

Repercusión de las cefaleas sobre la incapacidad laboral en España

Headache impact on disability in Spain

| Impacto das dores de cabeça no trabalho deficiência na Espanha |

Maria Teofila Vicente-Herrero¹, Maria Jesús Terradillos-García², Maria Victoria Ramírez-Iñiguez de la Torre³, Luisa M. Capdevila-García⁴, Ángel Arturo López-González⁵

¹ Doctora en Medicina. Especialista en Medicina del Trabajo Grupo Correos. Valencia-Castellón. Técnico Superior en PRL-ergonomía. Grupo Investigación Medicina del trabajo (GIMT). e-mail: grupo.gimt@gmail.com/mtvh@ono.com, ² Licenciada en Medicina. Especialista en Medicina del Trabajo. INSS Madrid Técnico Superior en PRL-ergonomía. Grupo Investigación Medicina del trabajo (GIMT)., ³ Licenciada en Medicina. Especialista en Medicina del Trabajo Grupo Correos Albacete-Cuenca. Técnico Superior en PRL-seguridad. Grupo Investigación Medicina del trabajo (GIMT)., ⁴ Doctora en Medicina. Especialista en Medicina del Trabajo. MAPFRE Valencia. Técnico Superior en PRL-ergonomía, seguridad e Higiene. Grupo Investigación Medicina del trabajo (GIMT)., ⁵ Doctor en Medicina. Especialista en Medicina del Trabajo. Técnico Superior en PRL-ergonomía. Grupo Investigación Medicina del trabajo (GIMT). Profesor asociado Universidad Illes Balears. España

Recibido: Octubre 29 de 2012 Revisado: Noviembre 4 de 2012 Aceptado: Noviembre 26 de 2012

Resumen

Objetivo: Incapacidad laboral se define como el estado transitorio o permanente de una persona que, por accidente o enfermedad, queda mermada en su capacidad laboral. En España, la declaración de la incapacidad temporal de un trabajador la realiza el Médico de Atención Primaria del Sistema Público de Salud correspondiente a cada Comunidad Autónoma, expidiendo el correspondiente parte médico de baja. Para codificar clínicamente las causas de incapacidad temporal, se toman como base los Códigos CIE, acrónimo de la Clasificación internacional de enfermedades. **Materiales y métodos:** Se recogen los datos de incapacidad temporal en España por cefaleas con cargo al INSS durante el año 2012, tomando como base los Códigos CIE de codificación clínica relacionados con el concepto cefalea de forma global: número de procesos, días perdidos por incapacidad temporal y duración media de los procesos, siempre en referencia a aquellos que se consideran cerrados dentro del año de estudio. **Resultados:** El mayor número de procesos corresponde a los códigos que se relacionan con la migraña y sus distintos tipos. Las cefaleas tipo tensión, a pesar de ser el grupo con menor número de procesos, son los de mayor duración media (17 días) en todos los meses del año. El grupo mixto de cefaleas engloba más de la mitad de los días totales perdidos, con 74.119 días, ocupando el segundo lugar el grupo de migraña con 58.295 días de incapacidad temporal. **Conclusión:** Una correcta codificación clínica permite obtener mayor precisión y especificidad diagnóstica y terapéutica y evita o limita la pérdida de información.

Palabras clave: Ausencia por enfermedad, trastornos con cefaleas, trastornos migrañosos, salud laboral.

Abstract

Objective: Incapacity is defined as the temporary or permanent state of a person who, by accident or illness, is impaired in its ability to work. In Spain, the declaration of a sick leave worker is made by the Primary Care Public Health System doctor, corresponding to each region, issue the corresponding sick leave report. To encode the clinical causes of sick leave, the ICD code is taken as basis, acronym for international Classification of Diseases. **Materials and methods:** Sick leave data are collected under the INSS headaches during 2012, based on ICD codes related to clinical coding concept globally headache: number of processes, lost days due to sick leave, have the longest mean average duration of processes, always in reference to those who are considered closed within one year of study. **Results:** The greater number of processes is correlated with the codes that relate to migraine and its various types. Tension-type headaches, despite being the group with the lowest number of processes, are the most average duration (17 days) in each month of the year. The mixed group of headaches encompasses more than half of the total lost days, 74,119 days, ranking second group of migraine with 58,295 days of sick leave. **Conclusion:** A correct clinical coding allows for greater accuracy and diagnostic and therapeutic specificity and avoids or limits the loss of information.

Key words: Sick leave, headache disorders, migraine disorders, occupational health.

Resumo

Objetivo. Incapacidade é definida como o estado temporário ou permanente de uma pessoa que, por acidente ou doença, é prejudicada em sua capacidade de trabalho. Na Espanha, a declaração de incapacidade temporária de um trabalhador é feita pelo Sistema Único de Saúde de Atenção Básica correspondente a cada região, a emissão do correspondente licença médica. Para codificar as causas clinicamente incapacidade temporária são códigos da CID base, acrônimo para Classificação Internacional de Doenças. **Materiais e métodos.** Dados incapacidade temporária é coletado em Espanha sob as dores de cabeça do INSS em 2012, com base nos códigos da CID relacionados ao conceito de codificação clínica globalmente dor de cabeça: número de processos, dias de incapacidade temporária perdido e duração média processo, sempre em referência àqueles que consideram fechado dentro de um ano de estudo. **Resultados.** A codificação clínica correta permite uma maior precisão e especificidade diagnóstica e terapêutica e evitar ou limitar a perda de informações. **Palavras chave:** Licença médica, transtornos da cefaleia, transtornos de enxaqueca, saúde do trabalhador.

