

# DIABETES MELLITUS E INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

Dra. María Teresa Ruiz Sánchez, Dra. Adoración Naranjo Molina, Dra. María Soledad Esteban Cortijo.  
ASEPEYO. Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la seguridad social nº 151.  
Centro asistencial Madrid (Eloy Gonzalo, 23) y Centro asistencial Ciudad Real (Ramón y Cajal,16)

Correspondencia:  
Maria Teresa Ruiz Sanchez  
C/Poza de la Sal, 13 2º C, 28031 MADRID  
619031373

## **RESUMEN**

**OBJETIVOS:** Conocer las desviaciones de la duración en días de baja de nuestros casos respecto a las duraciones estándar establecidas en el manual de gestión de incapacidad temporal del INSALUD.

Conocer las implicaciones en el coste económico debidas al exceso de duración media de los casos.

**MATERIAL Y METODOS:** La población diana comprende todos los pacientes en situación de incapacidad temporal diagnosticados de Diabetes Mellitus durante el año 2003, en todo el ámbito ASEPEYO.

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo en el que se han analizado 188 historias clínico-laborales obtenidas de la aplicación informática de ASEPEYO.

Los parámetros recogidos fueron: nombre y apellidos del paciente, edad, sexo, profesión, profesión de riesgo, duración de la incapacidad temporal, adecuada duración de la incapacidad temporal.

**RESULTADOS:** La duración en días de nuestros casos de los diagnósticos recogidos en el Manual del INSALUD son: DM inestable 144.66, neuropatía 271.91, pie grado 1 115, pie grado 2 113.60, pie grado 3 215.50, pie grado 5 210 y de reciente diagnóstico 138.83.

**CONCLUSIONES:** Sólo el 16,49% de nuestros casos se ajustan a la duraciones indicadas en el Manual del INSALUD. El exceso de duración de los casos implicó un coste económico de 397.314 euros.

**PALABRAS CLAVE:** Diabetes Mellitus, duraciones medias, Incapacidad Temporal.



## INDICE

	páginas
• TÍTULO	1
• AGRADECIMIENTOS	2
• ÍNDICE	3
• INTRODUCCION	4-7
• OBJETIVOS	8
• MATERIAL Y METODOS	8-19
• RESULTADOS	20-38
• DISCUSION	39-42
• CONCLUSIONES	43
• BIBLIOGRAFÍA	44-45

# INTRODUCCION

## DEFINICIÓN

---

Es un síndrome caracterizado por una hiperglucemia crónica que se debe a un deterioro de la secreción y/o de la efectividad de la insulina y se asocia a riesgo de complicaciones tanto agudas como a un grupo de complicaciones sistémicas y viscerales tardías.<sup>1</sup>

## CLASIFICACION:

---

### 1. Diabetes Mellitus tipo 1.

- Mediada por procesos autoinmunes.  
Es la más frecuente por déficit absoluto de insulina.
- Idiopática.  
Es poco frecuente, con alto componente hereditario.

### 2. Diabetes Mellitus tipo 2.

Después de los 40 años y representa el 95% de todos los casos. Resistencia a la acción de la insulina que generalmente se suele acompañar de un defecto de secreción.

### 3. Diabetes Mellitus secundaria.

Asociada a alteraciones pancreáticas, endocrinopatías, tratamiento con corticoides y alteración de los receptores insulínicos.

### 4. Diabetes Gestacional

Mujeres en las que se detecta una intolerancia a la glucosa por primera vez en el embarazo; la tercera parte de ellas desarrolla una Diabetes Mellitus al cabo de 10 años.<sup>2</sup>

## DIAGNOSTICO:

---

La presentación aguda de pérdida de peso, afectación general importante, cetosis e hiperglucemia nos hacen sospechar de una **Diabetes tipo 1**.

La **Diabetes tipo 2** cursa de forma asintomática en la mayoría de las ocasiones existiendo únicamente hiperglucemia.

El **diagnóstico** de Diabetes viene dado por los siguientes criterios:

- Glucemia al azar en plasma venoso mayor o igual a **200** mg/dl en presencia de síntomas clásicos de DM (poliuria, polidipsia, pérdida de peso) en cualquier momento del día.
- Glucemia plasmática basal **igual** o **mayor** a **126** mg/dl en dos o más ocasiones.
- Glucemia a las dos horas de **sobrecarga oral** con **75** gramos de glucosa **mayor** o **igual** a **200** mg/dl en dos o más ocasiones.<sup>3</sup>

## TRATAMIENTO

---

1. Hábitos de vida  
Dieta, ejercicio físico y restricción de tabaco
2. Educación diabetológica.
3. Tratamiento farmacológico.<sup>4</sup>

## OBJETIVOS TERAPEUTICOS

---

- ◆ Eliminar síntomas hiperglucémicos con normalización de los niveles de glucemia.
- ◆ Prevenir las complicaciones metabólicas agudas.
- ◆ Prevenir, retrasar o minimizar las complicaciones crónicas.
- ◆ Reducir la morbilidad y mortalidad.
- ◆ Conseguir unas expectativas y calidad de vida similar al individuo no diabético.

## COMPLICACIONES CRONICAS:

- *Complicaciones por macroangiopatía:*

Causan el 75% de las muertes en la población diabética  
Insuficiencia coronaria o cardiopatía isquémica.  
Vasculopatía periférica.  
Enfermedad cerebro vascular.  
Estenosis de la arteria renal y aneurisma de aorta abdominal.  
Hipertensión arterial

- ***Complicaciones por microangiopatía:***

Nefropatía diabética (20-30%).

Oftalmopatía diabética

    Retinopatía diabética (50%).

Neuropatía diabética (pie diabético). Es la principal causa de muerte en estos pacientes.

Neuropatía autonómica Diabética (NAD).

Afectación osteoarticular.

Dermopatía diabética.

Lesiones dentarias.

### **COMPLICACIONES AGUDAS:**

- Hipoglucemia.
- Cetoacidosis diabética.
- Descompensación hiperosmolar no cetósica.
- Acidosis láctica.<sup>5</sup>

### **CAPACIDAD LABORAL EN PACIENTES DIABETICOS:**

---

Se consideran profesiones problemáticas para el diabético:

Los turnos variables o rotatorios (el turno de noche será factible si el paciente es capaz de adaptar sus necesidades de insulina a esta circunstancia).

Trabajo a destajo.

Existe un conjunto de trabajos que actualmente están permitidos en pacientes bien compensados con revisiones periódicas: conducción de camiones, autobuses, aviones, trenes, supervisión de tráfico aéreo, trabajos relacionados con la utilización de armas, riesgo de caída de altura, trabajos artesanos.<sup>6</sup>

La Diabetes Mellitus es un problema de salud pública de escala mundial. En el año 1995 había más de 135 millones de diabéticos en el mundo, y el número de casos nuevos sigue aumentando rápidamente, a medida que asciende la esperanza de vida en los individuos, se modifican los estilos de vida y mejora la detección de la enfermedad.

Se estima que para el año 2025 se superarán los 300 millones, lo que le convierte en la enfermedad endocrina más frecuente.<sup>7</sup>

La magnitud, el alto grado de morbilidad, mortalidad e incapacidades que produce ha impulsado a los servicios sanitarios de los diferentes países a destinar a su atención un elevado número de recursos.<sup>8</sup>

La 42 Asamblea mundial de la OMS adoptó de forma unánime en 1989 una resolución instando a los países miembros a evaluar la importancia nacional de esta enfermedad, prevención y control.<sup>9</sup>

En España la prevalencia de diabetes mellitus oscila entre el 2-5%, siendo más frecuente la variante diabetes Mellitus tipo 2.<sup>10</sup> El actual proceso de envejecimiento de la población de nuestro país, convierte la diabetes mellitus en un problema cada vez más grave y, por consiguiente, también se espera que los gastos en asistencia sanitaria aumenten de forma considerable.<sup>7</sup>

Este estudio está enfocado desde la perspectiva de nuestra función como médicos de mutua en contingencias comunes, que consiste en el seguimiento del proceso de incapacidad temporal del paciente desde el punto de vista sanitario y teniendo en cuenta la repercusión económica que genera su baja laboral.

Hasta ahora no existe en nuestro ámbito de trabajo ningún protocolo de seguimiento en relación a este grupo de patologías.

Nuestra inquietud, por tanto, es analizar la situación actual, detectar deficiencias y posibles causas de las mismas y proponer si es necesario, medidas de corrección que nos lleven a optimizar la calidad de nuestra actividad.

Queremos conocer las desviaciones de la duración en días de baja de nuestros casos de diabetes respecto a las duraciones estándar establecidas en el Manual de gestión de la Incapacidad Temporal de Insalud.

## OBJETIVOS

- Conocer las desviaciones de la duración en días de baja de nuestros casos respecto a las duraciones estándar establecidas en el manual de gestión de incapacidad temporal de INSALUD.
- Detectar deficiencias en el registro de información clínico laboral.
- Conocer el grado de intervención sanitaria sobre la patología de acuerdo a la legislación vigente centrándonos en visitas médicas, propuestas de alta y propuestas de incapacidad permanente.
- Proponer medidas correctoras de las deficiencias detectadas.
- Conocer las implicaciones en el coste económico debidas al exceso de duración media de los casos.

## MATERIAL Y METODOS

### POBLACION

---

La población diana de este estudio comprende todos los pacientes en situación de incapacidad temporal diagnosticados de Diabetes Mellitus durante el año 2003, en todo el ámbito ASEPEYO.

### DISEÑO

---

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo.

### FUENTE DE INFORMACION

---

Todos los expedientes clínicos registrados en el sistema informático con baja médica por contingencias comunes con el diagnóstico de diabetes mellitus y/o sus complicaciones durante el año 2003.

## CRITERIOS DE INCLUSION

---

Todos los pacientes diagnosticados de diabetes mellitus durante el año 2003 en situación de incapacidad temporal.

