

Reincorporación al trabajo tras un episodio de incapacidad temporal por trastornos músculo-esqueléticos: revisión sistemática de guías de buenas prácticas

Meritxell Corral¹, Sergio Vargas-Prada^{1,2,3}, Josep María Gil⁴, Consol Serra^{1,2,3,5}

Recibido: 2 de septiembre de 2014

Aceptado: 10 de marzo de 2015

doi: 10.12961/apr.2015.18.2.04

RESUMEN

Objetivo: Identificar las guías disponibles en la literatura sobre retorno al trabajo después de un episodio de incapacidad temporal (IT) por trastornos músculo-esqueléticos (TME) y evaluar la calidad metodológica de las mismas.

Métodos: Se realizó una búsqueda sistemática de guías específicas de retorno al trabajo en inglés, castellano y catalán cuyo contenido tenía en forma total o parcial información sobre TME. Las guías identificadas fueron evaluadas cualitativa y cuantitativamente por siete expertos utilizando el método validado AGREE II. Para cada dominio se calcularon tanto las puntuaciones estandarizadas como las medianas de las puntuaciones con las que los evaluadores habían calificado cada ítem. Además, cada evaluador hizo un juicio cualitativo de la calidad metodológica de la guía.

Resultados: Se identificaron 32 guías, de estas seis fueron seleccionadas para evaluar su calidad metodológica (tres específicas para TME). Sólo dos guías, la Official Disability Guidelines (ODG) y la Work-related Musculoskeletal Disorders Guide & Tools (WRGT), podrían utilizarse en la práctica profesional sin necesidad de modificaciones en su metodología. En general, todas las guías definen bien sus objetivos y a quién van dirigidas; y las opciones de retorno al trabajo se presentan en forma precisa. Sin embargo, todas excepto una (ODG) tienen limitaciones en los criterios para seleccionar la evidencia científica y no se mencionan los potenciales conflictos de interés.

Conclusiones: Sólo fueron identificadas dos guías con alta calidad metodológica. Sin embargo, sería recomendable una evaluación basada en la evidencia de la calidad de sus recomendaciones.

PALABRAS CLAVE: Revisión sistemáticas guías, trastornos músculo-esqueléticos, retorno al trabajo, incapacidad temporal, evaluación.

RETURN TO WORK AFTER MUSCULOSKELETAL DISORDERS: A SYSTEMATIC REVIEW OF GOOD PRACTICES GUIDELINES

ABSTRACT

Objective: To identify existing return-to-work (RTW) guidelines following a sickness absence (SA) due to musculoskeletal disorders (MSD) and evaluate their methodological quality.

Methods: We performed a systematic search for RTW guidelines written in English, Spanish and Catalan, that included total or partial information on MSD. The identified guidelines were evaluated qualitatively and quantitatively by seven experts using the validated AGREE method. Standardized scores for each domain were calculated for each of the

1. Centro de Investigación en Salud Laboral (CiSAL), Universitat Pompeu Fabra, España.
2. CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España.
3. Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques, IMIM, Barcelona, España.
4. Área de I+D+i - Unidad de Epidemiología, Unión de Mutuas, España.
5. Servicio de Salud Laboral, Parc de Salut MAR, Barcelona, España.

Correspondencia:
Consol Serra
CiSAL - Centro de Investigación en Salud Laboral
Universidad Pompeu Fabra
Dr. Aiguader, 88
08003 - Barcelona
consol.serra@upf.edu
Tel.: +34 933 160 875

guidelines, as well as the median of the experts scores for each of the items. In addition, each expert made a subjective judgment on the quality of the selected guidelines.

Results: Thirty-two guidelines were identified. From these, 6 (3 of which were MSD-specific) were selected for an evaluation of their methodological quality. Only two, the Official Disability Guidelines (ODG) and the Work-related Musculoskeletal Disorders Guide & Tools (WRGT) were felt to be suitable for use without further methodological modifications. In general, all of the guidelines properly define their objectives and target audience, and the RTW options are presented in a clear and precise way. However, all guides but one (ODG) have limitations in the criteria for selection of scientific evidence, and the potential conflicts of interest are not stated.

Conclusions: Only two guides of high methodological quality were identified. However, an evidence-based evaluation of the quality of their recommendations is recommended prior to their use in professional practice.

KEYWORDS: Systematic review guidelines, musculoskeletal disorder, return-to-work, temporary incapacity, evaluation.

INTRODUCCIÓN

La Ley General de la Seguridad Social define la Incapacidad Temporal (IT) como la situación en la que un trabajador, por causa de enfermedad o accidente, se encuentra imposibilitado para el desempeño de su trabajo y recibe asistencia sanitaria por parte de la Seguridad Social, con una duración máxima de doce meses prorrogables por otros seis cuando se presume que durante ellos puede ser dado de alta médica por curación o mejoría^{1,2}.

La IT es resultado de la interacción entre la salud y las condiciones de trabajo, cuya consecuencia es que el trabajador no pueda realizar de forma temporal las tareas que desempeñaba antes de la enfermedad o la lesión. La duración del episodio de IT puede estar influenciada por algunos factores que pueden facilitar la reincorporación al trabajo acortando su duración, o alargar el tiempo necesario para su resolución³.

Se ha visto que volver al trabajo de forma temprana y segura es beneficioso tanto para la salud del trabajador como para su autoestima⁴. Los programas de gestión de retorno al trabajo (RAT) permiten acortar la duración del episodio de IT ayudando al trabajador a reincorporarse a su puesto de trabajo, garantizando su satisfacción, seguridad y salud, con la finalidad de evitar nuevas recaídas³. Existe evidencia de que el desarrollo de intervenciones de adecuación del RAT bien protocolizadas pueden disminuir los potenciales efectos adversos de una precipitada reincorporación laboral⁵.

Los trastornos músculo-esqueléticos (TME) son una causa importante de incapacidad laboral⁶ que afectan a más de 40 millones de trabajadores europeos⁷. En España (2007) se estimó que más de 39 millones de días de trabajo se pierden a consecuencia de los TME, lo que representa un coste aproximado de 1700 millones de euros⁸.

