CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: PROTOCOLO DE ESTUDIO EN CONTINGENCIA PROFESIONAL EN ANDALUCÍA

Autores:

Trinidad Carrera Fernández Médico A.T, ASEPEYO C.A Cartuja (Sevilla)
Encarnación Puente Navarro. Médico AT y CC, ASEPEYO C.A. Jerez de la Frontera

Correspondencia:

Dra. Encarnación Puente Navarro
C.A ASEPEYO Jerez de la Frontera
C/ Lealas 43
11403 Jerez de la Frontera (Cádiz) Tfno: 956181595
e-mail: epuentenavarro@asepeyo.es

MASTER UNIVERSITARIO EN MEDICINA EVALUADORA- Edición 2010-2011

1.RESUMEN:

La Cardiopatía Isquémica constituye una de las causas más frecuentes de morbimortalidad en nuestro medio. Es una entidad que tiene un enorme impacto en el individuo que la padece, en su calidad de vida, su futuro personal y social, incrementando el riesgo incapacidad laboral y muerte.

El objetivo de este trabajo es realizar un análisis pormenorizado de casos que se han presentado en el periodo de un año, en los centros asistenciales de ASEPEYO en la Comunidad de Andalucía, mediante un estudio descriptivo retrospectivo de los casos informados (según código CIE9) como Cardiopatía isquémica en el año 2009.

Los datos obtenidos corresponden a 29 casos analizados según sexo, edad, datos geográficos, factores de riesgo, puesto de trabajo, diagnóstico, estudio funcional, tiempo en I.T. y desenlace (alta vs incapacidad permanente).

Basándonos en los resultados obtenidos en el ámbito laboral, creemos que es necesario crear protocolos de actuación en las empresas para lograr minimizar factores de riesgo cardiovascular, así como unificar las guías de actuación post-infarto, para poder llevar a cabo, según la evolución, la reincorporación laboral ó iniciar expedientes de incapacidad en aquellos pacientes que lo precisen.

2. ÍNDICE:

1.-RESUMEN ……pág.2

2.-INDICE……..…pág.3

3.-INTRODUCCION……..pág.4

4.-EPIDEMIOLOGÍA……..……...……pág.5

5.-ETIOLOGÍA…….....pág.10

6.-DEFINICIONES……pág.12

6.1.-SCA CON ELEVACIÓN DE ST……..pág.12
6.2.-SCA SIN ELEVACIÓN DE ST……pág.13
6.3.-ENFERMEDAD LABORAL……..pág.13
6.4.-COSTE SANITARIO DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA……...pág.16

7.-OBJETIVOS…..……pág.18

8.-MATERIALES Y MÉTODOS. FUENTES UTILIZADAS……..…pág.19
8.1.-ANÁLISIS Y TABULACIÓN DE DATOS……pág.19

9.-RESULTADOS……...……...…...pág.22

9.1.-DATOS DEMOGRÁFICOS……...pág.22
9.2.-MECANISMO……..pág.23
9.3.-HORARIOS……pág.24
9.4.-FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR PREVIOS……pág.25
9.5.-TIEMPO MEDIO DE BAJA LABORAL……...pág.26
9.6.-ESTUDIO FUNCIONAL……pág.26

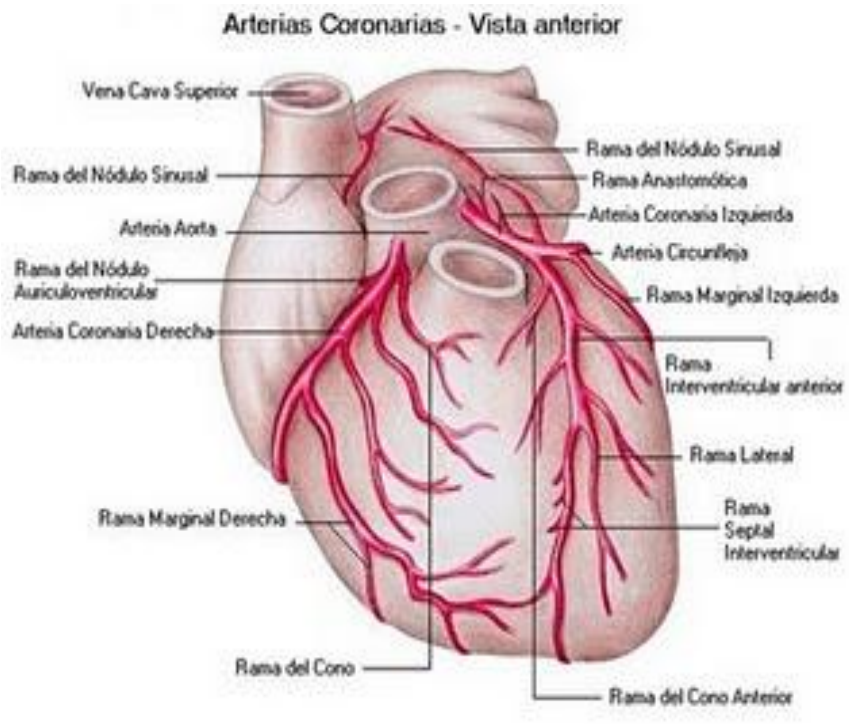
10.-DISCUSIÓN……..……..……...pág.27

11.-CONCLUSIONES……..……...pág.31

12.-BIBLIOGRAFÍA……..……...pág.40

3. INTRODUCCIÓN:

Se considera como cardiopatía isquémica las enfermedades cardiacas que afectan a la vascularización coronaria en un amplio sentido. Engloba tanto la angina de pecho, el infarto de miocardio o la afectación miocárdica (arritmias, disfunción ventricular) derivadas del desequilibrio existente entre el aporte y la demanda de oxígeno del miocardio, representando la causa principal de afectación cardiaca.



Anatomía cardiaca (arterias coronarias)

4. EPIDEMIOLOGIA:

Tal y como hemos comentado anteriormente en el resumen, la cardiopatía isquémica es la primera causa de morbimortalidad en nuestro país.

La morbilidad en España por enfermedades cardiovasculares, no es bien conocida, debido a la no existencia de una fuente de datos estable y exhaustiva.

Es la primera causa de muerte prematura, más de 70.000 personas ingresan cada año en nuestros hospitales con infarto agudo de miocardio, angina ó síndrome coronario.

Unas 30.000 personas mueren en la etapa pre-hospitalaria, sin llegar al nivel hospitalario, sólo 40.000 llegan con vida a un centro sanitario.

La tasa de morbilidad hospitalaria por cardiopatía isquémica es superior a 366 por 100.000 habitantes.

Las tasas de incidencia de infarto agudo de miocardio en España para individuos de 25 a 74 años oscila entre 135-210 nuevos casos anuales por cada 100.000 varones y entre 29-61 por cada 100.000 mujeres.

Este valor se multiplica por 10 a partir de los 75 años y en caso de mujeres incluso por 20, con cifras de 1500 hombres por 100.000 y 830 mujeres por 100.000.

Aunque los datos existentes muestran que la incidencia de cardiopatía isquémica en la población de 25 a 75 años, se mantiene estable, se estima que cada año aumenta en 1.5%, el número de pacientes que ingresa en los hospitales españoles, en gran medida debido al envejecimiento de la población, donde la enfermedad se presenta con gran prevalencia.
Es decir, cada año aumenta en unas 2.000 el número de personas ingresadas por síndrome coronario agudo.

