Descargado el: 10-11-2026 ISSN 2221-2434

Artículos originales

Cardiopatía isquémica e incapacidad laboral en pacientes atendidos en la consulta de medicina interna de la comisión de peritaje médico

Ischemic Heart Disease and Work Disability in Patients Treated at the Internal Medicine Consultation and Assessed by the Expert Medical Labor Commission

Belkis Vicente Sánchez[1] Ernesto Vicente Peña[2] Tania Cuellar Torres[3] Miriam Costa Cruz[1]

[1] Policlínico Comunitario Universitario Área 5 Manuel Fajardo, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100
[2] Universidad de Ciencias Médicas Calixto García, La Habana, La Habana, Cuba
[3] Policlínico Laboral Comunitario Docente Área 7, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba

Cómo citar este artículo:
Vicente-Sánchez B, Vicente-Peña E, Cuellar-Torres T, Costa-Cruz M. Cardiopatía isquémica e incapacidad laboral en pacientes atendidos en la consulta de medicina interna de la comisión de peritaje médico. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2016 [citado 2026 Nov 10]; 6(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/275

Resumen

Fundamento: la cardiopatía isquémica es uno de los mayores retos a enfrentar por el gran número de casos afectados, su creciente contribución a la mortalidad general, a la frecuente incapacidad, y la complejidad y costo elevado de su tratamiento.
Objetivo: describir la incapacidad laboral provocada por la cardiopatía isquémica en los pacientes atendidos en la consulta de medicina interna de la comisión de peritaje médico del municipio Cienfuegos.
Métodos: se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, en el que se incluyeron a todos los pacientes atendidos en la consulta de medicina interna de la comisión de peritaje médico del municipio Cienfuegos con cardiopatía isquémica entre octubre del 2012 y julio del 2013. Las variables seleccionadas fueron: edad, sexo, categoría ocupacional, años de trabajo y salario básico devengado, diagnóstico clínico, tiempo de evolución y enfermedades crónicas asociadas, existencia de peritaje previo y dictamen recibido, días previos de certificado médico y dictamen otorgado actualmente. Los datos recogidos fueron procesados mediante el programa estadístico SPSS (versión 18,0) y los resultados se muestran en tablas y gráficos mediante números y porcentajes.
Resultados: predominó el sexo masculino. El 42,9 % son trabajadores de servicio y la media de años de trabajo fue de 24,60. El 42,9 % fueron peritados previamente. Se le otorgaron 201,13 días previos por certificados médicos y los gastos de seguridad social en un mes estuvieron elevados. La diabetes mellitus constituyó la enfermedad crónica más frecuente seguida de la hipertensión arterial, la obesidad y la dislipidemia. De los trabajadores con peritaje anterior, la mitad recibió incapacidad temporal y permanente.
Conclusiones: la cardiopatía isquémica produce diferentes grados de incapacidad laboral. Se generan gastos por concepto de seguridad social que van en aumento.

Palabras clave: isquemia miocárdica, exámenes médicos, enfermedades profesionales, seguridad social

Abstract

Background: ischemic heart disease represents a major challenge given the large number of people affected by this condition, its increasing contribution to overall mortality, the frequent disability resulting from it, and the complexity and high cost of its treatment.
Objective: to describe the work disability caused by ischemic heart disease in patients treated at the internal medicine consultation and assessed by the Expert Medical Labor Commission of Cienfuegos municipality.
Methods: a cross-sectional study was conducted including all patients with ischemic heart disease treated at the internal medicine consultation and assessed by the Expert Medical Labor Commission of Cienfuegos municipality from October 2012 to July 2013. The variables analyzed were: age, sex, occupation, years of work and accrued salary, clinical diagnosis, length of time the condition had been present and associated chronic diseases; existence of prior assessment by an Expert Medical Labor Commission and decision reached, previous days of sick leave and current decision of the commission. The data were analyzed using SPSS (version 18.0) and the results are shown in tables and graphs as numbers and percentages.
Results: a predominance of men was observed. Forty two point nine percent were service workers and the average number of years of work was 24.60. Forty two point nine percent were previously assessed by the commission. Two hundred one point thirteen days of sick leave were granted and social security expenditure in a month was high. Diabetes mellitus was the most common chronic disease followed by hypertension, obesity and dyslipidemia. Of the workers previously assessed, half received permanent and temporary disability benefits.
Conclusions: ischemic heart disease causes different degrees of disability. Its costs in terms of social security are increasing.

Key words: myocardial ischemia, medical examination, occupational diseases, social security

Recibido: 2014-03-28 12:26:54
Aprobado: 2016-01-05 09:04:46

Correspondencia: Belkis Vicente Sánchez. Policlínico Comunitario Universitario Área 5 Manuel Fajardo. Cienfuegos. belkisvs670902@minsap.cfg.sld.cu

