

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV), son una de las principales causas de mortalidad en nuestra sociedad y responsables de un alto porcentaje de incapacidades permanentes. Estas incapacidades han sido descritas y analizadas en numerosos estudios por su importante repercusión socio-económica, con el fin de evaluar si sus causas son objetivamente de origen cardiológico ó por el contrario responden a motivos sociales y psicológicos.

Los datos de reincorporación laboral (RL) tras un infarto de miocardio (IM), varían mucho de unos países a otros e incluso dentro de un mismo país pueden variar entre las diferentes comunidades, sin duda por la influencia de factores socioeconómicos. En España, los datos procedentes de la Sociedad Española de Cardiología en el año 1995 muestran una reincorporación laboral de un 38%¹, sin embargo otras publicaciones aportan datos que oscilan entre un 35 y un 95 %². Por otro lado, otros estudios coinciden en que la vuelta al trabajo después de la cirugía cardíaca es menor. En Europa, los países de mayor reincorporación Suiza ó Alemania se sitúan en un 50%³ y en Estados Unidos y Canadá las cifras oscilan entre un 50% y un 85%³.

En las dos últimas décadas, el avance tecnológico y las investigaciones científicas han permitido desarrollar y convertir el intervencionismo coronario percutáneo en una técnica habitual del tratamiento de la enfermedad coronaria. La angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) y la colocación de endoprótesis vascular (Stent), facilitan la recuperación y permiten al paciente reincorporarse a sus actividades sociolaborales en un corto periodo de tiempo. En España, no disponemos de muchos datos sobre RL tras revascularización miocárdica.

Sobrino y cols., aportan datos de un 29% tras cirugía y del 41.4% tras ACTP⁴. Un estudio randomizado realizado en el Hospital Ramón y Cajal, en el que se compararon los resultados y el pronóstico a corto, medio y largo plazo tras IM (90 pacientes realizaron PRC y 90 fueron grupo control), demostró una reincorporación superior al 90% al año en el grupo rehabilitado, frente al 53% en el grupo control que siguieron los cuidados cardiológicos habituales⁵.

Expósito J.⁶, analiza los factores cardiológicos que pueden influir en la RL y destaca el nivel de satisfacción en el trabajo como factor influyente en la vuelta al trabajo.

Son múltiples los estudios que avalan la mayor y pronta reincorporación laboral de los pacientes que han realizado programas de rehabilitación cardíaca (PRC), como los resultados de Picard⁷, en el que analiza el tiempo transcurrido para la RL, el grupo control (102 enfermos) se reincorporó a los 75 días y los pacientes rehabilitados (99) a los 51 días.

Espinosa, en un estudio sobre 153 pacientes de bajo riesgo cardiológico destaca significativamente la vuelta al trabajo al año del 84.6%, grupo rehabilitado frente al 53, 3% del grupo control⁸.

El análisis de Maroto⁹ sobre un programa intensivo de tres semanas en el que los pacientes permanecen ingresados, nos ofrece resultados excelentes, muy superiores a los descritos en España en los pacientes sometidos a RC ambulatoria^{1,4} con una ventaja añadida y es el corto período de tiempo transcurrido entre el fin del programa y la vuelta al trabajo.

Dumont *et al*¹⁰ estudiaron el impacto de un PRC en la reincorporación al trabajo y concluyeron que se incorporaron antes y en mejores condiciones que los que recibieron cuidados rutinarios. Siegrist¹¹ incorpora la importancia de los condicionantes psicosociales en la RL y destaca la conveniencia de dirigir las intervenciones de rehabilitación sobre los factores psicológicos y socioeconómicos.

Sin embargo, es muy importante tener en cuenta que la situación inestable mundial que estamos viviendo, repercute sin ninguna duda en el tema de éste capítulo. Los programas de RC pueden estar perfectamente diseñados para cumplir sus objetivos pero podría darse la no reincorporación laboral de nuestros pacientes, por múltiples factores ajenos a la cardiopatía y éste dato no se puede interpretar como un "fracaso" del programa terapéutico.

Los profesionales que trabajamos en Unidades de Rehabilitación Cardíaca (URC), somos conscientes de que un Infarto de Miocardio(IM), es un evento muy destabilizador para el paciente y su entorno familiar porque provoca tensión, miedo a la muerte, incertidumbre, alteraciones de roles y de estilo de vida, problemas económicos, y mucha preocupación por la vuelta al trabajo. En múltiples ocasiones, se vive como una enfermedad invalidante que le puede incapacitar para la realización de su actividad laboral, ahora bien si hay algún sistema terapéutico que proporcione a los pacientes cardiopatas beneficios de estabilidad y capacidad para volver de forma precoz a reintegrarse en sus actividades sociolaborales, son sin ninguna duda los programas multifactoriales que ofrece la RC.

