

INVESTIGACIÓN  
2008



**CUANDO EL PACIENTE CRÓNICO RETORNA  
AL TRABAJO. PROPUESTA DE UNA GUÍA DE  
MANEJO PARA VALORACION DE APTITUD  
Y SENSIBILIDADES**

**FUNDACIÓN MAPFRE**

[www.fundacionmapfre.com](http://www.fundacionmapfre.com)

## **Investigador Principal**

**Margarita de la Iglesia Marí**

Especialista en Medicina del Trabajo, Especialista en Medicina Legal y Forense  
Clínica Médico-Legal. Málaga

## Índice

	Página
1. RESUMEN	4
2. INTRODUCCIÓN	4
3. MATERIALES Y MÉTODO	5
4. CASOS APLICADOS	7
5. DISCUSIÓN	9
6. CONCLUSIÓN	9
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	10

## 1. RESUMEN

**Objetivo:** Aplicar una guía de manejo fácil en la valoración pericial de la aptitud y sensibilidades del paciente crónico y dado de alta por mejoría que permite el trabajo.

**Material y métodos:** Ha sido aplicada en 7 casos. Se calculó la discapacidad previa y posterior al episodio patológico. Se analizaron las tareas laborales en función de su peligrosidad, interacción y exigencia. Mediante tablas de gradación combinada se obtuvo el rango de especial sensibilidad.

**Resultados:** La especial sensibilidad así obtenida ha servido de parámetro para ajustar la valoración en términos fáciles y comprensibles. Esta guía ha resultado eficaz en los casos aplicados y ante Tribunales.

**Palabras clave:** paciente crónico, peritaje, valoración, aptitud, sensibilidad, secuelas, invalidez.

## 2. INTRODUCCIÓN

Los criterios de valoración y calificación de discapacidades establecidos en el Real Decreto 1971/1999, están asociados a las AVD (Actividades de la Vida Diaria).

Para valorar las capacidades de las AVD se utiliza habitualmente el Índice de Karnofski:

- 100% Normal. Sin síntomas ni signos de enfermedad.
- 90% El paciente es capaz de realizar una actividad normal; presenta signos o síntomas menores de enfermedad.
- 80% La actividad normal supone un esfuerzo; existen algunos signos síntomas de enfermedad.
- 70% El paciente es autónomo para cuidar de sí mismo; incapaz de realizar una actividad normal o un trabajo activo.
- 60% Necesita asistencia en ocasiones, pero es capaz de ocuparse de la mayor parte de sus necesidades.
- 50% El paciente necesita una asistencia importante y atención médica frecuente.
- 40% El paciente se encuentra incapacitado; necesita cuidados y asistencia especiales.
- 30% El paciente se encuentra muy incapacitado; está indicado el ingreso hospitalario aunque la muerte no es inminente.
- 20% El paciente se encuentra muy grave; es necesario el ingreso y un tratamiento activo de sostén.
- 10% Paciente moribundo, procesos mortales de rápido avance.
- 0% Muerte.

El Médico Valorador, en su toma de decisiones sobre pacientes, que han sido etiquetados de *alta por mejoría que permite el trabajo habitual*, se encuentra con dificultades de aceptación del alta. Un alto porcentaje derivan hacia reclamaciones de alta indebida, prolongaciones de IT mal justificadas y, al final, una reclamación judicial de secuelas incapacitantes.

Al margen de motivaciones no médicas (insatisfacción laboral, rentofilia, ajustes de plantilla, etc.), en estos casos es determinante exponer en un peritaje en qué condiciones de eficiencia fue dado de alta el paciente que retorna a su trabajo o a su actividad cotidiana.

Todas las patologías tendentes a generar cronicidad o secuelas derivadas de accidente o episodio de enfermedad son posibles de entrar en este tipo de controversia y acabar en los Tribunales. Entre las patologías más frecuentes están:

- enfermedad Artrósica o Reumática
- enfermedad Ansioso-Depresiva
- enfermedad Diabética
- cualquier patología susceptible de conllevar dolor residual.

Para superar esta dificultad, publicaciones relacionadas con la evaluación de riesgos laborales para la salud de los trabajadores recomiendan que éstas sean sustituidas conceptualmente por la categoría de “condiciones de trabajo”.

