



## Original

## Periodo prequirúrgico y duración de la incapacidad temporal por contingencias comunes en la hernia inguinal

Montserrat Ruiz-Moraga<sup>a</sup>, Carlos Catalina-Romero<sup>a,\*</sup>, Paloma Martínez-Muñoz<sup>a</sup>,  
María Dolores Cobo-Santiago<sup>a</sup>, Maite González-López<sup>a</sup>, Martha Cabrera-Sierra<sup>a</sup>,  
José Luis Porrero-Carro<sup>b</sup> y Eva Calvo-Bonacho<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Ibermutuamur (Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social n.º 274), Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Santa Cristina, Madrid, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

## Historia del artículo:

Recibido el 26 de junio de 2012

Aceptado el 28 de noviembre de 2012

On-line el 8 de abril de 2013

## Palabras clave:

Hernia inguinal

Ausencia por enfermedad

Gestión en salud

## RESUMEN

**Fundamento y objetivo:** Analizar la incapacidad temporal por contingencias comunes (ITCC) debida a hernia inguinal y los factores relacionados con su duración, prestando especial atención al periodo prequirúrgico de ITCC.

**Material y métodos:** Estudio de una cohorte prospectiva de 1.003 trabajadores con un episodio de ITCC por hernia inguinal, pertenecientes a la población protegida de una mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Se evaluaron la duración de la ITCC y las principales variables demográficas, laborales y clínicas potencialmente relacionadas con aquella. Se establecieron predictores de la duración de la ITCC mediante regresión de Cox. **Resultados:** La duración media de la ITCC por hernia inguinal fue de 68,6 días. Tras el análisis multivariante, tener periodo prequirúrgico de ITCC (HR = 0,35; IC 95%: 0,28-0,43), las ocupaciones manuales (HR = 0,68; IC 95%: 0,49-0,95), pertenecer al sector Construcción (HR = 0,71; IC 95%: 0,58-0,88), la modalidad de pago directo por la mutua en trabajadores por cuenta propia (HR = 0,58; IC 95%: 0,41-0,82) o ajena (HR = 0,51; IC 95%: 0,36-0,72), la presencia de comorbilidad (HR = 0,45; IC 95%: 0,34-0,59) y la realización de la cirugía por una entidad distinta del Sistema Público de Salud o la mutua (HR = 0,76; IC 95%: 0,59-0,97) se asociaron con bajas más largas. La mutua realizó la cirugía, siempre en presencia de periodo de ITCC prequirúrgica (duración media = 47 ± 39,6 días), asociándose periodos de ITCC posquirúrgica más breves (p = 0,001).

**Conclusiones:** La ITCC por hernia inguinal es un fenómeno multifactorial en el que el periodo prequirúrgico desempeña un papel importante. La colaboración entre entidades implicadas en la gestión de la ITCC parece resultar una estrategia efectiva para reducir su duración.

© 2012 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [carloscatalina@ibermutuamur.es](mailto:carloscatalina@ibermutuamur.es) (C. Catalina-Romero).

0009-739X/\$ – see front matter © 2012 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.11.016>

## Pre-surgical period and non-work-related sickness absence due to inguinal hernia

### ABSTRACT

#### Keywords:

Inguinal hernia

Sick leave

Health management

**Background and objective:** To analyze non-work-related sickness absence (NWR-SA) due to inguinal hernia and the factors related to its duration, paying particular attention to the pre-surgical period of NWR-SA.

**Material and methods:** Prospective cohort study was conducted on 1,003 workers with an episode of NWR-SA due to an inguinal hernia, belonging to the insured population of a mutual insurance company. We assessed the duration of the NWR-SA episodes and the main demographic, occupational and clinical variables potentially related to it. Cox regression analyses were conducted to establish the predictors of NWR-SA duration.

**Results:** The mean duration of NWR-SA due to inguinal hernia was 68.6 days. After multivariate analysis (Cox regression), having a pre-surgical period of NWR-SA (HR = 0.35; 95%CI: 0.28-0.43), manual occupations (HR=0.68; 95%CI: 0.49-0.95), construction sector (HR=0.71; 95%CI: 0.58-0.88), direct payment methods by a Mutual Insurance Company during sick leave in self-employed workers (HR=0.58; 95%CI, 0.41-0.82), or employees (HR=0.51; 95%CI: 0.36-0.72), comorbidity (HR=0.45; 95%CI:0.34-0.59), and surgery performed under an entity other than the Public Health System or a mutual insurance company (HR=0,76; 95%CI: 0.59-0.97) were associated with longer NWR-SA. The Mutual Insurance Company always performed the surgery when a pre-surgery period of NWR-SA existed (mean duration=47 ±39.6 days); that was associated with shorter periods of post-surgical NWR-SA (P=.001).