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA

- Conocer la situación laboral actual del paciente y características del puesto de trabajo.
- Saber interpretar la repercusión del diagnóstico cardiológico en las diferentes actividades laborales.
- Tener conocimiento sobre diferentes conceptos: minusvalía, tipos de incapacidad y baja laboral.

- Informar y clarificar las dudas que se plantean ante la vuelta al trabajo.
- Poner en conocimiento del profesional especializado (Trabajador Social), los problemas que requieran su intervención a nivel de empresas ó de asesoramiento socio-laboral.
- Transmitir al paciente mensajes realistas y positivos sobre su futuro laboral.

DESARROLLO DE CONTENIDOS

Factores influyentes en la vuelta al trabajo

Los factores que repercuten en la reincorporación laboral, pueden ser de origen cardiológico, psicológico y socioeconómico¹². (Tabla nº 1)

La edad del paciente, va a repercutir sin duda en una mayor ó menor reinsersión laboral.

■ Factores cardiológicos

Sin duda constituyen la base del problema, la severidad del infarto, tener angina post infarto, disnea y reingresos hospitalarios por complicaciones van a repercutir negativamente en la reincorporación. Sin embargo, la localización del infarto, la fracción de eyección y las arritmias no parecen influir de forma decisiva¹³.

La revascularización percutánea, se ha convertido en un factor positivo para la vuelta al trabajo, porque entre otros efectos, potencia el alta precoz hospitalaria. Sin embargo la revascularización incompleta y/o la reestenosis de la angioplastia como también la cirugía de revascularización coronaria tienen efecto negativo en la reincorporación^{4,14}.

La evaluación de la severidad de la angina estable se realiza según la clasificación de la Canadian Cardiovascular Society (CCS) que reconoce cuatro grados clínicos (I, II, III y IV)¹⁵.

■ Factores psicológicos

La presentación brusca del evento cardiológico y la sensación de gravedad con peligro de muerte provoca reacciones de ansiedad e irritabilidad en personas con vidas muy activas que se enfrentan a su propia vulnerabilidad y a un acontecimiento no previsto. Teniendo en cuenta las características personales que habitualmente presentan los pacientes coronarios, patrón de conducta tipo A, se entiende perfectamente que los factores psicológicos son decisivos en la evolución de la enfermedad y por tanto en su reincorporación socio-laboral.

El patrón de conducta tipo A, se caracteriza por realizar esfuerzos intensos por conseguir objetivos a veces no muy definidos, alto nivel de competitividad y deseo persistente de reonomiento y prestigio. Realizan multiples actividades a la vez que exceden el tiempo disponible, son perfeccionistas y tienen un nivel de autoexigencia alto lo que les impide delegar funciones o responsabilidades. Sin embargo ésta forma de ser, comporta aspectos muy positivos como el afán de superación para conseguir metas.

Pasada la fase hospitalaria y cuando ya se encuentran mejor son más conscientes de la repercusión de la enfermedad, se magnifican las limitaciones para controlar los factores de riesgo y pueden caer en la tristeza, angustia, apatía por las actividades habituales; éstos síntomas depresivos se consideran normales durante un tiempo pero cuando no desaparecen y se vuelven intensos el paciente presenta insomnio, pérdida de apetito, disminución de la libido etc. y pueden presentar un síndrome depresivo que va a repercutir sin duda a nivel familiar y socio-laboral¹⁶.

En numerosas ocasiones, los pacientes tienen molestias torácicas, fatiga, pinchazos y dolores atípicos que provocan sensación de enfermedad e impiden que se recupere adecuadamente.

En nuestra experiencia, la información clara, progresiva y planificada que se facilita en los programas de RC proporciona seguridad, confianza y tranquilidad.

No parece lógico que un paciente de bajo riesgo cardiológico en edad laboral permanezca 12 y 14 meses de baja porque “no se encuentra bien y porque si vuelve a su puesto de trabajo piensa que se va a “reinfartar”. Nuestro sistema sanitario, tiene recursos suficientes para solucionar éste tipo de problemas, mediante la creación de URC que actúan de forma precoz, por el bien del paciente y por responsabilidad con el gasto de los recursos económicos de nuestra sociedad.