Introducción

El concepto de Incapacidad laboral se define como *el estado transitorio o permanente de una persona que, por accidente o enfermedad, queda mermada en su capacidad laboral*. Debe entenderse como un desequilibrio entre las capacidades funcionales y los requerimientos de un puesto de trabajo, pudiendo ser ese desequilibrio transitorio (Incapacidad Temporal-IT-) o permanente (Incapacidad Permanente-IP-).

Como término de Derecho viene recogido como: *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 concepto de Incapacidad debe diferenciarse del de discapacidad, pues si bien ambos tienen en común que hacen referencia a las limitaciones y deficiencias originadas en las personas por patologías, lesiones o malformaciones, difieren en la forma de valoración, las prestaciones asociadas y el ámbito social o laboral en el que se encuadran (1).

En España, el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS), es la norma que recoge todas las disposiciones en materia de Seguridad Social de nuestro ordenamiento jurídico, incluyendo todas las modificaciones y nuevas normas que van surgiendo con posterioridad por lo que, a fecha actual, dicho Texto Refundido se compone de 234 artículos, 63 disposiciones adicionales, 22 disposiciones transitorias, 1 disposición derogatoria y 7 disposiciones finales. Pues bien, los artículos 128 a 133 de esta norma recogen la normativa básica acerca de la prestación por IT de nuestro sistema de Seguridad Social, y los artículos 136 a 149, la relativa a la prestación de IP en sus 2 modalidades: contributiva y no contributiva (2).

El origen o contingencia de la incapacidad puede ser *común* (Enfermedad Común y Accidente No laboral) o *profesional* (Enfermedad Profesional y Accidente Laboral).

El reconocimiento de una Incapacidad conlleva el derecho a un subsidio, prestación económica, para compensar la pérdida de ganancia económica que supone no poder desempeñar la actividad laboral; y a la prestación de asistencia sanitaria por el Sistema Nacional de Salud, para garantizar un correcto diagnóstico y tratamiento de la patología. Es preciso que se cumplan dos condiciones indispensables para que, dentro del marco jurídico de la Seguridad Social, se reconozca la situación de IT:

- Que las consecuencias de la enfermedad o accidente produzcan una alteración de la salud de tal intensidad que, a juicio médico, el paciente esté *impedido para el trabajo*, de modo que se justifique el alejamiento temporal de su puesto de trabajo.
- Que dichas alteraciones precisen asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Se admite, no obstante, que la asistencia sanitaria se preste por medios privados siempre que el control de la situación se realice por el facultativo del Servicio Público de Salud.

En España, la declaración de la situación de IT de un trabajador la realiza el Médico de Atención Primaria del Sistema Público de Salud correspondiente a cada Comunidad Autónoma, expidiendo el correspondiente *parte médico de baja*, con lo que se inician las actuaciones conducentes a la declaración o denegación del derecho al subsidio por IT.

Si bien la expedición del parte de alta médica corresponde, en general, también al Médico de Atención Primaria del Servicio Público de Salud, hay otros facultativos con capacidad legal para ello: médicos inspectores del Servicio Público de Salud (SPS) y del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).

Para codificar clínicamente las causas de IT, se toman como base los Códigos CIE, acrónimo de la Clasificación Internacional de Enfermedades (correspondiente a la versión en español de la terminología inglesa ICD, siglas de *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*), que determinan la clasificación y codificación de las enfermedades, signos, síntomas, hallazgos anormales, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad.

La aplicación *eCIEmaps* en el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España combina los recursos de terminología y clasificación de CIE-9-MC y CIE-10. Permite acceder a los índices alfabéticos, listas tabulares, clasificaciones suplementarias, apéndices y manuales de normativa. Cuenta con una modalidad de *búsqueda avanzada* que permite localizar las entradas alfabéticas que apuntan a cualquier código, e incluye además un *navegador de mapeos* (correspondencias o equivalencias entre códigos) para comparar código a código los recursos de las dos clasificaciones.

Los códigos CIE actualmente vigentes corresponden a la 8ª edición española de la CIE9MC, que entró en vigor en enero de 2012 y se mantiene en 2013 (3). En Atención Primaria se usan los CIAP (Clasificación Internacional de Atención Primaria), y los CIE 10, pero en todos los casos se unifican los resultados mediante tablas de transformación.

Se valora en este trabajo la repercusión de la IT por cefaleas a cargo del INSS, como problema de salud altamente prevalente, que agrupa diferentes tipos de dolor de cabeza, desde los más simples y esporádicos, a otros más incapacitantes, como las migrañas o las cefaleas en racimo, y en los que intervienen diferentes factores (4).

La etiología multicausal de las cefaleas dificulta tanto la prevención, como el adecuado tratamiento, ya sea preventivo o sintomático y conlleva el uso de fármacos, en ocasiones en forma de polimedicaciones, con el consiguiente riesgo de cronificación por sobreuso.

Son un grupo de patologías con elevada prevalencia en la población (5), e importante repercusión socio-económica y laboral asociada a las limitaciones para el normal desempeño de los roles de una persona (6).

Según datos publicados en la II Encuesta de Condiciones de Trabajo en la Comunitat Valenciana-España (7), el dolor de cabeza (cefalea) ocupa el 5º lugar entre los problemas de salud que sufre el trabajador y que relaciona subjetivamente con su puesto de trabajo, con un 12,7% de trabajadores

afectados, más frecuente en mujeres (15,8%) que en hombres (11,1%), y predomina en las actividades del sector servicios frente al resto de actividades laborales y en relación directa con situaciones de estrés (8,9%).