**Conclusions:** The NWR-SA due to inguinal hernia is a multifactorial phenomenon in which the pre-surgery period plays an important role. The collaboration between organizations involved in the management of NWR-SA seems to be an effective strategy for reducing its duration.

© 2012 AEC. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

La incapacidad temporal por contingencia común (ITCC) constituye una cobertura de nuestro sistema de Seguridad Social que proporciona una prestación económica a aquellos afiliados impedidos de forma transitoria para realizar su trabajo a causa de un problema de salud de origen no laboral<sup>1</sup>. Las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales colaboran con la Seguridad Social en su gestión a partir del decimosexto día de baja en aquellas empresas que así lo deciden<sup>2</sup>, aportando sus recursos especializados para valorar la incapacidad laboral de un trabajador mediante citas periódicas de seguimiento y facilitando pruebas diagnósticas o tratamientos que adelanten la resolución del problema de salud y el alta del trabajador; estas posibilidades resultan especialmente importantes cuando los recursos asistenciales del Sistema Público de Salud (SPS) se encuentran sobrecargados por la asistencia general, generando *tiempos muertos* de espera innecesaria durante el proceso de ITCC<sup>3,4</sup>.

La hernia inguinal es un problema frecuente<sup>5</sup> y su tratamiento quirúrgico uno de los procedimientos más habituales en cirugía general<sup>6</sup>. La reparación de la hernia causa normalmente episodios de ITCC y ha pasado de considerarse una «intervención sencilla» a ser estudiada en profundidad con el objetivo de mejorar aspectos como la reincorporación laboral del paciente<sup>7,8</sup>, ya que la duración de la convalecencia reviste gran interés desde el punto de vista socioeconómico y de la gestión sanitaria<sup>6</sup>. En este sentido, se han propuesto diversos estándares y recomendaciones, pero estos difieren notablemente entre sí<sup>9-11</sup>.

La investigación realizada hasta el momento sugiere que la reincorporación al trabajo después de la cirugía sería más temprana en la laparoscopia frente a la cirugía abierta<sup>8,9,12,13</sup>, y entre los trabajadores autónomos<sup>14</sup> y más jóvenes<sup>13</sup>. Por el contrario, ocupaciones manuales<sup>13,15</sup>, menor nivel educativo<sup>15</sup>, menos ingresos<sup>15</sup>, ciertos tipos de cobertura aseguradora<sup>16</sup> y síntomas de depresión previos<sup>15</sup> podrían asociarse con periodos más prolongados de ITCC. Las expectativas del trabajador en relación con la baja también han sido señaladas como un importante factor predictivo<sup>17</sup>.

Sin embargo, muchos de los anteriores resultados proceden de contextos socioeconómicos y culturales diferentes al nuestro<sup>8,9,13,16</sup> y se centran exclusivamente en la recuperación tras la cirugía. Factores relacionados con el periodo prequirúrgico, como los tiempos de espera<sup>3</sup>, permanecen sin investigar.

El objetivo de este estudio fue analizar la duración de la ITCC debida a hernia inguinal y los factores relacionados con su duración, prestando especial atención al papel desempeñado por el periodo prequirúrgico dentro del episodio.

## Material y métodos

El presente trabajo formó parte de un estudio más amplio acerca de la duración de la ITCC relacionada con las *enfermedades* más frecuentes y los factores predictores de su duración<sup>18</sup>, realizado entre la población protegida de una mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social. La metodología del estudio ha sido ampliamente descrita en otro lugar<sup>2,18,19</sup>.

**Tabla 1 – Características demográficas, laborales y clínicas de la muestra y probabilidad de tener un periodo prequirúrgico durante el episodio de incapacidad temporal por contingencias comunes**

