

Investigación de la Discapacidad

El Centro para la Investigación de la Discapacidad (por sus siglas en inglés CDR) está comprometido con la reducción de la discapacidad ocupacional y a promover la seguridad y la reinserción sostenida al trabajo. Los científicos del CDR examinan la ausencia al trabajo, nuevas lesiones, y la retención del trabajo posterior a la lesión y la evaluación del impacto de las respuestas y adaptaciones de los empleadores, tratamientos clínicos, gestión de caso y otras intervenciones. Nuestros hallazgos ayudan a los médicos, a los gerentes de casos, y a los empleadores a comprender mejor el proceso de discapacidad, a mejorar los resultados de la reinserción al trabajo y, finalmente, a aumentar la calidad de vida de los trabajadores.

Este año, los científicos del CDR tuvieron grandes avances en un número de proyectos: una encuesta para identificar las prioridades de investigación del cuidado primario en el dolor de la espalda baja (DSB), un proyecto conjunto con la Escuela de Salud Pública de Harvard y la Universidad Örebro de Suecia para explorar las creencias de los pacientes con DSB sobre la recuperación del dolor y la reinserción al trabajo, un estudio de los efectos de su índice de la masa corporal en la recuperación del DSB, y una exploración de cómo los tratamientos médicos comunes posterior a la cirugía impactan en los resultados de la discapacidad.

Además, el CDR fue coorganizador del Grupo de Investigación de Compensación Laboral. El evento ofrece un foro para los investigadores de la discapacidad para atender una amplia gama de temas, incluyendo la ocurrencia de lesiones ocupacionales, intervenciones de seguridad y salud, los factores de la discapacidad, y los resultados médicos y la reinserción al trabajo.

discapacidad:

sustantivo femenino

minusvalía imposibilidad para realizar ciertas actividades por impedimentos físicos o psíquicos

Prioridades de la Investigación sobre la Atención Primaria del Dolor de la Espalda Bajo (DEB)



El dolor de la espalda baja (DEB), y la discapacidad laboral asociada con este, sigue siendo un problema costoso para la sociedad a pesar de las décadas de investigación sobre sus causas y tratamientos. Generalmente, los pacientes con DEB persistente o molestia primero consultan a un médico de atención primaria. En la mayoría de los casos, los pacientes son dirigidos hacia soluciones efectivas, pero muy frecuentemente, los proveedores carecen de evidencia clara sobre cómo identificar mejor los problemas tempranos, cuál es el tratamiento más efectivo, y cuál es la mejor manera de involucrar a los pacientes en el proceso de recuperación. Por consiguiente, algunos pacientes empiezan un camino de tratamientos ineficaces que conduce a una prolongada discapacidad. Como parte de un esfuerzo más grande de múltiples organizaciones para avanzar en el impacto de la investigación relacionado con el DEB sobre estos temas, se realizó una encuesta entre los principales investigadores del DEB para identificar las prioridades para futuras investigaciones. La información de estas encuestas construidas en las prioridades de la investigación identificada por un grupo similar en 1997, ayuda a los investigadores a desarrollar una agenda actualizada para la investigación del cuidado primario en el DEB.

Se realizaron dos encuestas basadas en la internet a un grupo seleccionado de participantes que representaba los campos de la atención primaria, la salud ocupacional, la terapia física, la medicina de rehabilitación, la psicología, la quiropráctica y la epidemiología. En la primera encuesta, se pidió a los participantes calificar la importancia de los temas de investigación que habían sido identificados en 1997 como las principales prioridades de la investigación así como el progreso en cada una de estas áreas.

Las preguntas abiertas impulsaron a los encuestados hacer una lista de los cinco temas de investigación más importantes en la atención primaria del DEB. La segunda encuesta recolecto las clasificaciones sobre la importancia de las prioridades de investigación identificadas en la primera ronda.

