



Horizonte Médico

ISSN: 1727-558X

horizonte_medico@usmp.pe

Universidad de San Martín de Porres
Perú

Pineda, José; Pineda, Vanessa
Evaluación de la incapacidad laboral respiratoria
Horizonte Médico, vol. 11, núm. 1, junio, 2011, pp. 15-18
Universidad de San Martín de Porres
La Molina, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=371637121002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Evaluación de la incapacidad laboral respiratoria

ASSESSMENT OF DISABILITY OCCUPATIONAL RESPIRATORY

Pineda José¹, Pineda Vanessa²

RESUMEN

La incapacidad laboral respiratoria o invalidez se produce cuando hay limitación para el desempeño adecuado de las tareas laborales.⁵ La disfunción o menoscabo se refiere a la pérdida de la función, cuya cuantificación debe realizarla de manera objetiva el médico neumólogo, fundamentarse con pruebas diagnósticas estandarizadas, y determinar la gravedad de la enfermedad, así como su repercusión en las actividades cotidianas. El dictamen de la incapacidad laboral resultante, compete a la Comisión Médica Calificadora de Incapacidad.

ABSTRACT

Occupational respiratory disability occurs when the worker is unable to successfully perform work tasks. Impairment refers to loss of function which measurement must be objectively made by the pulmonologist, based on standardized tests to determine the severity of disease and its impact on daily activities. The occupational disability certification must be made by the Qualifying Medical Disability Committee.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades respiratorias pueden provocar deterioro de la función respiratoria, lo que afecta la capacidad de desempeño del individuo en el puesto de trabajo y también pueden producirse como consecuencia del trabajo, inducidas por la inhalación de sustancias presentes en el ambiente laboral.¹ La mayoría de países cuenta con sistemas de compensación que protegen al trabajador afectado, mediante una prestación económica que trata de cubrir la pérdida de rentas salariales o profesionales que la enfermedad pueda ocasionar.

El uso de los términos incapacidad (disability) y menoscabo (impairment), aunque fueron intercambiables, ha sido y es fuente de confusión que debería evitarse. La incapacidad laboral o invalidez se produce cuando hay

alguna limitación para el desempeño adecuado de las tareas laborales. Es un proceso mixto, con componentes médicos y legales, que tiene por finalidad evaluar el impacto de la enfermedad en el bienestar y calidad de vida del individuo. La defunción, menoscabo o daño corporal se refiere a cualquier pérdida o alteración de las funciones psicológica, fisiológica y/o anatómica cuya cuantificación debe realizarla de forma objetiva el médico especialista. Para la evaluación de la incapacidad laboral respiratoria, se aplica un concepto médico, junto con otros factores relacionados al ambiente de trabajo y la Comisión Médica Calificadora de Incapacidad, determinará el grado de incapacidad laboral.^{2,3}

CLASIFICACIÓN DE LA INCAPACIDAD

La incapacidad, por su duración, puede ser:

1. Incapacidad temporal. Tiene una duración máxima de 12 meses. Su evaluación la realiza el médico de personal de la empresa, hasta la curación de la enfermedad y determinación del alta.
2. Incapacidad permanente. Es la situación del trabajador que, una vez completado el tratamiento adecuado, continúa presentando una reducción funcional que le produce disminución de su capacidad de desempeño laboral.

La incapacidad permanente puede ser:

1. Incapacidad permanente parcial. Es aquella que ocasiona una disminución igual o superior al 33% en el rendimiento normal para ejercer la profesión habitual, pero el trabajador tiene la posibilidad de realizar las tareas fundamentales de la misma.
2. Incapacidad permanente total. Es la que inhabilita al trabajador para la realización de todas las tareas fundamentales de su profesión, si bien podría dedicarse a otra distinta con menores requerimientos físicos.

¹ Médico Jefe de Servicio de Neumología del Hospital Edgardo Rebagliati.

² Estudiante de Medicina Universidad Particular Cayetano Heredia.

3. Incapacidad permanente absoluta. Es aquella que ocasiona la imposibilidad del enfermo para desarrollar cualquier tipo de trabajo.
4. Gran invalidez. Es la que precisa la asistencia de otra persona para los actos esenciales de la vida.