Debido a la alta prevalencia de los TME y a su alto coste económico y social⁹, son necesarias estrategias basadas en la evidencia que promuevan el RAT entre aquellos trabajadores con TME. Diversas instituciones han elaborado guías de retorno al trabajo con el objetivo de orientar a trabajadores, profesionales sanitarios y empresarios para que la vuelta al trabajo de individuos en situación de IT por TME sea eficiente y segura para el propio trabajador¹⁰. Sin embargo, hasta donde conocemos, no existe ninguna revisión sistemática basada en

evidencia sobre las guías de retorno al trabajo cuyo contenido tenga información sobre TME en forma total o parcial, y en donde se evalúe la calidad metodológica posterior a su elaboración y publicación. El objetivo de esta revisión es identificar las guías de retorno al trabajo disponibles en la literatura y evaluar la calidad metodológica de las mismas.

MÉTODOS

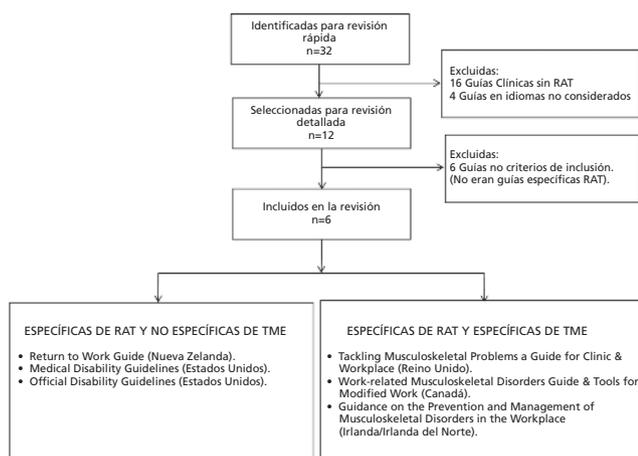
Estrategia de búsqueda e identificación de guías

Entre octubre de 2012 y marzo de 2013, se realizó una búsqueda sistemática de guías de retorno al trabajo (GRAT) tras un proceso de IT por TME en bases de datos electrónicas científicas y documentos publicados en la literatura "gris" (por ejemplo, tesis doctorales y guías no indexadas en bases de datos científicas). Las bases de datos consultadas fueron: National Electronic Library for Health (NeLH); Guidelines Finder; National Guidelines Clearinghouse; Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); Guidelines International Network (GIN); Canadian Medical Association InfoBase (Canadian guidelines); National Health Medical Research Council (NHMRC); Clinical Practice Guidelines (Australian Guidelines); New Zealand Guidelines Group. (BMJ); Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR); National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); Health Technology Assessment; MEDLINE (PubMed); Health and Safety Authority (H&SA); Biblioteca de guías de práctica clínica del sistema nacional de salud; Occupational medicine practice guidelines (GUIASALUD); MD Guidelines; European Agency for Safety and Health at Work (OSHA); Dutch Association of Occupational Medicine; Ministerio de Protección Social de Colombia. (GATISO); Generalitat de Catalunya; Gobierno del Principado de Asturias; Seguridad Social Española; Centro Universitario de la Salud Pública (México); Fit for work; Accident Compensation Corporation (ACC); Sistema Nazionale per le Linee Guida (SNLG); National Guideline Clearinghouse; Canadian Medical Association InfoBase; Guidelines International Network; Clinical Guidelines Online Databases; Australian National Health and Medical Research Council Clinical Practice Guidelines; Canadian Medical Association InfoBase

of Clinical Practice Guidelines; eGuidelines.co.uk; Scottish Intercollegiate Guidelines Network; National Library for Health Guidelines Database and Scottish Intercollegiate Guidelines Network; Institute of Health Economics, Toward Optimized Practice (TOP); Diagnosis and Treatment of Low Back Pain: A Joint Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society; American Physical Therapy Association (APTA); y, the Netherlands society of occupational medicine (NVAB).

Los términos de búsqueda considerados fueron: “return to work”, “musculoskeletal disorders”, “occupational health” y “practice guidelines”. La búsqueda se realizó utilizando dichos términos en forma individual y combinada, y adaptándolos a los correspondientes tesauros, en los idiomas inglés, castellano y catalán. Para la identificación de las GRAT se utilizaron los siguientes criterios de inclusión: i) guías específicas de retorno al trabajo en los tres idiomas considerados, ii) el contenido de las GRAT debían incluir información sobre TME, bien dedicándose exclusivamente a TME o bien incluyendo además de los TME otros diagnósticos.

Inicialmente se localizaron 32 documentos potencialmente relevantes, de los cuales, 20 fueron excluidos en una primera selección (16 guías de práctica clínica sin información sobre RAT y 4 guías en idiomas distintos a los considerados). Los 12 documentos restantes fueron revisados de forma detallada, para posteriormente excluir 6 guías más por no ser guías de retorno al trabajo. (Figura 1). Finalmente fueron seis las GRAT seleccionadas, de las que tres incluían información sobre TME y otros diagnósticos: i) Return to Work Guide (RTWG)¹¹ de Nueva Zelanda, ii) Medical Disability Guidelines (MDG)¹² de Estados Unidos, iii) Official Disability Guidelines (ODG)¹³ de Estados Unidos, y las 3 restantes eran específicas para TME: iv) Tackling Musculoskeletal Problems a Guide for Clinic & Workplace (TMPG)¹⁴ del Reino Unido, v) Work-related Musculoskeletal Disorders Guide & Tools for Modified Work (WRGT)¹⁵ de Canadá, y vi) Guidance on the Prevention and Management of Musculoskeletal Disorders in the Workplace (GPMMD)¹⁶ de Irlanda e Irlanda del Norte.



RAT: Retorno al trabajo.

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de identificación y selección de guías de buenas prácticas sobre retorno al trabajo.