Las respuestas de 179 participantes indicaron sus calificaciones de las principales prioridades de la investigación relacionada con la atención primaria: Identificación de subgrupos de gente con DEB que podría beneficiarse de tratamientos específicos, encontrando mejores factores predictivos de la cronicidad y la discapacidad, mejorar las estrategias del auto cuidado y estimular la auto-gestión más efectiva del DEB. Las principales prioridades fueron similares a aquellas de 1997, aunque las investigación sobre las creencias y expectativas y mejora de la calidad de la investigación del DEB fue calificada más alta en importancia y la investigación sobre las directrices e intervenciones psicosociales fue calificada como la más baja en la encuesta actual. Organizar de manera más efectiva la atención primaria para el DEB, implementar las mejores prácticas, y una mejor definición de la investigación a practicar fue calificada más alta que en 1997. Comparado con 1997, los investigadores están más enfocados en mejores métodos para identificar a las personas en riesgo y ampliar las intervenciones para revertir la epidemia percibida del DEB y la discapacidad asociada.

Los encuestados creen que ha habido progreso considerable en estas áreas calificadas como las más altas, pero observaron menos progreso en la comprensión de cómo los solicitantes de atención difieren de aquellos que se auto gestionan. La factibilidad de la investigación en la mayoría de los renglones de prioridad estuvo calificada relativamente alta. La implementación de tratamientos basadas en subgrupos, la reversión de la discapacidad del DEB y el costo de la epidemia, y el cambio de la práctica de la atención primaria se cree que son las áreas de investigación de mayor desafío. Estos hallazgos serán utilizados para darle forma a las prioridades de la investigación futura y para dar sugerencias que sean las más prometedoras para una mayor investigación.

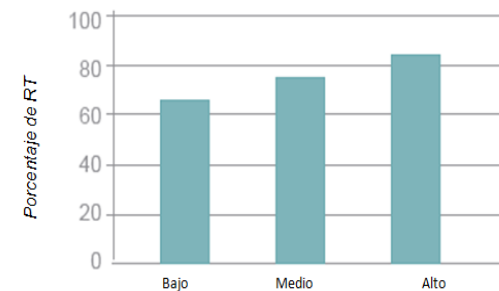
Medición de la Auto Eficacia del Regreso al Trabajo

De acuerdo a la literatura científica, las creencias personales sobre el dolor, sus implicaciones funcionales, su impacto percibido en la habilidad para trabajar son factores individuales importantes que influyen en la recuperación y regreso al trabajo (RT) de un paciente después de la aparición de trastornos musculoesqueléticos.

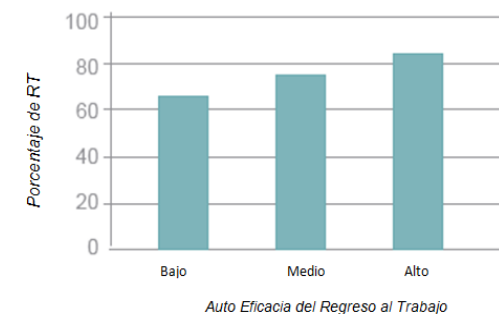
Entre estas creencias personales, la confianza de las personas en la habilidad para superar problemas,—su auto eficacia—es un factor importante en el control y adaptación al dolor. Estudios han encontrado que esto es predictivo de la recuperación funcional y de los resultados del tratamiento, incluso después de controlar la severidad del dolor y los hallazgos clínicos objetivos. Como tal, la auto eficacia puede ser un paradigma útil para comprender los aspectos motivacionales y la auto gestión del RT. Sin embargo, existe muy pocas herramientas validadas para evaluar las diferencias personales en la recuperación y solución de problemas implicadas que pudieran afectar el RT después de la lesión.

Para comenzar a atender esta necesidad, los investigadores del CDR trabajaron conjuntamente con sus colaboradores de la Escuela de Salud Pública de Harvard y de la Universidad Örebro en Suecia para desarrollar una nueva medición auto reportada para evaluar la auto eficacia de los trabajadores después de la aparición del dolor. Basado en un estudio cualitativo publicado previamente de individuos que se preparan para el regreso al trabajo después de un episodio de dolor, los investigadores desarrollaron una escala de auto eficacia para el regreso al trabajo de 28 renglones (por sus siglas en inglés RTWSE-28).

