

LA REPERCUSION FUNCIONAL EN LAS NEUMOCONIOSIS Y SU VALORACION LEGAL

Dr. SALUSTIANO ESTADELLA

PROBLEMATICA DE LA NEUMOCONIOSIS

UNA aclaración previa: Al hablar de neumocinosis, nos referimos a la *silicosis y neumocinosis fibrinógena*. Las neumocinosis benignas, sin tal poder fibrógeno, no nos interesan, por cuanto no producen incapacidad.

La problemática que nos plantea una neumocinosis consta de dos partes principales:

- 1.^a diagnóstico de especificidad
- 2.^a repercusión médico-legal: incapacidad.

1.^a *El diagnóstico de especificidad* descansa en dos pilares fundamentales: la radiografía y la anamnesis. De nada servirán los antecedentes recargados de riesgo pulvígeno, si no existe alteración radiográfica típica, pues, afortunadamente, no todos los obreros expuestos resultan afectados. Por otra parte, las imágenes sospechosas o atribuibles a silicosis nunca podrán dictaminarse como específicas, si no van acompañadas de antecedentes laborales de manifiesta exposición al polvo.

Las más de las veces, tales antecedentes son proclamados por el

obrero, pero en algunas ocasiones son ocultadas con miras interesadas, o se silencian por ignorancia o estulticia. Ante tal ocultación, el testimonio legal de la placa radiográfica nos obliga a un proceso indagatorio más cuidadoso.

Por ello, la anamnesis que ha de practicar el experto en neumocinosis no es la del dominio del clínico común, sino la que llamamos «historia laboral», cuya meticulosidad descuida el médico poco avisado, pues minuciosa y desconfiada ha de ser, hasta el punto de obligarnos, no pocas veces, a personarnos en el lugar de trabajo, para relacionar mejor el ambiente de éste o la tecnología industrial.

2.^a *Repercusión médico-legal*. Debido a su carácter de enfermedad profesional, la neumocinosis es susceptible de reparación legal.

Si bien en algunos países se ha valorado tal reparación según la *silicosis-enfermedad*, o sea, la relación de las lesiones anatómicas entre sí, fijadas por el cuadro anatomoradiológico, es decir, según un criterio cuantitativo de extensión, hoy se acepta, casi unánimemente, la graduación de la neumocinosis

coniosis según la repercusión de sus lesiones en la capacidad laboral, o sea, que lo que se valora y repara es la *silicosis-incapacidad*, de acuerdo con el porcentaje de invalidez.

Así, en Alemania el mínimo de incapacidad indemnizable es el 20 por 100 de reducción de la capacidad laboral (antes era el 50 %). En Italia es el 21 % (antes el 34 %), cifra considerada como límite de alteración cardiorespiratoria apreciable. En Inglaterra no se señala límite en la tasa de invalidez, con tal de que sea registrable en las pruebas funcionales.

En España la cifra límite es el 25 %, y alrededor de ella se establecen las tres cifras o grados legales de incapacidad:

1.º grado: Hasta el 25 % de insuficiencia. No es indemnizable.

2.º grado: A partir del 25 % y hasta el 50 %. Constituye la *incapacidad total* y se indemniza con el 50 % del salario, en renta vitalicia.

3.º grado: Del 50 % en adelante. Es la incapacidad absoluta y la renta es el 100 % del jornal.

Otros conceptos, como la indemnización por fallecimiento, no interesan aquí.

Con lo dicho, queda ya expresado que los tres grados legales de incapacidad no corresponden a los tres grados radiológicos de la vieja clasificación, que debe ser repudiada y olvidada de una vez. Es necesario insistir en ello, pues todavía hay quien juzga el grado le-

gal según la extensión en la placa de las lesiones que tales arcaicos grados radiológicos significan.

INVESTIGACION DE LA INCAPACIDAD Y SUS GRADOS

La historia laboral y la radiografía, doble base del diagnóstico, resultan conceptos demasiado estáticos y no bastan para la valoración de la incapacidad, aunque nos abren el camino para investigarla. Necesitan del concurso del amplio y moderno campo de la exploración funcional, que nos da la norma, medida y paradigma de la repercusión cardiorespiratoria, pues, en definitiva, la incapacidad cardiorespiratoria es la que ha de condicionar la incapacidad laboral.

Sin embargo, debemos huir del simplismo axiomático de considerar que «neumoconiosis más pruebas funcionales, igual a grado de incapacidad», pues no siempre ocurre así.