Variable	n	%	Sin periodo prequirúrgico <sup>a</sup>	Con periodo prequirúrgico <sup>a</sup>	p <sup>b</sup>
Total	1.003		70,8	29,2	
Sexo	1.003				0,222
Hombre		95,7	70,4	29,6	
Mujer		4,3	79,1	20,9	
Edad (años)	1.003				0,066
≤ 25		8,0	62,5	37,5	
26-35		18,6	65,2	34,8	
36-45		26,2	75,7	24,3	
46-55		26,7	72,4	27,6	
> 55		20,4	70,7	29,3	
Nivel de estudios	953				0,299
Sin estudios		6,3	60,0	40,0	
Estudios primarios		61,2	71,2	28,8	
Estudios secundarios		22,4	72,3	27,7	
Titulación media		6,6	71,4	28,6	
Titulación superior		3,6	79,4	20,6	
Nacionalidad	984				0,063
Española		95,6	71,3	28,7	
Extranjera		4,4	58,1	41,9	
Estado civil	964				0,117
Soltero		22,4	66,7	33,3	
Casado/pareja de hecho		73,3	72,8	27,2	
Divorciado/viudo		4,3	63,4	36,6	
Sector de actividad	1.003				0,058
Agricultura, ganadería y pesca		2,6	73,1	26,9	
Construcción		24,2	65,0	35,0	
Industria		28,7	69,4	30,6	
Servicios		44,5	74,7	25,3	
Ocupación	953				0,129
Trabajo manual		10,6	77,2	22,8	
Trabajo no manual		89,4	70,0	30,0	
Tipo de contrato	891				<0,001
Temporal		32,1	61,2	38,8	
Indefinido		67,9	74,5	25,5	
Modalidad de pago durante la baja	950				<0,001
Pago delegado (régimen general)		79,5	71,5	28,5	
Pago directo en trabajador por cuenta propia (autónomos)		15,5	76,9	23,1	
Pago directo en trabajador por cuenta ajena (desempleo durante la baja)		5,1	43,8	56,3	
Base reguladora	973				0,699
≤ 20 €		5,0	73,5	26,5	
21-40 €		56,0	70,6	29,4	
41-60 €		26,4	70,0	30,0	
≥ 61 €		12,5	75,4	24,6	
Comorbilidad	1.003				0,001
Sin comorbilidad		89,8	72,4	27,6	
Con comorbilidad		10,2	56,9	43,1	
Localización de la hernia	925				0,336
Unilateral		89,0	69,4	30,6	
Bilateral		11,0	64,7	35,3	
Uso de malla	904				0,499
Con malla		66,2	67,4	32,6	
Sin malla		33,8	69,6	30,4	

**Tabla 1 (Continuación)**

Variable	n	%	Sin periodo prequirúrgico <sup>a</sup>	Con periodo prequirúrgico <sup>a</sup>	p <sup>b</sup>
Entidad que realiza la intervención	1.003				< 0,001
Sistema Público de Salud		79,4	78,5	21,5	
Mutua		7,3	0,0	100,0	
Otro		13,4	63,4	36,6	

ITCC: incapacidad temporal por contingencias comunes (ITCC); p: p-valor asociado al valor del estadístico *chi cuadrado*; Periodo prequirúrgico: intervalo de tiempo anterior a la realización de la cirugía, durante el episodio de ITCC.

## Diseño

Diseño de cohorte prospectiva y muestreo consecutivo.

## Sujetos

Para el análisis actual, la muestra estuvo compuesta por 1.003 sujetos que iniciaron un episodio de ITCC por un diagnóstico de hernia inguinal (CIE-9-MC 550)<sup>20</sup>, realizándose un seguimiento presencial de los pacientes hasta el final del episodio.

## Variables

Durante las entrevistas con el paciente, se evaluó un amplio número de variables.

La *variable dependiente* del estudio fue la duración total del episodio de incapacidad temporal ( $D_{TOT} = \text{fecha de alta} - \text{fecha de baja} + 1$ ). Esta se dividió en 2 componentes:

- Duración del periodo prequirúrgico ( $D_{PRE} = \text{fecha de intervención} - \text{fecha de baja}$ ).
- Duración posterior a la cirugía ( $D_{POST} = \text{fecha de alta} - \text{fecha de intervención} + 1$ ).

Como *covariables* se utilizaron:

- Sociodemográficas: sexo; edad; nivel de estudios; nacionalidad; estado civil.
- Laborales: sector de actividad; ocupación (trabajo manual, trabajo no manual); tipo de contrato (temporal, indefinido); modalidad de pago durante la baja (pago delegado [correspondiente al Régimen General]; pago directo en el trabajador por cuenta propia [autónomos]; pago directo en el trabajador por cuenta ajena [desempleo durante la baja]); nivel de ingresos (base reguladora utilizada para el cálculo de la prestación económica durante la ITCC, categorizada en 4 niveles).
- Clínicas y administrativas: existencia o ausencia de periodo prequirúrgico de ITCC; comorbilidad (presencia de codiagnósticos, referidos por el paciente en consulta y refrendados por un informe del SPS o por el propio médico de la mutua); entidad que realiza la intervención (SPS; mutua; otros, p. ej. seguro privado); localización de la hernia (unilateral, bilateral); uso o no de malla en la cirugía.

