

Dolor de espalda en el entorno laboral

Introducción

El dolor de espalda es un problema común entre los adultos que trabajan. Más de 1 de cada 4 adultos trabajadores reporta dolor de espalda [1]. Algunos episodios de dolor de espalda pueden precipitarse por las demandas físicas de trabajo, pero tanto los episodios de dolor relacionados con el trabajo como los no relacionados con el trabajo pueden contribuir a ausencias laborales, y algunos trabajadores pueden tener problemas para continuar o reanudar sus actividades laborales normales. Si bien la mayoría del dolor de espalda no es médica mente grave, la experiencia del dolor puede ser aversiva y autolimitante, y el dolor de espalda puede conducir a desafíos e interrupciones ocupacionales. Esta hoja informativa resume la evidencia sobre el dolor de espalda en el entorno laboral.

Prevalencia y curso

Tanto los episodios agudos de dolor de espalda como el dolor de espalda crónico primario (> 6 meses) son comunes entre los adultos en edad de trabajar, tanto hombres como mujeres. Las encuestas a los trabajadores en manipulación manual de materiales sugieren una prevalencia anual de dolor de espalda que dura más de 7 días del 25%, del 14% para el dolor de espalda que requiere atención médica y del 10% para el dolor de espalda que requiere baja laboral [2]. Después de un episodio agudo de dolor de espalda, la mayoría de las personas son capaces de volver a la función normal en varias semanas, pero en aproximadamente el 10 por ciento de los casos, el dolor agudo de espalda puede pasar a un problema más crónico que dura más de 6 meses [3]. Después de un episodio inicial de dolor de espalda, los episodios recurrentes de dolor de espalda son comunes, con estimaciones de recurrencia de hasta dos tercios dentro de los 12 meses posteriores a la recuperación del dolor de espalda [4]. En el caso del dolor de espalda crónico primario, a los trabajadores se les puede ofrecer diagnósticos más extensos, tratamientos terapéuticos o paliativos o servicios de coordinación o de rehabilitación ocupacional. El tratamiento biopsicosocial para el dolor de espalda subagudo o crónico primario generalmente se considera el enfoque más eficaz para mejorar la función y prevenir la discapacidad laboral a largo plazo [5, 6].

Factores de riesgo de dolor lumbar en el entorno laboral

Ciertos tipos de demanda de trabajo físico aumentan el riesgo de aparición de dolor de espalda, pero el dolor de espalda se puede experimentar en todas las industrias y ocupaciones. Las tareas de trabajo físico asociadas con el inicio del dolor de espalda incluyen posturas incómodas, interrupciones repentinas de la tarea, fatiga, levantar pesos, trabajo al aire libre, movimientos de las manos y flexión y torsión frecuentes [7-11]. Las demandas psicológicas que aumentan el riesgo de dolor de espalda son el bajo apoyo de los supervisores, el trabajo monótono estresante, el trabajo de ritmo rápido, la inseguridad laboral, el desequilibrio entre el trabajo y la familia y la exposición a trabajo hostil [7-11]. Las ocupaciones que reportan las tasas más altas de dolor de espalda incluyen enfermería, transporte, construcción, almacenamiento y el paisajismo [1].

Prevención primaria en el lugar de trabajo

En los países de ingresos medios y altos, se han hecho esfuerzos considerables para prevenir la aparición o exacerbación del dolor de espalda en el lugar de trabajo. Estos esfuerzos incluyen la reducción de altas exigencias físicas y posturas incómodas, la capacitación de los trabajadores en prácticas de elevación y manipulación de materiales más seguras, y la reingeniería de estaciones de trabajo y líneas de montaje [12, 13]. Estas medidas de reducción del riesgo han conseguido algunas tendencias decrecientes en el dolor de espalda relacionado con el trabajo [4], pero algunas medidas de prevención comúnmente recomendadas a nivel individual (por ejemplo, el uso de "cinturones lumbares") no han mostrado beneficios convincentes en ensayos aleatorizados [14, 15]. Hay evidencia de que los trabajadores que realizan ejercicio regular o se les brindan oportunidades para hacer ejercicio en el trabajo con o sin formación experimentan tasas más bajas de dolor de espalda [14, 16-18].

