intensidad severa y que queda como secuela y va a provocar un menoscabo muy importante en la Calidad de Vida de la persona.

El dolor extraordinario precisa en la mayoría de los casos de tratamiento farmacológico crónico y supervisión médica periódica, por lo general en una Unidad del Dolor, por lo que puede ser acreditado mediante los informes médicos periódicos de una Unidad del Dolor. Los resguardos de recetas y visados de Inspección Médica y las facturas o recibos de farmacia, permiten acreditar la adherencia al tratamiento farmacológico prescrito. Si se utiliza un tratamiento no farmacológico, como la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS), también será necesaria la prescripción del aparato por la Unidad del Dolor, y los controles periódicos efectuados.

El perito médico tiene que descartar la existencia de un estado previo de dolor crónico, pues según la Sociedad Española del Dolor, uno de cada cinco españoles padece algún tipo de dolor crónico y más del 50% de las consultas en Atención Primaria son por esta causa.

- Por perjuicio estético. Se considera que existen daños morales complementarios por perjuicio estético cuando éste ha recibido una puntuación que alcance al menos treinta y seis puntos. La extensión e intensidad del perjuicio estético y la edad del lesionado constituyen los dos parámetros fundamentales para su cuantificación, sin que pueda tenerse en cuenta la afectación en sus actividades. Un dolor crónico extraordinario puede modificar el aspecto externo de la persona, como cambiar sus rasgos faciales (*facies de dolor*), siendo necesario valorar un perjuicio estético sobreañadido.
2. **Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida:** La indemnización por pérdida de calidad de vida tiene por objeto compensar el perjuicio moral particular que sufre la víctima por las secuelas que impiden o limitan su autonomía personal para realizar las actividades esenciales en el desarrollo de la vida ordinaria o su desarrollo personal mediante actividades específicas. Puede ser muy grave, grave, moderado o leve. Cada uno de los grados del perjuicio se cuantifica mediante una horquilla indemnizatoria que establece un mínimo y un máximo expresado en euros.
- a) Perjuicio muy grave: es aquél en el que el lesionado pierde su autonomía personal para realizar la casi totalidad de actividades esenciales en el desarrollo de la vida ordinaria.
 - b) Perjuicio grave: es aquél en el que el lesionado pierde su autonomía personal para realizar algunas de las actividades esenciales en el desarrollo de la vida ordinaria o la mayor parte de sus actividades específicas de desarrollo personal. La pérdida de toda posibilidad de realizar una actividad laboral o profesional también se considera perjuicio grave.
 - c) Perjuicio moderado es aquél en el que el lesionado pierde la posibilidad de llevar a cabo una parte relevante de sus actividades específicas de desarrollo personal. La

pérdida de la actividad laboral o profesional que se venía ejerciendo también se considera perjuicio moderado.

- d) Perjuicio leve: es aquél en el que el lesionado con secuelas de más de seis puntos pierde la posibilidad de llevar a cabo actividades específicas que tengan especial trascendencia en su desarrollo personal. La limitación o pérdida parcial de la actividad laboral o profesional que se venía ejerciendo se considera perjuicio leve con independencia del número de puntos que se otorguen a las secuelas.
3. **Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida de los familiares de grandes lesionados.** Compensa la sustancial alteración que causa en sus vidas la prestación de cuidados y la atención continuada de dichos lesionados cuando han perdido la autonomía personal para realizar la casi totalidad de actividades esenciales en el desarrollo de la vida ordinaria. Excepcionalmente, esta indemnización también procede en los supuestos de secuelas muy graves que alcancen, al menos, los ochenta puntos y en las que se demuestre que el lesionado requiere la prestación a la que se refiere el apartado anterior. Se cuantifica mediante una horquilla indemnizatoria que establece un mínimo y un máximo expresado en euros y los parámetros a tener en cuenta para fijar su importe son la dedicación que tales cuidados o atención familiares requieran, la alteración que produzcan en la vida del familiar y la edad del lesionado.
4. **Perjuicios excepcionales:** son los perjuicios relevantes, ocasionados por circunstancias singulares y no contemplados conforme a las reglas y límites del sistema. Se indemnizan con criterios de proporcionalidad, con un límite máximo de incremento del veinticinco por ciento de la indemnización por perjuicio personal básico.

EL DOLOR: SU SIMULACIÓN Y DESPISTAJE

CONCEPTO DE SIMULACIÓN EN MEDICINA

El concepto de simulación hace referencia a la acción de representar algo, o de imitar o fingir un hecho que no es real.

En medicina se define la simulación como la producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos desproporcionados o falsos, motivado por incentivos externos (DSM IV). Y es esa producción consciente y deliberada de los síntomas, y la existencia de un incentivo externo, lo que lo diferencia de los trastornos somatomorfos.

Por otra parte, el concepto de *simulación parcial*, denominada así por Kesnick en 1997, se refiere a una actitud de exageración de síntomas preexistentes o la referencia al mantenimiento de síntomas que ya han finalizado.

Esta definición no sirve para caracterizar a muchos pacientes con dolor crónico debido a que en la práctica clínica requiere, por un lado, comprobar una desproporción o falsedad en los síntomas, lo que resulta difícil. Y, por otro, es habitual que el médico no pueda asegurar que existe un fingimiento intencional o deliberado por parte de un determinado paciente, siendo asimismo más frecuente encontrar una respuesta no apropiada, que no siempre tiene que ser intencionadamente falsa.

Dada la inexactitud de la denominación de estas actitudes, algunos especialistas (Aso Escario et al, 2014) proponen utilizar una nueva nomenclatura que defina de forma más adecuada estas situaciones, usando los términos de *estilo de respuesta anormal o distorsionada*, en referencia a una respuesta inapropiada o discordante si la comparamos con la entidad de los

trastornos objetivos; y el de *simulación verdadera*, para referirse a la existencia de intención en la exageración o falsedad respondiendo a incentivos externos. Este concepto es equivalente a la terminología usada en la CIE-103, e implica una comprobación de dichos criterios, es decir, que la presunción fraudulenta debe hallarse refrendada por elementos objetivos.

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV) sugiere sospechar la simulación ante la presencia de alguno de los siguientes criterios, aunque no son suficientes en sí mismos para determinar una simulación:

- ❖ Presentación en un contexto médico-legal.
- ❖ Discrepancia entre lo alegado por el paciente con respecto a su enfermedad y lo objetivado en la exploración.
- ❖ Falta de colaboración en la exploración y falta de cumplimiento terapéutico pautado.
- ❖ Presencia de trastorno antisocial de la personalidad.

