

Análisis de la discapacidad y la minusvalía en rehabilitación según la Clasificación Internacional de Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía

J.M.^a GARCÍA SORO^a, M. RAMOS SOLCHAGA^b y M. GONZÁLEZ ESPEJO^c

^aJefe de Sección. ^bFacultativo Especialista de Área (FEA). ^cJefe de Servicio. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Universitario Clínica Puerta de Hierro. Madrid.

Resumen.—Se realiza la descripción de las características de una muestra de 2.000 pacientes, basándose en el Sistema de Datos Uniformes para la Rehabilitación Médica y en el manual ICIDH-I de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El objetivo del trabajo es describir el perfil de una consulta externa de rehabilitación y obtener datos sobre discapacidades y minusvalías.

Con ayuda del servicio de bioestadística e informática del hospital, se elaboró un programa para obtener una base de datos, utilizando el sistema EPI-INFO 6 para bioestadística. Para valorar la gravedad de la discapacidad se tuvieron en cuenta los criterios contenidos en el manual ICIDH-I que emplea siete niveles funcionales.

La edad media de la muestra fue de $51,43 \pm 18,69$ años (límites, 4-98). Hay predominio de mujeres (60 %) sobre varones (40 %).

Las discapacidades más frecuentes fueron las de locomoción (44,16 %), disposición del cuerpo (20,07 %) y cuidado personal (16,42 %).

Al final del tratamiento seguían con uno o varios tipos de discapacidad 439 pacientes (21,95 % de la muestra). De ellos, el 69,95 % tenían dificultad para moverse, realizar tareas útiles y/o caminar y/o desplazarse dentro y/o fuera de su domicilio. La discapacidad era de grado leve o moderado en el 66,51 %, e importante o grave en el 33,48 %. El grupo de discapacitados tenía una edad media aproximadamente 10 años superior a la de la muestra. La *t* de Student demostró una diferencia significativa, lo que indica que los discapacitados tienen como grupo edades superiores a las medias de población y también que la proporción de discapacitados aumenta con la edad. La proporción de discapacitados en un grupo de edad de 65 y más años es del 32 %, mientras que para edades comprendidas entre los 16 y los 65 años es del 4,59 %. En conjunto, entre los discapacitados había predominio femenino (57,95 % mujeres; 42,04 % varones), pero cuando se consideraron las edades, pudo comprobarse que entre los 20 y los

65 años las proporciones se invertían y eran mayoría los varones con discapacidad (55 % varones; 45 % mujeres).

De los 439 discapacitados, 199 reunían además los criterios para ser considerados minusválidos, y entre ellos, la minusvalía más frecuente era la ocupacional, que representaba el 32,85 % de todas las minusvalías y se registraba en el 66,26 % de los minusválidos. La minusvalía más grave es la de orientación, que supone el 5,47 % de todas las minusvalías y afecta al 2,43 % de nuestro grupo de minusválidos y que, generalmente, se produce por lesión cerebral adquirida, deficiencias sensoriales y/u otras deficiencias psicológicas (como trastornos de la conducta o de los impulsos, etc.). Las minusvalías habituales en nuestro medio son las de independencia física (23,57 %) y de movilidad (29,28 %), relacionadas habitualmente con la lesión medular, y las deficiencias osteoarticulares y/o musculoesqueléticas. Cuando se valoró la gravedad, se encontró que 147 pacientes (que eran los que sufrían discapacidades de nivel 4, 5 o 6 de la escala ICIDH-I) componían el grupo con minusvalías más graves, pero sólo 51 (es decir, el 12 % de nuestros discapacitados) precisaban una asistencia total o continuada.

Palabras clave: *Rehabilitación. Deficiencia. Discapacidad. Minusvalía.*

ANALYSIS OF DISABILITIES AND HANDICAPS IN REHABILITATION ACCORDING TO THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF IMPAIRMENTS, DISABILITIES AND HANDICAPS

Summary.—The description of the characteristics of a sample of 2000 patients is performed, based on the Uniform Data System for Medical Rehabilitation and on the WHO ICIDH-I manual. The study aims to describe the profile of a Rehabilitation Out-patient clinic and obtain data on disabilities and handicaps.

With the help of the hospital's Biostatistics and Computer Service, we made a program to obtain a database, using the EPI-INFO 6 system for biostatistics. To assess the seriousness

of disabilities, the criteria contained in the ICIDH-I manual that uses six functional levels were considered. Mean age of the sample was 51.43 ± 18.69 (4-98). There is a predominance of women (60%) over men (40%).

The most frequent disabilities were those of "Locomotion" (44.16%), "Body disposition" (20.07%) and Personal care" (16.42%).

