

**ATENEOS SRT
A-02**

***PATOLOGÍA OCUPACIONAL
RESPIRATORIA***

Ateneo SRT • AAMR

>>> Enfermedades Respiratorias

Dr. Héctor Nieto Celebramos que podamos instalar un espacio de discusión y debate, técnico, académico, médico, con la intención de fortalecer el conocimiento en materia de salud y seguridad en el trabajo.
Subgerente de Estudios, Formación y Desarrollo.

SRT Para nosotros es una de las actividades más queridas, que mayor expectativa nos suscita, y la presencia de ustedes le da sentido a esta actividad.

Hoy vamos a tener el primer ateneo en conjunto con la Sección de Patología Ocupacional (SPOC) de la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria, y entiendo que vamos a tener un esquema similar a los que se hicieron durante el año pasado, va a haber una primera aproximación teórica a algún tema, luego va a haber una presentación de casos, y al final vamos a estar cerrando con alguna posición de la SRT en la materia.

Lo que esperamos es la participación más amplia, más libre, más técnica posible, y enriquecernos todos de este tipo de actividad.

Dr. José Antonio López La idea de formular una valoración desde el punto de vista de la función respiratoria de aquellas patologías en las cuales la enfermedad laboral ataca fundamentalmente al aparato respiratorio, surge de mucho tiempo atrás, en mi espíritu en todo caso, de cada vez que teníamos que actuar en el fuero laboral (en la época en que nosotros podíamos anotarnos). Digo esto porque hace unos cuantos años que la Cámara de Apelaciones del Trabajo no tiene a la neumonología como especialidad capaz de aportar su experiencia y su saber a los casos en los cuales se juzga a través de demandas que hacen los perjudicados por este tipo de patologías.
*Médico Neumólogo
Médico del Trabajo Ex Jefe de Fisiopatología Respiratoria de los Hospitales "F. Santojanni" y "E. Tornú" Docente Autorizado de Medicina Interna (Especialidad Neumonología) Ancien Attaché de Recherche del INSERM Hospital "Claude Bernard" Paris*

Yo creo que los problemas que existían en esa época y que siguen existiendo, merecen bastantes críticas – después lo discutiremos si no estamos de acuerdo con lo que ofrezco como alternativa-

PRODUCCIÓN DE DAÑO: es la patología a definir como diagnóstico.

A través de todos los métodos que se tienen desde el punto de vista neumonológico para evaluar una afección, se hace el diagnóstico de daño primero, y después debe dársele un número a esa discapacidad. Ésta sería un poco la dinámica que nos va a llevar a la charla.

Un daño puede ser temporal o definitivo, y tiene distintos grados de afectación. Eso nos lleva a evaluar la discapacidad originada por ese daño, y está influenciada por una serie de elementos, tales como edad, sexo, educación, ocupación y situación económica.

Daño -----Discapacidad

- **Daño : Temporal o definitivo**
Condición médica que involucra la función con distintos grados de afectación
- **Discapacidad :**
Efecto del daño sobre la vida del sujeto

Afectada por :
Edad --- Sexo --- Educación --- Ocupación --- Situación económica

DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CON REPERCUSIÓN RESPIRATORIA.



Tenemos causas respiratorias y no respiratorias. El daño puede tener dos orígenes. Cuando uno evalúa un sujeto que tiene un daño laboral, debe tenerse en cuenta también que puede haber un daño provocado por causas no laborales. Entonces, en este caso, las respiratorias son el EPOC, el que a su vez puede ser mixto, o combinando efectos deletéreos provocados por noxas más allá del trabajo y por el trabajo propiamente dicho que pueden afectar o sumar su efecto al daño.

Completan el listado: asma, alveolitis alérgica, cáncer broncopulmonar, fibrosis pulmonar, neumoconiosis, micosis y otras diversas.

Las no respiratorias son directas, como la escoliosis, que reducen la bomba pulmonar, produciendo una disminución de la misma. La cifoescoliosis, que tiene el mismo efecto y las enfermedades neuromusculares, que también llevan a ese tipo de incapacidad muscular, que generan una reducción en los volúmenes pulmonares.

La miastenia, por la misma razón, Guillain Barré que es una enfermedad neurológica, y las indirectas como la insuficiencia cardíaca.

En cuanto a la evolución de la incapacidad, tenemos varias herramientas, de variable complejidad según el contexto socio económico en que se actúe, pudiendo contar con las mediciones clásicas, que son la capacidad vital forzada, volumen espiratorio forzado. Las siglas en inglés son invertidas. El volumen espiratorio forzado en el primer segundo. El cociente VEF1/CVF, llamado anteriormente índice de Tiffeneau, que es el cociente entre el primer segundo y la capacidad vital forzada. Algunos utilizan también el coeficiente de difusión (DLCO), que es un elemento que puede aportar información adicional cuando existen dudas acerca del origen de las hipoxemias. No es muy frecuente el poder hacer este último chequeo, así como tampoco es frecuente medir la capacidad pulmonar total, que requiere un método casi siempre indirecto de medición.

¿Qué tenemos que verificar? Inicialmente estar seguros del diagnóstico de la enfermedad y del daño. La óptima terapéutica que está recibiendo el sujeto, porque si esto no ocurre y lo queremos evaluar en condiciones de deterioro funcional transitorio, como puede ser un asma ocupacional en plena crisis, evidentemente no lo estamos evaluando correctamente. O sea, debiera estar clínicamente estable, y hacer siempre el estudio con broncodilatadores. Como el broncodilatador no ofrece ningún riesgo no hay ningún inconveniente y además aporta un dato muy importante a la evaluación.

Podemos hacer también algo más. Cuando tenemos ciertas dudas a pesar de haber efectuado la evaluación con los elementos o herramientas que hemos mencionado, podemos determinar el consumo máximo de oxígeno. Es un poco más complejo, pero aporta una definición acerca del origen de esta incapacidad discriminado su origen pulmonar o cardíaco, a veces el corazón participa en la disnea que el sujeto expresa, y entonces mediante esta figura del consumo de oxígeno, que en condiciones de trabajo máximo el sujeto consume 25 ml de oxígeno por kilogramo y por minuto, y con estos valores puede realizar trabajos de ocho horas en condiciones de esfuerzo máximo.

En esas condiciones, el mayor consumo de oxígeno ocurre en los trabajadores de la madera (hacheros), los mineros de fondo y, por supuesto, en los estibadores, etc.

El deporte de la maratón es una manifestación en un sujeto con salud que puede realizar el tipo de esfuerzo de las tareas que mencionamos recién.

El consumo de oxígeno, entre 15 y 25 ml por Kg/min, sería moderado a mediano. Es un trabajo que puede realizarse confortablemente por el sujeto por tiempos prolongados. Entonces tenemos trabajos como mecánico, panadero, que sería consumos medianos. El deporte que podemos asimilar a esas tareas sería el tenis.

Y el consumo menor de 15 ml por Kg. por minuto, el empleado de comercio, oficina, y como deporte el golf.

Definamos cuál es la técnica para la espirometría (mal llamado vitalograma). El sujeto en posición de pie y con una pinza que ocluya su nariz, efectúa una inspiración máxima por la boca, coloca el neumotacógrafo

en su boca y a la orden del operador con toda su fuerza, sin agacharse y en la forma más rápida posible, vacía todo el aire que había incorporado. Cuando ya terminó de soplar (de 3 a 7 segundos), a través del dispositivo bucal vuelve a hacer una inspiración máxima con mucha energía y hasta completar la insuflación total del tórax, con lo cual tenemos la capacidad vital forzada. En los equipos hay un temporizador que integra los tiempos y el volumen emitido en forma permanente, lo que diseña la curva de flujo-volumen que es otra forma indispensable de graficar la prueba. Vale decir que el espirograma se representa a través de 2 curvas:

- a) volumen-tiempo, que es la forma clásica y
- b) flujo-volumen, obtenida por la integración mencionada. Si los equipos tienen la posibilidad de medir la VVM, entonces tendremos la oportunidad de contar con dicho gráfico.

Para reducir al máximo las posibilidades de error en la consideración de los valores surgidos de esta prueba, teniendo en cuenta la necesaria cooperación del sujeto, se deben hacer 3 pruebas con 3 minutos de intervalo entre ellas y no debiera haber más del 5% de diferencia entre los principales parámetros considerados entre las dos mejores. Con esta prevención, se minimizan las críticas que ocasionalmente se le hacen, como prueba que necesita la cooperación del paciente y es campo propicio para utilizar por los simuladores.

Otro es la ventilación voluntaria máxima (VVM), cuyo valor puede ser medido por el aparato o bien se obtiene por cálculo a partir del VEF1. Yo diría que la VVM no es discriminatoria al momento de definir un caso como restrictivo, obstructivo o mixto. Pero su determinación es importante, si uno quisiera hacer un gran catastro, siendo clave para definir si el sujeto tiene o no una alteración ventilatoria.

Para aquellos que no conocen la técnica para registrar la VVM, al sujeto se lo expone a un ritmo, que es el máximo esfuerzo ventilatorio, que pueda realizar. Es decir, el individuo efectúa inspiraciones y espiraciones con la mayor frecuencia posible movilizándolo en cada movimiento un volumen equivalente a dos tercios de su capacidad vital. Y se hace durante 10, 12 ó 15 segundos, no más porque si no entramos en alcalosis respiratoria y el sujeto puede perder el sentido y caer al suelo, y nos damos un susto, por el golpe que pueda darse.

Cuadros funcionales

Parámetro	Restrictivos puros	Obstructivos puros	Mixtos
CVF	Disminuida	Normal	Disminuida
VEF1	Normal o disminuida	Disminuida	Disminuida
VEF1/CVF	Aumentada	Disminuida	Disminuida
VVM	Normal o disminuida	Disminuida	Disminuida

En los cuadros funcionales, empezamos a introducirnos en lo que yo defino como el punto central del asunto. Hay que definir inicialmente el cuadro funcional, a través de los estudios que habíamos mencionado anteriormente, los parámetros básicos, que están enumerados en la primera columna (rojo), y estos son:

El primero, capacidad vital forzada (CVF), que evalúa el aire movilizado por la bomba pulmonar.

El segundo, es el Volumen espiratorio forzado en el primer segundo, (VEF1), que evalúa fundamentalmente los flujos aéreos de los bronquios grandes, o sea la permeabilidad bronquial a ese nivel.

El tercer parámetro, que es la relación entre ese valor que acabamos de mencionar, o sea entre el VEF1 y la CVF. El valor normal de este cociente está en función específicamente de la edad. El tórax del sujeto va perdiendo elasticidad y por lo tanto eso se va traduciendo en una reducción de ese cociente.

La VVM juzga los dos parámetros (CVF y VEF1) en simultáneo. Si está reducida, aún no podemos decir cuál de los dos está involucrado. Si es la obstrucción o si es la restricción. Pero su reducción nos obliga a entrar en otra etapa de investigación, que nos definiría si es obstructivo o restrictivo.

Cuadros restrictivos:

Los restrictivos puros tienen como factor fundamental la CVF disminuida, el VEF1 puede estar normal o reducido. Si la capacidad vital no está muy reducida, el volumen espirado en el primer segundo puede ser normal.

Si el VEF1 está reducido, ya empezamos a tener un cuadro mixto, porque están reducidos los dos: CVF y VEF1. Pero lo que constituye un dato clave en la definición del cuadro es el cociente VEF1/CVF que está necesariamente aumentado con relación al patrón normal. O sea que para definir un cuadro como restrictivo tenemos: disminuida la CVF y aumentada la relación VEF1/CVF.

La VVM, como dijimos antes, como no es discriminatoria, puede estar normal o disminuida.

CUADROS OBSTRUCTIVOS PUROS:



Los obstructivos puros son cuadros sumamente raros. Puede ocurrir durante un ataque de asma en un sujeto que nunca lo había tenido. Por ejemplo, se expone al di-isocianato de tolueno un sujeto que hasta entonces no había padecido cuadros previos de obstrucción bronquial reversible o asma. Se produce la reducción rápida del flujo, pero si lo dejamos espirar durante un tiempo más o menos prolongado (9 segundos), la capacidad vital sigue teniendo el valor normal. Es decir, puede tener una capacidad vital normal, y sabemos que por definición tiene que ser así. Porque si no, tendríamos un cuadro mixto.

Entonces decimos, el obstructivo puro tiene CVF normal y tiene disminuido el VEF1, es la definición de la cosa, y tiene disminuido también el cociente entre los dos (VEF1/CVF).

CUADROS MIXTOS:



Por último, los mixtos, que son los más frecuentes y los que vamos a observar casi siempre en la clínica y en la determinación de una incapacidad, cuando tenemos que evaluar a través de una pericia, nosotros observamos entonces disminuida la CVF, el VEF1, y la relación entre este y la CVF. O sea el índice de Tiffeneau.

Causas que están en el origen de los diferentes cuadros

Comenzaremos por determinar las causas de los **cuadros restrictivos** y los diferenciamos en aquellos de origen médico y los de causa laboral.

Entre los primeros tenemos: cifoescoliosis, espondilitis, parálisis frénica, miastenia, derrames pleurales, paquipleuritis, fibrosis pulmonares, resecciones pulmonares, tumores pleuropulmonares, pulmón irradiado, insuficiencia cardíaca, etc. En el caso de las cardiomegalias, más allá de la rémora circulatoria en el lecho pulmonar, el agrandamiento cardíaco reduce el lugar torácico para el pulmón. Recordar que son locadores del mismo espacio, la jaula torácica.

Las restricciones de origen laboral son producidas por: sílice, polvos y humos de hierro, los anhídridos hímico, ftálico y trimetílico, el berilio y sus compuestos, harinas, el heno enmohecido, el cardado y peinado de algodón, la manipulación del café verde, el antimonio, el polvo de pizarra, carburos metálicos fritos, bagazo de caña, climatizadores, pinturas, champiñones, molienda de cereales y la preparación de quesos.

Los factores causales de los **obstructivos y los mixtos**, que tienen en general su origen en un cuadro obstructivo que se prolonga en el tiempo, como puede ser un asma o una bronquitis crónicas. Es un cuadro mixto, porque termina por reducir la capacidad vital. Por eso consideramos factores comunes en su origen, como la polución hogareña, el consumo de biomasa en determinados ambientes que no tienen, por ejemplo, calefactores o cocinas eléctricas o a gas, producen necesariamente un montón de productos nocivos para la salud, y sobre todo que se efectúan en condiciones de ambientes internos cerrados o muy poco ventilados y entonces eso puede ser un origen muy

importante de causales de patologías obstructivas. Recordemos que el humo de tabaco es el contaminante más importante en los ámbitos internos. A ello debemos agregar toda la polución atmosférica de origen natural o provocada por la actividad humana.

Como elementos a considerar tenemos el óxido nítrico, el dióxido de nitrógeno, el dióxido de azufre, las cenizas de origen volcánico, o bien los hidrocarburos, que cuando se queman traen como consecuencia, la presencia de estos productos que acabamos de mencionar y los metales pesados como el cadmio y el plomo, poluentes secundarios como los nitratos, sulfatos, nitrato de paracetil, y el ozono.

Con respecto al ozono, no sé porqué se siguen produciendo todavía ozonizadores para tratar de mejorar la salud ambiental y respirar un "aire depurado", conociendo dicho producto como dañino para la estructura pulmonar por su efecto oxidante, así como todos los aerosoles domésticos que se utilizan para "matar todos los microbios", que van a terminar matando a la gente.

Esto, debo decirlo, como un elemento que quiero que todos pensemos en ello, cada vez que tenemos que usar un sahumero o desodorantes para despejar olores que no nos gustan. En general todos ellos producen daños a la salud. Recordemos que los olores de cualquier origen, son partículas que, según su tamaño, penetran a diferentes niveles de nuestro aparato respiratorio.

La polución de origen industrial va a depender de la actividad. Tenemos las aminas aromáticas, los diisocianatos, el anhídrido ftálico, los bisulfitos, el café verde, la soja, el yute, algodón, cloro-platinatos, manipulación del tabaco, polivinilo, que pueden producir obstrucción bronquial.

La ley N° 24.557, que crea un comité consultivo permanente, establecido por ley, determinó los baremos de las incapacidades y tuvo en consideración la valoración de incapacidades, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la ANSES de 1994, la tabla de valuación y capacidad laborativa de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de 1995, las normas de cuantificación del grado de invalidez de los trabajadores, afiliados al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones de 1994.

Este esquema de reclamo por incapacidad lo preparé para los neumonólogos, para que ellos conozcan la tramitación en caso de enfermedad laboral. Me parece oportuno explicar cuál es la metodología que ya se conoce, a fin de que el damnificado pueda efectuar el reclamo correspondiente ante las instancias pertinentes.

La compensación por daño o enfermedad, también forma parte del conocimiento.

En Francia se generó un baremo que tenía en cuenta inicialmente, no solamente los exámenes funcionales que mencionamos, a los que ellos agregaron la CPT (capacidad pulmonar total), sino también elementos radiológicos que después vamos a discutir, qué valor se les puede otorgar, desde el punto de vista de la real discapacidad, a través de estos estudios.

Ellos consideran como anormal la capacidad pulmonar total (CPT) cuando está reducida por debajo del 20%, contabilizando la incapacidad en cuanto a lo restrictivo a través de este parámetro. Nosotros no lo hacemos en forma rutinaria. Puede hacerse, pero es algo más complejo. Requiere métodos de dilución con helio o bien mediante oxígeno, lavando el aire residual y con determinación del contenido final de nitrógeno. También se puede realizar mediante planimetría del tórax radiológico (frente y perfil), pero francamente es bastante complicado y caro y son pocos los casos que presentarían un interés para su utilización. Para ellos la incapacidad de los obstructivos, comienza con un descenso del VEF1 por debajo de un 10%.

La American Lung Association, del 86, considera normal los valores que estén por encima de 80% en CVF y en VEF1, y como ellos incluyen la difusión pulmonar en la evaluación (DLCO), también al descenso por debajo del 80% se lo considera patológico. La incapacidad de grado ligero, para este baremo, ocurre cuando los valores mencionados se sitúan entre 60 y 79%, el grado moderado, entre el 51 y 59% para la CVF y entre el 41 y el 59% del VEF1 y la DLCO. Los deterioros severos se determinan con valores de CVF debajo del 50% y del VEF1 y de la DLCO por debajo del 40%

La Asociación Médica Americana también tiene más o menos la misma disposición y clasifica en cuatro clases, agregando a la evaluación el consumo máximo de oxígeno (VO2 máx).

En nuestro medio se ha usado mucho la Tabla de incapacidades de Di Domenica, que tiene varias imprecisiones y hace difícil una justa determinación de la discapacidad. ¿Cuál es el interés de darle un valor más preciso a la incapacidad? Sabemos que un perito se ve abocado a determinar el grado de incapacidad debe tomar los baremos que ofrece el país. A veces el nos muestra un resultado, para un valor determinado, una dispersión del rango de medida de discapacidad muy grande. Queda en el espíritu del perito atribuirle un porcentaje determinado, pero sin un sustento concreto en cifras y después que lo acepte o no el juez. A través de este cuadro de situación lo que intento hacer es tratar de especificar con mucha precisión, con la mayor precisión posible, el grado de incapacidad del sujeto. Ya vamos a ver después cuál fue mi forma de encarar la cosa.

El baremo de Di Domenica considera la CVF y el VEF1 por debajo del 80% como el estadio 2 donde empiezan los grados de incapacidad, que sería del 20 al 35, el estadio 3 del 35 al 45 % le atribuye para 10% de reducción un valor de la discapacidad entre el 45 al 66%. Es mucho, 20 puntos librados al criterio del perito, es darle un atributo demasiado grande, para que defina cual es la incapacidad del sujeto.

Estadio I	No disnea. Rx normal o secuela menor de 1/3 de la playa derecha. Vol. espirom. > de 80%. Gases normales	Sin incapacidad
Estadio II	Disnea de gran esfuerzo. Rx = al anterior Volúm. espirom. 65-80%. Saturación > 85%	Hasta 30%
Estadio III	Disnea de mediano esfuerzo. Rx. lesiones no mayores que playa derecha. Vol. espirom. de 50-65%. Gases: saturación > 85%	35-50%
Estadio IV	Disnea a mínimo esfuerzo o en reposo. Rx : lesiones >s que la playa derecha. Vol. espir. < de 50%. Gases: Saturación < 85%	55-70%
Estadio V	Insuficiencia respiratoria terminal Cor pulmonale	70-90

En el esquema utilizado para la ley N° 24.557, comienza a utilizarse un nuevo parámetro, como en el baremo francés y que es la radiografía de tórax. Con los valores de la función pulmonar, contamos con cifras concretas. ¿En cuanto deberíamos ponderar las alteraciones radiológicas? Cuánto cuenta la radiografía para un sistema de evaluación de funciones. Siempre tuve la duda de si sirve para algo. Tan es así que vemos radiografías que aparentan tener un enfisema por la hiper lucidez o transparencia presentada por el pulmón con escasa trama vascular y decimos: en esta imagen debe haber una incapacidad del 30 al 40%, pero hacemos el examen funcional y no coincide.

Entonces creo que las radiografías tienen valor diagnóstico de daño. Uno puede decir que el pulmón está afectado o no. Pero desde el punto de vista funcional lo que hay que hacer es evaluar los puntos de vista funcionales.

Por eso digo que en la ley N° 24.557 está contemplada todavía la radiografía como un elemento de juicio. Y considerar la saturación normal por encima del 85%, para aquellos que sabemos un poco de funcionalismo pulmonar, 85% es baja. Si uno ve una saturación de ese nivel, puede decir que el sujeto está insaturado. Desde ese punto de vista también hay críticas para hacer.

La disnea mediano esfuerzo en el estadio 3, la extensión de las lesiones de una playa como la derecha, quién evalúa que equivale a toda la playa? Micronódulos, nódulos, falta de trama vascular, ¿cuál es la verdadera dimensión de la lesión?

Estadio 4, disnea mínimo esfuerzo, en reposo... Ya aquí la saturación del 85%, está colocado como si fuera una cifra absolutamente límite, que nos obliga a pensar que ese es el "Gold Standard", por

debajo del cual el sujeto comienza a estar insaturado, cuando en realidad, ello ocurre con valores de saturación por debajo de 92%.

Por supuesto, estadio 5 es la etapa de Cor pulmonale

Vamos a considerar a continuación nuestra interpretación de la función respiratoria a fin de llegar a la valoración de las incapacidades. He considerado que se debe considerar los valores de CVF y de VEF1 por debajo del 85%, en razón que los valores teóricos aceptados son de $100 \pm 15\%$ (valores teóricos, basados en el sexo, edad y altura). Si baja del 15%, es ahí donde se debe comenzar la valoración y por lo cual yo dispuse que debiera ser del 85% para todos. Para los tres tipos a considerar, mixtos, obstructivos puros y restrictivos puros.

Como obtener un valor fiable:

Deben hacerse tres espirometrías, cuya variación entre dos de ellas no debe ser mayor al 5%. Porque todo se basa en la buena cooperación del sujeto, la inteligencia del agente que la hace para que sepa definir si está bien, si está cooperando correctamente o no. Es una prueba voluntaria, por lo que se necesita la cooperación del sujeto. Teóricamente puede ser fraguada. Pero si uno tiene en cuenta que hay que hacer tres y que no debe tener más variación que el 5%, y observando la forma de la curva, especialmente la de flujo/volumen uno ve si hay o no cooperación. Un operador experimentado sabe si el sujeto cooperó o no.

En todo caso, al final de la prueba, cuando uno hace la evaluación, colocará en el informe: buena cooperación o cooperación regular, con lo cual el perito sabe que esa prueba no puede ser tenida en cuenta, como dato para fiarse de ella.

Para los restrictivos puros, uno debiera evaluar en el espirograma la CVF, que deberá estar por debajo del 85%, sabiendo que la incapacidad total de un sujeto, se logra cuando en los restrictivos se alcanza el 40% de la CVF.

