



Artículo especial

Valoración de la discapacidad en los enfermos respiratorios

Juan Ruiz Manzano^a, Inmaculada Alfageme Michavila^{b,*}, Eusebi Chiner Vives^c
y Cristina Martínez González^d

^a Presidente de la SEPAR^b Presidenta del Comité de Calidad Asistencial de la SEPAR^c Secretario General de la SEPAR^d Ex coordinadora del área EROM de la SEPAR

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 5 de diciembre de 2011

Aceptado el 12 de diciembre de 2011

On-line el 16 de febrero de 2012

Palabras clave:

Discapacidad
Incapacidad laboral
Deficiencias
Minusvalías

Keywords:

Disability
Work disability

R E S U M E N

La valoración de la discapacidad en los pacientes con enfermedades respiratorias está regulada por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, al igual que las discapacidades de cualquier otro sistema; sin embargo, creemos que su evaluación es especialmente complicada, ya que al tratarse de procesos crónicos, interrelacionan con otros sistemas y además en ocasiones cursan en brotes, por lo que pueden alternar períodos de normalidad con otros de limitación funcional importante.

El presente documento tiene su origen en la voluntad de la SEPAR de actualizar el tema y de dar respuesta a la solicitud de las asociaciones de pacientes con enfermedades respiratorias que así nos lo requirieron. En el mismo efectuamos un análisis de la situación actual, tanto de la legislación vigente en materia de incapacidad laboral, como de la determinación de los grados y porcentaje de discapacidad, así como de los criterios actualmente vigentes para la asignación de discapacidad atribuible a deficiencias del aparato respiratorio. Por último, se proponen unas líneas de trabajo que permitirían mejorar el escenario existente y delimitar esta valoración para patologías concretas.

© 2011 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Evaluating Respiratory Patient Disability

A B S T R A C T

The evaluation of the disabilities of patients with respiratory disease is regulated by the Spanish Ministry of Labor and Social Security, as are disabilities of any other type. We believe, however, that in respiratory pathologies this evaluation is especially complicated because, as they are chronic processes, they interrelate with other systems. Furthermore, they tend to have occasional exacerbations; therefore, normal periods may alternate with other periods of important functional limitations.

The present document arises from the desire of SEPAR to update this topic and to respond to the requests of respiratory disease patient associations who have asked us to do so. In this paper, we analyze the current situation of work disability legislation as well as the determination of degrees and percentages, including the current criteria for assigning disabilities due to respiratory tract deficiencies. Lastly, we propose work guidelines that would improve the existing scenario and outline this evaluation for specific pathologies.

© 2011 SEPAR. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

La valoración de la discapacidad en los pacientes con enfermedades respiratorias está regulada por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, al igual que las discapacidades de cualquier otro sistema. Sin embargo, creemos que su evaluación es especialmente complicada, ya que al tratarse de procesos crónicos, interrelacionan con otros sistemas y además en ocasiones cursan en brotes,

por lo que pueden alternar períodos de normalidad con otros de limitación funcional importante. Por otra parte, los propios especialistas están buscando otras formas de evaluación de la enfermedad respiratoria que contemple una aproximación multidisciplinar y considere al paciente en su conjunto¹.

En nuestro Ordenamiento, en la Ley General de Seguridad Social se establecen las situaciones objeto de cobertura, prestaciones y requisitos para acceder a las mismas, contemplando la situación de invalidez desde dos perspectivas: una se relaciona con la disminución de la capacidad para realizar un trabajo determinado

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ialfageme@separ.es (I. Alfageme Michavila).

(incapacidad laboral), y la otra, con las restricciones permanentes en el desarrollo de las actividades de la vida diaria (AVD), lo que se expresa con el término de discapacidad, que en función de su intensidad y de circunstancias sociales (entorno familiar, situación laboral, nivel de estudios, etc.) da lugar a la atribución de determinado grado de minusvalía según el cual se atribuye una mayor o menor protección independientemente de la cotización y actividad laboral previa. Se puede decir que la calificación legal de minusvalía es el documento oficial que acredita que una persona precisa de más apoyos que la mayoría. Los derechos que confiere están en función del porcentaje asignado e incluyen prestaciones familiares, pensiones no contributivas y beneficios fiscales.

