
Guía práctica de ayuda para valorar Incapacidad Laboral en la Cardiopatía Isquémica

Dr. Valeriano Sosa Rodríguez

Servicio Cardiología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

En esta última parte del libro se pretende dar un sentido práctico a todo lo que se ha estudiado en los capítulos precedentes, lo que, desde el punto de vista clínico y médico en general, quizá sea lo más importante.

Como guía para ello, aparte la segunda edición de la Guía del Menoscabo Permanente, editada por el Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo, en su capítulo correspondiente a Valoración de la Incapacidad Laboral en Cardiología, recientemente se han editado unas Guías para la Determinación de la Incapacidad Laboral en Pacientes con Cardiopatía Isquémica, conjuntamente por el Instituto de Medicina y Seguridad en el Trabajo y el Grupo de Trabajo de Rehabilitación Cardíaca de la Sociedad Española de Cardiología.

Esta última publicación es un folleto de 4 páginas donde, de una manera muy simple y resumida, se especifican los pasos a dar para determinar los distintos tipos de incapacidad laboral (IL), temporal, permanente (parcial, total o absoluta) o gran invalidez, en pacientes con cardiopatía isquémica, teniendo en cuenta el estado cardiológico del paciente, según la exploración física y los datos que podemos obtener por las técnicas usadas en Cardiología.

Es decir, que se trata de una aplicación práctica de los datos obtenidos por las pruebas para la evaluación del cardiópata, que pueden estudiarse en los 4 primeros capítulos del presente libro, teniendo en cuenta la patología del paciente coronario, que también es estudiada desde el punto de vista de la IL en los capítulos 6 y 7 del mismo.

Por lo tanto, citamos aquí las mencionadas Guías porque, aunque sólo se trata de Cardiopatía isquémica, ésta es la patología cardíaca más frecuente en la actualidad, y la que más problemas crea actualmente, tanto desde el punto de vista de diagnóstico y tratamiento, como desde el punto de vista del estudio del futuro laboral de los pacientes.

Por otra parte, la filosofía aplicada en la determinación de la IL en este tipo de pacientes, suponemos que debe ser la misma que en los demás pacientes cardiopatas.

En las mencionadas Guías se determina la IL en el paciente coronario, teniendo en cuenta 6 criterios médicos y 2 criterios no médicos.

1. CRITERIOS MEDICOS

- Diagnosticar y tratar al paciente.
- Determinar el pronóstico, la capacidad funcional (CF) y la CF libre de síntomas.
 - Tener en cuenta el trabajo que realiza y la CF requerida para el mismo. Para ello debemos tener en cuenta las tablas publicadas en la literatura, entre las cuales se encuentra la tabla 7 del capítulo 6.
 - Relacionar el pronóstico y la CF del paciente con su puesto de trabajo.
 - Tener en cuenta si el paciente tiene en su puesto de trabajo responsabilidad sobre terceros.
 - Tener en cuenta los beneficios que los programas de Rehabilitación Cardíaca (RC) pueden aportar sobre la reincorporación laboral de los pacientes. Esto se describe ampliamente en el capítulo 14.

2. CRITERIOS NO MEDICOS

- Tener en cuenta la legislación.

Los autores de las Guías consideran que la legislación es hoy día problemática por ser en ciertos casos obsoleta y haber un vacío legal en otros casos.
- Tener en cuenta, antes de decidir sobre el tipo de IL a determinar en cada paciente, las aptitudes físicas, psíquicas, culturales y educativas del mismo.

De todo lo anterior se deduce que los puntos clave para determinar la IL en un paciente coronario son el pronóstico, que se determina fundamentalmente por la función ventricular, sistólica, que se mide mediante la fracción de eyección (FE), que puede determinarse, como sabemos por ecocardiograma, ventriculografía isotópica o hemodinámica, o diastólica, que puede determinarse mediante doppler o hemodinámica, y la CF, que generalmente puede ser valorada por prueba de esfuerzo (PE) convencional, salvo en casos en que hay insuficiencia cardíaca, en los que es conveniente utilizar la ergoespirometría o PE con determinación del consumo de oxígeno (VO₂),

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se divide a los pacientes coronarios, desde el punto de vista de la determinación de una posible IL en 3 grupos de riesgo (tabla 1, 2 y 3).