Regreso al Trabajo a los Siete Días por RTWSE en la Primera Visita



Regreso al Trabajo a Tres Meses por RTWSE en la Segunda Visita



La auto eficacia del trabajador está asociada con la mejora del regreso al trabajo de siete días a tres meses después de una lesión de la espalda.

Ellos hicieron pruebas de la escala RTWSE-28 al administrarla a 399 pacientes voluntarios en su primera y segunda visitas para el dolor de la espalda baja asociado al trabajo. Después de ejecutar un análisis de los principales componentes de los datos, fueron capaces de identificar tres dominios principales: confianza en el cumplimiento de las demandas de trabajo; confianza en la habilidad para hacer u obtener cualquier modificación necesaria en el trabajo; y confianza en la habilidad para comunicar las necesidades de manera más efectiva a otros. Basados en estos hallazgos, los investigadores redujeron la escala del RTWSE a 19 renglones. Los resultados de las limitaciones del trabajo y la duración de la ausencia de la dolencia fueron evaluadas en la segunda visita médica y nuevamente por un cuestionario adicional aplicado tres meses después de la visita inicial. Las respuestas a la escala RTWSE-19 fueron clasificadas en grupos de auto eficacia en el RT como baja, media o alta.

El análisis de los datos resultantes mostraron que la auto eficacia en el RT estaba significativamente asociada con los resultados del RT. Las relaciones más significativas ser observaron entre la auto eficacia del RT evaluado en la primera visita de atención médica y los resultados del RT a una semana (parte superior de la gráfica), y entre la auto eficacia del RT evaluada en la segunda visita y los resultados del RT a tres meses (parte de debajo de la gráfica). Los resultados del RTWSE en la primera visita fueron menos predictivos del estatus del RT a los tres meses. De allí que, las creencias sobre la habilidad para superar las barreras para el regresar al trabajo pudieran tener un valor de pronóstico de largo plazo cuando se evalúan después de la primera semana del dolor lumbar. Mientras que la calificación media del RTWSE-19 mejoró solamente entre las visita uno y dos, la correlación moderada de la prueba-reprueba ofrece una mayor evidencia de que las creencia de la auto eficacia se siguen desarrollando en la primera semana.

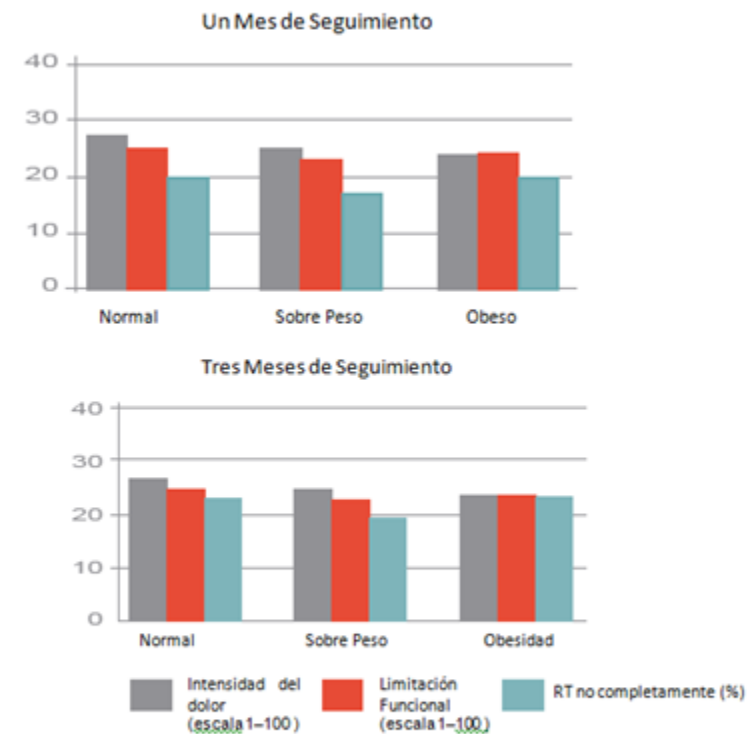
La consistencia interna del cuestionario de 19 renglones indica que es suficientemente confiable para ser utilizado en investigaciones futuras, y en la medición ya está siendo traducida en múltiples idiomas y aplicada en otros estudios de investigación en el Instituto de Investigación y en cualquier otra parte. Esta nueva medición puede ayudar a los investigadores a comprender mejor cómo las intervenciones clínicas y el lugar de trabajo influye en la confianza del trabajador lesionado para regresar al trabajo.