El presente documento tiene su origen en la voluntad de la SEPAR de actualizar el tema y de dar respuesta a la solicitud de las asociaciones de pacientes con enfermedades respiratorias que así nos lo requirieron. En el mismo efectuamos un análisis de la situación actual, tanto de la legislación vigente en materia de incapacidad laboral, como de la determinación de los grados y porcentaje de discapacidad, así como de los criterios actualmente vigentes para la asignación de discapacidad atribuible a deficiencias del aparato respiratorio. Por último, se proponen unas líneas de trabajo que permitirían mejorar el escenario existente y delimitar esta valoración para patologías concretas.

Análisis de situación: ¿cómo se valora en la actualidad la discapacidad en el enfermo respiratorio?

Una de las aplicaciones más habituales de la evaluación de las enfermedades respiratorias consiste en la valoración de la incapacidad laboral². Este proceso, que debe ser realizado por el neumólogo, requiere el diagnóstico previo de una enfermedad respiratoria y la prescripción y cumplimiento de un tratamiento óptimo. Una vez asumidos estos requisitos, la valoración de incapacidad laboral consiste en tres procesos sucesivos³:

- *Evaluación del grado de deterioro.* Consiste en medir cómo la enfermedad respiratoria afecta a la función pulmonar en reposo. Para ello suele ser necesario realizar una espirometría, capacidad de difusión de monóxido de carbono y gasometría arterial.
- *Evaluación de la discapacidad.* Esta etapa consiste en determinar el grado de limitación funcional (al ejercicio) que origina su enfermedad. Para ello es preciso efectuar una prueba de ejercicio cardiorrespiratorio y determinar el consumo de oxígeno máximo.
- *Definición del hándicap o minusvalía.* Esta última etapa, que suele ser realizada por los servicios de inspección laboral, consiste en establecer si la limitación funcional que presenta el paciente le impide realizar su actividad laboral. Un enfermo con un grado determinado de discapacidad puede no lograr realizar un trabajo que requiera una alta demanda energética (p. ej., descargar un camión), pero sí puede efectuar un trabajo con una menor demanda (p. ej., tareas de oficina).

Legislación laboral acerca de la incapacidad laboral

La legislación a este respecto se recoge en un Real Decreto⁴ publicado en enero del año 2000 donde se recogen los criterios que se establecen para determinar el grado de minusvalía para cada sistema y aparato del organismo. Dentro de la valoración laboral, lo que habitualmente se solicita al neumólogo es la determinación de una incapacidad permanente.

¿Qué se entiende por incapacidad permanente?

La incapacidad supone una alteración continuada de la salud que imposibilita o limita a quien la padece para la realización de una actividad profesional.

Se considerará en situación de *incapacidad permanente* al trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y haber sido dado de alta médicamente, presente reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral.

¿A quién corresponde la declaración de la invalidez permanente?

La declaración de invalidez permanente corresponde a la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social a través de los denominados Equipos de Valoración de Incapacidades.

Grados de la incapacidad permanente

Todos los grados de incapacidad precisan de un periodo previo de cotización, excepto si la incapacidad es debida a accidente laboral o a enfermedad profesional, en cuyo caso no se exige período alguno de cotización.

La incapacidad permanente se calificará en alguno de los siguientes grados:

Incapacidad permanente parcial para la profesión habitual

Es la que sin alcanzar el grado de total, ocasiona al trabajador una disminución no inferior al 33% en su rendimiento normal para su profesión habitual, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma.

Incapacidad permanente total para la profesión habitual

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

Incapacidad permanente absoluta para todo trabajo

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

Gran invalidez

Se define como la situación del trabajador afecto de incapacidad permanente y que, a consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, precisa asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida diaria (vestirse, desplazarse, comer o análogos).

Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM)^{5,6}

En 1976, la OMS publicó la primera Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), que posteriormente se ha ido revisando; la última es del año 2000, con una traducción al castellano en 2001⁷. El cometido de la CIDDM era servir de complemento a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción (más conocida por Clasificación Internacional de las Enfermedades o CIE), a fin de poder establecer un catálogo de las consecuencias de la enfermedad, más allá de la mera recopilación de cuáles son las causas de la misma.