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen uno de los mayores retos que enfrentan los sistemas de salud tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. Lo son por varios factores: el gran número de casos afectados, su creciente contribución a la mortalidad general, por ser la causa más frecuente de incapacidad temporal y permanente de forma prematura, y la complejidad y costo elevado de su tratamiento. Su emergencia como problema de salud ha sido el resultado de los cambios sociales y económicos que modificaron los estilos de vida de un número importante de personas a nivel mundial. Los factores de riesgo más prevalentes y con mayor impacto negativo en la salud en el mundo se relacionan con un incremento de la morbilidad y mortalidad cardiovasculares. La enfermedad cardiovascular arteriosclerótica sigue siendo la principal causa de incapacidad, invalidez y muerte prematura en muchos países.[1-3] Se sabe que el envejecimiento de la población y la adopción de patrones de comportamiento tales como: el consumo de tabaco, la dieta no saludable y la falta de actividad física han contribuido a las altas prevalencias de hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes y obesidad, y, con ello, que las enfermedades cardiovasculares sean la primera causa de muerte, discapacidad y mortalidad prematuras.[4]

Cuba no está exenta de afrontar esta situación en la que las enfermedades cardiovasculares constituyen un problema de salud de importancia, que influye en la salud de los trabajadores como fuerza productiva primordial en la sociedad. Según se reporta en el Anuario Estadístico del año 2009, de 86 941 defunciones, 22 225 se debieron a las enfermedades del corazón. Según el propio Anuario, donde la expectativa de vida llega a 80 años, el 36 % de los fallecimientos ocurre antes de los 70 (41 % de los hombres y 31 % de las mujeres). El 36 % de los que fallecen por enfermedades cardiovasculares, las del corazón más las cerebrovasculares, lo hacen antes de cumplir 65 años e incluso el 24 %, aun antes de cumplir los 60. Por tanto esta situación repercute directamente en la esfera económica y laboral del país, provocando días laborales perdidos y por consiguiente un aumento en los gastos de seguridad social.[4]

La conceptualización moderna de la salud ocupacional apunta hacia una visión integral de los problemas que afectan a la población trabajadora, a partir de la comprobación de que el trabajo en sí mismo, las condiciones en que se efectúa y el ambiente laboral, no solo son causas de accidentes y enfermedades laborales, sino que también constituyen factores causales contribuyentes o agravantes de alteraciones de la salud, enfermedades y accidentes considerados de carácter extra laboral.

La legislación social cubana contempla la protección de los trabajadores y de sus familias de las consecuencias económicas derivadas del deterioro de la capacidad laboral secundaria a enfermedades comunes o profesionales, o de accidentes comunes o del trabajo. Para asegurar la protección de la asistencia social al nivel adecuado y por el período requerido, es necesario evaluar con exactitud el grado de incapacidad y su probable duración.[5]

Desde el año 1961 con la Ley nº 959, el Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba estableció oficialmente el derecho de la población cubana trabajadora a la medicina cuando se ve afectada su salud. Posteriormente, en 1963 se dictó la Resolución nº 21, que en su artículo 19 establece por primera vez la realización de los peritajes médicos legales, al tiempo que quedan organizadas las comisiones capacitadas para su correcto desarrollo.[5,6]

Al cambiar el panorama de salud de la población, con el desarrollo científico técnico en las diferentes esferas de la sociedad en general, y en particular en las ciencias médicas, ha redundado en un mejoramiento progresivo de los diagnósticos y la disponibilidad de nuevos recursos terapéuticos; se fue haciendo necesaria la revisión periódica de los elementos que integran la medicina del trabajo y las comisiones de peritaje médico a todos los niveles. Así en el año 1994 se dictó la resolución 52 del Ministerio de Salud Pública con el objetivo de normar una reglamentación que, de manera uniforme, estableciera las disposiciones que debían cumplirse en la constitución y funcionamiento de las Comisiones de Peritaje Médico Laboral y, consecuentemente, la expedición de sus dictámenes médicos como consecuencia de la alta responsabilidad que adquieren los integrantes de la dicha comisión, teniendo en cuenta que sus decisiones significan la aplicación consecuente de la seguridad social; en el orden económico, el pago de una pensión a un trabajador incapacitado para laborar, y en el orden social, la separación de una persona del contexto de la sociedad laboral, todo lo cual

trasciende los límites propios del sector Salud. Desde el año 2008 se puso en vigor el nuevo Código del Trabajo y la Ley 105 de Seguridad Social que en su Capítulo II regula todo lo concerniente a la invalidez parcial y total de los trabajadores de forma general. En Cuba la ley define como invalidez, a la disminución de la capacidad física o mental que impide al trabajador continuar laborando o reduce notablemente su capacidad, impidiéndole desarrollar con asiduidad su empleo y sostenerse económicamente. Durante ese período de tiempo, el trabajador recibe asistencia sanitaria de la seguridad social y se le considera impedido para el trabajo.[5-8]

En relación con este tema, los elementos relacionados con la cardiopatía isquémica quedaron especificados en el Taller Metodológico sobre Enfermedades que atienden las comisiones de peritaje medico laboral del Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, en el año 2010.

En dicho taller se reconoció que la cardiopatía isquémica es la principal causa de muerte a nivel mundial y su forma clínica de presentación es muy variable, constituyendo en la inmensa mayoría de los casos consecuencia de la arteriosclerosis en la circulación coronaria. El menoscabo permanente en el contexto cardiovascular puede definirse como aquella condición que persiste luego de una máxima terapéutica médico-quirúrgica y de rehabilitación, y después de haber transcurrido un período de tiempo razonable para que pueda establecerse una circulación colateral y el organismo se reajuste, señalándose que no debe definirse grado de incapacidad antes de los 6 meses de un infarto agudo de miocardio (IMA) o antes de1 año en un paciente intervenido quirúrgicamente del corazón.