Evaluación de la calidad metodológica

Para la evaluación de las seis GRAT seleccionadas se utilizó la segunda versión del método canadiense Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation (AGREE II)¹⁷, diseñado en el 2003 y validado en el 2010¹⁸. El AGREE II es un método altamente utilizado¹⁹⁻²¹, siendo considerado el método estándar para realizar evaluaciones de la calidad metodológica de guías de práctica clínica en general²². El AGREE II consta de 23 ítems, estructurados en seis dominios (Alcance y Objetivos, Participación de los implicados, Rigor en la elaboración, Claridad, y presentación, Aplicabilidad e Independencia editorial). Todos los ítems de cada dominio se puntúan en una escala de 7 puntos que va desde “Puntuación 1” («Muy en desacuerdo») si no hay información relevante al ítem o si el concepto a evaluar se presenta de forma muy imprecisa hasta “Puntuación 7” («Muy de acuerdo») si la información presentada es explícita y cuando todos los criterios y consideraciones definidos por el método se han alcanzado por completo. Cada ítem de los dominios se acompaña de una respuesta de texto abierta para que el evaluador pueda justificar su valoración. Asimismo, existen 2 ítems independientes relacionados a la puntuación de la calidad global de la guía, indicándose tres opciones de respuesta: i) recomendaría su uso, ii) lo recomendaría con modificaciones o condiciones, iii) no la recomendaría. Esta evaluación global requiere un juicio cualitativo del evaluador sobre la calidad de la guía, teniendo en cuenta los criterios considerados en el proceso de evaluación.

Selección de los evaluadores

Las seis guías seleccionadas fueron evaluadas por siete expertos en alguna de las áreas relacionadas con esta revisión sistemática de GRAT (incapacidad temporal, retorno al trabajo o trastornos músculo-esqueléticos) o con experiencia previa en la utilización del método AGREE II. Cada guía fue evaluada de forma independiente por tres evaluadores, cumpliendo con las indicaciones del método AGREEII que recomienda que las guías sean evaluadas entre dos y cuatro evaluadores. Ningún evaluador recibió compensación económica por la participación en este trabajo y no se reportaron conflictos de interés. Este trabajo no incluye datos confidenciales de participantes por lo que no fue necesaria su presentación a un comité de ética.

Proceso de evaluación

El proceso de evaluación consistió en tres fases. En la fase 1 el AGREE II fue remitido a cada evaluador para su cumplimentación. A cada evaluador se le pidió que contestara según la evidencia científica disponible y su experiencia profesional. Además, se adjuntó documentación complementaria consistente en artículos científicos o revisiones disponibles basadas en el RAT y los TME.

Una vez realizada la evaluación, se procedió a la fase 2, que consistió en el cálculo cuantitativo de las puntuaciones globales obtenidas en cada ítem para cada uno de los dominios. A partir de la suma de todos los puntos de cada ítem in-

dividual se calculó la puntuación estandarizada para cada dominio utilizando una fórmula establecida por el método AGREIL. Si la puntuación estandarizada para cada dominio superaba el 60% de la máxima puntuación posible, se consideraba recomendable para su utilización; si la puntuación resultaba entre 30% y 60%, se recomendaba su uso con condiciones o modificaciones; y si la puntuación era menor del 30% de la máxima puntuación posible no se recomendaba su uso. El método no permite obtener un valor numérico global de la calidad de la guía ya que las puntuaciones de cada dominio son independientes y no se suman. Como parte de la evaluación cuantitativa y con el objetivo de representar un valor que englobe las distintas puntuaciones para cada ítem de los distintos evaluadores, se calcularon las medianas de las respuestas para cada una de las guías seleccionadas²³.

Finalmente, la fase 3 del proceso de evaluación consistió en señalar las diferencias y similitudes en aquellos ítems

donde no existía concordancia de opiniones entre los evaluadores para cada uno de los dominios de las 6 GRAT evaluadas. Aquellos ítems cuya diferencia de puntuación era muy discrepante entre los evaluadores (4 o más puntos de diferencia de criterio entre la puntuación máxima y mínima de cada ítem) fueron consensuadas en grupo para decidir si era necesario alguna modificación de la puntuación inicial.

RESULTADOS

Discrepancias entre los evaluadores en la evaluación de ítems

Se calcularon las medianas de las puntuaciones de los evaluadores para cada ítem y para la evaluación global, de cada una de las seis GRAT seleccionadas. Las discrepancias entre los distintos evaluadores de más de 4 puntos entre la puntuación máxima y mínima para cada ítem se muestran en la Tabla 1. Únicamente no se observaron discrepancias mayores entre las

Tabla 1. Ítems con mayores discrepancias (>4 puntos entre la puntuación máxima y mínima) en las evaluaciones de los expertos para las guías de guías de buenas prácticas sobre retorno al trabajo seleccionadas.

Dominio / Ítem	RTWG	MDG	ODG	TMPG	WRGT	GPMMD
1 / 1 Los objetivos están específicamente descritos.						
1 / 2 Los aspectos de salud están específicamente descritos.						
1 / 3 La población a la que aplicar la guía está específicamente descrita.						
2 / 4 Se incluyen individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	X					
2 / 5 Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana.						
2 / 6 Los usuarios de la guía están claramente definidos.						
3 / 7 Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.						
3 / 8 Los criterios para seleccionar la evidencia están descritos con claridad.						
3 / 9 Las fortalezas y limitaciones de la evidencia están descritos claramente.						
3 / 10 Los métodos para elaborar las recomendaciones están claramente descritos.						
3 / 11 En las recomendaciones se han considerado los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.						
3 / 12 Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.					X	
3 / 13 La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.		X				
3 / 14 La guía incluye un procedimiento de actualización.						
4 / 15 Las recomendaciones son específicas.						
4 / 16 Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.					X	
4 / 17 Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.						
5 / 18 La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.			X	X		
5 / 19 La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.			X			
5 / 20 La guía considera las implicaciones que su aplicación puede tener sobre los recursos.						
5 / 21 La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoria.		X				
6 / 22 Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.	X	X		X		
6 / 23 Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.		X				

Guías

RTWG: Return to Work Guide (Nueva Zelanda) TMPG: Tackling Musculoskeletal Problems a Guide for Clinic & Workplace (Reino Unido)
 MDG: Medical Disability Guidelines (Estados Unidos) WRGT: Work-related Musculoskeletal Disorders Guide & Tools for Modified Work (Canadá)
 ODG: Official Disability Guidelines (Estados Unidos) GPMMD: Guidance on the Prevention and Management of Musculoskeletal Disorders in the Workplace (Irlanda / Irlanda del Norte).