Con relación al dolor, el hecho de simular cobra especial importancia ya que puede afectar a la vida diaria del individuo que lo padece, porque se trata además de un concepto difícil de definir y precisar, y que puede conllevar una situación de reclamación con un benéfico social o económico.

Cuando el dolor crónico se encuentra en un contexto médico-legal, y puede suponer o repercutir en la percepción de alguna indemnización de tipo económico y/o una pensión de incapacidad o beneficios laborales, es cuando más se acentúan estos comportamientos de exageración del dolor y su repercusión en la disminución de las capacidades funcionales del organismo e incluso en una simulación clara del mismo.

Si en todos los tipos de dolor la simulación es importante, lo es más en los casos de dolor crónico, donde según define el modelo biopsicosocial, existe una compleja relación entre factores biológicos, afectivos, cognitivos, somáticos, que a su vez interactúan entre sí, dificultando entender el proceso de aquellas patologías cuya manifestación principal sea el dolor (Gatchel RJ, 2004-2005).

Es difícil precisar la incidencia de la simulación puesto que, aunque se han realizado algunos estudios para determinarla, estos varían en función del ámbito de estudio o de la patología que se aborda. No obstante, se puede concluir que son los trastornos asociados al dolor crónico los que se encuentran a la cabeza de los índices de incidencia (fibromialgia, cervicalgia y lumbalgia crónica), siendo el otro gran grupo los trastornos de ansiedad y depresión (Capilla P et al, 2009).

Ya en el trabajo de Mittenberg Wet al 2002, se determinó que la incidencia de simulación era mayor cuando había una posibilidad de beneficios económicos en el ámbito de la valoración de la incapacidad, a diferencia de cuando se encontraba en el contexto de valoración de la discapacidad, así como que la mayor incidencia se asociaba a cuadros de dolor crónico en procesos como: fibromialgia, fatiga crónica, dolor o trastornos somatomorfos y cervicalgia.

DIAGNÓSTICO DE LAS CONDUCTAS DE SIMULACIÓN

Dado el hecho de que no hay pruebas objetivas de determinación del dolor, la valoración irá más encaminada a la influencia que este pueda ejercer sobre las actividades de la vida diaria, que en la determinación de la intensidad del mismo.

El correcto diagnóstico de la simulación en dolor crónico ha de hacerse desde una perspectiva multidimensional, puesto que debe fundamentarse en la correlación de datos provenientes de distintas fuentes de información (McDermott BE, 2007).

En base al trabajo realizado por Bianchini KJ et al en 2005, se proponen una serie de estándares diagnósticos en la simulación del dolor, que se basan tanto en los datos referidos por el paciente, como en sus conductas, cuando éstas no se correlacionan con los datos objetivados en la consulta médica:

Criterios diagnósticos referidos a la discapacidad relacionada con la simulación del dolor	
Criterio A	<i>Evidencia de incentivos externos significativos:</i> Concordantes con un patrón de exageración de síntomas.
Criterio B	<i>Evidencia procedente de la evaluación física:</i> Detección de que las capacidades y/o limitaciones concuerdan con la exageración de los síntomas, como discrepancia entre el dolor referido y las alteraciones psicopatológicas, disminución de la capacidad física que no concuerda con la patología diagnosticada, discrepancia entre la actividad/movilidad mostrada en la exploración divergente con la realizada cuando no se siente observado.
Criterio C	<i>Evidencia procedente de la evaluación neuropsicológica:</i> Los déficits cognitivos demostrados en la exploración son consistentes con la exageración, como un rendimiento por debajo del azar en pruebas de elección forzadas, discrepancia entre los resultados de las pruebas neuro-psicológicas y una conducta objetivable y observable del paciente.
Criterio D	<i>Evidencia procedente de la evaluación mediante autoinforme:</i> Las limitaciones expresadas por el paciente concuerdan con un patrón de exageración, como la discrepancia entre el comportamiento del paciente cuando se siente observado y cuando no lo considera así, cuando lo alegado por el paciente no es concordante con la evolución de la historia clínica, los síntomas alegados son discordantes con la patología en cuestión y con los patrones conocidos de funcionamiento fisiológico, los síntomas alegados no concuerdan con la conducta observable.
Criterio E	Los criterios mencionados no se explican mejor por factores psicopatológicos, neurológicos o evolutivos.

(Bianchini et al, 2005)

El diagnóstico debe basarse en elementos clínicos y complementarios (ver Figura 1). Tras la realización de una historia clínica completa del paciente que incluya: una entrevista, una exploración física y psicológica y las pruebas complementarias necesarias. En general, se plantearán tantas más dudas, cuantas más inconsistencias se presenten, de forma que harán más plausibles las sospechas de simulación (Aronoff GM et al, 2007; González Ordi H et al, 2009).

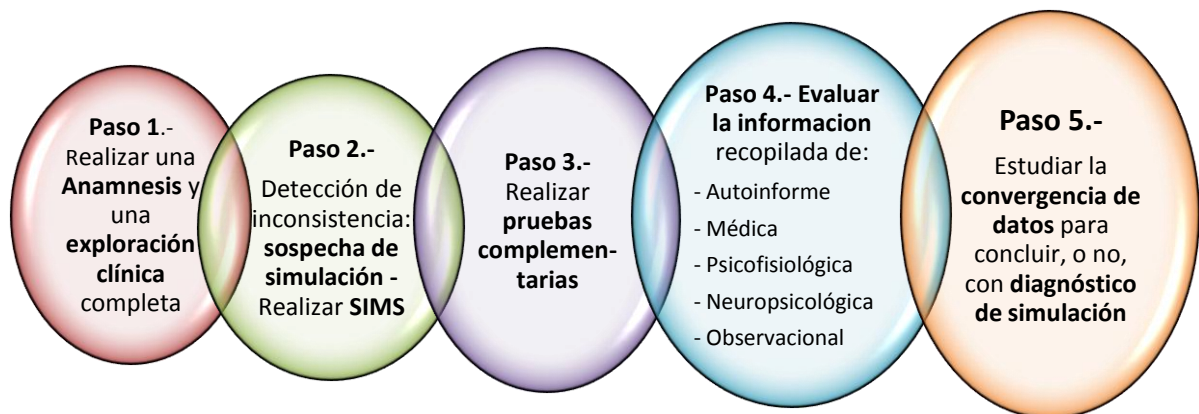


Fig. 1: Diagnóstico de simulación

El estudio realizado sobre la simulación en raquis de Hernández Conesa (1979) identificó 4 marcadores clínicos de simulación (inconsistencias, incongruencias, discrepancias y contradicciones), que posteriormente han sido propuestos como signos para diferencia entre *pacientes con un estilo de respuesta anormal o distorsionada*, y aquellos con *simulación verdadera* (Aso Escario et al, 2014).