La importancia que en salud Laboral tiene el estudio de repercusión en el trabajo de las cefaleas y su prevención, ha dado lugar al desarrollo reciente de una herramienta cuantificadora, que pueda servir al tiempo de modelo predictivo adaptable a otras patologías y que homogeniza los resultados, mediante la integración y análisis de la información sobre trabajo y salud a cada caso, con resultado del riesgo teórico y por tanto orientador de la prevención (10).

Es objetivo de este trabajo cuantificar los procesos de cefaleas que han cursado con Incapacidad temporal y su duración media, así como el número de días de trabajo perdidos en función de cada diagnóstico.

Materiales y métodos

Se recogen los datos de IT por cefaleas con cargo al INSS durante el año 2012 en España, tomando como base los Códigos CIE de codificación clínica relacionados con el concepto *cefalea* de forma global: el número de procesos, los días perdidos por IT y la duración media de los procesos, siempre en referencia a aquellos que se consideran cerrados dentro del año de estudio. Los datos recogidos corresponden a procesos de IT que se han cerrado, es decir, que han finalizado durante el mes de referencia, con independencia de cuándo se hayan iniciado.

Para un mejor manejo de los datos, éstos se concentran en tres grandes grupos por afinidad entre las patologías:

- Cefalea tipo tensión (códigos 307.81, 339.1)
- Migraña (códigos 346, 346.0, 346.1, 346.2, 346.5, 346.6, 346.7, 346.8, 346.9)
- Otras cefaleas (códigos 339.0, 339.2, 339.4, 339.8, 349.0, 784.0)

Se contabilizan sólo, como ya se ha expuesto, los días de IT por los procesos relacionados con cefaleas cuya prestación económica corresponde al INSS, por lo que no se incluyen, por tanto, los primeros días de baja laboral, a cargo del empresario, exceptuando los casos concretos en los que las empresas requieren del parte de baja desde el primer día de ausencia al trabajo: No computan tampoco los procesos de IT con duración inferior a 12 meses cuya prestación está cubierta por las Mutuas de Accidentes de trabajo y

Enfermedades profesionales (MATEPSS), ni la IT de colectivos no cubiertos por el INSS: Instituto Social de la Marina (ISM), Empresas Autoaseguradoras.

Resultados

En la Tabla 1 se muestran la totalidad de códigos CIE, grupos y subgrupos incluidos (92 en su conjunto),

relacionados con el concepto *cefalea* de forma global y en la Tabla 2 los resultados agrupados por afinidad de patologías en tres grandes grupos: migraña, cefalea tipo tensión y otras cefaleas.

En la Tabla 3 y el Gráfico 1 se muestran los resultados para el año 2012, globales y por meses, obtenidos del análisis de los datos estudiados.

Tabla 1. Códigos CIE-9 por cefaleas grupos y subgrupos

Código	Grupo y Subgrupo
307.81	Dolor de cabeza por tensión
339	Otros síndromes de cefalalgia
339.0	Cefaleas en brotes y otras cefalalgias autónomas del trigémino
339.00	Síndrome de cefalalgia no especificado
339.01	Cefalea en brotes episódica
339.02	Cefalea en brotes crónica
339.03	Hemicránea (jaqueca) paroxística episódica
339.04	Hemicránea (jaqueca) paroxística crónica
339.05	Cefalea neuralgiforme unilateral de corta duración con inyección conjuntival y lagrimeo
339.09	Otras cefalalgias autónomas del trigémino
339.1	Cefalea tipo tensión
339.10	Cefalea tipo tensión, no especificada
339.11	Cefalea tipo tensión episódica
339.12	Cefalea tipo tensión crónica
339.2	Cefalea postraumática
339.20	Cefalea postraumática no especificada
339.21	Cefalea postraumática aguda
339.22	Cefalea postraumática crónica
339.3	Cefalea inducida por fármacos, no especificada bajo otros conceptos
339.4	Síndromes de cefalea complicados
339.41	Hemicránea continua
339.42	Cefalea diaria nueva persistente
339.43	Cefalea primaria atronadora
339.44	Otros síndromes de cefalea complicados
339.8	Otros síndromes de cefalea especificados
339.81	Cefalea hipóptica
339.82	Cefalea asociada a actividad sexual
339.83	Cefalea primaria por tos
339.84	Cefalea primaria de esfuerzo
339.85	Cefalea primaria punzante
339.89	Otros síndromes de cefalea especificados
346	Migrañas
346.0	Migraña con aura
346.00	Migraña con aura, sin mención de migraña intratable ni mención de estado migrañoso