## MATERIAL Y METODOS

---

Se han analizado **188** historias clínico-laborales obtenidas de **CHAMAN**, (aplicación informática de ASEPEYO). Éste es el total de historias/expedientes registrados en dicha aplicación con fecha de inicio de Incapacidad temporal por contingencia común **entre 1-1-03 y 31-12-03** y cuyo **diagnóstico** codificado en la historia (según CIE 9) es alguno de los siguientes, todos ellos relacionados con patología de **Diabetes Mellitus**.

250	Diabetes Mellitus
250.00	Diabetes Mellitus no complicada (No insulín dependiente)
250.01	Diabetes Mellitus no complicada (Insulín dependiente)
250.02	Diabetes Mellitus sin mención de complicaciones, tipo 2 incontrolada
250.03	Diabetes Mellitus sin mención complicaciones tipo 1 incontrolada
250.10	Cetoacidosis diabética (No insulín dependiente)
250.11	Cetoacidosis diabética (Insulín dependiente) Diabetes con cetoacidosis, tipo 2 incontrolada
250.12	Diabetes con cetoacidosis tipo 1 incontrolada
250.13	Diabetes con coma hiperosmolar (No insulín dependiente)
250.20	Diabetes con coma hiperosmolar (Insulín dependiente)
250.21	Diabetes con hiperosmolaridad tipo 2 incontrolada
250.22	Diabetes con hiperosmolaridad, tipo 1 incontrolada
250.23	Coma diabético NCOC ( No insulín dependiente)
250.30	Coma diabético NCOC (Insulín dependiente)
250.31	Diabetes con otro coma tipo 2 incontrolada
250.32	Diabetes con otro coma tipo 1 incontrolada
250.33	Diabetes con manifestación renal (No insulín dependiente)
250.40	Diabetes con manifestación renal (insulín dependiente)
250.41	Diabetes con manifestaciones renales, tipo 2 incontrolada
250.42	Diabetes con manifestaciones renales tipo 1 incontrolada
250.43	Diabetes Mellitus con manifestaciones oftalmológicas (No insulín dependiente)
250.50	Diabetes con manifestaciones oftalmológicas tipo 2 incontrolada
250.51	Diabetes con manifestaciones oftalmológicas (Insulín dependiente)
250.52	Diabetes con manifestaciones oftalmológicas tipo 2 incontrolada
250.53	Diabetes con manifestaciones oftalmológicas tipo 1 incontrolada
250.60	Diabetes con manifestaciones neurológicas (No insulín dependiente)
250.61	Diabetes con manifestaciones neurológicas (Insulín dependiente)
250.62	Diabetes con manifestaciones neurológicas tipo 2 incontrolada
250.63	Diabetes con manifestaciones neurológicas tipo 1 incontrolada

250.70	Diabetes con ttnos circulatorios periféricos (No insulín dependiente)
250.71	Diabetes con ttnos circulatorios periféricos (Insulín dependiente)
250.72	Diabetes con trastornos circulatorios periféricos tipo 2 incontrolada
250.73	Diabetes con trastornos circulatorios periféricos tipo 1 incontrolada
250.80	Diabetes con manifestaciones NCOC (No insulín dependiente)
250.81	Diabetes con manifestaciones NCOC (Insulín dependiente)
250.82	Diabetes con otras manifestaciones específicas tipo 2 incontrolada
250.83	Diabetes con otras manifestaciones específicas tipo 1 incontrolada
250.90	Diabetes con complicaciones NEOM (No insulín dependiente)
250.91	Diabetes con complicaciones NEOM (Insulín dependiente)
250.92	Diabetes con complicaciones inespecíficas, tipo 2 incontrolada
250.93	Diabetes con complicaciones inespecíficas, tipo 1 incontrolada
251.08	Trastorno de secreción interna pancreática NCOC
V77.1	Búsqueda Diabetes Mellitus
3371B	Neuropatía autonómica periférica en diabetes 1 y 2
3572	Polineuropatía diabética
3581B	Amiotrofia diabética
362.01	Retinopatía diabética inespecificada Retinopatía diabética de fondo no proliferante
362.02	Retinopatía diabética proliferativa
44381 A	Angiopatía periférica diabética
44381 B	Pie diabético
5818 A	Nefrosis diabética
58381 A	Nefropatía diabética
7071 D	Úlcera diabética
7135 C	Artropatía neurogénica diabética
7854 C	Gangrena en pie diabético
7854 E	Gangrena diabética
707.1	Úlcera diabética o úlcera crónica trófica de extremidad inferior

La recogida de datos se ha realizado en una hoja Excel configurada de acuerdo con los parámetros que hemos consensuado, recogidos de la historia clínico laboral.

El análisis de datos se ha obtenido mediante la utilización de dos herramientas de Microsoft office 2000: Access y Excel.

**Excel** sirvió tanto para almacenar los datos manualmente como para realizar los filtros de los datos para crear campos homogéneos.

**Access** se utilizó para realizar sobre ellas las consultas necesarias con objeto de extraer la información lo más ágil, rápido y exenta de errores posible.

Los parámetros recogidos han sido:

■ **NOMBRE Y APELLIDOS**

■ **CENTRO ASISTENCIAL**

Nos referimos al centro en el que se ha realizado seguimiento y control del paciente.

#### ■ **EDAD**

Al inicio del proceso de IT.

#### ■ **SEXO:**

Varón/hembra.

#### ■ **TRABAJO/PROFESIÓN:**

Este dato se ha obtenido del registro de la **primera visita** realizada al paciente en cuyo formato aparece este campo para ser cumplimentado. En los casos que no se ha realizado esta primera visita, o aún habiéndola realizado no se ha rellenado dicho campo, lo hemos considerado como *no registrado*.

Para una mejor contabilización se han agrupado profesiones o trabajos que, sin denominarse del mismo modo realizan las mismas o similares tareas.

Ejemplo: Albañil (agrupa a: Albañil, construcción, peón albañil, oficial de construcción, etc.).

#### ■ **TRABAJO DE RIESGO EN PACIENTES CON PATOLOGIA DIABETICA:**

Los posibles valores de esta variable se han considerado **SI/NO** o **no registrado** (en aquellos casos en los que no nos consta cuál es el trabajo realizado).

Para concluir que una profesión **SI** tiene riesgo se han tenido en cuenta dos consideraciones o criterios:

1. Aquellas profesiones o trabajos que conlleven un riesgo para ellos o para otras personas.<sup>11</sup> En este sentido se han considerado como de riesgo para el paciente los trabajos en alturas, trabajo a destajo, manejo de maquinaria peligrosa y conducción de cualquier tipo de vehículo. Como riesgo para terceros, se han considerado trabajos con responsabilidad directa en el cuidado de personas y, fundamentalmente, la conducción de todo tipo de vehículos.
2. Aquellas profesiones o trabajos que conlleven turnicidad/nocturnidad<sup>12</sup>

#### ■ **DURACIÓN DE IT:**

Nº de días transcurridos desde **inicio de baja laboral** hasta **alta laboral** con finalización de prestación económica.

- Dado que los expedientes de nuestra muestra son aquellos cuya fecha de inicio de IT se sitúa cualquier día del año 2003, existen algunos de estos expedientes que aún no han causado alta laboral a fecha 10-3-05 (fecha de registro de nuestros datos). En estos expedientes hemos recogido todas las variables de interés salvo el de duración adecuada o no de IT que se describirá más adelante.

#### ■ **DIAGNÓSTICO REGISTRADO EN HISTORIA:**

Se ha recogido el código de CIE 9 (o su versión reducida) que consta como diagnóstico en la historia clínica. (Códigos ya especificados en la descripción de nuestra muestra).

#### ■ **MOTIVO DE INCAPACIDAD TEMPORAL:**

Se ha reflejado en este campo el motivo real de la baja, independientemente del diagnóstico registrado.

Este dato ha sido extraído del registro de las distintas actuaciones realizadas al paciente (visitas, peticiones de informes, contactos telefónicos...)

Si no se ha podido extraer dicha información por falta de actuaciones realizadas o no adecuado registro de éstas, se ha dejado el campo en blanco y se ha considerado no registrado.

Sí se han registrado los motivos de baja reales en pacientes con antecedente de diabetes pero cuya baja actual no está relacionada con esta patología. (Ej.: Hernia inguinal intervenida en paciente con diagnóstico de Diabetes Mellitus)

Por último se han establecido **10 posibles categorías** para motivos de baja reales relacionados con diabetes y sus complicaciones agudas o crónicas:

- **De reciente diagnóstico:**

Aquellos casos que sin haber requerido ingreso hospitalario aún no han alcanzado situación de control metabólico aceptable por no haber transcurrido tiempo entre diagnóstico e inicio de tratamiento.<sup>11</sup>

- **Inestable o descompensada:**

Aquellos casos de diabetes ya diagnosticada y tratada previamente, en situación actual de mal control por la alternancia de hiperglucemias con cuadros y cifras de

hipoglucemia, de forma absolutamente irregular, y con una frecuencia de varias veces por semana.<sup>11</sup>

- **Cetoacidosis:**

Aquellos casos en los que, sin ser de reciente comienzo, el motivo de la baja haya sido episodio de esta complicación metabólica cuya principal anomalía es la deficiencia de insulina que origina hiperglucemia >300 mg/dl, deshidratación y acidosis metabólica (PH menor 7,25 o bicarbonato menor 15 mg/dl).<sup>2</sup>

- **Descompensación Hiperosmolar no cetósica:**

Aquellos casos en los que el motivo de la baja haya sido episodio de hiperglucemia grave > 600 mg/dl, con diuresis osmótica, que origina deshidratación y con frecuencia disminución del nivel de conciencia sin cetoacidosis.<sup>2</sup>

- **Enfermedad Cardiovascular/cerebrovascular:**

Aquellos casos con motivo de baja cardiopatía isquémica (riesgo triplicado en pacientes diabéticos) o ACV (riesgo duplicado en diabéticos) en pacientes con diagnóstico de patología diabética registrado en historia clínica. (samfyc Internet)

En pacientes diabéticos estas patologías, además de ser más frecuentes, tienen un inicio más precoz, evolucionan más rápidamente y con mayor severidad.<sup>2</sup>

- **Nefropatía:**

Aquellos casos cuyo motivo de baja es el deterioro de la función renal del diabético, fundamentalmente en los estadios IV (Nefropatía diabética establecida), con glomerulosclerosis y proteinuria >500 mg/día o albuminuria >300 mg/día, o bien estadio V (insuficiencia renal), con creatinina plasmática de >2 mg/dl. (samfyc. Internet). Estos últimos serían los estadios más susceptibles de condicionar una incapacidad temporal.