Dolor de espalda y capacidad de trabajo

Incluso después de una cuidadosa evaluación y gestión médica, los trabajadores con patrones similares de dolor de espalda pueden experimentar resultados muy variables en términos de su capacidad para continuar o volver al trabajo. Los esfuerzos para crear sistemas de medición válidos y objetivos para evaluar la capacidad funcional y la capacidad de trabajo a menudo no están relacionados con los resultados de retorno a la actividad laboral [19,20], y los investigadores han observado la complejidad de los factores que contribuyen a los resultados funcionales y ocupacionales del dolor de espalda, incluidas las creencias de dolor, los sistemas de salud, el apoyo y adaptación del lugar de trabajo, y la sociodemografía [21, 22]. Por lo tanto, que el dolor de espalda conlleve niveles incapacitantes de disfunción en el lugar de trabajo no depende sólo de la intensidad del dolor sino también de las características individuales, del nivel del sistema y de las características del lugar de trabajo.

Prevención secundaria en el lugar de trabajo

En la mayoría de los países de altos ingresos existen regulaciones y políticas que requieren que los empleadores proporcionen adaptaciones y apoyo razonable a los trabajadores con dolor de espalda para prevenir la discapacidad laboral de larga duración, el desempleo o las salidas innecesarias del mundo laboral. Un requisito básico típico es que los empleadores proporcionen modificaciones temporales o permanentes del trabajo para permitir que los trabajadores continúen trabajando con ajustes durante algún tiempo, siempre y cuando los elementos esenciales del trabajo puedan ser finalmente eliminados gradualmente con el tiempo. En las organizaciones con políticas más proactivas en la facilitación del retorno al trabajo y la modificación del empleo, los trabajadores experimentan menos días de enfermedad y reportan resultados más positivos de retorno al trabajo [23, 24].

Factores psicosociales y del entorno laboral asociados con la discapacidad laboral

Algunas creencias y percepciones relacionadas con el dolor han demostrado predecir más dificultades en el entorno laboral después de la aparición del dolor de espalda. Estos incluyen catastrofismo del dolor, miedo al movimiento, baja confianza para superar los desafíos relacionados con el dolor, malas expectativas de recuperación, angustia psicológica y percepciones de mayor pérdida funcional [25]. Algunos factores del entorno laboral también son predictores de mayores dificultades en el lugar de

trabajo. Estos incluyen demandas de trabajo físico, la capacidad para modificar el trabajo, el estrés laboral, el apoyo social en el lugar de trabajo o la disfunción, la satisfacción laboral, la expectativa de reanudar el trabajo y el miedo a volver a lesionarse[26]. Si muchos de estos factores están presentes, entonces la intervención adicional en forma de coordinación, orientación, educación para el dolor o exposición gradual a la actividad pueden ser útiles para aliviar estas preocupaciones [27,28].

Comunicarse con su médico

Existen muchas opciones de tratamiento para los trabajadores con dolor de espalda, y los pacientes deben esperar que los proveedores de atención médica aborden los factores ocupacionales en su toma de decisiones de diagnóstico y tratamiento. Las descripciones de trabajos escritas proporcionadas por los empleadores pueden no proporcionar el nivel de detalle necesario para las decisiones informadas sobre las restricciones de trabajo, por lo que los pacientes deben estar preparados para compartir información con sus médicos sobre tareas laborales específicas, especialmente aquellas consideradas como más problemáticas para reanudarse. Se ha demostrado que la comunicación proactiva y la orientación de un proveedor de atención médica ayudan a facilitar el regreso al trabajo [29], especialmente cuando los proveedores se comunican directamente con los empleadores [30].

Rehabilitación ocupacional

Cuando el dolor de espalda impide un retorno al trabajo normal durante más de unos meses, hay evidencia de que los programas de rehabilitación multidisciplinarios son moderadamente eficaces para facilitar el regreso al trabajo y mejorar la función física y social tanto para el dolor de espalda agudo como crónico [5, 6, 31, 32]. Estos programas normalmente integran los beneficios del manejo del dolor, el asesoramiento psicológico, la fisioterapia, el ejercicio, la educación del paciente, la exposición gradual a la actividad y el apoyo de los compañeros; sin embargo, la disponibilidad o el pago de estos programas es limitado en muchos países y regiones. En algunos casos, el reentrenamiento vocacional puede ser necesario para transferir habilidades a una ocupación menos física, aunque mantener el empleo es a menudo el objetivo preferido del empleado y el empleador.