1.º *La insuficiencia cardiorespiratoria y la incapacidad legal no son siempre superponibles.* Efectivamente, en las modernas aportaciones al reglamento de EE.PP., se considera que la sola presencia de las formas seudotumorales maduras o del cor pulmonale, por una parte, y, por otra, la complicación infectiva de piógenos y, sobre todo, de tuberculosis, modifica y condiciona la valoración del tipo de incapacidad de tal manera, que unas veces lo remontan por encima del

tipo fijado por las pruebas funcionales, otras hacen innecesarias tales pruebas y, en ciertos casos, por el contrario, las convierten en postreras y supremas definidoras del grado de incapacidad.

Más adelante puntualizaremos estas aseveraciones.

2.^o *Posibilidades de error y sus consecuencias.* En cuanto la incapacidad cardiorespiratoria deja de ser un concepto meramente clínico, para pasar a convertirse en la expresión de la incapacidad y su grado, cobra un alto contenido social y humano, y un error en su apreciación puede ser de injustas consecuencias tanto para el inútil por y para el trabajo, como para el simulador de derechos legales, creando, además, el consiguiente confucionismo y el descrédito de la función médico-pericial.

Pues bien, es indudable que la exploración funcional es cada día mejor investigada y sus pruebas son más pulcramente logradas, pero todavía no está libre de objeciones y de error. Ante las serias repercusiones de tal eventualidad, estimamos que, hoy por hoy, es aventurado valorar las pruebas funcionales por separado y como valor definitivo, y que deben ser enmarcadas dentro del cuadro clínico-radiológico y analítico para que, a la vez que reciban la etiqueta de especificidad profesional, resulten más ponderadas y, por tanto, mejor estimadas.

No soy un técnico en exploración

funcional, sino que paso por ser un experto en neumoconiosis y como tal escribo. No he de comentar, pues, ni discutir los procedimientos técnicos y sus detalles, ni los resultados de pruebas parciales. Mi objeto es exponer, con sinceridad y hasta con crudeza —pero de acuerdo con el principio hipocrático de que lo divulgo entre los que visten mi hábito— el fruto de mi modesta experiencia al comprobar el alcance de la cifra-resultado del baremo funcional, que el técnico me entrega, y su cotejo con la clínica y un razonable buen sentido.

En algunas ocasiones, el problema surge ya de buenas a primeras, cuando se tropieza con simuladores o no colaboradores, pues aun cuando el técnico tiene resortes para desenmascararlos (cuando no la simple observación de la conducta), lo cierto es que nos quedamos sin resultados veraces.

En otras ocasiones —lo proclamamos sinceramente— los resultados de las pruebas no concuerdan con la clínica, siendo ésta mucho más demostrativa de la incapacidad, y esta incapacidad resulta habitualmente, en tales casos, superior a la cifra de las pruebas.

Ello ocurre tanto con los resultados de mi Servicio, como con los procedentes de otros Centros, cuya solvencia científica y técnica y veteranía quedan al margen de toda discusión. Pues bien, cotejados tales resultados ajenos, entre sí o con los nuestros, no son superponibles en buen número de casos.

No creo, honradamente, que sea de alguna eficacia silenciar estas lagunas, sino, por el contrario, tenerlas presentes para intentar subsanarlas entre todos.

Valor de las pruebas funcionales

¿Quiere todo esto significar que se deben minusvalorar las pruebas funcionales? De ninguna manera. No estamos en Medicina tan sobrados de verdades absolutas como para despreciar las buenas aproximaciones, en primer lugar, porque ellas pueden servir, hoy o mañana, como pedestal para alcanzar mayores éxitos, pero, además —y es lo que aquí interesa— porque, aparejadas tales aproximaciones con otras similares o dirigidas al mismo fin, se potencian unas a otras y su resultante ha de conducirnos más cerca de la verdad ansiada.

Este es, justamente, el caso de las pruebas funcionales. Son valiosas de por sí, pero, en conjunción con los demás medios de exploración, pueden conducirnos a resultados más definitivos.

Por ello, en neumoconiosis establecemos nuestra conducta con arreglo al siguiente postulado.

«El juicio ponderado, tanto sobre la especificidad como sobre la incapacidad en neumoconiosis, precisa de la conjunción de toda la sintomatología y todos los medios de exploración funcional, clínica y analítica, presididos, inex-

cusablemente, por un alto sentido clínico y humano.»