Efectos del Índice de la Masa Corporal en la Recuperación del Dolor de la Espalda Baja y en el Regreso al Trabajo

Aunque cierta investigación ha sugerido que la obesidad puede ser un factor de riesgo en el desarrollo del dolor de la espalda baja (DEB), no hay consenso suficiente sobre los Efectos de un alto índice de la masa corporal (IMC) en la recuperación del dolor o después de la restauración de la funcionalidad después de la aparición del DEB. La mayoría de los estudios previos de la obesidad y la recuperación del DEB han tenido limitaciones: ellos agruparon el dolor de espalda baja agudo y crónico; ellos no observaron pacientes desde el momento de la aparición del dolor; y ninguno incluyó los casos de compensación laboral por DEB. Como la atención y los resultados en los trabajadores lesionados frecuentemente difiere sustancialmente de condiciones similares en la población general, la investigación específica a los trabajadores lesionados se necesita para identificar si la obesidad es importante en este grupo único. Como parte de nuestra investigación en la predicción temprana del riesgo de DEB, llevamos a cabo un estudio para examinar las relaciones entre el IMC y la recuperación de un episodio de DEB agudo relacionado con el trabajo entre los adultos mayores trabajadores. Con colaboradores de la Escuela de Salud Pública de Harvard, observamos el impacto del IMC en la reducción del dolor, regreso a las funciones diarias y el regreso al trabajo.

Los investigadores reclutaron 607 pacientes (197 mujeres, 410 hombres) que buscaban tratamiento por dolor agudo de la espalda baja en uno de las ocho clínicas de medicina ocupacional. En la primer visita clínica, los participantes completaron un cuestionario de auto evaluación que recolectó datos sobre los factores de riesgo de discapacidad demográficos y psicológicos y del lugar del trabajo, así como información de salud de básica (ejemplo, altura y peso, historia del dolor de espalda y

Dolor, Función y Regreso al Trabajo por Peso Corporal



Los hallazgos indicaron que los resultados del dolor, la limitación funcional y el regreso al trabajo completamente no mostraron una variación significativa por variación del IMC, con o sin el control de los factores de confusión.

discapacidad, frecuencia del ejercicio moderado, calificación de la salud general y presencia de quejas por estado de ánimo y estrés). Los participantes completaron un cuestionario de seguimiento a un mes y tres meses después de la fecha de reporte de la lesión así que los investigadores pudieron recolectar mayor información sobre los cambios en la intensidad del dolor, la limitación funcional, estatus del trabajo (por ejemplo, modificaciones temporales o restricciones físicas, duración acumulada de días de enfermedad o días con modificaciones de trabajo), y uso de terapias clínicas o caseras durante el período de seguimiento (por ejemplo, terapia física, medicamentos, ejercicios en casa, descanso en cama, colocación de hielo o fomentadora, y masajes).

Para el análisis de los datos, los investigadores categorizaron a los participantes basados en las definiciones de la Organización Mundial de Salud en una de las tres categorías: peso normal ($18 \leq \text{IMC} \leq 25$), sobre peso ($25 < \text{IMC} \leq 30$), u obeso ($\text{IMC} > 30$). Ellos estimaron los efectos del IMC en la recuperación del DEB comparando los grupos de peso en las mediciones de seguimiento y calcularon los efectos principales con y sin controlar los posibles factores de confusión (por ejemplo, edad, ingreso). La intensidad del dolor inicial, edad y el IMC fueron modelados como variables continuas en las pruebas de posibles interacciones.