At the end of the treatment, 439 patients (21.95% of the sample) continued with one or several types of disabilities. Of these, 69.95% had difficulty to move, perform useful tasks and/or walk and/or transfers inside and/or outside their home. The disability grade was mild or moderate in 66.51% and severe or serious in 33.48%. The mean age of the disability group was 10 years greater than that of the sample. The Student's t test showed a significant difference, which indicates that the disabilities subjects, as a group, have ages greater than the population means and also that the proportion of disabilities increases with age. The proportion of subjects with disabilities in an age group of 65 years and more is 32% while for the ages ranging from 16 to 65, it is 4.59%. As a whole, among the subjects with disabilities, there is a female predominance (57.95% women versus 42.04% men), but when we consider ages, we verify that between 20 and 65 years of age, the proportion are reversed and men with disability formed the majority (55% men versus 45% women).

Of the 439 subjects with disabilities, 199 of them also have criteria to be considered handicapped. Among them, the most frequent handicap was Occupational, which accounted for 32.85% of all the handicaps and was found in 66.26% of our handicapped subjects. The most serious handicap is that of Orientation that accounts for 5.47% of all the handicaps and affects 2.43% of our handicapped group and that is generally caused by acquired brain damage, sensorial deficiencies and/or other psychological deficiencies (such as behavior disorders or impulse, etc. ones). The usual handicaps in our setting are those of physical independence (23.57%) and mobility (29.28%) generally related with the spinal cord and osteoarticular and/or musculoskeletal deficiencies. When we assess seriousness, we find that 147 patients (who were those who suffered level 4, 5 or 6 disabilities on the ICIDH-I scale) made up the group of the most severe handicaps, but only 51 (that is 12% of our subjects with disabilities) required total or continued care.

Key words: *Disability. WHO ICIDH-I.*

INTRODUCCIÓN

Para poner fin a la gran cantidad de términos científicamente imprecisos, mal definidos y confusos, utilizados en la literatura médica para describir las consecuencias de la enfermedad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) se impuso la tarea de clarificar la terminología existente y, como fruto de este trabajo, surgió la Clasificación Internacional de Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía, que se difundió como un *Manual de*

Clasificación de las Consecuencias de la Enfermedad, publicado para ensayo, de acuerdo con la resolución WHA 29,35 de la vigesimonovena Asamblea Mundial de la Salud, que tuvo lugar en mayo de 1976.

Dicha clasificación (conocida como ICIDH-I) fue publicada en 1980 por la OMS, se tradujo al español y fue posteriormente publicada por el Instituto Nacional de Servicios Sociales en 1983 con el título de Conferencia Internacional sobre Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (conocida como CIDDM). Una segunda edición se llevó a cabo en 1986. Ambas están agotadas¹.

La SERMEF se decidió a difundir esta clasificación entre los médicos de la especialidad, y fruto de esta decisión fue el Congreso Nacional de Sevilla de 1992, donde tuvimos la posibilidad de saludar al Dr. Wood y a otros miembros del equipo que trabajó en la creación de dicha clasificación. Desde entonces nos propusimos aplicarla en nuestro medio. En esa época no disponíamos del sustrato informático necesario, por lo que todo se demoró hasta que conseguimos los medios para llevar adelante el trabajo que ahora publicamos.

La CIDDM ha sido útil para la clasificación y valoración de discapacidades en la parálisis cerebral^{2,3}, en la detección de ancianos con necesidades de servicios sociosanitarios⁴, en el diseño de estudios sobre las consecuencias de la enfermedad y en la práctica clínica de la especialidad⁵. El empleo de la CIDDM ha traído una modificación sustancial en la manera de considerar las discapacidades, a los discapacitados, el entorno en que vive el discapacitado y el papel que desempeña dicho entorno en la génesis de la discapacidad. Debido a esta evolución, el modelo teórico en que se sustentaba la CIDDM ha sufrido múltiples críticas, y fruto de éstas, a partir de 1993, la OMS puso en marcha un proceso de revisión de la CIDDM creando un amplio equipo internacional multicéntrico en el que han participado grupos españoles^{6,7}.

El 22 de mayo de 2000, se autorizó por la OMS una segunda versión de la ICIDH-I (conocida por la prensa anglosajona como ICIDH-2) que ha publicado el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en 2001 con el título de Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)⁸ y que ha sido el sustrato de la primera ponencia del 41 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física del año 2003^{9,10}. Desde su publicación, la CIF se ha empleado para valorar los aspectos de la comunicación y la actividad-participación¹¹, las alteraciones del lenguaje y la comunicación¹², la discapacidad en pacientes con trastornos psicóticos¹³, la discapacidad en pacientes con artritis reumatoide¹⁴, en la parálisis cerebral¹⁵, en la evaluación de las personas en situación de dependencia¹⁶ y, en general, en la medicina de rehabilitación¹⁷.