Procedimiento para la valoración de la incapacidad

De acuerdo con el criterio enunciado, nuestra pauta de procedimiento para la valoración de la incapacidad en neumoconiosis es como sigue:

Nos situaremos ante una radiografía correcta, practicada en espiración, que será estudiada alternativamente desde cerca (para la mejor apreciación de las lesiones tuberculosas) y de algo más lejos (para las silicóticas), teniendo a la vista las pruebas funcionales y recordando la historia laboral y la clínica.

He aquí los signos orientadores que podremos descubrir en cada uno de estos componentes:

a) *Signos radiológicos.* Aun cuando los tres grados médico-legales de incapacidad no son los radiológicos de la simple clasificación (insistimos y puntualizamos nuevamente este extremo), en la placa podemos encontrar signos de indudable valor. De esta manera sospecharemos anticipadamente una gran repercusión funcional ante una forma fibrosa intersticial, una pseudo-tumoral madura o una broncopatía pulvígena. En cambio, las formas nodulares pueden estacionarse largo tiempo con repercusión funcional nula o mínima, y solamente cuando pasan a formas

de mayor categoría o sobreviene la infección (bronquitis), la incapacidad aparecerá o estará en puertas. Insistiremos sobre estos puntos al hablar de las formas anatomoradiológicas.

Otros signos radiológicos sospechosos de alteración funcional son el *enfisema*, sobre todo el bulloso, la *afectación pleural* y los *cambios de estática* (distorsión de los órganos del mediastino, cirrosis parenquimatosa o pleuropulmonar retráctil) y las acusadas modificaciones de la silueta cardiovascular, sobre todo las atribuibles a cor pulmonale.

b) *Historia laboral*. No es despreciable saber la industria y, sobre todo, el puesto de trabajo de donde procede el obrero.

El mármol es menos peligroso que la piedra y la arenisca de Montjuic tiene un alto contenido silíceo; el lignito, mucho menos que la hulla. La antraco-silicosis es de pronóstico más severo que la silicosis simple, por su mayor y más próxima repercusión funcional camino del cor pulmonale, siendo la bronquitis por el carbón su principal causante, bronquitis que antecede, con gran frecuencia, a la visualización de la silicosis en la placa.

En nuestras minas de carbón de Berga el riesgo es despreciable, y en las de potasa de Sallent y Cardona es nulo; si alguna duda se presenta en obreros de estas pro-

cedencias y sin otros antecedentes, hemos de desecharla.

El trabajo en túneles es peligrosísimo. Según Joetten, citado por García-Cossío, en la construcción de un túnel en los Estados Unidos, con moderna maquinaria de arranque, cerca de 2.000 obreros alcanzaron, no la insuficiencia cardiorespiratoria, sino la muerte por caquexia, en un espacio de 7 a 17 meses (silicosis aguda).

En cuanto a los puestos de trabajo en nuestro medio industrial y según nuestros estudios expuestos en las recientes Jornadas de Montpellier, su orden de peligrosidad es el siguiente:

- 1.º Composición y mezcla en la industria del vidrio que emplee el procedimiento de Libbey-Owens.
- 2.º Chorro de arena.
- 3.º Molinería de tierras industriales y de fundición.
- 4.º Albañilería de refractarios en fundición.
- 5.º Fabricación de abrasivos.

Los menos peligrosos: noyeros (fundición). Los del grés refractario, moldeadores (fundición) y refractarios del vidrio.

La asociación a la sílice de álcalis, fluor, cloro, etc., quema las etapas de la enfermedad. Tenemos un caso de trabajo en jabones abrasivos (sílice y álcalis), que evolucionó y falleció en menos de dos años (otro caso de silicosis aguda).

c) *La sintomatología clínica*.

Atención a este extremo:

La sola presencia de sintomatología clínica en pneumoconiosis,

orienta hacia la afectación funcional y la incapacidad.

Efectivamente, la silicosis simple, pura, carece, prácticamente, de sintomatología clínica, y si la presenta, le ha sido prestada por la complicación, y la complicación significa que ya se ha presentado la incapacidad o que está a la vista.

Cuando se trata de formas avanzadas (tumoraes), suele haber sintomatología, pero la pureza de estas formas es ya dudosa y, desde luego, habrá que contar con la repercusión funcional y la incapacidad.