La versión castellana de la CIDDM considera los siguientes términos:

- La *deficiencia* hace referencia a las anomalías de la estructura corporal y de la apariencia, así como de la función de un órgano o sistema, cualquiera que sea su causa; en principio, las deficiencias representan trastornos en el ámbito del órgano. La CIDDM, dentro de la experiencia de la salud, la ha definido como «toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica».
- La *discapacidad* refleja la consecuencia de la deficiencia desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad del individuo; la discapacidad representa, por tanto, trastornos en el ámbito de la persona. La CIDDM, dentro de la experiencia de la salud, la ha definido como «toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano».
- La *minusvalía* hace referencia a las desventajas que experimenta el individuo como consecuencia de las deficiencias y discapacidades; así pues, la minusvalía refleja una interacción y adaptación del individuo a su entorno. La CIDDM, dentro de la experiencia de la salud, la ha definido como «una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales)».

De lo anterior se deduce que la finalidad de la evaluación es considerar al individuo dentro de su situación personal y social.

Determinación de la discapacidad originada por deficiencias permanentes

El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, a través de la Secretaría General de Asuntos Sociales y el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), en el año 2000 publicó una guía en la que se recogían los procedimientos y determinaciones necesarias para evaluar la discapacidad originada por deficiencias permanentes. Esta guía se publicó en el BOE n.º 22 del miércoles 26 de enero de 2000/3355. Existe un primer apartado general y común a todas las deficiencias, cuyos principales puntos son los siguientes:

1. El proceso patológico que ha dado origen a la deficiencia, bien sea congénito o adquirido, ha de haber sido previamente diagnosticado por los organismos competentes, han de haberse aplicado las medidas terapéuticas indicadas y debe estar documentado.
2. El diagnóstico de la enfermedad no es un criterio de valoración en sí mismo. Las pautas de valoración de la discapacidad que se establecen en los capítulos siguientes se basan en la gravedad de las consecuencias de la enfermedad, cualquiera que esta sea.
3. Deben entenderse como deficiencias permanentes las alteraciones orgánicas o funcionales no recuperables, es decir, sin posibilidad razonable de restitución o mejoría de la estructura o de la función del órgano afectado.
4. Las deficiencias permanentes de los distintos órganos, aparatos o sistemas se evalúan, siempre que es posible, mediante parámetros objetivos y quedan reflejadas en los capítulos correspondientes. Sin embargo, las pautas de valoración no se fundamentan en el alcance de la deficiencia sino en su efecto sobre la capacidad para llevar a cabo las AVD, es decir, en el grado de discapacidad que ha originado la deficiencia.

La deficiencia ocasionada por enfermedades que cursan en brotes debe ser evaluada en los periodos intercríticos. Sin embargo, la frecuencia y la duración de los brotes son factores a tener en cuenta por las interferencias que producen en la realización de las AVD. Para la valoración de las consecuencias de este tipo

Tabla 1
Actividades de la vida diaria (AVD)

Actividades de autocuidado <i>Vestirse, comer, evitar riesgos, aseo e higiene personal</i>
Otras AVD <i>Comunicación</i> <i>Actividad física</i> <i>Intrínseca (levantarse, vestirse, reclinarse...)</i> <i>Funcional (llevar, elevar, empujar...)</i> <i>Función sensorial (oír, ver...)</i> <i>Funciones manuales (agarrar, sujetar, apretar...)</i> <i>Transporte (se refiere a la capacidad para utilizar los medios de transporte)</i> <i>Función sexual</i> <i>Sueño</i> <i>Actividades sociales y de ocio</i>

Se entiende por AVD las actividades que son comunes a todos los ciudadanos. Asociación Médica Americana, 1994 y 2001¹².

