

# PATOLOGÍA RESPIRATORIA COMO CAUSA DE EXCLUSIÓN DEL SERVICIO MILITAR

F.J. Gómez de Terreros

Servicio de Respiratorio. Hospital Universitario del Aire. Madrid

La ley 19/84 del 8 de junio determina las enfermedades y defectos físicos y psíquicos que son causa de exclusión total o temporal del servicio militar. En dicha ley se establecen las causas generales, enfermedades carenciales, intoxicaciones, enfermedades de la piel, neurológicas, psiquiátricas, depresivas, del aparato respiratorio, circulatorio, locomotor, visión, audición, fonación y urogenitales, que determinan la exclusión total o temporal.

En un llamamiento a filas de 17.629 mozos, 3.525, el 20 % no llegó a incorporarse. De entre éstos, 1.143 alegaron motivos de salud y fueron excluidos.

El 6,4 % de nuestros jóvenes de 18 a 20 años no son aptos por enfermedad para el servicio militar. No es el momento ni el lugar de reflexionar sobre esta cifra.

Por causas respiratorias fueron 151, el 13,2 % del total de excluidos, muy lejos de las enfermedades psíquicas y defectos ortopédicos que encabezan con diferencia los motivos de exclusión.

Las enfermedades del aparato respiratorio, contempladas en la ley, incluyen tres apartados. El primero se refiere a "aquellas afecciones de la tráquea, bronquios, pulmones, pleura, mediastino y caja torácica, que pueden determinar insuficiencia respiratoria, trastorno ventilatorio (restrictivo, obstructivo o mixto) en grado incompatible para el servicio militar y/o la manifestación clínica de disnea de medianos esfuerzos, según observación discrecional".

El segundo grupo abarca el asma bronquial, que si es persistente previa observación, es causa de exclusión total. En caso de tener buena respuesta al tratamiento, es clasificado como excluido temporal.

El tercer bloque de patología respiratoria es la tuberculosis activa de cualquier localización o forma clínica, previa observación.

En la aplicación correcta de esta normativa entran tres factores. El primero, el mozo, siguiendo la terminología clásica, que alega la enfermedad y que a veces recita sus síntomas como bien deseáramos que los aprendieran nuestros más aventajados alumnos. Conocen que, mientras menos colaboren en las pruebas funcionales, más posibilidades tendrán de "librarse". El

segundo, es el médico que ha de peritar en conciencia, sabiendo que el engaño de unos es perjudicial para terceros, justo aquellos que asumen con dignidad el servicio militar. Por otra parte, conocida la hiperergia antimilitar que impera en nuestro entorno social y que cualquier revés por lejana relación que tenga con su peritaje, hará rodar caudalosos ríos de tinta en juzgados y periódicos.

El tercer factor es la difícil cuantificación de las alteraciones cualitativas en que se basa el cuadro de exclusión por patología respiratoria.

Con estas premisas hagamos algunos comentarios para cada grupo, en lo que se refiere a métodos de valoración y su incidencia en nuestro medio. Comprendemos que valorar una insuficiencia respiratoria, un trastorno ventilatorio o una disnea de medianos esfuerzos, a partir de una observación discrecional, no es un método asumible por ningún especialista y menos si esto conlleva repercusiones sociales y responsabilidades jurídicas. Ni siquiera el estudio de volúmenes y flujos puede determinar la existencia de una insuficiencia respiratoria o a validar una disnea de moderados esfuerzos ante una actitud o sospecha de simulación. Por ello, nosotros en nuestro medio, en este primer grupo, además de los estudios que afectan a volúmenes y flujos, abogamos por la realización de pruebas ergométricas<sup>1</sup> con medidas de gases espirados y gasometría arterial pre y post esfuerzos. Mediante este protocolo conocemos el comportamiento de la ventilación, distensibilidad del lecho vascular pulmonar y comportamiento del transporte de oxígeno con soporte cuantitativo y de forma independiente de la voluntad del sujeto. Este grupo no supone conflictividad a la hora del juicio y es excepcional que sea el motivo de exclusión, pese a ser alegrado con alta frecuencia.