## Análisis estadístico

Se obtuvieron estadísticos descriptivos para todas las variables. Se analizó la asociación de las covariables con la existencia o no de periodo prequirúrgico (test de *chi-cuadrado*)

y se compararon las duraciones de la ITCC en función de las mismas (test *t de Student*; análisis de varianza). Finalmente, se elaboró un modelo de regresión de Cox por etapas, con  $D_{TOT}$  como variable criterio, ajustando en función de existencia o ausencia de periodo prequirúrgico, así como por el resto de covariables significativamente asociadas con la duración de la ITCC ( $D_{TOT}$ ,  $D_{PRE}$  o  $D_{POST}$ ). La asociación de una covariable con la duración de la ITCC se expresó mediante *hazard ratio* (HR) y sus intervalos de confianza (IC). Una HR < 1 implicó menor probabilidad de alta y episodios de ITCC más largos. No se introdujo en el modelo la interacción entre las variables. El cumplimiento del supuesto de riesgos proporcionales de cada covariable se inspeccionó mediante *gráficos log (-log St)* contra el tiempo de seguimiento.

Para los análisis estadísticos se utilizó el software SPSS v17.0.

## Aspectos éticos

Para la realización del estudio se cumplió la Declaración de Helsinki.

## Resultados

La *tabla 1* presenta las características demográficas, laborales y clínicas de la muestra así como las variables que se asociaron con una mayor proporción de trabajadores con periodo de ITCC prequirúrgico.

El porcentaje de pacientes con periodo de ITCC prequirúrgico fue significativamente mayor cuando la contratación era temporal, en la modalidad de pago directo durante la baja en trabajadores por cuenta ajena (desempleo durante la baja) y en presencia de comorbilidad ( $p < 0,01$ ). La existencia de periodo de ITCC prequirúrgico también se relacionó con la entidad que llevó a cabo la cirugía. La mutua intervino en el proceso y se hizo cargo de la cirugía, siempre en presencia de periodo de ITCC prequirúrgico. En estos casos, la duración media del periodo prequirúrgico fue de 47 días ( $\pm 39,6$ ; *tabla 2*).

La *tabla 2* muestra los resultados de los análisis bivariados de la duración de la ITCC en función de las variables demográficas, laborales y clínicas estudiadas. Una vez ajustado el análisis multivariante por todos los predictores significativamente asociados con la duración total o con alguno de sus componentes, los trabajadores de la construcción vs. del sector servicios, con ocupaciones manuales, aquellos con las modalidades de pago directo por parte de la mutua durante la baja (trabajadores que quedan en desempleo durante la baja y autónomos), la presencia de comorbilidad, la existencia de periodo de ITCC prequirúrgico y la realización de

**Tabla 2 – Asociación bivariada de las variables demográficas, laborales y clínicas con la duración total de la incapacidad temporal por contingencias comunes, del periodo prequirúrgico y de la duración posterior a la cirugía**