Tabla 2
Grados de discapacidad

Grado 1: <i>Discapacidad nula</i>	Los síntomas, signos o secuelas, de existir, son mínimos y no justifican una disminución de la capacidad de la persona para realizar las actividades de la vida diaria (AVD)
Grado 2: <i>Discapacidad leve</i>	Los síntomas, signos o secuelas existen y justifican alguna dificultad para llevar a cabo las AVD, pero son compatibles con la práctica totalidad de las mismas
Grado 3: <i>Discapacidad moderada</i>	Los síntomas, signos o secuelas causan una disminución importante o imposibilidad de la capacidad de la persona para realizar algunas de las AVD, siendo independiente en las actividades de autocuidado
Grado 4: <i>Discapacidad grave</i>	Los síntomas, signos o secuelas causan una disminución importante o imposibilidad de la capacidad de la persona para realizar la mayoría de las AVD, pudiendo estar afectada alguna de las actividades de autocuidado
Grado 5: <i>Discapacidad muy grave</i>	Los síntomas, signos o secuelas imposibilitan la realización de las AVD

de enfermedades se incluyen, en los capítulos correspondientes, criterios de frecuencia y duración de las fases agudas.

La evaluación debe responder a criterios homogéneos. Con este objeto se definen las AVD y los grados de discapacidad a que han de referirse los equipos de valoración y que se expresan en las tablas 1 y 2.

Determinación del porcentaje de discapacidad

Tanto los grados de discapacidad como las AVD descritos constituyen patrones de referencia para la asignación del porcentaje de discapacidad. Este porcentaje se determinará de acuerdo con los criterios y las clases que se especifican para cada aparato, y que en la legislación se consideran por separado.

Con carácter general se establecen cinco categorías (tabla 3).

Cuando coexistan dos o más deficiencias en una misma persona —incluidas en las clases II a V— podrán combinarse los porcentajes, utilizando para ello una tabla de valores específica (no meramente sumatoria), dado que se considera que las consecuencias de esas deficiencias pueden potenciarse, produciendo una mayor interferencia en la realización de las AVD y, por tanto, un grado de discapacidad superior al que origina cada una de ellas por separado. Se combinarán los porcentajes obtenidos por deficiencias de distintos aparatos o sistemas, salvo que se especifique lo contrario. Cuando se trata de deficiencias que afecten a diferentes órganos de un mismo aparato o sistema, los criterios para determinar en

Tabla 3
Porcentaje de discapacidad

Clase	Definición	Porcentaje
I	Todas las deficiencias permanentes que han sido diagnosticadas, tratadas adecuadamente, demostradas mediante parámetros objetivos (datos analíticos, radiográficos, etc., que se especifican dentro de cada aparato o sistema), pero que no producen discapacidad	0%
II	Incluye las deficiencias permanentes que, cumpliendo los parámetros objetivos que se especifican en cada aparato o sistema, originan una discapacidad leve	1-24%
III	Incluye las deficiencias permanentes que, cumpliendo los parámetros objetivos que se especifican en cada uno de los sistemas o aparatos, originan una discapacidad moderada	25-49%
IV	Incluye las deficiencias permanentes que, cumpliendo los parámetros objetivos que se especifican en cada uno de los aparatos o sistemas, producen una discapacidad grave	50-70%
V	Incluye las deficiencias permanentes severas que, cumpliendo los parámetros objetivos que se especifican en cada aparato o sistema, originan una discapacidad muy grave. Esta clase, por sí misma, supone la dependencia de otras personas para realizar las actividades más esenciales de la vida diaria, demostrada mediante la obtención de 15 o más puntos en el baremo específico	75%

qué supuestos deben combinarse los porcentajes figuran en los capítulos correspondientes.

Normas de carácter general para la valoración de las deficiencias originadas por enfermedades del aparato respiratorio

Gran parte de los criterios que aquí se describen han sido adaptados de los elaborados por la ATS⁸. Aquí se proporcionan criterios para la valoración de la discapacidad producida por deficiencias del aparato respiratorio, consideradas desde el punto de vista de la alteración de la función respiratoria y, en la mayor parte de los casos, cuantificable mediante pruebas objetivas⁹.

1. Solo serán objeto de valoración los pacientes que padezcan enfermedades crónicas consideradas no recuperables en cuanto a la función, con un curso clínico no inferior a 6 meses desde el diagnóstico e inicio del tratamiento.
2. La valoración de la deficiencia se fundamentará en el resultado de pruebas funcionales objetivas (espirometría forzada, capacidad de difusión del monóxido de carbono y medida de la capacidad de ejercicio), complementadas con criterios clínicos. No deben ser consideradas las alteraciones funcionales transitorias y reversibles de forma espontánea o con tratamiento.
3. En los estados clínicos que, como consecuencia de fases de agudización, puedan experimentar un aumento de la disfunción respiratoria no se realizará una nueva evaluación hasta que la situación se haya estabilizado.