A nivel familiar, la preocupación excesiva por la salud del paciente y por las consecuencias de la enfermedad puede provocar mecanismos de sobreprotección que repercuten negativamente en su recuperación, porque limita su autonomía y responsabilidad en sus propios cuidados. Se sabe por otro lado que esta actitud de sobreprotección que adopta la pareja le sirve para manejar su propia ansiedad. Es imprescindible que cuando los pacientes mejoren su capacidad física, ésta mejoría sea percibida también por sus parejas con el fin de que se convierta en un refuerzo eficaz para la recuperación y así facilitar la estabilidad en las relaciones familiares.

336

A nivel laboral, nos encontramos con pacientes que trabajaban en turnos rotatorios y/o nocturnos. Después del IM se les recomienda turnos fijos diurnos porque los cambios de ritmo circadiano provocan diferentes problemas como:

- Alteraciones del sueño: duermen menos horas y se descansa peor después del turno de noche.
- Aumenta la fatiga física y mental porque se trabaja a horas distintas de las naturales y las jornadas son más largas.
- Se incrementan el riesgo de nuevos problemas cardiovasculares, por mal control de factores de riesgo (tabaquismo, trastornos de ansiedad, alimentación desordenada en horarios inapropiados).
- Trastornos psicosociales, porque resulta difícil mantener las relaciones socio-familiares ó lo hacen a costa de dormir menos ó interrumpiendo su sueño.

- Trastornos psíquicos, los cambios frecuentes de horario del diurno al nocturno son física y emocionalmente estresantes, se producen más cambios de humor, aumenta el consumo de alcohol y cafeína.

■ Factores socio-económicos

La edad del paciente es clave, a partir de los 60 años es muy difícil que se reincorporen a nivel laboral.

Los trabajadores más cualificados y con más nivel de responsabilidad se reincorporan más que los no cualificados. Se define trabajador “cuello azul” al que realiza su actividad laboral de forma manual y “cuello blanco” desarrolla actividades profesionales de tipo intelectual.

Los trabajadores de “cuello azul”, suelen coincidir con trabajos no cualificados y se ha observado que se reincorporan menos al trabajo que los de “cuello blanco”¹².

Los autónomos en general se reincorporan precozmente y en mayor número que los trabajadores asalariados. Independientemente si son de cuello blanco ó azul.

Estar en desempleo juega un papel negativo para la RL.

La motivación en el trabajo juega también un papel positivo en la RL, sin embargo el estrés laboral que manifiestan algunas personas se puede convertir en un freno para la vuelta al trabajo.

En 1999, la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo, realizó un estudio sobre riesgos laborales y concluye que el 28% de los trabajadores padecen estrés, el segundo problema más importante después de las afecciones musculoesqueléticas.

INCAPACIDAD LABORAL

Durante muchos años, se ha denominado Incapacidad laboral transitoria (ILT), la derivada por enfermedad común ó profesional e Invalidez provisional, una continuación de la ILT hasta que se producía la recuperación del trabajador. Desde 1994, la ley 42/94 reordena todo el sistema anterior y lo refunde en una sólo situación: Incapacidad temporal (IT) que engloba la ILT y la Invalidez provisional.

La incapacidad temporal es una prestación económica protectora de la Seguridad Social. Se requieren dos circunstancias para que se considere una situación protegida de IT: la necesidad de asistencia sanitaria y estar impedido para el trabajo.

El parte médico de baja laboral, es el único documento oficial que justifica un proceso de IT y será expedido por el médico del Servicio Público de Salud, que haya realizado el reconocimiento ó por los servicios médicos de la Mutua de Accidentes de Trabajo, cuando la causa de la baja médica sea debida a un accidente de trabajo y el trabajador preste sus servicios con una empresa que tiene concertado la protección de ciertas contingencias con una Mutua.

La duración máxima de la IT es de 12 meses prorrogables por otros 6 meses, cuando se sospeche que durante éste tiempo el trabajador puede ser dado de alta por curación. (art. 115 LGSS).