PARTICIPACIÓN DEL NEUMÓLOGO EN LA EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD LABORAL

La valoración clínica de la enfermedad es una pieza clave en la posterior definición de la incapacidad. Por tanto, corresponde al neumólogo aportar una valoración del conjunto de las manifestaciones de la enfermedad respiratoria. La evaluación del menoscabo funcional debe realizarse de forma objetiva, fundamentarse en pruebas diagnósticas estandarizadas y caracterizar la gravedad de la enfermedad y su repercusión en las actividades cotidianas.²

Esquema de evaluación de la capacidad laboral en las enfermedades respiratorias (véase figura):

Primera fase. Evaluación del menoscabo funcional o daño corporal. Corresponde al médico neumólogo que deberá: a) diagnosticar la enfermedad; b) clasificar la afectación funcional; c) considerar la probabilidad de relación causal o agravamiento con el ambiente laboral; d) como resultado de los anteriores, deducir el impacto de la enfermedad sobre la capacidad laboral⁴ y e) informar al paciente¹⁰.

- Segunda fase: dictamen de incapacidad laboral. Compete a la Comisión Médica Calificadora de Incapacidad.

Diagnóstico de enfermedad: Las enfermedades respiratorias crónicas que a pesar de un tratamiento adecuado, produzcan una pérdida de función no recuperable en un trabajador, son susceptibles de causar una incapacidad laboral permanente. El reconocimiento de la enfermedad, es el primer paso para la posterior evaluación de la incapacidad. Dadas las importantes implicancias laborales y socioeconómicas de la declaración de incapacidad, es necesario aplicar todo el conocimiento científico disponible, y utilizar pruebas estandarizadas que proporcionen resultados cuantificables y reproducibles de la función pulmonar, que puedan ser evaluados por otros observadores.^{6, 11, 12}

Clasificación de la gravedad de la afectación funcional: La reserva funcional y el tipo de trabajo, son los principales determinantes de la capacidad para el desempeño de

la tarea habitual. Una vez utilizadas las pruebas necesarias para alcanzar un diagnóstico de la mayor certeza posible (radiografía de tórax, tomografía computarizada, broncoscopia, etc.), es necesario recurrir a aquellas que permitan evaluar la función respiratoria de manera objetiva, reproducible, y de forma ideal, a través de procedimientos sencillos.

Los estudios que comparan la presencia de síntomas con la medición objetiva de la función pulmonar, han mostrado una mala correlación, que se acentúa en algunos grupos de individuos que solicitan una incapacidad laboral. Las pruebas de imagen tienen un papel relevante en el diagnóstico de la enfermedad, pero no sirven para predecir la afectación funcional. El abordaje funcional del estudio de las enfermedades respiratorias debe ser específico y escalonado. En un primer paso, la espirometría y la evaluación del intercambio de gases pueden aportar información suficiente. La interpretación de sus resultados se efectúa mediante su comparación con unos valores de referencia, obtenidos de población sana sin síntomas. La cuantificación de la difusión pulmonar es una variable sensible en cuanto a la afectación del intercambio gaseoso, pero no discrimina sobre la posible etiología.^{7,9}

Considerar la posibilidad de relación causal o agravamiento con el ambiente laboral: En ocasiones, la enfermedad respiratoria responsable de incapacidad laboral puede estar causada por agentes específicos del lugar de trabajo, y entonces se considera “enfermedad profesional”. Esta situación conlleva diferencias en la prestación de la incapacidad permanente favorables para el trabajador.

Deducir el impacto de la enfermedad sobre la capacidad laboral: El proceso de evaluación de la incapacidad permanente, finaliza con la emisión del diagnóstico de enfermedad y la clasificación de la afectación funcional que produce. Con estos datos y la historia ocupacional, el médico puede deducir el impacto de la enfermedad en el bienestar y calidad de vida del individuo, ayudando en la posterior toma de decisiones del equipo de valoración de la incapacidad. En la mayoría de casos, la competencia para desarrollar un trabajo viene determinada por la tolerancia al esfuerzo.⁸

Al diagnosticar la incapacidad pulmonar, es necesario hacerlo luego de haber administrado suficiente tratamiento y realizar evaluaciones de seguimiento periódico, incluso, luego de decidir la incapacidad, se debe confirmar que es estable y también ajustarla a la magnitud de la incapacidad.¹³

Informar al paciente: El neumólogo que atiende a un trabajador con una enfermedad respiratoria crónica, debe interesarse por las circunstancias que rodean su actividad laboral, y teniendo en cuenta su enfermedad y afectación funcional, asesorarle sobre el impacto del trabajo en el curso de su enfermedad y la posible relación causal con la exposición laboral.

SITUACIONES ESPECIALES

En algunas enfermedades, el daño corporal y posterior incapacidad laboral no viene definida por pérdida funcional permanente, y es necesario tener en cuenta otras variables para una correcta evaluación.