- **Retinopatía:**

Aquellos casos cuyo motivo de baja sea el seguimiento o tratamiento de la afectación de la retina, como estructura oftálmica alterada con más frecuencia e importancia en pacientes diabéticos.

Las bajas por este motivo se producirían fundamentalmente en las 2 últimas fases:

*Preproliferativa:* Exudados algodonosos y anormalidades venosas, arteriales y capilares.

*Proliferativa:* Neoformación nuevos vasos, hemorragias vítreas, fibrosis, desprendimiento de retina.<sup>1</sup>

- **Diabetes gestacional:**

Aquellos casos en los que el motivo de baja es diabetes que comienza o se diagnostica por vez primera en embarazo. Se da en el 2-5% de todos los embarazos y existe un mayor riesgo de desarrollar DM 2.<sup>1</sup>

- **Neuropatía diabética:**

Aquellos casos en los que el motivo de baja es la afectación nerviosa en cualquiera de sus manifestaciones

1. Polineuritis diabética

\* De predominio sensitivo, bilateral, habitualmente en MMII de instauración progresiva, con dolor espontáneo o al roce, parestesias, alteración de sensibilidad superficial y profunda con afectación de reflejos tendinosos y de la marcha<sup>1,11</sup>

2. Mononeuritis diabética:

- \* Afectación de pares craneales
- \* Radiculopatía
- \* Mononeuritis periférica
- \* Amiotrofia diabética.

3. Neuropatía diabética autónoma:

- \* Manifestaciones gastrointestinales.
- \* Vejiga neurógena
- \* Alteración secreción sudoral
- \* Hipotensión ortostática.<sup>1</sup>

- **Úlcera Pie diabético:**

Aquella que aparece en MMII de enfermos diabéticos, habitualmente asociado a neuropatía periférica sensitiva y arteriopatía periférica, pudiendo evolucionar a gangrena y amputación.

Según la clasificación de Boulton se pueden distinguir distintos estadios:

- 0: Pie sin úlcera, con hiperqueratosis, callos, fisuras y ampollas.
- 1: Úlcera superficial, no infectada (cabeza de 1º metatarsiano)
- 2: Úlcera más profunda, infectada, sin afectación ósea.
- 3: Absceso y osteítis
- 4: Gangrena localizada
- 5: Gangrena completa. <sup>11</sup>

■ **Nº VISITAS:**

Número total de visitas realizadas al paciente en el centro asistencial incluyendo primeras y sucesivas. En el caso de no haber acudido el paciente a consulta por haber ejercitado otras opciones de seguimiento del caso, se ha registrado como 0.

■ **PROPUESTA DE ALTA:**

En esta variable se han considerado 2 posibles valores: SI/NO, dependiendo si se ha realizado o no esta actuación, ya sea a Inspección Médica o a al médico de Atención Primaria.

■ **PROPUESTA DE INCAPACIDAD:**

Asimismo en esta variable se han considerado estos dos posibles valores (SI/NO) dependiendo de si se ha realizado esta propuesta a Inspección Médica o a INSS o bien no se ha realizado a ninguno de estos organismos.

\* Estos 3 últimas variables se han considerado de interés para valorar el seguimiento y atención que reciben los pacientes en las consultas de CC así como el intervencionismo de los médicos para intentar que las bajas no se alarguen innecesariamente disminuyendo los días de baja, proponiendo alta médica si no existen limitaciones de la capacidad laboral del paciente, o bien proponiendo incapacidad permanente si el paciente presenta limitaciones definitivas que le impiden el pleno desarrollo de su actividad laboral.

\* En nuestro estudio no hemos analizado como medida de actuación eficaz el adelanto de pruebas diagnósticas o tratamientos (actuaciones contempladas en la legislación vigente como útiles para el control de la ITCC), por considerar que en patología diabética los estudios diagnósticos o las aplicaciones de tratamientos se realizan en los servicios públicos de

salud con la suficiente celeridad o bien son seguimientos muy específicos que escapan a los recursos asistenciales habituales de una mutua.

### ■ **TRATAMIENTO:**

En nuestra tabla hemos recogido este dato fundamentalmente como índice de buen registro de la historia.

Los valores posibles de esta variable se han considerado

#### DIETA:

Si no se han utilizado medidas farmacológicas (Incluye dieta, ejercicio..)

#### ADO:

Si tratamiento farmacológico oral (incluya o no medidas no farmacológicas)

#### INSULINA:

Si tratamiento farmacológico con esta medicación (incluya o no ADO o medidas no farmacológicas).

#### NO REGISTRADO:

Si no se ha registrado dicho campo.

### ■ **ADECUACIÓN DE DURACIÓN DE IT:**

Los valores posibles de esta variable son:

**SI/NO**

Esta variable sólo se ha registrado en aquellos casos cuyo motivo de baja haya sido:

**Diabetes de reciente diagnóstico  
Diabetes Mellitus inestable  
Neuropatía diabética  
Úlcera del pie diabético**

Estos diagnósticos ya han sido definidos en apartado anterior y son los únicos para los que hemos encontrado en la bibliografía consultada, criterios de referencia que nos permitan considerar si nuestros casos han tenido una duración adecuada o no de IT. En concreto se ha utilizado el Manual de Gestión de Incapacidad temporal editado por el Instituto Nacional de la Salud en el año 2001 para establecer estos criterios de referencia.

En los pacientes con diabetes de reciente comienzo o diabetes inestable, para considerar si la duración es apropiada o no se ha tenido en cuenta si el trabajo es de riesgo o no (salvo en aquellos casos en los que el trabajo no ha sido registrado en la historia clínica, en cuyo caso se ha considerado como valor de referencia el límite superior en días especificado para cada uno de los dos diagnósticos).

En el resto de los casos, con motivos distintos de baja, este campo se ha dejado en blanco.

**♦Diabetes de reciente diagnóstico:**

No complicaciones Actividad laboral sin riesgo	_____	Duración 10-15 días
No complicaciones Actividad laboral de riesgo	_____	Duración 15-21 días
Casos crónicos	_____	No precisa I.T.

**♦ Diabetes Mellitus inestable:**

Actividad laboral sin riesgo	_____	10-30 días
Actividad laboral de riesgo	_____	21-45 días

**♦Neuropatía diabética:**

En su manifestación como polineuritis sensitiva → 14-28 días de duración de IT.

◆ **Úlcera de pie diabético:** .

Grado 1 de Boulton	_____	<b>4-6 días</b>
Grado 2 de Boulton	_____	<b>7-14 días</b>
Grados 3,4 y 5 Boulton	_____	Dependiendo de <b>secuelas</b> tras Alta hospitalaria.

■ **REGISTRO ADECUADO DE HISTORIA:**

Los valores posibles de esta variable se han considerado SI/NO.

Los criterios para considerar si el registro ha sido adecuado o no se han establecido basándonos en la cumplimentación exhaustiva de la actuación: **Primera visita.**

No se han escogido otras actuaciones: visitas sucesivas, contacto telefónico, petición de informes... dada la libertad de registro que permiten dichas actuaciones y que hace difícilmente cuantificable su adecuación.

Se ha entendido que para considerar un buen registro, todos los campos de esta actuación deben ser cumplimentados:

\* **Médico de cabecera y Centro de Salud:**

Nos permite disponer de datos para enviar nuestras propuestas /consultas al Servicio Público de Salud.

\* **Tareas que realiza/ puesto de trabajo**

Nos permite relacionar patología con capacidad laboral.

\* **Motivo de baja**

Nos permite saber el motivo de su situación de Incapacidad Temporal.

\* **Sintomatología**

\* **Exploración física.**

\* **Informes que aporta**

**\* Tratamiento actual y anterior**

La cumplimentación de estos cuatro últimos campos relacionados con la enfermedad actual nos permite aproximarnos a la valoración de la situación clínica del proceso que mantiene al paciente en situación de IT.

**\* Conclusión:**

Es el campo utilizado de forma habitual en la historia para reflejar el pronóstico, la planificación de actuaciones a realizar y/o la justificación de la situación de IT.

En los casos en que la primera visita no se haya producido (por alta médica antes de iniciar el seguimiento o por utilización de medidas alternativas para control del episodio) el campo de esta variable se ha dejado en blanco.

## RESULTADOS.

Inicialmente se ha procedido a realizar recuento y distribución de nuestros casos según los criterios establecidos:

- **Distribución de los casos por centro Asistencial (total y %).**

**Tabla 1**

En líneas generales coinciden los centros con mayor prevalencia de esta patología con los centros de mayor volumen de pacientes de contingencias Comunes a nivel nacional en ASEPEYO : Eloy Gonzalo, Barcelona, Valencia..