Una vez identificada, valorada y calificada la discapacidad genérica, procederemos a identificar aquellos elementos del trabajo o actividad (riesgo o sensibilidad especial) que, por su naturaleza, pueden tener:

- a) una interacción directa o indirecta
- b) a corto o a largo plazo

Y, todo ello, en relación con las especiales condiciones de salud con las que dicho paciente fue dado de alta por mejoría que permite el trabajo habitual.

La identificación de estos factores se considera fundamental a efectos de valorar al paciente. Las condiciones y su clasificación pueden variar sustancialmente en función del sector de actividad, puesto de trabajo o tipo de actividad.

**Peligrosidad** es la cualidad de peligroso (1). Se define conceptualmente como la *propiedad intrínseca de una determinada condición de trabajo, que pueda tener una mayor o menor capacidad para producir daños a la salud, la propiedad o el medio ambiente*. Ésta la obtendremos por la combinación de factores asociados a naturaleza, estructura, estado, posición, etc., con la severidad de las consecuencias previsibles.

La peligrosidad la podemos clasificar en niveles de riesgo:

- Muy baja: incapacidad o capacidad muy reducida para producir daños, y/o severidad previsible de los daños inexistente o muy leve.
- Baja: capacidad reducida para producir daños, y/o severidad previsible de los daños leve.
- Moderada: capacidad limitada para producir daños, y/o severidad previsible de los daños moderada.
- Alta: capacidad importante para producir daños, y/o severidad previsible de los daños grave.
- Muy alta: capacidad muy importante para producir daños, y/o severidad previsible de los daños muy grave o mortal.

La **interacción** es la acción que se ejerce recíprocamente entre dos o más agentes, fuerzas o funciones (1).

Es la intensidad relacional existente entre la condición de trabajo y el sistema o aparato de la persona afectada. Este parámetro se valora mediante combinación de factores de la tarea, como por ejemplo: nivel de exposición, tipo de tarea, relevancia, repetitividad, destreza, con o sin uso de herramientas, con o sin colaboradores, etc.

El nivel de interacción se puede clasificar en grados:

- Muy bajo: Exposición esporádica: Irregular y/o puntualmente, y/o tareas y/o actividades de afectación e importancia inexistente o muy limitada.
- Bajo: Exposición ocasional: Alguna vez en su jornada laboral, aunque sea con tiempos cortos, y/o tareas y/o actividades de afectación e importancia limitada.
- Medio: Exposición frecuente: Varias veces en su jornada laboral, aunque sea con tiempos cortos, y/o tareas y/o actividades de afectación e importancia media.
- Alto: Exposición continuada: Varias veces en su jornada laboral con tiempo prolongado, y/o tareas y/o actividades de afectación e importancia elevada.
- Muy alto: Exposición permanente: Durante toda su jornada laboral, y/o tareas y/o actividades de afectación e importancia muy elevada.

Un *trabajador especialmente sensible* es aquel cuyas propias características personales o estado biológico conocido, incluidas las situaciones de discapacidad física, psíquica o sensorial, les hagan especialmente sensibles a los riesgos derivados del trabajo. (2)

Un *trabajador con riesgo elevado* es aquel que, debido a la interacción entre una característica personal (genética, desarrollo, nutricional, fisiológica, psicológica o patológica) y las demandas del trabajo, tiene una mayor probabilidad, mayor severidad o manifestación temprana de un efecto negativo sobre su salud (2). Este suceso negativo puede incluir: lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo, enfermedades no ocupacionales, lesiones a compañeros o al público, e incluso el aumento del gasto sanitario (3).

Hay cuatro conceptos básicos que sirven de anclajes en el manejo pericial: peligrosidad; interacción; grado de exigencia; y severidad de la discapacidad. Combinados entre sí mediante tablas de gradación, obtenemos el rango de sensibilidad del trabajador.

La finalidad de valorar el rango de sensibilidad, objetivo de una guía de manejo pericial, es concretar si el paciente crónico y dado de alta es apto o no para retornar a su trabajo.

La guía de manejo facilita la interpretación pericial de "mejoría que permite el trabajo". Los términos empleados mediante aplicación de tablas de gradación, resultan fácilmente comprensibles para la toma de decisiones del Juzgador.