Tabla 1

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA VUELTA AL TRABAJO	
CARDIOLOGICOS	
<p style="text-align: center;">■ Tras Infarto agudo de miocardio</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Severidad del infarto. ■ Aparición complicaciones: <ul style="list-style-type: none"> ● Angina postinfarto ● Disnea o síntomas de fallo cardíaco ● Arritmias ■ Reingresos hospitalarios por recurrencia de complicaciones. ■ Complicaciones no cardiológicas. ■ Baja capacidad de esfuerzo. 	<p style="text-align: center;">■ Tras Infarto agudo de miocardio</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Angina postquirúrgicas o postangioplastia. ■ Revascularización completa o no: isquemia. ■ Numero y extensiones de las lesiones coronarias. ■ Nº de ACTP-éxito de la técnica. ■ Reestenosis postangioplastia. ■ Baja capacidad de esfuerzo.
PSICOLOGICOS	
<p style="text-align: center;">■ Tras Infarto agudo de miocardio</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Ansiedad y depresión. ■ Patrón conducta tipo A ■ Excesiva protección: <ul style="list-style-type: none"> ● Familiar ● Social ● Médica ■ Preocupación excesiva por la salud. ■ Síntomas psicósomáticos. 	<p style="text-align: center;">■ Tras revascularización coronaria</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Depresión. ■ Síntomas psicósomáticos. ■ Patrón conducta tipo A.
SOCIOECONOMICOS	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Edad avanzada ■ Sexo ■ Tipo de trabajo = nivel de esfuerzo ■ Satisfacción por el trabajo ■ Desempleo previo ■ Nivel socioeconómico ■ Nivel educacional ■ Consejo de su médico ■ Realizar programas de RC ■ Tipo de baja laboral preoperatoria o preangioplastia 	

El INSS a través de sus órganos competentes es el que evalúa, califica y revisa la situación de prórroga expresa con un límite de 6 meses más para posteriormente determinar la iniciación de un expediente de incapacidad permanente ó para emitir el alta médica.

Los pacientes cardiológicos una vez diagnosticados se evalúan sus datos clínicos, ecocardiográficos, ergométricos etc., para determinar su nivel de riesgo cardiológico: (bajo, medio y alto), como se han detallado en otros capítulos de éste Manual.

La mayoría de los pacientes de bajo y medio riesgo podrían reincorporarse a las 10 semanas del Infarto de miocardio, mientras que los de alto riesgo cardiológico precisan

evaluación más específica por si no fuera compatible con la actividad laboral del paciente.

Los periodos recomendados para la vuelta al trabajo son¹²:

- Post Angioplastia y colocación de Stent, a las 3-4 semanas.
- Post cirugía coronaria, a los 3 ó 4 meses.
- Post-trasplante cardíaco de 6 a 12 meses.

INCAPACIDAD PERMANENTE (IP)¹⁷

Se considera en situación de IP, el trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y haber estado dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral. Art.134 Ley General de la Seguridad Social (LGSS). Grados de Incapacidad Permanente:

Incapacidad permanente parcial (IPP)

Aquella que sin llegar a un grado total ocasiona al trabajador una disminución no inferior al 33% en su rendimiento normal para su profesión, sin impedirle la realización de funciones básicas de la misma.

Incapacidad permanente total (IPT)

Aquella que inhabilita al trabajador para la realización de todas ó de las fundamentales tareas de su profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta.

Incapacidad permanente absoluta (IPA)

Aquella que inhabilita por completo al trabajador para toda profesión u oficio.

Gran invalidez (GI)

Situación en la que el trabajador, como consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesita la asistencia de otra persona para realizar sus actos esenciales.

Criterios de valoración para la incapacidad

Con el fin de unificar criterios para la valoración médica de la incapacidad laboral, se elaboró un Manual de actuación para médicos del INSS, basado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF)¹⁵.

Prestación, determinación y cuantía:

La prestación consiste en un subsidio cuya cuantía está en función de la base de cotización del trabajador y en función de diferentes supuestos como accidente de trabajo, enfermedad profesional, paro, en caso de pluriempleo etc..., es importante sin

duda clarificar muy bien la situación laboral del paciente porque repercute en su percepción económica. En el supuesto de:

- Incapacidad Permanente Parcial (IPP)
Indemnización: 24 meses de la Base Reguladora (BR)
- Incapacidad Permanente Total (IPT)
Renta mensual: 55% de la BR.
- Incapacidad Permanente Absoluta (IPA)
Renta mensual: 100% de la IPA.
- Gran Invalidez (GI)
Renta mensual 150% de la GI.

Pérdida ó suspensión del derecho a la prestación por:

- Trabajar por cuenta propia ó ajena.
- Rechazar ó abandonar el tratamiento sin causa razonable.
- Por alta médica del trabajador.
- Porque se le reconozca el derecho de percibir la pensión de jubilación.
- Por incomparecencia a los reconocimientos médicos establecidos por el INSS ó Mutuas.
- Por abandono del tratamiento.
- Fallecimiento.

¿CUÁNDO SE CONSIDERA AL INFARTO DE MIOCARDIO, ACCIDENTE DE TRABAJO?