Pasamos a detallar a continuación los pasos que se recomienda seguir en lo que podríamos llamar protocolo de detección de las conductas de simulación:

PASO 1: ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA

1.1.- Detección de los Signos de Sospecha

Estos signos de sospecha tienen que ver con determinadas variables sociolaborales, como las referidos en la siguiente tabla:

Signos de sospecha de las conductas de simulación	
Situación laboral	El paciente comenzó un nuevo trabajo justo antes del accidente Los síntomas empeoran cuando el sujeto ha de retornar al trabajo No se encuentra en su domicilio repetidamente Trabajo pesado, monótono o con limitadas oportunidades de cambio a puestos de menor carga Insuficiencia de anclaje vocacional a su trabajo, o insatisfacción laboral Ausencias frecuentes del trabajo por enfermedades menores Jefe exigente e inflexible o con prejuicios sobre el dolor lumbar

Quejas	Acerca de su jefe, de la compañía de seguros, ... Menosprecio de terapeutas o facultativos previos Malas relaciones o conflictos con los terapeutas
Aspectos económicos	Los beneficios de su situación son mayores que el 50% del sueldo habitual
Antecedentes	Accidentes laborales o de tráfico previos Incapacidad previa Abuso de alcohol-drogas.
Aspectos familiares	Cónyuge sobreprotector o enfermo Tipología especial del acompañante (reforzador de la patología, coactivo...)
Aspectos diagnósticos	El paciente pide que se le hagan nuevas pruebas siendo todas las pruebas normales
Aspectos terapéuticos	Intolerancias repetidas a los tratamientos No mejoría sino empeoramiento con las terapias Aceptación por el paciente de un rol de inválido

(Aronoff et al, 2000; Kendall et al, 1997)

1.2.- Inconsistencias

Son manifestaciones clínicas carentes de entidad que se obtienen durante la anamnesis. Algunos ejemplos de ellas pueden observarse en la siguiente tabla:

Inconsistencias típicas de las conductas de simulación	
Tendencia a la exageración	Les duele todo, cuentan penas
Síntomas llamativos	Cojera, ceguera, amnesia...
Síntomas sutiles	Cansancio el lunes
Síntomas defensivos	Reticencia a reconocer otros problemas
Hiperprecisión sintomática	Número, topografía, cronología
Uso de calificativos específicos	Uso de palabras malsonantes para el dolor
Relato de acontecimientos más que de síntomas	Relato del accidente

(Modificado de Aso Escario et al, 2014)

- ❖ La *tendencia a la exageración* puede hacer referencia a cualquier matiz del síntoma: número, intensidad, calidad, extensión, etc. Es característico que el paciente presente dolores “totales”.
- ❖ Los *síntomas llamativos* son aquellos que una persona profana consideraría típicos de la enfermedad o incapacidad como, por ejemplo, una cojera, presentar debilidad, anestesia de una región o una pérdida de la visión o del oído. Estos síntomas aumentan mucho en frecuencia en el paciente con un estilo de respuesta anormal o distorsionada (Rogers R et al, 1992).
- ❖ Los *síntomas sutiles* son aquellos que se consideran habituales o “normales” en la vida (levantarse cansado los lunes, acabar fatigado la jornada, embotamiento de cabeza en

lugares cerrados, o mareo en un vehículo), pero que en este caso son más habituales y afectan más al paciente con un estilo de respuesta anormal o distorsionada (Rogers Ret al, 1992).

- ❖ Los *síntomas defensivos*, aparecen cuando el paciente niega haber presentado en el pasado síntomas habituales en la población (cervicalgia, cefalea, cansancio matutino, epigastralgia, etc.). Por ejemplo, en más de un caso, se observa una marcada reticencia a reconocer cualquier problema de salud antes de que apareciera la lesión o enfermedad que se pretende valorar.
- ❖ La *hiperprecisión sintomática* consiste en describir con detalle extremo todo lo referente a la descripción de los síntomas: hora de comienzo, duración, etc. (Rotes Querol J, 1998). En la misma línea está la aportación, a veces obsesiva, de todo tipo de pruebas o informes realizados antes de la actual visita.
- ❖ El *uso de calificativos específicos*: el paciente con un estilo de respuesta anormal o distorsionada emplea un lenguaje particular y típico con expresiones del tipo: “como si” (“es como si me hirieran por dentro”) y también utiliza palabras malsonantes para referirse al dolor.
- ❖ El paciente con un estilo de respuesta anormal o distorsionada *relata de acontecimientos más que de síntomas*, recreándose en la descripción de los acontecimientos (visitas médicas, pruebas realizadas, etc.) que los padecimientos que presenta y que son el motivo de su consulta.

1.3.- Incongruencias

- ❖ Son signos físicos imposibles que aparecen en la exploración física del paciente. Como ejemplo de ellas podemos describir:
- ❖ Que detectemos *respuestas invertidas* al explorar la sensibilidad térmica, de forma que el paciente refiera tener frío en lugar de calor, y a la inversa. Es típico de la simulación verdadera.
- ❖ La *presencia de dolor con la exploración del movimiento resistido*: ya que quien finge intencionalmente cree que el movimiento resistido debe ser doloroso, cuando, en realidad, ello es inusual. También puede apreciarse un movimiento resistido que sea disarmónico o titubeante, con un tacto que recuerda al de una rueda dentada, ya que el paciente actuará voluntariamente contrayendo y relajando agonistas y antagonistas, indicando simulación. El paciente con un estilo de respuesta anormal o distorsionada, a diferencia, suele relajar abruptamente la extremidad, a veces con un resoplido al final de la exploración (Hernández Conesa S, 1997).
- ❖ *Test de Mankopf*: la palpación del área dolorosa debería incrementar la frecuencia cardíaca en un 5% o más. De no hallarse esta respuesta (Mankopf positivo), se trataría de una incongruencia (Carbonell Tabeni R, 2008-2009).
- ❖ Otras incongruencias serían: la positividad en la maniobra de Lasègue a menos de 10°; la aparición de dolor lumbociático, en lugar de crural en el Lasègue invertido, etc.