Así, pues, si en el curso de una silicosis sobreviene pérdida de peso (el silicótico lo conserva habitualmente) u otros signos tóxicos con elevación de la V.S.G., sospecharemos la complicación tuberculosa y la posible incapacidad. Debe desconfiarse también de las hemoptisis en los silicóticos.

Préstese atención a la *disnea*, que es el signo progresivo que mejor señala la aparición de la insuficiencia cardiorespiratoria y, por lo tanto, de la incapacidad (el silicótico se queja de su disnea y no de su taquicardia, dice Hug). La disnea está relacionada con la participación bronquial y el enfisema subsidiario. Su iniciación es mínima, sin ortopnea, para hacerse patente al esfuerzo de manera progresiva, y finalizar siendo permanente. Mucho menos disneizantes son las formas nodulares y hasta ciertas pseudo-tumoraes (paradójicamente existen casos anatomo-

radiológicamente avanzados, sin insuficiencias *valorables*), que las formas difusas intersticiales y las broncopatías pulvigenas.

Parada Barros, del Dispensario de EE.PP. de Madrid, califica la aparición brusca de la disnea ante una placa radiográfica sin variación, como sospechosa de complicación tuberculosa. La disnea puede ser, pues, también un síntoma de infección y de posible incapacidad por tal motivo.

La *semiótica torácica* está condicionada, como la disnea, a la bronquitis, el enfisema, y las complicaciones infectivas. La abundancia de ruidos adventicios bronquiales nos indicará una situación respiratoria comprometida.

A pesar de la humedad y los factores predisponentes de nuestra región, no vemos ni tenemos experiencia sobre *manifestaciones reumáticas asociadas a la silicosis*, que podrían conducir a la pretendida forma anatomoclínica de Kaplan: macronódulos en la placa, fenómenos reumáticos e incapacidad.

Del cor pulmonale crónico y de su importancia hablaremos más adelante.

d) *Diagnóstico funcional*. Las modernas aportaciones modificadoras del Reglamento de EE.PP., para la calificación del estado funcional respiratorio, dicen como sigue:

«Se establecerá mediante un baremo condicional integrado por

la media aritmética de los valores elementales siguientes expresados en relación con las cifras teóricas.»

- a) Capacidad vital.
- b) Volumen espiratorio máximo segundo o prueba de Tiffeneau.
- c) Coeficiente de utilización de O₂.
- d) Unidades de saturación del oxigrama.

Este baremo, al unificar las tasas de incapacidad en relación con el funcionamiento cardiorespiratorio, permite establecer los siguientes límites convencionales:

Baremo superior a 75: Sin incapacidad respiratoria (capacidad respiratoria prácticamente normal).

Baremo de 75 a 50: Incapacidad permanente (insuficiencia respiratoria marcada).

Baremo inferior a 50: Incapacidad absoluta (insuficiencia respiratoria máxima).

Dice, además, que en casos límites o de discordancia «tendrá que recurrirse a las pruebas de esfuerzo y determinaciones analíticas en sangre arterial».

Como se observa, las últimas aportaciones han imprimido variaciones:

Al PRIMER GRADO (no indemnizable) se le llama *sin incapacidad*.

El SEGUNDO GRADO (indemnizable con el 50 % del jornal, y antes llamado Incapacidad Total) desde el momento en que se establece, es

ya inamovible. Por ello se le llama sencillamente *Incapacidad permanente*.

El TERCER GRADO (100 % del jornal), en cambio, se llama solamente *incapacidad absoluta*, pudiendo ser desde un principio inamovible o permanente, o, por el contrario, *incapacidad absoluta temporad*, porque es susceptible de ser modificada en un lapso de tiempo determinado, por tratamiento ad hoc, como ocurre en ciertos casos de intervención tuberculosa o cor pulmonale incipiente.

LA REPERCUSION FUNCIONAL Y LA INCAPACIDAD A TRAVES DE LAS FORMAS ANATOMOCLINICAS Y ANATOMORRADIOLOGICAS

Para la mejor comprensión de este apartado, vamos a reflejar estas formas sobre la última clasificación internacional de 1958, que reza así:

«*Clasificación Internacional de las opacidades radiológicas pulmonares persistentes, debidas a la inhalación de polvos minerales.*» (Ver cuadro.)