Tabla 1

CLASIFICACION DEL RIESGO

GRUPO I. BAJO RIESGO

Todas las condiciones deben cumplirse.

- * PE clínica y eléctricamente negativa.
- * CF = > 7 METs (grupo funcional I).
- * FE = > 50%.
- * Ausencia de arritmias severas (TV sintomática, FV) fuera de la fase aguda.

Abreviaturas: PE: Prueba de esfuerzo. CF: Capacidad funcional. FE: Fracción de eyección. TV: Taquicardia ventricular. FV: Fibrilación ventricular.

Tabla 2

CLASIFICACION DEL RIESGO

GRUPO II. RIESGO MEDIO

Deben cumplirse una o más de las condiciones siguientes:

- * PE clínica y/o eléctricamente positiva a partir del 5º minuto (protocolo de Bruce).
- * CF entre 5 y 6,9 METs (grupo funcional II).
- * FE entre 36% - 49%.

Las condiciones anteriores deben cumplirse siempre en ausencia de arritmias severas (TV sintomáticas, FV) fuera de la fase aguda.

Abreviaturas: Las mismas que en la tabla 1.

Tabla 3

CLASIFICACION DEL RIESGO

GRUPO III. ALTO RIESGO

Deben cumplirse una o más de las condiciones siguientes:

- * PE clínica y/o eléctricamente positiva precoz (inicio de positividad antes del 5º minuto del protocolo de Bruce).
- * CF < 5 METs (grupo funcional III).
- * FE = < 35%.
- * Presencia de arritmias severas (TV sintomáticas, FV) fuera de la fase aguda.
- * Respuesta hipotensiva a la PE tipo descenso de las TAS por debajo del nivel basal acompañada de síntomas y/o signos de isquemia.
- * Paciente no revascularizable.

Abreviaturas: Las mismas que en la tabla I.

Hay que tener en cuenta que un paciente puede pasar de un grupo de riesgo a otro inferior con las medidas terapéuticas correspondientes.

De esta forma, a los pacientes del Grupo III se les daría la IL permanente absoluta, una vez agotadas todas las posibilidades terapéuticas.

A los pacientes del Grupo II se les daría la IL total si tienen trabajos con responsabilidad sobre terceros (pilotos de líneas aéreas, conductores de transportes públicos, etc.). El resto podría continuar con su trabajo habitual como norma general.

Los pacientes del Grupo I podrían continuar con su trabajo habitual como norma general.

Además debe tenerse en cuenta que a los pacientes de los Grupos I y II debería concedérseles la IL total cuando su trabajo habitual requiere una CF superior a la alcanzada en la PE, puesto que podrían realizar trabajos con CF inferior a la alcanzada. A tener también en cuenta que deben agotarse todas las posibilidades terapéuticas y rehabilitadoras que pueden mejorar esta CF.

Antes de decidir si un paciente debe ser propuesto para IL permanente absoluta o total, o si debe continuar con su trabajo habitual, debería permanecer en IL transitoria en los siguientes casos:

- Mientras se realicen las pruebas necesarias para determinar el pronóstico y la CF.

Debe tenerse en cuenta que el tiempo que el paciente permanezca en esta IL transitoria está en relación con las listas de espera para realizar las pruebas mencio-

nadas, por lo que, cuanto menor sea el tiempo transcurrido en listas de espera, menor será el tiempo de la IL transitoria, con la consiguiente disminución del gasto ocasionado por la misma.

- Mientras el paciente permanezca con sintomatología secundaria a su proceso, de origen cardíaco o no (Dressler, depresión, etc.).

También debe tenerse en cuenta que muchos de estos cuadros, como la depresión, pueden evitarse o resolverse mediante programas de RC, lo que también disminuirían el tiempo de IL transitoria y el gasto ocasionado por la misma, como en el caso anterior.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Guías para la determinación de la incapacidad laboral en pacientes con Cardiopatía Isquémica.**
2. **Grupo de Trabajo de Rehabilitación Cardíaca.** Sociedad Española de Cardiología: V. Sosa, M. Wilke, J.A. Velasco Rami, F. Ridocci, J.R. Serra Grima, I. Saiz, J. Espinosa, R. Artigao, J.J. Poveda, J. Doxandabarat, J. Ferro.
3. **Instituto de Medicina y Seguridad en el Trabajo:** E. González Campano.