Dominios

1. Alcance y objetivos 2. Participación de los implicados 3. Rigor en la elaboración 4. Claridad de presentación 5. Aplicabilidad 6. Independencia editorial.

puntuaciones de los expertos para la Guidance on the Prevention and Management of Musculoskeletal Disorders in the Workplace, guía elaborada en Irlanda/Irlanda del Norte.

Evaluación de las medianas de las respuestas por ítem para cada una de las guías de retorno al trabajo no específicas para trastornos músculo-esqueléticos

Las 3 GRAT no específicas para TME son: i) Return to Work Guide (RTWG) de Nueva Zelanda, ii) Medical Disability Guidelines (MDG) de Estados Unidos y iii) Official Disability Guidelines (ODG) de Estados Unidos. La ODG (Estados Unidos) fue la guía que obtuvo la mediana de puntuación más alta, tanto en el dominio “evaluación global de la guía” como para la mayoría de ítems (con excepción de algunos del dominio “aplicabilidad de la guía”). La MDG, guía también elaborada en los Estados Unidos, obtuvo puntuaciones máximas (7 puntos) en los ítems correspondientes a los dominios “alcance y objetivos” y “claridad en la presentación”. Sin embargo, a diferencia de la ODG, obtuvo muy bajas puntuaciones (2 puntos o menos) para la mayoría de ítems del dominio “rigor en su elaboración”. Por otro lado, la RTWG elaborada en Nueva Zelanda no alcanzó la puntuación mediana máxima (7 puntos) en ninguno de los ítems evaluados (Figura 2).

Evaluación de las medianas de respuestas por ítem para cada una de las guías de retorno al trabajo específicas para trastornos músculo-esqueléticos

Las tres GRAT específicas para TME son: i) Tackling Musculoskeletal Problems a Guide for Clinic & Workplace

(TMPG) del Reino Unido, ii) Work-related Musculoskeletal Disorders Guide & Tools for Modified Work (WRGT) de Canadá y iii) Guidance on the Prevention and Management of Musculoskeletal Disorders in the Workplace (GPMMD) de Irlanda / Irlanda del Norte. La TMPG del Reino Unido y la WRGT de Canadá son las guías con mayor puntuación mediana en el dominio “evaluación global”. Sin embargo, se puede observar que el número absoluto de ítems con puntuaciones máximas (7 puntos) fue mayor para la guía de Canadá. Destaca la baja puntuación que recibieron las tres guías en la mayoría de ítems del dominio “rigor en la elaboración de la guía”, incluso la guía elaborada en forma conjunta por Irlanda e Irlanda del Norte, no superó los 3 puntos de mediana en ningún ítem de este dominio (Figura 3).

Evaluación de las puntuaciones estandarizadas para cada dominio de cada una de las guías de retorno al trabajo (específicas y no específicas para trastornos músculo-esqueléticos)

En general, todas las guías alcanzaron puntuaciones estandarizadas elevadas (entre 70% y 94%) en el dominio “alcance y objetivos”. Por lo contrario y a excepción de la ODG de Estados Unidos (puntuación estandarizada = 91%), el dominio “rigor en la elaboración” es donde se alcanzan las menores puntuaciones, incluso en el rango de “no recomendable” para las guías de Nueva Zelanda (RTWG), Estados Unidos (MDG) y de Irlanda/Irlanda del Norte (GPMMD). El método no permite sumar las puntuaciones estandarizadas de cada dominio para obtener un valor numérico global de la calidad de la guía (Figura 4). Sin embargo, se puede observar en la Figura 4, que la ODG de

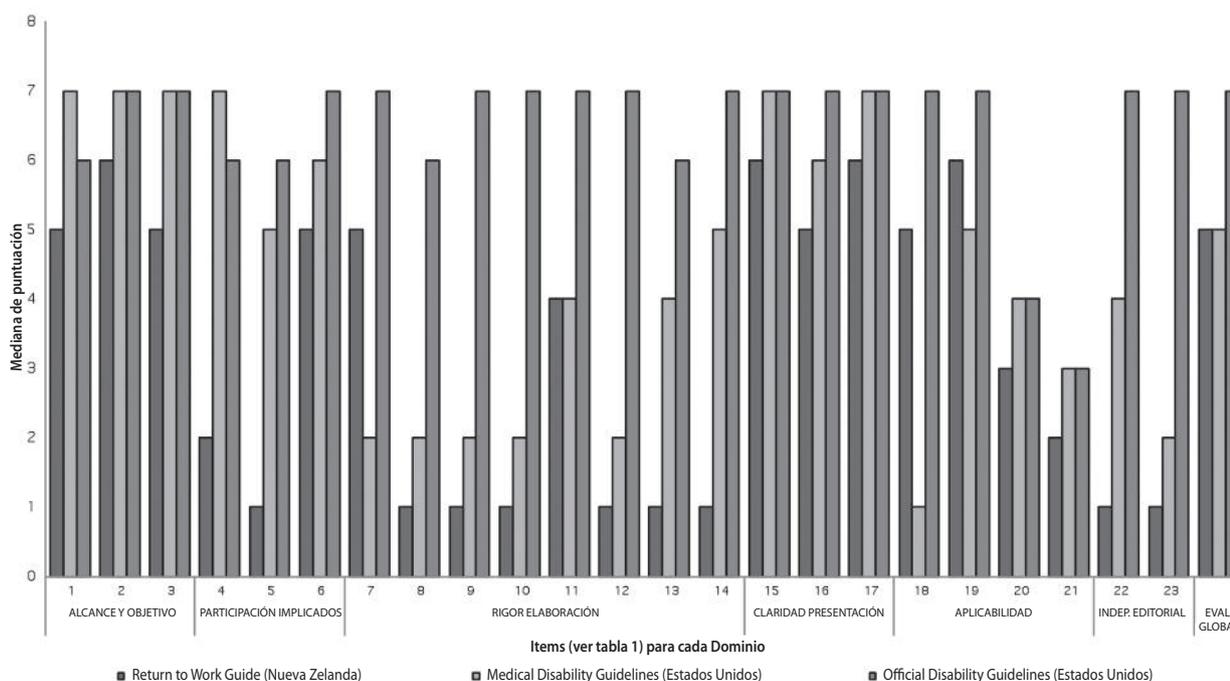


Figura 2. Mediana de puntuación para cada ítem de las guías de buenas prácticas sobre retorno al trabajo seleccionadas no específicas para trastornos músculo-esqueléticos.