<b>Tabla 1. DIST.CASOS POR CENTRO</b>		
<b>CENTRO</b>	<b>Nº CASOS</b>	<b>%</b>
ELOY GONZ	12	6,38%
TENERIFE	11	5,85%
BARCELONA	10	5,32%
VALENCIA	10	5,32%
LERIDA	8	4,26%
PAMPLONA	6	3,19%
SEVILLA	6	3,19%
VIC	6	3,19%
GERONA	4	2,13%
MARTORELL	4	2,13%
TARRAGONA	4	2,13%
TOLEDO	4	2,13%
VALDEMORO	4	2,13%
ALICANTE	3	1,60%
BADALONA	3	1,60%
CARTAGENA	3	1,60%
CORDOBA	3	1,60%
COSLADA	3	1,60%
ELCHE	3	1,60%
GRANADA	3	1,60%
PATERNA	3	1,60%
VALLADOLID	3	1,60%
ALMERIA	2	1,06%
CERDANYOLA	2	1,06%
HUELVA	2	1,06%
HUESCA	2	1,06%
LEGAZPI	2	1,06%
LORCA	2	1,06%
MOLINS DE REI	2	1,06%
OVIEDO	2	1,06%
PINTO	2	1,06%
SABADEL	2	1,06%
SALAMANCA	2	1,06%

SANT BOI LL	2	1,06%
SANTANDER	2	1,06%
SILLA	2	1,06%
TUDELA	2	1,06%
VALDEPEÑAS	2	1,06%
VIGO	2	1,06%
VILL. SERENA	2	1,06%
ZARAGOZA	2	1,06%
ALCOBENDAS	1	0,53%
BADAJOS	1	0,53%
BERGARA	1	0,53%
BRUT	1	0,53%
BURGOS	1	0,53%
CACERES	1	0,53%
CADIZ	1	0,53%
CIUDAD LINEAL	1	0,53%
CIUDAD REAL	1	0,53%
CORUÑA	1	0,53%
FUENLABRA	1	0,53%
GIJON	1	0,53%
GRANOLLERS	1	0,53%
GUADALAJ.	1	0,53%
HOSP LLOB	1	0,53%
JAEN	1	0,53%
LAS PALMAS	1	0,53%
LAS ROZAS	1	0,53%
LOGROÑO	1	0,53%
LUGO	1	0,53%
MAHON	1	0,53%
MALLORCA	1	0,53%
MANRESA	1	0,53%
MELILLA	1	0,53%
MURCIA	1	0,53%
OLOT	1	0,53%
OLULA DEL RIO	1	0,53%

ORENSE	1	0,53%
PARET DE VALLES	1	0,53%
PONTEVEDRA	1	0,53%
PRAT	1	0,53%
PUERTOLLANO	1	0,53%

SAN FELIU	1	0,53%
SANTIAGO DE C	1	0,53%
TOTAL	188	100%

- **Distribución de los casos por edad ( total y %).**

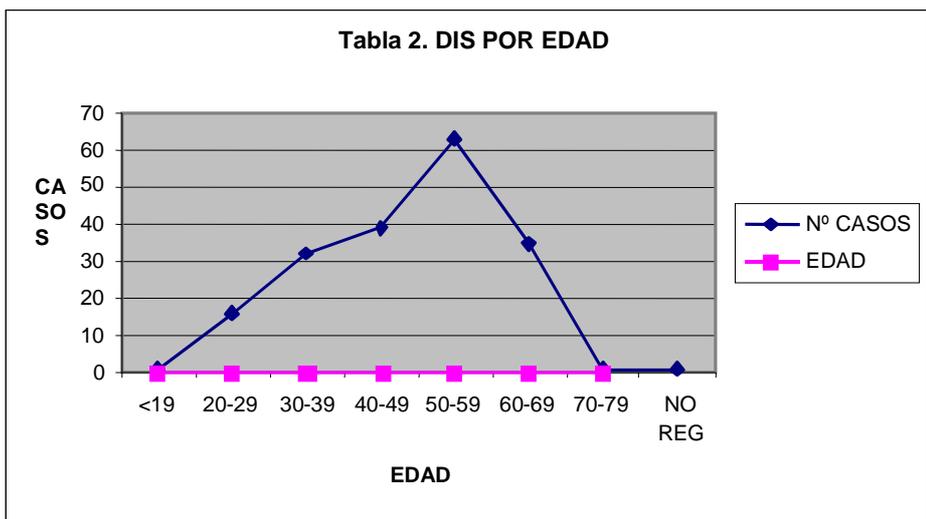
**Tabla 2.**

Se ha realizado una distribución por grupos de edad obteniéndose el número mayor de casos en la quinta década (33,51%).

El caso de menor edad es de 18 años y el de mayor edad 73.

La edad media de nuestros casos es de 47,71%. Podemos establecer que la década más prevalente es la de **50 a 59** años

<b>Tabla 2. DISTRIBUCION POR EDAD</b>		
EDAD	Nº	%
MENOR DE 20	1	0,53%
DE 20 - 39	16	8,51%
DE 30 - 39	32	17,02%
DE 40 - 49	39	20,74%
DE 50 - 59	63	33,51%
DE 60 - 69	35	18,62%
MAYOR DE 69	1	0,53%
BLANCO	1	0,53%
TOTAL	188	100%

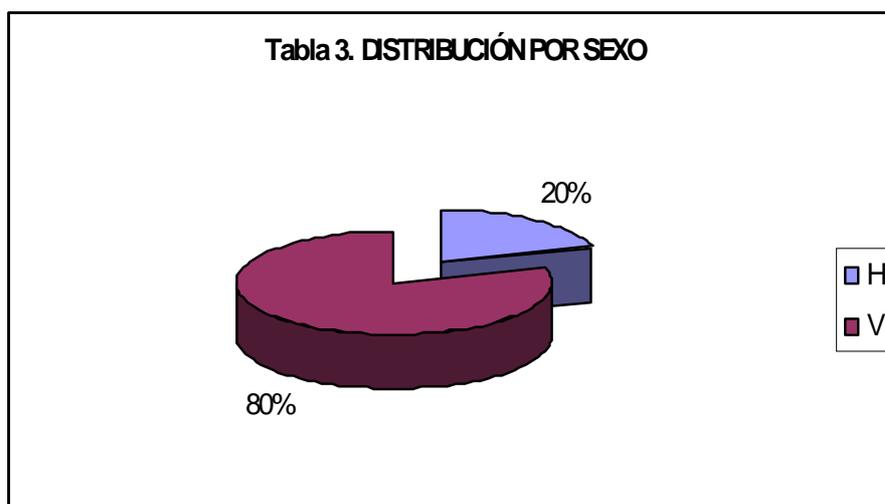


- **Distribución de los casos por sexo (total y %)**

**Tabla 3.**

El 80% de nuestros pacientes son varones y el 20% mujeres.

<b>Tabla 3. DISTRIBUCION POR SEXO</b>		
<b>SEXO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
H	38	20%
V	150	80%
<b>TOTAL</b>	<b>188</b>	<b>100%</b>



- **Distribución de casos por ocupación o trabajo (total y %).**

**Tabla 4.**

Destaca el alto porcentaje (23,9%) de casos en los que no ha sido registrada la profesión u ocupación habitual.

La construcción, la conducción y las tareas administrativas agrupan el mayor porcentaje de nuestros casos.

El mayor número de casos se registran tanto en trabajo manual como administrativo (albañiles, administrativos, comerciales y conductores).

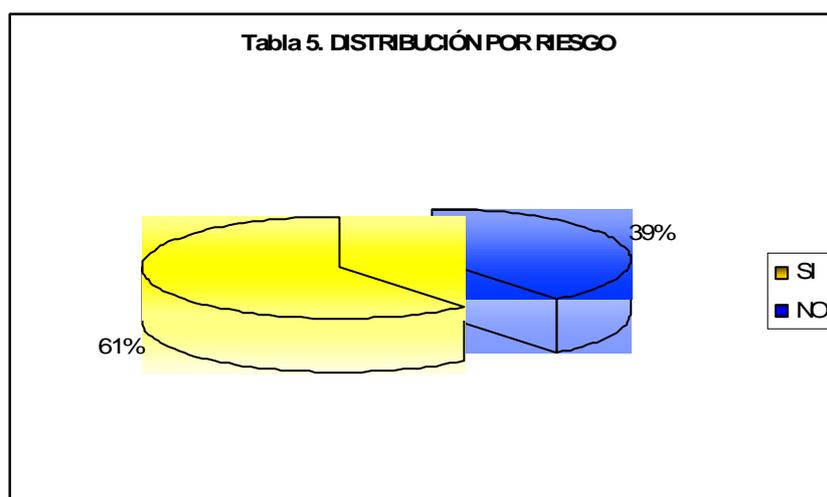
<b>Tabla 4. DIST. POR TRABAJOS</b>		
<b>TRABAJO</b>	<b>Nº CASOS</b>	<b>%</b>
<b>NO REGISTRADO</b>	45	23,93%
ALBAÑIL	24	12,77%
CONDUCTOR	16	8,51%
ADMINISTRATIVO	15	7,97%
COMERCIAL	11	5,85%
ALMACEN	8	4,25%
CAMARERO	5	2,65%
LIMPIEZA	5	2,65%
DEPENDIENTE	4	2,12%
CARPINTERO	3	1,59%
COCINERO	3	1,59%
MANTENIMIENTO	3	1,59%
MAQUINISTA	3	1,59%
PELUQUERO	3	1,59%
CADENA MONTAJE	2	1,06%
COSTURERO	2	1,06%
CUIDADOR	2	1,06%
FUNERARIO	2	1,06%
IMPRENTA	2	1,06%
MECANICO	2	1,06%
PESCADERO	2	1,06%
PINTOR	2	1,06%
AGRICULTOR	1	0,53%
ARIDOS	1	0,53%
ASISTSOCIAL	1	0,53%
ATS	1	0,53%
CALZADO	1	0,53%
CANTERO	1	0,53%
CHARCUTERO	1	0,53%
CRISTALERO	1	0,53%
ELECTRICISTA	1	0,53%
ENCUADER.	1	0,53%
ESP TEXTIL	1	0,53%
FONTANERO	1	0,53%
FOTOGRAFO	1	0,53%
FUNDIDOR	1	0,53%
GASOLINERO	1	0,53%
JOYERO	1	0,53%
MUSEO	1	0,53%
PANADERO	1	0,53%
PLANCHADOR	1	0,53%
PULIDOR	1	0,53%
REP NAVAL	1	0,53%
SEÑALES	1	0,53%

Tabla 5. DIST. POR RIESGO		
RIESGO	CASOS	%
SI	56	39,16
NO	87	60,84
TOTAL	143	100%

TIRADOR	1	0,53%
VIGILANTE	1	0,53%
TOTAL	188	100%

- Distribución casos con trabajo registrado por riesgo (total y %).Tabla 5.