Aclaraciones: 1.^a Se trata, pues, sólo de opacidades permanentes, ya que las que no lo son no pueden dar lugar a repercusión funcional e incapacidad. 2.^a Se señala la exclusividad de los polvos minerales, de manera que las coniosis por polvos orgánicos quedan excluidas aquí.

En primer lugar dejemos al mar-

gen lo que no interesa aquí: El número 0 (significativo de no neumoconiosis) y la letra Z (que se refiere a casos dudosos).

En el cuadro vemos la primera clasificación cualitativa de las imágenes: 1.º *Opacidades lineales* (feliz y reciente inclusión efectuada por los expertos en silicosis industrial). 2.º Las pequeñas opacidades u *opacidades nodulares*. 3.º Las grandes opacidades o sombras (fibrosis masiva o *pseudotumorales*).

malías pleurales o hiliares y el neumotórax.

Centrándonos en el cuadro, vamos a recorrerlo de mayor a menor:

Formas de grandes opacidades (o pseudotumorales). — De sus tres categorías, la C, sea cual fuere el baremo funcional, *no precisa de él* y constituye por sí misma una *incapacidad absoluta de tipo definitivo*.

CLASIFICACION INTERNACIONAL DE LAS OPACIDADES RADIOLOGICAS PULMONARES PERSISTENTES, DEBIDAS A LA INHALACION DE POLVOS MINERALES (incluidos los del carbón)
O. I. T. (GINEBRA, 1958)

TIPO DE OPACIDAD	NO NEUMOCONIOSIS	OPACIDADES SOS PECHOSAS	NEUMOCONIOSIS												
			OPACIDADES LINEALES	PEQUEÑAS OPACIDADES						GRANDES OPACIDADES					
				p			m			n			A	B	C
CLASIFICACION CUALITATIVA	0	Z	L	1	2	3	1	2	3	1	2	3			
CLASIFICACION CUANTITATIVA															
SIMBOLOS ADITIVOS	(co)/(cp)	(cv)	(di)	(em)			(hi)			(pl)	(px)	(tb)			

Bureau International du Travail: "Réunion d'experts sur la classification internationale des radiographies de Pneumoconioses" (Ginebra, 27 octubre - 7 noviembre 1958) (Securité et hygiène du travail, vol. IX, n.º 2, avril-juin, 1959)

Ahora bien, cada uno de los dos últimos grupos se subdividen, por un criterio cuantitativo de extensión, en tres categorías: 1, 2 y 3, por las formas nodulares, y A, B y C por las pseudotumorales. No entraremos en detalles.

Se acompañan una serie de signos aditivos muy importantes, *por ser indicadores de probable repercusión funcional o complicación infectiva*. Son el cor pulmonale, la tuberculosis pulmonar, el enfisema, la distorsión de órganos, las ano-

Igual ocurre con las categorías A y B, cuando coexisten con ellas, y de manera acusada, algunos de los signos aditivos reveladores de notables cambios de estática y retracciones (distorsiones, afectación pleural, etc.), que en otras clasificaciones se resumen en una nueva categoría: D. En estos casos también se establece, sin otras pruebas, la *incapacidad absoluta definitiva*.

En las restantes eventualidades de este grupo (o sea en la A y B

sin retracciones), se aplicará un baremo de pruebas funcionales por si da incapacidad absoluta, puesto que el dictamen no podrá ser inferior a una incapacidad permanente, aun cuando el baremo funcional marque una cifra por debajo de ella.

En resumen, las formas de este grupo significarán siempre un 2.^o o un 3.^{er} grado, pero nunca un 1.^o

Formas nodulares. Entramos en este grupo con su división cuantitativa por extensión (1, 2 y 3) y su diferenciación cualitativa, según el tamaño de los nódulos: puntiforme, micronodular y nodular.

Las posibilidades lógicas sobre repercusión funcional han de ser en gradación de menor a mayor. Así, en lo cualitativo, raramente una forma puntiforme alcanza una incapacidad indemnizable, y en lo cuantitativo, lo corriente es que la categoría 1, de menor extensión, corresponda a un 1.^{er} grado.