Código	Grupo y Subgrupo
346.01	Migraña con aura, con migraña resistente al tratamiento, así indicada, sin mención de estatus migrañoso
346.02	Migraña con aura, sin mención de migraña resistente al tratamiento, con estatus migrañoso
346.03	Migraña con aura, con migraña resistente al tratamiento, así indicada, con estatus migrañoso
346.1	Migraña sin aura
346.10	Migraña sin aura, sin mención de migraña intratable ni mención de estado migrañoso
346.11	Migraña sin aura, con migraña resistente al tratamiento, así indicada, sin mención de estatus migrañoso
346.12	Migraña sin aura, sin mención de migraña resistente al tratamiento, con estatus migrañoso
346.13	Migraña sin aura, con migraña resistente al tratamiento, así indicada, con estatus migrañoso
346.2	Variantes de migraña, no clasificadas bajo otros conceptos
346.20	Variantes de migraña, sin mención de migraña intratable ni mención de estado migrañoso
346.21	Variantes de migraña, con migraña resistente al tratamiento, así indicada, sin mención de status migrañoso
346.22	Variantes de migraña, sin mención de migraña resistente al tratamiento, con status migrañoso
346.23	Variantes de migraña, con migraña resistente al tratamiento, así indicada, con status migrañoso
346.3	Migraña hemipléjica
346.30	Migraña hemipléjica sin mención de migraña intratable ni mención de estado migrañoso
346.31	Migraña hemipléjica con migraña resistente al tratamiento, así indicada, sin mención de status migrañoso
346.32	Migraña hemipléjica sin mención de migraña resistente al tratamiento, con status migrañoso
346.33	Migraña hemipléjica con migraña resistente al tratamiento, así indicada, con status migrañoso
346.4	Migraña menstrual
346.40	Migraña menstrual sin mención de migraña intratable ni mención de estado migrañoso
346.41	Migraña menstrual con migraña resistente al tratamiento, así indicada, sin mención de status migrañoso
346.42	Migraña menstrual sin mención de migraña resistente al tratamiento, con status migrañoso
346.43	Migraña menstrual con migraña resistente al tratamiento, así indicada, con status migrañoso
346.5	Aura migrañosa persistente sin infarto cerebral
346.50	Aura migrañosa persistente sin infarto cerebral sin mención de migraña intratable ni mención de estado migrañoso
346.51	Aura migrañosa persistente sin infarto cerebral con migraña resistente al tratamiento, así indicada, sin mención de status migrañoso
346.52	Aura migrañosa persistente sin infarto cerebral sin mención de migraña resistente al tratamiento, con status migrañoso
346.53	Aura migrañosa persistente sin infarto cerebral con migraña resistente al tratamiento, así indicada, con status migrañoso

Código	Grupo y Subgrupo
346.6	Aura migrañosa persistente con infarto cerebral
346.60	Aura migrañosa persistente con infarto cerebral sin mención de migraña intratable ni mención de estado migrañoso
346.61	Aura migrañosa persistente con infarto cerebral con migraña resistente al tratamiento, así indicada, sin mención de status migrañoso
346.62	Aura migrañosa persistente con infarto cerebral sin mención de migraña resistente al tratamiento, con status migrañoso
346.63	Aura migrañosa persistente con infarto cerebral con migraña resistente al tratamiento, así indicada, con status migrañoso
346.7	Migraña crónica sin aura
346.70	Migraña crónica sin aura sin mención de migraña intratable ni mención de estado migrañoso
346.71	Migraña crónica sin aura con migraña resistente al tratamiento, así indicada, sin mención de status migrañoso
346.72	Migraña crónica sin aura sin mención de migraña resistente al tratamiento, con status migrañoso
346.73	Migraña crónica sin aura con migraña resistente al tratamiento, así indicada, con status migrañoso
346.8	Otras formas de migraña
346.80	Otras formas de migraña sin mención de migraña intratable ni mención de estado migrañoso
346.81	Otras formas de migraña con migraña resistente al tratamiento, así indicada, sin mención de status migrañoso
346.82	Otras formas de migraña sin mención de migraña resistente al tratamiento, con status migrañoso
346.83	Otras formas de migraña con migraña resistente al tratamiento, así indicada, con status migrañoso
346.9	Migraña no especificada
346.90	Migraña no especificada sin mención de migraña intratable ni mención de estado migrañoso
346.91	Migraña no especificada con migraña resistente al tratamiento, así indicada, sin mención de status migrañoso
346.92	Migraña no especificada sin mención de migraña resistente al tratamiento, con status migrañoso
346.93	Migraña no especificada con migraña resistente al tratamiento, así indicada, con status migrañoso
349.0	Reacción a punción lumbar o espinal
784.0	Cefalea

Fuente: Instituto Nacional de la Seguridad Social. Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión Modificación Clínica (CIE-9-MC). Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/>

Tabla 2. Códigos agrupados por patologías afines

Procesos agrupados	Código CIE
Cefalea tipo tensión	307.81
	339.1
	339.0
	339.2
	339.4
Otras cefaleas	339.8
	349.0
	784.0
	346
	346.0
Migraña y tipos	346.1
	346.2
	346.5
	346.6
	346.7
	346.8
	346.9

Fuente: Instituto Nacional de la Seguridad Social. Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión Modificación Clínica (CIE-9-MC). Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/>

En primer lugar, se recoge el número de procesos que han cursado con IT por alguno de los tres grupos de cefaleas (12.705 procesos), con prestación a cargo del INSS, para cada uno de los tres grupos de códigos valorados; El mayor número de procesos corresponde a los códigos que se relacionan con la migraña y sus distintos tipos (7.973). Al grupo mixto, que engloba diferentes tipos de cefaleas, corresponden 4.434 procesos, y, muy por detrás encontramos los casos de IT secundarios a cefaleas tipo tensión (298 casos).

Se muestra en la Tabla 3 la duración media (en días naturales) de la IT generada por cada grupo de procesos. Llama la atención que las cefaleas tipo tensión, a pesar de ser el grupo con menor número de procesos, son los de mayor duración media (17 días), superando los 15 días de promedio en todos los meses del año 2012. También son procesos de larga duración los del grupo mixto de cefaleas (16,7 días), mientras que los procesos de migraña tienen la menor duración media (7,3 días).

Finalmente, se recogen en la Tabla 3 el número de jornadas totales perdidas por IT, en días naturales, para cada uno de los grupos de cefaleas, destacando el grupo mixto de cefaleas con más de la mitad de los días totales perdidos, con 74.119 días, y en segundo lugar el grupo de migraña con 58.295 jornadas perdidas. Es notablemente inferior el número de días naturales perdidos por cefalea tipo tensión (5.067 días).