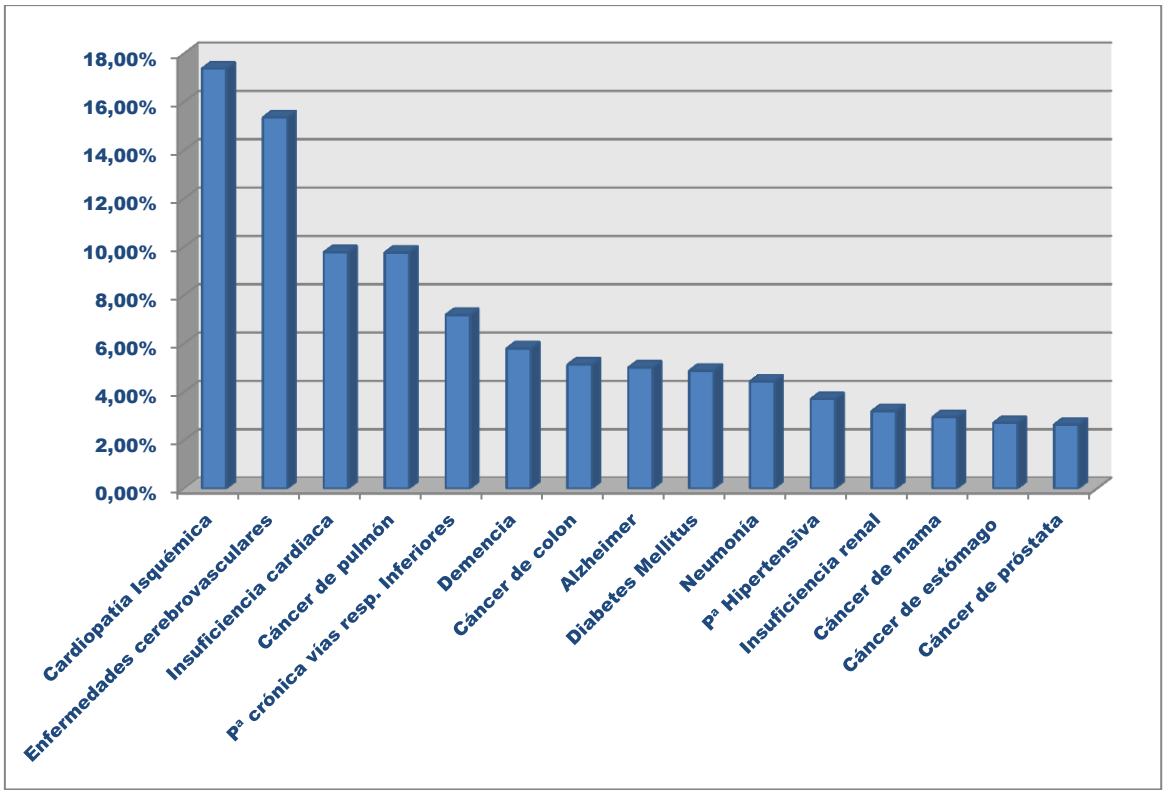
Con respecto a la mortalidad, las enfermedades cardiovasculares, son la primera causa de muerte en España. Según fuentes del Instituto Nacional de Estadística para el año 2008, las tres principales causas de mortalidad en España fueron las enfermedades cardiovasculares (responsables del 31,7% del total de defunciones), los tumores (26,9%) y las enfermedades del sistema respiratorio (11,4%).
El orden de importancia de estos tres grupos no ha variado respecto al año 2007, aunque mientras que el número de fallecidos del primer y tercer grupo descendió (un 1,3% y un 0,1%, respectivamente), las defunciones por tumores aumentaron (un 0,6%).
Los grupos de enfermedades causantes de fallecimiento que más aumentaron respecto al año 2007 fueron los trastornos mentales y del comportamiento y las enfermedades del sistema nervioso.

El número de defunciones según las causas de muerte más frecuentes en España en el año 2008 fue de 386.324, de éstas un total de 206.512 defunciones están por encima del 1,4% del total, lo que supone un total de 53,45 % del total de defunciones.

Total de defunciones en España (2008) 386.324

Enfermedades isquémicas del corazón	35.888
Enfermedades cerebrovasculares	31.714
Insuficiencia cardiaca	20.211
Cáncer de bronquios y pulmón	20.195
Enfermedades crónicas de las vías Respiratorias inferiores	14.857
Demencia	11.973
Cáncer de colon	10.602
Enfermedad de Alzheimer	10.349
Diabetes Mellitus	10.081
Neumonía	9.165
Enfermedad hipertensiva	7.642
Insuficiencia renal	6.621
Cáncer de mama	6.121
Cáncer de estómago	5.624
Cáncer de próstata	5.464

Basándonos en estadísticas del INE 2008, podemos confirmar que la cardiopatía isquémica causa más muertes, discapacidad y tiene un coste monetario mayor que cualquier otra enfermedad en los países desarrollados.



Representación gráfica defunciones en España en 2008, según fuentes INE

Muchas muertes son evitables con una actuación precoz y correcta y la mayoría de los pacientes que superan la fase crítica, pueden ser rehabilitados e incorporarse a su vida habitual.

Aquellos que ingresan en el centro hospitalario tienen una mortalidad anual de 10-12 % en total.

La enfermedad coronaria tiene un tratamiento preventivo de aquellos factores de riesgo modificables. Es previsible antes de su ocurrencia y son tratables los impactos negativos, una vez que ésta ha ocurrido.

Muchas de las acciones preventivas inciden también en el beneficio de la prevención de otras enfermedades vasculares.

La cardiopatía isquémica está íntimamente relacionada con la alimentación (grasas y carbohidratos), tabaquismo y vida sedentaria. En Estados Unidos y Europa Occidental está aumentando la incidencia entre los más pobres, no entre los ricos, que han adoptado un estilo de vida más saludable. Sin embargo, la prevención primaria ha logrado retrasar su aparición en todos los grupos sociales.

Los factores de riesgo son los siguientes:

1. Antecedentes familiares.
2. Hipertensión.
3. Hipercolesterolemia.
4. Tabaquismo.
5. Obesidad.
6. Sedentarismo.
7. Diabetes Mellitus.
8. Sexo masculino.
9. Mujeres postmenopáusicas.
10. Hiperfibrinogenia.
11. Hiperhomocistemia.

FRC MODIFICABLES	FRC INMODIFICABLES	ESTILOS DE VIDA
COLESTEROL ALTO	EDAD	TABAQUISMO
LDL ELEVADO	SEXO MASCULINO	DIETA
HDL BAJO	FAMILIAR CI/ECV	SEDENTARIA
HTA	HIV	"STRESS"
DIABETES	MENOPAUSIA	
OBESIDAD CENTRAL		
FIBRINOGENO ALTO		
TRIGLICERIDOS		
FACTOR VII(?)		

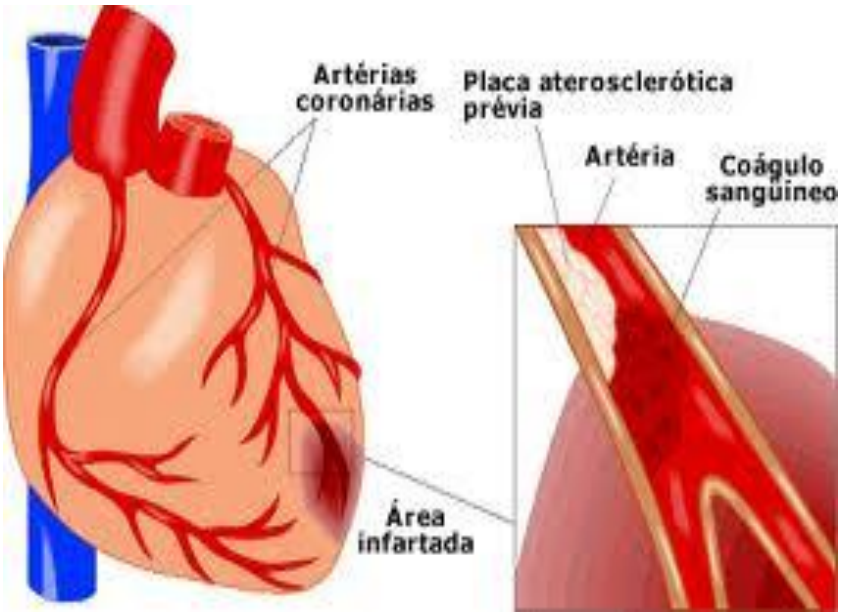
Factores de riesgo en cardiopatía isquémica

5. ETIOLOGÍA:

La causa más frecuente de isquemia coronaria es la Aterosclerosis de las arterias coronarias epicárdicas, con ó sin componente de espasmo coronario. Al reducir la luz de las coronarias, se reduce la perfusión, por lo que aumenta la demanda de oxígeno, en fases iniciales durante ejercicio ó estrés. Sin embargo cuando dicha obstrucción es pronunciada las necesidades del miocardio aumentan en estado basal, al quedar disminuida la perfusión miocárdica.

Enumeramos a continuación, otras causas de isquemia miocárdica:

1. Embolismo coronario.
2. Arteritis coronaria.
3. Estenosis de orificios coronarios: Aortitis luética.
4. Reducción del transporte de oxígeno por la sangre (anemias muy graves) ó elevaciones de carboxihemoglobina.
5. Aumento de demandas de oxígeno por hipertrofia ventricular grave.
6. Alteración de microcirculación coronaria: Síndrome X.