Cuando la enfermedad respiratoria curse en brotes, la evaluación de la discapacidad que pueda producir se realizará en los períodos intercríticos. Para la evaluación de estas situaciones se ha introducido un criterio de temporalidad según la frecuencia y duración de los episodios, y dichos episodios han de estar documentados médicamente.

4. Las normas y criterios para la valoración de personas que padecen enfermedades que, por sus características, requieren ser consideradas de forma diferente al resto de la patología del aparato respiratorio se contemplan en el apartado denominado «Criterios para la valoración de situaciones específicas».

Tabla 4
Criterios para la asignación del porcentaje de discapacidad atribuible a deficiencias del aparato respiratorio

Clase	Definición	Porcentaje
1	El paciente presenta patología respiratoria y se cumplen estas condiciones: • FVC igual o superior a 65% y FEV ₁ igual o superior a 65% y FEV ₁ /FVC igual o superior al 63%, y • DLCO igual o superior al 65%, y • VO ₂ máxima superior a 23 ml/kg/min	0%
2	El paciente presenta patología respiratoria y cumple al menos dos de las siguientes condiciones: • FVC entre 60 y 64% o FEV ₁ entre 60 y 64% o FEV ₁ /FVC entre 60 y 62%, o • DLCO entre 60 y 64%, o • VO ₂ máxima entre 21-22 ml/kg/min o METS > 7, y • las manifestaciones clínicas son compatibles con los parámetros anteriores	1-24%
3	El paciente presenta patología respiratoria y cumple al menos dos de las siguientes condiciones: • FVC entre 59 y 51% o FEV ₁ entre 59 y 41% o FEV ₁ /FVC entre 59 y 41%, o • DLCO entre 59 y 41%, o • VO ₂ máxima entre 20 y 15 ml/kg/min o METS ≥ 3 y ≤ 7, y • las manifestaciones clínicas son compatibles con los parámetros anteriores	25-49%
4	El paciente presenta patología respiratoria y cumple al menos dos de las siguientes condiciones: • FVC inferior o igual a 50% o FEV ₁ inferior o igual a 40% o FEV ₁ /FVC inferior o igual a 40% o DLCO inferior o igual a 40%, o • VO ₂ máxima inferior a 15 ml/kg/min o METS < 3, o • PaO ₂ basal (sin oxigenoterapia) < 60 mmHg en presencia de: hipertensión pulmonar, cor pulmonale, incremento de la hipoxemia después del ejercicio o poliglobulia, o • PaO ₂ basal (sin oxigenoterapia) < 50 mmHg confirmada en al menos tres determinaciones (en niños una sola determinación), y • las manifestaciones clínicas son compatibles con los criterios anteriores	50-70%
5	El paciente presenta patología respiratoria, se cumplen los parámetros objetivos de la clase 4 y depende de otra persona para realizar las actividades de autocuidado	75%

5. Si la afección respiratoria forma parte de una entidad patológica con manifestaciones en otros órganos y sistemas, se combinarán los porcentajes de discapacidad correspondientes a todas las partes afectadas.

Criterios para la asignación del porcentaje de discapacidad atribuible a deficiencias del aparato respiratorio

En la tabla 4 se expresan los criterios para asignar el porcentaje de discapacidad en función de la limitación funcional respiratoria.

Criterios para la valoración del porcentaje de discapacidad en situaciones específicas

Asma y neumonitis por hipersensibilidad¹⁰

La valoración de la función ventilatoria en situaciones de asma crónica se efectuará después de la administración de fármacos broncodilatadores, especialmente agonistas beta.

En caso de neumonitis por hipersensibilidad, la valoración deberá realizarse una vez eliminado el factor desencadenante, caso de que sea posible.