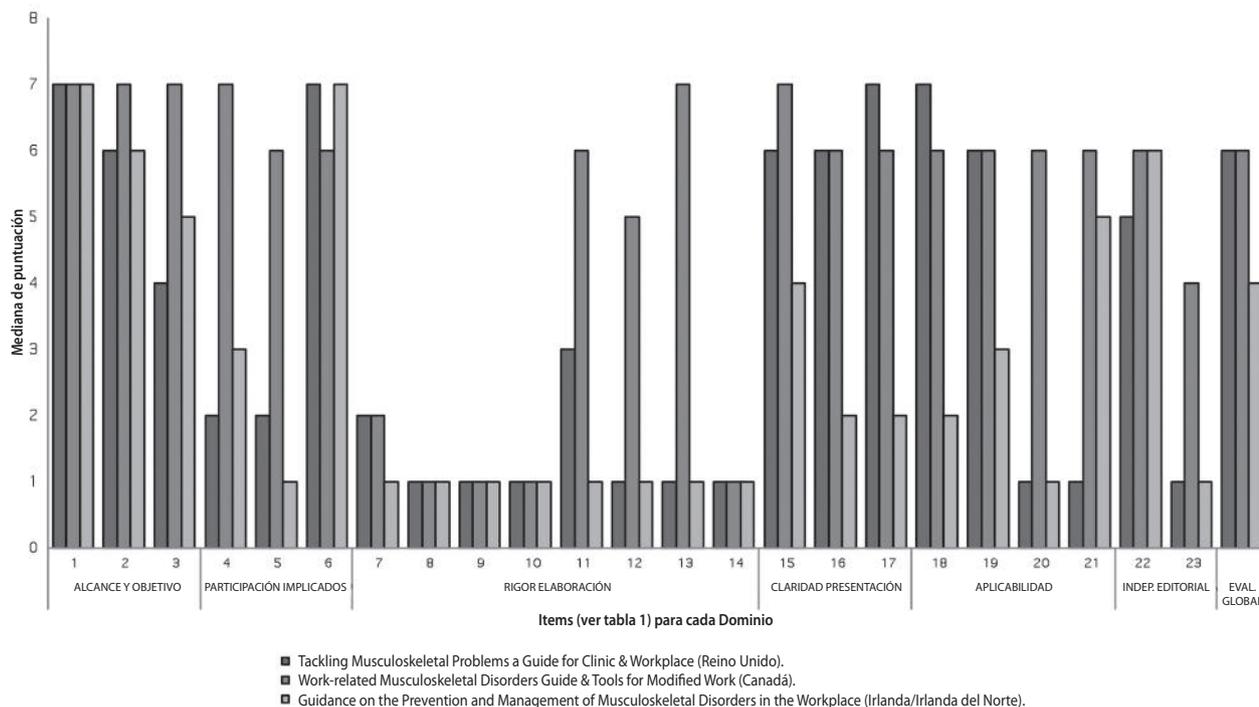


Figura 3. Mediana de puntuación para cada ítem de las guías específicas de retorno al trabajo y específicas para trastornos músculo-esqueléticos.

Estados Unidos es la única guía de retorno al trabajo que alcanza puntuaciones estandarizadas del 60% para todos los dominios, seguida de la guía de Canadá (WRGT) que obtiene el 60% en 5 de sus 6 dominios. De acuerdo a los criterios cuantitativos establecidos, esto significa que su uso en la

práctica profesional sería posible sin la necesidad de realizar modificaciones metodológicas adicionales.

Evaluación cualitativa de los evaluadores para cada una de las guías de retorno al trabajo (específicas y no específicas para trastornos músculo-esqueléticos)

Los evaluadores recomiendan que solamente las GRAT Work-related Musculoskeletal Disorders Guide & Tools for Modified Work (específica para TME), elaborada en Canadá, y la Official Disability Guidelines (no específica para TME), elaborada en Estados Unidos, cumplen con los criterios metodológicos suficientes para poder ser utilizadas en la práctica profesional sin necesidad de modificaciones adicionales (Tabla 2). Para la guía elaborada en Nueva Zelanda (RTWG) no existió consenso entre los tres evaluadores, por lo que no sería adecuado realizar una recomendación final sobre su utilización.