Con esta investigación se da continuidad a otras realizadas con anterioridad, y tiene como objetivo, describir la incapacidad laboral provocada por la cardiopatía isquémica de los pacientes atendidos en la consulta de medicina interna de la comisión de peritaje médico del municipio Cienfuegos.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, en el que se incluyeron a todos los pacientes atendidos en la consulta de medicina interna de la Comisión Municipal de Peritaje Médico (CMPM) del municipio Cienfuegos y que tuvieron diagnóstico de cardiopatía isquémica (en cualquiera de sus formas clínicas) en el período comprendido entre octubre del 2012 y julio del 2013.

El universo estuvo integrado por los 42 pacientes que acudieron a la consulta con diagnóstico de cardiopatía isquémica.

Para la obtención de la información se revisaron las historias clínicas individuales que se encuentran en los archivos de la CMPM, los modelos 87-10 denominados: solicitud de peritaje médico para expediente de seguridad social, y los expedientes laborales de cada uno de ellos.

Las variables seleccionadas fueron: edad, sexo, categoría ocupacional, años de trabajo y el salario básico devengado; además de indagó acerca del diagnóstico clínico, el tiempo de evolución, así como las enfermedades crónicas asociadas. En el caso de categoría ocupacional, se utilizó el calificador de cargo del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Con relación a la incapacidad laboral se precisó la existencia de peritaje previo y el dictamen recibido, los días previos de certificado médico y el dictamen otorgado actualmente.

Se consideró incapacidad parcial cuando el trabajador presentó una disminución de su capacidad física o mental, o ambas, que le permitieran continuar laborando bajo determinadas condiciones adecuadas a su estado de salud, de acuerdo con el dictamen de la Comisión de Peritaje Médico Laboral (CPML).[8]

La invalidez para el trabajo puede ser parcial o total y se determina por la Comisión de Peritaje Médico Laboral, al examinar del trabajador su capacidad laboral. Se considera que el trabajador muestra una invalidez parcial, cuando presenta una disminución de su capacidad física o mental, o ambas, que le permite continuar laborando bajo determinadas condiciones adecuadas a su estado de salud, de acuerdo con el dictamen de la Comisión de Peritaje Médico Laboral. Por incapacidad total se entiende una disminución de la capacidad física o mental o ambas, de un trabajador, que le impide continuar trabajando o cuando el trabajador tenga una capacidad residual de trabajo tan notoriamente reducida, que le impida desempeñar con asiduidad un empleo y sostenerse económicamente. Esta debe ser dictaminada por la CPML.[8]

Acorde a los criterios de la *New York Heart Association* (NYHA), (por sus siglas en inglés) las enfermedades orgánicas del corazón pueden clasificarse en 4 clases o grados (ya que la quinta clase o clase 0 corresponde a las cardiopatías funcionales) lo que facilita la determinación del grado de incapacidad de la persona.[9]

Grado	Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV
Incapacidad (%)	0,15	20-45	50-75	80-95
Síntomas	No	Dolor y/o disnea solo al esfuerzo prolongado o tensión emocional	Dolor y/o disnea en actividad diaria A + 200 m B – 200 m	Dolor y/o disnea al reposo
Signos de congestión	No	No	Si ceden al tratamiento	No ceden al tratamiento

Las categorías de incapacidad laboral se expresan de la siguiente forma:[9]

Categoría I de invalidez total: (puede tener)

Criterios: cardiopatía clase III-A, III-B o IV de la NYHA con o sin IMA previo. En caso de IMA debe incapacitarse inicialmente por la categoría IV de 6 meses a un año y luego reevaluarse acorde el grado de remodelación cardiaca, reserva coronaria o complicaciones tardías de la enfermedad.

Categoría V sin incapacidad:

Criterios: cardiopatía isquémica grado I-II de la NYHA. Profesiones contraindicadas: profesiones que requieran esfuerzos físicos intensos o situaciones de estrés emocional mantenido. Evitar horarios nocturnos a partir de las 11.00 pm, a consideración de la Comisión de Peritaje Médico Laboral.

Categoría II-III

Criterios: pacientes que laboren en las situaciones señaladas a consideración de las comisiones municipales.

Categoría IV-VI.

Criterios: cardiopatía isquémica con grado intermedio de severidad acorde a la valoración de las comisiones municipales.

Los gastos por concepto de seguridad social se calcularon tomando en cuenta las diferentes categorías ocupacionales, el salario básico de cada uno de los pacientes, y el tiempo que este había permanecido separado de sus actividades laborales por certificado médico.

Los datos recogidos fueron procesados mediante el programa estadístico SPSS en español (versión 15,0) y los resultados se muestran en tablas y gráficos mediante números y porcentajes.

Para la realización de esta investigación se tuvo en cuenta la firma del consentimiento informadopor parte de la población estudiada, así como todos los principios éticos necesarios para su realización.

RESULTADOS

Existió un predominio del sexo masculino sobre el femenino en los pacientes del estudio. El 42,9 % de ellos se desempeñaban como trabajadores de servicio y la media de años de trabajo fue de 24,60. El 42,9 % de los pacientes fueron peritados previamente con diagnóstico de cardiopatía isquémica. A los trabajadores del estudio le otorgaron 201,13 días previos como promedio, por certificados médicos y los gastos por concepto de seguridad social en un mes fueron de $192,80 (expresados en pesos MN). (Tabla 1).