Estas controversias no son exclusivas del ámbito laboral. En mi experiencia, encuentro muchos casos de valoración del daño corporal en los que un accidentado de tráfico (a veces también "in itinere") recibe un parte de

alta por mejoría, ya sea por Médico de Mutua o Médico de la Inspección. La mayoría de casos generan situaciones discrepantes en cuanto a prolongados días de IT bajo el criterio de *días no impeditivos*, sin duda susceptibles de indemnización, amén de un estado de secuelas.

### 3. MATERIALES Y MÉTODO

Esta guía va dirigida a la valoración pericial en reclamaciones judiciales nacidas a raíz de un episodio de enfermedad o lesión y que, tras un periodo de IT, el paciente/trabajador es dado de alta con criterios de mejoría que permite el trabajo.

El método pretende dar concreción a la valoración pericial del paciente crónico con déficits residuales y que sufre un episodio propio de su patología o nuevo, que puede resolverse o generar nuevos déficits. Como resultado, el paciente reclama un alta indebida o una invalidez o un cambio de contingencia a accidente laboral por agravación de su enfermedad pre-existente.

#### Pasos

1º Análisis preliminar de la patología de base a tenor de la historia clínica. Estatus secular que compatibilizaba con el trabajo (aptitud, sensibilidad) antes del episodio de IT.

2º Identificar aquellos elementos integrantes del trabajo o profesión que, por su naturaleza, pueden tener una interacción a corto o a largo plazo con las especiales condiciones de salud de dicha persona.

3º Análisis del episodio de enfermedad o lesiones que dio origen a la reclamación judicial.

4º Valoración pericial de aptitud/sensibilidades:

- Valoración de la nueva situación de discapacidad tras el episodio de IT, especificando si modifica o no la anterior; o si, aun modificándola, tiene relevancia en el retorno al trabajo.
- Análisis del puesto de trabajo al que retorna: Características de la condición (factores de riesgo que pueden incidir en la patología de base y episodio de IT).
- Exigencia de la condición (tarea/s) = peligrosidad *versus* nivel de interacción.
- Coeficiente de especial sensibilidad = gravedad de la discapacidad *versus* el nivel de exigencia que interacciona.

Para establecer la severidad de la discapacidad, antes y después del episodio de IT en controversia, nos guiamos también de una tabla básica de gradación, tal y como se propone en la Tabla 1.

Para valorar el significado y alcance de la "mejoría que permite el trabajo": Utilizaremos cuatro conceptos: peligrosidad; interacción; exigencia de la condición de trabajo o actividad; y discapacidad. Todo ello, combinado entre sí, para obtener el rango de especial sensibilidad. Para el cálculo de estos parámetros utilizamos las *tablas de gradación combinada* (Tablas 2 y 3).

Tabla 1. Grados de severidad de la discapacidad.

1	<b>DISCAPACIDAD NULA</b> Los síntomas y signos de enfermedad o las secuelas que existen, no suponen para el que las padece ningún impedimento para realizar las tareas básicas, complementarias y críticas del puesto (0%)
2	<b>DISCAPACIDAD LEVE</b> Los síntomas y signos o las secuelas, limitan parcialmente el desarrollo normal de las tareas críticas del puesto, pero no impiden la realización de las básicas y complementarias (1%-24%)
3	<b>DISCAPACIDAD MODERADA</b> Los síntomas y signos o las secuelas, suponen una limitación importante para desarrollar las tareas críticas del puesto, pero puede realizar parcialmente las tareas básicas y complementarias (25%-49%)
4	<b>DISCAPACIDAD GRAVE</b> Los síntomas y signos o las secuelas, suponen un impedimento muy importante para llevar a cabo las tareas críticas, llegando incluso a imposibilitar la realización de las tareas básicas y complementarias del puesto (50%-70%)
5	<b>DISCAPACIDAD MUY GRAVE</b> Los síntomas y signos o las secuelas, imposibilitan al sujeto para la realización de las tareas básicas, complementarias y críticas del puesto (70%-100%)

Tabla 2: Grado de Exigencia del trabajo al que retorna el paciente.