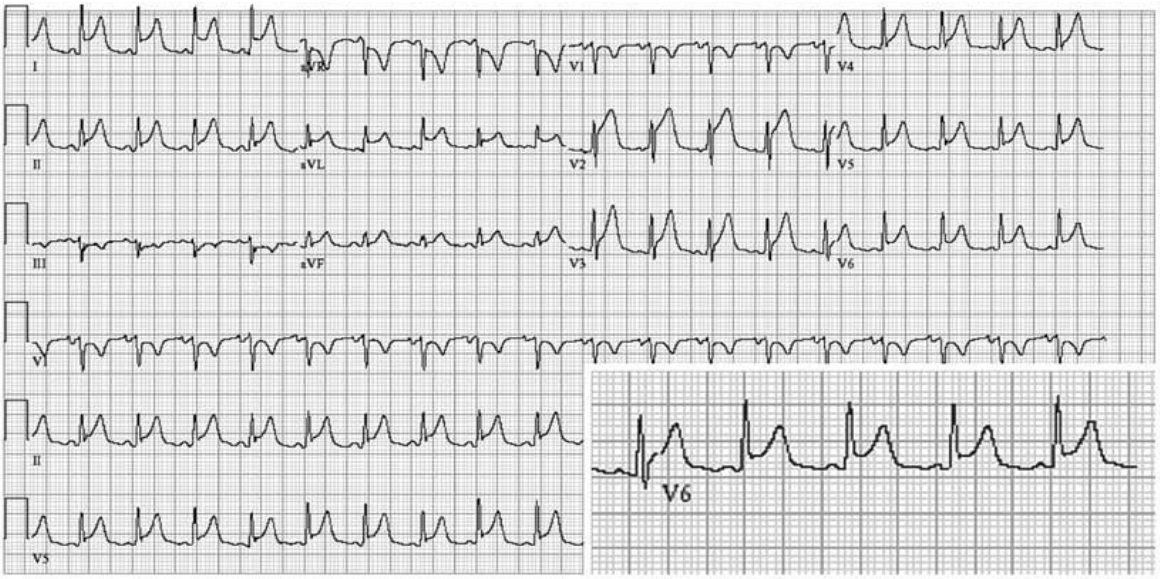


6.DEFINICIONES:

En este trabajo estudiaremos casos diagnosticados de cardiopatía isquémica en el medio laboral. Estamos hablando estrictamente de IAM, pués son los que a día de hoy y dentro de la cardiopatía isquémica son los aceptados como accidente de trabajo. En esta línea conviene especificar varios términos:

6.1- Síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST:

En siglas convencionales SCACEST. Aparición de clínica de angina con movilización enzimática principalmente marcadores miocárdicos del tipo troponina con elevación del segmento ST en derivaciones contiguas y aparición de ondas Q. Sería el antiguo infarto de miocardio.



6.2- **Síndrome coronario agudo sin elevación de ST**:

En siglas convencionales SCASEST. Aparición de clínica de angina con movilización enzimática principalmente marcadores miocárdicos del tipo troponina , sin elevación del segmento ST, con solo aparición de cambios en la onda T. Es el antiguo concepto de angina inestable.

6.3- **Enfermedad laboral**:

El artículo 115.1 del actual Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social , define el accidente de trabajo como “toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena”. Asimismo se determina que tendrán la consideración de accidentes de trabajo, los que sufra el trabajador al ir ó volver del trabajo: “In Itínere”.

En la cardiopatía isquémica sólo consideramos patología laboral al IAM, al tratarse de una lesión corporal tal y como reconoce el Tribunal Supremo. En estos pacientes es preciso buscar la relación causa-efecto, es decir, la aparición de IAM con el trabajo desempeñado.

Para ello, se busca la presunción de laboralidad, en el artículo 115.3 de la LGSS se establece que: "Se presumirá, salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y lugar de trabajo".

Asimismo cabe la posibilidad de que se pueda demostrar de manera inequívoca la ruptura de la relación causa-efecto entre el trabajo y la lesión, es decir, la carga de la prueba recae en quién estime que pese a haberse producido el IAM en lugar y tiempo de trabajo, no guarda relación directa con el mismo.

Sin embargo, no se considera como accidente de trabajo, el aparecido "in itínere". La jurisprudencia lo ha dejado suficientemente claro, el IAM "in itínere", no es accidente de trabajo, en atención a lo dispuesto en el artículo 84.3 LGSS (actual artículo 115.3) debe quedar acreditado una relación causal con el trabajo (en tiempo y lugar) pero no a los ocurridos en el trayecto de ida ó vuelta del trabajo.

Además el accidente de trabajo “in itínere”, se limita a los accidentes en sentido estricto, es decir, producidos por las lesiones súbitas y violentas producidas por un agente externo y no a las dolencias o procesos morbosos de distinta etiología y manera de manifestación.

Queda constancia de lo anterior en:

- Sentencia del 16 de Noviembre de 1998.
- Sentencia del 21 de Diciembre de 1998.
- Sentencia del 30 de Mayo de 2000.
- Sentencia del 30 Mayo de 2003.

Una vez dejado claro estos conceptos y basándonos en la escasa bibliografía existente sobre IAM en el trabajo, intentaremos realizar un estudio comparativo, entre cardiopatía isquémica laboral (IAM), y y de etiología no laboral, es decir, accidente de trabajo vs contingencia común.

Por tanto, de aquí en adelante nos referiremos como cardiopatía isquémica a todos los pacientes en general e IAM a los pacientes objeto de nuestro estudio en el ámbito laboral (accidente de trabajo).

En los últimos años, se han introducido métodos de diagnóstico y tratamiento muy eficientes que se han incorporado al cuidado habitual de esta patología.

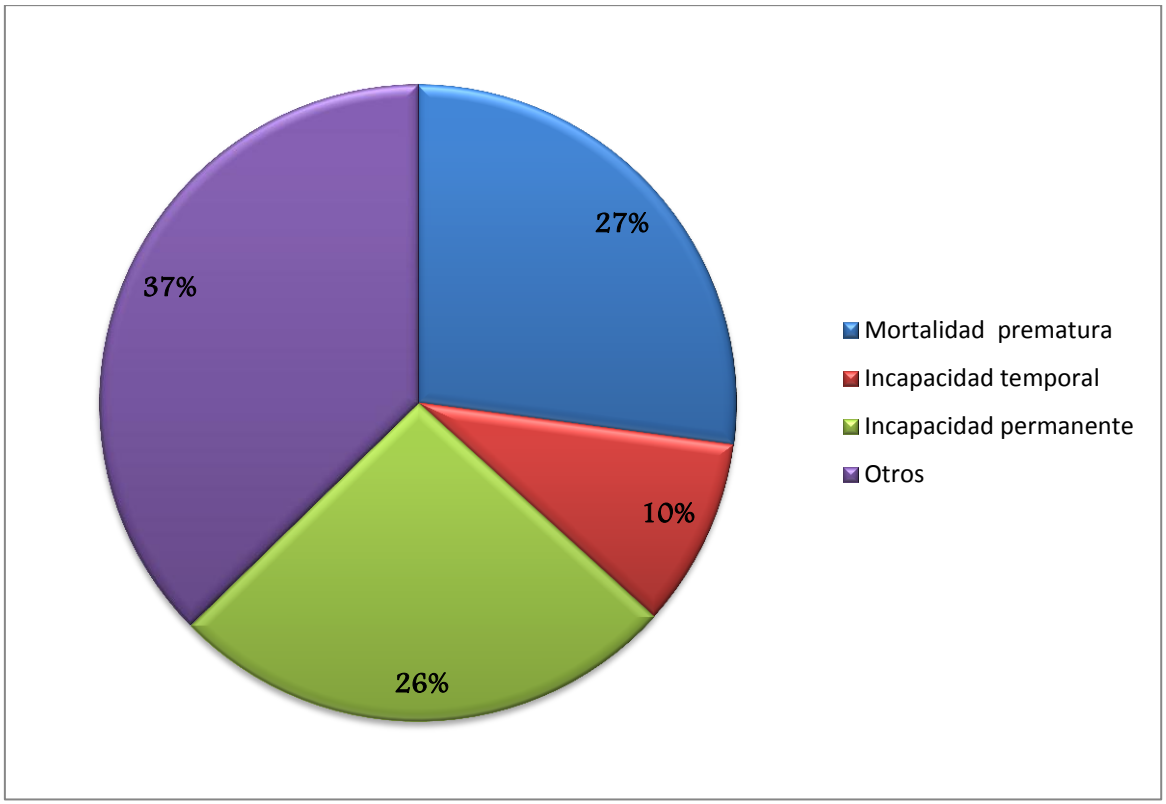
También se ha detectado una gran variabilidad en la práctica clínica. Las causas de esta variabilidad son diversas, entre las que destacan la ausencia de documentos y guías consensuadas de actuación.