Los hallazgos indicaron que los resultados del dolor, la limitación funcional y el regreso al trabajo no mostraron variación significativa por el IMC, con o sin control de los factores de confusión potenciales (ver gráficas). Aun cuando un IMC alto pudiera ser un factor de riesgo para las lesiones del DEB más severas o casos más crónicos, en este estudio, la obesidad no pareció ser un factor de pronóstico útil durante las estas aguda y sub-aguda del DEB relacionado con el trabajo tratado en escenarios clínicos de atención primaria.

Prescripción de Opiodes y la Discapacidad por Dolor Agudo de la Espalda Baja

Varios estudios recientes han demostrado que los pacientes con dolor de espalda baja (DEB) que toman opiodes con prescripción pueden experimentar resultados que empeoran la salud, incluyendo el mal uso, abuso, sobre dosis de los opiodes y la muerte accidental en comparación con aquellos que no lo consumen. El riesgo se presenta especialmente entre los pacientes con DEB que reciben dosis y opiodes más fuertes. Más aún, un estudio previo del Centro para la Investigación de la Discapacidad indicó que la prescripción de opiodes para el DEB agudo frecuentemente es prolongada innecesariamente. Las directrices actuales para la prescripción médica sugieren una “prueba” de opiodes en pacientes con DEB seleccionados adecuadamente, con la reevaluación posterior de los paciente que no responden adecuadamente al tratamiento. Sin embargo, las directrices no definen una dosis apropiada, frecuencia, o duración para dichas pruebas, ni especifican cuando y con qué frecuencia se debería hacer la reevaluación. Como resultado, los pacientes frecuentemente reciben prescripciones de opiodes que continua más allá de lo que pudiera ser considerado razonable para el período de prueba.

Para el estudio, los investigadores extrajeron recamos de compensación laboral por DEB agudo de tres años (un total de 31.679 reclamos) e hicieron seguimiento a los casos durante dos años. Para estos reclamos, buscaron identificar una muestra diversa geográficamente de los trabajadores con los reclamos con un nuevo episodio de DEB significativamente agudo funcionalmente. Su criterio de selección incluyó casos con DEB agudo discapacitante que resultaba en pérdida de tiempo en el trabajo por dolor, donde la pérdida de tiempo comenzaba a los 10 días de la aparición del dolor, y quienes no tenían reclamos por DEB agudo en los primeros tres años y sin tratamiento por condiciones recurrentes dentro de los 15 días siguientes a la presentación del reclamo. Ellos solamente retuvieron los casos con al menos tres prescripciones de opiodes durante el primer mes posterior a la aparición del dolor y cuando se pagaba la continuación de la discapacidad más allá del primer mes.



Basados en estos criterios, los investigadores identificaron un cohorte final de 1.422 trabajadores con reclamos, analizaron sus demografías y la información seleccionada sobre el servicio médico pagado y la prescripción recibida en el período siguiente de dos años.

Asumiendo que cada nueva prescripción de opiodes es el resultado de una evaluación clínica y de la funcionalidad, investigamos si los lapsos más cortos entre las renovaciones de las prescripciones (indicativo del seguimiento más frecuente del paciente) estaban asociados con un tiempo más corto de ausencia al trabajo. Los hallazgos ofrecerán evidencia que pudiera utilizarse para darle forma y mejorar las directrices de los tratamientos existentes.

Después de controlar los múltiples indicadores demográficos de la severidad, los investigadores encontraron que cada semana adicional entre las prescripciones de opiodes durante el primer mes estaba asociado con un período de discapacidad mayor al 14 por ciento. El mecanismo de este efecto es desconocido, pero pudiera estar relacionado con un monitoreo más cercano del dolor del paciente por el proveedor de atención médica y del estatus de las funcionalidades, lo cual permite medicaciones más efectivas y hacer ajustes a las dosis, así como atender las barreras que pudiera evitar que los trabajadores regresen al trabajo.