		Peligrosidad				
I N T E R A C C I Ó N		MUY ALTA	ALTA	MODERADA	BAJA	MUY BAJA
	MUY ALTA	MUY ALTO	MUY ALTO	MUY ALTO	MUY ALTO	MUY ALTO
	ALTA	MUY ALTO	MUY ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
	MEDIA	MUY ALTO	ALTO	MODERADO	MODERADO	MODERADO
	BAJA	ALTO	ALTO	MODERADO	BAJO	BAJO
	MUY BAJA	ALTO	MODERADO	BAJO	MUY BAJO	MUY BAJO

Tabla 3: Rango de sensibilidad del paciente.

		Severidad de la Discapacidad				
E X I G E N C I A		MUY ALTA	ALTA	MODERADA	BAJA	MUY BAJA
	MUY ALTA	MUY ALTO	MUY ALTO	MUY ALTO	MUY ALTO	MUY ALTO
	ALTA	MUY ALTO	MUY ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
	MEDIA	MUY ALTO	ALTO	MODERADO	MODERADO	MODERADO
	BAJA	ALTO	ALTO	MODERADO	BAJO	BAJO
	MUY BAJA	ALTO	MODERADO	BAJO	MUY BAJO	MUY BAJO

Una vez calificado el nivel de peligrosidad y el grado de interacción, procederemos a la determinación del grado de exigencia del trabajo al que retornaría el paciente, de acuerdo con dichos criterios combinados, tal y como se propone en la Tabla 2.

4) El **rango de especial sensibilidad** tiene como objetivo servir de parámetro de referencia que nos permita ajustar la valoración del paciente en relación al trabajo al que va a retornar. Para ello combinaremos el grado de exigencia obtenido anteriormente con la severidad de la discapacidad, tal y como expresa la Tabla 3.

La gravedad de la discapacidad (tabla 1), tanto puede entenderse como gravedad de la sensibilidad en los casos de pacientes en situación de alta por mejoría que

permite el trabajo, como también sirve para valorar la severidad de unas secuelas establecidas y que se reclaman incapacitantes.

En los peritajes en los que sea preciso, además, valorar los días de incapacidad transitoria, tenemos en cuenta:

- Estimación de días impeditivos: seguimos el criterio médico-legal de proporcionalidad del daño *versus* tratamiento. Especialmente en los casos con documental clínica muy escasa o ambigua, los días IT se calculan en base a los criterios estandarizados por la Sanidad Pública (Ej.: tiempos de curación estándar que marca, para cada código CIE, un máximo de días impeditivos) y, solo serían ampliables si están justificados en los partes de continui-

dad los motivos por los que supera dicho estándar de IT (Ej.: complicaciones, concausas, etc.).

- Estimación de días no impeditivos: No basta la mera alegación de "continuar con síntomas". Tampoco una acumulación interminable de partes médicos de continuidad. Solo tendrían validez los debidamente cumplimentados en sus motivaciones médicas.

## 4. CASOS APLICADOS

Hasta la fecha se ha aplicado el método en siete casos periciales.

En todos éstos, el objeto de controversia judicial circundaba sobre la patología crónica que presentaba un paciente dado de alta por mejoría o con déficits residuales que presuntamente no impedían el retorno al trabajo o no alteraban su discapacidad pre-existente.

Los motivos de reclamación: alta indebida; solicitud de invalidez; y/o o agravación de enfermedad tras lesión (cambio de contingencia a accidente laboral).

Cinco casos corresponden a peritajes de parte a petición de una Mutua de AT y EP. Otros dos casos corresponden a peritajes de parte a petición de una Empresa Tecnológica.

Todos los casos fueron expuestos en vista oral y ya tienen resolución judicial. En un caso el trabajador desistió en sus pretensiones el mismo día del juicio oral. En otro caso el trabajador falleció antes de conocer la Sentencia.

**Caso 1** (A.G.S.).- El trabajador reclama IPT por agravación de patología previa. La Mutua rechaza el AT por patología preexistente no agravada.