Como el 66% es lo que se considera en la legislación argentina como incapacidad total, nosotros ¿qué hacemos? Si 85% es el límite superior donde comienzan las incapacidades y 40% es el límite inferior, donde el sujeto está en incapacidad total, entre estas dos cifras hay 45 puntos. Esos 45, hay que distribuirlos en 66, para que sea más o menos exacto. Por ello, debemos encontrar un factor que debe surgir del cociente entre 66 (porcentaje admitido por la legislación argentina, como de incapacidad total) y la diferencia en puntos entre el comienzo de la cifra significativa (85) y el límite inferior de incapacidad total para la CVF (40). Resolviendo: $66 / 45 = 1,467$.

Es decir que en estos casos (restrictivos), a la diferencia de reducción a partir de 85% debemos multiplicarla por ese factor a fin de obtener, según este criterio, el porcentaje real de incapacidad.

Veamos un caso en que la CVF es del 76%, es decir el porcentaje de función remanente. Restamos esta cifra de 85 y obtenemos 9. Por lo tanto tiene un 9% de déficit, que lo tenemos que referir al factor que debemos utilizar para los restrictivos puros. Esa cifra mágica por la cual hay que multiplicar para que nos de la cifra real de incapacidad.

Entonces decimos, 9 por el factor, nos da 13,2. Es lo más parecido a lo que uno quisiera que sea la cifra exacta.

En los **obstructivos puros**, el parámetro a considerar es el VEF1, por debajo de 85%.

Todos estos datos los da el aparato, no hay que hacer cuentas. La incapacidad total del sujeto se alcanza con el 35% de descenso del VEF1. Cuando el sujeto tiene solamente el 35% de su capacidad remanente disponible en el VEF1, tiene ya el 66% de incapacidad.

Entonces, 85 menos 35, son 50, y 66 dividido 50, nos da el factor nuevo para los obstructivos puros: **1,32**.

Un ejemplo, recordando que habíamos acordado que, igual que para la CVF, el VEF1 tiene el mismo límite superior de incapacidad y asumiendo que el valor de este último es de 79%, 85 menos 79, nos da 6, y 6 es multiplicado por el nuevo factor, que es 1,32, nos dará 7,92%.

Con lo cual nos estamos acercando a una cifra más o menos racional y precisa. Que esto es lo importante, no darle la oportunidad al perito ni a nadie que quiera tergiversar esto, de darle 20 puntos para que elija una cifra caprichosa. Entonces esto es lo que yo encontré como manera de acotar la discrecionalidad.

Los **cuadros mixtos**, son un poco más complejos. Esto no es más que para explicarles cómo se llegó a esto. Pero conociendo las fórmulas luego la evaluación sale sola. Porque todos los datos los da el aparato, el espirómetro.

La fórmula a emplear:

Recordar, que al ser mixto tiene dos alteraciones simultáneas, la restrictiva y la obstructiva.

La restrictiva la sacamos de la capacidad vital. El cociente entre la real y la teórica me la brinda el aparato. El aparato mismo me dice que "esto es tanto", 70, 60, lo que sea. Entonces, a esta cifra le tengo que restar la diferencia entre el cociente del VEF1/CVF teórico menos el VEF1/CVF real del sujeto. Eso da una diferencia, que es la función remanente de las incapacidades mixtas.

Sintetizando, la fórmula sería: $CVF \text{ real} / CVF \text{ teor} \times 100 - ((VEF1 / CVF \text{ teor} \times 100) - (VEF1 / CVF \text{ real} \times 100)) = \% \text{ de función remanente}$

Supongamos un caso con valores concretos: $CVF = 74\%$, $VEF1 / CVF \text{ teor} = 80\%$, $VEF1 / CVF \text{ real} = 73,5\%$
Reemplazando en la fórmula, tenemos: $74 - (80 - 73,5) = 67,5\%$ que es la función remanente

La experiencia nos llevó a decidir, que cuando el sujeto tiene el 15%, con esta fórmula, se establece como la incapacidad total del sujeto, en los casos mixtos. Por lo tanto, $85 \text{ menos } 15 = 70$. La misma fórmula anterior, $66 \text{ dividido } 70$ nos da un factor que es $0,943$.

Tomando los valores del caso correspondiente decimos $85 - 67,5 = 17,5$, que se multiplica por el factor correspondiente: $17,5 \times 0,943 = 16,5\%$ que es la incapacidad real del sujeto con los datos señalados en un cuadro mixto.

Síntesis (Restrictivos puros)

CVF : disminuida por debajo del 85% (**discriminatorio**)

VEF1: normal o disminuido (no discriminatorio)

VEF1 / CVF hallados o reales: aumentado (**discriminatorio**)

VVM : normal o disminuida (no discriminatorio)

% de función remanente = $CVF \text{ real} / CVF \text{ teórica} \times 100$ (a)

% de incapacidad = $(85 - \% \text{ de función remanente}) \times 1,467$

Síntesis (obstructivos puros)

CVF : normal (**discriminatorio**)

VEF1 : disminuido (**discriminatorio**)

VEF1 / CVF hallados o reales: disminuido (**discriminatorio**)

VVM : disminuida (no discriminatorio)

% de función remanente = $VEF1 \text{ real} / VEF1 \text{ teórico} \times 100$ (b)

% de incapacidad = $(85 - \% \text{ de función remanente}) \times 1,32$

Como síntesis, en los restrictivos puros, la capacidad vital forzada disminuida por debajo del 85%. La definimos como discriminatoria, en el sentido de que debo tenerlo para que se cumpla la condición

necesaria. Y el VEF1 puede estar normal o disminuido, por lo tanto no es discriminatorio. El VEF1/CVF real debe estar aumentado con relación al teórico. No hay obstrucción porque hay una restricción pura. Y este factor también es discriminatorio.

Y la ventilación voluntaria máxima, está normal o disminuida, por lo tanto no es discriminatoria, por eso se dice que la VVM es útil para hacer grandes catastros y decir si los sujetos son normales o no, y si no son normales hay que hacer todos los estudios para diferenciarlos.

El porcentaje de función remanente es igual a la capacidad vital forzada real sobre la teórica por 100. Me va a dar el porcentaje de función remanente y la diferencia entre 85 y esta me da una cifra que multiplicada por el factor 1,467 me dará el porcentaje real de incapacidad del sujeto con una alteración restrictiva pura.

Sintetizando, en los obstructivos puros tenemos: CVF normal, siendo este factor, discriminatorio. Para que sea obstructivo puro, tiene haber obstrucción, no restricción. Es un cuadro excepcional, casi nunca se evalúa una obstrucción con estas características. Casi siempre son mixtas. El VEF1 está disminuido, siendo este discriminatorio y el cociente VEF1/CVF real está disminuido con relación al teórico, siendo también discriminatorio. La VVM está disminuida, pero no es discriminatoria.

El porcentaje de función remanente está únicamente representado por el flujo, el real sobre el teórico, y ese porcentaje me va a dar el porcentaje de función remanente, y la diferencia entre 85 y la cifra correspondiente a la función remanente me dará un valor que deberé multiplicar por el factor que habíamos dicho antes de 1,32, para obtener la cifra de incapacidad de los obstructivos puros.

Síntesis (Mixtos)

- CVF : disminuida (discriminatorio)
- VEF1: disminuido (discriminatorio)
- VEF1 / CVF hallados o reales: disminuido (discriminatorio)
- VVM : disminuida (no discriminatorio)

$\% \text{ de función remanente} = \frac{a - (\text{VEF1/CVF teór} \times 100) - (\text{VEF1/CVF real} \times 100)}{c}$

$\% \text{ de incapacidad} = (85 - \% \text{ de función remanente}) \times 0,943$

En los mixtos, tienen que estar las dos disminuidas. La capacidad vital, o sea la bomba pulmonar reducida y el flujo aéreo correspondiente al primer segundo también reducido. Es decir La CVF, VEF1 y VEF1/CVF reales están disminuidos y son discriminatorios.

El porcentaje de función remanente corresponde a la reducción de la capacidad vital menos el VEF1/CVF teórico menos el VEF1/CVF real del sujeto. Entonces esta cifra se resta de 85 y obtenemos un número que al multiplicarlo por el factor 0,943 nos da el porcentaje de incapacidad del sujeto en los casos mixtos.

Vemos ahora parámetros a utilizar, como un recordatorio, la capacidad vital forzada y su relación con el teórico que está provisto por el aparato. Todo esto está provisto por el aparato. El volumen espirado en el primer segundo y su porcentaje con relación al teórico también está provisto por el aparato. El VEF1/CVF real también lo provee el aparato y VEF1/CVF teórico, también es provisto por el aparato. Por lo tanto y para tranquilizar a los que efectúan estas evaluaciones, seguir la práctica correcta en la realización de las pruebas funcionales y la aparente complejidad de los cálculos no existe ya que todo se resume a operaciones de aritmética elemental, con los datos que los aparatos modernos proveen al operador.

Cuadros funcionales

Parámetro	Restrictivos puros	Obstructivos puros	Mixtos
CVF	Disminuida	Normal	Disminuida
VEF1	Normal o disminuida	Disminuida	Disminuida
VEF1/CVF	Aumentada	Disminuida	Disminuida
VVM	Normal o disminuida	Disminuida	Disminuida

PREGUNTAS



Luis Senatori: - Me parece muy lógico el tipo de índice que usted propone, pero creo que el resarcimiento de infortunio laboral disminuye muchísimo respecto al cual se han hecho las pruebas con distintos índices de resarcimiento, porque creo que habría que hacer una evaluación con los índices estos que son lógicos, pero creo que se disminuye el resarcimiento al infortunado.

Dr. Antonio López: - La evaluación del mismo tipo que yo acabo de mencionar, con las herramientas que tenemos a mano, sin tener en cuenta la parte radiológica que digo yo que es muy subjetiva, y no evalúa funciones. Sino, simplemente todos los datos que uno tiene a través de un estudio espirométrico.

>>> PRESENTACIÓN DE CASOS

Dr. José Luis Reggiani Primer Caso

*Médico Neumonólogo,
Médico Legista, Jefe del
Laboratorio Pulmonar del
Hospital Muñiz del GCBA*

Es un hombre joven, 53 años, que trabajaba en la molienda de canto rodado para hacer limpieza de tuberías en la industria petrolera.

Este hombre estuvo expuesto durante cuatro años a un ambiente de contaminación bastante importante. La idea era que tenía que moler el canto rodado en partículas de aproximadamente 3 mm para poder hacer una buena limpieza de todas las tuberías de petróleo.

El hombre consulta por un estudio periódico en octubre de 2005, previamente a la cual no había tenido ningún tipo de evaluación, ni siquiera cuando ingresó a esta empresa, una empresa pequeña.

El primer estudio que se realizó fue una placa de tórax simple y un examen funcional respiratorio. La placa de tórax mostró imágenes MICRODULARES, que comprometía ambas playas. Campos superiores y el examen funcional que estaba dentro de límites normales.

En ese momento no se hizo determinación de poldifusión y gases en sangre, en reposo y ejercicio. Posteriormente volvió a ser evaluado, en abril de 2006.

De las imágenes micronodulares de octubre de 2005 a abril de 2006 habían pasado a tener algunas características similares a las placas que estamos viendo, habían hecho una evolución tórpida, con imágenes seudotumorales, obviamente que se pensó en silicosis. Se puso en plan de estudio, y este paciente se decidió por la evolución rápida que había tenido, por el deterioro de la función respiratoria, que había comentado que en octubre tenía una función normal. En abril ya tenía un compromiso mixto importante.



Obviamente con una radiografía de estas características no se puede pensar otra cosa, tenía un compromiso de tipo restrictivo muy importante, pero también tenía un componente obstructivo significativo.

La idea era junto al diagnóstico de certeza se hizo un lavado broncoalveolar, en el cual se pudo obtener partículas birrefringentes compatibles con partículas de sílice, y se lo puso en plan de trasplante.

El paciente comenzó a realizar los estudios para trasplante, se hizo tomografía con...resolución, volúmenes pulmonares totales, estudios con PLATINOGRAFIA, que no se hacen habitualmente de rutina, pero para el caso, como el trasplante es necesario, se determinó la capacidad de difusión, y se puso en plan de trasplante. Estaba en la lista de espera, hasta que hace aproximadamente tres semanas tuvo que ser internado por tuberculosis. El paciente estaba en tratamiento estable con broncodilatadores, corticoides inhalatorios, con dosis de corticoides y protección gástrica y, lamentablemente está internado en este momento con un cuadro de tuberculosis que es una de las reacciones más frecuentes en pacientes con silicosis.

Lamentablemente esta es una de las cosas que desde el punto de vista médico nos molesta bastante, porque paciente que no tuvo control, jamás, desde el punto de vista preocupacional, trabajando en empresas pequeñas y con un altísimo grado de exposición a contaminantes del pulmón... Quizás podría haberse evitado. En mi opinión estamos fuera de todo tiempo de proponer algo desde el punto de vista médico, ya de hecho al tener tuberculosis el paciente no puede ser trasplantado. Es una de las cosas que nos lleva a estos estadios. No fue tan así, pero tuvimos la mala suerte de ver casos como este.

La propuesta es hacer terapia domiciliaria y nada más. Esperemos que evolucione bien de su enfermedad y después veremos qué hacer con él.

Segundo Caso



Este paciente fue presentado en la Fundación Favaloro para ser trasplantado que vimos con el Dr. Labbate. Tenía también silicosis, un muchacho joven. Se hizo un trasplante HEMIPULMONAR. Por suerte ha evolucionado bien.

Yo tuve la suerte de llegar al tiempo quirúrgico y ha evolucionado bien. Está estable.

Estuve en el lugar donde trabaja el paciente. Fui con el ingeniero de la ART a ver la planta, era una habitación con 4 metros de altura con un molino adentro, y había sílice por todos lados.

Estaba respirando un ambiente que si bien hacían molienda de 3 mm., pero el polvillo estaba por todos lados.

Lamentablemente creo que este es un tema que uno debería tener en cuenta sobre todo a nivel de las ART, empresas que son 4 empleados y...tiene valor suficiente para hacer el estudio del terreno para ver si existe o no un potencial de agresiones sobre la vida.

Este hombre fue el más agredido de todos, de los otros tres no sabemos nada. Además la empresa cesó el contrato que tenía con la petrolera.

Participante: ¿Cómo es el nivel de exposición? ¿Qué actividad tenía antes?

El nivel de exposición es lo grave en estos casos. Hacía tareas rurales previamente, después se dedicó a hacer esto con la crisis, tuvo que salir del campo. Fue a trabajar en esto, y aquí estamos. El nivel de exposición es extremadamente alto en estos casos.

Las imágenes bien típicas seudotumorales. Otro factor de riesgo, había sido tabaquista, pero esto era una silicosis

Dr. Antonio Labbate: Presentamos un trabajo en un congreso con 67 silicóticos, de los cuales 37 eran silicóticos acelerados y 30 crónicos. Y de los 37, 25% habían fallecido antes de los 40 años de edad. De modo que la perspectiva de este hombre es muy desgraciada.

Dr. Héctor Verón: - Yo quería agregar a propósito de lo que exponía el colega, es que habitualmente desde el punto de vista estadístico lo que tenemos en la SRT, las empresas pequeñas son donde encontramos las peores condiciones de trabajo. Esto que el doctor describía tan crudamente, que

las partículas de 3 mm son las que sirven para el producto final, pero el producto intermedio son las partículas que decía el Dr. Antonio Labbate, en cantidades industriales.

Y esto a la par de estas condiciones de trabajo malas, por coincidencia también, encontramos que los accidentes mortales también ocurren en las empresas más pequeñas. Es uno de los temas que constantemente machacamos sobre las ART para que traten de visitar las empresas más pequeñas, donde vamos a encontrar las peores condiciones de trabajo.

Indudablemente una empresa grande, porque tiene un ingeniero o un médico, hay una visión, no es que no las vamos a encontrar, pero donde vamos a encontrar mucho más es en estas pequeñas empresas donde habitualmente no está la mirada del higienista, ni la del médico, por lo que nosotros solicitamos a las ART, de acuerdo a las estadísticas nuestras, que visiten más las empresas pequeñas

(Continúa Dr. Luis Reggiani)

En este caso tenemos otro paciente que trabajó 35 años en un astillero.

Él trabajaba en las calderas, la mayor parte de su carrera. Refiere que los exámenes se los han hecho en los últimos años, previamente a la aparición de la ley de riesgos de trabajo no tenía controles periódicos, había tenido su control de ingreso y nunca más había tenido ningún tipo de control.

Este hombre en un examen periódico hace la consulta porque el médico que hacía las evaluaciones había visto que había algo diferente, y de hecho pueden ver en esta placa imágenes micronodulares, que comprometen ambos campos pulmonares, y en función de las tareas realizadas se pensó que trabajando en calderas tenía más relación con el amianto.



Se hicieron estudios funcionales. Este paciente mantiene una funcionalidad pulmonar dentro de los límites normales. Apenas se ve disminuidos los valores de flujo, es un tabaquista, así que uno podría atribuir esta caída al tabaquismo, pero el resto de los valores se encontraba dentro de los parámetros normales. Inclusive las características de la curva, que esto es un dato interesante, porque muchas veces, nosotros como neumonólogos vemos que muchas veces las pruebas funcionales vienen con un comentario abajo, y en realidad eso no es bueno. Esto es como un ECG, el resultado debe leerlo un cardiólogo. Acá tenemos que verlo los neumonólogos.

Las características de las curvas son importantes, porque puede observarse a veces pequeños cambios, o algunas características intrínsecas de las curvas que nos permiten orientarnos a ver si está o no existiendo algo especial.

Se hizo una tomografía de alta resolución y se encontraron compromiso intersticial significativo, no había placas pleurales. Entonces empezamos a pensar que aparte del amianto podía existir otro tipo de alteraciones en el ambiente laboral.

Reinterrogándolo nos enteramos que en la zona hacían sopleteo con arena, se hizo un lavado broncoalveolar, y también aparecieron partículas birrefringentes.

El paciente está clínicamente bien, próximo a jubilarse. hoy por hoy está con tratamiento nada mas con broncodilatadores, porque tiene disneas de esfuerzo, solamente a demanda, y la idea en este caso, incluso por la edad y porque no tiene deterioro funcional significativo, es hacer controles periódicos, y a pesar de que este hombre se va a jubilar, creo que va a tener que seguir por un tiempo prolongado con los controles neumunológicos para poder hacer un seguimiento preciso y ver qué oportunidad le podemos dar si existe un deterioro de la función pulmonar de acá en adelante.

Dr. Antonio Labbate: - Yo también pensé que pudiera tener una asbestosis, pero la placa realmente de una imagen de que no es una asbestosis, sino una silicosis, porque primero, la silicosis siempre da una patente restrictiva junto con una patente obstructiva. Y este hombre tiene un pulmón distendido, así que da un poco la imagen de que puede haber algo de eso en la prueba funcional.

Pero además la placa en si muestra imágenes lineales particularmente en la región superior del tórax, y es muy característico, lo hemos visto toda la vida. Los silicóticos dan esas imágenes lineales, opacas, en la mitad superior del tórax. Los asbestósicos dan esas imágenes en la mitad inferior del tórax. Es muy característico eso.

Por ese motivo me inclinaba a pensar que este paciente pudiera ser mucho más silicótico que asbestósico, y fue así. Trabajaba en calderas de astilleros. El trabajo de los fundidores y de la gente que trabaja en calderas en general es más para pensar en asbestosis. Pero ellos hacen un trabajo muy especial y hay mucha gente que trabaja en hornos y que termina siendo silicóticos, porque destruyen el horno en algún momento, y entonces lo que sobrevuela en el lugar es sílice, en partículas muy pequeñas.

Dr. Luis Reggiani: - Sí, yo comenté lo de la asbestosis en primer lugar porque de acuerdo a las actividades laborales que tenía la tendencia es a pensar en eso al principio, pero las características radiológicas son como dice el Dr. Labbate.

Tercer Caso

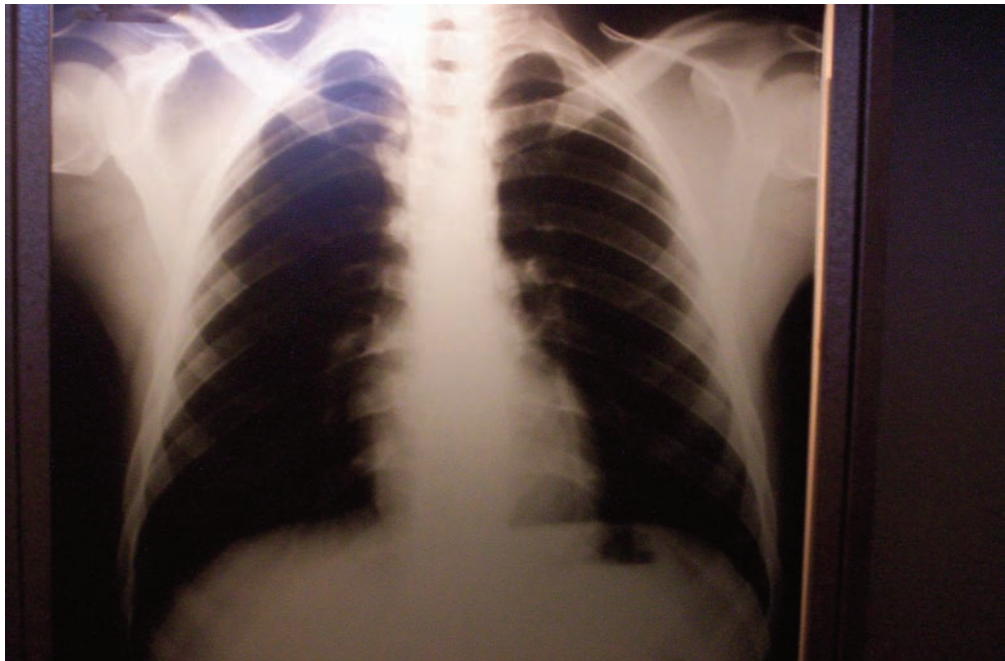


Me llama poderosamente la atención en los últimos cuatro años el incremento terrible, es muy llamativo, de patología obstructiva con asma ocupacional. Yo no sé qué está pasando, si tiene que ver el deterioro del medio ambiente o si en realidad hay muchísima más exposición a irritantes de vías aéreas ahora que tiempo atrás.

En un par de lugares que estoy trabajando he visto en distintas actividades laborales la aparición de cuadros de asma ocupacional y realmente muy importantes.

Fundamentalmente en dos industrias, la del cuero, muchísimos casos, y en el caucho. Que también me llamó la atención porque cuadros que yo había visto más de compromiso superficial y como siempre en medicina las cosas vienen de a pares, ahora vienen de a trío, en dos semanas vienen tres casos calcados, exactamente iguales, de la industria del caucho, de fábricas de cubiertas, las tres totalmente diferentes.

La placa es de tórax, sin compromisos pleuro pulmonares significativos. A este paciente lo envían a consulta por un cuadro de disnea progresiva, que se ha ido manifestando en forma más significativa en los últimos seis meses, que tuvo que ver justamente con el cambio de su actividad laboral dentro de la misma fábrica, en un momento estaba en la recepción de material crudo y después pasó a la parte de cocido del caucho. Ahí comenzó a tener mayor sintomatología. Consultó por un cuadro de disnea significativo, y semiológicamente una florida cantidad de sintomatología en ambos campos pulmonares.



Se realiza el test de espirometría, da una clásica patente de tipo obstructiva con disminución de los flujos, en función de la relación F1 FVC, y con prueba de broncodilatadores había respuesta significativa.

Hasta ahí llegamos a la conclusión de que el paciente estaba con un cuadro de tipo obstructivo reversible, compatible con un cuadro de hiper reactividad bronquial, que uno debería ponerle o no el título de asma ocupacional.

Se propuso hacer un test de provocación. Nosotros los hacemos con metacolina, no hacemos los test específicos. Es bien sabido que hay que tener mucho cuidado para hacerlos sobre todo porque los efectos tardíos de los tests específicos pueden llevarnos a dolores de cabeza serios. La gente que debe ser sometida a ellos debe ser internada. Porque muchas veces la respuesta después de las seis, 12 horas, el paciente si esté en su domicilio y hace un cuadro obstructivo severo puede morir.