Aunque se pudiera garantizar mayor validación, estos Los hallazgos sugieren que un cursos corto y de tiempo limitado para cada prescripción (solamente suficiente medicación para al menos hasta la próxima visita semanal, cuando se hace una reevaluación de la efectividad de la terapia) pudiera ser una opción para una prescripción que resulte beneficiosa para acortar la subsecuente discapacidad

Los hallazgos sugieren que un cursos corto y de tiempo limitado para cada prescripción (solamente suficiente medicación para al menos hasta la próxima visita semanal, cuando se hace una reevaluación de la efectividad de la terapia) pudiera ser una opción para una prescripción que resulte beneficiosa para acortar la subsecuente discapacidad

Factores que Influyen en la Toma de Decisiones del Supervisor Sobre las Modificaciones del Trabajo

Existe suficiente evidencia de que el apoyo del supervisor puede jugar un papel clave en la prevención de la ausencia prolongada al trabajo de los trabajadores lesionados. Para comprender mejor este fenómeno, nuestros investigadores están trabajando con los investigadores de EEUU y Canadá para buscar las maneras en las que los supervisores desarrollen y apoyen las modificaciones del trabajo para los trabajadores con condiciones de dolor musculoesquelético. Su meta es identificar los factores que influyen en la toma de decisión del supervisor sobre las modificaciones del trabajo y utilizar ese conocimiento para mejorar los ajustes a la estación de trabajo, políticas, prácticas y entrenamiento. Los investigadores llevaron a cabo entrevistas confidenciales con los supervisores en ocho compañías participantes y revisaron los cuestionarios existentes en la literatura científica. De estos recursos, identificaron 12 factores que pueden influir en los esfuerzos del supervisor para hacer modificaciones al trabajo. Estos factores se expanden a cuatro dominios: creencias y prácticas del supervisor (por Ejemplo, estilo de liderazgo, autoridad en la toma de decisiones, creencias sobre el dolor y la discapacidad); características del trabajador (por ejemplo, tenencia del trabajo, actitudes relacionadas con la cooperación y el compromiso, atributos del trabajador); percepciones de las políticas y procedimientos de la organización (por Ejemplo, salud general y cultura de bienestar, demandas físicas del trabajo y prácticas de la gestión de la discapacidad); y recomendaciones y compromiso de los proveedores de atención a la salud (por ejemplo, claridad de las restricciones del trabajo, familiaridad con el lugar del trabajo, comunicación con el lugar de trabajo).

Los investigadores incorporaron estos factores en el diseño de una encuesta para supervisores basada en la Web de 15 minutos. La encuesta describe un caso genérico hipotético de un trabajador lesionado en el departamento del supervisor quien puede regresar al trabajo, pero puede realizar sus deberes de trabajo. Esta es seguida por preguntas sobre las preferencias de modificación del trabajo del supervisor, percepciones de las prácticas organizacionales estándar, estilo de liderazgo y creencias personales y actitudes sobre el dolor y la discapacidad.

Los investigadores han comenzado a administrar la encuesta y han planificado recolectar datos que representan aproximadamente a 500 supervisores de ocho compañías participantes. Los resultados preliminares sugieren que algunos supervisores creen que ciertas condiciones son siempre incompatibles con el regreso al trabajo, mientras que otros creen que los trabajadores con una lesión musculoesquelética deben estar totalmente liberados del dolor antes de regresar. Aun cuando ciertos tipos de modificaciones parecen haberse alcanzado por parte de los supervisores, otras (tal como cambios en el horario o localización del trabajo) representan un mayor reto.

Los resultados iniciales sugieren que varias áreas donde el entrenamiento del supervisor y revisión de las políticas corporativas sobre las modificaciones podrían conducir a resultados de RT mejorados.



La meta de los investigadores es identificar los factores que influyen en la toma de decisiones sobre la modificación del trabajo del supervisor y utilizar ese conocimiento para mejorar los acuerdos de trabajo, políticas y prácticas, y entrenamiento en el lugar de trabajo.