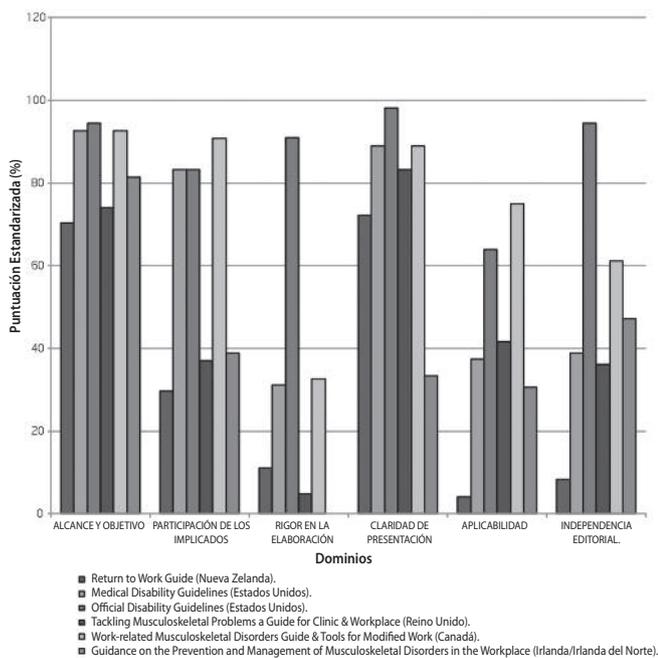


Figura 4. Puntuación estandarizada para cada dominio de las guías de buenas prácticas sobre retorno al trabajo evaluadas.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en esta revisión indican que la disponibilidad de guías que sean exclusivas de retorno al trabajo (RAT) después de un proceso de incapacidad temporal (IT) por trastornos musculoesqueléticos (TME) es muy limitada en relación a la disponibilidad de guías de práctica clínica. La mayoría de las guías disponibles tanto en la literatura científica como en la literatura gris están orientadas a la IT en general, es decir, no son exclusivas de TME. De las seis guías seleccionadas para su valoración cualitativa y

Tabla 2. Evaluación cualitativa de las guías de buenas prácticas sobre retorno al trabajo seleccionadas.

	A LA PREGUNTA: ¿RECOMENDARÍAS LA GUÍA?					
	RTWG	MDG	ODG	TMPG	WRGT	GPMMD
Experto 1	no	si con modificaciones	si	si con modificaciones	si	si
Experto 2	si	si con modificaciones	si	si con modificaciones	si	si con modificaciones
Experto 3	si con modificaciones	si con modificaciones	si	si con modificaciones	si	si con modificaciones

RTWG: Return to Work Guide (Nueva Zelanda) TMPG: Tackling Musculoskeletal Problems a Guide for Clinic & Workplace (Reino Unido)
 MDG: Medical Disability Guidelines (Estados Unidos) WRGT: Work-related Musculoskeletal Disorders Guide & Tools for Modified Work (Canadá)
 ODG: Official Disability Guidelines (Estados Unidos) GPMMD: Guidance on the Prevention and Management of Musculoskeletal Disorders in the Workplace (Irlanda / Irlanda del Norte).

cuantitativa, solo la Official Disability Guidelines (ODG) y la Work-related Musculoskeletal Disorders Guide & Tools (WRGT) serían aconsejables para su utilización sin modificaciones. El resto de guías antes de su utilización en la práctica profesional deberían ser revisadas y modificadas para mejorar su calidad metodológica.

En esta revisión se han valorado diferentes aspectos de la metodología de las guías de retorno al trabajo (GRAT), como son su alcance y objetivo, la participación de los implicados, su rigor en la elaboración, la claridad de presentación, su aplicabilidad e independencia editorial. En general, todas las guías definen bien sus objetivos y a quién van dirigidas, además, las recomendaciones más relevantes son específicas y fáciles de identificar. Asimismo, las distintas opciones de manejo del RAT se presentan en forma clara y precisa. Sin embargo, todas las guías excepto una (ODG) tienen limitaciones en la utilización de métodos sistemáticos de búsqueda de evidencia. Los criterios para seleccionar la evidencia científica no se describen con claridad y no se menciona si la guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación o si existe un procedimiento para su actualización. La mayoría de las guías (excepto la ODG) no registran si se ha abordado los potenciales conflictos de interés de los miembros del grupo elaborador de la guía.

Hasta donde conocemos, esta es la primera revisión sistemática que se realiza en nuestro entorno para identificar y evaluar metodológicamente guías de reincorporación al trabajo tras un episodio de IT por TME. Para la evaluación de las 6 guías seleccionadas se ha incluido información proveniente de bases de datos electrónicas científicas, así como, información publicada en la literatura “gris”. En la actualidad hay un gran número de guías de práctica clínica de diferentes tipos producidas por numerosas organizaciones pero existen pocas guías que hayan sido realizadas y evaluadas con una metodología sistemática basada en la mejor evidencia científica disponible^{24,25}. Para la evaluación de las GRAT seleccionadas se ha utilizado el instrumento AGREE II, herramienta validada y fiable para la evaluación de distintos tipos de guías²¹, independientemente del tema de la guía y del tipo de profesional a quien va dirigida²⁶. El AGREE II es

un método sencillo que no requiere mayor preparación o entrenamiento de los evaluadores, si estos cuentan con experiencia clínica importante en el campo relacionado con la guía a evaluar. Para la realización de este trabajo, no se realizó un entrenamiento previo de los evaluadores; sin embargo, se seleccionaron profesionales expertos en algún área relacionada al proceso de retorno al trabajo tras un episodio de IT por TME, incluso más de uno de los expertos contaba con experiencia previa en la utilización del método AGREE.

Además de las fortalezas descritas, hay varias limitaciones que debemos considerar para interpretar nuestros resultados. El método AGREE II evalúa la calidad metodológica de las guías, relacionada principalmente con el proceso de elaboración de las mismas, pero no evalúa la idoneidad clínica o la validez de las recomendaciones de las guías¹⁸. Es cierto que el desarrollo metodológico riguroso de una GRAT es muy importante; sin embargo, esto no garantiza la inclusión de mejores recomendaciones que permitan una óptima y segura RAT para los trabajadores. En relación a su versión anterior, el AGREE II ha incorporado el ítem 9 (Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están descritos claramente) del dominio “Rigor en la elaboración”, que intenta, en cierta manera, ofrecer una idea respecto de la calidad de las recomendaciones. Sin embargo, creemos que esta inclusión puede ser insuficiente de cara a este objetivo. Finalmente, la búsqueda sistemática de las GRAT sólo incluyó tres idiomas, por lo que es probable que alguna GRAT en algún otro idioma distinto a estos tres considerados no haya sido identificada para su evaluación. Sin embargo, la inclusión en la búsqueda del inglés permitió identificar la mayoría de guías publicadas disponibles.