Tabla 1. Características generales de los pacientes incluidos en la investigación

Variables		No	%	$\overline{X}$	S
Edad				51,88	5,37
Sexo	Femenino	14	33,3		
	Masculino	28	66,7		
Categoría ocupacional	Obreros	15	35,7		
	Trabajadores de servicio	18	42,9		
Años de trabajo				24,60	8,57
Tiempo del diagnóstico				2,73	1,93
Peritaje previo		18	42,9		
Días previos de certificado médico				201,13	54,22
Gastos por concepto de seguridad social (mensual) expresados en pesos				$192,80	$49,96

La diabetes mellitus constituyó la enfermedad crónica más frecuente en los pacientes estudiados, seguida de la hipertensión arterial, la obesidad y la dislipidemia. Al relacionarlo con los diferentes diagnósticos clínicos de la investigación, estas mantuvieron similar comportamiento. (Gráfico 1).

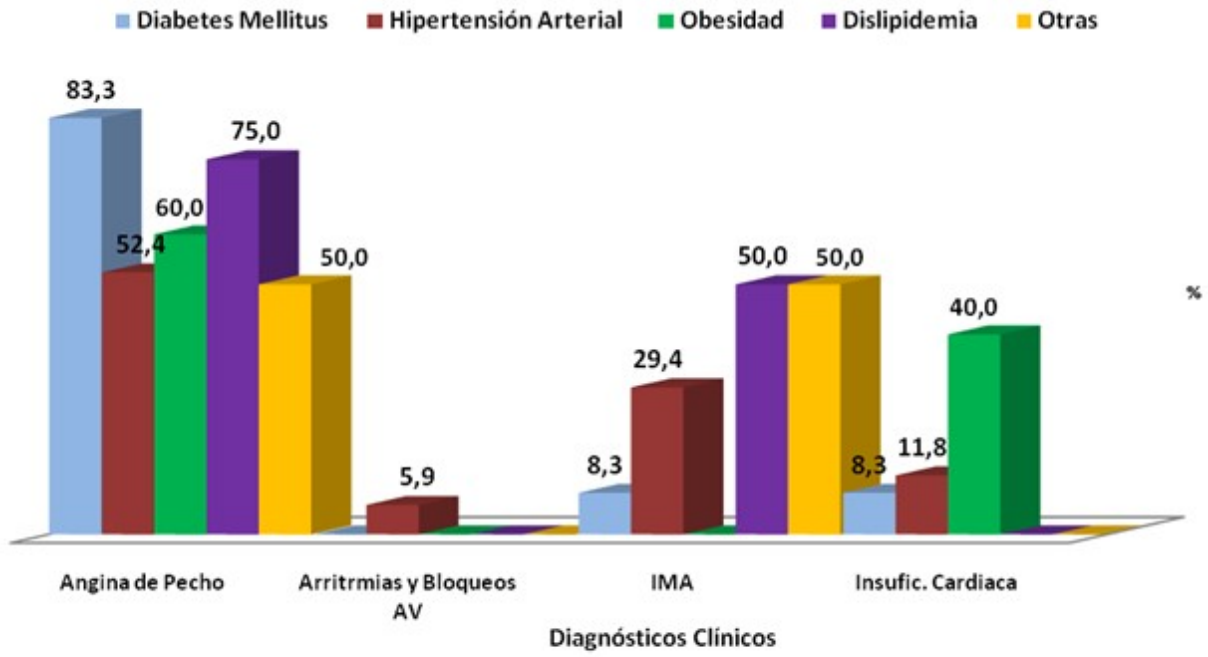


Gráfico 1. Enfermedades crónicas asociadas y diagnósticos clínicos de los pacientes

Nota: Porcentajes correspondientes al total de pacientes con diagnóstico de las enfermedades crónicas incluidas en la investigación

De los trabajadores sometidos a dictamen anterior, la mitad recibió incapacidad temporal o permanente para la labor que realiza, y a la otra mitad se le otorgó un cambio de puesto de trabajo, atendiendo a las legislaciones vigentes en Cuba. Cabe destacar que con respecto a la asociación de angina de pecho con IMA e insuficiencia cardiaca y angina de pecho los

trabajadores fueron incapacitados de forma temporal. (Gráfico 2).