En el caso de la cardiopatía isquémica como enfermedad laboral ocurre esto en un sentido más amplio. Habitual cuando confluyen distintas especialidades como la Cardiología y la Medicina Laboral.

6.4 COSTE SANITARIO DE CARDIPATÍA ISQUÉMICA:

En los últimos documentos institucionales del Ministerio de Sanidad y Consumo en 2003 (1), el coste total en cardiopatía isquémica, ronda los 1948,89 millones de euros:

- Pérdida de productividad laboral ocasionada por mortalidad prematura 528,43 millones de euros.
- Pérdida de productividad laboral por incapacidad transitoria187,05 millones de euros.
- Pérdida de productividad laboral por incapacidad permanente 505,97 millones de euros.



Pérdida de productividad por Cardiopatía Isquémica en España (Fuente MSC 2003)

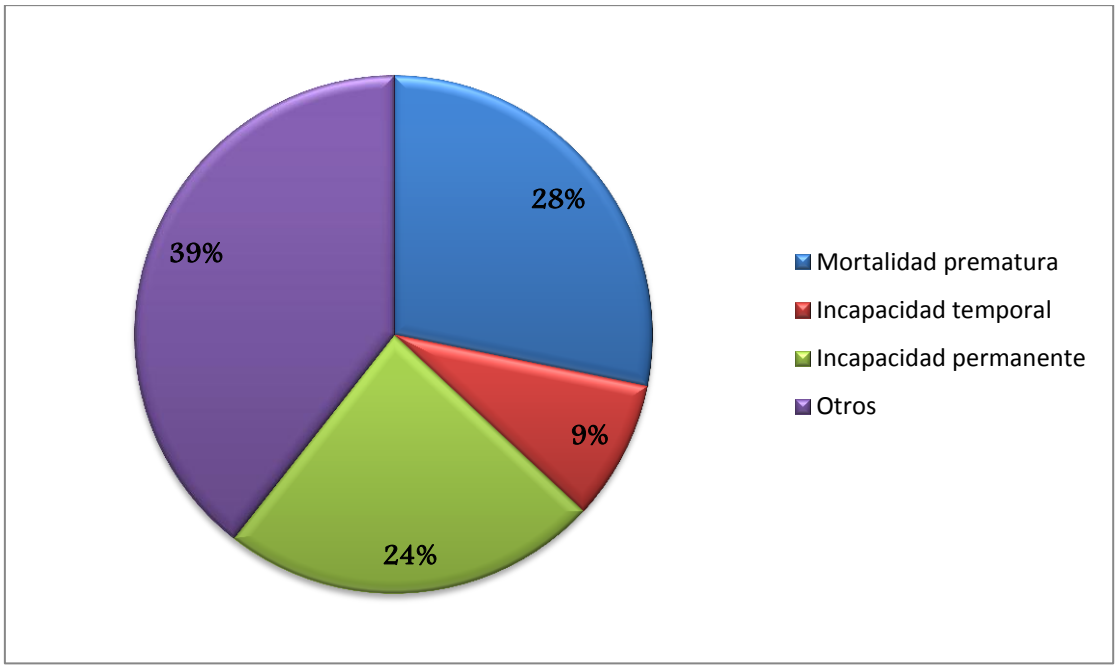
El interés del tema nos ha llevado a investigar la situación actual en nuestro entorno de trabajo. Centrándonos en la Comunidad andaluza :

- Coste total: 294,61 millones de euros.

- Pérdida de productividad laboral ocasionada por mortalidad prematura 82,96 millones de euros.

- Pérdida de productividad laboral por incapacidad transitoria 25,75 millones de euros.

- Pérdida de productividad laboral por incapacidad permanente. 69,65 millones de euros.



Pérdida de productividad por C. Isquémica en Andalucía (Fuente MSC 2003)

7.OBJETIVOS:

Se procede a la recopilación y estudio de todos los casos registrados en ASEPEYO bajo el diagnóstico de Cardiopatía Isquémica, durante el periodo de tiempo comprendido entre Enero y Diciembre de 2009.

De este análisis se pretenden identificar:

a) Casos que fueron considerados accidente de trabajo ó se derivaron al SPS para seguimiento posterior.

b) Factores de riesgo laborales y no laborales.

c) Posibilidades terapéuticas.

d) Reincorporación laboral vs Incapacidad permanente.

e) Repercusión de IAM en IT.

8. MATERIALES Y MÉTODOS. FUENTES UTILIZADAS:

8.1. Análisis y tabulación de datos:

Se obtienen de la Mutua ASEPEYO en la Comunidad Autónoma de Andalucía en los años 2009 y 2010 con diagnóstico de Infarto de Miocardio o Angina de pecho, con código CIE 9. Se valoraron:

- Datos demográficos: edad, sexo, lugar de trabajo.
- Profesión.
- Tipo de trabajo manual o no. Clasificación en cuello azul (manual) y blanco (no manual).
- Mecanismo.
- Horario.
- Factores de riesgo cardiovascular conocidos previamente.
- Extensión de la cardiopatía isquémica. Numero de vasos afectos.
- Procedimiento terapéutico. Fibrinolisis, angioplastia, intervención de by-pass aortocoronario, rehabilitación cardiaca.
- Función ventricular residual post-infarto.
- Capacidad funcional post-infarto: METS residuales.
- Tiempo de baja laboral.
- Incapacidad laboral. Parcial o permanente.
- Mortalidad.

Se obtuvieron las correspondientes autorizaciones para utilizar los datos, siguiendo las normas legisladas de protección de información.

Se extrajeron historias clínicas del programa de datos COSTAISA, del programa CHAMAN, informes de asistencia de urgencias, tanto de ASEPEYO como del centro del Servicio Público de Salud. Así como de la historia clínica del cardiólogo de la Mutua, que lo revisa.

Los pacientes fueron atendidos sin restricción de edad, pero correspondían a una población en edad laboral y en actividad en el momento del evento.

Se considera periodo de baja laboral los días que el paciente permanece en este estado hasta que la Inspección Médica le da el alta.

En caso de incapacidad permanente antes de agotar el periodo correspondiente se considera la máxima de 540 días. Algunos pacientes pueden agotar este periodo máximo y continuar de baja laboral al ser admitidos de nuevo por la Mutua como accidente laboral, al ser considerados en un principio como enfermedad común y ser devueltos por el INSS como accidente laboral. El máximo de baja laboral computado seria 540 días, correspondientes a los 18 meses.

Los pacientes tienen diagnóstico de síndrome coronario agudo tipo infarto de miocardio o angina inestable. Corresponden a los números 410, 411, 412 y 413 de la Clasificación Internacional de Enfermedades, códigos CIE 9.

