

**Factores clínico-laborales en la invalidez por ictus. Municipio Arroyo Naranjo 2014-2016.**

Torriente Cortina, Marisol<sup>1</sup>

Viltres Abreus, Melkis Malena<sup>2</sup>

Lorán Rodríguez, Lázaro<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores/Consulta Externa, La Habana, Cuba, marisol@infomed.sld.cu

<sup>2</sup> Hospital Militar "Carlos J. Finlay"/Servicio Neurología, La Habana, Cuba, malenava@nauta.cu

<sup>3</sup> Hospital Clínico-Quirúrgico "Julio Trigo López"/Servicio Rehabilitación, La Habana, Cuba

**Resumen: Introducción.** El ictus es la tercera causa de mortalidad en Cuba. Produce discapacidad laboral de larga duración. **Objetivo.** Exponer las características observadas en pacientes con ictus y dictamen de invalidez total por la Comisión de Peritaje Médico-Laboral. **Pacientes y método.** Estudio retrospectivo, a partir de los datos de las historias clínicas de la Comisión de Peritaje Médico-Laboral del municipio Arroyo Naranjo, en el período 2014-2016. Las variables se agruparon en: dictamen médico, datos generales, datos del ictus y datos laborales. El procesamiento estadístico fue con el software SPSS para Windows versión 15.0. **Resultados.** De los 22 pacientes con ictus se concluyó: 13 invalidez total, 7 invalidez parcial permanente y 2 reincorporación laboral. El sexo masculino representó el 54,5%. La edad promedio fue 51,59 años. La hipertensión arterial (81,8%) y el tabaquismo (77,2%) fueron los factores de riesgo más frecuentes. Las secuelas más comunes fueron motoras (n=10), cognitivas (n=5), del lenguaje (n=4) y conductuales (n=4). El 60% realizaba una ocupación de servicios, 25% técnicos y 15% eran obreros. La mayoría (55%) trabajaba en turnos fijos diurnos de ocho horas. Los pacientes que se reincorporaron no requirieron cuidados intensivos ni presentaron complicaciones neurológicas durante la evolución aguda del ictus. No hay historia de exposición ocupacional a neurotóxicos. **Conclusiones.** Los factores clínicos de importancia en la invalidez por ictus son: la evolución grave durante la fase aguda y la discapacidad residual en las áreas motora y cognitiva. Los factores laborales generales no tuvieron relevancia en la discapacidad final.

**Palabras clave:** ictus, invalidez total, factores de riesgo laborales.

## I. INTRODUCCIÓN

El ictus ocupa los primeros lugares de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados (1, 2, 3, 4). Este término, derivado del latín, se refiere al conjunto de enfermedades vasculares cerebrales de etiología no traumática e incluye el infarto cerebral, la hemorragia intracerebral y la hemorragia subaracnoidea (5).

El ictus es la causa de alrededor de 8000 defunciones anuales en Cuba. En 2015 se reportaron 9276 defunciones para una tasa bruta de 82,6 por 10 000 habitantes (6, 7). Estos trastornos pueden producir discapacidad permanente y severa en cualquier grupo de edad y comúnmente producen ausentismo laboral de largo plazo (8, 9). En Cuba la Resolución N ° 52 del Ministerio de Salud Pública (10), puesta en vigor desde el año 1994 y vigente hasta el momento, establece el procedimiento para el peritaje médico laboral, a través del Sistema Nacional de Salud, a fin de emitir dictámenes médicos de calidad y, a su vez, garantizar la protección al trabajador en los casos de enfermedad y accidentes de origen común, de trabajo o profesional. Se define como invalidez total 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 (11).

Los factores clínicos y laborales relacionados con la emisión de un dictamen de discapacidad laboral en las enfermedades cerebrovasculares han recibido poca atención en la comunidad científica, con un escaso número de investigaciones publicadas (12).

Se han querido exponer las características generales de la situación de trabajo y del ambiente laboral (exposición ocupacional, factores psicosociales), así como, los aspectos clínicos observados en trabajadores a los que se les emitió un dictamen de invalidez total debido a un ictus, de manera tal que se provea información comprensible y útil para intervenir en la reincorporación laboral de los pacientes que han tenido un ictus.