1.4.- Discrepancias

Se definen como la falta de concordancia entre 2 o más elementos diferentes de la historia clínica. Las discrepancias orientan más a un simulador verdadero que a un paciente con un estilo de respuesta anormal o distorsionada. Pueden ser de diferentes tipos y se describen en la siguiente tabla algunos ejemplos:

Discrepancias en las conductas de simulación	
Clínico-anamnéscas	Collarete con bronceado debajo
Clínico-exploratorias	Pérdida de fuerza, pero aumento de resistencia al movimiento pasivo Movilidad indirecta (mirar el reloj, estimar la altura de la habitación, etc.) Ortesis sin manchas ni desgaste. No hay dermatitis ni marcas de apoyo Resultados diferentes entre las formas de la maniobra de Lasègue
Clínico-conductuales	Seguimiento de la conducta
Discrepancias de causalidad	Investigar bien la enfermedad o el accidente que se está valorando

(Modificado de Aso Escario et al, 2014)

- ❖ Discrepancias *clínico-anamnéscas*: son ejemplos la presencia de un bronceado del cuello en un paciente que refiere ser portador de un collarete cervical permanente; o cuando se refiere algias incapacitantes, pero el paciente vive solo y sin ayuda.
- ❖ Discrepancias *clínico-exploratorias*: consiste en detectar diferencias entre los síntomas y la exploración clínica o las pruebas complementarias. Por ejemplo, que el paciente refiera pérdida de fuerza y, sin embargo, apreciemos un aumento de la resistencia pasiva o que el paciente mantenga actitudes antigravitatorias si de repente dejamos la extremidad en el aire; o que el enfermo aqueje disminución de movilidad cervical, pero flexione el cuello al mirar su reloj; que refiera no mover una extremidad desde hace semanas, pero no se evidencie amiotrofia.
- ❖ Si un collarete (u otra ortesis) que se lleva continuamente no se desgasta, mancha o pierde el brillo debe considerarse una discrepancia. El uso de bastones debe producir callosidades en las manos. Es una discrepancia el que una persona con cervicalgia o hernias discales lumbares (sin déficit motor) aparezca en silla de ruedas.
- ❖ Discrepancias *clínico-conductuales*: hacen referencia a la falta de correspondencia entre los síntomas y la conducta del paciente. Deben ser documentadas.
- ❖ Discrepancias *de causalidad*: se refiere a la no concordancia entre la causa de la lesión o enfermedad y el resultado clínico, o la falta de proporcionalidad entre la causa y el efecto.

1.5.- Contradicciones

Son las oposiciones entre producciones verbales, gráficas, documentales u otras relativas a la enfermedad que pueden detectarse en una visita o en sucesivas exploraciones o entrevistas.

En el paciente con un estilo de respuesta anormal o distorsionada es habitual la dificultad para mantener constante el subesfuerzo. Por ello, es preciso documentar las manifestaciones y los hallazgos exploratorios y también es recomendable aumentar la frecuencia de las visitas.

PASO 2: REALIZACIÓN DE TEST DE SCREENING PARA LA DETECCIÓN DE LA SIMULACIÓN

Si tras realizar la historia clínica completa con la entrevista, la exploración física y psicológica, el médico encuentra discordancias entre los datos referidos por el paciente y los datos objetivos de la exploración y las pruebas complementarias se recomienda realizar un test para descartar la simulación.

Se han desarrollado instrumentos de screening rápidos y sencillos, como puede ser el Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas-SIMS (González H, et al 2009), que permite obtener una puntuación final referida al perfil de simulación general que presenta el sujeto y 5 escalas específicas relacionadas con la simulación de síntomas de diferentes trastornos psicopatológicos y neuropsicopatológicos, que son las siguientes:

1. Psicosis: valora la posible presentación síntomas psicóticos inusuales o extravagantes que no son típicos de la patología psicótica real
2. Deterioro neurológico: evalúa la presentación de síntomas de tipo neurológico ilógicos o muy atípicos.
3. Trastornos amnésicos: evalúa síntomas relacionados con trastornos de memoria que no siguen los patrones de deterioro producidos por disfunción o daño cerebral real.
4. Inteligencia: valorando el grado en que el sujeto exagera su déficit intelectual al fallar preguntas sencillas de conocimiento general.
5. Trastornos afectivos: evalúa el grado en que el sujeto informa de síntomas atípicos de depresión y ansiedad.

De ello, ha de resultar una adecuada validez predictiva para discriminar entre simuladores y no simuladores, con una sensibilidad del 94,8% y una especificidad de un 94,5%, y un índice de exactitud global de la prueba de 9.7, lo que le confiere una gran utilidad para correlacionar datos que puedan determinar simulación.

En un estudio realizado por Capilla P et al, 2008, utilizando el SIMS para discriminar ente pacientes con dolor crónico litigantes y no litigantes, encontraron que los grupos litigantes, puntuaban significativamente más alto en el SIMS que el grupo no litigante y el grupo control, y fue capaz de discriminar entre litigantes y no litigantes con una sensibilidad del 80% y una especificidad del 100%.

PASO 3: PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

La dificultad en la valoración de los comportamientos de simulación/exageración, y la discrepancia entre los síntomas alegados por el paciente y los signos objetivados, obliga en muchas ocasiones a la realización de pruebas complementarias como RM, RX, RM funcional, etc. que nos informan de la congruencia o no entre los hallazgos patológicos encontrados y los síntomas referidos y aportan información interesante, sobre todo en el caso de que el paciente refiriera dolor y no se encuentren bases fisiopatológicas concomitantes.

Otras pruebas que pueden ser útiles son las analíticas especiales, para detectar déficits carenciales, infecciones suclínicas, etc., sobre todo en las patologías que cursen con polialgias o cansancio crónico.

Además de lo significado anteriormente, podremos utilizar otros métodos de exploración, como los test isocinéticos, que constituyen un método preciso y objetivo para valorar funcionalmente la fuerza realizada tanto articular como en el movimiento complejo que englobe a varias articulaciones, en aquellos pacientes que aleguen pérdida de fuerza.

Es relativamente frecuente en procesos dolorosos referidos al esqueleto axial, especialmente a nivel cervical, que el paciente refiera la presencia de mareos y/vértigos, y en estos casos la posturografía dinámica permite objetivar estos síntomas, además de proporcionar diversos patrones de alteraciones del equilibrio que pueden corroborar o contradecir lo alegado por el paciente (Barona de Guzman R, 2003).

La electromiografía de inserción y la de superficie también son de gran utilidad para evaluar las repuestas musculares de forma objetiva, ante diferentes niveles de intensidad de carga de trabajo, y permiten valorar la existencia de lesiones musculares o no, asociada al dolor intenso en cuadros de dolor crónico, susceptibles de simulación.