La Tabla 4a y 4b, Gráfico 2 muestra los resultados globales por agrupaciones de las patologías:

- Las cefaleas tipo tensión son las patologías que han cursado con menor número de procesos de IT, pero con la mayor duración media de los procesos y las que menor número global de jornadas perdidas en días naturales han supuesto.
- El grupo mixto de cefaleas ocupa el segundo lugar en cuanto a número de procesos que han cursado con IT prolongada, aunque supone el mayor número de jornadas perdidas por IT.
- El grupo de migrañas es el que comprende mayor número de procesos de IT dentro del bloque de las cefaleas, siendo estos procesos los de menor duración pero con un número importante de jornadas totales perdidas por IT, si bien por detrás del grupo mixto.

En la Tabla 5, Gráfico 3 se detallan de forma individualizada los datos referidos a los códigos CIE (grupos y subgrupos) correspondientes a Migraña, donde cinco de los códigos engloban la practica totalidad de los procesos (346, 346.9, 346.0, 346.1, 346.2), especialmente los 4 primeros, que agrupan el mayor número de procesos de IT por migraña, los de más duración promedio y el mayor número de jornadas totales perdidas.

Se muestran también en la Tabla 5 detallados los códigos CIE correspondientes a migraña crónica, haciendo referencia al número de procesos, repercusión en jornadas totales perdidas por IT y duración media de los procesos.

Discusión

La finalidad de este trabajo es determinar, de la forma más objetiva posible, la repercusión laboral de las cefaleas, partiendo de los datos derivados de la codificación realizada en los partes de baja de los trabajadores, cuando la prestación de la incapacidad temporal derivada de estas patologías corresponde al INSS, asumiendo los sesgos ya mencionados en la metodología.

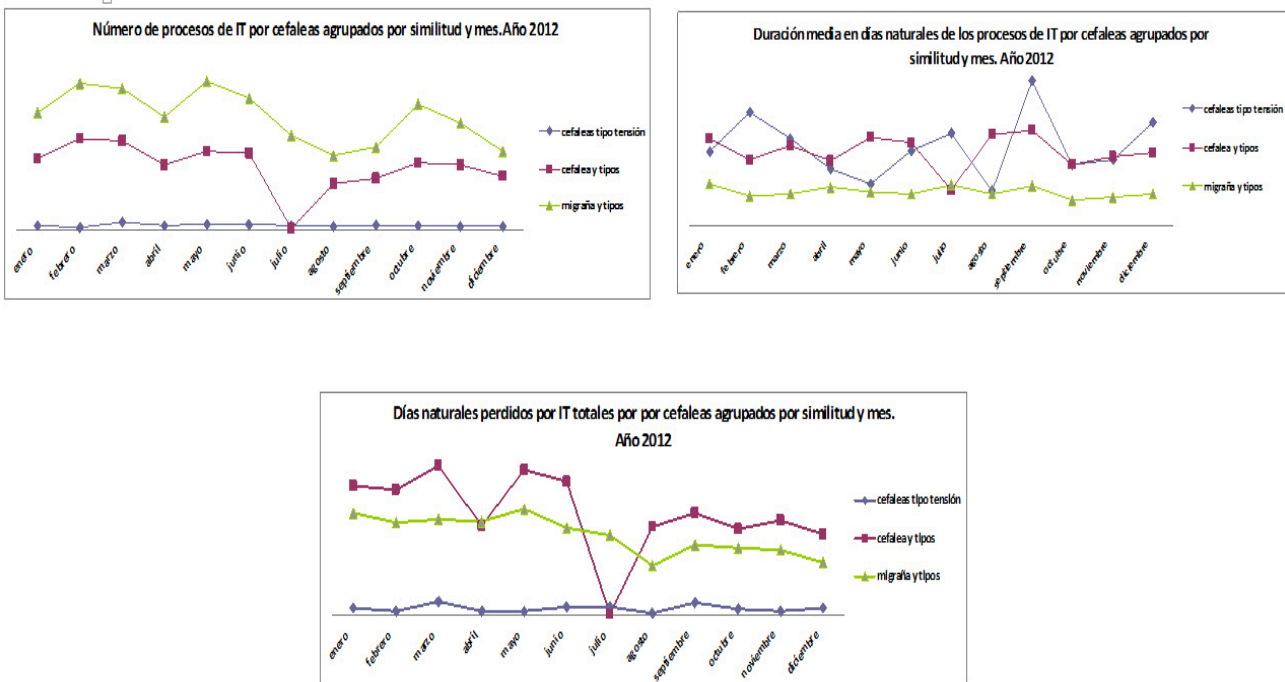
Si se analizan las publicaciones relacionadas con la incapacidad derivada de las cefaleas, la bibliografía muestra estudios comparativos entre cefaleas migrañosas y no migrañosas, tomando como base encuestas poblacionales cuantitativamente importantes, como la realizada en Noruega entre 1995-1997 (estudio Hunt) a 92.566 adultos en edad laboral y que referencia duraciones de la IT superiores