Duración de la Fisioterapia y la Discapacidad Luego de una Meniscectomía por Lesiones de las Rodillas Relacionadas con el Trabajo

Todos los años, decenas de miles de trabajadores en EEUU sufren de lesiones de rodilla relacionadas con el trabajo lo suficientemente graves como para requerir tiempo libre del trabajo. Una causa común del dolor de rodilla relacionado con el trabajo es el desgarramiento de los meniscos (también conocido como cartílago desgarrado), lo cual puede ocurrir como resultado de torsión, resbalones y caídas, cambios degenerativos, o trabajos que requieren estar de cuclillas o de rodillas. Estas lesiones a menudo requieren cirugía de menisco, a la cual generalmente le sigue un programa de fisioterapia. Sin embargo, hay poca evidencia que apoye los beneficios de la fisioterapia posterior a la cirugía como una manera para mejorar la fuerza, función y el regreso al trabajo. Para hacer frente a este problema, llevamos a cabo un estudio prospectivo para examinar la relación entre la cantidad y el tipo de fisioterapia recibida después de la intervención y los días subsiguientes de incapacidad laboral entre los pacientes con una meniscectomía.

Para el estudio, los investigadores identificaron 4.541 reclamos de compensación laboral con una nueva aparición de lesiones de rodilla por consecuencia del trabajo que implicaba una cirugía de meniscos a los seis meses posteriores a la lesión. Los investigadores primero dividieron los reclamos en nueve grupos basados en la cantidad y tipo de servicios de fisioterapia suministrada durante un período de recuperación de 42 días posterior a la meniscectomía. Los tipos de servicio de fisioterapia incluyó terapias activas (ejercicios realizados por el paciente para aumentar la fuerza y el rango de movimiento), y terapias pasivas (modalidades [ejemplo, calor y frío] suministrado al paciente para disminuir la inflamación, hinchazón y el dolor y movilización para aumentar el rango de movimiento). Luego, compararon el número y tipo de servicios de fisioterapia, la duración de la discapacidad (truncada al final del período de resultado de 1.5-año), y las covariables entre los diferentes grupos. Ellos también examinaron la relación entre el número y tipo de fisioterapia que recibió el paciente y la duración de su discapacidad posterior a la meniscectomía, mientras controlaban las covariables, incluyendo las variables demográficas, los indicadores de severidad y las demandas de trabajo físico relacionadas con las rodillas.

De acuerdo al análisis de los datos, 32.5 por ciento de los pacientes no recibieron servicios de fisioterapia durante el periodo de exposición de 42 días, 15.3 por ciento solamente recibió terapia activa, 1.5 por ciento tuvo solamente terapia pasiva y 50.8 por ciento tuvo una combinación de las terapias activas y pasivas. Después de controlar las covariables, los investigadores encontraron que los pacientes que habían recibido servicios de fisioterapia pasiva tenían un mayor número de días de discapacidad que aquellos que no recibieron terapia. Ellos no encontraron diferencias significativas entre aquellos que solo recibieron fisioterapia activa y aquellos que no recibieron terapia. Los indicadores de gravedad, incluyendo el uso de Opioides pre-y post-cirugía, más discapacidad antes de la cirugía, y cirugías más complejas, se asoció con más días de incapacidad, lo que no se observó con las demandas físicas del trabajo.

Estos resultados sugieren que los servicios de fisioterapia pasiva que se dan después de menissectomía pueden ser contraproducentes para reasumir el trabajo. Además la duración de la discapacidad fue más corta (o no diferente) para aquellos que no recibieron servicios de fisioterapia que para aquellos que recibieron cualquier tipo de servicio de fisioterapia. Los investigadores no pudieron controlar otros posibles factores de confusión, como el dolor y las variables psicológicas, las cuales, de estar disponible, podría indicar un beneficio de los servicios activos. Para el desarrollo de directrices de rehabilitación es necesario realizar ensayos controlados aleatorios para comprender mejor la eficacia de los servicios de terapia física activa y pasiva posterior a una menissectomía.

Los investigadores encontraron que los pacientes que habían recibido servicios de fisioterapia pasiva tuvieron un número significativamente mayor de días de discapacidad que aquellos que no recibieron la terapia

Fuente: Reporte Anual de Actividades Científicas 2011 del Instituto de Investigación para la Seguridad.
<http://www.libertymutualgroup.com>