Cuando existan frecuentes episodios de agudización deberán tenerse en cuenta los siguientes criterios complementarios:

- El paciente con situación basal intercrisis, incluido en clase 1 o 2, que sufra episodios de agudización cada 2 meses o una media de 6 episodios al año, que requieran tratamiento hospitalario de al menos 24 h, será valorado con un porcentaje de discapacidad del 33%.
- Cuando el paciente cumpla esos mismos criterios de frecuencia y su situación basal esté incluida en clase 3, se asignará un porcentaje de discapacidad mínimo del 60%.

En caso de sospecha de asma inducida por el ejercicio será imprescindible la realización de pruebas de tolerancia física para la confirmación del diagnóstico.

Dado que el asma iniciada durante la infancia y la juventud tiende a remitir con la edad, se programarán revisiones periódicas en un plazo máximo de 5 años.

Bronquiectasias

El paciente que, como complicación de las bronquiectasias, presente un grado de discapacidad moderado e infecciones broncopulmonares con una periodicidad igual o superior a una cada 2 meses o una media de 6 al año, será incluido en clase 3 (25-49%).

Si el paciente presenta la misma frecuencia de neumonías y su grado de discapacidad es grave, será incluido en clase 4 (50-70%).

Estas situaciones deberán estar documentadas médicamente, precisando un año de mantenimiento de la situación clínica, para efectuar la valoración.

Mucoviscidosis o fibrosis quística

El porcentaje de discapacidad asignado por la deficiencia respiratoria se combinará con el correspondiente a la afectación de otros aparatos y sistemas: gastrointestinal, endocrinológico, enfermedades metabólicas óseas, etc.

En caso de que existan neumonías de repetición, serán de aplicación los mismos criterios que los definidos para las bronquiectasias.

Síndrome de apnea del sueño

El síndrome de apnea del sueño se define como una detención intermitente del flujo aéreo por boca y nariz durante el sueño que supera los 10 segundos de duración.

El diagnóstico definitivo se realiza mediante polisomnografía o, caso de no disponer de esta, mediante la realización de oximetría nocturna que demuestre la desaturación de O₂ arterial durante las apneas.

La valoración se efectuará de acuerdo con el grado de insuficiencia respiratoria basal, combinándose a esta la discapacidad originada por la afectación de otros aparatos y sistemas, una vez aplicadas las medidas terapéuticas.

Alteraciones circulatorias pulmonares: tromboembolismo pulmonar, hipertensión arterial pulmonar

Las alteraciones de la circulación pulmonar pueden causar disfunción respiratoria. El porcentaje de discapacidad producido por esta disfunción deberá combinarse con el originado por la insuficiencia cardíaca derecha, en los pacientes que la presenten.

Enfermedades extrapulmonares con deterioro de la función respiratoria

Las enfermedades pleurales, las deformidades torácicas y las enfermedades neuromusculares pueden cursar con una alteración ventilatoria restrictiva. El porcentaje de discapacidad producido

Tabla 5

Valoración clínica de la insuficiencia cardíaca

Clase funcional 1	El paciente tiene enfermedad cardíaca pero no existe limitación de su actividad física
Clase funcional 2	El paciente tiene una enfermedad cardíaca que produce una limitación leve de su actividad física. El enfermo permanece asintomático en reposo o durante sus actividades habituales. La actividad física superior a la habitual desencadena fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso
Clase funcional 3	El paciente tiene una enfermedad cardíaca que produce una limitación marcada de su actividad física. Se mantiene asintomático en reposo. La actividad física moderada desencadena fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso, pero puede desarrollar actividad manteniéndose en reposo o con pequeños esfuerzos
Clase funcional 4	El paciente tiene una enfermedad cardíaca que conduce a una imposibilidad de realizar actividades físicas sin molestias. Pueden aparecer síntomas de bajo gasto cardíaco, congestión pulmonar o sistémica o angina de pecho, incluso en reposo. Cualquier tipo de actividad física incrementa la sintomatología
Signos objetivos de insuficiencia cardíaca congestiva	Ingurgitación yugular, edemas y derrames serosos

por esta deficiencia deberá combinarse con el correspondiente a otros aparatos y sistemas.

Trasplante de pulmón

Se mantendrá la valoración que previamente tuviera el paciente, si la hubiere, durante los 6 meses posteriores al trasplante.