Actualmente, el infarto de miocardio (IM) es considerado una enfermedad común, no se encuentra dentro de la lista de enfermedades profesionales, sin embargo en la década de los 70, la jurisprudencia comienza a plantearse que el IM puede tener su origen en el ámbito laboral y a día de hoy siempre y cuando se manifieste en tiempo y lugar de trabajo se presumirá, en virtud del art.115 de (LGSS), que ha tenido su causa en el desempeño del trabajo.

340

En general, la jurisprudencia suele exigir que el trabajador demuestre fehacientemente que el infarto tiene su causa en algún hecho ó circunstancia relacionada directamente con el trabajo. Conscientes por otro lado de que es difícil precisar la causa del IM, se admite que pueden desencadenarlo factores presentes en el ambiente laboral, siendo realmente el azar lo que determinará donde se encuentre el trabajador cuando se produzca el IM. Si el infarto lo sufre el trabajador durante su jornada laboral, se presume automáticamente que es un accidente laboral.

Sin embargo, si se produce el evento agudo durante el desplazamiento de ida ó vuelta a la empresa, tendrá la consideración de accidente de trabajo "in itinere"¹⁸.

El accidente in itinere es una ampliación legal de la noción de accidente de trabajo con el fin de dar cobertura y protección a los accidentes que puede sufrir el trabajador en éste trayecto de ida y vuelta.

MINUSVALÍAS

Definición

Se entiende persona con minusvalía, a toda aquella incapaz de atender por si sola, total o parcialmente, a las necesidades de su vida individual, como consecuencia de una deficiencia, congénita o no, en sus capacidades físicas o mentales.

Certificación, documentación y tramitación

Para solicitar el certificado de minusvalía, los requisitos son ser español, ó extranjero residente legalmente en España, y padecer una discapacidad física, psíquica o sensorial. Se otorga el Certificado de Minusvalía, en el caso de personas que alcanzan como mínimo el 33%. Para realizar la tramitación y entrega de la documentación requerida, se acudirá al centro base del IMSERSO, con el fin de obtener información detallada de los pasos a seguir.

Valoración y diagnóstico

La certificación de minusvalía es el reconocimiento administrativo de la discapacidad y su propósito es compensar las desventajas sociales que la minusvalía le implica, proporcionando acceso a derechos y prestaciones de distinto tipo.

La valoración del porcentaje de minusvalía se regula por el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía¹⁹.

El objetivo es la regulación del reconocimiento de grado de minusvalía, mediante baremos, órganos competentes y procedimientos a seguir con el fin de que la valoración y calificación sea uniforme en todo el territorio del Estado español.

Resolución, reclamación y revisión

Corresponde la resolución a los órganos correspondientes de las Comunidades Autónomas transferidas con competencia en valoración de grado de minusvalía ó a los Directores Provinciales del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.

Contra las resoluciones definitivas sobre grado de minusvalía, los interesados pueden interponer reclamaciones de conformidad con la Ley de procedimiento Laboral (Decreto Legislativo 2/1995).

Será objeto de revisión siempre que se prevea una mejoría razonable de las circunstancias que dieron lugar a su reconocimiento. No se podrá instar la revisión del grado de agravamiento ó mejoría sino ha transcurrido un plazo mínimo de dos años.

Grados de Discapacidad

Los grados de minusvalía responden a criterios técnicos unificados, fijados mediante baremos, siendo objeto de valoración tanto la discapacidad que presente la persona, como factores sociales complementarios relativos, entre otros a su entorno familiar situación laboral, educativa y cultural, que dificulten su integración social. Cada grado reconoce un grado de dificultad para realizar las actividades de la vida diaria. El grado de minusvalía se representará en porcentaje.

Grados	Tipo Discapacidad	Afectaciones
1	Nula	No impide realizar las actividades de la vida diaria.
2	Leve	Exite dificultad para realizar algunas actividades de la vida diaria, siendo el porcentaje de minusvalía del 1%-24%.
3	Moderada	Gran dificultad para llevar a cabo algunas actividades, aunque las personas se pueden cuidar de sí misma, siendo el porcentaje de minusvalía del 25%-49%.
4	Grave	Exite dificultad para algunas actividades minusvalía del 50%-70%.
5	Muy Grave	Grado mas severo, las personas afectadas no pueden realizar por sí misma las actividades de la vida diaria, siendo el porcentaje del 75%.

Beneficios

Los beneficios a favor de las personas discapacitadas no se encuentran recogidos en una única norma, sino a lo largo de diversas Leyes. Las principales ventajas existentes para una persona que ha obtenido el certificado de minusvalía son²⁰.