Nosotros utilizamos metacolina, que es un test de provocación inespecífico y creo que es el más utilizado en promedio. También se puede hacer otro tipo de provocación, como puede ser con aire frío, o test de ejercicio. Pero el test de metacolina puede ser muy seguro, es fácil de realizar, tenemos la contra del costo del material, pero es seguro. Nosotros tenemos la certeza de que una vez concluido el test le hacemos una prueba con broncodilatadores y el paciente se va a ir con sus valores normales o previos al primer estudio, y eso nos da la tranquilidad de que no va a hacer nuevamente un cuadro en horas tardías.

Con la metacolina primero se hace un test espirométrico convencional y luego se va haciendo con soluciones crecientes, comenzando con solución fisiológica y de ahí soluciones crecientes de metacolina hasta ver si existe o no respuesta, y la respuesta se evalúa con la caída del VEF1, que cuando cae más del 20% decimos que el test es positivo.

Incluso en los últimos artículos que hablan de asma ocupacional tienen una relación, hacen bastante hincapié en la concentración de la metacolina como factor a tener en cuenta. Cuando la concentración es por debajo de 6 ml estamos en valores más que positivos. Anteriormente, muchos autores, en Canadá, que es uno de los lugares donde más se ha trabajado sobre esto, hablan por debajo de 10 u 8 ml por minuto.

Este paciente tuvo una respuesta muy significativa con dosis bajas de concentración de metacolina, de 0032, y clínica, epidemiología laboral, más los estudios funcionales nos hicieron dar el título de que este paciente tiene un asma ocupacional. Hoy está en tratamiento, separado de su lugar de trabajo, recalificado y por ahora se mantiene estable.

Dr. Ezequiel Consiglio: - Me mencionaste que te había llegado al consultorio ¿Había consultado en guardia? ¿Tiene antecedentes de esa consulta? Y en tal caso ¿qué medicación se le da en la guardia?

Dr. Luis Reggiani: - El asma es una enfermedad que produce mucha angustia en el portador. Consultan a guardia. El tratamiento habitual en guardia es corticoides, de acción rápida, nebulizaciones con Beta 2, adrenérgicos, y reposo.

Nadie quiere tener asma, es una mala palabra. Es más, a todos nos ha pasado que llega un paciente a consulta y dice que tiene un principio de asma... Principio de no sé qué. Se tiene o no se tiene.

O "tengo una bronquitis espasmódica". Y van deambulando de guardia en guardia hasta que se deciden a hacer una consulta como corresponde. Creo que hay que crear conciencia, con una campaña tan importante como la de la bronquiolitis, que parece que ha repercutió profundamente. Desde nuestro ámbito debemos hacer algún tipo de comunicación a la gente.

Participante: - La utilización de corticoides por vía oral, que ahora se extendió en la guardia por supuesto, como bien decías además los broncodilatadores los sacan de la situación más aguda, que es la que los lleva a consultar en la guardia, pero a veces uno empieza a mirar cuánto tiempo lleva el paciente sin diagnóstico. Esta rotulación que a veces es tan difícil de hacer, pero que con metacolina es muchísimo más fácil. Siempre me llamó la atención en las guardias el tema de la escasa valoración del inicio de los síntomas en los adultos. Hemos visto la historia natural del asma es más o menos clara. En el caso del asma ocupacional creo que sería interesante revalorar el antecedente del inicio de los síntomas, más allá de la gravedad, en la adultez, y esto quizás conlleva una consulta un poco más oportuna y no esta secuenciación de guardias y guardias y guardias. Además, bueno, es bastante característico en el asma, no solamente en el asma ocupacional. Por eso preguntaba.

Participante: - Yo tengo asma, trabajo en un lugar súper contaminado por el cigarrillo y tiene muy mala ventilación. Fui una persona muy sana siempre. Empecé a trabajar en este lugar en el 2000. En el 2001 empecé con mucha agitación, primero me dijeron que era bronquitis, después terminé con una neumonía. Recorrí guardias, porque después de las neumonías vivía agitada, ahogada, sentía que tenía un ladrillo en el pecho continuamente. En las guardias me daban decadrón, me nebulizaban, y nadie sabía lo que yo tenía. Yo seguía trabajando en el mismo lugar hasta que recorrí muchos hospitales, como el Muñiz, y terminé en el Clínicas, donde me atendió el Dr. Mazzei, y él fue quien me diagnosticó asma. Ahora estoy medicada con Spirocor. Me hicieron el test de metacolina. Es terrible, pero me lo hicieron. También me hicieron un test de marcha. Actualmente me controlo cada seis meses. A lo que apunto es a la contaminación del aire, el test de metacolina dio reactivo, la contaminación del humo del cigarrillo que está saturado el ambiente, con el aire acondicionado es lo que puede declarar el asma ocupacional, porque no soy el único caso. Yo me lo detecté porque andaba de guardia en guardia.

Dr. Héctor Nieto: - Éste es un ateneo médico, y estás presentándote como enferma.

La pregunta que queremos hacer como médicos es ¿Has planteado esto en tu lugar de trabajo? ¿Ustedes tienen un servicio médico interno? ¿ha tomado intervención?

Participante: - Mi nombre es Olga Leguizamón. Hasta hace cuatro meses teníamos el servicio médico. Era el servicio que venía por ASALARA, nuestra obra social, de parte del sindicato y también era el servicio médico por parte de la empresa. El doctor Luciani, que es el presidente de la obra social también lo era del servicio médico. Es una cuestión bastante importante.

Nosotros estamos gestionando todas estas situaciones y hace tres meses hemos logrado que hoy el servicio médico es de un tercero. Frente a todas estas situaciones, esta paciente en este momento, hace cuestión de tres años una lucha individual, está en otro sector, pero de todas maneras está expuesta al humo, y no es la única, son muchos los compañeros que tienen hoy alrededor de 25 años de promedio, con el asma que muchas dicen ocupacional, pero que en realidad muchos todavía no toman conciencia. Entonces estamos tratando de hacer este trabajo, de conciencia, de prevención y de comenzar a preocuparnos de la salud y hacer una intervención seria desde nosotros.

Dr. Héctor Nieto: - Sospechando que esa patología es de origen ocupacional, ¿lo han denunciado a la ART?

Participante: - Hemos hecho varias denuncias en MAPFRE ART, y ahora la empresa, como también hizo un cambio, justamente ahora se transformó en una unión transitoria de empresas, y cambió de aseguradora, con la cual estamos trabajando para que esto se pueda volver a volcar en la nueva aseguradora y también donde pueda tener intervención la SRT.

Participante II: ¿Qué le reclaman a la ART?

Participante: - Sencillamente que los relevamientos se habían hecho en el 2003 y que nosotros denunciábamos que desde el 2003 al 2006 fueron muchísimas las situaciones. El tema del humo que desde 1999, que se hizo la apertura de esta empresa, que está totalmente expuesto. Hace un par de días se presentaron a hacer mediciones y donde directamente la persona que estaba a cargo dijo que no era necesario, que igualmente se iban a hacer pero que no era necesario porque a simple vista se veía en la forma que estábamos expuestos. Así que creemos que vamos en una avanzada en cuanto al relevamiento de las condiciones.

La consecuencia es grave porque esta paciente es un caso pero son muchos más los compañeros que están afectados.

Dr. Luis Reggiani: - La contaminación con humo de cigarrillo produce una alteración a nivel de las vías aéreas. Hay una respuesta de vías aéreas con obstrucción de las mismas que habría que categorizarla muy bien. El caso de ella tiene metacolina positiva. No sabemos si previamente no era una paciente con asma. El asma clásica se decía que aparecía en la infancia, desaparecía en la pubertad y nunca más existía. Esos conceptos que son de otros años, han cambiado. Hoy se sabe que el asma, como enfermedad per se puede aparecer en cualquier época de la vida. Que tiene un componente inflamatorio muy importante y que debe tener una carga genética muy significativa.

Que existen factores agravantes o desencadenantes también uno debe tenerlos en cuenta. Pero obvio que la contaminación del aire ambiental es un factor muy importante.

Dr. Carlos De Santis

*Médico del Trabajo,
Departamento de
Comisiones Médicas
de la SRT.*

Hemos presenciado la presentación del doctor López, desde el punto de vista neumonológico (teórica). El Dr. Reggiani hizo una presentación desde lo asistencial (práctica) y ahora la SRT va a brindar información sobre lo que se registra (desde lo laboral).

Traje tres casos para ver.

Pero antes de entrar en ellos quería mostrarles algo.

Este cuadro está sacado de las estadísticas que lleva la SRT con respecto a la presentación, a la denuncia de casos. Y lo quiero mostrar porque hay un dato que llama poderosamente la atención. Antes de 1996, es decir antes de la entrada en vigencia de la ley N° 24.157, la situación era bastante caótica y terminaba en los juzgados laborales. La ley trajo aparejada una mejoría de esa situación, ya que desde lo asistencial los trabajadores tuvieron una respuesta mucho más inmediata. Pero no todas las cosas mejoraron en la misma proporción. Y este cuadro lo muestra.

Acá tenemos del 2002 al 2005, cuatro años, donde se ve la proporción que existe entre denuncias de accidentes de trabajo y denuncias de enfermedades profesionales. La diferencia es inapelable. Eso nos muestra que tenemos una seria deficiencia en ese aspecto. Pero es peor que lo que muestra el cuadro. Ya que de las enfermedades profesionales que tenemos denunciadas en un nivel muy bajo, la mayoría son hipoacusias. Es decir que, o tenemos una población laboral muy sana, o el subregistro es muy importante.

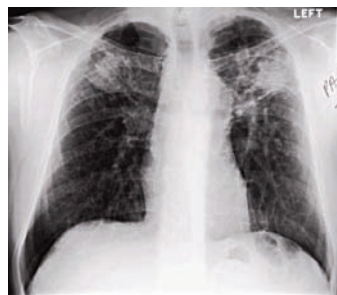
Esto se agrava, justamente en aquellas patologías con afecciones pulmonares, cardíacas, hepáticas, que involucran órganos nobles, que funcionalmente tienen una capacidad de compensación considerable. La sintomatología aparece cuando ya estamos en problemas avanzados (principalmente en personas de bajo nivel cultural). Y lo peor de esto es que muchas de estas patologías se descubren o se llegan a diagnosticar cuando el individuo ya se jubiló.

El otro grave aspecto es que estas enfermedades son crónicas evolutivas. Es decir que cuando se descubren van a seguir empeorando a pesar de que se haya suspendido la exposición.

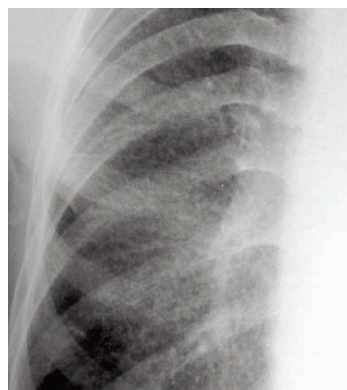
Así que en ese aspecto estamos con bastantes dificultades todavía. Y la prevención está bastante lejos de ser algo realmente efectivo.

Como decía el Dr. Verón, las grandes empresas están relativamente cubiertas. Pero a nivel de las pymes, infinidad de empresas pequeñas en las que no hay registro, no hay detección, el panorama en realidad es bastante complejo.

Les voy a mostrar radiología de casos graves para comparar con los casos que vamos a ver en los expedientes donde la radiología no muestra prácticamente nada, es muy pobre. Esto es lo que los neumonólogos ven, no lo que vemos nosotros en los expedientes que tramitamos.



Ésta es un asma ocupacional. Como se verá radiológicamente prácticamente no hay nada. Lo que les voy a presentar ahora no está preparado para una presentación sino desde un archivo que es un volcado de la historia clínica.



Resumen del caso: Está declarado como asma bronquial ocupacional, de tipo A, con fecha de primera manifestación invalidante el 12 de abril de 2006, cese de la I.L.T. el 20 de febrero de 2007 por alta de recalificación. Se firma el acuerdo casi dos meses después y se le otorga una incapacidad del 8,70%, cuando sale el dictamen el 20/07/07 se determina como enfermedad inculpable, la ART la había declarado así y la comisión médica periférica lo ratifica y el dictamen de Comisión Médica Central del 27/11/2007 reconoce la enfermedad como laboral y dictamina una incapacidad temporaria.

El diagnóstico de Baremo, cuando habla de asma, dice de asma sin hiperreactividad bronquial inespecífica, de 0 a 15 y con hiperreactividad de 15 a 30.

Participante: - ¿Qué dictaminó la Comisión Médica?

Dr. Carlos De Santis: - La Comisión Médica Periférica aceptó el planteo de la ART, es decir “que la patología no tenía nada que ver con el trabajo”. Y la Comisión Médica Central lo revierte

Se desempeñaba en Supervisión de montaje. No hay informe de montaje de que... Dice que la empresa empleadora es el Laboratorio FUNKEN SAIC, pero no hay un informe de la actividad que desempeñaba la misma. La paciente tiene 60 años.

Participante: - ¿Tenía asma antes de entrar ahí?

Dr. Carlos De Santis: - No figura como preexistencia declarada. La denuncia informa que la primera manifestación invalidante (cuando ella manifiesta la enfermedad) es el 12/6/06. El tiempo de tarea es prolongado... No figura la fecha de ingreso al establecimiento. Esto es bastante común en los expedientes, lamentablemente vienen con bastante poca información.

Participante: - Usted en un momento menciona la hiperreactividad bronquial. Que no se reconoce, como que no la tiene...

Dr. Carlos De Santis: - Se comete un error de valorización al no tenerse en cuenta. Seguramente el error de valorización nace del hecho de que no se tiene la información. Porque la hiperreactividad bronquial se define de dos maneras. Una a través de la prueba de la metacolina. La más sencilla de todas es la reversión de una obstrucción bronquial a través de un bronquodilatador, una prueba espirométrica clásica. Cuando la respuesta es positiva, y podemos diferir, acá probablemente entre 12 y 15% se toma como mínimo de respuesta y la hace positiva y entonces sí valida el diagnóstico de hiperreactividad bronquial que puede ser perfectamente asimilable al diagnóstico de asma también. Volvamos al tema del cambio de la posición de la Comisión Médica Central respecto de la periférica. Dice “visto el recurso interpuesto por la trabajadora, en desacuerdo con las conclusiones del dictamen en su exposición de agravios (menciona la foja), está expuesta a cianoaquilatríco, reconocida por la empleadora en la denuncia a la ART, que los estudios y controles médicos realizados en el Hospital Muñiz y Ferrer, e Instituto fisioneumonología, significa que padece un cuadro de asma ocupacional, alergia laboral,...respiratoria obstructiva que se agrava con cada exposición a...

Es decir que por falta de información, la comisión médica periférica asimila un diagnóstico equivocado perjudicando al damnificado. Una observación grave a la comisión médica. Cuando se audita se considera falta grave. Perjuicio directo en lo económico. Porque ese diagnóstico va a generar la continuidad de las prestaciones en adelante.

Este expediente había sido homologado con un valor bajo.

Participante: - ¿Puede comentarle a la audiencia cuál es la intervención de la SRT frente a situaciones en que las comisiones médicas periféricas emiten un dictamen que no considera factores de exposición del trabajador? ¿Cuál es la intervención directa? Usted recién mencionaba falta grave. No sé si todo el mundo conoce, sería interesante que se explique cuál es la dinámica, cuál es el mecanismo que la SRT lleva adelante para controlar este tipo de fenómenos...

Dr. Carlos De Santis: - La función de la SRT es control entre otras cosas, de las comisiones médicas. Las comisiones se controlan de distintas formas. Se hacen auditorías en sede (donde se concurre personalmente y se controla el expediente). Auditorías de dictámenes, donde se controlan una cantidad elevada de expedientes y auditorías de plazos donde se controla el cumplimiento (por parte de las A.R.T.) de los lineamientos normativos. Cualquiera de estos mecanismos genera la intervención del Departamento. Además existen otras áreas de la Superintendencia que controlan las prestaciones en especie y las dinerarias. Los plazos son muy importantes porque terminan perjudicando al trabajador en cuanto a sus posibilidades terapéuticas y de resarcimiento económico. Asimismo cuando

ingresan denuncias (generalmente de los damnificados) se inician actuaciones en las que sistemáticamente se analiza en profundidad el accionar de las A.R.T. y las Comisiones Médicas.

El otro tema a considerar es más complicado porque entra en lo conceptual. A veces lo conceptual está claramente mal, como el caso que vimos recién, que hay un error franco, y a veces entra en un terreno un poco más gris, donde cada uno tiene distintos conceptos médicos frente a situaciones puntuales.

De todas maneras, sea cual sea la situación, es analizado el dictamen y se eleva un informe técnico a la SAFJP sobre los expedientes que han sido observados. El nivel de ellos es muy alto. El año pasado se hizo el informe técnico donde se marcan determinadas pautas para mejorar la operatividad. Esas pautas no se cumplen.

Entramos en un círculo vicioso donde “te hago notar el error y nada...” el error se repite. Se avanza más lentamente que lo que sería deseable para mejorar el sistema. El ejemplo más clásico es que han pasado más de 10 años desde la sanción de la ley y es poco lo que se ha hecho desde el punto de vista legislativo al respecto. Sino contamos con las herramientas adecuadas va a ser difícil lograr que los vicios operativos de comisiones médicas sean corregidos.

Últimamente hay un desplazamiento hacia la homologación, que es un mecanismo mucho más sencillo que el implementado en las comisiones médicas. Pero dependemos mucho de la información que brinda la ART. De cómo se realiza el expediente y no siempre se inicia el trámite con toda la información necesaria lo que genera la no homologación y el pase a las Comisiones.

Participante: - ¿Podría usted comentar de quién dependen las comisiones médicas en términos administrativos?

Dr. Carlos De Santis: - Dependen de la SAFJP, que tiene que ver con el origen del sistema y es un problema de difícil solución. Desde el punto de vista de la plata y de quien le da las órdenes, la que manda es la Superintendencia de AFJP. Desde el punto de vista de control, somos nosotros. Tenemos un lindo monstruo de dos cabezas. Es difícil manejar un cuerpo con dos cabezas. Es un tema complejo, porque, digamos, una cabeza le dice a la otra lo que está mal, y la otra le dice al cuerpo qué tiene que hacer para corregirlo.

Participante: - ¿Cuál es el espacio que se dio en el caso de la paciente que tiene asma y ella lo va a denunciar ante su ART, a partir de ahí hasta que llega a usted, cuáles son los casos, cómo sigue?

Dr. Carlos De Santis: - Producido el accidente de trabajo o la enfermedad profesional se denuncia a la ART y la ART interviene. Ahí pueden suceder varias cosas: que sea aceptada y tratada, o que sea rechazada, que es este caso. Ante el rechazo la damnificada se presenta a las comisiones médicas. Interviene la comisión, cita a las partes a una audiencia. Va el damnificado, un representante de la ART y eventualmente puede ir algún médico asesor del damnificado. En general se prefiere que toda persona que esté presente, salvo el damnificado, sean médicos, para poder entablar un diálogo más profesional. Entonces se evalúan los antecedentes. Generalmente la ART presenta la documentación, si no, hay que hacer un requerimiento, y eventualmente el médico de comisión médica puede pedir algún estudio complementario.

Cuando se junta todo ese paquete de información, la comisión médica emite un dictamen. Éste puede ser aceptado o rechazado por las partes. En este último caso se produce la apelación del dictamen. Entonces pasa a la Comisión Médica Central, como en este caso. Y esta comisión puede pedir estudios, puede hacer una nueva audiencia una vez recibidos los agravios y emite un nuevo dictamen, que puede ser ratificar el dictamen de la comisión médica periférica o rectificarlo.

A su vez este nuevo dictamen también puede ser apelado y pasa a la cámara federal, que es en definitiva la que, con su opinión, termina el trámite.

Eso fue así hasta febrero de 1995. Ahí fue declarada inconstitucional, parte de la ley (Art. 46º) y esto habilitó a los juzgados laborales a intervenir en cualquier momento del proceso. Sin necesidad de ir a las comisiones médicas, o después de haber ido a ellas (apelación). Incluso las apelaciones a

veces se hacen en forma mixta. Van a las comisiones médicas y después se apela en un juzgado laboral. Hay una especie de pandemonium. Cada caso sigue un curso diferente.

Hay una discrepancia real entre lo que opinamos los médicos y los abogados. Cuando sale de la esfera médica el curso que sigue el expediente es bastante incierto. Puede cambiar radicalmente todo.

Volvemos al punto de lo que hablábamos de la SAFJP y de la SRT. Todo lo que le conté es SAFJP, la SRT fue un órgano creado por ley N° 24.557 con funciones de supervisión del sistema. Que incluyó un tiempo más adelante la creación de las oficinas homologadoras que tienen como función simplificar esto. Es decir, el expediente, en vez de ser presentado en comisiones médicas, se presenta en la oficina homologadora. La ART eleva una solicitud de intervención con un acuerdo firmado por las partes, por supuesto tienen que estar conforme el damnificado, porque si no se transforma en una divergencia. Lo que hace el médico de la oficina homologadora es constatar que los diagnósticos sean correctos, que la baremización sea correcta y que el damnificado esté de acuerdo, porque no es tan inusual que le hagan firmar el acuerdo con lugares vacíos y después se llenan a conveniencia. Entonces hay que interrogar al damnificado si entiende de qué se trata, porque hay un tema fundamental, una diferencia: un dictamen de comisión médica puede ser apelado, uno de la oficina homologadora no. Es un acuerdo de partes. Por tanto, no puede ser apelado. Pero ahora, con la intervención de los juzgados laborales se puede recurrir todo. Pero desde el punto de vista administrativo el trámite queda cerrado, cuando no se apela el dictamen, o cuando la cámara emite su opinión. O en el caso de las homologaciones, cuando el individuo firma el acuerdo en las Oficinas Homologadoras. También lo firma la ART, por eso es un acuerdo a consideración de la SRT.

En este otro caso es exactamente lo mismo. La repercusión radiológica es mínima. También es un asma bronquial ocupacional estadio 2, que tampoco se condice con lo que dice el baremo. Para los neumonólogos es importante el diagnóstico clínico pero para nosotros también el diagnóstico de baremo ya que eso determina la incapacidad.

Fue denunciado el 15 de marzo de 2006, con cesación de la I.L.T., no por alta médica sino por consolidación jurídica. Se cumplió un año y la ley establece que hay que determinar la incapacidad. Al cumplirse el año tiene que decidirse qué se hace con el paciente. Se fija la incapacidad, ya sea definitiva o provisoria.

Hay un pequeño problema con el tema de la provisoria, que es que la provisoria se da por encima del 50% de incapacidad. Cosa que no se alcanza siempre. Entonces se le estaría dando una incapacidad al damnificado que no es definitiva. Si se le da menos del 50% y esa lesión es evolutiva, y con el tiempo tiene más del 50%, una vez fijada la incapacidad no se puede modificar. No hay reagravación para la ley de riesgos del trabajo.

Se le fijó una incapacidad del 17%, de los cuales es puro el 15%. Se le consideró el máximo de lo que fija el baremo para el asma sin hiperreactividad. Esto previamente a esta homologación había sido presentado un expediente en las Comisiones Médicas. La ART (el carácter definitivo lo presentan las aseguradoras), cuando por algún motivo el damnificado no puede firmar el acuerdo, la ART puede presentar el caso lo mismo. Ya sea por desacuerdo del damnificado o porque no lo vio. A veces se presentan expedientes que no han sido evaluados y el acuerdo no es correcto.

Habíamos hablado que presenta el acuerdo en 17%, para homologar. Cuando presentaron el carácter habían fijado un 30%. Es decir, en una primera instancia se había hecho una presentación que convenientemente la comisión cuando sacó el dictamen lo transformó en temporaria. Consideró que el damnificado no había completado el tratamiento y que debía continuar con prestaciones. No le hizo gran favor porque al año siguiente se volvió a presentar y se homologó por el 17%.

Se muestran diapositivas relacionadas con el caso.