El segundo bloque es el que se refiere al asma bronquial. El alegador tipo es el mozo que acude con su certificado médico en el que se define su estado con pruebas alérgicas positivas, curas y tratamiento y que tras un estudio clínico no se aprecia rastro de patología. Recordamos que para la exclusión total por asma, ésta debe ser persistente y rebelde al tratamiento y la única vía de abordaje propuesta por la ley es la observación clínica de una crisis.

*Arch Bronconeumol* 1991; 27:283-284



Todos tenemos la experiencia de que esa situación puede darse a los 3, 6 meses o incluso al año de incorporación a filas, dependiendo en muchas ocasiones de los distintos destinos del soldado. En este caso hemos desperdiciado el dinero de la sociedad, la eficacia del servicio y el tiempo de la persona. Esto llevó a nuestro grupo a buscar algo que permitiera afirmar lo persistente y rebelde de la enfermedad asmática. Motivó la realización de biopsias bronquiales en asmáticos asintomáticos<sup>3, 4</sup>, hallazgos de lesiones bronquiales persistentes y rebeldes en el asma asintomática. En base a tal concepto nos basta diagnosticar asma para poderlos incluir en el cuadro y esto lo hacemos en base a los siguientes criterios:

La existencia de una historia compatible; pruebas alérgicas con prick positivas a los neumoaergenos comunes; hiperreactividad bronquial, con PD<sub>20</sub> a 300 UI acumuladas de metacolina o test previo de broncodilatación superior al 15 % del FEV<sub>1</sub><sup>5</sup>. En caso de pruebas alérgicas negativas con cumplimiento del resto de los criterios, IgE mayor de 200 UI o IgE específica con nivel 3 a 4, determinado por RAST o CLA.

Hemos descartado los tests ergométricos para el estudio del asma de ejercicio, por no haber demostrado su poder discriminante<sup>6</sup>.

El número de mozos que alegaban asma para ser excluidos en los años 1989-1990 fueron 176 entre una población de 16.810. De los 176, resultaron excluidos 142, no demostrándose asma en 34 casos, lo que supone que en un 19,3 % de los que alegan asma, no se demuestra tal patología.

Con respecto a la tuberculosis, es objeto de exclusión total la forma activa de la misma, cualquiera que sea su localización o forma clínica. Naturalmente esta norma "premia" a la tuberculosis como causa de exclusión dada la realidad evolutiva de la enfermedad

en el momento actual. Durante los años 89 y 90 se iniciaron 10 expedientes de inutilidad por tuberculosis; sólo el 1,1 % de expedientes de exclusión lo son por esta causa. Sin embargo se deduce en la muestra de jóvenes estudiada que su incidencia es de 59,3/100.000 jóvenes.

En resumen, las enfermedades del aparato respiratorio no lideran las causas de exclusión del servicio militar, hoy día encabezadas por la patología psiquiátrica, en la que están comprendidas las adicciones a tóxicos. Es evidente la conveniencia de una mejor redacción de los criterios de exclusión en cada una de ellas y la adecuación en la realidad pronóstica actual. Indudablemente, el análisis de los resultados de aplicación del cuadro es un inapreciable banco de datos para los estudios epidemiológicos y sociológicos.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Callol L, Alvarez-Sala JL, Caro MC, Calderón J, Gómez de Terreros J. Meaning of ventilatory equivalent for oxygen in load exercise. *Europ Respir J* 1990; 3:162.
2. Gómez de Terreros J, Callol L, Calderón J, Sevillano C, Caro MC, Villegas F. Bases anatómicas de la hiperreactividad bronquial. Anther Impresores SL. Libro de Resúmenes del XXVIII Congreso Internacional de Medicina y Farmacia Militares. Madrid, 1990; 403.
3. Salvato G. Some histological changes in chronic bronchitis and asthma. *Thorax* 1968; 23:168-171.
4. Breasley R, Roche WR, Roberts JA, Holgate ST. Cellular event of the bronchi in mild asthma and after bronchial provocation. *Am Rev Respir Dis* 1989; 139:806-817.
5. Sevillano C. Valoración de la reactividad bronquial inespecífica. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid, 1990.
6. Callol L, Rodríguez MS, Sevillano C, Calderón J, Villegas F, Gómez de Terreros J. Hiperreactividad bronquial al ejercicio en asmáticos. Anther Impresores SL. Libro de resúmenes del XXVIII Congreso Internacional de Medicina y Farmacia Militares. Madrid, 1990; 398.