*Preliminares:*

- Patología crónica de base: cardiopatía isquémica (IAM en el año 2000; by-pass en 2001; Ergometría 10 METS) por la que tenía una IPT como peón agrícola. Episodios de angor moderados esfuerzos desde el año 2006 (Índice Karnofsky 40%)
- Última actividad laboral: En agosto 2007 inicia trabajo como conductor-repartidor. No hay reconocimiento laboral de aptitud.
- Episodio de IT en septiembre 2007: Angor de moderados esfuerzos, autolimitado. Ergometría 10 METS. Sin criterios de agravación respecto al 2006.

*Valoración Pericial:*

- Discapacidad: Grado 3 = moderada. Sin modificaciones respecto al año 2006.
- Características de la condición (*conductor-repartidor*): carga/descarga materiales; esfuerzos físicos moderados/altos de repetición. Peligrosidad de la condición: alta. Nivel de interacción: medio. Exigencia de la condición: Alta. Coeficiente de especial sensibilidad: Alto.
- Resultados: El trabajador no era apto, aunque fue asumido como apto por su Empresa para la actividad de conductor-repartidor. El episodio de IT, de carácter aislado, no agravó su cardiopatía.

- Se estiman los razonamientos de la Mutua en relación al episodio de IT, de carácter aislado y que no ha agravado su cardiopatía.

**Caso 2** (M.A.E.).- El trabajador reclama invalidez por agravación de patología crónica en rodilla tras un cambio de puesto de trabajo. La Mutua rechaza que se haya agravado.

*Preliminares:*

- Patología crónica de base; lesión meniscal y condropatía femoral tratadas en 2001; episodio de bursitis; rodilla artrósica. Discapacidad leve. Cambio de puesto de trabajo en 2004. Del 2004 al 2008 sin incidencias.
- Actividad laboral: en 2001 Mayordomía y a partir del 2004 Técnico de Mantenimiento. No hay reconocimiento para valorar aptitud laboral.
- Episodio de IT en enero 2008: contusión en rodilla. Alta por mejoría en mayo 2008.

*Valoración Pericial:*

- Discapacidad: Grado 2 = leve. Sin modificación respecto al año 2004.
- Características de la condición 1 (*Mayordomía*): carga de materiales voluminosos en cocina; esfuerzos físicos medios, de repetición. Peligrosidad de la condición: baja. Nivel de interacción: medio. Exigencia de la condición: Moderado. Coeficiente de especial sensibilidad: Medio.
- Características de la condición 2 (*Técnico Mantenimiento*): acceso a zonas difíciles o con alturas (aljibes, fosos, AA); esfuerzos físicos altos, de repetición. Peligrosidad de la condición: alta. Nivel de interacción: alto. Exigencia de la condición: muy alto. Coeficiente de especial sensibilidad: Muy alto.
- Resultados: En relación a sensibilidad especial, el trabajador era apto para Mayordomía y no apto para Técnico de Mantenimiento, pero en este puesto estuvo durante 4 años en intervalo libre de episodios en rodilla. Una contusión en rodilla es un riesgo inespecífico en cualquier trabajo. La contusión en 2008 no ha agravado su patología previa.
- Se estiman los razonamientos de la Mutua.

**Caso 3** (J.J.Z.).- El trabajador reclama agravación de estado previo por ser dado de alta tras un ictus y sufrir un segundo ictus por fibrilación auricular con hemorragia cerebral un mes después y en horario de trabajo. La Mutua rechaza alta indebida del primer ictus y que el segundo ictus sufrido es causa independiente al retorno a sus tareas laborales.

*Preliminares:*

- Patología crónica de base: Bloqueo completo rama izquierda y disfunción mitral leve, obesidad, diabetes, hemostasia alterada. Primer ictus en marzo 2007 (ictus transitorio) sin otros hallazgos que los conocidos y dado de alta.
- Actividad laboral: agente tributario municipal. Valoración de aptitud.
- Segundo ictus en abril 2007: sobrevenido en horario de trabajo, sin factor estresor asociado;

visión borrosa repentina, fibrilación auricular rápida y hemorragia cerebral extensa parieto-occipital izquierda. Secuelas de gran invalidez.