Dr. José Antonio López: - Creo que la valoración que se hace contra valores teóricos, no debiera ser así. Uno debiera hacer la valoración contra el mismo sujeto en el momento anterior a entrar a trabajar en

determinada disciplina que uno pretende creer que es de alguna manera agresiva para el aparato respiratorio.

Todo el mundo debiera hacerse un estudio funcional preocupacional para aquellas tareas que implican riesgo de salud ocupacional respiratorio.

Si lo hacemos en este sentido, cuando hacemos la valoración funcional de una discapacidad pretendida por alguien, lo vamos a hacer con un conocimiento absoluto de qué perdió el sujeto y no contra un valor teórico que no nos dice demasiado, incluso como dije antes, que tiene un valor mas/menos 15%. De manera que fíjense ustedes qué riesgo uno tiene cuando evalúa la incapacidad, cuando se hace contra valores teóricos que figuran en las tablas.

Dr. Carlos De Santis: - Sería lo ideal. Del ideal a la práctica hay una diferencia. Si bien está estipulado. Se hacen los exámenes periódicos, no son universales todavía. Falta información muchas veces. Uno ve un preocupacional, le ponen que tiene una pavada y pasan por alto situaciones concretas. Los estudios que se hacen son básicos, una placa de tórax, una de columna, un electro, y con eso no es suficiente para determinar algunas preexistencia y poder encima compararla contra lo teórico.

- Los teóricos pensamos en tablas que no están hechas con los promedios, con poblaciones que son diferentes a las poblaciones que habitualmente tratamos. De hecho, quizás para un argentino nacido en Jujuy y de una talla determinada el teórico quizás le esté dando un valor por debajo de los teóricos normales. Y a lo mejor para él es normal.

Además hay una cosa importante. El asma, sola, a secas, es una enfermedad, no es una reacción. No es que un trabajador hoy respira polvo y hace una crisis de asma y después deja de respirar polvo y deja de hacer crisis.

Un individuo que hace asma ocupacional lo sacan del lugar donde está inhalando el polvo y sigue teniendo asma. Hay un trabajo hecho por Moira Chan en 1986 con 374 pacientes de diferentes sectores. Que después de tres años de exposición, después de estar bien tratados, el 62 % seguía con asma. Luego de haber dejado el trabajo. Eran tres años de haber dejado el trabajo. Eran individuos diagnosticados como asmáticos, bien tratados.

Pero al margen de la cifra en sí, la idea es que si un trabajador por un producto que inhala en el lugar de trabajo hace asma, la indemnización no puede ser del 8%, tiene que ser una indemnización que lo compense por la duración de la enfermedad. Que le ocurrió por haber respirado eso.

Nosotros tenemos la experiencia de que cuando deja de respirarlo un porcentaje más o menos interesante dejan de hacer asma. Pero el criterio concreto hoy por hoy es que el individuo que tiene asma ocupacional, tiene asma. No asma reacción.

La SRT con los ateneos siempre hace el esfuerzo de presentar, asumiendo el rol que le corresponde, temas técnicos. En esta oportunidad queríamos presentar los casos de incapacidad vinculados a enfermedades respiratorias. Y sobre todo, los porcentajes promedio de estas incapacidades.

Habitualmente nuestros estudios se realizan a través de las notificaciones de las ART. Hemos incorporado y aclarado cuáles fueron los códigos del CIE-10, Código Internacional de Enfermedades, en su versión décima de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que es la que nos permite identificar los casos y clasificarlos.

Quiero mostrarles dos cuadros. En cada uno, hay un porcentaje respecto del total de los casos notificados como tales comenzando por Enfermedades Intersticiales Pulmonares. Hemos observado unos 700 casos, aproximadamente, con incapacidad, y siguiendo los patrones epidemiológicos generales, el 75% corresponden al sexo masculino.

Por otra lado tenemos un valor promedio de incapacidad para estas enfermedades (las Neumoconiosis

Dr. Ezequiel Consiglio

*Médico Epidemiólogo,
Dpto. de Investigaciones
en Salud Laboral de la
Subgerencia de Estudios,
Formación y Desarrollo de
la SRT.*

o Enfermedades Intersticiales Pulmonares), del 29.4% más -menos 20% (desvío estándar). Se puede observar que son las patologías pulmonares que conllevan mayor grado de incapacidad. El valor máximo notificado registrado es el 92%.

En el caso de enfermedad obstructiva crónica (EPOC) es interesante observar sobre los casos de incapacidad el valor promedio de esta incapacidad es un poco inferior al de la neumoconiosis, de 20,2%, más-menos 17,4, con un valor máximo de casi 80%. Desde el punto de vista de impacto de la patología, la incapacidad de estas es la que sigue (en importancia). En el caso de los varones, también es la amplia mayoría, el 90% de los casos.

En el caso del asma bronquial, el valor promedio de los casos que conllevan incapacidad es 17,5% con más-menos 13 con un valor máximo de casi 60%. Lo que apreciamos en estos gráficos es también un predominio de los hombres, del 68%; 15% son mujeres y un 18% que no tienen datos.

Considerando las infecciones, es interesante - siempre nos interesa charlar un poco de tuberculosis – respecto del resto de las enfermedades. Me pareció interesante que los casos (de Tuberculosis) que conllevan incapacidad tuvieron un valor promedio de la misma de 9,3%, bastante más bajo que el resto de las enfermedades, con valor aproximado de 10,6 y un valor máximo del 30%.

Respecto de las infecciones inespecíficas, tuvieron también incapacidad - y es bastante alto en este caso: 25,3% - con un estándar de 21 puntos. Sin embargo si bien es importante mostrarlo, creo que tiene que ver con que es un valor bastante exiguo y por consiguiente los valores observados son bastante inestables, a diferencia del resto de las patologías.

Hay algunas micosis notificadas, ninguna de las cuales han tenido incapacidades.

El Dr. Jorge Bonder es un médico que está trabajando específicamente en este tema de Bisinosis y nos contará su experiencia en este campo. Recibía pacientes con esta patología pero como ocurre con muchos colegas del interior del país, y también de Buenos Aires, había un problema: ¿cómo se canalizaba esta cuestión de las enfermedades ocupacionales?

Dra. Lilian Capone
*Médica del Trabajo.
Neumonóloga. SPOC
(Sección Patología
Ocupacional Respiratoria)
Asociación Argentina de
Medicina Respiratoria.*

Mi nombre es Jorge BONDER, vivo en Presidencia Roque Sáenz Peña, capital nacional del algodón, a 160 km de la Capital, Resistencia, Chaco.

Dr. Jorge Bonder
*Ex director médico del
hospital de Roque Sáenz
Peña, Chaco.*

Me dediqué siempre al gremialismo médico, y actualmente formo parte del SIOPREME, que es el Sistema de Previsión Médica del Chaco, la caja de jubilaciones de los médicos, y hace dos años me jubilé en Salud Pública.

Pasé por las salas de tisiología, cuando yo ingresé en el Hospital de Presidencia Roque Sáenz Peña, que es el único hospital que hay en esa localidad, la sala era de "tisiología", ahora es "neumotisiología", y después fui médico de sala de clínica médica, jefe del servicio de clínica médica de ese hospital. Fui director durante dos años y medio y, como les dije, me jubilé hace dos años.

Me comentaron que debía hablar de una patología pulmonar, delante de algunos referentes nacionales hay estudiantes de medicina, hay sociólogos presentes. De manera que voy a mezclar un poco contando qué es la Bisinosis, y después voy a hablar un poco de la parte social, de la problemática social del trabajador del algodón.

La Bisinosis es una enfermedad causada por la inhalación del polvillo del algodón y otros polvos como el cáñamo, el lino y el sisal. También es llamada asma ocupacional, y sus síntomas. Es un EPOC, sus síntomas son disnea, opresión torácica, tos y el cuadro clínico es de apariencia asmática.

Suele presentarse el primer día de trabajo, después de un fin de semana, o de unas vacaciones. Por eso se llama "síndrome del día lunes" también. A pocas horas de iniciada la labor el trabajador del algodón comienza con síntomas de opresión acompañados de falta de aire, y suelen durar unas horas y luego desaparecer totalmente. A medida que progresa la enfermedad, sin embargo, estos síntomas se van extendiendo al resto de los días de la semana, y se acentúan, y se añade tos crónica, expectoración.

Dentro hay criterios clínicos para clasificarlos. Tenemos grado C, medio, que es padecer una opresión torácica, tos seca, dificultad respiratoria, ocasionalmente el primer día de la semana laboral.

Dentro de los criterios hay 4 grados para clasificarlos:

- C ½: Opresión torácica, tos seca, dificultad respiratoria, ocasionalmente el primer día de la semana laboral.
- C 1: opresión torácica, tos seca, dificultad respiratoria. Pero únicamente el primer día de la semana.
- C 2: Opresión torácica, tos seca, dificultad respiratoria, pero también se agregan otros días de la semana.
- C 3: Opresión torácica, tos seca, dificultad respiratoria, pero también se agregan otros días de la semana. pero con evidencia de un deterioro persistente de la capacidad respiratoria.

También tenemos criterios funcionales de la disfunción pulmonar, basándose en las determinaciones del VEF 1, al final de la jornada laboral. Estos también se clasifican como F Medio, F 1, F 2 y F 3.

De acuerdo con estos criterios la diferencia entre el VEF 1 antes y después de la jornada laboral, en el grado F 2 es un 10% de la caída del VEF 1 entre un 60 y un...

Aclaremos que el VEF 1, es el Volumen Espiratorio Forzado en primer segundo. Es decir, que es la medida de la obstrucción bronquial.

En general la medición de la función respiratoria se hace a través de dos elementos claves, que son la capacidad vital, que sería la bomba pulmonar, y el volumen expiratorio forzado en primer segundo, que es la permeabilidad o no de los bronquios.

Lo medimos en un aparato que se llama ESPIRÓMETRO. Entonces, una caída del VEF 1 por debajo del 10% sería el grado 2.

Entre el 60 y el 79% ya es un signo de deterioro irreversible de ligero a moderado de la capacidad ventilatoria.

>>> **En cuanto a la prevención:**

El uso de medidas de prevención de la inhalación del polvo, como las máscaras faciales adecuadas, los barbijos, "piquera" lo llaman los trabajadores del algodón, porque ellos dicen que les cubre el "pico". Y otras medidas en los medios ambientes industriales son buena aireación y limpieza de las máquinas y las instalaciones, blanqueo de las paredes de las desmotadoras, el lugar donde se industrializa el algodón. Todas esas cosas pueden reducir el riesgo.

Participante: - El polvo de algodón, toma el polvo de algodón libre de fibras. O sea es lo que yo tengo entendida, yo no soy médica, soy ingeniera química. Pero lo que yo tengo entendido es que la Bisinosis está provocada por el polvo de algodón y no la fibra. Usted lo corregirá si me estoy equivocando...

Dr. Jorge Bonder: - La definición es provocada por la aspiración de la fibrilla del algodón. No solamente aspira fibrilla de algodón el trabajador del algodón. Todo lo que tiene el capullo, así es tal cual se saca de la planta, hasta que llega al fardo, y termina el proceso en la desmotadora en nuestra ciudad.

Después se procesa hasta que lo transforman en tela, ya no se hace ahí.

Decía que en cuanto a la prevención, la limpieza, la aireación, la ventilación, los extractores y el uso de máscaras adecuadas puede disminuir el riesgo.

En cuanto al examen preocupacional, toda empresa, cualquiera sea su dedicación, y que se precie de eficiente, debe realizar exámenes preocupacionales. Más aún deben realizarlo las empresas de alto riesgo de producir enfermedades profesionales.

Más aún las empresas como las desmotadoras de algodón, que deben mínimamente realizar una expirometría como examen preocupacional. Hay varias cosas más que deben hacer, y la mayoría de las desmotadoras no lo hacen.

Después hay un protocolo de diagnóstico para Bisinosis

Está basado en estos cuatro puntos

Primero: Historia de exposición a la inhalación. Es decir, el tiempo que ha sido expuesto a la inhalación de la fibrilla.

Segundo: Signos de afectación intersticial en la radiografía de tórax, una expirometría patológica y un examen físico y un cuadro clínico patológico.

Tercero: una expirometría patológica.

Cuarto: un examen físico y un cuadro clínico patológico.

Esto realmente es el orden, para demostrar... No es fácil. A mi no me ha resultado fácil demostrar la Bisinosis. Cuando les muestre el caso, lo que más jugó a favor fue la historia de la inhalación, en el caso que les voy a contar, de este trabajador que vimos junto con la Dra Capone. Para tratarlo utilizamos corticoides, broncodilatadores...

Tengo que agregar que solo pueden hacer el tratamiento si tengo muestras gratis en mi vitrina, porque son de muy bajo poder adquisitivo estos trabajadores, y todos estos medicamentos que acabo de decir son carísimos. Ninguno baja de cien pesos. Así que yo no soy tan lineal en el momento de tratarlo. Veo lo que tengo y se los regalo.

Circuito de la atención médica



Los trabajadores llegan a la consulta por distintos canales. O son derivados por el médico de cabecera, o por la ART, y la mayoría, a medida que se van pasando la información, llegan derivados por el abogado laboral.

Los trabajadores tienen muchos inconvenientes en ingresar al circuito de la atención médica de la enfermedad profesional, porque son borderlines, cuando vienen al consultorio dicen "estoy agitado y me parece que es por trabajar por el algodón..." entonces hay que mandarlos a la ART.

Voy a tratar de ser ordenado: Cuando llegan al consultorio, cuando el trabajador empieza a sentirse mal, al primero que recurren es a su superior, al capataz... De ahí lo mandan a la ART. Ahí le dan una orden de consulta para el médico. Vienen al médico. El médico les pide todo ...una radiografía, una expirometría, electrocardiograma, etc.

Con todo eso van de vuelta a la ART, para que les autoricen a hacer todas esas prácticas. Habitualmente no los autorizan. Porque "no corresponde". Porque son borderlines, "todavía no está aprobada la enfermedad profesional"... Estamos empezando.

Entonces, como no los autorizan, vuelven.

Entonces uno pide todos estos mismos estudios a través de la obra social, si es que la tienen. Ya les voy a contar porqué.

Entonces ya ahí están saliendo del circuito de la atención por enfermedad profesional, y siguen atendidos como pacientes comunes. Uno le trata la EPOC, donde puede, si pueden comprar los medicamentos. Y después desaparecen. Uno averigua dónde están y están en la salud pública. Van a los hospitales.

En los hospitales públicos, cuando uno les pregunta qué hacen, ellos se ponen "calmantes".

Supongo, y veo, que con corticoides, por ahí si hay algún broncodilatador le dan. Si ya empiezan a sentirse muy mal dejan de trabajar. Lamentablemente es así. Dejan.

Algunos vuelven... Los que tienen algún asesoramiento vuelven con una carta del abogado laboral.

A medida que uno va atendiendo a estos trabajadores, que le dan realmente mucha pena, va tratando de hacer un poco de docencia en cuanto a la prevención, porque de acuerdo con lo que uno habla, si habla con los gerentes de las desmotadoras, o los capataces, gente que está más del lado de la patronal que del obrero, dicen que ellos la prevención la hacen, que tienen ingenieros expertos en medio ambiente, y que cada tanto van inspectores de la ART y les dan charlas.

Cuando yo les he preguntado a los obreros, todos me dijeron "yo no escuché una charla de prevención nunca"...

Dentro de mi actividad privada hago exámenes preocupacionales y periódicos. Sobre todo para Alerta Médica, que es una empresa tercerizadora de Sunchales, Santa Fe, que hacen exámenes preocupacionales. Pero lo que yo he visto en las desmotadoras, este caso que vimos juntos, doctora, ya les voy a decir porqué ganamos el juicio... Porque no había examen preocupacional. Fue fundamental en este trabajador que vimos que no lo tenía. Así que no podían decir que no se podía determinar las causas. Ya se los voy a relatar lo que pasó con ese trabajador.

Pero habitualmente, los que han trabajado algunos años, alguien se acuerda que hay que hacer algún preocupacional, ya es medio tarde...

Todos dicen, cuando llegamos a casa y se higienizan, aparte del polvo y la tierra, "tosemos o nos sonamos la nariz y sale algo como barro" (así lo definen). Y están aquellos que dicen "yo saco algo azul". El algo azul es el temido "veneno azul".

Es un veneno que se llama TIRAM, un fungicida mezclado con violeta de metilo. Que ya les voy a contar cómo es el proceso del curado de la semilla o DESLINTE, como le llaman, y cómo actúa el obrero con ese veneno.

Sigo con el peregrinar médico:

Algunos coinciden en que con el accionar de sus abogados puedan continuar con el reclamo. Y así llegan a la junta médica regional de la SRT que en este caso funciona en Resistencia o Corrientes. Este obrero se va a Corrientes a hacer la junta médica que le hizo la SRT, la comisión regional.

Por supuesto que este obrero tiene que pagarse todos los gastos. Está aproximadamente a 300 km de Corrientes, porque tampoco es del lugar que les estoy contando, tampoco del lugar donde yo trabajo, sino que está a unos 60 ó 70 km de Presidencia Roque Sáenz Peña.

Cuando llegan a la Junta Médica Regional, el resultado es incierto. Y a mí el resultado de este obrero me resultó risueño. Ya les voy a contar porqué.

Si es desfavorable la Junta Médica Regional, tienen la oportunidad de llegar a la Comisión Médica Central que funciona Buenos Aires, y fue lo que hizo este obrero. Fue visto con otros ojos, y pudimos conseguir algo.

Ya les cuento qué pudimos conseguir.

Como les dije, los asesoran, que hay inspectores de la ART que van y les dan charlas,... ellos dicen... Se me dio por preguntarle... Porque me volví a entrevistar con este trabajador para preguntarle algunas cosas más finas, para meterme un poco en su vida privada, para que ustedes conozcan. Le pregunté "¿y los delegados gremiales qué hacen?, porque son la gente que los tienen que defender a ustedes". Y me dijo algo que yo en la Argentina no lo escuché nunca, cuando empezó a hablar de "prebendas de los patrones hacia los delegados gremiales". No me acuerdo qué otras palabras utilizó... habló de coimas... Entonces esos son los compañeros de trabajo... Y me dice "doctor, el sindicato no quiere que le rompan las pelotas con quejas. Total el secretario general está en una oficina con aire acondicionado, no inhaló nunca polvillo y él no sabe cómo trabajamos nosotros". Estaba con una bronca ese día ese hombre... Pero es la realidad...

Dr. Héctor Nieto: - Hay algo que me parece importante aclarar respecto de los mecanismos de inspección en la República Argentina. El pacto federal del año 2000 define que las inspecciones deben hacerlas las jurisdicciones. De manera que la SRT no tiene jurisdicción para inspeccionar la provincia del Chaco. Eso tiene que hacerlo la propia dirección, secretaria o ministerio de trabajo.

Dr. Antonio Labbate: - Estamos en el año 2007. Ya no podemos seguir pensando. Tenemos que evitar que los obreros lleguen a tener asma. Las medidas de prevención no son medidas legales. Son medidas profundas, importantes,...

Dr. Jorge Bonder: - El trabajador de la desmotadora de algodón trabaja desde marzo a agosto, en septiembre por ahí todavía queda algo. Después de agosto-septiembre se llama "trabajador permanente por temporada". Medio raro ¿no?

Entonces ¿qué significa esto? La desmotadora tiene la O-BLI-GA-CIÓN de llamarlo cuando empieza la campaña, en marzo, porque es una relación de dependencia sui generis. Entonces trabaja seis meses, más o menos. Los muy poquitos que quedan, hacen mantenimiento de la desmotadora. Limpieza, etc.

Durante marzo a agosto tienen obra social y aporte jubilatorio. Seis, siete meses. Y después, los otros seis meses no los tienen. Entonces esos trabajadores, para jubilarse, no les da el tiempo de aporte, porque aportan medio año todos los años. Entonces me decía "Doctor, nosotros nos jubilamos por edad avanzada, después nos gastamos toda la plata en remedios, y estamos tan achacados que no podemos disfrutar de nuestra jubilación" ¿Y los otros seis meses que no trabajan, qué hacen? Changas. Cortan el césped en casas de familia, lavan autos, albañilería, pegando ladrillos, etc.

>>> La situación social del trabajador

En una charla con este trabajador, que después les voy a mostrar cómo hice la defensa de su BISINOSIS ante la comisión médica central.

Él me dijo “¿qué me hablan de los derechos del niño si nuestros chicos no pueden ir a estudiar, no comen bien? Un trabajador de las desmotadoras trata de vivir cerca de su lugar de trabajo. ¿Qué me hablan de los derechos del niño si nuestros chicos viven enfermos también, con broncoespasmos, con rinitis...?”

Realmente no sólo los derechos humanos se violaron en la década del 70, la dignidad de los trabajadores, si se viola día a día. Disculpen, que esto no tiene nada que ver con Bisinosis, pero uno no puede dejar de contarlo, para que ustedes sepan qué pasa en Chaco.

“Yo no sirvo ni para cortar leña para que cocine mi mujer”, y lagrimeaba.
Cuando empezamos, hace dos años tenía 41, así que ahora tiene 43 años

Este trabajador, gracias a la defensa que yo le hice y al sentido común de la SRT, la Comisión Central, aquí en Buenos Aires, pudo lograr algo.

La comisión médica regional, donde este trabajador llegó, en Corrientes, con todos los estudios y mi diagnóstico de BISINOSIS, ahí, por supuesto, le piden nuevamente todos los estudios hechos por los peritos que nombra esa comisión. Y acepta que es una enfermedad profesional. Pero inculpable.

Eso fue para mí lo tragicómico. Si acepta que es una Bisinosis ¿dónde la pescó, comiendo algodón en un circo?

Cuando logra que en Capital Federal le acepten que es una enfermedad profesional le dieron el 31%. Yo no sé si era para ponerse contento, o empieza la tragedia de este hombre, porque con ese porcentaje no alcanza para jubilarse. Esa es otra cosa que podrá hablarse en otro momento. Tiempo después tuve la siguiente charla con este trabajador.

Jorge Bonder: -¿Cuánto cobraste?

Trabajador: -14.000 pesos.

JB: - ¿Qué hiciste con esa plata?

T: - Pagué deudas. Me compré una bici nueva. Compré ropa y calzado para mis hijos...

JB: - ¿Cuántos hijos tenés?

T: - Siete.

Este tipo de trabajadores son de familia numerosa.

T: - ...y compré mercadería.

JB: - ¿Qué mercadería compraste?

T: - Pan, arroz, fideos, polenta...

JB: - Un poco duro va a estar el pan cuando lo comas. El arroz lleno de gorgojos...

¿Cómo haces?

T: - Fui y compré por adelantado.

Van al almacén y dicen “te compro tantos kilos de pan y te los voy sacando de a poco. Todos los días va a venir mi hijo y te va a llevar un poco de pan”

Cuando en este país podamos votar para ministro de economía, ese va a ser mi candidato.

El sueldo de este trabajador era de 1.100 pesos por mes, pero seis meses. Y dice, nuestro promedio de sueldo es de 600 pesos mensuales.

-¿Y con eso te arreglás?

- No. Una de mis hijas trabaja en un locutorio y gana 70 pesos, para estudiar. Y con lo que le queda ayuda a la casa.

Si yo lo hubiera traído a ese trabajador acá ustedes le hubieran dicho “a vos no te va tan mal gordito”, como una vez escuchamos... Porque cuando fue a verme, camisa blanca, pantalón azul, bien presentado, barrigón el hombre.

Y le digo – estás gordo, ¿eh? Me respondió: “Mucho pan con grasa que hace mi mujer”

Muy rico, pero si uno lo come todos los días el colesterol le hace poner los pelos así... Entonces, barrigón de comer eso. Y la ropa, ...tiene dos hijos que viven en Buenos Aires. Los vecinos y amigos de esa hija conocen la situación de esa familia allá en el Chaco y le juntan ropa para toda la familia y se la mandan. Entonces el hombre estaba bien vestido. Pero por la caridad.