Una vez transcurrido este periodo, deberá procederse a una nueva valoración. Se asignará el porcentaje de discapacidad originado por la deficiencia respiratoria residual que presente el paciente.

Discapacidad originada por cor pulmonale crónico

El porcentaje de discapacidad originado por el cor pulmonale crónico se combinará con el derivado de la enfermedad respiratoria asociada. Debido a que las enfermedades respiratorias son la causa más frecuente de cor pulmonale crónico, la disnea no se considerará manifestación de este; solo se tendrá en cuenta la presencia de datos clínicos de insuficiencia cardíaca congestiva y la evidencia electrocardiográfica, radiológica o ecocardiografía de crecimiento o dilatación de ventrículo derecho.

En la *tabla 5* se enumeran los tipos de clase funcional atribuibles a insuficiencia cardíaca, y en la *tabla 6*, los criterios para el cálculo del porcentaje de discapacidad debida a cor pulmonale crónico.

Consideraciones sobre esta situación

Valoración de la situación actual

1. Las recomendaciones del Ministerio de Trabajo están encaminadas a realizar una valoración global del paciente, considerando incluso un efecto sumatorio de alteraciones en los distintos sistemas (digestivo, musculoesquelético, etc.).
2. Lo más llamativo es el desconocimiento por gran parte de neumólogos de la legislación y de la forma en que se debe valorar al enfermo, considerándolo de forma global. Por tanto, una de las labores que debería hacer la SEPAR es difundir entre sus socios

Tabla 6

Criterios para la asignación del porcentaje de discapacidad atribuible a cor pulmonale crónico

Clase	Definición	Porcentaje
1	El paciente padece miocardiopatía o cor pulmonale crónico detectados mediante la exploración física o pruebas complementarias, manteniéndose en clase funcional 1 de la NYHA con o sin tratamiento, y no presenta signos de insuficiencia cardíaca congestiva	0%
2	El paciente padece miocardiopatía a cor pulmonale crónico detectados mediante la exploración física o pruebas complementarias, manteniéndose en clase funcional 2 de la NYHA, y requiere tratamiento continuado con restricción salina o medicación	1-24%
3	El paciente padece miocardiopatía o cor pulmonale crónico detectados mediante la exploración física o pruebas complementarias, manteniéndose en clase funcional 2 o 3 de la NYHA, y requiere tratamiento continuado con restricción salina o medicación, pese a lo que no se evita la aparición de síntomas	25-49%
4	El paciente padece miocardiopatía o cor pulmonale crónico detectados mediante la exploración física o pruebas complementarias, manteniéndose de forma crónica en clase funcional 4 de la NYHA, a pesar del tratamiento continuado	50-70%
5	El paciente padece miocardiopatía o cor pulmonale crónico, cumple los criterios objetivos de la clase 4 y la discapacidad es muy grave, dependiendo de otra persona para realizar las actividades de autocuidado	75%

el contenido de las generalidades de esta legislación, al menos la correspondiente al apartado del aparato respiratorio.

- Para valorar las distintas enfermedades se basan en parámetros funcionales estrictos de espirometría, cuyo punto de corte no ha sido validado en ningún estudio posterior y proviene de una publicación antigua de los años sesenta¹¹. No se contempla la determinación de volúmenes pulmonares estáticos.
- Dentro del apartado de las situaciones específicas, en algunos casos, como la hipertensión arterial, son recomendaciones vagas y deberían ampliarse con el consenso sobre evaluación en hipertensión pulmonar, que incluiría: la exploración funcional respiratoria, las escalas de gradación del estado funcional y las pruebas de esfuerzo¹².
- En la valoración del paciente no se incorporan de forma habitual cuestionarios de calidad de vida, a pesar de que en los últimos años estas medidas de calidad se han impuesto en los pacientes con enfermedades respiratorias ante la evidencia de que los parámetros funcionales aisladamente no reflejan la capacidad de un paciente para realizar su trabajo ni su actividad cotidiana. La mayor parte de las exploraciones funcionales respiratorias se realizan en reposo.
- Los test de esfuerzo que se contemplan son el consumo de oxígeno y los equivalentes metabólicos (MET), que necesitan de una infraestructura para realizarse y de un paciente capaz de poder realizarlos; sin embargo, cada vez hay una mayor tendencia a utilizar el test de la marcha de los 6 min como un sustitutivo de las mismas y que prácticamente pueden realizar todos los pacientes.
- No hay consideración específica para el paciente con EPOC. Se cae en el error de no considerarlo con parámetros multisistémicos que pueden suministrar nuevas herramientas como el BODE.
- En el caso de las enfermedades intersticiales no se contemplan parámetros radiográficos, determinación de volúmenes pulmonares estáticos y la desaturación al esfuerzo, con lo que no se realiza una adecuada valoración de una situación funcional grave.
- En el caso del síndrome de apnea de sueño se contempla el diagnóstico desde el punto de vista de la polisomnografía y de la