- IRPF: Reducciones en la base liquidable del impuesto.
- IVA: Se paga el 4%, por la adquisición de un vehículo para el uso de la persona discapacitada.
- Exención Impuesto matriculación de los automoviles matriculados a nombre de minusvalidos y para su uso exclusivo.
- Ayuda económica en la compra de vivienda de protección oficial , plan 2005-2008.
- Otras ayudas: bono taxi, zonas aparcamiento reservado, ayuda domiciliaria, ayudas para la adquisición de sillas de ruedas y otro material ortopédico.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

Observaciones

Durante la hospitalización, son cruciales los mensajes que los profesionales sanitarios transmiten en los primeros días post-IAM referentes a la actividad laboral, comentarios como "Vd. no se preocupe porque ya seguramente no volverá a trabajar", con el fin de tranquilizar al paciente en ése momento. Se realizan en un período muy vulnerable y van a influir de forma decisiva y muy negativa en su futura actitud ante la vuelta al trabajo, independientemente de la evolución de su enfermedad cardiológica.

Al alta hospitalaria, observamos que un importante número de pacientes manifiestan su interés por volver precozmente a trabajar. Están asintomáticos, se encuentran bien, tienen manifestaciones eufóricas, algunos precisan autodemostrarse que no ha pasado nada y además se aburren, no saben que hacer con tantas horas al día etc...

Es importante recordar que la mayoría realizaban jornadas laborales de 10h-12h/día y que bruscamente interrumpen sus múltiples actividades. Superado éste primer periodo de Incapacidad laboral temporal (ILT), se van adaptando y comienza a producirse el efecto contrario en bastantes pacientes no desean volver al trabajo. Los

motivos son diversos, pero quizás el más sorprendente por lo paradójico es cuando se responsabiliza a la empresa de ser el causante de su propio infarto por el ritmo de trabajo, jornadas amplias, mal ambiente laboral, la presión por objetivos etc.

En resumen, personas que antes se podrían definir como “adictos al trabajo y entregados a su empresa”, se reafirman en una postura de rechazo total del mismo.

Historia de Enfermería: datos laborales

Al inicio del programa ambulatorio de RC, se realiza la Historia de Enfermería que contempla entre otros puntos datos específicos sobre la situación laboral del paciente y descripción del puesto de trabajo, descritos en algunas URC por el Trabajador Social.

- Situación laboral previa al evento cardiológico: Activo, desempleo, jubilación.
- Análisis del puesto de trabajo

- a) Manual ó de cuello azul. (cargas, temperatura ambiental)
- b) Intelectual ó de cuello blanco

- Jornada laboral.
 - a) Horas de trabajo.
 - b) Continua ó discontinua.
 - c) Turnos (rotatorio, diurno, nocturno)
 - d) Viajes.
- Distancia puesto de trabajo-casa.
- Comidas (casa, empresa).
- Ambiente laboral.

Todos los parámetros anteriormente señalados se constituyen en herramientas básicas para planificar las estrategias del plan educativo, por ejemplo.

- Refuerzo del plan educativo que fomenta la adherencia al ejercicio físico, con el parámetro distancia puesto de trabajo-casa, se puede planificar su programa de marchas en la ida y vuelta al trabajo y anular el argumento “no tengo tiempo de caminar”.
- Asesoramiento nutricional adecuado a comidas realizadas en casa ó en la empresa.

Conscientes del influyente papel que las parejas juegan en la recuperación y vuelta al trabajo de nuestros pacientes, en la URC del Hospital Ramón y Cajal, se planificaron sesiones mensuales para familiares dirigidas por el Psiquiatra del equipo y la Enfermera de la Unidad. En éstas sesiones, las parejas pueden expresar con claridad sus miedos, la angustia por una recaída, el temor a las relaciones sexuales, la sobrecarga de tareas que tienen, el cambio de carácter de su marido etc. De ésta forma se les facilita un espacio en donde se puede responder también a sus necesidades y problemas específicos.

ACTUACIÓN DE LOS PRC EN LA REINSERCIÓN LABORAL

Los programas multidisciplinares dan una visión integral del paciente, permiten no sólo contemplar aisladamente su diagnóstico cardiológico sino disponer de un análisis psico-social del paciente y un conocimiento exhaustivo de su puesto de trabajo.

En las reuniones semanales del equipo de RC, todos los profesionales comentan las incidencias, evolución de los pacientes, se analizan y se toman las medidas que se consideran oportunas (cardiológicas, psicológicas, control de factores de riesgo, laborales etc...).

Los Trabajadores Sociales de las unidades de RC son los responsables de ponerse en contacto con las empresas cuando se considera oportuno el cambio de puesto de trabajo ó para clarificar dudas sobre las actividades que desarrolla el paciente durante su actividad laboral.