Hay una diferencia sustancial entre la primera y la segunda versión de la ICIDH. La primera es un listado de las situaciones en que pueden encontrarse los pacien-

tes. Es, por consiguiente, un registro de las diferentes consecuencias de la enfermedad. La segunda es un compendio de las condiciones y circunstancias que definen una situación de salud, tiene en cuenta no sólo la situación funcional del sujeto y sus capacidades, sino también los factores ambientales que intervienen en la definición de su estado. Por consiguiente, es una herramienta que sirve para definir situaciones de salud o discapacidad, crear programas sanitarios y planes de investigación y para el desarrollo de acciones políticas y sociales. Puede ser también muy útil en la valoración del daño corporal en los peritajes legales. La CIF, por consiguiente, es más moderna y completa, es un nuevo modelo conceptual de la discapacidad, y puede servir como un sistema de descripción, clasificación y medida dentro de los propósitos de la OMS^{10,17}. Es útil en la valoración de la función del entorno en la generación de discapacidad y dependencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el presente trabajo se ha utilizado la CIDDM (ICIDH-I) para el registro de deficiencias y discapacidades y para conocer el perfil de la actividad de las consultas externas de rehabilitación. Se trata de una clasificación que permite, valorando la situación del paciente, obtener una base de datos y un perfil de la actividad en medicina física y de rehabilitación bajo la óptica de las consecuencias de la enfermedad. Por consiguiente, viene a complementar otros sistemas de recogida de datos que, como el de Hernández Royo et al¹⁸, no se ocupan de estos aspectos, encerrándolos en una casilla de "crónicos" sin más especificación. Constituye una forma útil de evaluar la actividad de los servicios de rehabilitación, complementando la visión que sobre ellos han tenido otros autores¹⁹⁻²⁶. Al margen de la política social y de la valoración del daño corporal en el curso de un litigio o para obtener una pensión de invalidez, consideramos que la obtención de una base de datos de las deficiencias, discapacidades y minusvalías en los servicios de rehabilitación nos facilitará una información relevante para la toma de decisiones en nuestros servicios. Además, la CIDDM es mucho más fácil y cómoda de manejar que la CIF. Dado que las discapacidades y minusvalías están estructuradas en niveles de capacidad de más a menos, sirve también para valorar los efectos del tratamiento y/o de las ayudas técnicas. Por todo lo dicho, hemos creído que podría ser útil la publicación del presente trabajo.

El manual de clasificación CIDDM está estructurado en tres partes. La primera agrupa las deficiencias, la segunda, las discapacidades, y la tercera, las minusvalías. Cada parte se compone de varios capítulos, y en cada capítulo se agrupan los distintos apartados que corresponden a las categorías contempladas en la clasificación.

Cada categoría viene definida con claridad y con notas que indican cuáles son sus límites y qué situaciones se excluyen. A cada categoría se le ha asignado un código numérico para permitir su identificación. Se sugiere que se utilicen como listas de referencia aplicables a cada sujeto.

1. *Primera parte: deficiencias.* Dentro de la experiencia de la salud, una deficiencia es toda pérdida o alteración de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

Una deficiencia pone de manifiesto la alteración o fracaso de una función o la ausencia o deformidad de una estructura corporal. Se tiene o no se tiene. Es siempre una valoración cualitativa. Por consiguiente, en este apartado no se objetivan grados de deficiencia. La gravedad depende de la forma clínica de la enfermedad responsable y/o del accidente que la produjo, pero la deficiencia secundaria es siempre la misma. La claudicación de la cadera es una deficiencia mecánica de la cadera (código CIDDM 715) cualquiera que sea su intensidad o su causa.

2. *Segunda parte: discapacidades.* Dentro de la experiencia de salud, una discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

3. *Tercera parte: minusvalías.* Dentro de la experiencia de la salud, una minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un papel que es normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales).

El manual CIDDM, gracias a la ayuda del equipo de informática del hospital, se introdujo con su codificación en un programa EPI-INFO 6 para bioestadística.

El presente trabajo recoge los datos obtenidos de los 2.000 primeros pacientes introducidos en el programa entre el 30-7-99 y el 30-12-02.

Esta muestra representa a los usuarios de una consulta externa de rehabilitación del Hospital Clínica Puerta de Hierro, que es el hospital de referencia del Área 6 de la Comunidad de Madrid, y abarca los pueblos del noroeste de la Comunidad, un área urbana (el barrio de Argüelles) y los alrededores del hospital.