	CARDIOPATIA ISQUEMICA (410-414)
410	INFARTO AGUDO MIOCARDIO
410.0	INFARTO AGUDO MIOCARDIO.PARED ANTEROLATERAL (+)
410.00	INFARTO AGUDO MIOCARDIO.PARED ANTEROLATERAL.NEOM
410.01	INFARTO AGUDO MIOCARDIO.PARED ANTEROLATERAL.INICIAL
410.02	INFARTO AGUDO MIOCARDIO.PARED ANTEROLATERAL.SUBSIGUIENTE
410.1	INFARTO AGUDO MIOCARDIO.OTRA PARED ANTERIOR (+)
410.10	INFARTO AGUDO MIOCARDIO.OTRA PARED ANTERIOR.NEOM
410.11	INFARTO AGUDO MIOCARDIO.OTRA PARED ANTERIOR.INICIAL
410.12	INFARTO AGUDO MIOCARDIO.OTRA PARED ANTERIOR.SUBSIGUIENTE
410.2	INFARTO AGUDO MIOCARDIO.PARED INFEROLATERAL (+)
410.20	INFARTO AGUDO MIOCARDIO.PARED INFEROLATERAL.NEOM
410.21	INFARTO AGUDO MIOCARDIO.PARED INFEROLATERAL.INICIAL
410.22	INFARTO AGUDO MIOCARDIO.PARED INFEROLATERAL.SUBSIGUIENTE
410.3	INFARTO AGUDO MIOCARDIO.PARED INFEROPOSTERIOR (+)
410.30	INFARTO AGUDO MIOCARDIO.PARED INFEROPOSTERIOR.NEOM
410.31	INFARTO AGUDO MIOCARDIO.PARED INFEROPOSTERIOR.INICIAL
410.32	INFARTO AGUDO MIOCARDIO.PARED INFEROPOSTERIOR.SUBSIGUIENTE
410.4	INFARTO AGUDO MIOCARDIO.OTRA PARED INFERIOR (+)
410.40	INFARTO AGUDO MIOCARDIO.OTRA PARED INFERIOR.NEOM
410.41	INFARTO AGUDO MIOCARDIO.OTRA PARED INFERIOR.INICIAL
410.42	INFARTO AGUDO MIOCARDIO.OTRA PARED INFERIOR.SUBSIGUIENTE
410.5	INFARTO AGUDO MIOCARDIO.OTRA PARED LATERAL (+)
410.50	INFARTO AGUDO MIOCARDIO.OTRA PARED LATERAL.NEOM
410.51	INFARTO AGUDO MIOCARDIO.OTRA PARED LATERAL.INICIAL
410.52	INFARTO AGUDO MIOCARDIO.OTRA PARED LATERAL.SUBSIGUIENTE
410.6	INFARTO AGUDO MIOCARDIO.PARED POSTERIOR (+)
410.60	INFARTO AGUDO MIOCARDIO.PARED POSTERIOR.NEOM
410.61	INFARTO AGUDO MIOCARDIO.PARED POSTERIOR.INICIAL
410.62	INFARTO AGUDO MIOCARDIO.PARED POSTERIOR.SUBSIGUIENTE
410.7	INFARTO AGUDO MIOCARDIO.SUBENDOCARDICO (+)
410.70	INFARTO AGUDO MIOCARDIO.SUBENDOCARDICO.NEOM
410.71	INFARTO AGUDO MIOCARDIO.SUBENDOCARDICO.INICIAL
410.72	INFARTO AGUDO MIOCARDIO.SUBENDOCARDICO.SUBSIGUIENTE
410.8	INFARTO AGUDO MIOCARDIO.OTRO (+)
410.80	INFARTO AGUDO MIOCARDIO.OTRO.NEOM
410.81	INFARTO AGUDO MIOCARDIO.OTRO.INICIAL
410.82	INFARTO AGUDO MIOCARDIO.OTRO.SUBSIGUIENTE
410.9	INFARTO AGUDO MIOCARDIO.NEOM (+)
410.90	INFARTO AGUDO MIOCARDIO.NEOM.NEOM
410.91	INFARTO AGUDO MIOCARDIO.NEOM.INICIAL
410.92	INFARTO AGUDO MIOCARDIO.NEOM.SUBSIGUIENTE
411	ENFERMEDAD CARDIACA ISQUEMICA AGUDA OTRA
411.0	SINDROME POSTINFARTO MIOCARDIO
411.1	SINDROME CORONARIO INTERMEDIO
411.8	ENFERMEDAD CARDIACA ISQUEMICA AGUDA.OTRA (+)
411.81	OBSTRUCCION CORONARIA SIN INFARTO MIOCARDIO
411.89	ENFERMEDAD CARDIACA ISQUEMICA AGUDA.OTRA
412	INFARTO ANTIGUO MIOCARDIO (#)
413	ANGOR PECTORIS
413.0	ANGOR PECTORIS DECUBITO
413.1	ANGINA DE PRINZMETAL
413.9	ANGOR PECTORIS.OTRO Y NEOM

Bibliografía obtenida de Pub-med y búsqueda informática general.

Se analizaron con paquete estadístico habitual de SPS de Windows Vista.

9. RESULTADOS:

9.1. Datos demográficos:

a). Sexo: 29 masculino y ninguno femenino.

Edad: 45,42 años (+/-13)

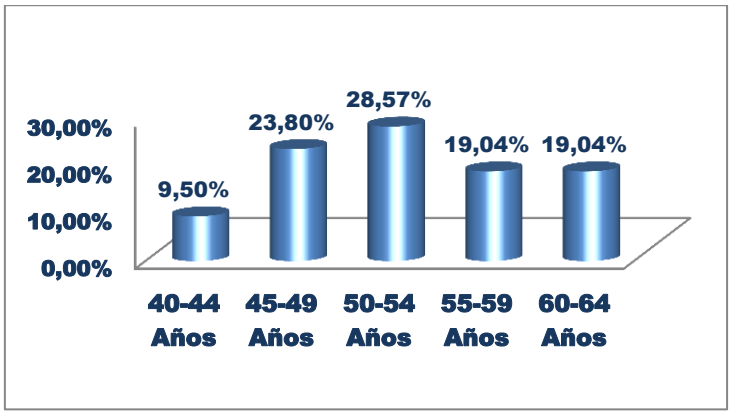


Gráfico de distribución por edad

b). Profesión: Cuello blanco: 27,70 %

Cuello azul: 72,30 %

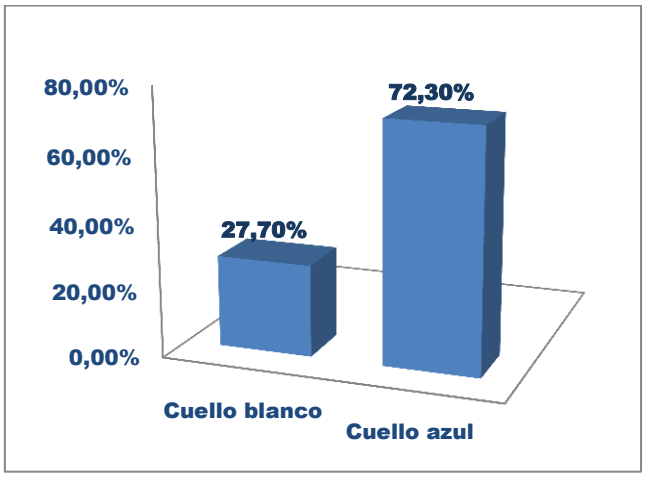


Gráfico de distribución por profesión

c). Provincia:

Cádiz. 42,1 %

Córdoba 10,5 %

Huelva 15,7 %

Granada 5,2 %

Málaga 10,5 %

Sevilla 15,7%

Almería y Jaén 0%

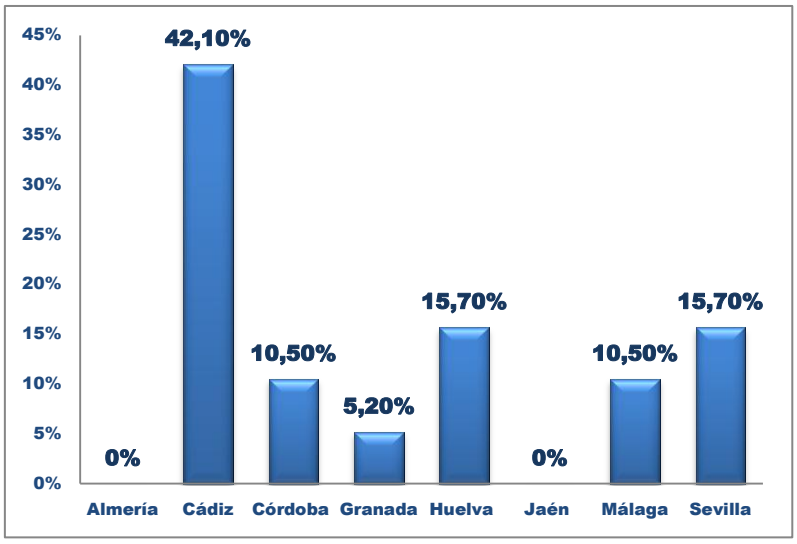


Gráfico de distribución por provincias

9.2. Mecanismo:

En reposo. 27,7 %

En esfuerzo 42,1 %

Post-esfuerzo 5,2%

No especificado 20,8 %

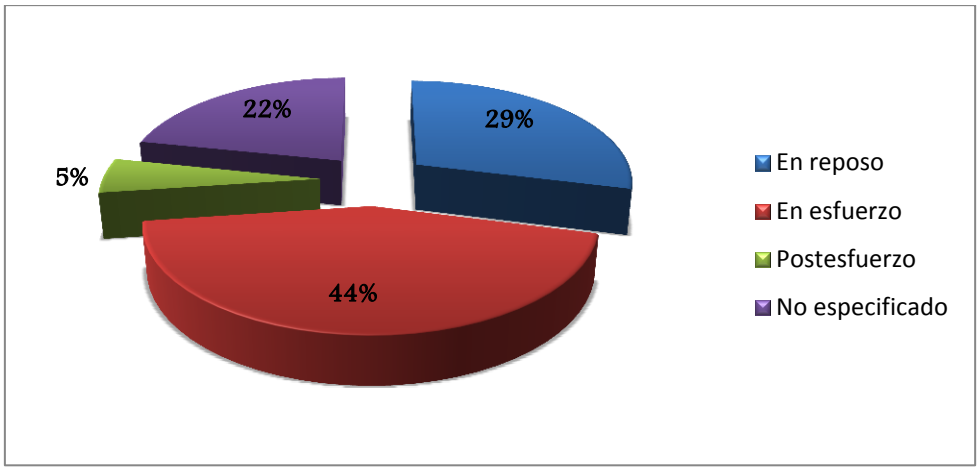


Gráfico de distribución por mecanismo

9.3. Horario:

Mañana 8 a 15 h , tarde 15 a 22 h, 22 a 8 h.