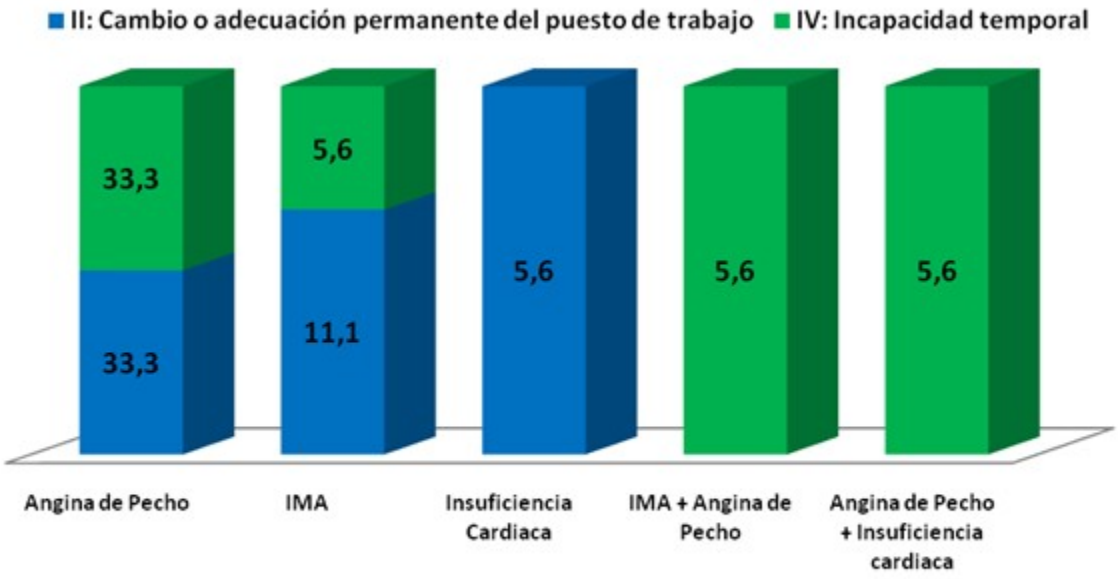


Gráfico 2. Distribución de los pacientes según diagnósticos clínicos y dictamen médico anterior

Nota: Porcentaje del total de pacientes con dictamen médico previo n= 18

Con relación al dictamen médico actual, se apreció similar comportamiento en cuanto a la incapacidad temporal y los cambios de puesto de trabajo; sin embargo, la incapacidad total, aunque no agrupa a un número importante de trabajadores, sí llama la atención su comportamiento en los pacientes con diagnósticos de angina de pecho, arritmias y bloqueos, IMA y la insuficiencia cardiaca agrupando el 19,0 % del total de los pacientes. (Gráfico 3).

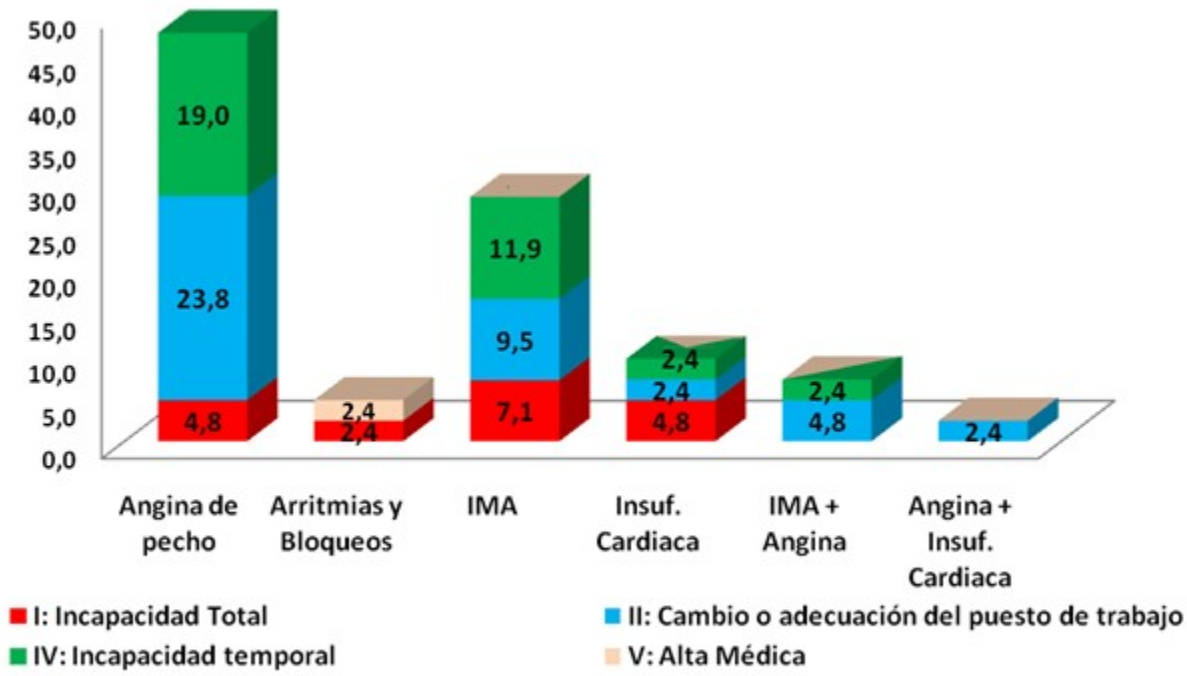


Gráfico 3. Distribución de los pacientes según diagnósticos clínicos y dictamen médico actual

Se resumen los gastos ocasionados por concepto de seguridad social según los diferentes diagnósticos clínicos de los pacientes. Se observan cifras importantes destinadas a este concepto según se establece en la Ley 105 vigente. Con relación a los días previos de certificado médico se aprecia que los pacientes con diagnóstico de angina de pecho fueron a los que más días se le otorgaron, el resto de las patologías mantuvieron un comportamiento muy similar. Por tanto los gastos por concepto de seguridad social están muy íntimamente ligados a los días de certificados médicos. (Tabla 2).