Los estudios con potenciales evocados (acústicos, visuales y somato-sensoriales), informan sobre la discrepancia entre el procesamiento neurofisiológico de la información y la valoración subjetiva que realiza el paciente.

PASO 4: AUTOINFOMES, PRUEBAS NEUROPSICOLÓGICAS Y VALORACIÓN CONDUCTUAL

Junto a las pruebas objetivas descritas, podemos utilizar otros recursos como los informes realizados por los pacientes (autoinformes), referidos a la relación de sus síntomas y su percepción subjetiva de salud, más subjetivos, pero que pueden ser útiles para completar la información, y nos pueden ayudar a valorar la correlación entre lo que refiere el paciente y los signos clínicos observados.

Unos de los más usados es el Cuestionario de salud SF-36 (Alonso J et al, 1995), para conocer el impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida del paciente. También puede utilizarse el Cuestionario sobre el impacto de la Fibromialgia en la calidad de la vida diaria -FIQ (Monterde S et al, 2004), que característicamente presenta una alta correlación con el SF36, por lo que se pueden detectar inconsistencias en las repuestas entre ambos.

Otro cuestionario que puede ser útil, aunque más enfocado a Esclerosis múltiple y Lupus, es la Escala de Severidad de la Fatiga (Krup LB et al, 1989), ya que al conocer las puntuaciones en la etapas avanzadas de las patologías referidas, puede servirnos de comparación en las puntuaciones obtenidas en otras patologías más benignas, y que se alejan de la normalidad.

El NPQ- Neck Pain Questionnaire (González T et al, 1999) está dirigido específicamente a evaluar la repercusión de la cervicalgia en la vida diaria, y muy utilizado para evaluar la eficacia del tratamiento en el esguince cervical, que valora aspectos en los que es necesario una buena movilidad cervical, por lo que la puntuación debería ir disminuyendo en relación a la mejoría de la movilidad, y que puede ser de utilidad para detectar un mantenimiento consciente de la discapacidad.

El índice de discapacidad de Oswestry-IDO (Faibank JCT et al, 1980) proporciona valores en porcentaje de incapacidad en el dolor lumbar, considerándose que valores iguales o mayores del 80%, son sugestivos de simulación.

El IDC- Índice de discapacidad crónica de Waddel (Waddel et al, 1984), sirve para evaluar si el dolor lumbar repercute en la disminución o evitación de la realización de una actividad cotidiana, y presenta correlación con el IOD, lo que representa una ventaja a la hora de evaluar inconsistencias en las repuestas.

En general, se van a obtener puntuaciones más altas en los índices de incapacidad, peor calidad de vida y peor estado de salud en los cuestionarios realizados por pacientes simuladores, junto a un escaso efecto de los tratamientos pautados, así como discrepancias con los datos clínicos objetivados.

La patología álgica crónica puede asociar déficits neurológicos como falta de concentración, percepción y memoria. Es característico que en los diversos instrumentos de valoración de déficits cognitivos, los pacientes, simuladores, aquellos litigantes, o en ambientes médico - legales, presentan en general porcentajes por debajo del nivel esperado por azar, así como en relación a paciente con déficits neurológicos conocidos genuinos y más graves (Frederick RI, 2003; Rees LM et al, 1996; Lezak MD, 1995)

La utilización de pruebas neuropsicológicas combinadas incrementa la validez de los hallazgos, pero tiene la limitación de que aumentan considerablemente el tiempo dedicado a la evaluación de la detección de la simulación.

En la evaluación conductual del sujeto, dado que no siempre éste mantiene las mismas actitudes y comportamientos, es importante la aportación de los diferentes profesionales que tratan al paciente. Se debe obtener una visión integral del paciente valorando su apariencia externa, la expresión, la postura mantenida, los gestos, la mirada, etc.

PASO 5: ESTUDIAR LA CONVERGENCIA DE DATOS Y CONCLUIR UN DIAGNÓSTICO

Señalar que ninguna prueba, por si misma, puede determinar la presencia de la simulación, pero sí la combinación de pruebas, exploración, test psicológicos y físicos, así como la observación de la conducta del sujeto en distintos ámbitos, que conseguirán acercarnos con bastante precisión a la simulación, y que servirán de medida para disminuir el fraude y para conceder los recursos disponibles a las personas que realmente lo necesitan.

LA GESTIÓN PREVENTIVA DEL DOLOR EN LAS EMPRESAS.

La gestión de la prevención debe ser parte integrante de la estrategia y de los objetivos de desarrollo de una empresa, por ello, el empresario debe establecer un sistema adecuado de gestión de la prevención de los riesgos derivados del trabajo que asegure el funcionamiento de todas las actividades preventivas que se desarrollen en el ámbito de la empresa.

La Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales y el Reglamento de los Servicios de Prevención establecen la obligatoriedad de que la empresa desarrolle un sistema de prevención de riesgos laborales, con los procedimientos necesarios y la documentación definida en art. 23 de la citada Ley. En base a ello, y ante la conveniencia de que los procedimientos sean escritos para facilitar su implantación y seguimiento, se desarrolla un grupo de Notas Técnicas de Prevención (NTP) como NTP 565: *Sistema de gestión preventiva: organización y definición de funciones preventivas, para facilitar su elaboración.*

TRABAJADOR CON DOLOR

Ante un trabajador con un proceso que cursa con dolor como síntoma prioritario de características limitantes y repercusión con incremento de riesgos laborales, el manejo y gestión empresarial debe estar adecuadamente protocolizado y coordinado con los responsables de su manejo clínico (Sistema Público de Salud-Médicos Asistenciales de cualquiera de las especialidades implicadas).

Es responsabilidad del Médico del Trabajo del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales valorar las implicaciones del trabajo y los riesgos inherentes a su puesto, tanto como causa de dicho proceso doloroso, como valorarlo desde un punto de vista preventivo en tanto que suponga riesgo para el propio trabajador o para terceros implicados.

Se parte por ello de la evaluación de riesgos de la empresa y del estudio del puesto de trabajo y tareas desempeñadas por el trabajador a lo que se añade la etiología causal.

ETIOLOGÍA CAUSAL

El síntoma dolor debe ser englobado en la patología causal y debidamente enmarcado en el contexto de una historia clínico-laboral, donde consten conjuntamente los aspectos laborales inherentes al trabajador y todos aquellos datos clínicos de interés en el proceso que se está valorando, bien estén ya incluidos en su historia previa, como aquellos que se necesite recabar *de novo*.