Le pregunté cómo eran las comidas y dijo “primero los chicos. Así que mi mujer y yo hacemos una comida por día. Los chicos no. Los chicos cocido con pan, ellos desayunan, almuerzan, a media tarde otra vez cocido con pan, y después arroz, fideos. A veces compramos carne, dos o tres pesos.”

Debía haberlo grabado, porque a lo mejor no me creen ustedes... Pero con dos o tres mangos tienen carne para 7 personas. Y ahora estaba contento. Porque el gobierno le está por dar una casa, con dos ambientes y un baño, “porque mi tapera se está cayendo” –dijo. Palabras textuales de este hombre.

Problemática médico laboral de este hombre.

Como les dije, pudo llegar a la Comisión Médica Regional con todos los estudios, y ahí le dijeron que era inculpable. Ahí comienza mi defensa pormenorizada para presentar ante la Comisión Médica Central.

Mencionaré los ítems sobresalientes:

A) Preexistencia

La Comisión Médica Regional que “no es aportada ni denunciada por las partes”. Le contesto que como el trabajador fue dado de alta de oficio por la ART y enviado inmediatamente a Junta Médica, no hubo tiempo de una historia clínica pormenorizada. Después de varios certificados de que “no puede trabajar por 30 días” la ART en un momento lo dio el alta de oficio. Esto obliga al trabajador a ir a la Junta Médica. Ahí es cuando la Junta Médica dice que era inculpable. Entonces la preexistencia, y yo les digo que no hubo tiempo para una historia clínica pormenorizada. Faltaban cosas.

Este es un resumen de mi defensa:

Yo partía de la presunción de que la empresa cumplió con los requisitos del examen preocupacional. Por tanto, deberíamos remitirnos al legajo de este obrero.

Existen tres posibilidades, la primera, que la espirometría cuando ingresó sea patológica, en cuyo caso aceptaremos que comía algodón en un circo.

La segunda, que la espirometría fuera normal. Entonces estamos demostrando que la pescó en la desmotadora.

Y la tercera, que no exista un examen preocupacional con espirometría. En tal caso ustedes van a tener que demostrar que este hombre estaba enfermo.

La espirometría preocupacional, no existía.

B) Dice la Comisión Médica Regional que “no había disnea en el momento de la entrevista”. Otra raíz tragicómica, porque si es estamos hablando del “síndrome del día lunes”, aparte, en un ambiente con aire acondicionado cuando le hacen la entrevista al trabajador, no va a tener disnea.

Esto no se los dije porque me daba vergüenza ajena decírselos. Lo que les dije fue que el trabajador hacía 7 meses que estaba en tratamiento con corticoides y vasodilatadores inhalantes.

Hay un informe de un ingeniero de la Comisión Médica Regional. Que dice que al sector de prensado del fardo, que es el último lugar donde este trabajador estuvo, ahí llegaba la fibra “limpia y peinada”.

Agrega una serie de consideraciones más, pero con buen sentido este ingeniero dice: que ese paso del prensado del fardo se hace dentro de la misma nave industrial y por consiguiente expuesto al proceso en el mismo galpón donde están todas las máquinas. Porque el hombre que enfardando acá pero ahí está la máquina desmotadora que mezcla el veneno con la semilla.

Con buen sentido común el ingeniero dice que este hombre trabajaba en el mismo ambiente donde se lleva a cabo todo el proceso.

Entonces le contesto que en el mejor de los casos, y suponiendo que la fibra esté totalmente limpia, el trabajador inhalaba fibra de algodón limpia, pero inhalaba.

C) La espirometría y las radiografías informadas por los peritos de la SRT regional eran patológicas, así informaron.

Y yo les voy a demostrar que el hombre ingresó sano.

Este hombre ingresa a la desmotadora en 1978 y trabaja hasta el 1979.

En ese año entra en el servicio militar en infantería de marina. Permanece 14 meses y realiza diariamente la exigente rutina de este cuerpo militar. Y también juega al fútbol. Sale de baja a principios de 1981. Desde ese año hasta 1990 trabaja como cosechero, como carpidor, va sacando los yuyos, y otras tareas siempre al aire libre.

Durante esos años juega al fútbol en forma competitiva en un club perteneciente a la liga de fútbol de su ciudad. Esto es totalmente demostrable, por tratarse de una institución que estaba en la liga de esa ciudad.

En 1990 ingresa a la desmotadora y continúa jugando al fútbol en forma competitiva hasta 1995.

Y continuó la defensa con el protocolo de diagnóstico, que es fundamental, que requiere una historia de exposición, radiografías y espirometría patológica y un examen físico y clínico patológico.

Les voy a contar sólo respecto a la exposición. Tiene una historia de 15 años de exposición. Él trabajó en el tubo. Un tubo que baja hasta el camión que llega con estos capullos. Él tiene que acomodarlo. Ese tubo chupa el algodón y lo lleva hacia adentro de la desmotadora. El tubo está fuera de la nave o galpón. Ahí llega el algodón con todas las impurezas.

En 15 años estuvo en todo el proceso. Y el único trabajo que es afuera del galpón es el del tubo.

El polvillo de algodón se compone de cuatro fracciones:

- La fibra de celulosa
- Resto de la planta
- Material FERROSO
- microorganismos y hongos, adquiridos durante el almacenamiento del algodón, y la proporción relativa de cada una de esas cosas que nombré depende de las condiciones de almacenamiento.

El proceso de preparación industrial comprende:

- Desmotado, que es la separación de la fibrilla del algodón, adentro está la semilla, o grajea, que es lo que se va abriendo.
- Prensado,
- Y la fabricación del algodón, que abarca:
- La apertura del fardo
- El soplado,
- Cargado,
- Hilado
- Preparación del hilo
- Y luego el trabajo en los telares.

Nosotros, allá, en nuestras desmotadoras, llega el proceso hasta el fardo, que puede pesar hasta 200 kg. Después, el resto del proceso continúa en Buenos Aires porque es donde están la mayoría de las fábricas. Pero de allá sale el fardo de algodón.

Cada uno de estos pasos produce polvillo.

El horario ideal de trabajo es de ocho horas. Este trabajador estaba 12 horas en la prensa y cuatro horas en el tubo. 16 horas diarias expuesto al polvillo del algodón. "Pero poco tiempo, seis meses al año, nada más".

El procesamiento del algodón. El circuito del algodón desde que es cosechado hasta la confección del fardo produce polvo, y se dice que la BISINOSIS se produce por la aspiración de polvillo de algodón. No solamente desde la fibra de algodón, y ustedes ven que no solamente se aspira fibra. Se aspiran el polvo del algodón, la fibrilla, tierra, veneno, humo, microorganismos.

En Sáenz Peña hay cinco desmotadoras dentro del ejido urbano. Por supuesto, rodeadas de viviendas familiares.

La mayoría de los pueblos se fue desarrollando a partir de la estación del ferrocarril, y todo el mundo construía alrededor, o de las desmotadoras de algodón, que fueron creadas en 1910, 1911.

Entonces, los trabajadores, para estar cerca de su trabajo empezaron a hacer las primeras casas. Después de tantos años se fue extendiendo la ciudad y las desmotadoras quedaron dentro de la ciudad. Con la consiguiente queja de los vecinos. En época de campaña la polución es tremenda.

Pueden verse las telas metálica, de finísimo tramado, pero tapizadas de algodón. Por supuesto que el humo y la tierra entran lo mismo. Las casas más humildes están cercadas con alambre. Y ustedes van a ver colgando de los alambres el algodón que se va depositando.

Pero hace poco tiempo se hace una desmotadora atrás, a 50 metros de un colegio donde van mil chicos. Las que fueron creadas hace casi cien años está bien. Pero ahora, hacer una dentro del radio urbano...

Es un colegio religioso, y el que era director empieza con la protesta. Se le suman los padres de los alumnos. Pero en un momento hay una puja entre los padres. Qué pasa? Muchos padres de chicos que iban a ese colegio trabajaban en la desmotadora, entonces dijeron que detuvieran el reclamo porque si no se quedaban sin trabajo. Por eso sigue ahí está la desmotadora y nadie dice nada.

Se hacen los fardos, como el que les muestro, de 200 kilos. De cada fardo se toma una muestra, se rotula ese fardo con el mismo número, para hacer el control de calidad. Arriba tiene pegada una semilla de algodón, que les voy a decir cómo la tratan...

Afuera de las desmotadoras esperan los camiones. Están días y días, a veces hay más de 300 camiones alrededor de cada una de las cooperativas esperando turno para ingresar. Ingresan por ahí los camiones y avanzan hasta el tubo.

Lo ponen sobre el camión y aspira los capullos.

Luego el algodón cae en una especie de galpones separados, viene el productor con tantas toneladas de algodón, en este tipo de celdas. Y se identifica como "la producción del productor fulano", puede ponerse la calidad, cuánto le pagan, etc.

Todo a granel.

Luego de ahí pasa a la desmotadora, que separa las fibras.

Después cada uno de estos elementos tiene distintos procesos.

Uno de ellos es el separado de la tierra. Siempre queda una gran cantidad de tierra que es separada en galpones y después llevada en camiones a los campos de vuelta.

Uno de los pasos es el curado de las semillas. En el medio del capullo hay una semilla que sale en el proceso de la desmotadora, y hay que curarla. Se llama deslinde también. La semilla se reutiliza si es buena, y se dejan hasta tres generaciones de semillas.

Cuando sale de ahí hay que curarla, o envenenarla, para que no vaya a transmitir plagas. Entonces se utiliza ese veneno que le dije, que se llama CILAM, mezclado con violeta de metilo.

Los barbijos, o piqueros, como ellos le llaman, no detienen nada. Cuando van a su casa y se suenan la nariz "sacamos barro", dicen.

Después había dos obreros que estaban haciendo mantenimiento. Vieron que estábamos investigando y dijeron "Estamos con los cascos puestos, ¿eh?".

Estaban con una piedra esmeril sacando filo a una cuchilla, y no tenían antiparras.

El lugar estar lleno de mugre, hongos. Por eso, cuando hablé de la prevención, entre campaña y campaña sería buenísimo blanquear aunque sea. Si no quieren gastar mucho.

Los galpones están llenos de fibras en los parantes del techo desde la campaña de 1911 ¿Qué les costaría entre campaña y campaña hacer una buena limpieza de la desmotadora y de las máquinas?

Participante: - Esta gente, al estar en contacto con el CILAM en principio no tiene síntomas, porque desde el punto de vista clínico no da muchos síntomas, puede ser un poco irritante y nada más. Después tiene un dolor intenso de pecho, descenso brusco de la presión, cefaleas intensas, vómitos, diarreas.

Pero el problema es que a largo plazo estos compuestos son cancerígenos. Sobre todo pueden producir cáncer de tiroides. Quería aclararlo ya que el doctor mencionó varias veces ese producto. Para agregar un problema más al que tienen.

Dr. Jorge Bonder: - Entonces mezclan la semilla con este producto y después pasa a una máquina para quemar la semilla, un proceso que le saca la pelusa a la semilla y que después cae limpia en otra

máquina, donde dicen “pobre el que está en la boquilla”. Así se llama esa máquina. Porque el trabajador que la opera traga todo el humo posible... Y usan para trabajar con el veneno esta máscara, que es distinta del barbijo. Hay que cambiar los filtros, dicen que cada tanto los cambian pero no lo hacen. Estas máscaras deben cambiarlas periódicamente. Cuando los trabajadores vuelven en la campaña siguiente usan la misma máscara que usaron el año anterior. Y tienen estos mamelucos para trabajar con el veneno, de plástico. Marzo, abril... En el Chaco, 45 grados, 50 grados, en la calle. Y esta gente, con ese mameluco de plástico debajo de un tinglado de chapa.

Éste es un primer plano, generalmente las máscaras son blancas. Se tiñe el plástico de la máscara.

Participante 2: - Respecto a eso es fundamental la parte de capacitación. Es fundamental saber cómo usar y cómo conservar los elementos de protección. Son personales, y eso significa que es para cada operario, que debe tener uno para cada cosa. Por ejemplo, en la parte de protectores faciales, tienen un tiempo de vida útil, que no son seis meses, un año. Sino el tiempo de exposición que va a tener según tópicos, según el químico que va a usar, que va a estar accionando.

Por eso hay que leer, hay que instruirse o debe haber una persona que de la capacitación. Es lo mismo que ponerse a comer una factura, la dejás ahí, y al rato te la vas a comer con polvo de algodón. Todo se va contaminando. Hay que conservarlo dentro de una bolsa, en algún recipiente específico para eso.

Como última medida también son los elementos de protección personal. Primero está el cuidado de la ingeniería y todas esas cosas...

Dr. Antonio Labbate: - ¿Cuál es su actividad diaria?

Participante 2: - Técnico de seguridad e higiene.

Dr. Antonio Labbate: - ¿Te recibiste en Buenos Aires?

Participante 2: - No. Allá. (Chaco)

Dr. Antonio Labbate: - Cuándo te capacitaron sobre los elementos de protección personal, ¿qué te dijeron?

Participante 2: - Que eran el último recurso.

Dr. Antonio Labbate: - Muy bien. Me parece bárbaro. Porque estás hablando con el enemigo número uno de los elementos de protección personal. Te hago una pregunta: De acuerdo a la exposición que está efectuando el doctor, y la situación patética de estos trabajadores, que es una realidad que la conozco... ¿Se puede esperar que una persona respire ocho horas o doce con la misma máscara?

Participante 2: - No. Por eso lo primero que uno dice es la parte de ingeniería. Va a ser la interacción, la primera mejora. Pero lamentablemente la situación de esta gente patronal, cambiar toda su instalación no lo va a hacer nunca. Lamentablemente estamos mal desde el arranque...

Dr. Antonio Labbate: - ¿Estos trabajadores pertenecen a cooperativas?

Participante 2: - Sí.

Dr. Antonio Labbate: - ¿Las cooperativas tienen asesores de higiene y seguridad?

Participante 2: - Dicen que sí.

Dr. Antonio Labbate: - Porque a nivel de legislación no está muy todavía con el tema de las cooperativas...

Dr. Jorge Bonder: - Hay muchas cosas que uno las expone hasta con bronca. Estos son los guantes que se utilizan. Estos son los fardos de baja calidad.

Con este algodón se hacen trapos de piso y el níveo y blanco algodón hidrófilo que usamos se hace con la última calidad de algodón.

Esto, de bajísima calidad se usa también como forraje. Así como está, fardos de capullos así como están, las vacas lo comen con mucho gusto.

Esto no es Bisinosis, pero esto es una trampa de picudo. El picudo es una plaga. No me pregunten cómo es el bicho ni nada. Es una plaga.

Parecería que empezó a venir desde Paraguay. Entonces hay que poner trampas en todo el Chaco a donde entra el bicho. Esas trampas tienen que llevar feromona. Porque los atrae. Entonces obligaron a poner esto. El técnico de la desmotadora donde yo estuve me dijo que se pusieron para que la gente viera que se ponían. No había plata para comprar feromona.

Yo me quedé helado.

Si viven de eso. Si se vive del algodón en Chaco.

Se pusieron pero no tenían adentro la feromona.

Las desmotadoras se estacionan en la calle. Ocupa más o menos dos manzanas.

En otra calle hicieron a techito, pusieron ahí el tubo donde van los camiones y hacen las descargas. Enfrente a este lugar hay casas, y ahí se entra al barrio.

En el Chaco, la capital nacional del algodón. Espero que lo siga siendo por siempre, con un cambio fundamental en la forma de trabajar para estos obreros.

Muchas gracias.

Dra. Lilian Capone : - Hace tiempo que no escuchábamos una verdadera conferencia sobre condiciones y medio ambiente de trabajo. Creo que estamos todos de acuerdo en que la salud no pasa por lo médico. No pasa por lo orgánico. Lo que ha presentado el doctor Bonder hoy es lo que el Dr. Carlos Rodríguez a todos nos enseñó a sus discípulos qué era esto de condiciones y medio ambiente de trabajo.

Tiene que ver con la calidad de vida, con la clase social, lo cultural. Creo que va todo concatenado. Y no podríamos haber aprendido tanto de Bisinosis sin toda la explicación que el doctor Bonder nos dio, por más muchos hayamos recorrido muchos lugares de nuestro país, el que vive, el que es nacido y criado es el que sufre estas cuestiones.

>>> PREGUNTAS

Participante 3: - ¿Qué pasó con el paciente?

Dr. Jorge Bonder: - Ese paciente va a ser despedido en la próxima campaña. No es un final feliz. Porque ya le dieron la incapacidad. Él ahora qué va a hacer. Entonces lo despiden. En la campaña próxima, como no puede trabajar, lo despiden. Y ahí viene una indemnización, con 42 años cuánto le pueden dar... No sé cuánto va a poder vivir todavía.

Dr. Antonio Labbate: - Desde el punto de vista médico hace rato ya que lo orgánico ha sido superado. El médico que se queda pura y exclusivamente con el diagnóstico o la posibilidad de la curación va a terminar siendo un pobre médico. Lo que rodea al paciente es tan importante como lo que biológicamente uno le puede descubrir.

De modo que la tarea del médico va bastante más allá de la auscultación, la percusión, el interrogatorio, etc. Por eso esta clase ha sido tan importante y tan profunda.

Otra cosa que quería decir era con respecto a la Bisinosis.

Uno lee en todos los libros y parece que la Bisinosis fuera una cosa extraña.

Algunos la ponen dentro del asma ocupacional, pero mucha gente no lo pone. Tengo libros norteamericanos, ingleses, donde hablan de Bisinosis fuera del tema ocupacional. Cosa que toda la vida a través de lo que uno ha leído me pareció totalmente fuera de lugar.

Si un individuo, por el hecho de que trabaja en un lugar determinado hace crisis asmáticas a repetición y empeora en la medida en que sigue respirando la misma sustancia patógena, porque no va a ser eso asma ocupacional. Además no tiene otra cosa.

Algunos hablaron de la posibilidad de hacer fibrosis pulmonar, pero se ha visto que no resultó de esa manera. Los chinos hicieron un trabajo de 15 años de seguimiento, y de alguna manera llegaron a la conclusión de que no es el polvillo lo que produce el problema, sino una endotoxina que proviene de bacilos graham negativos que viven junto con el algodón.

Puede ser que sea así. Eso no está totalmente demostrado, por lo menos en occidente, pero eso no cambia la cosa para nada. Lo que de la enfermedad, ya sea el polvillo o la fibra, no cambia la cosa para nada. Además no sé si el polvillo no proviene de la fibra concretamente.

De todos modos, polvillo, fibra o bacteria, todo eso viene del hecho del trabajo y de las condiciones del trabajo que el doctor acaba de explicar. No es el hecho pequeño, de dónde proviene y se termina el asunto ahí. Es el hecho de las condiciones de trabajo. Esto que hemos visto lo hemos venido repitiendo prácticamente desde que empezamos los ateneos.

Por un motivo u otro el problema viene por tal o cual causa. El que tiene silicosis viene porque inhala sílice ¿Por qué la inhala? Porque las condiciones de trabajo son miserables. Ese es un poco el tema. Es lo mismo que acaba de explicar el doctor Bonder.

Si se arreglan las condiciones de trabajo seguramente se van a eliminar estas enfermedades o van a quedar reducidas a proporciones muy pequeñas.

Repito, el hecho necesario, imprescindible, de atender mucho más al problema de la prevención que al problema de la curación. No porque la curación no tenga importancia, al contrario, a los enfermos hay que diagnosticarlos, tratarlos y tratar de curarlos, no cabe ninguna duda. Digamos que es lo primario en todo médico. Pero lo de la prevención en medicina laboral es tan fundamental como lo otro.

Si uno no tiene criterio de prevención no tiene criterio de médico laboral. Entendámoslo y aceptémoslo que es rotundamente así. Yo creo que el trabajo, la puntería tiene que apuntar en ese sentido y no en otro.

Dra. Lilian Capone: - Yo quería hacer dos reflexiones. La primera, en esta discusión que se dio de prevención y protección, creo que hay que ponerle realmente nombre y apellido a los primeros responsables, que son los empleadores.

El empleador no se preocupa y no le interesa, y si trabaja cada seis meses y puede volver o no ese trabajador nuevamente a la cadena de producción, obviamente que el trabajador es desechable.

En segundo lugar, lo que planteaba Héctor Nieto, la trampa legislativa que hay relacionada con que no hay política de estado. Porque una buena política de estado haría que esto, en este ámbito, generar una denuncia de una inspección, que creo que ustedes no la pueden hacer, porque no es un ámbito federal, sino que las provincias tienen cada una autonomía de inspección.

Entonces, creo que esto es más grave todavía. Porque empleadores que no se interesan, un estado que mira para otro lado. La ley de riesgos de trabajo que no ha sido modificada con todo lo que todo el mundo ha opinado y sabemos que probablemente salga una ley de riesgos de trabajo retrógrada, esta gente va a quedar más indefensa, no existen los exámenes periódicos.

Cuando nos conectamos con el doctor Bonder a través de ese paciente, no hay ningún tipo de documentación. También por eso ese paciente ganó esta batalla. Que ¿la ganó? Treinta por ciento de incapacidad, 14.000 pesos. Así le dieran 140 mil. Sepamos que la indemnización está relacionada con el salario en blanco, no en negro. Y por último el tema de los delegados, obviamente, la famosa corrupción de los sindicatos, está absolutamente arengada por un estado ineficaz y por empleadores más corruptos que los delegados. Porque cada uno tiene una porción de la torta.

No quería terminar sin hacer esto. Uno aboga por la prevención. Lo que vos decías. El decreto N° 351/79 dice que los elementos de protección personal son algo temporal, transitorio. Estamos hablando del 351. Hasta que la ingeniería y la técnica se pongan al servicio de lo que corresponda que es la prevención. Entonces está todo mal.

Pero para no cerrar mal, yo creo que si hubiera muchos hombre en cada una de nuestras provincias que tuvieran la valentía de presentar lo que es una Bisinosis, como decía Carrillo, frente al hambre, el hacinamiento y la desocupación, los bacilos y las bacterias son una pobre causa de las enfermedades infecciosas. Yo creo que, sean las endotoxinas, los bacilos Graham negativos, sea el polvillo o la fibrilla, yo creo que la Bisinosis va más allá del agente causal puntual. Las enfermedades laborales son

multicausales. Por eso necesitamos un trabajo multidisciplinario. Los médicos no sabemos qué hacer con esto. Así que abogamos para seguir trabajando construyendo esto.

**Dr. Antonio
Cosentino**

*Responsable del
Departamento de
Comisiones Médicas y
Homologación de la SRT.*

Desde el punto de vista de la SRT cerrará el tema de hoy, con respecto a la Bisinosis en particular, pero a las patologías respiratorias sobre todo de este origen laboral.

Nuestros números son lo que queremos mostrar sobre qué pasa con las enfermedades profesionales en general, aquellas de origen respiratorio en particular, y si queremos centralizarnos un poco más, por ahí llegamos a la BISINOSIS.

Es muy difícil hablar de esto porque nuestros números nos dan una realidad completamente distinta a lo que estamos viendo. Parecería que vivimos en otro lado, que esta es otra sociedad, otro país, porque no tenemos estadísticas que demuestren qué tenemos.

Fíjense que estamos hablando de aproximadamente el 28% de todas las contingencias denunciadas como enfermedades profesionales que incluyen al aparato respiratorio. De ese 28% digamos, que es nuestra herramienta de trabajo.

Lo que uno ve desde la óptica del sistema de comisiones médicas y de la óptica del sistema de registros, uno con datos aportados por las propias aseguradoras, que son las que están gestionando el sistema de riesgos de trabajo en la faz operativa, y otra la generada por nosotros a través de las comisiones médicas o las oficinas de homologación y examen, donde capturamos cada caso, cada presentación y tratamos de mostrar lo nuestro.

El tema es que tanto buscando unas como otras, este tipo de patologías no están. Fíjense, 28% del total de registros, eso lo llevamos a cuántas enfermedades profesionales del aparato respiratorio hemos visto en ya más de 10 años. Mil. Y de esas mil únicamente nos vamos a centrar en aquellas que dejaron algún tipo de secuelas ¿cuántas? 564.