Consta en 13 pacientes. No consta en 16.

Turno de mañana 8 pacientes

Turno de tarde 3 pacientes

Turno de noche 2 pacientes.

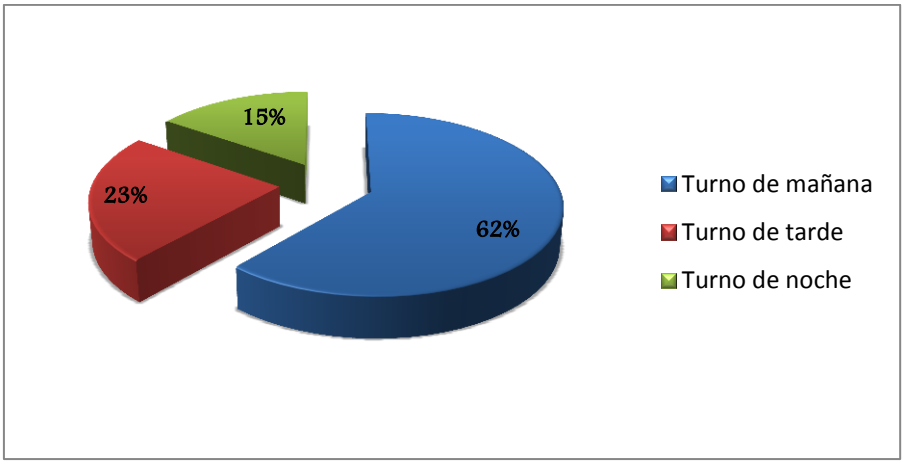


Gráfico de distribución por horario

9.4. Factores de riesgo cardiovascular previos:

Tabaquismo 57,2 %

Hiperlipemia 20,8 %

Diabetes Méllitus 20,8 %

Hipertensión 20,8 %

Obesidad 5,2 %

Familiar 5,2 %

Ninguno 5,2 %

No consta 26,2 %

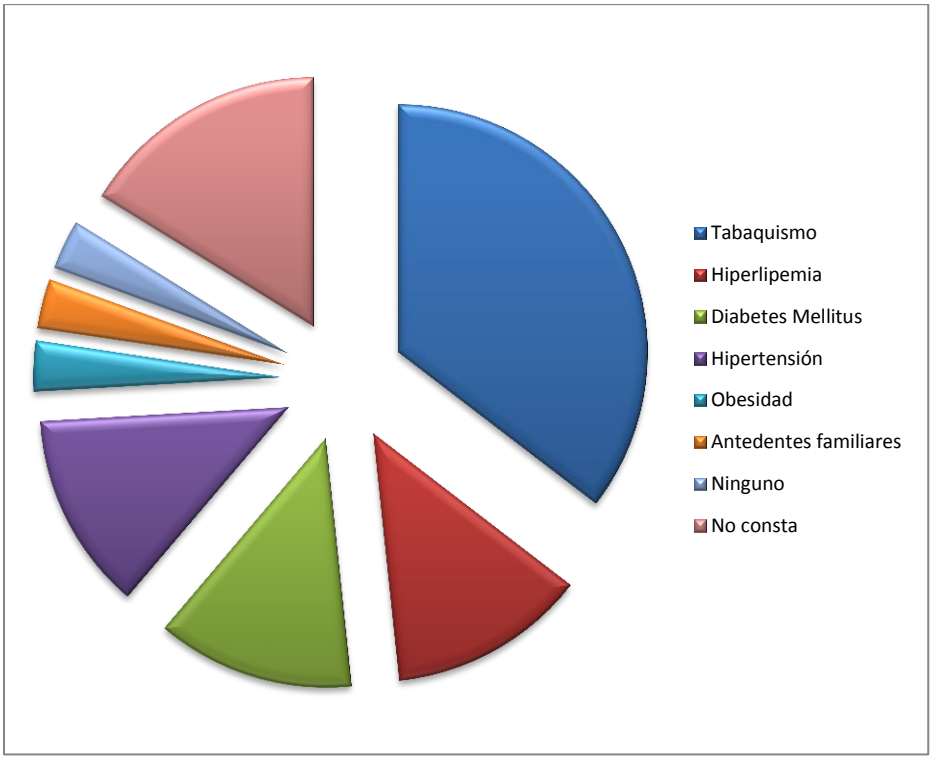


Gráfico de distribución por factores de riesgo cardiovascular

Número de factores de riesgo cardiovascular:

Un factor de riesgo 52,5 %

Dos factores de riesgo 36,4 %

Tres factores de riesgo 10,4 %

Cuatro o más 0 %

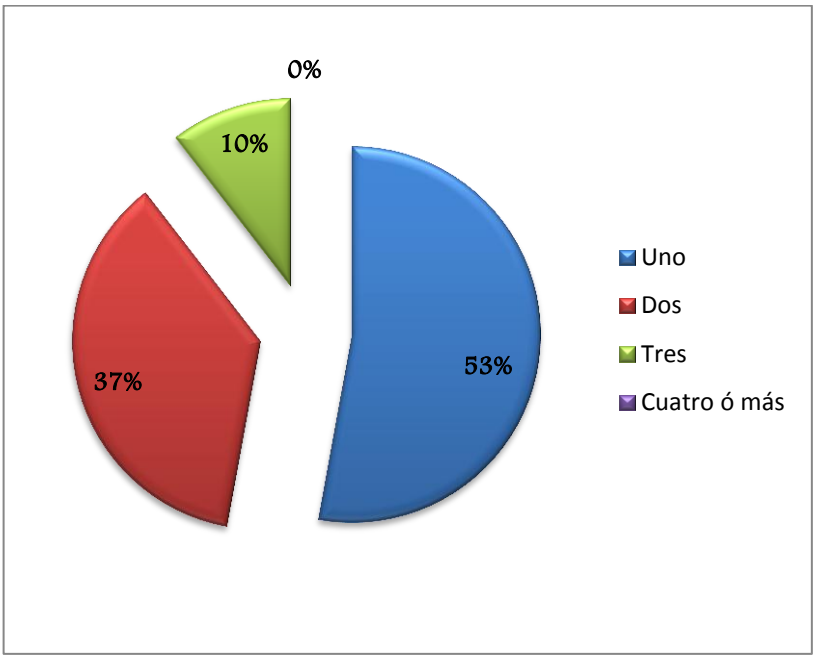


Gráfico de distribución por número de factores de riesgo cardiovascular

9.5. Tiempo medio de baja laboral:

255 días (entre 54-540 días).

9.6. Estudio Funcional:

Se realiza por medio de medición por ergometría convencional en METS deducidos. Existía constancia de ergometría con consumo de oxígeno en 17 pacientes. De los 29 totales. Cifras medias de 7,5 METS (3-17).

Pacientes con menos de 5 METS que es el nivel considerado mínimo para incorporación laboral, en 3 pacientes: respectivamente 3. 3 y 4 METS. Los cuales terminaron en incapacidad. Pero seis de capacidad funcional mayor también terminaron en incapacidad.

10. DISCUSIÓN:

1. Distribución por sexos:

Los datos estadísticos muestran la presentación de la patología coronaria en edades medias de actividad laboral analizada en nuestro medio afecta exclusivamente a varones. Las razones de la edad media de la población estudiada en 45,42 años, de muy baja presentación de enfermedades coronarias en mujeres, por la protección hormonal y el retardo de unos 15 años en esta epidemia que se provoca en el sexo femenino.

2. Profesión:

Respecto al tipo de profesión, la mayoría son trabajadores manuales o de cuello azul en un 72 %.

3. Distribución geográfica:

La provincia que más trabajadores ha aportado es Cádiz, seguida de Sevilla Huelva y Málaga. Ello habría que valorarlo respecto a la masa de población laboral tendida en cada una de ellas por la Mutua.

Es significativo que no aparezca ningún trabajador de Jaén y Almería. Desconocemos el valor de ello.

4. Circunstancias laborales:

El mecanismo y horario tiene importancia en la valoración laboral de la mayoría de las enfermedades. En el caso del síndrome coronario que hemos analizado la mayoría se producen en esfuerzo, con tasas del 42,1 %. Ello hay que tenerlo en cuenta en el contexto que como comentamos arriba los afectos son trabajadores de cuello azul, que la actividad física forma parte de su actividad laboral. Pero es de reseñar que no se especifica en el 20,8 %. Lo que comentaremos más tarde.