*Valoración Pericial:*

- Tras episodio de ictus en marzo 2007, apto para retorno a trabajo sedentario. Discapacidad tras ictus en abril 2007: gran invalidez.
- Características de la condición (*agente de gestión municipal*): Tareas de supervisión y tareas en oficina, distribución flexible del trabajo. Esfuerzos físicos/estresores bajos. Peligrosidad de la condición: baja. Nivel de interacción: bajo. Exigencia de la condición: baja. Coeficiente de especial sensibilidad: bajo.
- Resultados: No presentaba un coeficiente de especial sensibilidad que impidiera el retorno tras el ictus transitorio de marzo, ni alto riesgo. La fibrilación auricular sufrida un mes después no guarda relación con tareas de riesgo en el trabajo.
- Se estiman las pretensiones de la Mutua.

**Caso 4** (S.G.L.)- Trabajador con secuelas hombro derecho (lesión manguito rotador) dado de alta con retorno al trabajo y 18 meses después se le diagnostica patología túnel carpiano derecho, lo cual vincula al estado en que retornó al trabajo, pide además IPT. La Mutua rechaza el alta indebida, no hay relación causal de ambas patologías, no hay secuelas incapacitantes.

*Preliminares:*

- Patología de base: secuelas en hombro derecho por rotura manguito rotador en febrero 2007, con pérdida de movilidad del 30 (LPNI). Discapacidad leve. Retorna al trabajo en agosto 2007.
- Actividad laboral: Encargado en una obra.
- Episodio en diciembre 2007: diagnosticado de túnel carpiano derecho leve, sin discapacidad y dado de alta. Se recomienda que no haga esfuerzos con movimientos repetitivos.

*Valoración Pericial:*

- Discapacidad leve en hombro. Discapacidad leve en muñeca.
- Características de la Condición (*Encargado*): Tareas de control y gestión; fuerza baja. No maneja utillaje de obra, ni maquinas, ni herramientas portátiles, ni hace cargas de peso. Peligrosidad: baja. Nivel de interacción: bajo. Exigencia de la condición: baja. Coeficiente de especial sensibilidad: bajo.
- Resultados: con su leve discapacidad en hombro era apto, sin coeficiente de sensibilidad especial que le hiciera más vulnerable a sufrir un túnel carpiano. No hay vinculación entre la deficiencia en hombro y sufrir luego un túnel carpiano. No hay criterios de IPT.
- El trabajador desistió en su reclamación a la Mutua el mismo día del juicio oral.

**Caso 5** (J.F.G.)- El trabajador reclama IPA por cofosis a causa de trauma sonoro agudo sufrido un día concreto en noviembre 2008, provocado por una máquina tala-

dradora-perforadora. La Mutua rechaza accidente laboral como agravante y rechaza incapacidad absoluta, su estatus procede de enfermedad profesional.

*Preliminares:*

- Patología de base: Examen de salud laboral que sólo describe audiometría alterada bilateral, sin aportar la prueba, y se estima apto.
- Actividad laboral: encofrador en obra pública.
- Episodio noviembre 2008: audiometría con resultado de hipoacusia neurosensorial bilateral moderada (60db) y timpano-esclerosis oído derecho. Las audiometrías de revisión son discordantes. El trabajador aparenta cofosis total ante pruebas tonales y en cabina Se remite a valoración PETC (umbral auditivo de 50db).

*Valoración Pericial:*

- La evaluación de riesgos no estima exposición peligrosa, salvo la tarea con sierra circular (85dB). Ninguna máquina supera 125 dB, ni hay ruidos bruscos de 140dB. Debe llevar cascos protectores por el uso de sierra circular.
- Discapacidad auditiva (umbral 50db): Moderada. Es apto para audífono, pero se niega a la prueba. Con dicho umbral no hay impedimento para comprender a intensidad normal de cerca, en ambiente ruidoso tiene dificultad y hay que elevar la voz.
- Características de la Condición (*Encofrador*): Peligrosidad por ruido: alta. Nivel de interacción: medio. Exigencia de la condición: alta. Coeficiente de especial sensibilidad: alto.
- Resultados: No es apto para Encofrador, pero sí cualquier otro trabajo con niveles bajos de interacción al ruido (65 dB ó 55dB noche). Su estado no deriva del accidente que reclama.
- Se estiman las pretensiones de la Mutua.