Variable	D <sub>TOT</sub>		D <sub>PRE</sub>		D <sub>POST</sub>	
	Media ± DT	p	Media ± DT	p	Media ± DT	p
Total	68,6 ± 62,3		13,3 ± 34,8		55,3 ± 48,2	
Sexo		0,132		0,992		0,065
Hombre	67,6 ± 59,8		13,3 ± 34,6		54,3 ± 45,8	
Mujer	91,6 ± 101,8		13,3 ± 40,0		78,4 ± 82,9	
Edad (años)		0,057		0,125		0,034
≤ 25	71,0 ± 46,0		19,7 ± 35,2		51,3 ± 26,8	
26-35	65,8 ± 49,5		15,4 ± 35,9		50,5 ± 32,4	
36-45	61,2 ± 47,3		10,7 ± 32,6		50,5 ± 33,0	
46-55	69,4 ± 69,3		10,8 ± 31,5		58,6 ± 60,7	
> 55	78,9 ± 81,7		15,7 ± 40,0		63,2 ± 61,8	
Nivel de estudios		< 0,001		0,020		0,022
Sin estudios	87,1 ± 78,9		21,9 ± 42,7		65,2 ± 53,6	
Estudios primarios	70,3 ± 64,2		14,0 ± 36,8		56,3 ± 47,8	
Estudios secundarios	66,0 ± 56,7		9,7 ± 26,0		56,3 ± 51,3	
Titulación media	50,0 ± 24,9		7,2 ± 21,6		42,8 ± 16,0	
Titulación superior	44,8 ± 28,6		5,5 ± 22,1		39,3 ± 18,2	
Nacionalidad		0,243		0,215		0,544
Española	67,8 ± 60,4		13,0 ± 34,5		54,8 ± 45,7	
Extranjera	79,0 ± 73,8		19,7 ± 41,2		59,2 ± 62,1	
Estado civil		0,907		0,035		0,014
Soltero	68,2 ± 51,2		19,0 ± 41,4		49,3 ± 25,5	
Pareja de hecho/casado	67,8 ± 64,1		11,5 ± 32,2		56,3 ± 51,0	
Divorciado/viudo	72,2 ± 55,4		9,1 ± 21,1		63,1 ± 53,6	
Sector de actividad		0,004		0,047		0,038
Agricultura, ganadería y pesca	74,4 ± 53,6		19,6 ± 40,6		54,8 ± 39,0	
Construcción	84,0 ± 82,2		18,7 ± 41,0		65,4 ± 67,5	
Industria	64,1 ± 54,2		12,8 ± 33,9		51,3 ± 38,1	
Servicios	62,9 ± 53,2		10,4 ± 31,0		52,4 ± 40,7	
Ocupación		0,209		0,032		0,757
Trabajo manual	69,3 ± 60,7		14,1 ± 35,3		55,2 ± 46,3	
Trabajo no manual	61,1 ± 68,4		7,5 ± 28,0		53,6 ± 61,8	
Tipo de contrato		< 0,001		< 0,001		0,089
Temporal	82,6 ± 74,5		22,6 ± 45,3		60,0 ± 59,6	
Indefinido	62,1 ± 55,2		8,8 ± 27,8		53,2 ± 43,2	
Modalidad de pago durante la baja		< 0,001		< 0,001		0,129
Pago delegado (régimen general)	63,6 ± 55,0		10,4 ± 28,8		53,3 ± 42,8	
Pago directo en trabajador por cuenta propia (autónomos)	71,2 ± 57,4		14,6 ± 35,6		56,6 ± 40,5	
Pago directo en trabajador por cuenta ajena (desempleo durante la baja)	131,5 ± 106,9		53,2 ± 69,6		78,2 ± 91,2	
Nivel de ingresos (base reguladora)		0,002		0,244		< 0,001
≤ 20€	63,1 ± 39,9		17,1 ± 36,2		46,1 ± 19,9	
21-40€	73,3 ± 68,4		14,1 ± 35,6		59,2 ± 57,4	
41-60€	65,2 ± 58,7		11,6 ± 30,8		53,5 ± 40,8	
≥ 61€	54,2 ± 43,7		8,3 ± 31,9		45,9 ± 20,6	
Comorbilidad		< 0,001		0,011		0,001
Sin comorbilidad	64,3 ± 50,8		12,0 ± 32,2		52,2 ± 39,0	
Con comorbilidad	117,3 ± 126,2		27,8 ± 54,7		89,5 ± 100,7	
Periodo prequirúrgico de ITCC		< 0,001		–		0,572
No	54,8 ± 49,7		–		54,8 ± 49,7	
Sí	102,3 ± 75,6		–		56,7 ± 44,3	
Localización de la hernia		0,046		0,428		0,034
Unilateral	67,0 ± 56,3		14,1 ± 35,0		52,9 ± 40,7	
Bilateral	79,4 ± 77,7		17,1 ± 44,1		62,3 ± 52,5	
Uso de malla		0,062		–		0,048
Sin malla	77,0 ± 81,4		–		61,7 ± 71,0	
Con malla	67,4 ± 54,2		–		53,1 ± 34,9	

Tabla 2 (Continuación)

Variable	D <sub>TOT</sub>		D <sub>PRE</sub>		D <sub>POST</sub>	
	Media ± DT	p	Media ± DT	p	Media ± DT	p
Entidad que realiza la intervención		< 0,001		< 0,001		0,001
Sistema Público de Salud	63,2 ± 58,5		8,8 ± 31,0		54,4 ± 44,2	
Mutua	93,3 ± 45,5		47,0 ± 39,6		46,3 ± 18,4	
Otros	87,6 ± 82,6		22,0 ± 41,7		65,6 ± 74,2	

DT: desviación típica; D<sub>POST</sub>: duración del episodio posterior a la cirugía, resultado de restar a la fecha de alta, la fecha de intervención quirúrgica más un día; D<sub>PRE</sub>: duración del periodo prequirúrgico durante el episodio de ITCC, resultado de restar a la fecha de intervención quirúrgica la fecha de la baja; D<sub>TOT</sub>: duración total del episodio de ITCC, resultado de restar a la fecha de alta la fecha de baja y añadir un día; ITCC: incapacidad temporal por contingencias comunes (ITCC); p-valor: asociado a los análisis bivariados de las duraciones en función de las variables demográficas, laborales y clínicas del paciente: test t de Student para las covariables dicotómicas y análisis de varianza de un factor para las covariables con más de 2 niveles.

la cirugía por parte de una entidad diferente al SPS o la mutua, se relacionaron con una duración final del episodio más larga (tabla 3).