El horario es predominantemente de mañana, que por otro lado es el horario más frecuente. También se refleja que en la historia no aparece reseñado la hora del evento en la mayoría de los pacientes.

5. Factores de riesgo cardiovascular:

Se asemeja a los datos de la población general. No se enfatizará lo suficiente el valor de los Servicios de Prevención insistiendo en unos hábitos de vida cardiosaludables: abandono del tabaco, control de lípidos y medidas cardiosaludables.

6. Tiempo de baja laboral:

Los datos de nuestra población revelan 255 días de media, aproximadamente 8 meses y medio. Hay pacientes que agotan su periodo completo hasta la incapacidad de 540 días, y el que menos de 54 días.

La media de 255 días parece excesivo a todas luces. En trabajos sobre el tema las cifras de alta están entre 83 y 54 % a los tres meses (4,5,6) , mientras que en nuestra serie es de 6.6 % a los 3 meses.

En este proceso de atención del paciente se realiza el diagnóstico y tratamiento.

Los continuos avances en el conocimiento de la etiología, mecanismos fisiopatológicos, de los métodos de diagnóstico, así como de las diferentes posibilidades terapéuticas, sobre todo con la aparición de la angioplastia, ha hecho cambiar el pronóstico de muchas patologías cardiacas, así sucede en el campo de la cardiopatía isquémica. Prácticamente la mayoría de los pacientes se encuentran recuperados a los 3-4 meses, habiendo concluido su estudio.

Los datos de países occidentales son reflejados aquí (9,10 y 11).

- EE. UU: El 63-94 % de los pacientes que han sufrido un IAM vuelven al trabajo en un periodo variable de tres a cuatro meses.
- Suecia y Noruega. Los porcentajes varían entre el 58-80 %.

- Alemania. La reintegración laboral tras IAM o tras by-pass coronario tuvo éxito en el 40-60 % de los casos.
- Israel todos los pacientes vuelven al trabajo los primeros días, pero en la década de los ochenta los porcentajes disminuyeron al 52-83 %.
- Bélgica. Los datos recientes sobre Bélgica muestran que el 85-87 % de aquellos que trabajaban antes del IAM se reincorporaron.
- Dinamarca. La vuelta temprana al trabajo puede tener éxito, como muestra un estudio danés en el cual el 90 % de los pacientes retornaba a su puesto de trabajo después de 6 meses, pero sólo el 50 % continuaba trabajando después de 4 años.

7.Capacidad Funcional:

Los datos de capacidad funcional media están de acuerdo con las medias de poblaciones post-infarto, en 7,5 METS. Igual que ocurre en otras series es difícil extrapolar datos, pues la mayoría de los pacientes no tiene ergometría post-infarto, lo que sería deseable para su valoración pués es el manejo habitual de este tipo de pacientes.

Como aparece en resultados solo la tenían realizada el 58 %. Como comentamos al principio al ser una población de edad muy concreta y trabajadores, en su mayoría manuales, no se puede efectuar comparaciones.

Si que hay pacientes con una mayor capacidad funcional que no se incorporan, posiblemente al ser trabajadores manuales de altos requerimientos energéticos. Por ejemplo para la construcción hacen falta una media de 10-12 METS de capacidad funcional pico que permita desarrollar una tarea continuada de 8 horas a 6 METS.

11.CONCLUSIONES:

Este trabajo permite conocer el estado de la incapacidad laboral por enfermedad coronaria en nuestro ámbito de trabajo. Se observa que no hay diferencias significativas con la bibliografía existente, que como se comenta es escasa.

En nuestro país es todavía más deficitaria la asistencia en la recuperación y rehabilitación del post-infartado.

Ha permitido dar una visión descriptiva de la situación que nos movemos en España, dentro de nuestra Mutua que está muy sensibilizada con esta patología y sus repercusiones.

Enumeramos a continuación los parámetros que consideramos importantes para unificar conceptos y actuaciones en pacientes infartados en el ámbito laboral:

1. Historia clínica:

Es importante reflejar en las historias clínicas de los pacientes el mecanismo y horario del evento coronario por las repercusiones posteriores que estos primeros informes tienen. Dichas repercusiones no solo son internas e inmediatas de tipo informativo sino a largo plazo con vistas a procesos de valoración de incapacidad y judiciales.

De este modo, este punto merece la pena una reflexión por las posibles implicaciones sobre indemnizaciones y posibles reclamaciones judiciales, hacen que deben detallarse en la historia clínica todos los datos del momento que se genera el evento en forma de horario, circunstancias, turno, y lo que sea de interés para un futuro en los aspectos legales.

2. Factores de riesgo:

Aunque la mayoría de los pacientes tienen un solo factor de riesgo, es el tabaquismo el predominante. Dentro de la política de prevención de riesgos laborales, en las revisiones realizadas en los Servicios de Prevención sería recomendable incidir en este punto.

Existen diversas estrategias de distinta efectividad: consejo de los tres minutos, entrega de documentación y seguimiento en visita personal o telefónica, por ejemplo.

Por tanto, es muy importante hacer hincapié en los hábitos de vida cardiosaludables, en las altas de asistencia por cualquier motivo, que figure la abstención del tabaco. Ello podría tener repercusiones sobre que la Mutua ha insistido antes del evento coronario y el paciente no ha seguido el consejo, apareciendo responsabilidad por parte del paciente.

3. Tiempo de baja laboral:

La incapacidad laboral es la situación en la que se encuentra un individuo, debido a una enfermedad o lesión, que le produce una imposibilidad de realizar su trabajo habitual. Esta incapacidad puede ser temporal o permanente, originándole unas privaciones económicas.

Es muy importante la adecuada valoración de la incapacidad laboral:

. En primer lugar, permitiendo que no se quede sin prestación nade que tenga derecho a ella, así como que tampoco se produzcan desviaciones de la misma, con intereses muy concretos en el caso de accidente laboral.

. En segundo lugar, por los importantes costes económicos de que de ella se derivan, más aún cuando se considera la incapacidad secundaria a un accidente laboral.

El diagnóstico y tratamiento precoz han permitido acortar la hospitalización y recuperación de estas enfermedades.

Actualmente la realización de la angioplastia tiene una hospitalización de unos 2 a 3 días máximo, con rápida recuperación dado que en un procedimiento mínimamente invasivo: se realiza por punción de arteria radial en la muñeca que no precisa reposo y solo ligera compresión, etc. Por ello revisar al paciente con vista a su incorporación laboral se puede hacer en el plazo de pocos días, en la segunda semana.

Lo que sirve para planificar su recuperación y valoración tras el procedimiento que permita una incorporación precoz.

Además existe la posibilidad de remitirlo a Centros de Rehabilitación Cardíaca que han demostrado un ahorro de costes en cuanto a incapacidad y medicación. Estudios de los grupos de más experiencia española muestran un ahorro de 1.641 euros por paciente publicados en la Revista Española de Cardiología (12).

Dado que la enfermedad coronaria es una patología crónica, la valoración de la incapacidad laboral en este tipo de pacientes es un asunto relativamente frecuente y complejo, que depende:

- El grado de afectación coronaria del paciente
- El tipo de actividad laboral que éste pretende realizar.

Existen múltiples posibilidades terapéuticas que deben ser consideradas en cada paciente:

- El tratamiento médico ha mejorado espectacularmente el pronóstico y la capacidad funcional de los pacientes con angina de pecho. Actualmente las tasas de angioplastia coronaria son cercanas al 80 % de los pacientes evitando la cirugía coronaria de mayor incapacidad. La revascularización mecánica mediante angioplastia percutánea (ACTP) permite el alta del paciente en 24-48 horas. También la cirugía coronaria minimamente invasiva.

- Por último, se ha experimentado un importante avance en lo que respecta a la creación de unidades de rehabilitación cardíaca. Siguiendo las recomendaciones del Informe 270 de la OMS, (aunque en España, existen pocas Unidades en relación al resto de Europa), donde está reconocida su importancia en la precoz reincorporación laboral, así como su actuación sobre los factores sociales y psicológicos que pudieran dificultar la vuelta al trabajo.

Esas nuevas alternativas son parte fundamental determinar el pronóstico y la capacidad funcional del enfermo. La conclusión de dicha valoración debe siempre relacionar el pronóstico y la capacidad funcional del paciente con su actividad laboral.