Tabla 2: Gastos por concepto de seguridad social atendiendo a los días previos de certificado médico y los diagnósticos clínicos de los pacientes

Diagnósticos clínicos	Días/meses previos de certificados médicos	Gastos mensuales por concepto de seguridad social*	Gastos totales por concepto de seguridad social*
Angina de pecho	219/7,3	$191,44	$1242,88
Arritmias y bloqueos AV	180/6,00	$173,40	$1040,40
IMA	189/6,03	$199,46	$1042,93
Insuficiencia cardiaca	180/6,00	$227,73	$1366,35
IMA + angina de pecho	180/6,00	$181,00	$1086,00
Angina de pecho + insuficiencia cardiaca	180/6,00	$441,00	2646,00

*Los valores corresponden a las medias calculadas

DISCUSIÓN

La cardiopatía isquémica es una de las principales causas de morbimortalidad en los países desarrollados. Esta afección dificulta la reincorporación al trabajo de los pacientes que lo

padecen, además de influir substancialmente en todo el entorno en que se desenvuelven. Esta afirmación justifica porqué las personas entre 40 y 50 años son los más afectados cuando se estudia la incapacidad o invalidez laboral por enfermedades crónicas y/o relacionadas con la actividad laboral que desarrollan.

La edad promedio de los trabajadores incluidos en la investigación y valorados en la CPML del municipio Cienfuegos es de 51,88 años, estos resultados se corresponden con los reportados en otros estudios sobre la invalidez laboral que han sido realizados en Cuba y en particular en la provincia de Cienfuegos. Desde el año 2008 se viene reportando un mayor número de personas incapacitadas laboralmente entre los trabajadores de 40 a 50 años. El grupo de edades de 41-50 años viene presentado un crecimiento vertiginoso, situación preocupante, porque son trabajadores relativamente jóvenes que han perdido su capacidad de ser útiles a la sociedad cuando más se necesita de ellos.[5,10-12]

A nivel mundial se analizan los costes generados en materia de salud ya sea directa o indirectamente, por ende, los gastos por concepto de seguridad social no están exentos de análisis, discusión y aplicación. Diversos investigadores han demostrado que los países con actividades de salud ocupacional preventivas, registran menor número de lesionados y de enfermedades profesionales; sin embargo, es común que las bajas tasas de diagnósticos y reportes reflejen la incapacidad de los sistemas de salud para identificar enfermedades. Desde 1978, el contexto general en la región de las Américas ha cambiado notablemente, no solo por los propios procesos internos de los países, sino también por las modificaciones ocurridas a escala mundial que inciden sobre los individuos y las poblaciones. Los cambios ocurridos desde el punto de vista epidemiológico, demográfico, social, político y medioambiental son ostensibles y han generado diferentes escenarios sobre los cuales aparecen nuevos riesgos que amenazan a la salud, y junto a los viejos problemas todavía pendientes de resolver, exigen nuevas estrategias. En los últimos años ha existido un aumento progresivo en la provincia, de la invalidez total por peritaje médico, presentando en el 2010 un incremento significativo sobre la media nacional, el 22 % de las personas jubiladas en ese año fueron por enfermedad y no por la edad, siendo esto un serio problema no solo de salud, sino también económico y social, situación que nos ha llevado a la realización de este trabajo.[12]

Como causa fundamental de incapacidad permanente se encuentran las enfermedades crónicas no trasmisibles en general, dentro de ellas ocupan los primeros lugares las enfermedades neoplásicas, seguidas de la CI. Las expresiones clínicas más frecuentes son la angina de pecho y el IMA, las que provocan alteraciones fisiológicas, psicológicas y sociales a las personas que la padecen, limitando en muchos casos su desempeño laboral y social. Múltiples son las consecuencias que derivan del infarto cardíaco, estas van desde incapacidad, invalidez, perjuicios sociales, dificultad en la realización de las tareas cotidianas, hasta la muerte. Una de las consecuencias sociales derivadas del IAM ha sido a lo largo de la historia, el impacto sobre la situación laboral de los pacientes. Constituyen objetivos primordiales de la rehabilitación cardiaca, el retorno a la actividad laboral. Según la mayoría de los datos de los que se disponen en la actualidad, solo el 25 % de los pacientes pos-IAM que no se reincorporan a su trabajo lo hacen a causa de un problema cardíaco, mientras que el 75 % lo hacen por motivos psicológicos o sociales.[10,13]

La CI es una manifestación clínica de la enfermedad ateroesclerótica y puede también aparecer como complicación de otras enfermedades crónicas no transmisibles tales como la diabetes mellitus (DM) y la hipertensión arterial (HTA). Asociado a ella existen factores de riesgo que agravan o empeoran el curso de la enfermedad cuando no se actúa sobre ellos, logrando una modificación de manera gradual y en beneficio de los pacientes. La DM y la HTA fueron las enfermedades crónicas más frecuentes entre los pacientes estudiados. La dislipidemia y la obesidad ocuparon un lugar importante asociadas a las patologías antes mencionadas.