Esto representa un indicador o un índice que se va repitiendo con el tiempo, y vemos que es el 3% de cada contingencia denunciada que involucra el aparato respiratorio va a dejar algún tipo de secuelas.

Si uno quisiera esto cotejarlo con índices de exposición a otras patologías está por debajo de lo que debería ser. Entonces si uno está por debajo estamos perdiendo cosas por el camino. Hay cosas que no se están registrando. Porque este es un sistema que primariamente ataca la prevención. Fracasada la prevención, hay la obligación de aquel que tiene que gestionar todo lo respectivo a reparar. Reparar médicamente el daño, ofreciéndole el tratamiento, y secundariamente, reparar dinerariamente cuando se agotaron las posibilidades médicas o al menos llegue el momento de pagar.

Queda claro que tal vez haciendo un estudio de costos es mucho más oneroso reparar médicamente hablando que pagar una prestación dineraria.

En el Chaco, hago un esfuerzo de memoria y yo no sé si esos 14.000 pesos fueron por la comisión médica o un arreglo extrajudicial.

Yo quería desarrollar acá la problemática de porqué estamos dejando cosas en el camino. Primero perdemos patologías en el camino porque no son diagnosticadas. Si no entrar a considerar, y me olvido por un instante que la mayoría de la gente que esté trabajando en este tipo de cooperativas esté por fuera del sistema de riesgos del trabajo. Con lo cual es más grave todavía. Hay gente que no tiene cobertura. Y esto en provincias empobrecidas desde el punto de vista del presupuesto tengan que hacerse cargo desde el sistema de la salud pública general de la atención de estos trabajos y después que no tengan algún sistema reparativo.

Pero se pierden, porque no son registradas por las aseguradoras y cuando alguno toma coraje y llega a las comisiones médicas con el reclamo, uno ve también que el nivel de porcentajes en los cuales son reconocidos también es inferior.

Algunos de los datos son, qué pasa con este tipo de contingencias: Lo habitual, y ese 28% total registra aquello que la aseguradora quiso aceptar, quedó en el camino todas aquellas pretensiones que no tenemos manera, porque nuestro sistema de registro lo toma como patologías registradas sin tener datos de cuál fue la contingencia que se quiso denunciar.

Esa persona, si cuenta con asesoramiento, tal vez con sindicatos que pudieran llegar a transmitirle algún grado de sugerencia respecto de lo que se pueda hacer, la gente no reclama. Primero porque no sabe que existimos. Segundo, porque a algunos lo pierden las ganas. Saben que dos o tres compañeros fueron y lo único que les pasó fue gastar recursos, maneras de trasladarse, para que les dijeran que no. Y nosotros nos damos cuenta de que estas patologías aparecen cuando vemos los dictámenes de retiro por invalidez.

Entonces si el médico de la comisión médica le alcanza o tiene ganas, o le cayó simpático el individuo, lo agarra a un costadito y le dice "porqué no lo denuncia a la compañía de seguros que usted tiene..." Y ahí es cuando capturamos algunos de estos datos.

De esos 564 casos que fueron presentados y reconocidos de entrada por las ART, el 20%. El resto entran por este mecanismo no contemplado en la reglamentación, que es tomar coraje, tratar de saber que existimos, hacer la presentación, y salvar el primer escollo que es la comisión médica.

Yo tengo un criterio particular. Nuestro listado enumera una serie de factores de riesgo. Algunas patologías son más claras a definir. Probablemente si alguien viene con una asbestosis, es difícil que la comisión médica lo rechace. Es común y de todos los días ver distintos tipos de patologías obstructivas pulmonares. Ya sea de características asmáticas o bronquiales crónicas en las cuales estén presentes algunos de los numerosos factores de riesgo que están presentes en el listado. Y aún así, la comisión médica determina el carácter de inculpabilidad de la lesión. Porque tenga algún antecedente atópico, digamos algún antecedente en alguna otra empresa que también haya tenido los factores de riesgo.

Yo siempre hago el mismo ejemplo. Si los productos inflamables puestos en determinadas condiciones se queman, lo primero que deberíamos hacer es no exponerlos al calor, a la materia que pueda generar el incendio. Ahora, si yo tengo un producto inflamable y lo pongo cerca del calor y se me quema, no me queda otra que pagar el daño porque lo quemó el riesgo. Y estos pacientes atópicos, estos pacientes con antecedentes que vienen de haber trabajado en montones de estas empresas con condiciones de seguridad deficientes, pero que son las generales, y cuanto uno más se aleje de Buenos Aires, comienza a aparecer mucho más, la comisión médica privilegia mucho más la condición del trabajador que la condición del factor que está en el listado.

La cuenta pendiente también de lo que vemos de nuestra parte es generar la capacitación o las normas de procedimiento para que con un criterio mucho más inclusivo no pase lo que estamos viendo hoy La Bisinosis está, pero vamos a buscarla al registro y no la encontramos.

Tal vez la explicación en todo esto, es que no hay exámenes periódicos, porqué en el relevamiento los riesgos del trabajo están subvaluados, lo más probable es que se corte el tema desde el principio para evitar que crezca.

Entonces el ingeniero no hace la inspección como corresponde. La ART mira para otro lado aquello que debería haber visto y no denuncia los supuestos incumplimientos, o no hace como corresponde el factor de asesoramiento al empleador, tendríamos una chatura tal, todo desaparece, todos tranquilos, total, con el pretexto de nadie perderse su trabajo, de mantener las fuentes y demás, seguimos dañando o empobreciendo la población.

Simplemente como broche final, esto era para darles una impresión a título personal. Disculpen porque haya dicho que no corresponda, pero la realidad pasa por ahí, son patologías que no están.

**Dr. Antonio
Cosentino**

*Responsable del
Departamento de
Comisiones Médicas y
Homologación de la SRT.*

Traje un caso de un paciente, un trabajador de 28 años que comenzó a trabajar hace aproximadamente 18 meses en la industria del caucho. En una fábrica que hacían partes para automóviles. Hacía corte y pegado de gomas que se utilizaban en burletes y aislamientos en los automóviles.

Aproximadamente a los 10 meses de haber comenzado a trabajar empezó con cuadros de rinitis, picazón en vías aéreas superiores, en las fauces. Fue considerado como un cuadro de congestión vulgar.

Comienza con tos que se exacerbaba por la noche y cuando estaba dentro de la actividad laboral. Además de la tos refirió después de un interrogatorio bastante exhaustivo, persona joven, pensemos, que tenía un cierto grado de disnea. Hubo que interrogarlo bastante. Pensaba que estaba más gordo, subestimaba en realidad el síntoma. Empezamos a estudiarlo, se hizo una radiografía de tórax, y no mostró nada. La placa está dentro de los límites normales. Se hizo una espirometría, que estuvo dentro de los valores normales. Llamaba la atención que a pesar de eso, tenía una respuesta a los broncodilatadores.

Desde hace unos cuantos años, ya lo mencionamos en alguna oportunidad, tenemos la costumbre de realizar prácticamente en todos los pacientes aplicación de broncodilatadores, porque muchas veces nos encontramos frente a individuos que están con cuadro funcional normal y que tienen una respuesta significativa a los broncodilatadores. Es un dato como para poder captar si existe o no... Es decir, que tenga respuesta está hablando de que algún grado de reactividad en la vía aérea existía.

Se le hizo una serie de estudios de laboratorio, eran todos dentro de los límites normales, incluso determinación de I G, dentro de los valores normales. Finalmente concluimos, seguía con sintomatología, en hacer el seguimiento. Primero medición del pico de flujo. Cuatro veces por día habría que hacerlo, es muy difícil, incluso en los pacientes que tienen asma, que no es ocupacional, poder hacer el seguimiento muchas veces. Y sabemos que tenemos unas conductas un poco erráticas, dibujamos los valores, entonces a veces no es muy útil.

Por eso insisto, hay que incentivarlo bien al paciente, al individuo, para decirle que esto es necesario e importante para ver qué pasa con su aparato respiratorio.

Hicimos el seguimiento del pico de flujo durante dos semanas, y existía variabilidad. La variabilidad de más de 20% entre el valor máximo y el mínimo en un día está hablando de que existe algún problema a nivel de las vías aéreas que existe un componente obstructivo en las vías aéreas. Se hizo durante dos semanas. Tuvo una semana de baja laboral, y se lo hizo también durante ese tiempo, y existía en realidad un grado de variabilidad significativo.

Posteriormente se hizo un test de provocación con metacolina. El test de metacolina es sencillo, bastante incruento, es fácil de realizar. Tiene un inconveniente, que la metacolina es cara.

Se le hace nebulizar al paciente primero con solución fisiológica y luego con concentración específica de metacolina, y lo que uno va a observar qué ocurre con el FB1.

Nosotros dos casos que arrojaron datos diferentes. En primera instancia a un individuo que tiene un test de metacolina normal y no que tiene caída del FB1. El segundo paciente ante una determinada concentración de metacolina presenta una caída del FB1 del 20% con respecto a la determinación basal, que es lo que corresponde, lo que importa, no es con respecto al teórico, sino a esa determinación basal del paciente.

En este caso el paciente hace el estudio. Primero con distintas concentraciones.

Observamos que con una concentración de 0,55 mg por ml presenta una caída significativa del FB1, del 27% prácticamente. Lo que está hablando de que es un test positivo, el test inespecífico de metacolina es positivo de manera tal que acá se suspende el test, se le aplica un broncodilatador y se le hace las determinaciones hasta que recupere los valores normales o basales que tenía el paciente.

Interrogándolo nuevamente al paciente para averiguar con qué estaba trabajando, lo que utilizaba en forma diaria era pegamento que tenía como base el cianocrilato. Conclusión: esto es un asma ocupacional. Al paciente se lo recalificó. Continúa trabajando en la misma empresa en un área diferente. Si bien sigue trabajando con caucho, no tiene ningún tipo de inconveniente porque está fuera de contacto con el pegamento.

Participante: ¿Tenía alguna patología anterior a ingresar a este trabajo?

Dr. Luis Reggiani: - No, lo significativo de este paciente es que él mencionaba que después de determinado tiempo de haber estado en el ambiente laboral presentó el primer cuadro de rinitis, después comenzó con tos y con disnea, que al principio era de esfuerzo, entonces en base a eso se fue ubicando. Tan es así que el funcional era normal. Y aparentemente no tenía demasiado compromiso... no estuve en el ambiente laboral. Se hicieron todos estos pasos.

Con el flujo medio forzado hay una discusión que lleva muchos años, que lo describió allá por los 60 y como un hallazgo enorme que el compromiso de la pequeña vía aérea. Después hubo muchísimas discusiones. Yo tuve la suerte de estar trabajando con quien describió el tema de la pequeña vía aérea. Estaba dentro de los límites normales en este caso, y tenía una relación entre unos PBC y también normales.

Muchas veces uno puede observar que existe caída del flujo medio y a veces acompaña con caída de la relación FB1-FBC con valores normales de FB1 y de FBC. También son casos llamativos que uno los puedes seguir y puede seguir estudiándolos para ver si existe alguna cosa más agregada.

De todas maneras la historia clínica y la historia laboral son muy importantes. Poder hacer un interrogatorio exhaustivo y ver bien los antecedentes familiares y personales ayuda mucho y con este individuo fue así. Y tan es así que después nunca más vino a la consulta y creemos que está bien y trabajando en el mismo lugar.

En función de lo que uno tiende a caratular sobre lo que es el asma ocupacional tenemos, yo también soy perito en la justicia y he tenido algunas discrepancias en función de la ley con algunos abogados, que usan específicamente los parámetros que dice la ley dejando de lado un montón de otros factores que son importantes.

Participante 2: - la exposición a cianocrilatos en la industria del caucho, ¿en qué parte del proceso, qué es lo que vos conozcas de esto?

Dr. Luis Reggiani: Trabajaba en la industria de autopartes que se dedicaba específicamente a hacer los burlletes y aislamientos de las puertas, y lo que utilizaban era pegamento. El hacía corte, no estaba en el proceso de la fabricación del caucho, sino en el corte y el pegamento. El único dato positivo que había era que él tenía contacto con pegamento. Tan es así que cambiado de lugar de trabajo sigue realizando trabajos con caucho, corta caucho y no tiene problemas.

En pacientes asmáticos en general, cuando uno le da el medidor de pico de flujo para hacer el control durante dos semanas muchas veces se olvidan y anotan cualquier valor. Ese es el tema. No digo que esté hecho con mala intención ni mucho menos. Es una cuestión de hábito y de conciencia.

Participante 3: - Una función pulmonar positiva a los broncodilatadores, un hiperreactivo, haya tenido mayor factor de desencadenar el asma ocupacional...

Dr. Luis Reggiani: - Eso no se. Cuando le hicimos nosotros el estudio, le hicimos broncodilatadores, teníamos la respuesta. Hacía un año y pico que estaba trabajando. No sabemos qué pasó antes, si tenía o no respuesta a los broncodilatadores. No podemos saberlo.

Participante 3: - ¿Qué hizo la empresa con este trabajador?

Dr. Luis Reggiani: - Lo recalificó. Se planteó todo el proceso y se buscó la forma de que continuara trabajando. Por eso digo, no tuvimos más noticias, se lo recalificó a un lugar donde no tenía contacto con pegamentos en general. Fue recalificado por la ART. Le ofrecían también una formación en algún otro tipo de cosas. Después de eso vino a hacer un par de controles y después nunca más lo vimos, desde hace unos meses.

Participante 4: ¿Cómo llegó a consultarlo a usted?

Dr. Luis Reggiani: - El vino a consultar por las suyas. En realidad me vino a consultar la primera vez al consultorio y después yo lo llevé al hospital. Fue a la ART, no tuvieron inconveniente. La ART Berkley.

Participante 4: ¿El síntoma principal era la tos?

Dr. Luis Reggiani: - Exacto, tos. Tal cual, es que la tos es un síntoma al que hay que darle bolilla. Y la tos que se incrementaba durante la noche también hay que darle bolilla.

Participante 5: - ¿Por qué se produce la tos?

Dr. Luis Reggiani: - Lo que pasa, para los que no son neumonólogos, tratando de ser un poco gráfico, la inflamación actúa como un cuerpo extraño. Entonces el individuo trata de desembarazarse de ese cuerpo extraño y tose. Entra en un círculo vicioso, produce más inflamación. Por eso digo que es un síntoma al que antes no se le daba tanta trascendencia.

Participante 5: - ¿Se presta más atención a las enfermedades profesionales ahora?

Dr. Luis Reggiani: - Totalmente. Yo tengo unos cuantos pacientes que trabajan en curtiembres, con asma ocupacional. El médico que está en una de esas curtiembres, cuando le aparece alguien me lo manda inmediatamente al hospital, ya está alertado, y hay muchos casos, muchos más de los que creemos.

Participante 6: - Soy médico laboral. Nosotros tenemos una hilandería muy grande, que antes de la gran tecnología tenía más de 1500 empleados, ahora quedaron con mil. El examen preocupacional que se les hace es bastante exigente, y todo candidato que manifieste en la declaración jurada haber tenido o tener asma, ya no ingresa, y se le explica que no ingresa para que no se agrave su asma. Para evitar el problema de que digan que hay discriminación. Igual que con el fumador. Ya lo discriminaron, pero se le explica porqué. En otros lugares no lo explican.

Sí, le avisan. Por supuesto se le hacen todos los test posibles, de espirometría, todo, igual que los exámenes periódicos. Que no sé exactamente quién los paga, creo que la ART, se les hace espirometría y toda la batería, se contrata un neumonólogo que les hace a todos, aparte de la buena historia laboral y todas esas cosas.

Aparte de la espirometría y el examen clínico ¿se podría hacer otra cosa? Acordate que no solo estamos en la Argentina, sino que estamos en Corrientes, por la parte económica te digo.

Dra. Lilián Capone: - Para mí el test de provocación inespecífica se tiene que hacer, que no es tan... Y otra de las cosas es monitorear el ambiente de trabajo. Porque en la medida que uno no reúne riesgo y daño, nos instalamos en el daño y seguimos hablando... "este no entra porque es atópico, el otro porque tose..."

Las textiles tienen lo suyo porque ahí hay que ver si es de algodones, el tema de la bisinosis, de la neumonitis por hipersensibilidad y el asma ocupacional. Serían los tres grandes bloques.

En la medida en que uno monitoree honestamente en el ambiente y en monitoreo biológico, es muy interesante porque se puede lograr prevención.

Más allá de la espirometría, porque te puede dar normal y tener un asma ocupacional.

Participante 7: - Desde el punto de vista de medicina del trabajo lo fundamental es el hecho de anular los factores de riesgo, me parece que el hecho de inspeccionar a un trabajador futuro de un lugar determinado es una cuestión de honestidad relativa. Pero me parece que el punto de vista tiene que ser el hecho de eliminar los riesgos. No puede ser que uno tenga un lugar de trabajo donde sabemos que hay riesgos determinados, que unos tipos están más propensos y otros menos. Desde el punto de vista de medicina del trabajo eso no puede existir. Si no se pueden obviar todos los factores de riesgo, se tomarán medidas al respecto. Pero estar en paz y tranquilos pensando que con el examen preocupacional vamos a impedir que entre un tipo que tenga propensión a la enfermedad me parece que es un lujo demasiado fino, demasiado pobre.

Dra. Lilián Capone: - El siguiente es el caso de un paciente de sexo masculino, 56 años, fumador pasivo, que consulta por pérdida de peso, tos con expectoración crónica y no tiene antecedentes de patología previa.

Es una placa incompleta, pareciera que hay hiperinsuflación, y en el vértice derecho aparece algo. Ahí hay una imagen de calcificación. Acá vemos unas placas pleurales.

Y vemos en una tomografía esta imagen que contacta la pleura, con imágenes claras, densas, más o menos homogéneas, esticuladas. Acá lo vemos, recordemos que es un paciente fundidor, fumador pasivo, con pérdida de peso.

Incluso hay como pequeños grupitos de un enfisema. Acá hay otro corte. Se ve la misma imagen.

En la tomografía es una imagen esticulada en base pulmonar y placas pleurales calcificadas, se hizo una fibrobroncoscopia con lesiones exofísicas sangrantes, 25% de linfocitosis y se observa que hay amianto en el lavado broncoalveolar.

Como antecedente laboral, era jefe de mantenimiento durante 30 años en industria química. Utilizaba asbesto en sus elementos de protección personal. Esto lo vemos mucho. No sé hasta cuando fue la ley de higiene y seguridad que planteaba que los trabajadores expuestos al fuego debían tener barbijo, guantes... No sé si hasta hace 10 años. Y cada tanto cae algún paciente que dice "no sé si... el amianto sí, en los guantes y el arnés...", y exposición cotidiana en el mantenimiento de calderas y tuberías de calefacción. Es decir que tenía una exposición interesante.

La pregunta es ¿Es una telectasia redonda? ¿Es una tuberculosis? ¿Es una neumonía? ¿Es un neurofibrosarcoma? Esto fue hecho para "muy neumonólogos". Neoplasia de pulmón o ninguna es la correcta.

Hay dos grande entidades: la telectasia redonda, que nosotros la vemos mucho, que puede ser uni o bilateral, que es como que despegara de la pleura, y es parte de la pleura que se va invaginando y va comprimiendo el PARENQUIMA.

En Francia, que son los que más han estudiado la patología pleural no hacen nada. El resto del mundo plantea punción. Tampoco hace nada porque una punción negativa no descarta un adenocarcinoma de pulmón. Por lo tanto van a toracotomía.

Analizamos a otra paciente del sexo femenino, 45 años, ama de casa, diabetes tipo 2, expectoración hemostóica, pérdida de peso, anorexia y sudoración nocturna. Una paciente que viene con un síndrome de impregnación.

El bar directo fue positivo, el cusitivo positivo, y comienza tratamiento convencional.

En nuestro servicio le hacemos cultivo a todos los pacientes, positivos y negativos, damos cuenta con el consenso nacional para el control de la tuberculosis. Cada vez estamos más convencidos de eso. Llegamos al antibiograma y se plantea que es una tuberculosis resistente a piracinamides.

Entonces la pregunta es si esta tuberculosis es con resistencia primaria, si esta paciente se contagió de un bacilo resistente a la piracinamida. Si es resistencia secundaria, es decir, si esta paciente hizo tratamiento y lo abandonó, por lo tanto se hizo resistente. Si es una micobacteriosis atípica, es positiva pero en realidad no es una tuberculosis. Si es una tuberculosis bodics o si ninguna es la correcta.

Antecedentes conviviente: esposo tuberculosis 2002, aislamiento bodics, antibiograma piraxinamida, profesión: carnicero.

Este hombre era carnicero de un frigorífico en González Catán. Abrió una carnicería y toma los desechos del frigorífico que lo echó a la vez para venderlos. Es decir que son carnes infectadas. Por lo tanto esta mujer lo ayuda.

Parece un culebrón, pero es la importancia de la anamnesis. En este caso, tanto en el asma ocupacional como en el caso anterior, es la anamnesis, la historia clínica, el revisar el paciente, volver a revisarlo es importante y necesario. Esto lo descubrimos nosotros en una paciente que ya había ido a varios servicios. Nosotros inmediatamente, si el marido o algún familiar contacto se atendieron en la tuberculosis, vamos al laboratorio, nos fijamos la historia clínica, vemos el antibiograma. Al ser igual volvimos a interrogarla y la mujer nos cuenta que el marido era carnicero. Esta es la placa al terminar.

Queremos presentarles un caso complicado, un paciente de 26 años de edad, que está mal. No fumador. Toda la vida fue jugador de fútbol. Incluso llegó a ser jugador profesional. Le hicimos una placa que mostró una gran retracción, como parciada. Incluso pareciera un enfisema esto es muy fresco.

Tiene un síndrome restrictivo severo, del 56%, una disminución del traspaso de gases por la intersticiopatía que tiene, una hipoxemia severa. Es un intersticio engrosado. Signos incipientes de hipertensión pulmonar. Test de caminata insuficiente. Y como era una placa dudosa se descartó una sarcoidosis y la enzima convertidora de la angiotoxina es negativa.

I

Esta es la tomografía, donde vemos imágenes nodulillares. Un gran intersticio, una gran retracción. Una megatráquea. Hay partes de enfisema por retracción. Un paciente con hipertensión, grave.

Esto es de enfisema por retracción, y esto una silicosis, que es una tevesesar secular, una sarcoidosis, un carcinoma bronquiloalveolar, esto nosotros lo vemos, una hectoplasmosis difuminada, o una fibrosis pulmonar.

Es una silicosis aguda. El paciente, jugador de fútbol, metalúrgico, arenado de piezas metálicas en cabina cerrada hace dos años.

A ver, yo te pregunto, Basalo, ¿cuántos médicos le preguntan al paciente de qué trabaja? Pocos. Entonces yo digo, claro que es trampa. Porque nosotros lo presentamos como sección de patología ocupacional en los congresos de neumonología para dar cuenta que la pregunta sigue teniendo validez. Más allá si fuma o no fuma, si es o no diabético, si es o no adicto, en qué trabajaba o en qué trabajó.

Este chico tiene una silicosis aguda y está mal. Se está muriendo.

Dr. Luis Reggiani: No es suficiente, preguntale la descripción del puesto de trabajo. ¿Qué es lo que hace? “arena, ¿masticás arena?” El barbijo de tela clasifica la partícula, la que entra es la que queda, y le saca la partícula molesta que le da tos. Ni siquiera le damos la posibilidad de que haga un clirens propio. Es terrible, 26 años totalmente preventivo. Porque si hubiera mojado... Este chico está muerto. Y aquí ya discutimos fuera de la ley de riesgos del trabajo.

Participante 8: ¿Qué síntomas le describió?

Dr. Luis Reggiani: “Ahora que me lo pregunta, yo siempre fui jugador de fútbol, ahora en el segundo tiempo me canso”. Tenía una placa más o menos como ésta. Recién salido del servicio militar, sano, “me hicieron todos los estudios” entro a averiguar, era un arenador, que había trabajado un solo año ayudando a su papá que tenía una arenadora. Se murió...