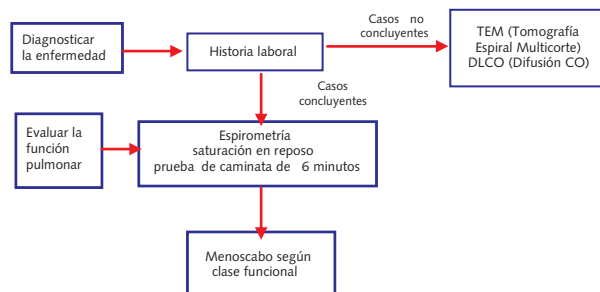
Neumoconiosis: La determinación de las consecuencias funcionales (disfunción) y su impacto en la vida diaria (incapacidad) es clave para la evaluación de pacientes con enfermedades respiratorias ocupacionales. La presencia de neumoconiosis con sustrato anatomofuncional estable o potencialmente estable pueden ser evaluados para diagnóstico y cuantificación del daño respiratorio: evaluación clínica, radiografía de tórax, TAC, pruebas funcionales respiratorias y pruebas de ejercicio cardiopulmonar.¹⁴

Asma: La evaluación del menoscabo funcional debe postergarse hasta agotar las posibilidades de modificar posibles factores de agravamiento y alcanzar un cumplimiento terapéutico óptimo. El asma ocupacional produce alteración permanente en los trabajadores, incluso luego de la cesación de exposición al agente causal¹⁵, lo que implica una incapacidad para desarrollar el trabajo habitual, independientemente de la gravedad en el momento del diagnóstico.

Cáncer de pulmón: Debe tenerse en cuenta parámetros relacionados con el estado de salud y el pronóstico vital. Se recomienda utilizar la escala de Karnofsky, junto con el estadio y la persistencia del tumor, además de los parámetros inherentes a la posible pérdida de función concurrente.

Síndrome de apnea del sueño: Se considera que el trabajador está incapacitado para desarrollar trabajos que requieran una atención cuidadosa y tengan riesgo de accidentabilidad, si a pesar de la aplicación de las medidas terapéuticas apropiadas, persiste un índice de apneas de 10-20/h. La incapacidad se ampliará para otros tipos de actividad laboral, si el índice de apneas es mayor o se acompaña de insuficiencia respiratoria diurna.

Figura. Flujoograma de evaluación respiratoria laboral



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Seaton A. Diagnosis and managing occupational diseases. *BMJ* 1995; 310: 1282
2. Martínez C. Participación del neumólogo en la evaluación de la capacidad laboral de personas con enfermedades respiratorias. *Arch. Bronconeumol.* 2008; 44(4): 204-12.
3. Morgan K. ¿Disability or disinclination? ¿Impairment or importuning? *Chest.* 1979;75:712-715.
4. Ames R, Trent R. Respiratory Impairment and Symptoms as Predictors of Early Retirement with Disability in US Underground Coal Miners. *Am J Public Health.* 1984; 74: 837-838.
5. Jones R. ¿Impairment, disability and handicap-old fashioned concepts? *Journal of Medical Ethics.* 2001; 27: 377-379.
6. Perace et al. "Invalidity" due to chronic bronchitis and emphysema: how real is it? *Thorax.* 1985;40:828-831.
7. Kim et al. Guideline of the Korean Academy of Medical Sciences for assessing respiratory impairment. *J Korean Med Sci.* 2009; 24 (Suppl 2): S267-70.
8. Mahler et al. Management of dyspnea in patients with advanced lung or heart disease. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej.* 2010; 120 (5) 160-165
9. Patouchas, Efremidis, Karkoulas, Zoumbos, Goumas, Spiropoulos. Lung function measurements in traditional bakers. *Acta Biomed.* 2008; 79: 197-203.
10. Mills et al. The physical status of men in the lowest income group in the sixth decade of life. *Cand. Med. Ass.J.* 1963; 89: 281-288.

11. Bellia et al. Questionnaires, Spirometry and PEF monitoring in epidemiological studies on elderly respiratory patients. Eur. Respir. J. 2003; 21: Suppl 40, 21S-27S.
12. atricket et al. Journal Epidem and Comm Health. 1981; 35, 65-70.
13. Sun Young Kyung et al: Clinical findings of the patients with legal pulmonar/disability - Short term follow-up at a tertiary university hospital in Korea. The Korean Journal of Internal Medicine. 2008; 23: 72-77.
14. Neder et al. Evaluation of respiratory dysfunction and disability in pneumoconiosis. J Bras Pneumol. 2006; 32 (Supl 1) S 93-98.
15. Yacoub et al. Assessment of impairment/disability due to occupational asthma through a multidimensional approach. Eur Respir J. 2007; 29: 889-896.