## Discusión

Nuestros datos indican que la duración media de una baja por hernia inguinal supera los 2 meses de duración y aproximadamente 3 de cada 10 pacientes inician la baja con anterioridad a la cirugía, situándose muy por encima de los estándares disponibles<sup>9-11</sup>. Los periodos de ITCC prequirúrgica, lejos de ser breves, pueden llegar a superar el tiempo que requiere la recuperación tras la intervención.

Aunque estos periodos de ITCC prequirúrgica y la duración de la ITCC podrían estar relacionados en buena medida con el tipo de actividad laboral que desempeña el trabajador o con la presencia de comorbilidad, otros factores parecen relacionarse en mayor medida con la inestabilidad de las condiciones contractuales y con una posible utilización de la ITCC como *prestación-refugio* frente a problemas distintos de aquellos a los que trata de dar cobertura (p. ej. tipo de contratación, modalidad de pago). Tal multiplicidad de factores se encuentra de acuerdo con los estudios previos<sup>13-16</sup>. Los datos presentados acerca del periodo prequirúrgico de ITCC por hernia inguinal, plantean interrogantes desde el punto de vista de la gestión sanitaria. Cabe plantearse que, en ausencia de otros condicionantes médicos, un periodo de ITCC previo a la reparación herniaria tan extenso como los descritos en este trabajo no se justificaría médicamente. Una hernia podría haberse encontrado presente durante años, resultando plenamente compatible con una actividad normal. En este mismo sentido, se encontrarían las revisiones recientes que han cuestionado que la evidencia científica disponible permita concluir que las exposiciones mecánicas laborales puedan, por sí mismas y en ausencia de una vulnerabilidad previa, causar una hernia o que la reincorporación temprana al trabajo tras su reparación quirúrgica pueda asociarse con mayor riesgo de recurrencia<sup>21,22</sup>.

Nuestros hallazgos respecto a la realidad de la ITCC por hernia inguinal también distan mucho de las recomendaciones realizadas con relación al restablecimiento de una actividad plenamente normal tras la cirugía desde una perspectiva quirúrgica. La *European Hernia Society* señala que no es necesario prohibir temporalmente levantar cargas,

participar en deportes o trabajar después de la cirugía de la hernia. Según esta guía de práctica clínica, probablemente la limitación acerca del levantamiento de objetos muy pesados durante un periodo de 2 a 3 semanas sería suficiente<sup>6</sup>. En España, un trabajo de consenso entre cirujanos expertos, haciendo uso de la técnica Delphi, obtuvo unanimidad en cuanto a proponer un tiempo estándar para la reincorporación al trabajo de 30 días si el trabajo requiere esfuerzo físico y de 21 si es de carácter sedentario<sup>11</sup>. En cualquier caso, los datos obtenidos ponen en evidencia la necesidad de que el conocimiento científico y las recomendaciones de los expertos acerca de la reincorporación a una actividad normal en el contexto de la reparación quirúrgica de la hernia se trasladen a los ámbitos asistenciales y de la gestión sanitaria como atención primaria y las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. En este sentido, las posibilidades de actuación irían desde las actividades de carácter formativo o de difusión del conocimiento a la inclusión de recomendaciones específicas en relación con la recuperación de la actividad en el informe de alta de la cirugía. Tales recomendaciones específicas por parte del cirujano, acerca de una convalecencia corta después de la operación, se han mostrado como una estrategia eficaz para favorecer la reincorporación laboral en estudios previos<sup>17</sup>. En lo referente a los profesionales responsables de la tutela de procesos de ITCC por hernia inguinal (médicos de atención primaria y de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales) se hace patente la necesidad de revisar de modo riguroso la justificación desde un punto de vista médico de esta situación más allá de las semanas inmediatamente posteriores a la intervención quirúrgica.

De particular interés son los resultados acerca de la entidad que lleva a cabo la cirugía. Nuestros datos sugieren que en la mayor parte de los casos el itinerario asistencial del paciente en el SPS funciona de forma eficiente. Sin embargo, existe una proporción significativa de casos que reciben la baja mucho antes de que se pueda llevar a cabo la cirugía y que deben esperar en esta situación sin que sea posible su reincorporación laboral. Es en este subgrupo en el que la mutua pone a disposición del trabajador sus propios recursos asistenciales. Los resultados del análisis por componentes de la ITCC revelan que, una vez eliminado el papel del periodo prequirúrgico, los tiempos de recuperación de los pacientes operados por la mutua son incluso inferiores a cuando la intervención la realizan otras entidades. Por lo tanto, la intervención de