**Caso 6** (A.R.C.)- Trabajador con enfermedad oncológica (LMA) en 2005, que sufrió 2ª recaída en 2007, con trasplante de médula ósea. Complicaciones toxico-hepáticas e inmunodepresión severa crónica (más de 24 meses post-trasplante). Se ha añadido un trastorno depresivo severo. La Inspección Médica le dio el alta por mejoría que permite el trabajo. La Empresa solicita valoración de aptitud-sensibilidades en relación al retorno al trabajo y su estatus actual.

*Preliminares:*

- Patología de base: Leucemia en 2005, tratada y en remisión, sin complicaciones. El último examen de salud laboral era apto. Discapacidad leve.
- Actividad laboral: trabajador en cadena de montaje, con cambio de puesto de trabajo a Inspección de taller.

*Valoración Pericial:*

- Discapacidad actual: Grado 4 = severa. Índice Karnofsky 60%
- Características de la condición (*inspección de taller*): alta densidad de trabajadores, riesgo biológico medio-alto, alta atención en la inspección. Peligrosidad de la condición: alta. Nivel de interac-

ción: medio. Exigencia de la condición: alta. Coeficiente de especial sensibilidad: alto.

- Resultados: El trabajador no es apto para retornar al trabajo, por el riesgo biológico, la alta densidad de trabajadores en contacto y el déficit atencional. Sigue revisiones médicas con ingreso hospitalario muy frecuentes. Es subsidiario de una IPA.
- La resolución judicial fue favorable al trabajador, si bien éste falleció antes de conocerla.

**Caso 7 (J.L.L.):** Trabajador con secuelas de polio. Tras 30 años compatibilizando trabajo, comienza con síndrome post-polio (SPP), cifoescoliosis muy severa y afectación del MII. Dado de alta por mejoría, la Empresa solicita valoración de aptitud y sensibilidades.

*Preliminares:*

- Patología de base: Secuelas de poliomyelitis valoradas en un 38% de minusvalía, afectando al MID (corrector ortopédico). Discapacidad = Grado 3 (moderada).
- Actividad laboral: *Inspector de calidad*. Entrada/salida materiales y banco de pruebas.
- El episodio de IT sobreviene por síntomas de dificultad respiratoria (ingreso hospitalario), dolor lumbar severo, fatiga crónica. Se diagnostica SPP, cifoescoliosis severa y necesidad de uso de muletas para apoyo y deambulación.

*Valoración pericial:*

- *Índice de Karnofski* 60%. *Índice de Oswestry* severo (grado 5). Discapacidad actual = grado 4 (grave). Empeoramiento del 23%.
- Características de la condición (tareas): movimientos repetitivos del tronco, posturas fijas inclinadas, bipedestación prolongada y deambulación de largo trayecto. Peligrosidad = moderada. Nivel de interacción = muy alta. Exigencia de la condición = muy alta. Coeficiente de especial sensibilidad = muy alto.
- Resultados: No es apto para retornar a su trabajo. Al tratarse de una valoración de no aptitud en condiciones de tarea de carácter básico, sería asimilable a una IPA.
- Se estimaron las pretensiones del trabajador y de la Empresa.

## 5. DISCUSIÓN

Para valorar las capacidades para las actividades de la vida diaria se utiliza habitualmente el índice de Karnofski, una escala funcional que fue desarrollada para medir el estado global de pacientes oncológicos en tratamiento con quimioterapia. Ha sido ampliamente aplicada en Medicina como escala de predicción evolutiva, estimación pronóstica y riesgo; o como indicador de calidad de vida (4).

Aunque es de uso en la valoración de la discapacidad, el índice de Karnofsky no es útil en la valoración de discapacidades específicas para una tarea o actividad concreta. Ampliamente difundido es el ejemplo del pianis-

ta incapacitado para su profesión por amputación de una falange del quinto dedo de su mano o el del parapléjico capacitado para su profesión de telefonista. Asimismo no tiene igual repercusión laboral y de riesgo unas secuelas de ansiedad en un piloto de aviones que en un jardinero.

Al margen de motivaciones no médicas (insatisfacción, rentofilia, ajustes de plantilla, etc.), cuando la controversia surge a raíz de si un paciente crónico tenía condiciones suficientes para haber sido dado alta, es preciso exponer con qué rango de sensibilidad retorna al trabajo. En el peritaje médico es también una cuestión determinante. Y para responder qué, cómo y cuánto influye el estado residual en sus tareas laborales, es preciso establecer nexos graduados entre riesgo y déficit específico.