Referencias

- [1] Luckhaupt SE, Dahlhamer JM, Gonzales GT, Lu ML, Ward BW. Prevalence, recognition of work-relatedness, and effect on work of low back pain among U.S. workers. *Ann Intern Med.* 2019;171(4):301-304.
- [2] Ferguson SA, Merryweather A, Thiese MS, Hegmann KT, Lu ML, Kapellusch JM, Marras WS. Prevalence of low back pain, seeking medical care, and lost time due to low back pain among manual material handling workers in the United States. *BMC Musculoskeletal Disorders.* 2019;20:243.
- [3] Hayden JA, Dunn KM, van der Windt DA, Shaw WS. What is the prognosis of back pain? *Best Prac Res Clin Rheumatol.* 2010;24:167-179.
- [4] Da Silva T, Mils K, Brown BT, Pocovi N, de Campos T, Maher C, Hancock MJ. Recurrence of low back pain is common: a prospective inception cohort study. *J Physiother.* 2019;65(3):159-165.
- [5] Marin TJ, Van Eerd D, Irvin E, Couban R, Koes BW, Malmivaara A, van Tulder MW, Kamper SJ. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Jun 28;6(6):CD002193.
- [6] Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJEM, Ostelo RWJG, Guzman J, van Tulder MW. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2015;350:h444.
- [7] Dick RB, Lowe BD, Lu ML, Krieg EF. Trends in work-related musculoskeletal disorders from the 2002 to 2014 General Social Survey, Quality of Work Life Supplement. *J Occup Environ Med.* 2020;62(8):595-610.