El 60,84% de los casos en los que se ha registrado la profesión, esta NO se considera de riesgo. El resto (39,16%) tiene profesiones consideradas como de riesgo.



- **Distribución de casos por duración.**  
**Tabla 6.**

La media de duración de nuestros casos es de 178,93 días.  
El caso de máxima duración es de 758 días.  
El caso de mínima duración es de 4 días.

Tabla 6. DIST POR DURACIÓN		
DURACION	Nº CASOS	%
<181 DIAS	124	65,95%
181-365	32	17,02%

366-546	25	13,29
>547	7	3,72%
<b>TOTAL</b>	188	100%

- **Distribución de los casos por diagnóstico de la historia, procedente de CIE 9. (total y %) Tabla 7.**

El diagnóstico más prevalente (39,36% de los casos) es el más inespecífico: 250.00 (diabetes mellitus), que por otro lado no hace referencia al tipo, características y/o existencia de complicaciones.

<b>Tabla 7.DIST POR DX H<sup>a</sup></b>		
<b>DX H<sup>a</sup></b>	<b>Nº CASOS</b>	<b>%</b>
250,00	74	39,36%
250	25	13,30%
250,02	8	4,26%
250,9	8	4,26%
250,91	8	4,26%
36201A	5	2,66%
250,01	4	2,13%
25001B	4	2,13%
250,51	3	1,60%
250,7	3	1,60%
250,8	3	1,60%
250,92	3	1,60%
25000B	3	1,60%
V77,1	3	1,60%
250,1	2	1,06%
250,11	2	1,06%
250,13	2	1,06%
250,6	2	1,06%
250,61	2	1,06%
250,71	2	1,06%
25061A	2	1,06%
25091A	2	1,06%
362,02	2	1,06%
36202A	2	1,06%
443,81	2	1,06%
250,03	1	0,53%
250,09	1	0,53%
250,12	1	0,53%
250,3	1	0,53%
250,5	1	0,53%
25001A	1	0,53%
25011A	1	0,53%
25021B	1	0,53%
25060A	1	0,53%

362,01	1	0,53%
44381B	1	0,53%
707,1	1	0,53%
<b>TOTAL</b>	188	100%

• **Distribución de los casos por el motivo real de IT.**

**Tabla 8.**

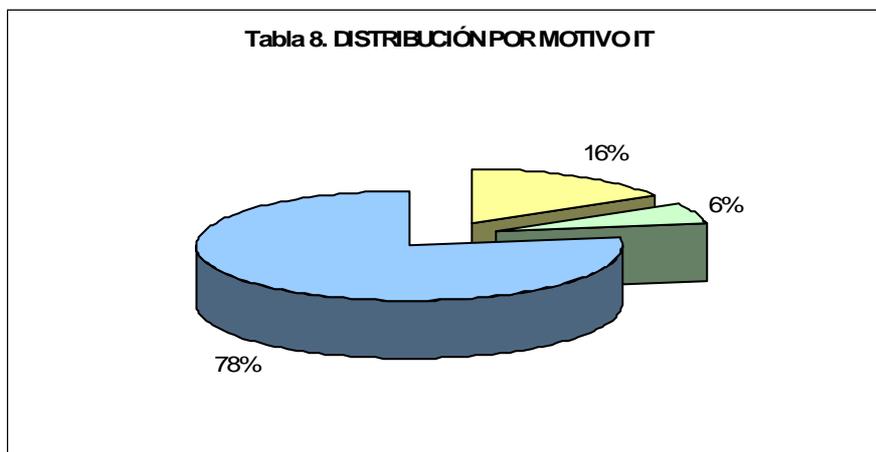
Pacientes no registrados: 31(16,49%)

Motivo de la baja no relacionado con Diabetes: 12(6,38%).

Motivo de la baja relacionado con Diabetes y sus complicaciones: 145(77,13%).

<b>Tabla 8. DISTRIBUCION POR MOTIVO IT</b>					
<b>MOTIVO IT</b>	<b>Nº CASOS</b>	<b>%</b>			
<b>NO REGISTRADO</b>	31	16,49%	<b>31</b>	<b>16,49%</b>	<b>NO REGISTRADO</b>
<b>ACV</b>	1	0,53%			
<b>ARTROPATIA</b>	1	0,53%			
<b>ASCITIS</b>	1	0,53%			
<b>CIATICA</b>	2	1,06%			
<b>POLIARTRALGIA</b>	2	1,06%			
<b>DEPRESION</b>	2	1,06%			
<b>DESHAB ALCOHOL</b>	1	0,53%			
<b>DOLOR HOMBRO</b>	1	0,53%			
<b>HERNIA INGUINAL</b>	1	0,53%	<b>12</b>	<b>6,38%</b>	<b>CASOS NO DIABETES</b>
<b>GESTACION</b>	1	0,53%			
<b>INEST</b>	29	15,43%			
<b>NEFROP</b>	5	2,66%			
<b>NEUROP</b>	23	12,23%			
<b>PIE(GRADO 1)</b>	1	0,53%			
<b>PIE(GRADO 2)</b>	5	2,66%			
<b>PIE(GRADO 3)</b>	2	1,06%			
<b>PIE(GRADO 5)</b>	6	3,19%			
<b>RECIEN</b>	36	19,15%			
<b>RETINOP</b>	23	12,23%			
<b>COMA H.</b>	1	0,53%			

<b>CV</b>	3	1,60%			<b>CASOS DE DIABETES</b>
<b>CETOACID</b>	10	5,32%	<b>145</b>	<b>77,13%</b>	
<b>TOTAL</b>	188	100%	188	100%	



- **Distribución casos por número de visitas (total y %).**

**Tabla 9.**

El mínimo de visitas realizadas ha sido 0: 44 casos (23,40%).

El máximo de visitas realizadas ha sido 20: 1 caso.

El 52,64 % de los casos tendría realizada entre 1 y 3 visitas.

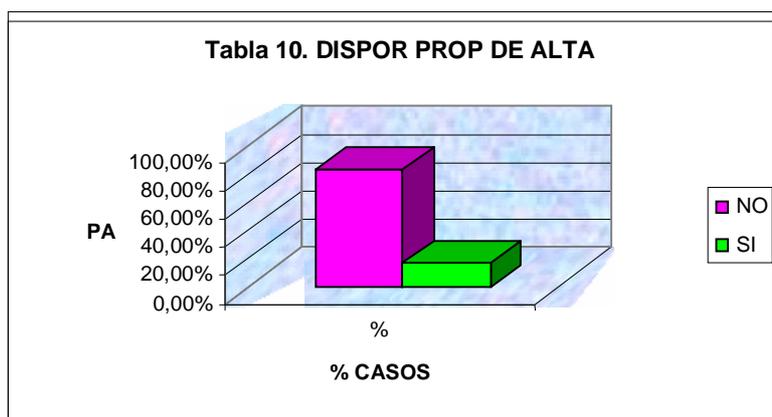
<b>Tabla 9. DIST. POR Nº VISITAS</b>		
<b>Nº VISITAS</b>	<b>TOTAL CASOS</b>	<b>%CASOS</b>
0	44	23,40%
1	51	27,13%
2	26	13,83%
3	22	11,70%
4	7	3,72%
5	5	2,66%
6	10	5,32%
7	10	5,32%
8	4	2,13%
9	1	0,53%
11	1	0,53%
12	2	1,06%
13	1	0,53%
14	1	0,53%
18	1	0,53%

19	1	0,53%
20	1	0,53%
<b>TOTAL</b>	188	100%

- **Distribución casos por realización/no propuesta de alta (total y %).**  
**Tabla 10.**

Sólo el 16,49% de los casos que corresponde a 31 pacientes se le ha realizado propuesta de alta.

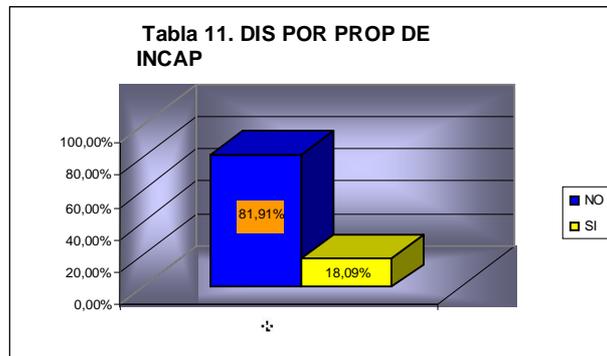
<b>Tabla 10.DIST POR PROP-ALTA</b>		
PA	Nº CASOS	%
<b>NO</b>	157	83,51%
<b>SI</b>	31	16,49%
<b>TOTAL</b>	188	100%



- **Distribución de casos por realización/no propuesta de incapacidad (total y %).**  
**Tabla 11.**

A solo el 18,09% de los casos, que corresponde a 34 pacientes, se le ha realizado propuesta de incapacidad permanente.