A pesar que los TME son un problema importante de salud pública y del incremento en el uso de guías de práctica clínica basadas en la evidencia, fueron muy pocas las guías disponibles en la literatura científica y en la literatura gris que sean específicas de RAT y específicas de TME. Este hecho complica la comparación de nuestros resultados con otros potenciales estudios similares, más aún si tenemos en cuenta que no hemos encontrado en la literatura ninguna revisión sistemática de GRAT tras un episodio de IT por

TME. Lo que si hemos podido comprobar es que el método AGREE II ha sido validado para su utilización en el campo de la salud laboral¹⁸, tanto en España como internamente^{22,23,27,28}.

De las seis guías identificadas, dos provienen de países del norte de Europa (Reino Unido e Irlanda/Irlanda del Norte), otras dos de los Estados Unidos, una de Canadá y otra de Nueva Zelanda; ninguna guía de las identificadas provino de países del sur de Europa como España. No es del todo sorprendente que existan más GRAT disponibles provenientes de países anglosajones; la tradición²⁹ y la disponibilidad de recursos económicos de estos países para la aplicabilidad de programas de RAT es mayor³⁰. A pesar que los países del norte de Europa, como Dinamarca, Finlandia, Suecia o los Países Bajos, son ampliamente reconocidos por sus intervenciones relacionadas con el RAT³¹, no se encontraron guías provenientes de estos países. Este hecho inesperado podría explicarse por la limitación del idioma al momento de realizar la búsqueda.

De las seis guías evaluadas, sólo dos (ODG y RTW) son las que describen haber utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia científica para su elaboración, y solo en la ODG se describe la relación entre esta evidencia científica con la recomendaciones de la guía. Asimismo, solo dos guías (ODG y MDG) refieren estar evaluadas por el método AGREE. Estos hallazgos no son exclusivos de las GRAT, una revisión sistemática de guías de práctica clínica realizada en Argentina refiere que entre las guías clínicas disponibles son pocas las evaluadas con métodos protocolizados y validados como el AGREE³².

A pesar de que los resultados de esta evaluación indican que la puntuación estandarizada en el dominio 22, independencia editorial, está dentro del rango de recomendable (ODG) o recomendable con modificaciones (MDG, TMPG, GPMMD, WRGT), en tan solo una de ellas (ODG), se registra detalladamente los posibles conflictos de intereses de los miembros de los grupos que la elaboraron. Este hecho es muy frecuente en la evaluación metodológica de guías de práctica clínica³¹⁻³³ a pesar de ser la declaración de los conflictos de interés básica para reducir la probabilidad de recomendaciones sesgadas³⁴.

De acuerdo con la evidencia científica, cuando existen buenas condiciones de trabajo y de empleo, volver al trabajo proporciona importantes beneficios para la salud de los trabajadores⁴. En consecuencia, creemos que los resultados de este trabajo contribuirán a la obtención de información basada en evidencia, necesaria para una gestión eficiente en la incorporación al trabajo tras un proceso de IT por TME, que sea segura para la salud del trabajador. Asimismo, conocer las mejores guías de retorno al trabajo disponibles permitirá a los distintos profesionales optimizar la gestión de recursos disponibles, identificar de forma temprana situaciones que podrían requerir modificaciones del puesto de trabajo para acelerar la reincorporación al trabajo, así como, realizar evaluaciones de la efectividad de programas de salud

laboral y la gestión de casos de IT, tanto para aquellos TME relacionados con el trabajo como para aquellos que no. De las seis guías sólo la ODG y la WRTG podrían ser adecuadas para su utilización en la práctica profesional sin necesidad de modificaciones metodológicas. Sin embargo, creemos que sería necesario complementar la evaluación de la calidad metodológica de estas dos guías con una evaluación basada en la evidencia de la calidad de las recomendaciones incluidas en ellas.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a los evaluadores Elena Ronda, Maite Sampere y Pere Boix por sus valiosas contribuciones, sin las cuales, no hubiese sido posible la realización de este estudio. Un agradecimiento especial a Jordi Delclòs, por haber facilitado el acceso a las guías que provenían de los Estados Unidos de Norteamérica. Este trabajo ha sido realizado como tesina del Máster Universitario de Salud Laboral de la Universidad Pompeu Fabra (2012-2013).

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de trabajo e inmigración. Secretaria de Estado de la seguridad Social. Tiempos estándar de incapacidad temporal [citado 21 ene 2015]. Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/122970.pdf>.
2. Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre, por el que se desarrolla reglamentariamente la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de seguridad social, en relación con la prestación de incapacidad temporal. Boletín Oficial del Estado, número 235 [citado 21 ene 2015]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2009/09/29/pdfs/BOE-A-2009-15442.pdf>.
3. Sampere M. Reincorporación al trabajo después de un episodio de incapacidad temporal por contingencia común de larga duración. Análisis de los factores pronóstico [Tesis Doctoral]. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 2013.
4. Brown J, Gilmour WH, Macdonald EB. Return to work after ill-health retirement in Scottish NHS staff and teachers. *Occup Med (Lond)*. 2006; 56: 480-4.
5. Krause N, Dasinger LK, Neuhauser F. Modified Work and Return to Work: A Review of the Literature. *J Occup Rehabil*. 1998; 2: 113-39.
6. Delclòs J, García S, López JC, Sampere M, Serra C, Plana M, Vila D, Benavides FG. Duración de la incapacidad temporal por contingencia común por grupos diagnósticos. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2010;13:180-7.
7. Bevan S, Quadrello T, McGee R, Mahdon M, Vavrovsky A, Barham L. Fit for work? Musculoskeletal disorders in the European workforce. The Work Foundation, 2009 [citado 21 ene 2015]. Disponible en: <http://www.fitforworkeurope.eu/Website-Documents/Fit%20for%20Work%20pan-European%20report.pdf>.
8. Lázaro P, Parody E, García-Vicuña R, Gabriele G, Jover JA, Sevilla J. Cost of temporary work disability due to musculoskeletal diseases in Spain. *Reumatol Clin*. 2014; 10: 109-12.
9. Peña Sagredo JL, Humbría Mendiola A. Nuevos conceptos sobre las lumbalgias y guías de práctica clínica. *Rev Esp Reumatol*. 2002; 29: 489-93.
10. Sistema Nacional de Salud. Biblioteca de Guías de Práctica Clínica [citado 21 ene 2015]. Disponible en: <http://portal.guiasalud.es/web/guest/home;jsessionid=b7cbf9447215a00e32f0faf1b810>.