Tabla 3. Cefaleas por mes y tipo de cefaleas, 2012

Tipo de cefaleas	Cefaleas por mes												Total
	En	Feb	Mar	Ab	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic	
Número de procesos de IT													
Cefaleas tipo tensión	27	11	44	22	28	33	26	17	25	27	18	20	298
Otros tipos de cefaleas	418	535	521	382	461	449	7	272	303	392	383	311	4.434
Migraña y tipos	688	857	830	664	873	771	550	434	487	738	623	458	7.973
Duración media (en días naturales) de los procesos de cefaleas													
Cefaleas tipo tensión	16,1	24,5	18,7	12,2	9,0	16,3	19,9	7,5	31,1	13,1	14,3	22,4	17,0
Otros tipos de cefaleas	18,7	14,2	17,3	14,1	19,1	18,0	7,9	19,7	20,4	13,3	14,9	15,7	16,7
Migraña y tipos	9,0	6,6	7,0	8,5	7,4	6,8	8,8	6,9	8,7	5,5	6,3	6,9	7,3
Días naturales de IT totales por cefaleas y proceso													
Cefaleas tipo tensión	434	269	824	269	253	537	518	128	778	353	257	447	5.067
Otros tipos de cefaleas	7.827	7.588	9.030	5.388	8.814	8.063	55	5.362	6.194	5.204	5.713	4.881	74.119
Migraña y tipos	6.196	5.628	5.780	5.660	6.432	5.280	4.859	3.008	4.258	4.079	3.942	3.173	58.295

Fuente: Instituto Nacional de la Seguridad Social. Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión Modificación Clínica (CIE-9-MC). Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/>

Gráfico 1. Enfermedades diagnosticadas según presencia de diabetes mellitus, en adultos de 60-64 años de Medellín y área metropolitana, participantes de las ENDS y ENSIN 2010.



Fuente: Instituto Nacional de la Seguridad Social. Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión Modificación Clínica (CIE-9-MC). Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/>

Tabla 4a. Repercusión global en IT por tipo de cefalea agrupadas por similitud

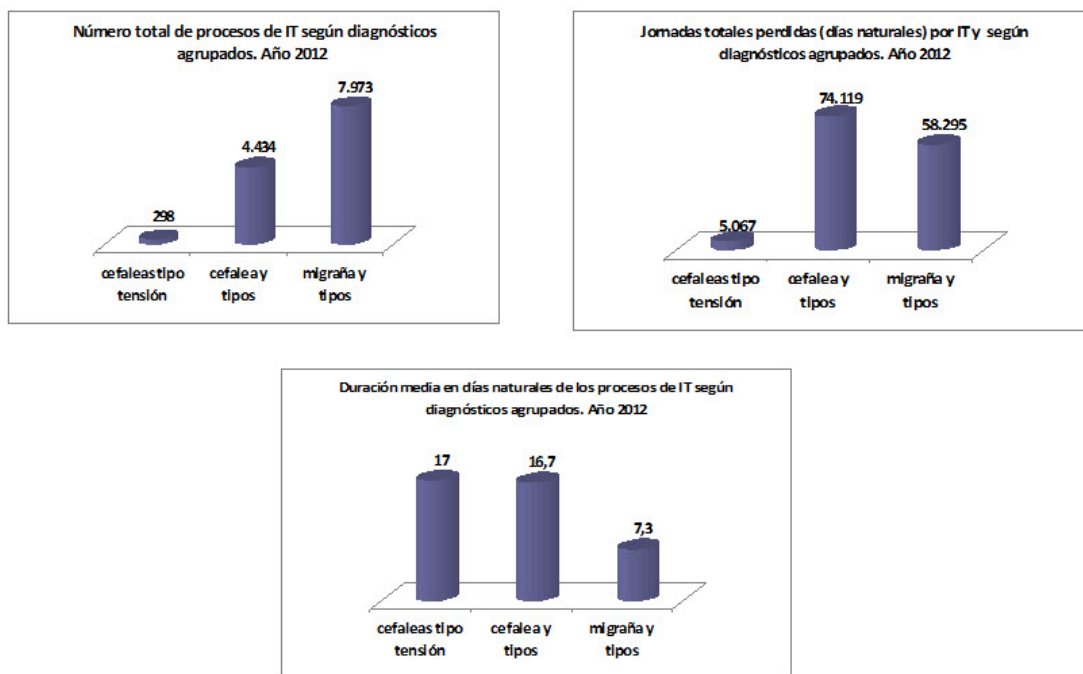
Tipo de cefalea	Número total de procesos	Total de jornadas perdidas por IT (días naturales)	Duración media de los procesos (días naturales)
Cefaleas tipo tensión	298	5.067	17
Otros tipos de cefaleas	4.434	74.119	16,7
Migraña y tipos	7.973	58.295	7,3

Tabla 4b. Datos globales para Migraña según código CIE. IT, 2012

Código CIE Migraña	Número de procesos	Jornadas totales perdidas (días naturales)	Duración media(días naturales)
346	2.942	19.643	29,5
346.9	2.316	14.132	18,9
346.0	1.347	9.643	18,2
346.1	1.060	7.954	17,6
346.2	136	4.012	12,4
346.8	88	1.599	7,5
346.7	43	757	7,2
346.6	34	423	6,7
346.5	7	132	6,1

Fuente: Instituto Nacional de la Seguridad Social. Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión Modificación Clínica (CIE-9-MC). Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/>

Gráfico 2. Número de procesos, jornadas perdidas y duración media de procesos de IT por cefaleas por mes, 2012