<b>Tabla 11. DIST POR PROP. INCAP</b>		
IP	Nº CASOS	%
<b>NO</b>	154	81,91%
<b>SI</b>	34	18,09%
<b>TOTAL</b>	188	100%



- **Distribución casos por duración de IT adecuada/no (total y%).**  
**Tablas 12 y 12 bis.**

Cabe recordar, en este caso, que los no registrados (67), no son por déficit de registro sino los no susceptibles de valoración al no tener un motivo de IT de los que tenemos estándar de duración en la bibliografía. Así mismo debemos recordar

Que los casos “a 10/3” hacen referencia a aquellos que a fecha 10-03-05 aún no habían causado alta laboral. Del resto de los casos (108), que serían nuestros casos valorables, el 71,29% no ha tenido una duración adecuada de incapacidad temporal y sí la ha tenido el 28,70% de ellos.

<b>Tabla 12.DIST POR DURACION ADECUADA</b>		
DURACION	Nº CASOS	%
<b>NO REGISTRADO</b>	67	35,64%
<b>A 10/3</b>	13	6,91%
<b>NO</b>	77	40,96%
<b>SI</b>	31	16,49%
<b>TOTAL</b>	188	100%

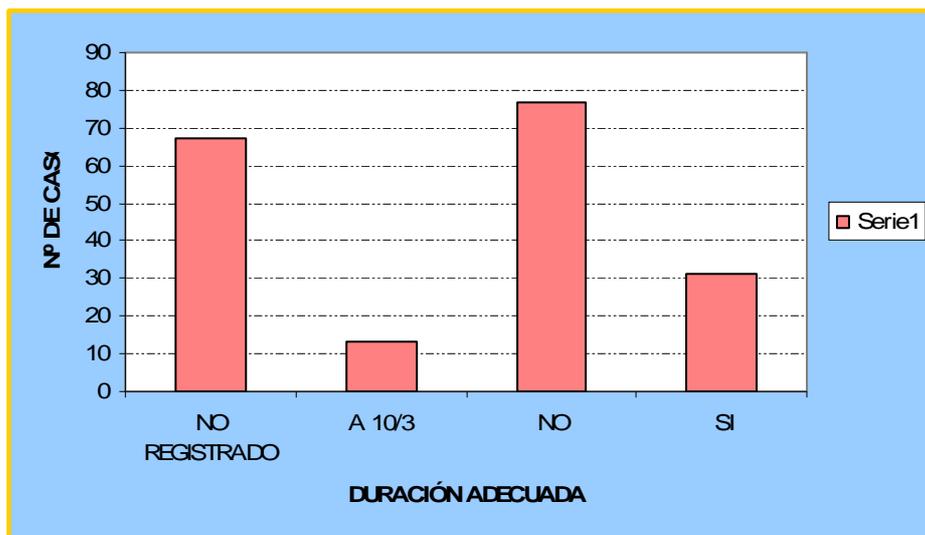
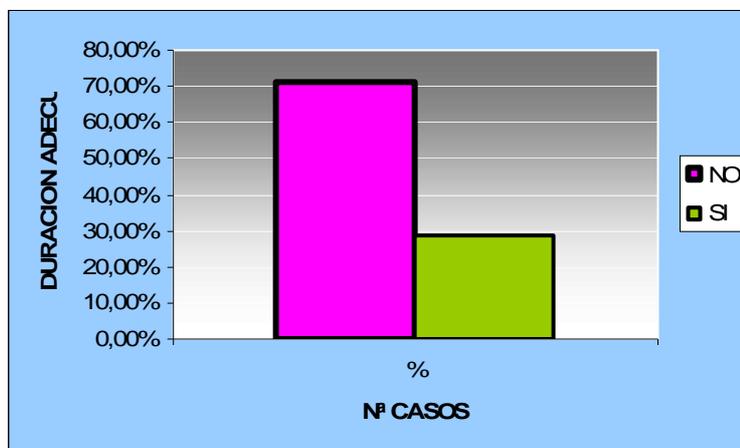


Tabla 12 BIS. CASOS VALORABLES POR DURACION ADECUADA		
DURACION ADECUADA	Nº CASOS	%
NO	77	71,29%
SI	31	28,70%
<b>TOTAL</b>	<b>108</b>	<b>100%</b>



### Distribución de Casos por registro adecuado/no (total y %).

#### Tablas 13

De nuevo el campo “no registrado” corresponde a aquellos casos en los que no se ha realizado primera visita (44) y por tanto no se puede valorar dicho dato, por basarse la adecuación en dicha actuación.

Del resto que tiene primera visita realizada (144) el 57,63% tiene registro adecuado.

Registro no adecuado: 42,36%.

Tabla 13 CASOS VALORABLES POR REGISTRO		
REGISTRO	Nº CASOS	%
NO	61	42,36
SI	83	57,63
TOTAL	144	100%



A continuación hemos procedido a relacionar nuestras variables entre sí, con la finalidad de ver la posible influencia de unas con otras para condicionar distintas duraciones medias, registro adecuado de casos o no y realización de actuaciones eficaces en el seguimiento de estos casos.

- **Numero de casos con trabajo no registrado respecto al número de casos con visita realizada.**

**Tabla 14.**

El 80% de los casos en los que la ocupación o profesión no está registrada, se les ha realizado visita en nuestros centros.

Tabla 14.RELACION NO REG.TR - NºDE VISITAS		
TR NO REG.	nº casos	%
CON VISITA	36	80
SIN VISITA	9	20
TOTAL	45	100%

- **Número de casos con motivo de IT no registrado respecto al número de casos con visita realizada. Tabla 15.**

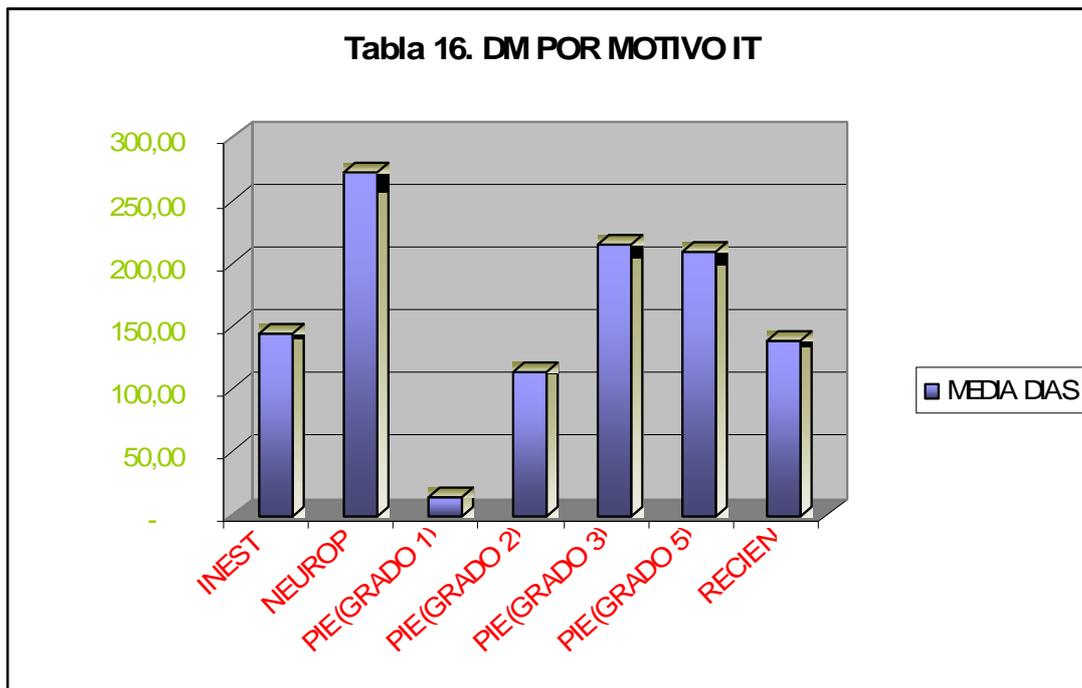
De los 31 casos que no tienen registrado el motivo real de incapacidad temporal a cuatro de ellos se les había realizado visita en el centro asistencial.

<b>Tabla 15. RELACION MOTIVO IT N.R.con/sin visita</b>		
		Total
CASOS MOTIVO IT N.R.		<b>31</b>
	Nº visitas=0	27
	nº visitas>0	4

- **Duración de los casos según motivo de IT. Tabla 16.**

Analizadas las duraciones medias de los casos con motivo de IT con estándar incluido en Manual de Gestión de la Incapacidad Temporal, se supera en la mayoría de los casos con creces, los criterios de duración mas amplios establecidos en dicho manual.

<b>Tabla 16.DM POR MOTIVO IT</b>	
MOTIVO IT	MEDIA DIAS
INEST	144,66
NEUROP	271,91
PIE(GRADO 1)	15,00
PIE(GRADO 2)	113,60
PIE(GRADO 3)	215,50
PIE(GRADO 5)	210,00
RECIEN	138,83



- **Duración media de los casos según riesgo**

**Tabla 17**

Los 87 casos con profesiones sin riesgo han tenido una duración media de 248,23 días.

Los 56 casos con profesiones de riesgo han tenido una duración media de 193,66 días.