## II. MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica que incluyó las bases de datos Clinical Key, Pubmed/Medline, EBSCO y Nature. Los términos de búsqueda fueron seleccionados del DeCS (Descriptor de términos de Salud en español) y del MeSH: stroke, sick leave, occupational risk factors, menoscabo permanente, ictus, factores de riesgo laborales.

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, que incluyó la revisión de las historias clínicas de los pacientes evaluados en la Comisión Municipal de Peritaje Médico Laboral de Arroyo Naranjo, provincia La Habana, durante el período desde el 1° de enero de 2014 hasta el 31 de diciembre de 2016. Fueron incluidos en esta investigación aquellos pacientes con diagnóstico de ictus, independientemente de la causa etiopatogénica subyacente, que recibieron un dictamen de invalidez total o parcial permanente. Para el registro y procesamiento de los datos se elaboró un formulario que incluyó datos demográficos generales (género, edad), datos del dictamen de la Comisión (tipo de dictamen, tiempo entre el ictus y la emisión del dictamen), datos del ictus (tipo de ictus, factores de riesgo vascular, requerimientos de cuidados intensivos, complicaciones neurológicas durante la fase aguda del ictus, secuelas) y los datos laborales (categoría ocupacional, tiempo en el cargo, turnos de trabajo, duración de la jornada laboral, exposición previa a neurotóxicos). Se elaboró una base de datos y se procesó a través el programa SPSS versión 15.0 para Windows. Se realizó el análisis descriptivo de todas las variables que incluyó el cálculo de medidas de tendencia central (media aritmética, mediana) y medidas de dispersión (desviación

estándar) para las variables cuantitativas, así como las frecuencias absolutas y relativas y el cálculo porcentual para las variables cualitativas.

### III. RESULTADOS

Durante el período revisado 22 pacientes con diagnóstico de ictus fueron evaluados en la Comisión Municipal de Peritaje Médico Laboral de Arroyo Naranjo, provincia La Habana. El sexo masculino representó el 54,5% (n=12) y el femenino el 45,5% (n=10). La edad de los pacientes osciló en un rango de 27 a 63 años para una media de 51,6 años (DS  $\pm$ 9,81). Los pacientes fueron clasificados en dos grupos de acuerdo al dictamen: en el primer grupo se incluyeron aquellos que recibieron el dictamen de invalidez total (n=13, 59,1%), y en el segundo grupo a todos los que se reincorporaron, independientemente de que se dictaminara algún grado de discapacidad (n=9, 40,9%).

La tabla 1 muestra las características de la edad y distribución por sexos en los grupos de estudio. Los pacientes con invalidez total tuvieron mayor edad como ha sido descrito en las investigaciones de discapacidad por ictus (8, 13, 14).

Tabla 1. Datos demográficos. Invalidez por ictus. Arroyo Naranjo 2014-2016

	Invalidez total n=13	Invalidez parcial/ Reincorporación laboral n=9
Edad promedio-DS (en años)	52,08 (9,69)	50,89 (10,5)
Rango de edad (en años)	28-63	27-63
Sexo masculino	7 (53,8%)	5 (55,6%)
Sexo femenino	6 (46,2%)	4 (44,4%)

Fuente: historias clínicas

El dictamen más frecuente fue invalidez parcial permanente (n=13, 59,1%), seguido por 7 pacientes que recibieron un dictamen de invalidez total para el trabajo (31,8%) y en 2 casos se concluyó alta con reincorporación laboral (9,1%). El tiempo promedio transcurrido entre la fecha del ictus y la emisión del dictamen por la Comisión fue de 16,43 meses. En el caso de la invalidez total fue de 15 meses mientras que para la invalidez parcial permanente o alta con reincorporación laboral fue de 18,8 meses.

La tabla 2 muestra la distribución de los factores relacionados con el ictus en cada uno de los grupos de estudio. La hipertensión continúa siendo el factor de riesgo por excelencia, afectando al 100% de los pacientes con invalidez total. Es relevante como el tabaquismo logra desplazar a otros factores vasculares habitualmente significativos en el ictus como la cardiopatía isquémica, la diabetes mellitus y los trastornos de los lípidos (5, 15). El hecho de tener un ictus anterior fue el tercer factor más frecuente y solamente observado en el grupo de los pacientes con invalidez total. Este antecedente ha sido descrito como un factor relevante de invalidez a corto y largo plazos (16). El 54,5% de los pacientes tuvo un infarto cerebral, siendo la forma de presentación típica para cualquier tipo de invalidez. La mayoría de los pacientes (77,3%) no tuvo complicaciones neurológicas durante su ingreso. Todos los pacientes que presentaron complicaciones neurológicas tuvieron un dictamen de invalidez total.