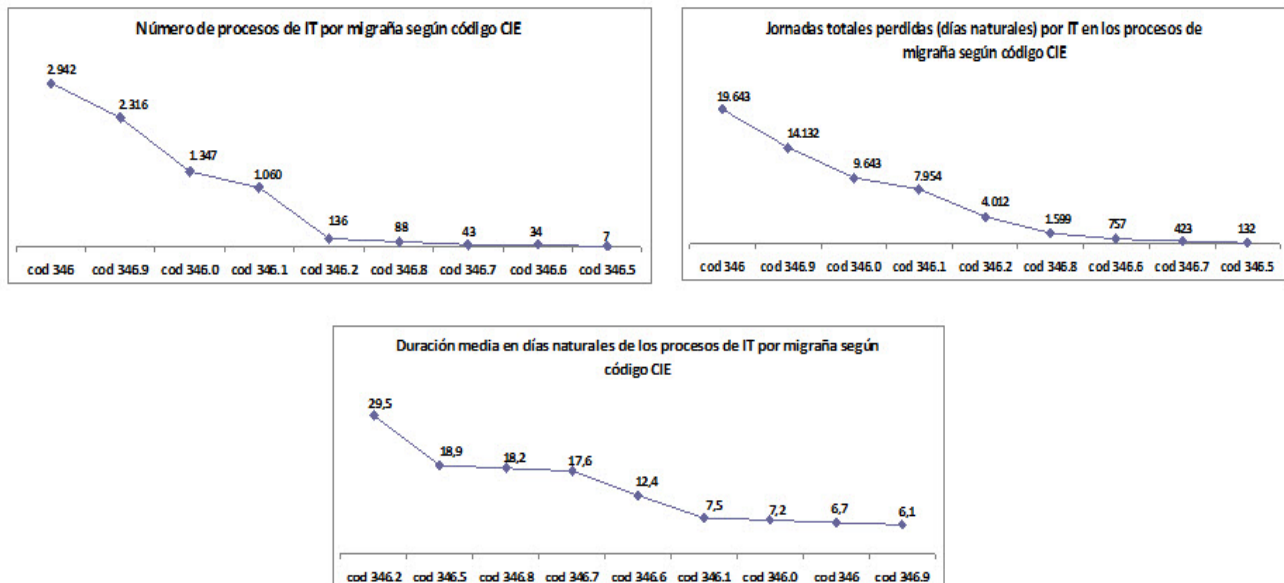
Fuente: Instituto Nacional de la Seguridad Social. Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión Modificación Clínica (CIE-9-MC). Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/>

Tabla 5. Migraña crónica. Repercusión global en IT por meses. Año 2012

Mes	Número de procesos	Días totales perdidos por IT (días naturales)	Duración media de los procesos (días naturales)
Enero	4	8	2,00
Febrero	3	11	3,67
Marzo	3	10	3,33
Abril	2	2	1
Mayo	3	17	5,67
Junio	2	3	1,5
Julio	0	0	0
Agosto	1	1	1
Septiembre	2	3	1,5
Octubre	4	28	7
Noviembre	6	328	54,67
Diciembre	3	12	4
Total	33	423	12,82

Fuente: Instituto Nacional de la Seguridad Social. Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión Modificación Clínica (CIE-9-MC). Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/>

Gráfico 3. Tendencia del número de procesos, jornadas perdidas y duración media de procesos de IT por migraña, 2012



Fuente: Instituto Nacional de la Seguridad Social. Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión Modificación Clínica (CIE-9-MC). Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/>

a 8 semana/año, por lo que aconsejan intervenciones terapéuticas tendentes a reducir la cefalea crónica (11). Se hace también hincapié en la bibliografía en la alta prevalencia de las cefaleas, con cifras del 46% de población afectada por estos trastornos y su repercusión en calidad de vida y discapacidad (12), si bien nuestra legislación diferencia claramente los conceptos de discapacidad y de incapacidad laboral.

Otro de los aspectos recogidos en las publicaciones analizadas, es la necesidad de intervención formativa y educacional, especialmente intentando reducir el impacto generado por las cefaleas, tanto con terapias preventivas más adecuadas, como en cuanto a un mejor conocimiento de la enfermedad y a la individualización de los tratamientos, con especial importancia dada a la evolución observada hacia la cronificación de los procesos (13).

El abordaje del impacto laboral de las cefaleas se ha centrado hasta ahora fundamentalmente en estudios circunscritos a empresas concretas o a sectores reducidos y controlados, en base al estudio del descenso de la productividad observado en pacientes con distintos tipos de cefaleas, de las jornadas perdidas o equivalentes en días perdidos y la mejora derivada de programas de intervención en estas empresas, sin duda con beneficios socioeconómicos globales (14-16).

Según cifras procedentes del Informe económico-financiero de la Seguridad Social, durante el año 2012 el 39% del gasto total de IT por contingencia común ha correspondido a las entidades gestoras, de las cuales es el INSS la prioritaria y objeto de este trabajo, siendo notablemente inferior la que corresponde al ISM, cuyo papel ha sido asumido en buena parte por el INSS. El 61% restante ha correspondido a las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS) según normativa específica que parte de 1995 y, según la cual, el control de la incapacidad temporal por contingencia común y el pago de la prestación por las MATEPSS, puede ser realizada por el empresario, siempre que lo concierte por escrito y previa consulta a los representantes de los trabajadores (Art. 69), siendo la más reciente actualización de esta normativa del 27 de octubre de 2013 (17, 18).

Partiendo de la codificación clínica de las IT a cargo del INSS, llama la atención en los datos recogidos en referencia a las cefaleas, que los procesos de mayor duración en cuanto a días perdidos por incapacidad temporal, se corresponden con los diagnósticos de los procesos agudos, mientras que los procesos tipificados de larga duración, como la migraña crónica, que engloba, según criterios diagnósticos de IHS

(19), las migrañas de más de 15 días de duración y durante 3 meses consecutivos, suponen en los datos recogidos de la codificación CIE, procesos de IT de corta duración en todos los meses del año, excepto en noviembre, mes en el que los 6 procesos codificados como migraña crónica tienen una prolongada duración y dan lugar a que los resultados globales del año superen de promedio en 2012 los 12 días.