A nivel cardiológico, el diagnóstico médico, la valoración del riesgo cardiológico, la respuesta al entrenamiento físico en el gimnasio, los resultados de la Ergometría que finaliza el programa y el conocimiento del puesto de trabajo permiten al Cardiólogo realizar un informe de alta de RC en el que se recomienda al paciente y a su médico de Atención Primaria la reincorporación laboral ó la petición de incapacidad cuando procede.

La ergometría es una prueba fundamental en RC porque nos aporta información como la capacidad física del individuo medida en Mets (unidad de consumo metabólico), la presencia de isquemia, arritmias...

Existen diferentes tablas que valoran el consumo en Mets de las diferentes actividades profesionales y deportivas. En nuestro programa, nos basamos en la (*tabla nº 2*)¹².

Es importante señalar que se recomienda entre un 40%-70% del máximo de mets que alcanzó en la ergometría con resultados negativos en isquemia para una jornada laboral de ocho horas²¹.

Las profesiones de nuestros pacientes son diversas pero llama la atención, el alto porcentaje de conductores de camiones, autobuses y taxistas que padecen enfermedades cardiovasculares (ECV), la mayoría son personas sedentarias, pasan muchas horas al volante, con horarios y comidas irregulares etc..., el asesoramiento en éstos casos nos obliga a ser más específicos por ser profesiones que implican a terceros, con permisos de circulación especiales y la propia peculiaridad del puesto de trabajo.

En el informe de alta de RC, que realiza el Cardiólogo de la Unidad se especifica a los trabajadores manuales el máximo de kg a movilizar durante su jornada laboral, se recomiendan turnos fijos, jornadas laborales no superiores a 8-9 horas y las medidas individuales que se consideren oportunas.

Es deseable que el médico de Atención Primaria, reciba una copia del informe por correo interno con el fin de facilitarle información rápida sobre su paciente y así poder tomar la decisión que considere oportuna.

Tabla 2

GASTOS ENERGÉTICOS EN DIFERENTES ACTIVIDADES LABORALES Y TIEMPO LIBRE		
Mets	Actividades Laboral	Actividades tiempo libre
1-2	Oficina, trabajos manuales ligeros, conducir un automóvil, medico, profesor, delineante, impresor, peluquero, barrer suelos, planchar.	Coser y hacer punto, permanecer de pie, marchas a 1.5 Km./h, conducir una moto por terreno llano.
2.5-3	Portero de inmueble, cerrajero, electricista, panadero, empapelador, cirujano, conducir automóviles, grúas e instrumentos agrícolas, guisar, lavar platos, quitar el polvo, sacudir alfombras, tender la ropa.	Marchas a 3 Km./h (terreno llano), montar a caballo al paso, billar, bolos, petanca, golf, pesca con sedal, tocar instrumentos musicales.
3.5-4	Conducir un camión, picapedrero, soldador, albañil (levantar paredes), mecánico (automóviles), instalación eléctrica, empujar carretillas (35 Kg.), limpiar cristales, abrillantar suelo.	Marchas a 4 Km./h, bicicleta a 10 Km./h, tiro con arco, tenis de mesa, montar a caballo (trote), pescar con mosca y botas de agua.
4.5-5	Pintar con brocha, albañilería y tapicería, peletería, barnizar, fregar suelos.	Marchas a 5 Km./h, bicicleta a 13 Km./h, bailar, tenis (dobles), recoger hojas.
5.5-6	Transportar objetos (30 Kg.), cavar en el jardín, mover tierra suelta con la pala, trabajo industrial.	Marcha (7km/h), bicicleta (16 Km./h), patinaje sobre ruedas o hielo, ski náutico, caza, levantamiento de pesas,(5km, 10 veces por minuto)
6.5-7	Trasportar objetos (30kg.), partir leña, trabajar con pala de 4,5 Kg.	Carreras (8 Km./h), tenis individual, badminton, canoa (7km/h)
7.5-8	Trasportar 40 Kg. Cavar zanjas, serrar madera dura, colocar vías férreas, trabajos en zonas de gran calor o elevado nivel de vapor de agua.	Montañismo, ski de fondo, motocross, arbitro (baloncesto, football).
8.5-9	Trabajo de minas y fundición, transportar objetos de 45 Kg.	Corre (9 Km./h), ciclismo (23 Km./h), natación (35 m/mn), levantamiento de pesas (8 Kg.,10 veces (minuto)
< 9	Trabajar con pala de más de 7.5 Kg. durante periodos de 10 minuto	Esgrima y rugby (10 METS), baloncesto, football, judo, lucha y pelota vasca (12 METS), levantamiento de pesas (mas de 13 Kg. 10 veces por minuto.