Cerca de un 15-30% de los sobrevivientes de un ictus quedan con discapacidad permanente (17, 18, 19). Las secuelas más frecuentes fueron en la esfera motora. La frecuencia de secuelas cognitivas y conductuales en los pacientes con invalidez total da relevancia a las mismas en la capacidad residual del

individuo para reincorporarse a la vida laboral, de hecho, las secuelas en la esfera conductual solo se constataron en estos casos.

Tabla 2 Factores clínicos. Invalidez por ictus. Arroyo Naranjo 2014-2016

	Invalidez total n=13	Invalidez parcial/ Rein- corporación laboral n=9	Total n=22
Antecedentes			
Hipertensión arterial	13	6	19 (86, 4%)
Cardiopatía is- quémica	-	2	2 (9,1%)
Diabetes mellitus	-	1	1(4,5%)
Ictus anterior	5	-	5 (22,8%)
Dislipidemia	1	2	3 (13,6%)
Tabaquismo	10	9	19 (86,4%)
Alcoholismo	2	-	2 (9,1%)
Tipo de ictus			
Ictus isquémico	8	5	13 (59,1%)
Ictus hemorrágico	5	3	8 (36,4%)
Lesiones vasculares múltiples	-	1	1 (4,5%)
Evolución del ictus			
Cuidados intensivos	3	2	5 (22,8%)
Complicaciones neurológicas	3	-	3 (13,6%)
Secuelas			
Motoras	10	4	14 (63,6%)
Sensoriales	1	-	1 (4,5%)
Cognitivas	9	3	12 (54,4%)
Conductuales	4	-	4 (18,2%)
Otras	4	1	5 (22,8%)

Fuente: historias clínicas

En la tabla 3 se muestran los datos relacionados a las características laborales generales. La distribución observada en las categorías ocupacionales muestra que la mayoría de los trabajadores afectados por invalidez procedía del sector de los servicios. Aunque globalmente alrededor del 40 al 50 % de la fuerza de trabajo está empleada en el sector productivo (20, 21), en Cuba, durante los últimos 15 años hay una tendencia al incremento de la población laboral en este sector (22). La mayoría de los pacientes tenía un régimen de trabajo en turnos fijos diurnos y una jornada laboral de ocho horas. No se documentó exposición laboral a neurotóxicos.

Tabla 3. Factores laborales. Invalidez por ictus. Arroyo Naranjo 2014-2016

	Invalidez total	Invalidez parcial/ Reincorporación laboral	Total
Categoría ocupacional			
Obrero	3	-	3 (13,6%)
Servicios	8	5	13 (59,1%)
Técnicos	2	4	6 (27,3%)
Ritmo de trabajo			
Fijo diurno	5	7	12 (54,5%)
Rotativo	5	2	7 (31,9%)
Horario irregular	3	-	3 (13,6%)
Duración de jornada laboral			
Ocho horas	6	7	13 (59,1%)
Doce horas	3	2	5 (22,8%)
Veinticuatro horas	1	-	1 (4,5%)
Irregular	3	-	3 (13,6%)

Fuente: historias clínicas

#### IV. CONCLUSIONES

Los pacientes que recibieron un dictamen de invalidez total para el trabajo después de un ictus, a diferencia de los que se reincorporaron, se caracterizaron por: tener mayor edad, haber presentado eventos cerebrovasculares anteriores, ser siempre hipertensos, evolucionar con complicaciones neurológicas durante la fase aguda del evento y quedar con secuelas conductuales. No hubo historia de exposición a neurotóxicos en el cargo que desempeñaban al momento de la enfermedad en ninguno de los casos revisados. Consideramos pertinente evaluar con exhaustividad por medio de nuevas investigaciones la relevancia de las características distintivas observadas y profundizar en el estudio detallado de exposiciones laborales previas, en especial, a neurotóxicos, así como el estudio de variables psicosociales del entorno laboral en relación con el dictamen de invalidez por ictus

#### REFERENCIAS

1. World Health Organization. Global status report on non-communicable diseases 2010. Ginebra, Suiza, 2011.
2. Mozaffarian D et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2016 Update: A Report From the American Heart Association. Circulation 2016; 133, e38–e360.
3. Gan Y, Wu J et al. Prevalence and risk factors associated with stroke in middle-aged and older Chinese: A community-based cross-sectional study. Scientific Reports 2017; 7: 9501.