Pero no siempre ocurre así, y donde hay una mayor discrepancia de relación es en las categorías 2 y 3, pues algunas formas de este tipo, muy generalizadas y tupidas, o sea muy acusadas, son muchas veces solamente un hallazgo profiláctico y no fruto de una revisión por sintomatología clínica de alarma, ya que no padecen la menor fatiga. Si a ello añadimos que las formas nodulares, como las granulias tuberculosas, no son, precisamente, las de mayor visualidad

a radioscopia, es lógico pensar que pueden ir pasando inadvertidas durante mucho tiempo, cuando se practica la sola scopia como medida profiláctica y no la foto-seriación. Aun descubiertas estas formas y calificadas como de 1.^{er} grado (por no llegar al 25 % de incapacidad en el baremo), pueden sostenerse así durante años, hasta que se instaura una bronquitis, aparece una espasticidad rebelde a los broncodilatadores, la disnea se establece y el baremo funcional sube hasta el 40 % y el 50 % o más, reclamando una incapacidad permanente y, eventualmente, una absoluta. En estas formas es inexcusable la exploración funcional periódica.

Opacidades lineales. Han sido recientemente incluidas en la clasificación como atribuibles a silicosis o neumoconiosis fibrógenas, aun cuando son de diagnóstico diferencial específico más difícil que las nodulares o pseudotumorales. Tienen importancia, por cuanto pueden ser exponente de la fibrosis lineal intersticial y consiguiente repercusión cardiorrespiratoria. Por ello, cuando la encontremos como componente en otras formas, debemos sospechar su opción a la incapacidad.

Formas fibrosas difusas. — La fibrosis lineal intersticial suele predominar ampliamente en la *asbestosis* o fibrosis del amianto (que es un silicato), y de ahí el din-

tel de insuficiencia tan próximo de estas formas.

Pero donde se manifiesta en todo su poder es en las *fibrosis difusas* de la silicosis, de gran poder disneizante y, por tanto, de gran repercusión funcional y rápida incapacidad. Se da también con preferencia en los que manipulan *tierras diatomáceas y bauxita*, en ciertas *talcosis* y, sobre todo, en la *beriliosis* (del berilio o glucinio), *neumoconiosis* gravísima que da también formas neumónicas y que, afortunadamente, no conocemos en España. Por su importancia en el diagnóstico y pronóstico de la incapacidad, vamos a hacer una breve descripción de esta forma fibrosa difusa.

Radiológicamente, el campo pulmonar aparece denso y retraído, surcado por tractos lineales que siguen los trayectos bronquiales y vasculares, fibrosis que, arborizándose, cubre el pulmón como una malla (Parada). El cuadro es proteico con participación pleural. Aunque lo importante y predominante es la línea, no dejan de haber algunas formaciones nodulares, generalmente confluentes y poco dispersas, que nosotros hemos bautizado con el nombre de «marchamo de la estirpe pulvígena del proceso». Son frecuentes el enfisema bulloso y las retracciones, las adherencias y los pinzamientos. Existe, sin embargo, alguna forma menos abigarrada y más fina y suave.

Broncopatías pulvígenas. — Una *coniosis* no encuadrable dentro de las clasificaciones «*parenquimatosas*» y que debe ser tenida en cuenta por su gran repercusión funcional, la constituyen las *broncopatías pulvígenas*, realidad que comprobamos en los obreros de industrias pulvígenas silíceas, generalmente después de muchos años de trabajo, que, sin episodios agudos ni paroxismos de asma, van progresando hacia la incapacidad por insuficiencia cardiorrespiratoria.

Si existen diferentes gradaciones y formas, la más importante —sin silicosis propiamente dicha— es la modalidad *bronquiolítica espástica y obliterante difusa*, con gran insuficiencia cardiorrespiratoria y de severo pronóstico (Parada, Gutiérrez del Olmo).

Por su importancia clínica y médico-legal, es de todo punto importante su diagnóstico, que ciertamente no es fácil, por cuanto si poseemos uno de los dos pilares citados de diagnóstico, o sea la historia laboral que es aquí auténticamente positiva, nos falla el segundo, el radiológico, por su falta de tipismo específico. He aquí, sin embargo, las bases, incluida también la radiológica, en que podemos apoyarnos:

- Historia laboral con un mínimo de 10 ó 15 años de riesgo pulvígeno.
- Ausencia razonable de otras etiologías.
- Cuadro radiológico: Dibujo acentuadísimo del parénquima,

con aspecto nudoso que alcanza la periferia, donde se señala un entramado de finos nódulos, allí precisamente donde se esfuma el parénquima normal o donde hay rarefacción en el enfisema esencial.

Todas estas formas, lineal, fibrosa difusa y broncopatía, por clara que sea clínicamente su insuficiencia, necesitan del baremo de las pruebas funcionales, para definir el grado de incapacidad.