Anteriormente presentamos un trabajo con 57 silicóticos. 37 acelerados y 20 crónicos. De los 37 acelerados había fallecido 10 antes de los 40 años de edad. El 25% de acelerados fallece antes de los 40 años de edad. Y no hicimos el promedio de la edad del fallecimiento, pero hemos tenido en ese grupo una cantidad de gente que había fallecido incluso antes de los 30. Un poco por este problema de la silicosis acelerada o por la concentración de sílice que hay en el ambiente de trabajo que estos muchachos respiran.

Dr. Luis Reggiani
*Médico Neumólogo,
Médico Legista, Jefe del
Laboratorio Pulmonar del
Hospital Muñiz del GCBA*

Traje un caso de un paciente, un trabajador de 28 años que comenzó a trabajar hace aproximadamente 18 meses en la industria del caucho. En una fábrica que hacían partes para automóviles. Hacía corte y pegado de gomas que se utilizaban en burletes y aislamientos en los automóviles.

Aproximadamente a los 10 meses de haber comenzado a trabajar empezó con cuadros de rinitis, picazón en vías aéreas superiores, en las fauces. Fue considerado como un cuadro de congestión vulgar.

Comienza con tos que se exacerbaba por la noche y cuando estaba dentro de la actividad laboral. Además de la tos refirió después de un interrogatorio bastante exhaustivo, persona joven, pensemos, que tenía un cierto grado de disnea. Hubo que interrogarlo bastante. Pensaba que estaba más gordo, subestimaba en realidad el síntoma. Empezamos a estudiarlo, se hizo una radiografía de tórax, y no mostró nada. La placa está dentro de los límites normales. Se hizo una espirometría, que estuvo dentro de los valores normales. Llamaba la atención que a pesar de eso, tenía una respuesta a los broncodilatadores.

Desde hace unos cuantos años, ya lo mencionamos en alguna oportunidad, tenemos la costumbre de realizar prácticamente en todos los pacientes aplicación de broncodilatadores, porque muchas veces nos encontramos frente a individuos que están con cuadro funcional normal y que tienen una respuesta significativa a los broncodilatadores. Es un dato como para poder captar si existe o no... Es decir, que tenga respuesta está hablando de que algún grado de reactividad en la vía aérea existía.

Se le hizo una serie de estudios de laboratorio, eran todos dentro de los límites normales, incluso determinación de I G, dentro de los valores normales. Finalmente concluimos, seguía con sintomatología, en hacer el seguimiento. Primero medición del pico de flujo. Cuatro veces por día habría que hacerlo, es muy difícil, incluso en los pacientes que tienen asma, que no es ocupacional, poder hacer el seguimiento muchas veces. Y sabemos que tenemos unas conductas un poco erráticas, dibujamos los valores, entonces a veces no es muy útil.

Por eso insisto, hay que incentivarlo bien al paciente, al individuo, para decirle que esto es necesario e importante para ver qué pasa con su aparato respiratorio.

Hicimos el seguimiento del pico de flujo durante dos semanas, y existía variabilidad. La variabilidad de más de 20% entre el valor máximo y el mínimo en un día está hablando de que existe algún problema a nivel de las vías aéreas que existe un componente obstructivo en las vías aéreas. Se hizo durante dos semanas. Tuvo una semana de baja laboral, y se lo hizo también durante ese tiempo, y existía en realidad un grado de variabilidad significativo.

Posteriormente se hizo un test de provocación con metacolina. El test de metacolina es sencillo, bastante incruento, es fácil de realizar. Tiene un inconveniente, que la metacolina es cara.

Se le hace nebulizar al paciente primero con solución fisiológica y luego con concentración específica de metacolina, y lo que uno va a observar qué ocurre con el FB1.

Nosotros dos casos que arrojaron datos diferentes. En primera instancia a un individuo que tiene un test de metacolina normal y no que tiene caída del FB1. El segundo paciente ante una determinada concentración de metacolina presenta una caída del FB1 del 20% con respecto a la determinación basal, que es lo que corresponde, lo que importa, no es con respecto al teórico, sino a esa determinación basal del paciente.

En este caso el paciente hace el estudio. Primero con distintas concentraciones.

Observamos que con una concentración de 0,55 mg por ml presenta una caída significativa del FB1, del 27% prácticamente. Lo que está hablando de que es un test positivo, el test inespecífico de metacolina es positivo de manera tal que acá se suspende el test, se le aplica un broncodilatador y se le hace las determinaciones hasta que recupere los valores normales o basales que tenía el paciente.

Interrogándolo nuevamente al paciente para averiguar con qué estaba trabajando, lo que utilizaba en forma diaria era pegamento que tenía como base el cianocrilato. Conclusión: esto es un asma ocupacional. Al paciente se lo recalificó. Continúa trabajando en la misma empresa en un área diferente. Si bien sigue trabajando con caucho, no tiene ningún tipo de inconveniente porque está fuera de contacto con el pegamento.

Participante: ¿Tenía alguna patología anterior a ingresar a este trabajo?

Dr. Luis Reggiani: - No, lo significativo de este paciente es que él mencionaba que después de determinado tiempo de haber estado en el ambiente laboral presentó el primer cuadro de rinitis, después comenzó con tos y con disnea, que al principio era de esfuerzo, entonces en base a eso se fue ubicando. Tan es así que el funcional era normal. Y aparentemente no tenía demasiado compromiso... no estuve en el ambiente laboral. Se hicieron todos estos pasos.

Con el flujo medio forzado hay una discusión que lleva muchos años, que lo describió allá por los 60 y como un hallazgo enorme que el compromiso de la pequeña vía aérea. Después hubo muchísimas discusiones. Yo tuve la suerte de estar trabajando con quien describió el tema de la pequeña vía aérea. Estaba dentro de los límites normales en este caso, y tenía una relación entre unos PBC y también normales.

Muchas veces uno puede observar que existe caída del flujo medio y a veces acompaña con caída de la relación FB1-FBC con valores normales de FB1 y de FBC. También son casos llamativos que uno los puedes seguir y puede seguir estudiándolos para ver si existe alguna cosa más agregada.

De todas maneras la historia clínica y la historia laboral son muy importantes. Poder hacer un interrogatorio exhaustivo y ver bien los antecedentes familiares y personales ayuda mucho y con este individuo fue así. Y tan es así que después nunca más vino a la consulta y creemos que está bien y trabajando en el mismo lugar.

En función de lo que uno tiende a caratular sobre lo que es el asma ocupacional tenemos, yo también soy perito en la justicia y he tenido algunas discrepancias en función de la ley con algunos abogados, que usan específicamente los parámetros que dice la ley dejando de lado un montón de otros factores que son importantes.

Participante 2: - la exposición a cianocrilatos en la industria del caucho, ¿en qué parte del proceso, qué es lo que vos conozcas de esto?

Dr. Luis Reggiani: Trabajaba en la industria de autopartes que se dedicaba específicamente a hacer los burletes y aislamientos de las puertas, y lo que utilizaban era pegamento. El hacía corte, no estaba en el proceso de la fabricación del caucho, sino en el corte y el pegamento. El único dato positivo que había era que él tenía contacto con pegamento. Tan es así que cambiado de lugar de trabajo sigue realizando trabajos con caucho, corta caucho y no tiene problemas.

En pacientes asmáticos en general, cuando uno le da el medidor de pico de flujo para hacer el control durante dos semanas muchas veces se olvidan y anotan cualquier valor. Ese es el tema. No digo que esté hecho con mala intención ni mucho menos. Es una cuestión de hábito y de conciencia.

Participante 3: - Una función pulmonar positiva a los broncodilatadores, un hiperreactivo, haya tenido mayor factor de desencadenar el asma ocupacional...

Dr. Luis Reggiani: - Eso no se. Cuando le hicimos nosotros el estudio, le hicimos broncodilatadores, teníamos la respuesta. Hacía un año y pico que estaba trabajando. No sabemos qué pasó antes, si tenía o no respuesta a los broncodilatadores. No podemos saberlo.

Participante 3: - ¿Qué hizo la empresa con este trabajador?

Dr. Luis Reggiani: - Lo recalificó. Se planteó todo el proceso y se buscó la forma de que continuara trabajando. Por eso digo, no tuvimos más noticias, se lo recalificó a un lugar donde no tenía contacto con pegamentos en general. Fue recalificado por la ART. Le ofrecían también una formación en algún otro tipo de cosas. Después de eso vino a hacer un par de controles y después nunca más lo vimos, desde hace unos meses.

Participante 4: ¿Cómo llegó a consultarlo a usted?

Dr. Luis Reggiani: - El vino a consultar por las suyas. En realidad me vino a consultar la primera vez al consultorio y después yo lo llevé al hospital. Fue a la ART, no tuvieron inconveniente. La ART Berkley.

Participante 4: ¿El síntoma principal era la tos?

Dr. Luis Reggiani: - Exacto, tos. Tal cual, es que la tos es un síntoma al que hay que darle bolilla. Y la tos que se incrementaba durante la noche también hay que darle bolilla.

Participante 5: - ¿Por qué se produce la tos?

Dr. Luis Reggiani: - Lo que pasa, para los que no son neumonólogos, tratando de ser un poco gráfico, la inflamación actúa como un cuerpo extraño. Entonces el individuo trata de desembarazarse

de es cuerpo extraño y tose. Entra en un círculo vicioso, produce más inflamación. Por eso digo que es un síntoma al que antes no se le daba tanta trascendencia.

Participante 5: - ¿Se presta más atención a la enfermedades profesionales ahora?

Dr. Luis Reggiani: - Totalmente. Yo tengo unos cuantos pacientes que trabajan en curtiembres, con asma ocupacional. El médico que está en una de esas curtiembres, cuando le aparece alguien me lo manda inmediatamente al hospital, ya está alertado, y hay muchos casos, muchos más de los que creemos.

Participante 6: - Soy médico laboral. Nosotros tenemos una hilandería muy grande, que antes de la gran tecnología tenía más de 1500 empleados, ahora quedaron con mil. El examen preocupacional que se les hace es bastante exigente, y todo candidato que manifieste en la declaración jurada haber tenido o tener asma, ya no ingresa, y se le explica que no ingresa para que no se agrave su asma. Para evitar el problema de que digan que hay discriminación. Igual que con el fumador. Ya lo discriminaron, pero se le explica porqué. En otros lugares no lo explican.

Sí, le avisan. Por supuesto se le hacen todos los test posibles, de espirometría, todo, igual que los exámenes periódicos. Que no sé exactamente quién los paga, creo que la ART, se les hace espirometría y toda la batería, se contrata un neumonólogo que les hace a todos, aparte de la buena historia laboral y todas esas cosas.

Aparte de la espirometría y el examen clínico ¿se podría hacer otra cosa? Acordate que no solo estamos en la Argentina, sino que estamos en Corrientes, por la parte económica te digo.

Dra. Lilián Capone: - Para mí el test de provocación inespecífica se tiene que hacer, que no es tan... Y otra de las cosas es monitorear el ambiente de trabajo. Porque en la medida que uno no reúne riesgo y daño, nos instalamos en el daño y seguimos hablando... "este no entra porque es atópico, el otro porque tose..."

Las textiles tienen lo suyo porque ahí hay que ver si es de algodones, el tema de la bisinosis, de la neumonitis por hipersensibilidad y el asma ocupacional. Serían los tres grandes bloques.

En la medida en que uno monitoree honestamente en el ambiente y en monitoreo biológico, es muy interesante porque se puede lograr prevención.

Más allá de la espirometría, porque te puede dar normal y tener un asma ocupacional.

Participante 7: - Desde el punto de vista de medicina del trabajo lo fundamental es el hecho de anular los factores de riesgo, me parece que el hecho de inspeccionar a un trabajador futuro de un lugar determinado es una cuestión de honestidad relativa. Pero me parece que el punto de vista tiene que ser el hecho de eliminar los riesgos. No puede ser que uno tenga un lugar de trabajo donde sabemos que hay riesgos determinados, que unos tipos están más propensos y otros menos. Desde el punto de vista de medicina del trabajo eso no puede existir. Si no se pueden obviar todos los factores de riesgo, se tomarán medidas al respecto. Pero estar en paz y tranquilos pensando que con el examen preocupacional vamos a impedir que entre un tipo que tenga propensión a la enfermedad me parece que es un lujo demasiado fino, demasiado pobre.

Dra. Lilián Capone: - El siguiente es el caso de un paciente de sexo masculino, 56 años, fumador pasivo, que consulta por pérdida de peso, tos con expectoración crónica y no tiene antecedentes de patología previa.

Es una placa incompleta, pareciera que hay hiperinsuflación, y en el vértice derecho aparece algo. Ahí hay una imagen de calcificación. Acá vemos unas placas pleurales.

Y vemos en una tomografía esta imagen que contacta la pleura, con imágenes claras, densas, más o menos homogéneas, esticuladas. Acá lo vemos, recordemos que es un paciente fundidor, fumador pasivo, con pérdida de peso.

Incluso hay como pequeños grupitos de un enfisema. Acá hay otro corte. Se ve la misma imagen.

En la tomografía es una imagen esticulada en base pulmonar y placas pleurales calcificadas, se hizo una fibrobroncoscopia con lesiones exofísicas sangrantes, 25% de linfocitosis y se observa que hay amianto en el lavado broncoalveolar.

Como antecedente laboral, era jefe de mantenimiento durante 30 años en industria química. Utilizaba asbesto en sus elementos de protección personal. Esto lo vemos mucho. No sé hasta cuando fue la ley de higiene y seguridad que planteaba que los trabajadores expuestos al fuego debían tener barbijo, guantes... No sé si hasta hace 10 años. Y cada tanto cae algún paciente que dice "no sé si... el amianto sí, en los guantes y el arnés...", y exposición cotidiana en el mantenimiento de calderas y tuberías de calefacción. Es decir que tenía una exposición interesante.

La pregunta es ¿Es una telectasia redonda? ¿Es una tuberculosis? ¿Es una neumonía? ¿Es un neurofibrosarcoma? Esto fue hecho para "muy neumonólogos". Neoplasia de pulmón o ninguna es la correcta.

Hay dos grande entidades: la telectasia redonda, que nosotros la vemos mucho, que puede ser uni o bilateral, que es como que despegara de la pleura, y es parte de la pleura que se va invaginando y va comprimiendo el PARENQUIMA.

En Francia, que son los que más han estudiado la patología pleural no hacen nada. El resto del mundo plantea punción. Tampoco hace nada porque una punción negativa no descarta un adenocarcinoma de pulmón. Por lo tanto van a toracotomía.

Analizamos a otra paciente del sexo femenino, 45 años, ama de casa, diabetes tipo 2, expectoración hemostóica, pérdida de peso, anorexia y sudoración nocturna. Una paciente que viene con un síndrome de impregnación.

El bar directo fue positivo, el cusitivo positivo, y comienza tratamiento convencional.

En nuestro servicio le hacemos cultivo a todos los pacientes, positivos y negativos, damos cuenta con el consenso nacional para el control de la tuberculosis. Cada vez estamos más convencidos de eso. Llegamos al antibiograma y se plantea que es una tuberculosis resistente a pirazinamidas.

Entonces la pregunta es si esta tuberculosis es con resistencia primaria, si esta paciente se contagió de un bacilo resistente a la pirazinamida. Si es resistencia secundaria, es decir, si esta paciente hizo tratamiento y lo abandonó, por lo tanto se hizo resistente. Si es una micobacteriosis atípica, es positiva pero en realidad no es una tuberculosis. Si es una tuberculosis bodics o si ninguna es la correcta.

Antecedentes conviviente: esposo tuberculosis 2002, aislamiento bodics, antibiograma pirazinamida, profesión: carnicero.

Este hombre era carnicero de un frigorífico en González Catán. Abrió una carnicería y toma los desechos del frigorífico que lo echó a la vez para venderlos. Es decir que son carnes infectadas. Por lo tanto esta mujer lo ayuda.

Parece un culebrón, pero es la importancia de la anamnesis. En este caso, tanto en el asma ocupacional como en el caso anterior, es la anamnesis, la historia clínica, el revisar el paciente, volver a revisarlo es importante y necesario. Esto lo descubrimos nosotros en una paciente que ya había ido a varios servicios. Nosotros inmediatamente, si el marido o algún familiar contacto se atendieron en la tuberculosis, vamos al laboratorio, nos fijamos la historia clínica, vemos el antibiograma. Al ser igual volvimos a interrogarla y la mujer nos cuenta que el marido era carnicero. Esta es la placa al terminar.

Queremos presentarles un caso complicado, un paciente de 26 años de edad, que está mal. No fumador. Toda la vida fue jugador de fútbol. Incluso llegó a ser jugador profesional. Le hicimos una placa que mostró una gran retracción, como parciada. Incluso pareciera un enfisema esto es muy fresco.

Tiene un síndrome restrictivo severo, del 56%, una disminución del traspaso de gases por la intersticiopatía que tiene, una hipoxemia severa. Es un intersticio engrosado. Signos incipientes de hipertensión pulmonar. Test de caminata insuficiente. Y como era una placa dudosa se descartó una sarcoidosis y la enzima convertidora de la angiotoxina es negativa.

Esta es la tomografía, donde vemos imágenes nodulillares. Un gran intersticio, una gran retracción. Una megatráquea. Hay partes de enfisema por retracción. Un paciente con hipertensión, grave.

Esto es de enfisema por retracción, y esto una silicosis, que es una tevesesar secular, una sarcoidosis, un carcinoma bronquiloalveolar, esto nosotros lo vemos, una hectoplasmosis difuminada, o una fibrosis pulmonar.

Es una silicosis aguda. El paciente, jugador de fútbol, metalúrgico, arenado de piezas metálicas en cabina cerrada hace dos años.

A ver, yo te pregunto, Basalo, ¿cuántos médicos le preguntan al paciente de qué trabaja? Pocos. Entonces yo digo, claro que es trampa. Porque nosotros lo presentamos como sección de patología ocupacional en los congresos de neumonología para dar cuenta que la pregunta sigue teniendo validez. Más allá si fuma o no fuma, si es o no diabético, si es o no adicto, en qué trabajaba o en qué trabajó.

Este chico tiene una silicosis aguda y está mal. Se está muriendo.

Dr. Luis Reggiani: No es suficiente, preguntale la descripción del puesto de trabajo. ¿Qué es lo que hace? "arena, ¿masticás arena?" El barbijo de tela clasifica la partícula, la que entra es la que queda, y le saca la partícula molesta que le da tos. Ni siquiera le damos la posibilidad de que haga un clirens propio. Es terrible, 26 años totalmente preventivo. Porque si hubiera mojado... Este chico está muerto. Y aquí ya discutimos fuera de la ley de riesgos del trabajo.

Participante 8: ¿Qué síntomas le describió?

Dr. Luis Reggiani: -"Ahora que me lo pregunta, yo siempre fui jugador de fútbol, ahora en el segundo tiempo me canso". Tenía una placa más o menos como ésta. Recién salido del servicio militar, sano, "me hicieron todos los estudios" entro a averiguar, era un arenador, que había trabajado un solo año ayudando a su papá que tenía una arenadora. Se murió...

Anteriormente presentamos un trabajo con 57 silicóticos. 37 acelerados y 20 crónicos. De los 37 acelerados había fallecido 10 antes de los 40 años de edad. El 25% de acelerados fallece antes de los 40 años de edad. Y no hicimos el promedio de la edad del fallecimiento, pero hemos tenido en ese grupo una cantidad de gente que había fallecido incluso antes de los 30. Un poco por este problema de la silicosis acelerada o por la concentración de sílice que hay en el ambiente de trabajo que estos muchachos respiran.

Vamos a hacer una breve presentación por parte de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT), explicarles dos cosas. Algunos datos de las estadísticas que hoy están publicadas. Este informe lo tienen en la página web de la SRT, y luego voy a contarles muy rápidamente las modificaciones a los sistemas de notificación y registro que estableció la SRT y que tienen vigencia a partir del 1° de enero de 2008.

Dr. Héctor Nieto
*Responsable de la
Subgerencia de Estudios,
Formación y Desarrollo,
SRT*

Lo primero que quería aclararles era los datos referidos al último período estadístico analizado, para que podamos tomar clara idea de qué estamos hablando.

El sistema de riesgos de trabajo durante el año 2006 cubrió en promedio 6.674.654 trabajadores. Debo recordar aquí que la población económicamente activa de la República Argentina para el mismo período es cercana a los 17 millones de trabajadores.

Estos 6,6 millones cubiertos representan el récord histórico de trabajadores cubiertos por el sistema de riesgos del trabajo en la Argentina, notificaron al sistema 635.874 casos. De los cuales, 538.630 tuvieron días de baja, 995 trabajadores murieron durante el 2006 como consecuencia de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales en la República Argentina.

453.000 de estos casos ocurrieron exclusivamente en el lugar de trabajo. Es decir, han sido casos de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales con baja, excluyendo los accidentes en tránsito, in itinere. El número de muertos en los lugares de trabajo alcanzó a 605 trabajadores en el mismo año. Son cifras oficiales.

Al realizar los índices de incidencia, conforme la sistemática que propone la OIT que en el año 2006, 80,7 de cada 1000 trabajadores asegurados notificaron algún caso de accidentes de trabajo o enfermedad profesional.

149,07 por cada millón de trabajadores asegurados en el sistema de riesgos del trabajo argentino murió durante 2006 como consecuencia de exposiciones de origen ocupacional.

Cuando vamos a revisar los índices hacia los accidentes y enfermedades excluyendo in itinere, ese índice desciende a 67,9 por cada mil, y lo mismo sucede con el índice de incidencia de fallecidos a 90,6 por cada millón de trabajadores asegurados.

Cuando decimos AT/EP, el 35% de las muertes ocurren en el trayecto (en itinere). Solo el 11% de los accidentes ocurren en el trayecto.

11,2 del total de notificados para el 2006, 10,8 en 2005.

Fíjense el crecimiento en la notificación de enfermedades profesionales, casi 3000 casos más de enfermedades profesionales diagnosticadas hacia el 2006.

Yo no quiero enfatizar mucho con estas cifras, porque quiero meterme en las modificaciones al sistema de notificación. Pero cuando nos metemos al interior de las enfermedades profesionales notificadas en el sistema nos enteramos que las trabajadoras y los trabajadores argentinos eminentemente sufren dos patologías, que llevan más del 85% de todos los diagnósticos.

La primera y más frecuente es la hipoacusia inducida por ruido.

La segunda, la patología de las cuerdas vocales en las mujeres.

La incidencia de enfermedades profesionales en las mujeres es importante en determinada edad, porque una de las patologías más frecuentemente notificadas es ésta.

Sorprende en todo caso que en la República Argentina el listado de enfermedades profesionales con todas las críticas que podamos hacerle a ese listado por insuficiencia o por inexacto registra más de 440 cuadros clínicos, sin embargo estos dos diagnósticos se llevan más del 85% de todos los registros. El resto de los 438 cuadros clínicos ocupan el 15%. Y créanme que cuando hacemos el agregado, no son más de cinco o seis patologías.

A partir de esto, algunas patologías osteomusculares por posiciones forzadas y movimientos repetitivos, alguna que otra patología renal, alguna neurológica, y se nos acabó el listado. Así que el problema que seguimos viendo el escaso diagnóstico de la enfermedad profesional que conlleva a una escasa notificación de la misma.

Éste es el problema que nosotros vemos desde la SRT.

La evolución del sistema entre el 2002 hacia el 2006, simplemente para que vean la incidencia de accidentes y enfermedades profesionales diagnosticadas al sistema entre esos años, tiene una tendencia creciente.

Es decir, hay mayor cantidad de trabajadores cubiertos por el sistema, hay mayor cantidad de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales notificadas, y la proporción entre ellas está creciendo. Entre el 2005 y el 2006 hay una reducción mínima en términos estadísticos poco significativa, de 0,8 décimas. Pero en la serie histórica se está mostrando un aumento de la accidentalidad de los trabajadores en la República Argentina.

Analizando la evolución del sistema entre 2002 y 2006, observamos la disparidad entre el crecimiento de la cobertura de trabajadores y las notificaciones de los casos. En algún momento vamos a ver como los trabajadores y los casos notificados tienen a acercarse a los cubiertos. La incidencia está creciendo. Los casos notificados con baja laboral, y los in itinere crecen a lo largo de los años, y lo hacen en términos de incidencias, no solo en términos de números absolutos.