- [8] National Research Council and Institute of Medicine Panel on Musculoskeletal Disorders and the Workplace. *Musculoskeletal disorders and the workplace: Low back and upper extremities*. Washington, DC: National Academies Press, 2001.
- [9] Schneider S, Lipinski S, Schiltenwolf M. Occupations associated with a high risk of self-reported back pain: representative outcomes of a back pain prevalence study in the Federal Republic of Germany. *Eur Spine J*. 2006;15(6):821-833.
- [10] Steffens D, Ferreira ML, Latimer J, Ferreira PH, Koes BW, Blyth F... Maher CG (2015). What triggers an episode of acute low back pain? A case-crossover study. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 67(3), 403-410.
- [11] Yang H, Haldeman S, Lu M, Baker D. Low back pain prevalence and related workplace psychosocial risk factors: A study using data from the 2010 National Health Interview Survey. *J Manipulative Physiol Ther*. 2016;39(7):459-472.
- [12] Roman-Liu D, Kamińska J, Kokarski T. Effectiveness of workplace intervention strategies in lower back pain prevention: a review. *Ind Health*. 2020;58:503-519.
- [13] Schaafsma FG, Anema JR, van der Beek AJ. Back pain: prevention and management in the workplace. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2015;29(3):483-494.
- [14] Sowah D, Boyko R, Antle D, Miller L, Zakhary M, Straube S (2018). Occupational interventions for the prevention of back pain: Overview of systematic reviews. *J Safety Res*, 77, 39-59.
- [15] Verbeek JH, Martimo KP, Karppinen J, Kuijer P, Viikari-Juntura E, Takala EP (2011). Manual material handling advice and assistive devices for preventing and treating back pain in workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (6).
- [16] Steffens D, Maher CG, Pereira LS, Stevens ML, Oliveira VC, Chapple M,...Hancock MJ (2016). Prevention of low back pain: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*, 176(2), 199-208.
- [17] Bell JA, Burnett A. Exercise for the primary, secondary, and tertiary prevention of low back pain in the workplace: a systematic review. *J Occup Rehabil*. 2009;19(1):8-24.
- [18] van Poppel MNM, Hooftman WE, Koes BW. An update of a systematic review of controlled clinical trials on the prevention of back pain at the workplace. *Occup Med (Lond)*. 2004;54(5):345-352.
- [19] Gross DP, Battié MC. Functional capacity evaluation performance does not predict sustained return to work in claimants with chronic back pain. *J Occup Rehabil*. 2005;15(3):285-294.
- [20] Gross DP, Asante AK, Miciak M, Battié MC, Carroll LJ, Sun A, Mikalsky M, Huellstrung R, Niemeläinen R. Are performance-based functional assessments superior to semistructured interviews for enhancing return-to-work outcomes. *Arch Phys Med Rehabil*. 2014;95(5):807-815.
- [21] Schultz IZ, Chlebak CM, Stewart AM. Impairment, disability, and return to work. In IZ Schultz & RJ Gatchel (eds.), *Handbook of Return to Work*, Handbooks in Health, Work, and Disability, pp. 3-25. New York: Springer, 2016.
- [22] Kristman VL, Shaw WS, Boot CRL, Delclos GL, Sullivan MJ, Ehrhart MG et al. Researching complex and multi-level workplace factors affecting disability and prolonged sickness absence. *J Occup Rehabil*. 2016;2:399-416.
- [23] Cullen KL, Irvin E, Collie A, Clay F, Gensby U, Jennings PA, Hogg-Johnson S, Kristman V, Laberge M, McKenzie D, Newnam S, Palagyi A, Ruseckaite R, Sheppard DM, Shourie S, Steenstra I, Van Eerd D, Amick BC 3rd. Effectiveness of workplace interventions in return-to-work for musculoskeletal, pain-related, and mental health conditions: an update of the evidence and messages for practitioners. *J Occup Rehabil*. 2018;28(1):1-15.
- [24] Williams-Whitt K, Bültmann U, Amick III B, Munir F, Tveito TH, Anema JR et al. Workplace interventions to prevent disability from both the scientific and practice perspectives: A comparison of scientific literature, grey literature, and stakeholder observations. *J Occup Rehabil*. 2016;26:417-433.
- [25] Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, Main CJ, et al. Early identification and management of psychological risk factors ("yellow flags") in patients with low back pain: a reappraisal. *Phys Ther*. 2011;91(5):737-753.
- [26] Shaw WS, van der Windt DA, Main CJ, Loisel P, Linton SJ, et al. Early patient screening and intervention to address individual-level occupational factors ("blue flags") in back disability. *J Occup Rehabil*. 2009;19(1):64-80.
- [27] Nicholas MK, Costa DSJ, Linton SJ, Main CJ, Shaw WS, Pearce G et al. Implementation of early intervention protocol in Australia for 'high risk' injured workers is associated with fewer lost work days over 2 years than usual (stepped) care. *J Occup Rehabil*. 2020;30(1):93-104.
- [28] Hill JC, Whitehurt DGT, Lewis M, Bryan S, Dunn KM et al. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomized controlled trial. *Lancet*. 2011;378(9802):1560-1571.
- [29] Dasinger LK, Krause N, Thompson PJ, Brand RJ, Rudolph L. Doctor proactive communication, return-to-work recommendation, and duration of disability after a workers' compensation low back injury. *J Occup Environ Med*. 2001;43(6):515-525.
- [30] Kosny A, Franche RL, Pole J, Krause N, Côté P, Mustard C. Early healthcare provider communication with patients and their workplace following a lost-time claim for an occupational musculoskeletal injury. *J Occup Rehabil*. 2006;16(1):27-39.
- [31] Hoefsmits N, Houkes I, Nijhuis FJN. Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: a systematic literature review. *J Occup Rehabil*. 2012;22(4):462-477.

[32] Norlund A, Ropponen A, Alexanderson K. Multidisciplinary interventions: review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain. *J Rehabil Med.* 2009;41(3):115-121.

AUTOR

William S. Shaw, Ph.D., Associate Professor
Division of Occupational and Environmental Medicine
University of Connecticut School of Medicine
Farmington, CT, USA

REVISORES

Chris J. Main, Ph.D., Emeritus Professor of Clinical Psychology
Keele University
Keele, North Staffordshire, UK

Michael K. Nicholas, Ph.D., Professor
Pain Management Research Institute
University of Sydney
Sydney, New South Wales, Australia