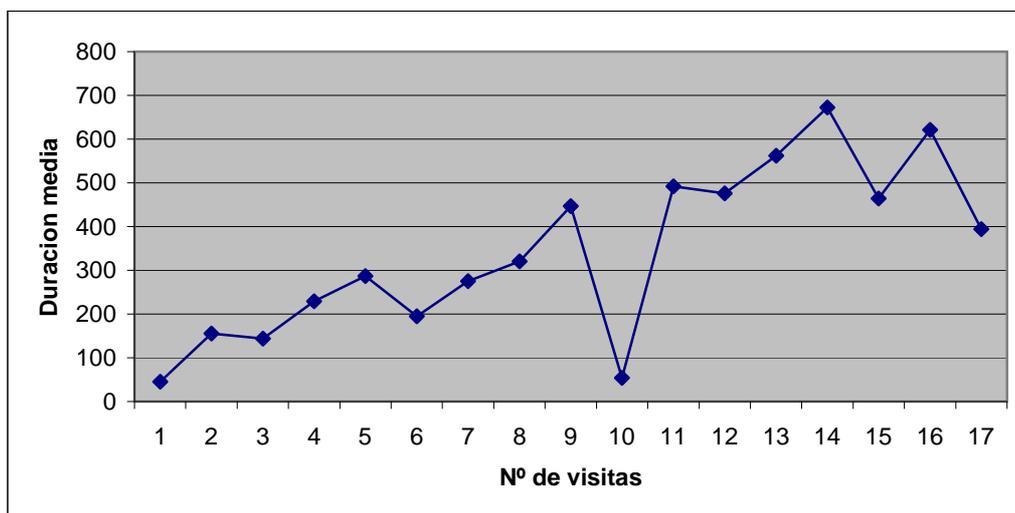
<b>Tabla 17.DM IT POR RIESGO</b>		
riesgo	casos	media
<b>No registrado</b>	45	64,22
<b>NO</b>	87	248,23
<b>SI</b>	56	193,66
<b>TOTAL</b>	188	178,93

- **Duración de casos por nº de visitas realizadas**

**Tabla 18**

Los casos sin visita tienen corta duración. A medida que va aumentando el número de visitas se observa tendencia a incrementarse la duración media de los casos, a excepción de un caso con 9 visitas que duró 54 días y que supone una alteración de nuestra tendencia.

<b>Tabla 18.DM POR N° VISITAS</b>			
N° VISITAS	N° CASOS	%CASOS	DM
0	44	23,40%	45,02
1	51	27,13%	155,5
2	26	13,83%	143,9
3	22	11,70%	229,5
4	7	3,72%	286,57
5	5	2,66%	195
6	10	5,32%	275,3
7	10	5,32%	320,2
8	4	2,13%	447
9	1	0,53%	54
11	1	0,53%	492
12	2	1,06%	476
13	1	0,53%	562
14	1	0,53%	672
18	1	0,53%	464
19	1	0,53%	621
20	1	0,53%	394
<b>TOTAL</b>	188	100%	178,93



- Duración de casos por realización de propuesta de alta  
Tabla 19

Las duraciones medias de los casos en los que se ha realizado propuesta de alta son mayores (264 días) que en los casos que no se ha realizado dicha actuación. (162 días).

<b>Tabla 19. DM POR PROP DE ALTA</b>			
PA	Nº CASOS	%	DM
<b>NO</b>	157	83,51%	162,1
<b>SI</b>	31	16,49%	264,16
<b>TOTAL</b>	188	100%	178,93

- **Duración de casos por realización de propuesta de incapacidad**  
**Tabla 20**

Las duraciones medias de los casos en los que se ha realizado propuesta de incapacidad son mayores (323 días) que en los casos que no se ha realizado dicha actuación (146 días).

<b>Tabla 20. DM POR PROP DE INCAP</b>			
PIP	Nº CASOS	%	DM
<b>NO</b>	154	81,91%	146,94
<b>SI</b>	34	18,09%	323,82
<b>TOTAL</b>	188	100%	178,93

- **Realización de propuestas en casos de larga duración**  
**Tabla 21**

De los 64 casos existentes de más de 180 días existentes, el 56,25% tiene realizada propuesta de alta y/o incapacidad permanente. El 43,75% restante no tiene realizada propuesta alguna.

<b>Tabla 21. PROP CASOS &gt;180 DIAS</b>		
	Nº	%
<b>CON PROP</b>	36	56,25%
<b>SIN PROP</b>	28	43,75%
<b>TOTAL</b>	64	100%

Se ha recogido este dato porque desde nuestra dirección se considera que los casos con esta duración de incapacidad temporal deben generar en un alto tanto por ciento propuesta de alta o de incapacidad..

- **Duración de casos por edad**  
**Tabla 22**

No existe una relación ascendente ni descendente en la duración a medida que aumenta la edad de los pacientes. La década de mayor duración de IT no es la más prevalente, pero sí la de mayor edad.

Tabla 22.DM POR EDAD		
EDAD	Nº CASOS	DM IT
<19	1	51
20-29	16	107,75
30-39	32	96,28
40-49	39	190,49
50-59	63	139,6
60-69	35	208,54
70-79	1	150
<b>NO REG</b>	1	512
<b>TOTAL</b>	188	178,93

- **Concordancia entre Motivo de IT y diagnóstico de la historia clínica**  
**Tabla 23**

Se han establecido 5 grupos:

- \* No registrado motivo de IT 31 (16,49%)
- \* Motivo IT no relacionado con DM 12 (6,38%)
- \* Motivo de IT sin traducción directa en CIE-9 (Reciente diagnóstico o diabetes gestacional: 37 casos (19,68%)
- \* No concordancia 79 (42,02%)
- \* Sí concordancia 29 (15,43%)

En realidad serían valorables en este caso los 108 casos que no pertenecen a ninguno de los 3 grupos primeros. De estos 108 casos, en el 73,14% no existe concordancia entre el motivo de IT relacionado con patología diabética y el diagnóstico de patología diabética registrado en historia clínica. En el resto (25,85%) sí existiría tal concordancia.

<b>Tabla 23. CONC DX Hª - MOTIVO IT</b>		
	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>EN BLANCO</b>	31	16,49%
<b>No relación DM</b>	12	6,38%
<b>No figura CIE 9</b>	37	19,68%
<b>No concordancia</b>	79	42,02%
<b>Concordancia</b>	29	15,43%
<b>Total</b>	188	100%

- **Relación registro adecuado con centro asistencial**  
**Tabla 24**

En Eloy Gonzalo de los 12 casos atendidos 4 están bien registrados.  
 De Barcelona de los 10 casos 5 están bien registrados.  
 De Tenerife de los 11 casos 6 están bien registrados.  
 De Lérida de los 8 casos 5 están bien registrados.  
 De Valencia de los 11 casos 1 está bien registrado.

<b>TABLA 24.REGISTRO SÍ Y C.A</b>	
CENTRO	Nº REG. SÍ
TENERIFE	6
LERIDA	5
BARCELONA	5
SEVILLA	4
ELOY GONZ	4
MARTORELL	4
VIC	3
PAMPLONA	3
ELCHE	2
VILL. SERENA	2
HUESCA	2
ALICANTE	2
TARRAGONA	2
CARTAGENA	2
VALDEMORO	2
BADALONA	2
VALLADOLID	2
SANT BOI LL	2
GRANOLLERS	1
HOSP LLOB	1
HUELVA	1
GERONA	1
CORUÑA	1
CERDANYOLA	1
CACERES	1
BRUT	1
ALMERIA	1
CIUDAD LINEAL	1
PINTO	1
VIGO	1
VALENCIA	1

\*El tratamiento es un criterio que no hemos analizado ni relacionado con otras variables por no responder su estudio a ninguno de nuestros objetivos.

## DISCUSION

1. Uno de los objetivos de este estudio era conocer la desviación en días de nuestros casos respecto a las duraciones estándar establecidas en el manual de gestión de la incapacidad temporal del INSALUD. Según los datos obtenidos, las diferencias detectadas en duraciones de nuestros casos respecto a los estándares establecidos son bastante considerables.

- ◆**Inestable:** Duración media de **99,66** días más.
- ◆**Neuropatía:** Duración media de **243,91** días más.
- ◆**Pie grado 1:** Duración media de **7** días más.
- ◆**Pie grado 2:** Duración media de **99.6** días más.
- ◆**Pie grado 3,4,5** no lo hemos calculado teniendo en cuenta que depende de las secuelas.
- ◆**Reciente** diagnóstico: Duración media de **117,83** días más.

En definitiva, solo el **16,49%** de los casos nuestros coinciden en duración media con las duraciones de la guía.

2. En segundo lugar, respecto al registro de información clínico laboral se detectan los siguientes hallazgos:
  - El % de déficit de registro es bastante elevado. Recordemos que de los 144 casos valorables, sólo el 57,63% tiene registro adecuado en la primera visita.
  - Dicha visita es de suma importancia en nuestro seguimiento para plantear las siguientes actuaciones encaminadas a adecuar la duración de incapacidad temporal de los casos. Las deficiencias detectadas en el registro de información clínico laboral fueron las siguientes.

De los 108 casos en los que se puede analizar la concordancia entre el diagnóstico registrado en la historia y el motivo real de la

incapacidad temporal no existe esta concordancia diagnóstica en el 73,14% de dichos casos.

Esto se produce fundamentalmente por dos motivos.

La introducción del diagnóstico inicial (si es que consta en el parte de baja), la realiza el administrativo, que como es lógico suele poner un diagnóstico inespecífico.

Por otro lado el médico, al llegar a un diagnóstico más específico, tras su valoración no modifica en muchos casos el que ya está registrado.

Si a esto le unimos que en otros 31 casos no llegamos a saber cual es el motivo real de la incapacidad temporal por falta de actuaciones o de registro adecuado de estas, y en otros 12 el motivo de baja no tiene nada que ver con la patología diabética, podemos llegar a la conclusión de que mantenemos en situación de incapacidad temporal muchos casos de diabetes en los que no podemos clarificar nuestras actuaciones por no tener claro el motivo de su baja.

3. En tercer lugar , analizando el grado de intervencionismo de nuestros sanitarios sobre esta patología de acuerdo a la legislación vigente (centrándonos en visitas realizadas, propuestas de alta y de incapacidad permanente), podemos concluir:

#### Visitas médicas:

- De los 188 casos analizados no se ha realizado visita médica a 44 de ellos. Estos casos sin visita tienen corta duración. A medida que va aumentando el número de visitas se observa tendencia a incrementarse la duración media de los casos en líneas generales. Evidentemente caben pensar que la ausencia de realización de visita puede estar motivada por esta corta duración que impide que nos de tiempo a actuar, y que a medida que se va alargando el proceso, se cita periódicamente al paciente con la finalidad de tratar de recabar información que permita actuar de un modo u otro para seguimiento de la incapacidad temporal.