Los técnicos expertos en riesgos laborales utilizan expresiones gramaticales sencillas para valorar un puesto de trabajo. También utilizan estas tablas de gradación para combinar riesgos o para análisis de puestos de trabajo destinados a personas con minusvalía (5).

En cualquier rama de la Medicina este tipo de tablas es un recurso común, por ejemplo: graduar déficits (6), fiabilidad, sensibilidad y especificidad de pruebas, diagnósticos (7) (8), discapacidad por dolor (9).

En la guía propuesta se utilizó el término *peligrosidad* por su significado básico con el daño genérico. Pero, sin duda, es sustituible por otros más específicos, como por ejemplo: *disconfort*, *fatiga física*, *fatiga psíquica*, *contaminación acústica*, *exposición a producto químico*, etc. De hecho, así se hizo en el caso 5 (*peligrosidad* por ruido). Su versatilidad para adaptarse al caso concreto es la mejor cualidad como herramienta útil en peritajes.

Dada la ambigüedad del criterio "*alta por mejoría que permite el trabajo*", la guía ha aportado claridad en los términos, capacidad de seguimiento del análisis pericial y síntesis en la exposición de conclusiones. Es por ello que la segunda cualidad es su fácil comprensión, que ha servido de apoyo para generar convicción.

En sólo un año no ha sido factible una mayor casuística con resolución judicial incluida. Su aplicación es útil en otras áreas periciales como es la valoración del daño corporal en accidentes de circulación. Valorar la sensibilidad de un paciente con secuelas y dado de alta por mejoría, es útil para delimitar el punto de corte entre días improductivos y no improductivos, así como en los casos en que se reclama una incapacidad para el trabajo.

## 6. CONCLUSIÓN

Con finalidad pericial, el cálculo del Rango de Especial Sensibilidad (RES) mediante tabulado que combina factores de peligrosidad, interacción, exigencia y secuelas, es de fácil aplicación. Permite ajustar la valoración de aptitud laboral del trabajador con patología previa o crónica; y también frente a controversias sobre si un paciente crónico tiene condiciones para el alta laboral. En todos los casos periciales aplicados, esta guía ha resultado eficaz y de fácil comprensión a juristas y Tribunales.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (RAE, *peligrosidad, interacción*).
2. Mohr S, Gochfel, M, Pransky G. Genetically and medically susceptible workers. *Occup. Med.* 1999; 14 (3): 595-611.
3. Serra C et al. Decálogo de la valoración de la aptitud para trabajar. Diez principios básicos para su realización en el ámbito de la medicina del trabajo. *Arch. Prev. Riesg.Labor.* 2007; 10 (2): 93-97.
4. Yates JW, Chalmer B, McKeney FP: Evaluation of patients with advanced cáncer using the Karnofsky performance status. *Cancer* 1980; 45: 2220-2224.
5. Observatorio Estatal de la Discapacidad ¿Cómo evaluar puestos de trabajo ocupados por personas discapacitadas físicamente? Ed: Foment Del Treball Nacional (Barcelona), 112 pg.
6. Colledge AL, Johns RE Jr, Thomas MH. Functional ability assessment: guidelines for the workplace. *Occup Environ Med.* 1999; 41(3):172-80.
7. Castro Bouzas M. Algo básico sobre los instrumentos de medida: validez, fiabilidad, sensibilidad y especificidad. *Rev. Gallega de Terapia Ocupacional, TOG*, junio 2005; 2: 1-16.
8. Pita Fernández S, Pértegas Díaz S. Pruebas diagnósticas: sensibilidad y especificidad. *Cad. Aten. Primaria* 2002; 10:120-124.
9. Miralles RC, Rull M. Valoración de los resultados del tratamiento del dolor lumbar y sus secuelas. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 2001; 8 (supl II): 131-139.

---

### Conflicto de intereses

Los autores hemos recibido ayuda económica de FUNDACIÓN MAPFRE para la realización de este proyecto. No hemos firmado ningún acuerdo por el que vayamos a recibir beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial o de FUNDACIÓN MAPFRE.