4. Valoración funcional:

En la serie estudiada existen pocos datos ergométricos. Como hemos comentado sólo se ha realizado en algo más de la mitad de los pacientes. Ésto requiere una explicación: Existe una tendencia actual de no estudiar por medio de la ergometría a los pacientes post-infarto, ya que la práctica del cateterismo en la mayoría de ellos, al realizársele la angioplastia primaria en el momento del infarto lo estratifica y muestra las lesiones coronarias. Pero la ergometría es fundamental para la valoración laboral, prescripción del ejercicio y rehabilitación cardíaca.

5. Propuestas de Mejora. Protocolos de actuación:

La actuación que permitiría mejorar el flujo de pacientes infartados sería la siguiente:

1. Revisiones anuales de empresa: Incidir recomendaciones para modificación de FRCV. Consejo de los 3 minutos para abandono hábito tabáquico.
2. Valorar implantación programa Ex-fúmate en empresas, con charlas explicativas y entrega de documentación (video-CD)

3. Unificar codificación del síndrome coronario agudo para permitir un manejo más adecuado y ágil.

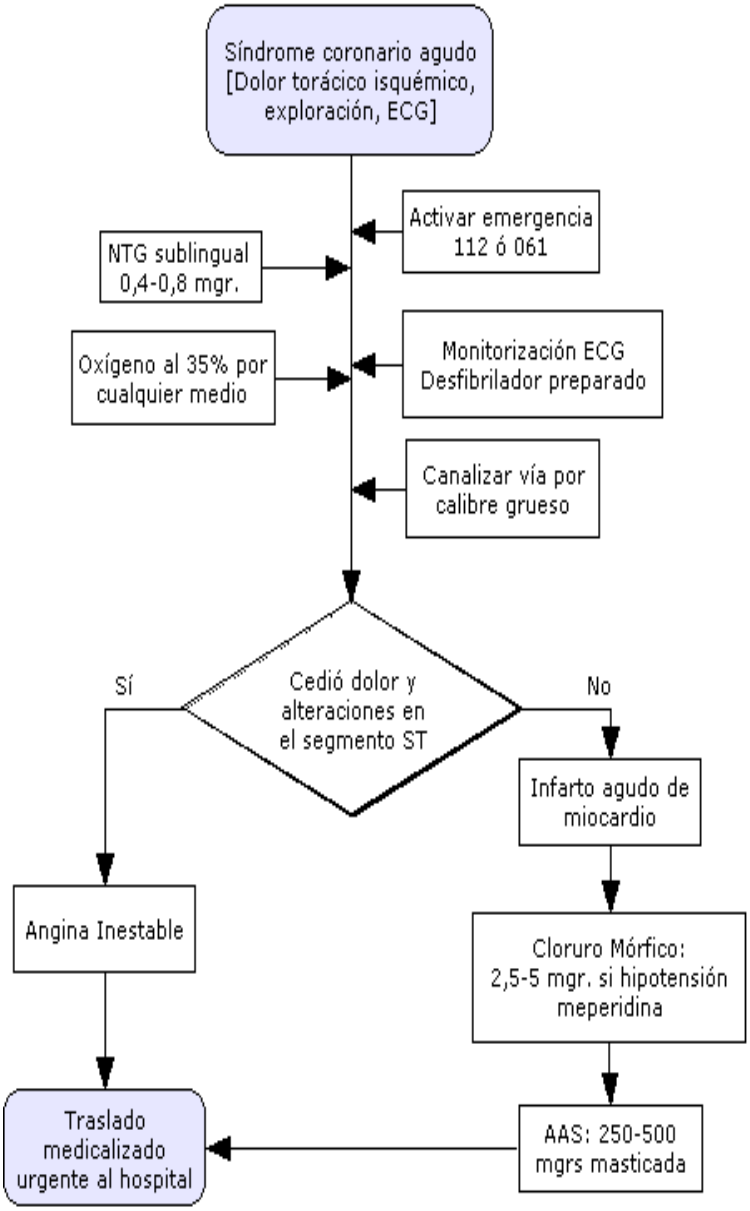
4. La primera revisión: Se realizaría en la segunda semana tras el alta. En ella se planifican los cuidados:

   a. Revisión de documentación clínica y medicación: Informes hospitalarios (urgencias, alta provisional….).
   b. Revisión cardiológica en Mutua a la semana del alta,si es posible, valorando previamente estado de salud del paciente, tanto físico como psíquico y ofreciendo todos los medios posibles para una buena atención de calidad.
   c. Tras primera consulta plantear la posibilidad de vuelta al trabajo, es decir, explicar al paciente el tiempo estándar de IT, según afectación cardiaca y puesto de trabajo desempeñado.
   d. Derivar a cardiólogo consultor, a la semana como máximo de la primera consulta en nuestros centros asistenciales, para que tras valoración y pruebas complementarias, tengamos informe y protocolo a seguir según estado del paciente.
   e. Derivar a Unidad de Rehabilitación Cardíaca tras ser valorado por cardiólogo consultor, es decir, en la tercera semana, tras el alta hospitalaria.

f. Si la valoración cardiológica lo permitiese realizar ergometría en la tercera semana tras alta hospitalaria.

g. Derivar a psiquiatra y/ó psicólogo consultores, para intentar minimizar la aparición ó empeoramiento de la patología psicológica que frecuentemente aparece en pacientes que han sufrido episodio de IAM. Dar pautas de afrontamiento, ayudar a disminuir el estrés que supone el volver a la vida cotidiana tras sufrir un IAM,……

Por último, presentamos algoritmo a modo de recuerdo del manejo del paciente con síndrome coronario agudo:



12.BIBLIOGRAFÍA:

1. Estrategia en Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones del MSC. Madrid 2006.

2. Sosa V. Guía práctica de ayuda para valorar incapacidad laboral en la cardiopatía isquémica. Sosa Rodríguez V, editor. Estudio de la incapacidad laboral por enfermedades cardio-circulatorias. 2.ª ed. Madrid: Sociedad Española de Cardiología; 2005. p. 197-201. Disponible en: http://secpyr.org/libro_pdf/cap_15.pdf

3. Lluís Tomàs i Abadal, Cristina Varas Lorenzo, Iñaki Pérez, Teresa Puig y Ignacio Balaguer Vintró Factores de riesgo y morbimortalidad coronaria en una cohorte laboral mediterránea seguida durante 28 años. Estudio de Manresa. Rev Esp Cardiol. 2001;54:1146-54. - Vol. 54 Núm 10.

4. Gutiérrez Morlote J, Vacas Arlandis M, Lobato García A, Llorca Díaz J, Prieto Solís JA, Domenech Delgado J y San José Garagarza JM. Impacto del infarto de miocardio en la situación laboral de los pacientes Rev Esp Cardiol. 1999;52:556-62. - Vol.52 Núm 8.

5. Sainz Hidalgo I. Rehabilitación cardiaca y atención primaria. Edit Med Panamericana, Madrid, 2000: 163-74.

6. Salvador Espinosa Caliani, José C Bravo Navas, Juan J Gómez-Doblas et al. Rehabilitación cardíaca postinfarto de miocardio en enfermos de bajo riesgo. Resultados de un programa de coordinación entre cardiología y atención primaria. Rev Esp Cardiol. 2004;57:53-9. - Vol.57 no. 01 DOI: 10.1157.

7. Ávarez-Bandrés N, Malillos-Torán M, Domínguez-Aragó A, Lapresta C, Numancia-Andreu R. Reinserción laboral tras infarto agudo de miocardio (IAM): tratamiento rehabilitador frente a tratamiento convencional tras IAM. Rehabilitación (Madr). 2008;42:224-30.

8. Hämäläinen H, Mäki J, Virta L, Keskimäki I, Mähönen M, Moltchanov V, et al. Return to work after first myocardial infarction in 1991-1996 in Finland. Eur J Public Health. 2004;14:350-3.

9. Gutiérrez J, Vacas M, Lobato A, Llorca J, Prieto JA, Domenech J, et al. Impacto del infarto de miocardio en la situación laboral de los pacientes. Rev Esp Cardiol. 1999;52:556-62.

10. Dumont S, Jobin J, Deshaies G, Trudel L, Chantale M. Rehabilitation and the socio-occupational reintegration of workers who have had a myocardial infarct: a pilot study. Can J Cardiol. 1999;15:453-61.

11. Kavanagh T, Shephard RJ. Importance of physical activity in post-coronary rehabilitation. Am J Phys Med. 1973;52: 304-14.

12. Maroto Montero JM, De Pablo Zarzosa C, Morales Duran M, Artigao Ramírez R. Rehabilitación cardíaca. Análisis de coste-efectividad. Rev Esp Cardiol. 1996;49:753-8.