Es necesario por ello establecer protocolos reglados de intercambio de información que puedan complementarse entre los médicos asistenciales de la especialidad o especialidades implicadas y los médicos del trabajo que asisten al trabajador y actúan en prevención.

MANEJO CLÍNICO-ASISTENCIAL – INFORMACIÓN LABORAL

No puede concebirse una correcta asistencia clínica de un trabajador afectado por proceso de dolor sin un conocimiento previo e incluido en su historia clínica de sus condiciones laborales y opciones preventivas a su disposición, información esta que ha de ser solicitada al Médico del Trabajo del Servicio de Prevención dentro de una actividad coordinada, consensuada y de colaboración entre las especialidades implicadas.

MANEJO LABORAL-INFORMACIÓN CLÍNICA

No puede concebirse una correcta gestión preventiva de un trabajador afectado por un proceso de dolor sin un conocimiento previo e incluido en su historia clínica de su patología, tratamientos llevados a cabo, pronóstico evolutivo y exploraciones o pruebas complementarias a las que ha sido sometido, información esta que ha de ser solicitada al Médico de la especialidad correspondiente dentro de una actividad coordinada, consensuada y de colaboración entre las especialidades implicadas.

OPCIONES DE MEJORA LABORAL

El Médico del trabajo del Servicio de Prevención es el único especialista con formación y competencias adecuadas para emitir un informe de Aptitud Laboral en el trabajador afectado por un proceso de dolor de cualquier etiología, siendo este informe el requerido por los organismos encargados de la gestión de la empresa para la toma posterior de decisiones.

El Médico especialista encargado de su manejo clínico en el ámbito asistencial no debe emitir opinión a este respecto, si bien su información clínico-pronóstico evolutiva será imprescindible para facilitar la posterior gestión de las limitaciones del dolor en el ámbito preventivo-empresarial.

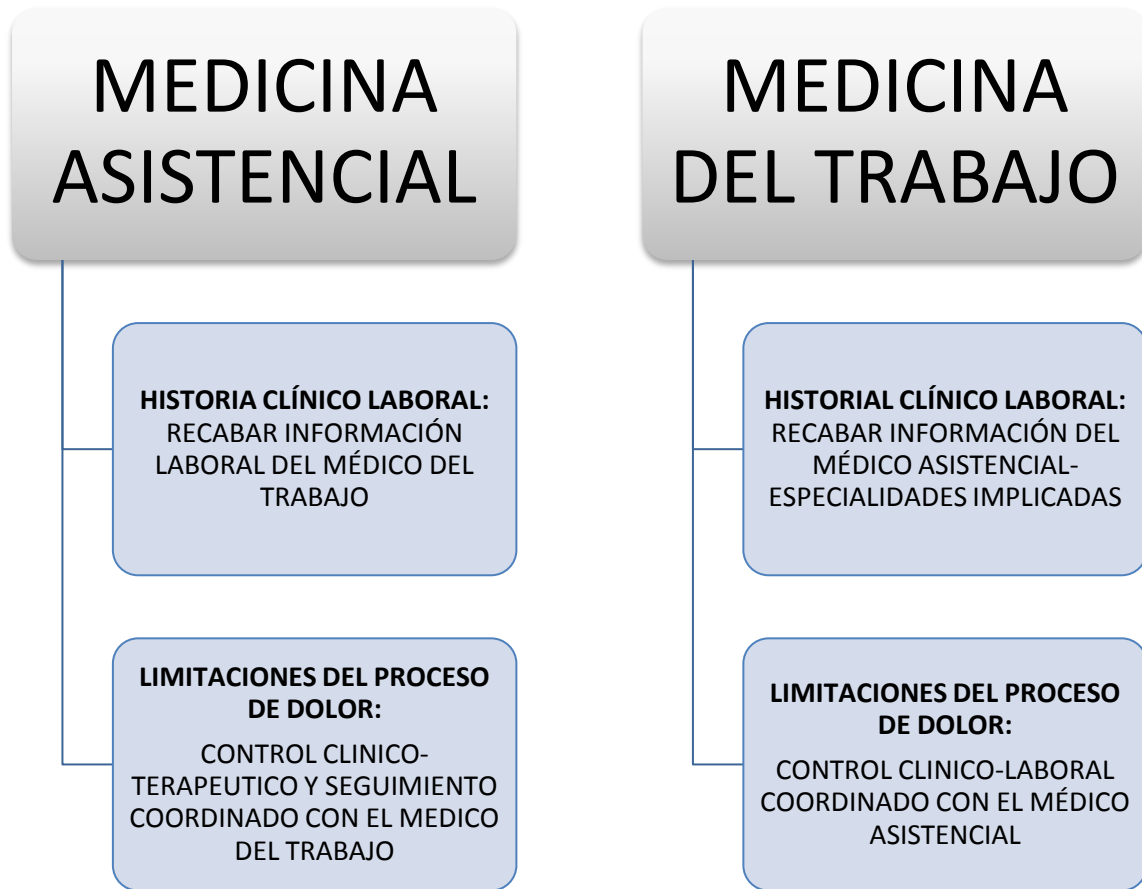
OPCIONES DE MEJORA CLÍNICO ASISTENCIAL

Cada empresa, según sus distintas características dispone de mecanismos de gestión de las limitaciones de un trabajador con un proceso que cursa con dolor, enfocadas a compatibilizar dicho proceso con el desempeño laboral sin riesgos, estableciendo, si es necesario, las correspondientes adaptaciones o restricciones u orientando al trabajador hacia un proceso de incapacidad temporal o permanente en cualquiera de sus grados si la etiología causal que desencadena el dolor así lo requiriera.