#### Propuestas de alta:

- El 83,51% de nuestros pacientes no tiene realizada actuación, lo que resulta “inquietante” teniendo en cuenta que las duraciones de los casos, en general, superan en muchos días a las establecidas como referencia. Las duraciones medias de los casos en los que se ha realizado propuesta de alta son mayores (264 días) que en los casos que no se ha realizado dicha actuación (162 días) lo que nos hace plantearnos si resultan eficaces nuestras propuestas de alta o quizás que las realizamos cuando ya ha transcurrido mucho tiempo del inicio de la baja.

#### Propuestas de incapacidad:

- En el caso de las propuestas de incapacidad permanente el 81,90% de los pacientes no tiene realizada esta actuación
- Las duraciones medias de los casos en los que se ha realizado propuesta de incapacidad son mayores (323 días) que en los casos que no se ha realizado dicha actuación (146 días).

Aunque cabe hacerse las mismas preguntas que para las propuestas de alta, en este caso cabe pensar que el motivo de la mayor duración sea que esta actuación se realiza precisamente en casos de evolución prolongada en los que han fracasado otro tipo de opciones.

A pesar de los criterios establecidos como válidos para solicitar una incapacidad permanente, el día a día nos demuestra que los servicios públicos de salud, representados por las Unidades de Incapacidad Temporal de las Inspecciones médicas, no aceptan como susceptibles de incapacidad permanente casos de corta/media duración a pesar de que su situación se pueda considerar como definitiva/estabilizada, y tienen tendencia a alargar la situación de incapacidad temporal en espera muchas veces de ..” no se sabe qué”.

#### 4. Las principales medidas correctoras de las deficiencias detectadas:

- Toda historia clínica debe tener cumplimentados el mayor número posible de campos, fundamentalmente aquellos que puedan resultar útiles para el seguimiento y planteamiento de actuaciones futuras de control.
- El seguimiento de los pacientes con patología diabética en situación de incapacidad temporal por contingencias comunes es tarea difícil para los profesionales que desarrollan esta actividad, dado que es en la mayoría de los casos un mero control, sin apenas intervención de tipo clínico (diagnóstico, tratamiento...) y nos tenemos que guiar para actuar por la información aportada por el paciente procedente del Servicio Público de Salud. No obstante esta realidad no debe desanimarnos. Debemos visitar a los pacientes, hacerlo lo antes posible para evitar que los pacientes “se acomoden” en la situación de baja, y ejercer las actuaciones que esten a nuestro alcance, evitando en lo posible que nos condicione la falta de colaboración de los implicados en el seguimiento de los procesos de incapacidad temporal (paciente, médico de cabecera, especialistas, inspección médica etc.).
- Las guías de gestión de la Incapacidad Temporal editadas por el Insalud consideran unos tiempos estándares de duración que en

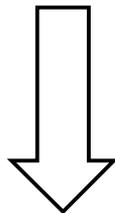
nuestro caso están lejos de poder cumplirse. La mayoría de estos tiempos son inferiores incluso a la fecha a partir de la cual nosotros podemos actuar (15 días desde la baja).

- Estas guías, teóricamente siguen siendo referencia hoy por hoy para los Servicios Públicos de Salud; sin embargo no constituyen un elemento de referencia cuando se realizan propuestas de alta basadas en los criterios que allí quedan descritos.
- Quizás se tendría que hacer un replanteamiento de dicho manual que se ajuste más a la realidad cotidiana y de esta manera constituya un verdadero elemento de referencia para todos los implicados en el control de incapacidad temporal por contingencias comunes.

Por último, las implicaciones en el coste económico debidas al exceso de duración de los casos:

- Si contabilizamos el exceso de duración de días nos salen **13.243,81**.
- Si cada día de baja supone para ASEPEYO un total de **30** euros diarios aproximadamente podemos concluir que el exceso de días supone un gasto de **397.314 euros**.

#### A MODO DE RESUMEN:



- ∞ La edad más prevalente de diabetes es la **quinta década**.
- ∞ Es más frecuente en la población **masculina**.
- ∞ El **60,84%** de los pacientes tienen una **ocupación de riesgo**.
- ∞ Existen casos **sin visita** con una duración de la baja de **15** días
- ∞ El **52,62%** de los pacientes se les han realizado entre **1 y 3** visitas.
- ∞ El **16,49%** tienen **propuesta de alta** y el **18,9%** de **incapacidad permanente**.  
Con **primera visita** realizada el **57,63%**.

## CONCLUSIONES

\*Una vez evaluados los resultados, se puede concluir que la atención a pacientes Diabéticos que se encuentran en situación de incapacidad temporal por contingencias comunes ofrece oportunidades de mejora en nuestra mutua.

\*Se debe insistir en la realización de visitas periódicas a nuestros pacientes así como propuestas de alta y de incapacidad en aquellos casos que lo requieran, perfeccionar nuestro sistema de registro cumplimentando todos los datos de la historia clínica de Chaman. Fundamentalmente todos aquellos datos que nos aporten luz para plantearnos posibles actuaciones encaminadas a adecuar las duraciones de la incapacidad temporal.

\*Por otro lado debemos ser más realistas, para lo que sería necesario un replanteamiento de los manuales, para que fuesen verdaderos elementos de referencia para todos los que manejamos incapacidad temporal por contingencias comunes.

\* Todos tenemos que tener presente el gasto innecesario que puede suponer un inadecuado control de los procesos de Incapacidad Temporal.

## BIBLIOGRAFIA

Por orden de cita:

- (1) Birules. M, Fernández.I “editors”. Recomendaciones SEMFYC. Grupo de Diabetes de la SEMFYC. Criterios de cribado y diagnóstico de Diabetes Mellitus. Marzo 2001. [www.semfyc.es](http://www.semfyc.es). (23/01/2005).
- (2) López M. Curso Atención Primaria 97/98. Factores de riesgo en Salud Pública. Atención primaria. 1997;2: 256-257.
- (3) Mediavilla JJ. Plan de formación y entrenamiento médico SEMERGEN. Área de Endocrinología. 2002; 2: 4-5.
- (4) Guía para el tratamiento de diabetes Mellitus tipo 2 en atención primaria, Pág. 1. Edición grupo estudio de diabetes en atención primaria de salud. Enero 2000.
- (5) The Diabetes control and complications trial research group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complication an in insulin-dependent diabetes mellitus. New England Journal Med. 1993;329:977-986.
- (6) Del Cañizo FJ, Hawkins F. Diabetes para educadores del Hospital 12 de Octubre. 2001;1: 308-309.
- (7) J Pradel Cebrian. Asistencia del paciente diabético en una Zona Básica de Salud. Detección de problemas y propuestas de mejora. Salud rural. 2003; VolXX. N° 5:45.
- (8) Leese B. La diabetes mellitus y la declaración de Saint Vicent. Implicaciones económicas. Educ. Diab Prof. 1995; 3: 19-39.
- (9) Organización mundial de la salud. Directrices para el desarrollo de un programa nacional para Diabetes Mellitus. Ginebra: Organización Mundial de la salud, División de enfermedades no transmisibles y Tecnología de la salud; 1991. Report n° OMS/DBO/DM91-1.
- (10) Cano Pérez J.F, Franch Nadal J et all. Diabetes Mellitas Tipo 2 (formación Médica Continuada en Atención Primaria). Protocolos FMC. 2003;3: 6-7.
- (11) Manual de Gestión de la Incapacidad Temporal. Insalud. 2001;3: 105-112.
- (12) Úbeda Asensio R. Centro Nacional de condiciones de trabajo. 5 paginas.

**Por orden alfabético:**

- 1. Birules. M, Férnadez.I “editors”. Recomendaciones SEMFYC. Grupo de Diabetes de la SEMFYC. Criterios de cribado y diagnostico de Diabetes Mellitus. Marzo 2001. [www.semfyc.es](http://www.semfyc.es). (23/01/2005).**
- 2. Cano Pérez J.F, Franch Nadal J et all. Diabetes Mellitas Tipo 2 (formación Médica Continuada en Atención Primaria). Protocolos FMC. 2003;3: 6-7.**
- 3. Del Cañizo FJ, Hawkins F. Diabetes para educadores del Hospital 12 de Octubre. 2001;1: 308-309.**
- 4. Guía para el tratamiento de diabetes Mellitus tipo 2 en atención primaria, Pág. 1. Edición grupo estudio de diabetes en atención primaria de salud. Enero 2000.**
- 5. J Pradel Cebrian. Asistencia del paciente diabético en una Zona Básica de Salud. Detección de problemas y propuestas de mejora. Salud rural. 2003; VolXX. N° 5:45.**
- 6. Leese B. La diabetes mellitus y la declaración de Saint Vicent. Implicaciones económicas. Educ. Diab Prof. 1995; 3: 19-39.**
- 7. López M. Curso Atención Primaria 97/98. Factores de riesgo en Salud Pública. Atención primaria. 1997;2: 256-257.**
- 8. Manual de Gestión de la Incapacidad Temporal. Insalud. 2001;3: 105-112.**
- 9. Mediavilla JJ. Plan de formación y entrenamiento médico SEMERGEN. Área de Endocrinología. 2002; 2: 4-5.**
- 10. Organización mundial de la salud. Directrices para el desarrollo de un programa nacional para Diabetes Mellitus. Ginebra: Organización Mundial de la salud, División de enfermedades no transmisibles y Tecnología de la salud; 1991. Report n° OMS/DBO/DM91-1.**
- 11. The Diabetes control and complications trial research group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complication an in insulin-dependent diabetes mellitus. New England Journal Med. 1993;329:977-986.**
- 12. Úbeda Asensio R. Centro Nacional de condiciones de trabajo. 5 paginas.**