Las alteraciones del metabolismo lipídico incrementan el riesgo de presentar una enfermedad cardiovascular. Desafortunadamente, en los últimos años se está observando un aumento de la prevalencia de la dislipidemia en el mundo, fenómeno del que Cuba no está exenta. La asociación de esta con la hipertensión arterial, diabetes mellitus, síndrome metabólico, tabaquismo o enfermedad renal son muy frecuentes e incrementa marcadamente los eventos cardiovasculares. Los sujetos con DM tienen un riesgo de mortalidad de 2,5 a 3 veces mayor que los sujetos con normo glucemia. Esto

se debe no solo a la DM por sí misma, sino también a que tienen una mayor frecuencia de factores de riesgo cardiovasculares asociados que la población general. Clásicamente, los trastornos del metabolismo lipídico en la DM se describen como una elevación de los triglicéridos y el cLDL, junto con una disminución del cHDL. Además, no solo es que en el paciente diabético haya una alteración cuantitativa de las lipoproteínas, sino que también es cualitativa. Todos estos cambios hacen que el paciente diabético tenga mayor tendencia a sufrir cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular o arteropatíaperiférica.[13]

A la hora de abordar el tratamiento de un paciente para prevenir un evento cardiovascular, no hay que centrarse solamente en el tratamiento de un único factor de riesgo, sino que hay que tratar todos los factores de riesgo en su conjunto, al igual que las enfermedades asociadas. Esta es la manera más efectiva de reducir el riesgo cardiovascular total del paciente. En consecuencia, lo primero que hay que hacer es estratificar el riesgo cardiovascular del paciente, con dos objetivos: por una parte, identificar todos los factores de riesgo modificables cuyo control sea susceptible de mejora; por otra, calcular el riesgo cardiovascular del paciente, ya que los objetivos de control de los diferentes factores de riesgo van a ser más estrictos cuanto mayor sea.[13]

Ha quedado demostrada la relevancia de la HTA y la DM como los dos principales factores de riesgo implicados en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular (ECV) y como problema de salud pública de primer orden.[14] Ciertamente, la HTA se ha convertido en el factor de riesgo más prevalente entre los pacientes con ECV. El 70 % de todos los pacientes con enfermedades cardiovasculares tienen el antecedente de HTA; además, existe una mayor prevalencia de otros factores de riesgo.

En el abordaje de la prevención integral de enfermedades no transmisibles, la DM ha ocupado un papel central como factor de riesgo de las ECV. El informe anual de la *American Heart Association* destaca que la prevalenciade DM ha aumentado en un 61 % en Estados Unidos en las últimas dos décadas.[14] A nivel mundial las cifras se comportan de forma similar y las estimaciones futuras son muy alarmantes. Por tanto, se hace imprescindible diseñar e implementar políticas, estrategias y acciones preventivas encaminadas a la identificación temprana, control y modificación de los factores de la enfermedad ateroesclerótica; para lograr estos objetivos se debe continuar fortaleciendo la medicina preventiva a nivel poblacional y lograr modificaciones en los estilos de vida insanos que posee la población en general, y específicamente los individuos de riesgo.

Entre los factores de riesgo cobra gran importancia la obesidad. Respecto a la epidemia mundial de obesidad, diversos estudios la han documentado con el índice de masa corporal (IMC) y la circunferencia de la cintura, medidas se utilizan como indicadores de sobrepeso y obesidad. Los parámetros de anormalidad metabólica se incrementan exponencialmente conforme el sujeto se aleja de su peso normal. Se ha identificado un incremento mundial del consumo de alimentos bajos en nutrientes y muy altos en azúcares simples, harinas refinadas mezcladas con grasas vegetales saturadas, con reducción a nulo consumo de frutas/verduras y severo sedentarismo. La obesidad genera, o se asocia, en la mayoría de los casos, con hipertensión arterial, intolerancia a la glucosa, diabetes tipo 2, coronariopatías, neumopatía, apnea del sueño, artropatías, enfermedades vesiculares y diferentes tipos de cáncer.[1] El 12,8 % de los pacientes estudiados son obesos, aunque su número no importante dentro de la muestra, sí evidencia la asociación de la obesidad con la enfermedad cardiovascular y otras enfermedades crónicas.

Algunos factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular, como el peso corporal, la diabetes mellitus y el tabaquismo, siguen dificultando la disminución de la mortalidad por esta causa a nivel mundial, [15,16] Cuba muestra un comportamiento muy similar, donde solo ha sido superada por las enfermedades neoplásicas como las principales causas de muerte.

Los factores de riesgo antes mencionados explican el 90 % del riesgo observado en los casos de IMA, lo cual indica que los enfoques de prevención tienen el potencial de prevenir los casos más prematuros de infarto de miocardio.[15]

Dada la gran cantidad de pacientes con enfermedad cardiovascular, no todos pueden recibir seguimiento en centros especializados que dispongan de médicos y enfermeras. La mayor parte de los pacientes deben recibir seguimiento del médico de familia y, por consiguiente, es preciso aplicar prácticas sencillas en la vida cotidiana que aseguren que el

tratamiento se realiza según lo establecido en las directrices.[15]

Las enfermedades cardiovasculares representaron la principal partida de pérdidas laborales ocasionadas por incapacidad y/o mortalidad prematura.[17] Al afectarse los trabajadores entre los 45 y 59 años de edad, se afecta directamente la productividad y por consiguiente los beneficios económicos generados en la sociedad. En muchos casos, los pacientes de la investigación habían sido peritados previamente produciendo un total de hasta 180 días de incapacidad temporal, al ser re-peritados se logró incorporar a muchos a la actividad laboral aunque con limitaciones determinadas por la enfermedad que condujo a la incapacidad y un incremento en los gastos por concepto de seguridad social. Mientras no seamos capaces de intervenir sobre los factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles en general, y en particular para la enfermedad cardiovascular, no seremos capaces de modificar el comportamiento de estas en las esferas sociales, económicas, de la salud y por lo tanto los gastos que se generen serán cada vez mayores.