4. Chang T, Gajasinghe S et al. Prevalence of stroke and its risk factors in urban Sri Lanka. Population-based study. *Stroke* 2015; 46: 2965-2968 [Internet] [citado 12 Jun 2016]. Disponible en: <http://stroke.ahajournals.org/content/46/10/2965>
5. Buergo Zuaznábar MA, Fernández Concepción O et al. Guías de práctica clínica. Enfermedad cerebrovascular. Recomendaciones. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009.
6. Rodríguez García PL. Estrategias para la prevención y control de las enfermedades cerebrovasculares. *Rev Cubana Neurol Neurocir.* 2012; 2 (1): 61–86.
7. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2015 versión electrónica. Cuadros 9, 17 y 19. La Habana, 2016. [Internet] [citado 20 Feb 2016]. Disponible en: [www.sld.cu/sitios/dne](http://www.sld.cu/sitios/dne)
8. Perk J, Alexanderson K. Chapter 8. Sick leave due to coronary artery disease or stroke. *Scand J Public Health* 2004; 32 (Suppl 63): 181–206. [http://sjp.sagepub.com/content/32/63\\_suppl/181](http://sjp.sagepub.com/content/32/63_suppl/181)
9. Linares TME, Díaz W, Díaz H, Rabelo G, Suárez C. Evaluación epidemiológica de la invalidez total. Cuba 2005. *Revista Cubana de Salud y Trabajo* 2007; 8(1):15-21.
10. Cuba. Resolución N° 52 del Ministerio de Salud Pública de 28 de marzo de 1994. *Gaceta Oficial de la República de Cuba* [citado 10 Jun 2007]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/in-sat/r-52-1994-msp.pdf>
11. Morales A. La seguridad social en Cuba. Realidades y retos. La Habana: Editora Política; 2004.
12. Allebeck P, Mastekaasa A. Chapter 5. Risk factors for sick leave - general studies. *Scand J Public Health* 2004; 32 (Suppl 63): 49–108 [http://sjp.sagepub.com/content/32/63\\_suppl/49](http://sjp.sagepub.com/content/32/63_suppl/49).
13. Gilworth G, Phil M, Cert A, Sansam KAJ, Kent RM. Personal experiences of returning to work following stroke: An exploratory study. *Work* 2009; 34: 95–103.
14. Endo M et al. Sickness absence and return to work among Japanese stroke survivors: a 365-day cohort study. *BMJ Open* 2016; 6: 1-8.
15. Intercollegiate Stroke Working Party. National clinical guideline for stroke. London, England. 5ta Ed. 2016
16. Westerlind E, Persson HC, Sunnerhagen KS (2017) Return to Work after a Stroke in Working Age Persons; A Six-Year Follow Up. *PLoS ONE* 2017; 12(1): 1- 14.
17. Hommel M, S.T.Miguel, B.Naegele, N.Gonnet, and Jaillard A. Cognitive determinants of social functioning after a first ever mild to moderate stroke at vocational age. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 2012; 80 (8): 876–880.
18. Sturm JW. Handicap after stroke: how does it relate to disability, perception of recovery, and stroke subtype? The North East Melbourne Stroke Incidence Study (NEMESIS). *Stroke* 2002; 33 (3):762–768.
19. Wolfe CDA, Crichton SL, Heuschmann PU et al. Estimates of outcomes up to ten years after stroke: analysis from the prospective South London stroke register. *PLoS Medicine* 2014; 8 (5).
20. Robaina C, Robaina F, Tamargo N. La epidemiología ocupacional como herramienta básica para la salud de los trabajadores *Rev Cubana Med Gen Integr* 2006; 22 (2)
21. JISHA: Statistics of Workers' Health Condition in Japan (2010) [Internet]. [citado 21 de mayo 2016]; Disponible en: <http://www.jisha.or.jp/english/statistics/health.html>.
22. Martínez M, Reyes ME. Salud y seguridad en el trabajo. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005.

Dirección del autor principal

Marisol Torriente Cortina. Avenida del Rosario 16 entre Cantera e I, Rosario, Arroyo Naranjo, La Habana.