**PROTOCOLIZACIÓN DE LA GESTIÓN COORDINADA
CLÍNICO/ASISTENCIAL Y LABORAL EN EL TRABAJADOR CON PROCESO
DE DOLOR**



**ALGORITMO DE COORDINACIÓN:
SALUD LABORAL-MEDICINA ASISTENCIAL**



BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados. *Med Clin* 1995; 104:771-6.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR). Washington, DC: APA; 2000.
3. Andersen LL, Mortensen OS, Hansen JV, Burr H. A prospective cohort study on severe pain as a risk factor for long-term sickness absence in blue- and white-collar workers. *Occup Environ Med*. 2011 Aug;68(8):590-2.
4. Aronoff GM, Mandel S, Genovese E, Maitz EA, Dorto AJ, Klimek EH, Staats TE. Evaluating malingering in contested injury or illness. *Pain Pract*. 2007 Jun;7(2):178-204.
5. Aso Escario JA, Martínez Quiñones JV, Aso vizán A, Arregui Calvo R, Bernal Lafuente M, Alcazar Crevillen A. Simulación en patología espinal. *Reumatol Clin* 2014;10:396-405.
6. Barona de Guzman R. Interés clínico del sistema Ned SUE/IBV en el diagnóstico y valoración de las alteraciones del equilibrio. *Revista de Biomecánica del Instituto de Biomecánica de Valencia (Monográfico: posturografía ¿algo se mueve?)*. Febrero 2003: 43-51.
7. Bianchini KJ, Greve KW, Glynn G. On the diagnosis of malingered pain-related disability: lessons from cognitive malingering research. *Spine J* 2005; 5:44-57.
8. Bodin J, Ha C, Chastang JF, Descatha A, Leclerc A, Goldberg M, et al. Comparison of risk factors for shoulder pain and rotator cuff syndrome in the working population. *Am J Ind Med* 2012;55(7):605-15.
9. Bodin J, Ha C, Sérazin C, Descatha A, Leclerc A, Goldberg M, et al. Effects of individual and work-related factors on incidence of shoulder pain in a large working population. *J Occup Health* 2012;54(4):278-88.
10. Braithwaite J, Herkes J, Ludlow K, Testa L, Lamprell G. Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review. *BMJ Open*. 2017 Nov 8;7(11):e017708
11. Campero M. ¿Es posible objetivar el dolor? *Rev. Med. Clin. Condes*. 2014; 25(4) 602-9.
12. Capilla Ramirez P, González Ordí H. Protocolo para la detección de la simulación del dolor en la práctica clínica: estudio de casos. *Trauma Fund MAPFRE* 2009;20(4):255-63.
13. Carbonell Tabeni R. Lumbalgia determinación de contingencia. Máster Universitario en Medicina Evaluadora. Edición 2008-2009 Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/13307/1/lumbalgia.d.contingencia.mme.word.pdf>.
14. Cid J, Acuña JP, De Andrés J, Diaz JL, Gómez Caro AL. ¿Qué y cómo evaluar al paciente con dolor crónico? *Evaluación del paciente con dolor crónico. Rev. Med. Clin. Condes*. 2014; 25(4) 687-97.
15. Fairbank, J.C.T., Davies, J.B., Couper, J. y O'Brien, J.P. (1980). The Oswestry low back pain disability questionnaire. *Physiotherapy*, 66, 271-73.
16. Fernández de las Peñas C, Gröbli C, Ortega Santiago R, Fischer CS, Boesch D, Froidevaux P, Stocker L, Weissmann R, González Iglesias J. Referred pain from

- myofascial trigger points in head, neck, shoulder, and arm muscles reproduces pain symptoms in blue-collar (manual) and white-collar (office) workers. *Clin J Pain*. 2012 Jul;28(6):511-8.
17. Frederick, R.I. (2003). Neuropsychological tests and techniques that detect malingering. En P.W. Halligan, C. Bass y D.A. Oakley (Eds.), *Malingering and illness deception* (pp. 323-335). Oxford: Oxford University Press.
 18. Gatchel RJ. *Clinical essentials of pain management*. Washington, DC: Am Psychol Ass 2005.
 19. Gatchel RJ. Comorbidity of chronic pain and mental health disorders: the biopsychological perspective. *Am Psychol* 2004; 59:792-805.
 20. González, T., Balsa, A., González, I., Zamorano, E., Sainz de Murieta, J., Perez, J. y Martín, E. (1999). Adaptación del Northwick Park Neck Questionnaire a la población española. *Revista Española de Reumatología*, 5, 176-179.
 21. González Ordi H, Capilla Ramírez P. Detección de la simulación del dolor crónico. Un enfoque multidisciplinar. *Infocoponline - Revista de Psicología* Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2380&cat Mayo2009.
 22. González Ordi H, Santamaría Fernández P. Adaptación española del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas – SIMS. Madrid: TEA Ediciones: 2009.
 23. Hämmig O. Prevalence and health correlates of work-life conflict among blue- and white-collar workers from different economic sectors. *Front Public Health* 2014 Nov 11;2:221.
 24. Hernandez Conesa S. Simulación en columna vertebral. VII Reunión sobre patología de la columna vertebral. *Ferrer Int*. 1979, pp. 35-46.
 25. Herquelot E, Leclerc A, Roquelaure Y, Bodin J, Ha C, Cyr D, et al. Incidence of knee pain and its work-related risk factors in a large working population. *Occup Environ Med* 2014;71 Suppl 1:A6-7.
 26. Herr RM, Bosch JA, Loerbroks A, van Vianen AE, Jarczok MN, Fischer JE, Schmidt B. Three job stress models and their relationship with musculoskeletal pain in blue- and white-collarworkers. *J Psychosom Res*. 2015 Nov;79(5):340-7.
 27. Hoyle JA, Marras WS, Sheedy JE, Hart DE. Effects of postural and visual stressors on myofascial trigger point development and motor unit rotation during computer work. *J Electromyogr Kinesiol*. 2011 Feb;21(1):41-8.
 28. IASP. International Association for the Study of Pain. Subcommittee on Taxonomy. Pain terms: A list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain* 1979;6(3):249-52.
 29. Jakobsen MD, Sundstrup E, Brandt M, Andersen LL. Psychosocial benefits of workplace physical exercise: cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2017 Oct 10;17(1):798.
 30. Kendall N, Linton SJ, Main CJ. Guide to assessing psychosocial yellow flags in acute low back pain: Risk factors for long term disability and workloss. Wellington, New Zealand: Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Corporation of New Zealand, and the National Health Committee; 1997.
 31. Lezak, M.D. (1995). *Neuropsychological assessment*. New York: Oxford University Press.

32. Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación. «BOE» núm. 228, de 23 de septiembre de 2015, páginas 84473 a 84979
33. Madeleine P. On functional motor adaptations: from the quantification of motor strategies to the prevention of musculoskeletal disorders in the neck-shoulder region. *Acta Physiol (Oxf)*. 2010 Jun;199 Suppl 679:1-46.
34. McDermott BE, Feldman MD. Malingering in the medical setting. *Psychiatr Clin North Amer* 2007; 30: 645-62.
35. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Incapacidad Permanente. Disponible en: http://www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/PrestacionesPension10935/Incapacidadpermanen10960/index.htm. Consultado el 15/12/2017.
36. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Prestación de Incapacidad temporal. Disponible en: http://www.seg-social.es/Internet_1/Masinformacion/TramitesyGestiones/PrestaciondeIncapac44667/index.htm. Consultado el 15/12/2017.
37. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Protocolos de Vigilancia de la Salud. Consultado el 15 de diciembre de 2015. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/saludLaboral/vigiTrabajadores/home.htm>.
38. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España (EESA) 2014. Disponible en https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Tend_salud_3_0_indic.pdf. Consultado 29/11/2017.
39. Mittemberg W, Patton C, Canyock EM, Condit D. Base Rates of Malingering and symptom exaggeration. *J Clin Exp Neuropsychol* 2002; 24:1094-102.
40. Monterde S, Salvat I, Montull S. y Fernández Ballart J. Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Rev Esp Reumatol* 2004; 31:507-13.
41. Moreno CR, Lowden A, Vasconcelos S, Marqueze EC. Musculoskeletal pain and insomnia among workers with different occupations and working hours. *Chronobiol Int*. 2016;33(6):749-53.
42. Oakman J, Kinsman N, Briggs AM. Working with persistent pain: An exploration of strategies utilised to stay productive at work. *J Occup Rehabil*. 2017 Mar;27(1):4-14
43. Orden de 15 de abril de 1969, de aplicación y desarrollo de las prestaciones por invalidez en el Régimen General de la Seguridad Social. BOE de 08 de Mayo de 1969.
44. Orden ESS/66/2013, de 28 de enero, por la que se actualizan las cantidades a tanto alzado de las indemnizaciones por lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo y no invalidantes. BOE núm. 26, de 30 de enero de 2013; corrección de errores BOE núm. 46, de 22 de febrero de 2013.
45. Petit A, Roquelaure Y. Low back pain, intervertebral disc and occupational diseases. *Int J Occup Saf Ergon*. 2015;21(1):15-9
46. Ramos Ortiz C. Salud, dolor y trabajo. *Rev Soc Esp Dolor*. 2016; 23(2): 53-5.
47. Randall R, Griffiths A, Cox T, Welsh C. The activation of mechanisms linking judgements of work design and management with musculoskeletal pain. *Ergonomics*. 2002 Jan 15;45(1):13-31.

48. Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. BOE nº 261, de 31 de octubre de 2015.
49. Rees, L.M. y Tombaugh, T.N. (1996). Validation of the Test of Memory Malingering (TOMM) using a simulation paradigm. Comunicación presentada en el Annual Meeting of the International Neuropsychological Society, Chicago, Ill.
50. Resnick PJ. Malingering of posttraumatic disorders. In R. J. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (p. 130-152). New York: Guilford Press;1997.
51. Rogers R, Bagby RM, Dickens SE. *Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS) and professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1992.
52. Rotes Querol J. Veinticinco años de reumatismo psicógeno. *Med Clin* 1998;90:456-8.
53. Shahidi B, Curran-Everett D, Maluf KS. Psychosocial, Physical, and Neurophysiological Risk Factors for Chronic Neck Pain: A Prospective Inception Cohort Study. *J Pain*. 2015 Dec;16(12):1288-99.
54. Sihawong R, Sitthipornvorakul E, Paksaichol A, Janwantanakul P. Predictors for chronic neck and low back pain in office workers: a 1-year prospective cohort study. *J Occup Health*. 2016;58(1):16-24.
55. Sundstrup E, Jakobsen MD, Brandt M, Jay K, Aagaard P, Andersen LL. Associations between biopsychosocial factors and chronic upper limb pain among slaughterhouse workers: Cross sectional study. *BMC Musculoskelet Disord* 2016;17(1):104.
56. Terradillos García MJ, Aguado Benedí MJ, GarcíaPuerto M, Sainz González J, Cabello-Heranz MJ, coordinadores científicos. *Guía de valoración de incapacidad laboral temporal para médicos de atención primaria, 2ª edición*. Madrid: Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (ENMT). Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Economía, Competitividad y Ciencia; 2015.
57. Varekamp I, van Dijk FJ, Kroll LE. Workers with a chronic disease and work disability. Problems and solutions. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2013;56(3):406-14.
58. Vicente Herrero MT, López González AA, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Capdevila García L, Terradillos García MJ, Aguilar Jimenez E. Dolor en trabajadores: prevalencia e intensidad. Repercusión de variables sociodemográficas y laborales. *Rev Asoc Esp Med Trab* 2015; 24(4):141-84.
59. Vicente Herrero MT, López González AA, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Capdevila García L, Terradillos García MJ, Aguilar Jiménez E. Dolor en población laboral y su interferencia en actividades de la vida diaria. *Rev Soc Esp Dolor*. 2016.
60. Vicente Herrero MT, López González AA, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Capdevila García L, Terradillos García MJ, Aguilar Jiménez E. Dolor y trabajo. Influencia de variables sociodemográficas en la respuesta terapéutica y la productividad laboral. *Semergen*. 2016 Sep;42(6):370-9.
61. Vicente Herrero MT, Moreno Torres P. *La prueba pericial Médica en el ámbito de lo social*. Tirant lo Blanch, 2012. Colección Abogacía práctica. 1ª edición.
62. Vicente Herrero MT; López González A, Ramírez MV, Capdevila L, Terradillos MJ, Aguilar E. Dolor y Localización en Trabajadores: Variables Sociodemográficas y Laborales Implicadas. *Revista El Dolor* 2014;61:2-31.

63. Vicente Herrero T, Terradillos García MJ, Torres Alberich JI, et al. Tratado de medicina legal y ciencias forenses. Tomo I Vol I Cap 45: Incapacidad laboral: Concepto y clases. Minusvalías/Discapacidades. Aspectos medicolegales laborales. Editorial: Bosch. 2013. ISBN: 978-84-9790-694-4
64. Vicente Pardo JM. Impacto del dolor en la incapacidad laboral: metodología de valoración. Grados funcionales de limitación. Med Segur Trab (Internet) 2014; 60 (234) 133-42.
65. Vilen L, Baldassari AR, Callahan LF. Socioeconomic burden of pain in rheumatic disease. Clin Exp Rheumatol. 2017 Sep-Oct;35 Suppl 107(5):26-31.
66. Waddel G, Bircher M, Finlayson D, Main CJ. Symptoms and signs:physical disease or illness behavior?. Br Med J 1984; 289:739-41.
67. Weale VP, Wells Y, Oakman J. Self-reported musculoskeletal disorder pain: The role of job hazards and work-life interaction. Am J Ind Med. 2017 Nov 9
68. Williams RM, Westmorland M. Perspectives on workplace disability management: A review of the literature. Work 2002;19(1):87-93.