La CI produce diferentes grados de incapacidad laboral, porque está muy ligada a la asociación de otras enfermedades crónicas y factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular. Por esta razón se generan gastos por concepto de seguridad social que van en aumento. Se hace necesario continuar abordando de forma integral las acciones preventivas y educativas en la población general con el objetivo de modificar los estilos de vida existentes, y por consiguiente, disminuir la morbilidad y mortalidad prematuras, así como la incapacidad e invalidez resultante por cardiopatía isquémica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Velasco ME. Perfil de salud de los trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013;51(1):12-25

2. Galve E, Castro A, Cordero A, Dalmau R, Fácila L, García A, et al. Temas de actualidad en cardiología:riesgo vascular y rehabilitación cardiaca. Rev Esp Cardiol [revista en Internet]. 2013 [citado 10 Sep 2014];66(2):[aprox. 8p]. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2012.10.009

3. Córdova JA, Barriguete JA, Lara A, Barquera S, Rosas M, Hernández M, et al. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. Salud Pública Mex. 2008;50(5):419-27

4. Ordúñez PO. El desafío de la prevención y el control de las enfermedades no trasmisibles. Finlay [revista en Internet]. 2011 [citado 10 Sep 2013];1(1):[aprox. 10p]. Disponible en: http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/26/36

5. Sotolongo O, Rodríguez L, Martínez N, Díaz MA, Dusté R. Comportamiento de la incapacidad parcial y permanente dictaminada por la comisión de peritaje médico laboral de La Lisa en el período 2009-2010. Rev Cubana Salud Trabajo [revista en Internet]. 2011 [citado 16 Sep 2013];12(2):[aprox. 12p]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/rst/vol12_2_11/rst07211.htm

6. Rabelo G, Díaz WJ, Linares TM, Argote L, Toledo GP. Morbilidad laboral con incapacidad temporal. Cuba. 2007-2008. Rev Cubana Salud Trabajo [revista en Internet]. 2010 [citado 10 Nov 2014];11(2):[aprox. 5p]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/rst/vol11_2_10/rst04210.htm

7. Teja J. Sobre la constitución y funcionamiento de las comisiones de peritaje médico laboral y la expedición de sus dictámenes médicos. Resolución Ministerial 52 de 1994. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1994

8. Asamblea Nacional del Poder Popular. Ley No. 105 de Seguridad Social. La Habana: Ministerio del Trabajo y Seguridad Social; 2009

9. Villar R. Escala NYHA (New York Heart Association). Valoración funcional de insuficiencia cardíaca [Internet]. La Coruña: Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo; 2009 [citado 22 Mar 2013]. Disponible en: http://www.meiga.info/escalas/nyha.pdf

10. Ríos D, Cervera L, Hernández R. Reincorporación laboral en pacientes con antecedentes de infarto del miocardio. AMC [revista en Internet]. 2013 [citado 23 Nov 2014];17(4):[aprox. 8p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552013000400002&lng=es

11. Díaz WJ, Rabelo G, Linares TM, Díaz H, García

Y, Argote L, et al. Incapacidad laboral en los trabajadores de la salud del municipio Arroyo Naranjo. 2007. Rev Cubana Salud Trabajo [revista en Internet]. 2012 [citado 4 Dic 2013];13(2):[aprox. 7p]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/rst/vol13_2_12/rst04212.htm

12. Carrasco M, Cuéllar T. Invalidez total en trabajadores con diez años o menos de servicios. Provincia de Cienfuegos, 2010. Rev Cubana Salud Trabajo [revista en Internet]. 2013 [citado 4 Dic 2014];14(1):[aprox. 8p]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/rst/vol14_1_13/rst01113.html

13. Barrios V, Escobar C. Valor de la dislipemia en el conjunto de los factores de riesgo cardiovasculares. Rev Esp Cardiol Supl [revista en Internet]. 2011 [citado 2 Jul 2013];11(B):[aprox. 5p]. doi:84.1416/j.cardio.2011.11.001

14. Cordero A, Lekuona I, Galve E, Mazón P. Novedades en hipertensión arterial y diabetes mellitus. Rev Esp Cardiol [revista en Internet]. 2012 [citado 2 Jul 2013];65 Suppl 1:[aprox. 9p]. doi:84.1416/j.cardio.2011.11.001

15. Guterbaum T, Gaede P. Intervención sobre múltiples factores de riesgo para prevenir la enfermedad cardiovascular. Un enfoque basado en la evidencia. Rev Esp Cardiol [revista en Internet]. 2011 [citado 7 Feb 2013];64(3):[aprox. 5p]. doi:10.1016/j.recesp.2010.11.004

16. Franco M, Cooper R, Bilal B, Fuster V. Control de los factores de riesgo coronarios y terapias basadas en la evidencia: esfuerzos coordinados para la prevención cardiovascular en España. Rev Esp Cardiol [revista en Internet]. 2011 [citado 2 Jul 2013];64(11):[aprox. 4p]. doi:org/10.1016/j.recesp.2011.07.008

17. Oliva J. Pérdidas de producción laboral ocasionadas por los fallecimientos prematuros en España en el año 2005. Rev Esp Salud Pública. 2009;83(1):123-35