ARGUMENTOS CLAVE

Para valorar la reincorporación laboral es imprescindible conocer la situación cardiológica del individuo, la capacidad física, el puesto de trabajo que ocupa y las condiciones en las que lo realiza.

Los programas de Rehabilitación Cardíaca que actúan a nivel físico y psicológico aumentan la vuelta al trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estudio Sociológico de la Cardiopatía Isquémica en España. Sociedad Española de Cardiología. Barcelona : Bayer SA, 1995
2. Smith HC. "Return to work". En Wenger NK y Hellerstein HK (eds) *Rehabilitation of the coronary patient*. New York: Churchill Livingstone, 1992; 511-521.
3. Danchin N. "Work capacity after myocardial revascularization: factors related to work resumption". *Eur Heart J*. 1988; 9 (supl L): 44-47
4. Sobrino JA, Merino JL, Maté I, García J, Rico J, Plaza y cols. "Retorno al trabajo después de la revascularización coronaria ". *Rev Esp Cardiol*. 1995 ; 48 : 183-186
5. De Pablo C, Vaticón C, Palacios M, Morales M, Artigao R, Maroto JM. "Vuelta al trabajo y Rehabilitación Cardíaca : estado actual". *Rev Esp Cardiol* 1996; 49 (supl. 3): 93.
6. Expósito JA "Reincorporación laboral de los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio" *Rev. Mapfre Medicina* 2006; 17:2: 122-128
7. Picard MH, Dennis CH, Schwartz RG, Ahn DK, Kraemer HC, Berger WE et al. "Cost-benefit analysis of early return to work after uncomplicated acute myocardial infarction". *Am J Cardiol* 1989;63: 1.308-1.314
8. Espinosa S, Bravo JC, Gomez JJ, Collantes R, Gonzalez B, Martinez M, Teresa, E. "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: 53-59
9. Maroto JM, Garcia B, Portuondo MT, Delgado J, Vallejo JL, López C, Martin A, Afanador P, Rio S, Garcia A, Marcos R, Fernández M "Resultados de un programa de rehabilitación cardíaca intensivo" *Rev. Clin. Card. Atención Primaria* 2006; 3:13-18
10. Dumont S et al. Rehabilitation and the socio-occupational reintegration of workers who have had a myocardial infarct: a pilot study. *Can J Cardiol* 1999; 15(4): 451-453
11. Siegrist K, Broer M. Employment after the first myocardial infarct and rehabilitation. *Soz Präventivmed* 1997; 42(6): 358-366
12. De Pablo C. "Reincorporación laboral" .En: *Rehabilitación cardíaca* Maroto JM, De Pablo C, Artigao R y Morales MD. Olalla Ediciones Barcelona 1999, 536-546.
13. Turkulin K, Cevorec D, Baborski F "Predictive markers of occupational activity in 415 post myocardial infarction patients after one-year follow-up". *Eur Heart J* 1988; (supl. L) : 103-108
14. Danchin N, Juilliere Y, Selton-Suty C, Vaillant G, Pernot C "Return to work after percutaneous transluminal coronary angioplasty: A continuing problem" *Eur Heart J*. 1988; 10 (supl.G): 54-57.
15. Manual de actuación para médicos del Instituto Nacional de la Seguridad Social 2003: 21-42
16. Lozano M, Soto A, Padín J "Factores psicosociales y cardiopatía isquémica" En: Maroto JM, De Pablo C, Artigao R y Morales MD. Editores. *Rehabilitación Cardíaca*. Barcelona: Olalla Ediciones, 1999; p.118-123
17. Colaboración institucional en la Incapacidad Temporal. Guía para el médico. Instituto Nacional de Medicina y Seguridad el Trabajo. "Problemas más frecuentes en relación con la Incapacidad Temporal" 2001. Cap.1: 3-14

18. Toscani, D.. El infarto de miocardio in itinere ¿accidente de trabajo ó no? Gestión práctica de riesgos laborales.2008 ; 47 : 20-25
19. Real Decreto 1971/1999, de 23 de Diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.(BOE 26/1/2000)
20. Maroto JM."¿Se puede obtener la incapacidad y la minusvalía por infarto?"Corazón e infarto 101 preguntas esenciales.La Esfera de los Libros 2009; 307-313
21. Hellerstein HK "Work evaluation". En Wenger Nk, Hellerstein HK (eds). Rehabilitation of the coronary patient. New York: Churchill Livingstone, 1992; 523-542