Cor pulmonale y complicaciones infectivas.

Hemos dejado para lo último la valoración legal del cor pulmonale y las complicaciones infectivas (casi exclusivamente la tuberculosis), porque representan el final de toda silicosis o neumoconiosis fibrógena, salvo los óbitos por causas fortuitas u otras intercurrentias.

Cor pulmonale. Se prodiga más en los medios mineros, sobre todo en los del carbón (ya señalamos la mayor repercusión funcional cardiorrespiratoria de la antraco-silicosis), que en los medios industriales.

Nosotros vemos pocos cor pulmonale. Ya en otra ocasión hemos manifestado que el hecho peculiar de la silicosis en nuestra región, con mayor preponderancia de la industrial sobre la minera, con ausencia de minas de carbón de hulla y antracita, nos hace suponer que la existencia de fuentes

etiológicas con polvos muy diferenciados y altamente silíceos, sea la responsable de la poca frecuencia de las complicaciones cardíacas y la alta incidencia de las tuberculosis, que son las mayores responsables de la muerte de nuestros silicóticos. En estas observaciones estamos de acuerdo con Crepet, que señala la infrecuencia del corazón pulmonar crónico en la silicio-tuberculosis.

Por su valoración legal, cabe distinguir entre el cor pulmonale *manifiesto* y el *incipiente* o *premonitor*.

El primero (secundario a lesiones neumoconiósicas y patente por clínica y electrocardiografía) excusa toda prueba respirométrica y constituye una *incapacidad absoluta*.

El incipiente, como susceptible de recuperar alguna capacidad laboral prolongada, implica *d'emblée* una *incapacidad absoluta temporal*, por un tiempo no superior a seis meses de reposo y tratamiento; si al final persisten los signos del incipiente: valoración funcional respiratoria, pero con concesión de una incapacidad permanente, como mínimo. Si no se comprueba el cor incipiente, se establecerá la incapacidad que derive del baremo funcional o de una posible actividad infecciosa.

Complicaciones infectivas. En cuanto a las complicaciones infecciosas en relación con la neumoco-

niosis, su valoración es la siguiente:

1. *Piógenos*. Cualquier cuadro radiográfico de silicosis simple o pseudotumoral acompañado de abceso pulmonar crónico o supuraciones bronquiales, determinará una *incapacidad absoluta definitiva*, excusando toda valoración funcional.

También la originará la *melanoptisis* (vómica de líquido negruzco carbonoso).

2. *Tuberculosis*. Al tratarse de esta complicación, modernamente la discriminación es mayor:

a) *En la sílico-tuberculosis* (silicosis bilateral que rebasa la mitad del campo radiográfico, con tuberculosis activa bronquial, pulmonar o pleural, aun con ausencia de bacilos): *incapacidad absoluta* de por sí, sin otras valoraciones.

b) *Tuberculosis-silicosis*. (Silicosis de menor extensión que la anterior y tuberculosis manifiesta y activa): *incapacidad absoluta temporal* durante un año como máximo de reposo, y tratamiento específico, al final del cual caben dos eventualidades: 1.º La tuberculosis ha regresado o se ha inactivado: baremo funcional que definirá el grado de incapacidad definitiva. 2.º Persiste o progresa la actividad tuberculosa: *incapacidad absoluta definitiva*, sin otras pruebas.

c) *Coniosis-tuberculosis*. (Cuando en campo aparentemente normal o con retículo granulado o incluso con alguna opacidad se distinguen condensaciones pulmonares mayores uni o bilaterales, sin enfisema a su alrededor): igual conducta que en el caso anterior.

CONCLUSION

Vemos, pues, que en cuanto a incapacidad, se ha revalorizado el concepto cuantitativo de extensión lesional, pero sólo de manera parcial. Esta y la calidad de la lesión pueden bastar para definir la incapacidad o modificar el resultado del baremo funcional, remontándolo.

Hemos visto, también, cómo las pruebas funcionales son baza muy importante en las valoraciones corrientes, y en algunas ocasiones pasan a ser las supremas definidoras de la incapacidad.

Pero es obligado deducir una verdad incuestionable: que completas o con mermas, con todas sus ventajas y sus posibles defectos, actuando sólo como testigo o como juez supremo, las pruebas de exploración funcional son inexcusables en la valoración de la neumoconiosis.