Son bastante irregulares los resultados en los otros tipos de cefaleas, tanto en cuanto a número de procesos, como en cuanto a duraciones medias o a jornadas globales perdidas por IT, lo que sugiere una falta de precisión a la hora de codificar clínicamente estos procesos, que pudiera poner de manifiesto el desconocimiento de los criterios diagnósticos precisos para cada tipo de cefalea y que pudieran derivar en un incorrecto encaminamiento terapéutico y, con ello, escasa eficacia en los resultados obtenidos.

Conclusiones

Una correcta codificación clínica permite obtener mayor precisión y especificidad de los diagnósticos clínicos y de los tratamientos específicos, evitando o limitando la potencial pérdida de información de interés epidemiológico. El amplio rango de grupos y subgrupos accesibles en la codificación CIE, permite realizar aproximaciones clínicas y epidemiológicas precisas, facilitando la obtención de valoraciones más certeras del impacto de estas patologías y la programación de actuaciones más eficaces en base a los resultados obtenidos.

Este estudio abre la puerta a futuras aproximaciones de costes en base a los datos extraídos y a reorientar posibles campañas formativas e informativas que faciliten una mayor precisión en la codificación, partiendo de un conocimiento más preciso de los criterios diagnósticos de los distintos tipos de cefaleas.

Referencias

1. Vicente-Herrero MT, Terradillos García MJ, Capdevila García LM, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Aguilar Jiménez E, López-González AA. Minusvalía, discapacidad e incapacidad. Una revisión desde la legislación española. *Semergen*. 2010; 36(8): 456-61. doi:10.1016/j.semern.2010.06.003.
2. España. Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. *Boletín Oficial del Estado*, de 20 de julio de 1974, núm. 173; p.15081-15097.

3. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª Revisión, modificación clínica [Internet]. 8ª ed. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Secretaría General Técnica; 2012. [citado el 22 Nov 2013]. Disponible en: http://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps/browser/index_9_2012.html.
4. Sahler K. Epidemiology and cultural differences in tension-type headache. *Curr Pain Headache Rep*. 2012 Dec;16(6):525-32.
5. Yoon MS, Katsarava Z, Obermann M, Fritsche G, Oezyurt M, Kaesewinkel K, et al. Prevalence of primary headaches in Germany: results of the German Headache Consortium Study. *J Headache Pain*, 2012 Mar;7.
6. Manzoni GC, Torelli P. Epidemiological classification and social impact of chronic headache. *Intern Emerg Med*, 2010 Oct;5 Suppl 1:S1-5.
7. Sempere JM, Hernández H, Esteban, V. II Encuesta de condiciones de trabajo en la Comunidad Valenciana. Valencia: Fundación de la Comunidad Valenciana para Prevención de Riesgos Laborales ed; 2009.
8. Sjösten N, Nabi H, Westerlund H, Singh-Manoux A, Dartigues JF, Goldberg M, et al. Influence of retirement and work stress on headache prevalence: a longitudinal modelling study from the GAZEL Cohort Study. *Cephalalgia* 2011;31(6):696-705.
9. Sears JM, Blamar L, Bowman SM. Predicting work-related disability and medical cost outcomes: A comparison of injury severity scoring methods. *Injury*. 2014 Jan;45(1):16-22.
10. Esteban Buedo V, Vicente Herrero MT, Casanova Vivas S, Capdevila García L, Piñaga Solé M, Morató Moscardó L, et al. Cefaleas. Modelo para la cuantificación del riesgo y valoración de la aptitud laboral. *Medicina del Trabajo* 2013;22(2):78-90.
11. Fiane I, Haugland ME, Stovner LJ, Zwart JA, Bovim G, Hagen K. Sick leave is related to frequencies of migraine and non-migrainous headache--The HUNT Study. *Cephalalgia*. 2006 Aug;26(8):960-7.
12. Stovner LJ, Hagen K, Jensen R, Katsarava Z, Lipton R, Scher A, et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia*. 2007 Mar;27(3):193-210.
13. Jonsson P, Linde M, Hensing G, Hedenrud T. Sociodemographic differences in medication use, health-care contacts and sickness absence among individuals with medication-overuse headache. *J. Headache Pain*. 2012 Jun;13(4):281-90.
14. Becker A. Health economics of interdisciplinary rehabilitation for chronic pain: does it support or invalidate the outcomes research of these programs? *Curr Pain Headache Rep*. 2012 Apr;16(2):127-32. doi: 10.1007/s11916-012-0249-z.
15. Vicente Herrero T, Burke TA, Laínez MJ. The impact of a worksite migraine intervention program on work productivity, productivity costs, and non-workplace impairment among Spanish postal service employees from an employer perspective. *Curr Med Res Opin*. 2004 Nov;20(11):1805-14.
16. Kessler RC, Shahly V, Stang PE, Lane MC. The associations of migraines and other headaches with work performance: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Cephalalgia*. 2010 Jun;30(6):722-34. Epub 2010 Mar 26.
17. Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social. Secretaría de Estado de la Seguridad Social. Informe económico-financiero. Ministerio de Empleo y Seguridad Social [Internet]; 2012. [Citado 22 Nov 2013]. Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/169364.pdf>.
18. Real Decreto 1993/1995 de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. *Boletín Oficial del Estado*, de 12 de diciembre de 1995, núm. 296; p. 35584-35613.
19. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. Classification of Headache Disorders: 2nd edition. *Cephalalgia*. 2004;24 Suppl 1:S9-S160.

Forma de citar:

Vicente-Herrero MT, Terradillos-García MJ, Ramírez-Iñiguez de la Torre MV, Capdevila-García LM, López-González AA. Repercusión de las cefaleas sobre la incapacidad laboral en España. *Rev CES Salud Pública* 2014; 5(1): 38-49

Copyright of Revista CES Salud Pública is the property of Universidad CES and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.