Tenemos algunos otros datos, los invito a que consulten la página Web, porque de alguna manera esto nos da cuenta de cuál es el impacto que están teniendo las condiciones de trabajo en la salud de los trabajadores. Y creemos que es una parte de ese impacto. Nos queda claro que se notifican aquellos casos que los trabajadores conocen el acceso al sistema de riesgos del trabajo. Aquellos casos en los que superan las barreras de notificación, y esos casos llegan.

Sabemos que hay una cantidad de otros que no conocen el funcionamiento del sistema que muchas veces terminan siendo asistidos por fuera del sistema de riesgos del trabajo. Esperemos que cada vez sean menos, pero lo cierto es que esto está ocurriendo.

Como un intento para mejorar lo que desde la SRT podemos mejorar. Porque la SRT puede trabajar mucho en la mejora de los sistema de registro y de las notificaciones, y podemos exigir a las ART que hagan mejor la tarea de diagnosticar y notificar las enfermedades profesionales. Pero lo cierto es que

seguimos teniendo un grave problema, y en esto voy a hablar en primera persona. El problema lo tiene el sector salud a la hora de entender al trabajo como determinante del proceso de salud y enfermedad. Todavía sigue siendo muy poco frecuente que aún en los programas sanitarios, ya no hablo de la atención cotidiana de enfermos, que aún quienes tienen la obligación de hacer la programación sanitaria en la Argentina entiendan al trabajo como uno de los determinantes de este proceso de salud y enfermedad.

Así es que asistimos a la carencia de la especificidad a la hora de atender enfermos en materia de salud laboral. Son muy pocas las áreas donde alguien que cree sufrir una enfermedad de origen laboral puede ir a consultar más allá de la obra social en términos genéricos o más allá de los servicios generales de los hospitales. La carencia de servicios de medicina del trabajo, de salud de los trabajadores, es evidente en la Argentina, no solamente en la ciudad de Buenos Aires sino en todo el país.

Desde la SRT, entonces, se ha propuesto intentar modificar este esquema. Es muy sencillo. Es el esquema por el que se presenta el flujo de la información y la manera en que llega la información de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional a la SRT. Aparecen varios actores en este escenario. El primero es el trabajador que sufre la dolencia, luego el empleador, que debiera estar atendiendo la demanda del trabajador derivando a su centro médico, completando una denuncia el propio empleador o el propio centro médico asistencial, y así empezamos a tener el primero de los conflictos. Cuando el empleador no conoce cómo se llena la denuncia, y cómo el prestador del sistema al que está derivando tampoco.

Y muchas veces esta denuncia de enfermedad o accidente está siendo completada por un administrativo que poco y nada conoce del sistema de riesgos del trabajo y mucho menos de medicina.

Luego ingresa la figura de la ART, donde solicita y recupera la información que fue producida a través del empleador y sus prestadores. Realiza modificaciones y notificaciones, solicita, analiza las altas, acepta o rechaza casos, vuelve al prestador, y parte de esta información, cuando la ART acepta el caso está obligada a enviársela a la SRT a través de un sistema de intercambio de información.

Es allí donde nos hemos propuesto trabajar y para esto hubo que modificar alguna normativa que estaba vigente. Esto está vigente en el sistema de riesgos del trabajo desde hace mucho tiempo. En 1998, se promulgó la resolución N° 15, que dio la estructura de las denuncias de accidentes de trabajo y enfermedad profesional. Se modifican en el 2001, con la resolución N° 521, que fue complementada con la resolución N° 105 del 2002.

Estas resoluciones son modificadas a partir del 1 de enero de 2008 la puesta en vigencia, las resoluciones N° 1601 y N° 1604 ya están vigentes, su fecha de puesta en vigor es el 1° de enero, donde se crea un registro separado de enfermedades profesionales distinto del de accidentes de trabajo.

Hasta el 31 de diciembre hay un único formato de denuncia de accidente de trabajo y de enfermedad profesional. A partir del 1° de enero hay dos formatos, uno para enfermedad profesional y uno para accidentes de trabajo.

En un intento de mejorar la capacidad de notificación. Utiliza un instrumento un poco más amigable que posibilita mejor la denuncia de una enfermedad profesional. La SRT crea un registro de enfermedades profesionales independiente del de accidentes de trabajo. Vamos a tener allí un enfoque específico de la enfermedad profesional

Pregunta 9: - ¿Población económicamente activa 17 millones, hablan de todo el país?

Dr. Héctor Nieto: Exactamente.

Participante 9: - Está bien, pero en todo el país. Cuando ustedes hablan de 6 millones de obreros registrados ¿hablan de todo el país o solamente de la ciudad de Buenos Aires? La SRT no tiene jurisdicción fuera de los límites de la ciudad de Buenos Aires...

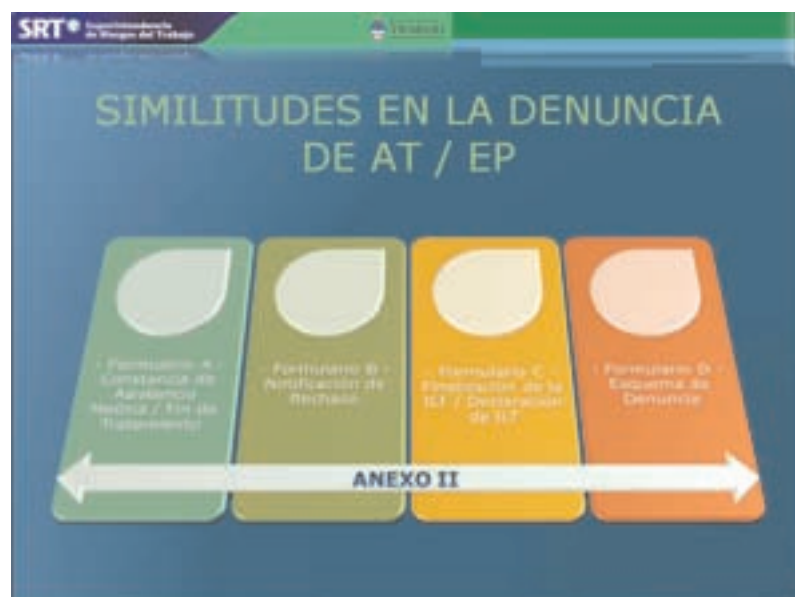
Dr. Héctor Nieto: -Lo que no tiene jurisdicción la SRT es en poder de policía. Si viene un trabajador

de la provincia de Jujuy denunciándonos que en la cosecha del tabaco en el cultivo, se está usando bromuro de metilo y se utilizan mujeres y menores, lo que hacemos es transferir esa denuncia a la administración de trabajo local, que es quien tiene la jurisdicción directa. En este sentido, hay convenios entre la SRT, Ministerio de Trabajo de la Nación y ministerios de trabajo o secretarías provinciales. Pero el poder de policía es federal en la Argentina. Distinto es el control del sistema de riesgos del trabajo, que tiene en la SRT el organismo de contralor del ejercicio de las funciones de las ART.

Van a encontrar muchas similitudes entre la denuncia de un accidente de trabajo y de una enfermedad profesional. Las instrucciones, las obligaciones, la atención del trabajador, esto no se modifica, es lo mismo para un caso que para el otro. La denuncia de enfermedad tiene formulario distinto, el sistema de notificación no cambia. Es similar al anterior.



Estos son formularios que para quienes están en las ART, los formularios A, B, C, en general no han sufrido mayores modificaciones. Se cambian algunos aspectos muy operativos de estos formularios para poder levantar algunos datos del registro. La instrumentación de la registración claramente en la medida en que se crea el registro de enfermedades profesionales se tiene que modificar el registro de accidentes que antes contenía ambos.



Las resoluciones tal vez les interese conocer a ustedes el número. La resolución que crea la operatividad del registro de enfermedades profesionales es la resolución N°1601. La que modifica el registro de accidentes de trabajo es la N° 1604.

Están publicadas en nuestra página.

Hay una disposición de la gerencia de Prevención y Control que por estos días está saliendo a publicidad, la inicialamos ayer o anteayer, así que seguramente la estamos publicando en estos días, la disposición que de alguna manera determina los mecanismos para la puesta en marcha, las cuestiones en cuanto al intercambio informativo, los tamaños de los campos, la longitud de los campos, eso se está poniendo en vigencia el 1° de enero.

Las ARTs ya están haciendo pruebas con la SRT de intercambio sobre este nuevo formato.

Algunas cosas que probablemente resulten interesantes que se conozcan en el sistema y a lo mejor habría que trabajar desde publicidad también en esto para que se conozca la existencia de estos registros.

La denuncia de enfermedades profesionales contempla unas tablas donde se van a seleccionar entre otras cosas los agentes causantes, y estos son, como mínimo los agentes causantes que están en el decreto N° 658, es decir, el listado de enfermedades profesionales. Si hoy cualquiera de nosotros quería hacer una denuncia de enfermedades profesionales iba a la denuncia de accidentes de trabajo y no encontraba estos asuntos. Algunos no estaban. Ahora va a haber una tabla con los agentes de riesgo del listado de enfermedades profesionales.

Diagnóstico, y las aseguradoras y las empleadoras y los prestadores y los trabajadores van a tener la posibilidad de utilizar tres diagnósticos por cada sistema de registro. Por un mismo agente de riesgo se puede tener más de un diagnóstico. Esto va a estar contemplado. Lo mismo que en la zona del cuerpo afectada.

En cambio, en el caso de accidentes de trabajo ustedes van a dejar de encontrar el agente de riesgo para ir directamente al agente material asociado. Los agentes, insistimos, son los del listado, aparece entonces una tabla de agente material asociado que fue tomada de la Unión Europea, pero que, por supuesto, hemos tenido que ajustar a nuestra posibilidad operativa. El sistema de la UE es bastante extenso, hubiera sido prácticamente imposible de utilizar, son muchas variables para cada uno de los campos. Era prácticamente imposible pensar en utilizar un sistema así.

La forma de accidente, el diagnóstico, la zona del cuerpo y la naturaleza de la lesión que sí se siguen denunciando en el caso de accidentes de trabajo.

Para enfermedades profesionales se están pidiendo ahora cuestiones tales como antigüedad en el puesto, turno de trabajo, puesto anterior al diagnóstico de la enfermedad profesional, etc.

Se comienzan a incluir cuestiones como la antigüedad en el puesto anterior, agente causante, agente material asociado, tiempo de exposición al agente causante, examen periódico, en qué momento se hizo ese diagnóstico de enfermedad profesional.

La República Argentina a partir de estas modificaciones va a tener la posibilidad de contar con un registro en el caso de la enfermedad profesional que va a dar algo de cuenta de la historia en la que se dio esta enfermedad profesional. No es una historia clínica ocupacional, ojalá algún día podamos tener una historia clínica ocupacional, pero al menos vamos a poder tener algunos otros elementos.

Se analizan otros datos como fecha del último examen periódico, otros diagnósticos, como decíamos, zonas del cuerpo, en qué tipo de examen se hizo la detección de este diagnóstico y dónde fue hecho. Eso también se va a pedir en la denuncia.

Fecha de inicio de la inasistencia laboral, y aquí dejamos de utilizar un término que nos traía bastante complicación, que era primera manifestación invalidante.

Entonces hemos preferido utilizar –y esto se ha consensuado– el tema de la inasistencia laboral, para utilizar un criterio que no ofrezca dudas.

Fecha de declaración en que la ART estimó la incapacidad laboral permanente, las fechas de los diagnósticos, el número de diagnóstico el número de denuncias en el ROAM. La SRT tiene un registro operativo de auditorías médicas. Esto es un registro que hace que las ARTs denotifiquen, son 19 diagnósticos que deben ser obligatoriamente denunciados por las ARTs en las primeras 48 horas de ocurrido el accidente o enfermedad profesional. Son diagnósticos que dan cuenta de patologías trazadoras en términos de la calidad y la necesidad de recursos y prestaciones que deben ser brindadas.

Muchas veces patologías que habían sido notificadas al ROAM luego no nos entraban en el registro, o viceversa. De manera que ahora vamos a intentar unificar esta información. Por supuesto también el año de denuncia. En fin, algunos intentos por mejorar los sistemas de registro.

Los datos que se solicitan en caso de accidentes de trabajo, prácticamente repetimos lo que veíamos para el caso de enfermedad profesional. Tal vez la diferencia más ostensible esté en el concepto de agente material asociado en lugar de accidente causante, que es una cuestión meramente semántica, hace a la cuestión concreta de la exposición, de la forma en la que ha tomado contacto el trabajador con el agente de riesgo.

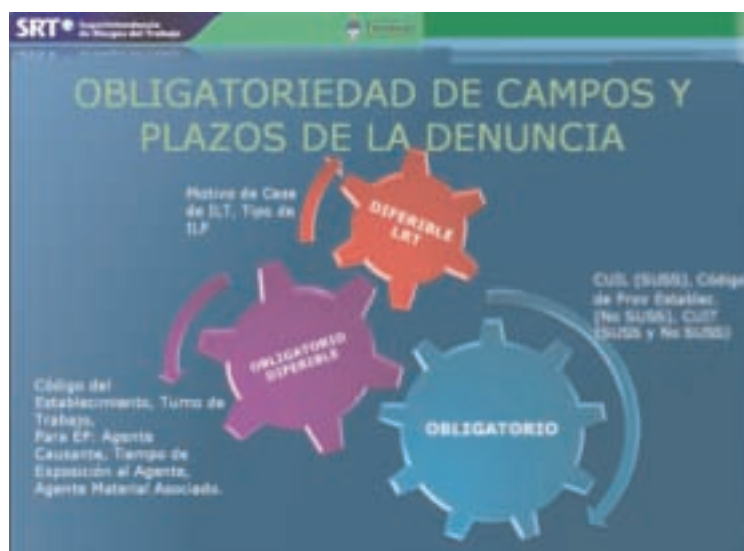
Esto es algo con lo que nosotros pensamos identificar las denuncias. Internamente la SRT a través del programa de simplificación registral puede identificar a través del cuit del empleador, del código de establecimiento, del cuil del trabajador, y con todo esto acercarnos a la actividad económica principal del establecimiento, códigos de provincia, códigos de provincia del establecimiento, puestos de trabajo, fechas de nacimiento, etc.

Son una cantidad de datos que la SRT cruza con la AFIP y con la ANSES.

Algunas de las críticas que hacían las ARTs cuando les ofrecíamos el modelo de denuncia de enfermedad profesional y de accidente era cómo vamos a hacer para tener todos esos datos en el tiempo que las ARTs tienen para denunciar a la SRT los accidentes o enfermedades.

Una vez que una ART toma un caso, ya sea de accidente o de enfermedad, en un plazo máximo de 45 días debe registrarlo en el Registro Nacional de Accidentes de Trabajo y enfermedades profesionales.

Aquí entonces hemos establecido una cantidad de campos obligatorios. Una denuncia no puede ingresar si no tiene estos campos. Hay algunos plazos que se extienden un poco, tales como código de establecimiento, agentes causantes, tiempos de exposición, porque se entiende que va a mediar una investigación para entender estos fenómenos, y por fin hay algunos tiempos, como el motivo de cese de la incapacidad laboral, o el tipo de incapacidad laboral permanente, que se requiere del dictamen de la comisión médica para tenerlo. Entonces eso va a requerir el tiempo que la doctora Lázaro estime.



Entre otras de las cosas que va a llevar el sistema de riesgos de trabajo a partir de la puesta en marcha de estos registros, las enfermedades y accidentes van a llevar una numeración. Actualmente la tienen, pero hay que crear una nueva a partir de la apertura de ambos registros, y cada uno tiene su propia numeración particular. Y el número de los registros, ya sea de enfermedad profesional o de accidente de trabajo será separado, pudiendo la ART conservar una numeración propia interna. Pero eso es secuencial. Nosotros vamos a poder auditar los casos por aseguradora a partir de la numeración secuencial que tiene la ART. Esto nos permite, desde el organismo de control, auditar a las ARTs en términos de en qué se han basado para hacernos la notificación del caso.

Vamos a fiscalizar a través de auditorías, que se van a hacer en el terreno. Auditores que salen a ver en cada una de las ARTs, cómo se sustentan cada uno de los registros que envían a la SRT. Hay un monitoreo permanente tanto lo que ingresa como lo que se modifica, lo que se da de alta o de baja por parte de las ARTs. Además estamos sosteniendo reuniones con los responsables técnicos, tanto informáticos como médicos, de las ARTs. Estamos encontrando a veces diagnósticos que son incongruentes o inverosímiles. Diagnósticos por la clasificación CI 10, que dan cuenta de diagnósticos genéticos de nacimiento. Y uno se pregunta de qué manera en un trabajador activo se ha producido esto inmediatamente.

Hay una aseguradora que tiene cerca de 2000 registros de goma, goma sifilítico, y nos llamó la atención. Parece que hay un error en alguien que clasifica. Llamaría la atención que esto suceda.

Encontramos otra ART que tenía algo así como 285 casos de seroconversión por punzo cortantes. Nos llamó la atención, porque nos ponía en cabeza de las estadísticas internacionales. Teníamos una cantidad de seroconversiones de VIH. Así que nos sentamos con los colegas, y en general nos pasa esto.

Cuando nos sentamos con los colegas médicos y les mostramos esto, inmediatamente se reconoce el hecho y se modifica rápidamente. Nos hemos dado cuenta que las áreas médicas de las ARTs muchas veces no participan del sistema de notificación y registro.

Definitivamente es un tema que los supera, está por otro lado. Los responsables médicos, cuando les mostramos estos errores dicen que se avergüenzan.

Pueden ser los data entries, los prestadores, las empleadas de las clínicas, cargan lo que les parece, codifican lo que creen y ya.

Con respecto a la baja de accidentes y enfermedades profesionales hay una posibilidad de que las ARTs modifiquen el sistema de registro, pero para esto van a tener que dar de baja un registro y darle de alta a uno nuevo.

Esto que se ha planteado en el caso de una comisión médica está previsto en el sistema, el mecanismo es ese. Se le da la baja al registro anterior y se le da el alta a uno nuevo. Pero no es una cuestión tan sencilla que las aseguradoras puedan dar de baja o alta cuando les parece. Se les está pidiendo una serie de elementos. Primero lo hacen a través de la EXTRANET, lo pueden hacer por disquete, y deben mantener algunas modalidades como la constancia de recepción que la SRT le hace de los elementos probatorios del porqué se le da la baja, y qué elementos probatorios le estamos pidiendo.

Las ARTs nos pueden mostrar un error en un campo clave, tipificaron mal algunos de los campos que identifica. El registro está duplicado, es decir que por alguna cuestión se han enviado dos respecto del mismo trabajador.

Esto a veces sucede con trabajadores que tienen doble empleo. En el caso de la docencia es bastante común. Docentes que tienen dos escuelas, que tienen dos ARTs, hace que a veces el caso nos entra por duplicado.

Cuando corresponde a una denuncia de accidente de trabajo y es una enfermedad profesional, o cuando corresponde una denuncia a la inversa, de enfermedad profesional y es accidente de trabajo. Esto está previsto pero tienen que presentar las acreditaciones desde el punto de vista de respaldo a estas bajas. La documentación médica, que deberá ser legible, que acredite la consistencia de la solicitud de la baja. Debe demostrarse el porqué se ha tomado como enfermedad profesional cuando era un accidente de trabajo o viceversa, y tiene que haber una documentación administrativa legible. Cuando van nuestros auditores a la ART para revisar los casos de baja, debe haber documentación que lo respalde. Los certificados médicos del caso, los diagnósticos, etc. Y eso lo estamos revisando.

Se les rechazan registros a las ARTs cuando faltan datos en algunos campos. Cuando hay inconsistencia en la documentación presentada, cuando cualquier motivo que impida el procesamiento de los datos o si existieran y se especificaran para cada archivo las causales de rechazo particulares porque se hace la vigilancia de cada uno de los archivos de las ARTs.

Hoy la SRT tiene una tasa de rechazo de cerca de un tercio de la información que mandan cada día las ARTs. No sé si pueden ustedes llegar a dimensionar el volumen de información que significa esto.

Yo recién mencionaba más de 660 mil casos por año, ya hemos superado los 7 millones de trabajadores asegurados, con lo cual existen los registros de los contratos de estos trabajadores, el histórico de los accidentes de trabajo y de estos trabajadores, además de los empleadores, de los cuits de esos empleadores, de las actividades que tienen, y todo el tiempo los contratos que se van produciendo dentro del sistema de riesgos del trabajo van siendo informados a la SRT.

Eso da un volumen de datos muy grande. Un tercio normalmente es rechazado por alguno de estos errores, y luego viene el otro trabajo, que vuelvan a ingresar bien.

Hay que disponer entonces de un equipo de trabajo que monitoree que esos datos vuelvan a ingresar al sistema y no se pierdan.

Éste es uno de los formularios que utilizan las ARTs cuando deben dar de baja, que va a seguir vigente.

Participante 8: - Los trabajadores no suelen saber como es el mecanismo ante una enfermedad profesional y/o accidente laboral. Se lo deberían explicar.

Dr. Héctor Nieto: - Seguro. Es que el trabajador debe estar en este punto asesorado. Ya sea por el empleador, por la aseguradora. No, no lo está.

Participante 10: - ¿Cómo es el mecanismo cuando un trabajador hace una denuncia de un accidente laboral o que se enfermó por su trabajador?

Dr. Héctor Nieto: - La denuncia al sistema para que ingrese al sistema de registro de un accidente de trabajo es por la ART. Lo que hace ese trabajador cuando hace la denuncia per se a la SRT es hacer que la aseguradora lo tome. El ingreso del caso es a través de la ART. O a través de comisión médica. No ingresa al registro...

Participante 10: ¿Cómo se entera un trabajador que su caso fue rechazado?

R: - Los rechazos también son notificados. Las ARTs rechazan los casos. Nosotros hacemos una auditoría de los rechazos. Estos son rechazos informáticos. Vos estás hablando de rechazos de causa médica. Son dos formas de rechazo que la SRT mide.

Desde mi área se hace la auditoría de rechazo informático. Del área de ustedes, de salud de los trabajadores se hace la auditoría de los rechazos médicos.

Hay equipos de trabajo en áreas distintas de la SRT trabajando en esta cuestión.

Dudas, preguntas...

Participante 11: - ¿Los empleadores están al tanto de los próximos cambios del sistema?

Dr. Héctor Nieto: - Las ARTs están obligadas a informar a los empleadores de estas modificaciones. De todas maneras hay un compromiso asumido porque la SRT publicite este tipo de modificaciones

Participante 12: - ¿Qué pasa si no le llega la información al empleador o la quiere desoír?

Dr. Héctor Nieto: - En todo caso es un problema de la ART, de asegurarse que la información le llegue como la tiene que denunciar. Es la aseguradora la que tiene que informar a la empresa.

Participante 12: - ¿Esto ya está en práctica?

Dr. Héctor Nieto: - No. Estamos haciendo pruebas. Las aseguradoras ya están teniendo ese período de aprendizaje. Y estamos haciendo pruebas con las ARTs. Las ARTs a partir del 1° de enero tiene 45 días, esto lo van a modificar a mediados de febrero. Un accidente que ocurra el primero de enero lo notificarán el 15 de febrero, por ejemplo.

Ese es el tiempo que tienen para anunciarles a todos sus afiliados de los sistemas. Van a tener que hacerlo.

Yo les agradezco mucho su participación en estos ateneos, pensamos que en el 2008 vamos a seguir con este tipo de actividades. Para nosotros ha sido altamente gratificante, muy rica, y creo que nos ha permitido entender desde el otro lado, que es el lado de lo asistencial, el lado de los trabajadores, el lado de los especialistas en higiene y seguridad, cómo se ven las problemáticas que a veces por separado las vemos distintas. Nos parece que es una buena dinámica de integración y esperamos poder continuar con esto y contar con la presencia de ustedes. En nombre de la SRT les doy las gracias a todos.