**Tabla 3 – Asociación ajustada de las variables demográficas, laborales y clínicas con la duración de la incapacidad temporal por contingencias comunes, calculada mediante un modelo de regresión de Cox por etapas (hacia delante)**

Variable	HR <sup>a</sup>	IC 95% <sup>b</sup>		p
		Inferior	Superior	
<i>Existencia de periodo prequirúrgico de ITCC<sup>a</sup></i>				
Sin periodo prequirúrgico	1			
Con periodo prequirúrgico	0,35	0,28	0,43	< 0,001
<i>Nivel de estudios<sup>b</sup></i>				
Sin estudios	0,77	0,43	1,38	0,379
Estudios primarios	0,64	0,39	1,07	0,087
Estudios secundarios	0,81	0,49	1,34	0,407
Titulación media	1,05	0,60	1,81	0,875
Titulación superior	1			
<i>Comorbilidad<sup>c</sup></i>				
Sin comorbilidad	1			
Con comorbilidad	0,45	0,34	0,59	< 0,001
<i>Modalidad de pago durante la baja<sup>d</sup></i>				
Pago delegado (régimen general)	1			
Pago directo en trabajador por cuenta propia (autónomos)	0,58	0,41	0,82	0,002
Pago directo en trabajador por cuenta ajena (desempleo durante la baja)	0,51	0,36	0,72	< 0,001
<i>Sector de actividad<sup>e</sup></i>				
Agricultura, Ganadería y Pesca	0,79	0,35	1,81	0,579
Construcción	0,71	0,58	0,88	0,002
Industria	1,05	0,86	1,27	0,637
Servicios	1			
<i>Ocupación<sup>f</sup></i>				
Trabajo manual	0,68	0,49	0,95	0,024
Trabajo no manual	1			
<i>Entidad que realiza la intervención<sup>g</sup></i>				
Sistema Público de Salud	1			
Mutua	1,12	0,80	1,55	0,516
Otros	0,76	0,59	0,97	0,027

IC 95%: intervalo de confianza del 95%; ITCC: incapacidad temporal por contingencias comunes; HR: hazard ratio ajustada; HR > 1: mayor probabilidad de alta, menor duración de la ITCC; HR < 1: menor probabilidad de alta, mayor duración de la ITCC.

<sup>a</sup> Paso 1: entra Existencia de periodo prequirúrgico de ITCC.

<sup>b</sup> Paso 2: entra Nivel de estudios.

<sup>c</sup> Paso 3: entra Comorbilidad.

<sup>d</sup> Paso 4: entra Modalidad de pago durante la baja.

<sup>e</sup> Paso 5: entra Sector de actividad.

<sup>f</sup> Paso 6: entra Ocupación.

<sup>g</sup> Paso 7: entra Entidad que realiza la intervención

la mutua parece mostrarse como una estrategia efectiva para la recuperación del paciente y la finalización del proceso de ITCC.

Entre las fortalezas del estudio destacan su carácter prospectivo y la forma planificada y altamente estructurada de recogida de datos. Además, el análisis del papel del periodo prequirúrgico en este tipo de procesos es un aspecto apenas estudiado.

En cuanto a las limitaciones, la principal tiene que ver con la selección de los sujetos, trabajadores en seguimiento por parte de una mutua a causa de un episodio de ITCC. Sin embargo, cabe señalar que la mayor parte de la población trabajadora se encuentra protegida por una mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales para dicha cobertura<sup>2,3</sup>. Por otra parte, resultaría deseable que la investigación futura incorporara variables como las expecta-

tivas del propio paciente, el tipo específico de cirugía, el carácter recidivante de la hernia o un análisis detallado de la comorbilidad.

En conclusión, la comprensión de la ITCC en la hernia inguinal requiere tener en cuenta variables no solo clínicas, que incluyan un contexto socio-laboral mucho más amplio y una gestión eficiente del itinerario asistencial del paciente.

## Financiación

Investigación en el ámbito de la protección social financiada mediante subvención recibida de acuerdo con lo previsto en la Orden TIN/1902/2009, de 10 de julio (premios para el Fomento de la Investigación de la Protección Social-FIPROS-).



## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

- 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. (Boletín Oficial del Estado, n.º 154, de 29 de junio de 1994).
- Catalina-Romero C, Martínez-Muñoz P, Quevedo-Aguado L, Ruiz-Moraga M, Fernández-Labandera C, Calvo-Bonacho E. Predictores de la duración de la incapacidad temporal por contingencias comunes en los trastornos de ansiedad. *Gac Sanit.* 2013;27:40-6.
- Benavides FG, Torá I, Miguel Martínez J, Jardí J, Manzanera R, Alberti C, et al. Evaluación de la gestión de los casos de incapacidad temporal por contingencia común de más de 15 días en Cataluña. *Gac Sanit.* 2010;24:215-9.
- 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, n.º 296, de 12 diciembre de 1995).
- Encuesta de morbilidad hospitalaria. [Internet]. Instituto Nacional de Estadística: 2010 [consultado 9 Feb 2012]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p414&file=inebase&L=0>
- Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, Bouillot JL, Campanelli G, Conze J, et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia.* 2009;13:343-403.
- Jenkins JT, O'Dwyer PJ. Inguinal hernias. *BMJ.* 2008;336:269-72.
- Schmedt CG, Sauerland S, Bittner R. Comparison of endoscopic procedures vs Lichtenstein and other open mesh techniques for inguinal hernia repair: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Surg Endosc.* 2005;19:188-99.
- Kuhry E, van Veen RN, Langeveld HR, Steyerberg EW, Jeekel J, Bonjer HJ. Open or endoscopic total extraperitoneal inguinal hernia repair? A systematic review. *Surg Endosc.* 2007;21:161-6.
- Tiempos estándar de incapacidad temporal. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Secretaría de Estado de Seguridad Social: 2009 [consultado 22 Feb 2012]. Disponible en: [http://www.tt.mtin.es/periodico/seguridadsocial/200907/INCAPACIDAD\\_TEMPORAL\\_2009.pdf](http://www.tt.mtin.es/periodico/seguridadsocial/200907/INCAPACIDAD_TEMPORAL_2009.pdf)
- Rodríguez JI. Propuesta de estándar asistencial en la reparación de la hernia inguinal o crural. *Cir Esp.* 2003;73:331-5.
- Feliu Palà X, Viñas Trullén X, Estrada A, Clavería R, Besora P, Crespo Cortonas JM, et al. Análisis del coste económico del tratamiento de la hernia inguinal recidivada: estudio comparativo con la técnica de Lichtenstein. *Cir Esp.* 2003;73:227-32.
- Lau H, Lee F, Poon J. Clinical factors influencing return to work after ambulatory inguinal herniorrhaphy in Hong Kong. *Ambul Surg.* 2001;9:25-8.
- Porrero JL, Bonachía O, López-Buenadicha A, Sanjuanbenito A, Sánchez-Cabezudo C. Reparación de la hernia inguinal primaria: Lichtenstein frente a Shouldice. Estudio prospectivo aleatorizado sobre dolor y costes hospitalarios. *Cir Esp.* 2005;77:75-8.
- Jones KR, Burney RE, Peterson M, Christy B. Return to work after inguinal hernia repair. *Surgery.* 2001;129:128-35.
- Salcedo-Wasicek MC, Thirlby RC. Postoperative course after inguinal herniorrhaphy. A case-controlled comparison of patients receiving workers' compensation vs patients with commercial insurance. *Arch Surg.* 1995;130:29-32.
- Tolver MA, Strandfelt P, Forsberg G, Hjørne FP, Rosenberg J, Bisgaard T. Determinants of a short convalescence after laparoscopic transabdominal preperitoneal inguinal hernia repair. *Surgery.* 2012;151:556-63.
- Calvo Bonacho E, González Quintela A, Sánchez Chaparro MA, Cabrera Sierra, M, Fernández-Labandera C, Quevedo Aguado L, et al., Duración de la incapacidad temporal asociada a diferentes patologías en trabajadores españoles. Secretaría de Estado de Seguridad Social. Ministerio de Trabajo e Inmigración, Fondo de Investigación de la Protección Social (FIPROS), 2009. [consultado 8 Mar 2012]. Disponible en: [http://www.seg-social.es/Internet\\_1/Estadistica/FondodeInvestigacio48073/EstudiosFIPROS/Tema4Salud/index.htm](http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/FondodeInvestigacio48073/EstudiosFIPROS/Tema4Salud/index.htm)
- Catalina-Romero C, Pastrana-Jiménez JI, Tenas-López MJ, Martínez-Muñoz P, Ruiz-Moraga M, Fernández-Labandera C, et al. Long-term sickness absence due to adjustment disorder. *Occup Med (Lond).* 2012;62:375-8.
- Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª edición modificación clínica. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012. [consultado 20 Feb 2013]. Disponible en: <http://www.mspsi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/home.htm>
- Hendry PO, Paterson-Brown S, de Beaux A. Work related aspects of inguinal hernia: a literature review. *Surgeon.* 2008;6:361-5.
- Svensen SW, Frost P, Vad MV, Andersen JH. Risk and prognosis of inguinal hernia in relation to occupational mechanical exposures - a systematic review of the epidemiologic evidence. *Scand J Work Environ Health.* 2013;39:5-26.