- 11 Accident Compensation Corporation. Return to Work Guide. 2006 [citado 21 ene 2015]. Disponible en: http://www.acc.co.nz/PRD_EXT_CSMP/groups/external_providers/documents/guide/wim2_059386.pdf
12. Reed Group. Medical Disability Guidelines. 1991 [citado 21 ene 2015]. Disponible en: <http://www.mdguidelines.com/>
13. Work Lost Data Institute. Official Disability Guidelines. 2009 [citado 21 ene 2015]. Disponible en: <http://www.worklossdata.com/>
14. Kendall NAS, Burton Ak, Main CJ, Watson PJ on behalf of the Flags Think-Tank. Tackling musculoskeletal problems: a guide for the clinic and workplace-identifying obstacles using the psychosocial flags framework. London: The stationery Office; 2009.
15. Stock S, Baril R, Dion-Hubert C, Lapointe C, Paquette S, Sauvage J, et al. Work related MSDs Guide & Tools for modified work. Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal. 2005 [citado 21 ene 2015]. Disponible en: <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/pubirsst/omrt-en.pdf>
16. Health and Safety Executive for Northern Ireland (HSENI) and the Health and Safety Authority (HSA). Guidance on the Prevention and Management of Musculoskeletal Disorders (MSDs) in the Workplace. 2013 [citado 21 ene 2015] Disponible en: http://www.hsa.ie/eng/Publications_and_Forms/Publications/Manual_Handling_and_Musculoskeletal_Disorders/Guide_on_Prevention_and_Management_of_Musculoskeletal_Disorders_MSDs_.pdf
17. The AGREE Collaboration. AGREE Instrument Spanish version [citado 21 ene 2015]. Disponible en: <http://www.agreetrust.org/about-the-agree-enterprise/introduction-to-agree-ii/users-manual-outline/>
18. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREEII: advancing guideline development, reporting and evaluation in the health care. CMAJ. 2010; 182: E839-42.
19. Hulshof C, Hoenen J. Evidence-based practice guidelines in OHS: Are they AGREE-able? Ind Health. 2007; 45: 26-31.
20. Cluzeau F, Burgers J, Grol R, Little Johns P. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: The AGREE project. Qual Saf Health Care. 2003; 12: 18-23.
21. Staal JB, Hlobil H, Van Tulder MW, Waddell G, Burton AK, Koes BW, et al. Occupational health guidelines for the management of low back pain: an international comparison. Occup Environ Med. 2003; 60: 618-26.
22. Cates JR, Young DN, Bowerman DS, Porter RC. An independent AGREE Evaluation of the Occupational Medicine Practice Guidelines. Spine J. 2006; 6: 72-7.
23. Ronda Pérez E, Roel Valdés JM, Tascón Bernabeu E, Martínez Escoriza JC. Evaluación de dos guías de valoración de riesgos laborales en el embarazo. Arch Prev Labor. 2011; 14: 179-86.
24. Ministerio de salud. Gobierno de Chile. La Información Científica en Salud. Conceptos básicos: Internet y uso de base de datos biomédicas. 2002. [citado 21 ene 2015] Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/crics6/inchile.pdf>.
25. Navarro Puerto MA, Ruiz Romero F, Reyes Domínguez A, Gutiérrez Ibarluce I, Hermosilla Gago T, Alonso Ortiz del Río C, et al. ¿Las guías que nos guían son fiables? Evaluación de las guías de práctica clínica españolas. Rev Clin Esp. 2005; 205: 533-40.
26. Seguí Crespo MM, Ronda Pérez E, López Navarro A, Juan Pérez PV, Tascón Bernabéu E, Martínez Verdú F. Protocolo de vigilancia sanitaria de trabajadores con pantallas de visualización de datos: una valoración desde la perspectiva de la salud visual. Rev Esp Salud Pública. 2008; 82: 691-701.
27. Campos J, Ronda E, Roel JM, García M, Maqueda J, López-Jacob MJ, et al. Una visión de género a los protocolos de vigilancia sanitaria de la población trabajadora. Arch Prev Riesgos Labor. 2009; 12: 116-123.
28. Maqueda J, Buendia MJ, Gallego I, Muñoz C, Roel JM. Estudio de evaluación del Protocolo de Vigilancia Sanitaria Específica del Asma Laboral mediante el instrumento AGREE. Med Segur Trab. 2006; 52: 13-21.
29. Burgers J, Grol R, Klazinga N, Makela M, Zaat J, for the AGREE Collaboration: Towards Evidence-Based Clinical Practices. An international survey of 18 clinical guideline programs. International Journal for Quality in Health Care. 2003; 15: 31-45.
30. Min-Woo J, Yong Lee J, Nam-Soon K, Soo-Young K, Seungsoo S, Ha Kim S, et al. Assessment of the Quality of Clinical Practice Guidelines in Korea Using the AGREE Instrument. J Korean Med Sci. 2013; 28: 357-365.
31. Bültmann U, Franche RL, Hogg-Johnson S, Coté P, Lee H, Severin C, et al. Health status, work limitations, and return-to-work trajectories in injured workers with musculoskeletal disorders. Qual Life Res. 2007; 16: 1167-78.
32. Esandi ME, Ortiz Z, Chapman E, García Dieguez M, Mejía R, Bernztein R. Production and quality of clinical practice guidelines in Argentina (1994-2004): a cross-sectional study. Implement Sci. 2008; 3: 43.
33. Shimbo T, Fukui T, Ishioka C, Okamoto K, Okamoto T, Kameoka S, et al. Quality of guideline development assessed by the Evaluation Committee of the Japan Society of Clinical Oncology. Int J Clin Oncol. 2010; 15: 227-33
34. Boyd E, Bero L. Improving the Use of Research Evidence in Guideline Development: 4. Managing conflicts of interest. Health Res Policy Syst. 2006; 4: 16.