

Incapacidad laboral de origen osteomuscular para clínicos: evolución en el tiempo y efectividad en relación con el diagnóstico de un programa de intervención específico

Abasolo L, Carmona L, Hernández-García C, Lajas C, Loza E, Blanco M, Candelas G, Fernández-Gutiérrez B, Jover J.A. *Arthritis Rheum.* 2007; 57(2):335-42.

Objetivo. Evaluar cómo un programa de intervención modifica el curso clínico de la incapacidad laboral por trastornos osteomusculares.

Métodos. Se asignó aleatoriamente a todos los pacientes con incapacidad laboral temporal relacionada con trastornos osteomusculares de tres distritos sanitarios de Madrid, España, a un grupo de tratamiento estándar (grupo control) o a un grupo de intervención. La intervención consistía en un programa específico, dirigido por reumatólogos y basado en un protocolo detallado. La inclusión en los grupos y el seguimiento de los pacientes se llevaron a cabo durante doce meses. Según su causa, cada episodio de incapacidad temporal se clasificó en once categorías. En cada una de ellas se calculó la eficacia como la diferencia en el número de días de incapacidad temporal en ambos grupos de estudio; la eficacia relativa, o número de días recuperados en el grupo de intervención; y el tiempo de máximo efecto del programa. Se llevaron a cabo los análisis en base a la intención de tratamiento. Se aplicaron técnicas de análisis de supervivencia y se expresaron los resultados en términos de *hazard ratio* (HR) en el grupo de intervención vs. el grupo control.

Resultados. Se incluyó un total de 13.077 pacientes que generaron 16.297 episodios de incapacidad laboral temporal. La causa más frecuente fue dolor de espalda. Los episodios de incapacidad resultaron significativamente más cortos en el grupo de intervención que en el grupo control en todas las categorías de patologías excepto en la de dolor de rodilla (excluyendo osteoartritis). La eficacia relativa del programa variaba entre 28-72%. El programa resultó muy eficaz en los casos de síndrome del túnel carpiano (HR 2,09; intervalo de confianza 95% 1,17-3,75), osteoartritis periférica (HR 1,58; intervalo de confianza 95% 1,14-2,19) y enfermedades inflamatorias (HR 1,52; intervalo de confianza 95% 1,09-2,12). El efecto máximo del programa siempre tuvo lugar en los dos primeros meses.

Conclusión. La implementación de este tipo de programas dirigidos por especialistas y basados en protocolos de intervención temprana sería muy beneficiosa para el tratamiento de los pacientes con incapacidad laboral temporal relacionada con trastornos osteomusculares, excepto en el caso de dolor de rodilla (excluyendo osteoartritis).

MUSCULOSKELETAL WORK DISABILITY FOR CLINICIANS: TIME COURSE AND EFFECTIVENESS OF A SPECIALIZED INTERVENTION PROGRAM BY DIAGNOSIS.

Objective. To evaluate how an intervention program modifies the clinical course of work disability in musculoskeletal diagnoses.

Methods. All patients with temporary work disability related to musculoskeletal disorders (MSDs) in 3 health districts of Madrid, Spain were randomized into standard care (control group) or the intervention group. Intervention consisted of a specific program, run by rheumatologists, following detailed proceedings. Inclusion and followup lasted 12 months each. According to the cause, every temporary work disability episode was classified into 11 syndrome categories. For each we calculated efficacy, as the difference between groups in the number of days on sick leave per temporary work disability episode; relative efficacy, or the percentage of days saved in the intervention group; and time of maximum program effect. Analyses were performed on an intent-to-treat basis. Survival techniques were run and results were expressed as the hazard ratio (HR) in the intervention versus control group.

Results. A total of 13,077 patients were included, generating 16,297 temporary work disability episodes. The most frequent cause was back pain. Temporary work disability episodes were significantly shorter in the intervention group than in the controls in all syndrome categories except knee pain (excluding osteoarthritis). Program relative efficacy varied from 28-72%. The program was highly efficacious in carpal tunnel syndrome (HR 2.09, 95% confidence interval [95% CI] 1.17-3.75), peripheral osteoarthritis (HR 1.58, 95% CI 1.14-2.19), and inflammatory diseases (HR 1.52, 95% CI 1.09-2.12). The maximum effect of the program always took place within the first 2 months.

Conclusion. The implementation of this type of specialist-run, protocol-based early intervention program would be very beneficial in the treatment of patients with work disability related to MSDs, except for those with knee pain (excluding osteoarthritis)

Entrevista con el Dr. Juan A. Jover^a

¿Cuál es la procedencia, especialización y áreas de trabajo de los autores del artículo? ¿Qué le parece más destacable entre las características de este grupo de trabajo?

Somos un grupo de reumatólogos del Hospital Clínico de San Carlos que hacemos investigación en distintas áreas. Lo más destacable es que aportamos tanto nuestra experiencia clínica como nuestra experiencia en investigación en servicios de salud a un tema tan relevante como la discapacidad para el trabajo.

¿Cómo se ha financiado este estudio?

Con tres proyectos del Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS).

¿Cómo ha sido el proceso de publicación?

¿Han sufrido alguna dificultad o contratiempo?

Normal, no ha habido mayores problemas.

¿Qué problema pretende abordar este estudio y dónde radica su interés o relevancia para la salud laboral?

Este estudio forma parte de una línea de investigación en discapacidad para el trabajo de origen musculoesquelético. En él se explica la experiencia clínica en relación con un programa específico de intervención que se llevó a cabo en Madrid a partir de 1998 en seis áreas sanitarias. El trabajo del programa de intervención (primera parte del estudio) fue publicado en 2005 (A health system program to reduce work disability related to musculoskeletal disorders. *Ann Int Med.* 2005;143:404-14) y demuestra que una intervención

temprana reduce la duración de las bajas hasta un 40% y el número del invalideces permanentes en un 50%. En este artículo (segunda parte del estudio) explicamos por qué funcionó dicho programa.

¿Qué aporta este estudio de novedoso o destacable, en relación con el resto de producción científica sobre el problema estudiado?

Es relevante porque demuestra que el sistema nacional de salud podría ayudar a mejorar la salud de los trabajadores que están de baja.

¿En qué le gustaría influir o contribuir mediante este estudio? ¿Qué le gustaría cambiar?

Que hubiese más interacción y una mejor conexión entre el área de la salud general y de la salud laboral.

¿Qué utilidad tiene este trabajo para la práctica profesional de médicos y enfermeros del trabajo?

Proporciona una noción para entender en qué problemas de origen musculoesquelético duran más o menos los episodios de baja y además qué causas responden mejor a intervenciones clínicas.

¿Cuál sería la recomendación para mejorar la práctica profesional en relación al problema estudiado?

Que la práctica de la medicina del trabajo colabore con la medicina asistencial, esto beneficiaría a los trabajadores, a los médicos y a la sociedad en su conjunto.

^a Dr. Juan A. Jover
Servicio de Reumatología
Hospital Clínico San Carlos
c/ Profesor Martín Lagos s/n
28040 Madrid
Correo-e: jjover.hcsc@salud.madrid.org

Sección coordinada por:
Cristina Bosch
cristina.bosch@upf.edu