oximetría nocturna, sin considerar la poligrafía respiratoria, y sus consecuencias solo se evalúan en términos de insuficiencia respiratoria, sin considerar sus repercusiones cardiovasculares o la somnolencia diurna, basal o residual tras un tratamiento adecuado.

Conclusiones

Las acciones que la SEPAR puede proponer son las siguientes:

- Difusión entre sus socios de los criterios legales de discapacidad, así como de la forma de valorarlos poniendo en marcha iniciativas como talleres o cursos donde se enseñe a realizar valoraciones funcionales.
- Proponer incluir una serie de determinaciones, actualmente no contempladas, que en las enfermedades intersticiales pueden ser representativas del grado de afectación, tales como las técnicas de imagen, la pulsioximetría durante el ejercicio o la determinación de volúmenes pulmonares estáticos.
- Validar los puntos de corte de la espirometría con otros parámetros globales (multidimensionales) más representativos y con mayor relación con la calidad de vida y la mortalidad, probablemente mediante estudios multicéntricos o análisis de datos de grandes cohortes de pacientes con EPOC que están siendo llevados a cabo por los distintos grupos de trabajo de la SEPAR (Área de EPOC, etc.).
- Incluir parámetros radiográficos que pueden resultar de utilidad en casos de enfermedad intersticial o enfisema y que actualmente no están contemplados.
- Intentar definir para cada enfermedad concreta los mejores parámetros que reflejen el deterioro de un paciente, separando la EPOC del grupo general.

Bibliografía

- Álvarez-Blázquez Fernández F, director; Jardon Dato E, Carbajo Sotillo MD, Terradillos García MJ, Valero Muñoz MR, Robledo Muga F, Maqueda Blasco J, Cortés Barragán R, Veigade Cabo J, coordinadores. Guía de Valoración de Incapacidad Laboral para Médicos de Atención Primaria. Madrid: Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (ENMT). Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación; 2009.
- Martínez C. Participación del neumólogo en la evaluación de la capacidad laboral de personas con enfermedades respiratorias. Arch Bronconeumol. 2008;44:204-12.
- Valoración de las situaciones de minusvalía. 1.ª ed. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Grafo SA; 2000.
- Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. BOE n.º 22, p. 3317-410.
- World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health. ICDH-2. Prefinal draft December 2000. Full versión [consultado 1 Mar 2010]. Disponible en: <http://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/print.html>.
- World Health Organization. International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. Ginebra: WHO; 1980. p. 10-11, 26-31, 86-87.
- OMS. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales. Secretaria General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO); 2001.
- American Thoracic Society. Evaluation of impairment/disability secondary to respiratory disease. Am Rev Respir Dis. 1982;126:945.
- American Thoracic Society. Evaluation of impairment/disability secondary to respiratory disorders. Am Rev Respir Dis. 1986;133:1205.
- American Thoracic Society. Medical Section of the American Lung Association. Guidelines for the evaluation of impairment/disability in patients with asthma. Am Rev Respir Dis. 1993;147:1056.
- Snide GL, Kory RC, Lyons HA. Grading of pulmonary function impairment by means of pulmonary function tests. Dis Chest. 1967;52:270-1.
- Barberá Mir JA. Evaluación respiratoria y del estado funcional. En: Hipertensión arterial pulmonar. Documento de consenso. Madrid: Meditex; 2002.