En esta consulta los pacientes son externos y ambulatorios en el 90 % de los casos, y sólo un 10 % inicia el tratamiento cuando aún está hospitalizado. El 60 % procede de las consultas de atención primaria; el 20 %, de los equipos de atención especializada, y el 20 %, de interconsultas solicitadas por el propio hospital.

En el protocolo utilizado, como sólo se quería conocer el producto final (*output*), se ha aplicado la valoración CIDDM al final del tratamiento y una vez com-

TABLA 1. Distribución por décadas

Década	Número
0-10	55
11-20	88
21-30	174
31-40	214
41-50	334
51-60	416
61-70	396
71-80	244
81-90	76
91-100	3

TABLA 2. Discapacidades censadas

Discapacidad	Número	Porcentaje
De conducta	36	4,38
De comunicación	32	3,89
De cuidado personal	135	16,42
De locomoción	363	44,16
De disposición del cuerpo	165	20,07
De destreza	43	5,24
De situación	48	5,84

probada la estabilización de la situación clínica y funcional. No se pretendía valorar la eficacia y/o la eficiencia del tratamiento, sólo se quería obtener un perfil de la actividad de la consulta.

RESULTADOS

Características de la muestra

El estudio se llevó a cabo con una muestra de 2.000 pacientes con una edad media de 51,43 años (desviación estándar [DE] = 18,69) y una mediana de 53,4 años (límites = 4-98) (tabla 1).

Hay un claro predominio femenino. En la muestra, 1.200 pacientes (60 %) son mujeres y 800 (40 %), varones; y la proporción es de 3 mujeres por 2 varones. Prácticamente el 50 % eran amas de casa, el 18 % trabajaban en la limpieza o eran empleadas de hogar, el 12 % eran pensionistas y el 14 % eran profesionales sanitarios; en el restante 6 % había dependientas de comercio, peluqueras, visitadoras comerciales, estudiantes y oficinistas.

Por lo que respecta a los varones, el 35 % eran pensionistas; el 14 %, profesionales sanitarios; el 12 %, administrativos; un 8 %, personal de oficio, y otro 8 %, profesionales liberales. Había un 7 % de estudiantes universitarios y en el restante 16 % se incluían numerosas profesiones (comerciales, guardias de seguridad, obre-

ros de la construcción, jardineros y algunos, muy pocos, agricultores o ganaderos).

Discapacidades censadas

El total de discapacidades censadas fue de 822, que se agruparon según la distribución de frecuencias que se indica en la tabla 2.

Las discapacidades más frecuentes fueron las de locomoción (caminar, subir, salvar obstáculos naturales, correr o saltar, conducir un vehículo propio o utilizar transporte público, etc.), que llegaban al 44 %. Le siguen a distancia (20,07 %) las discapacidades de disposición del cuerpo (que agrupa tareas como lavar, colgar ropa, usar electrodomésticos, abrir recipientes, preparar y servir comida y realizar gestos como alcanzar un objeto de un estante elevado, arrodillarse o agacharse para recoger del suelo, tirar o empujar, etc.). Finalmente, las de cuidado personal (la realización de las actividades básicas de la vida diaria [ABVD]) representan el 16,42 %. Entre las tres mencionadas se agrupa el 81 % de las discapacidades en nuestro medio.

Pacientes discapacitados

El número de pacientes con discapacidad cuando el proceso se consideró estabilizado al final del tratamiento fue de 439 (21,95 % de la muestra de 2.000). Las causas más frecuentes de discapacidad fueron las enfermedades y/o lesiones osteoarticulares o neuromusculares que afectaron directa o indirectamente a las extremidades inferiores, que generaron el 69,95 % de pacientes con discapacidad de locomoción (307 de 439 discapacitados) (fig. 1). El segundo grupo de discapacitados fueron aquellos que sufrían una limitación que les impedía el desarrollo y mantenimiento de posturas para realizar sus tareas dentro del hogar o trabajos remunerados, es decir, la discapacidad para disponer debidamente del cuerpo (65 de 439 discapacitados). Finalmente, un tercer grupo relativamente numeroso fue el de los que dependían de dispositivos para adaptarse a su situación (36 de 439 discapacitados). Los restantes 31 pacientes (7,61 % de 439) sufrían trastornos de la conducta o de la comunicación o eran incapaces de realizar con autosuficiencia las ABVD o habían perdido la habilidad manual (tabla 3).

Distribución por sexos de los discapacitados

Seguía habiendo en la muestra de 439 discapacitados, más mujeres que varones. Eran 254 mujeres (57,95 %) por 185 varones (42,04 %), con un discreto aumento del 2,04 % en la proporción de varones.

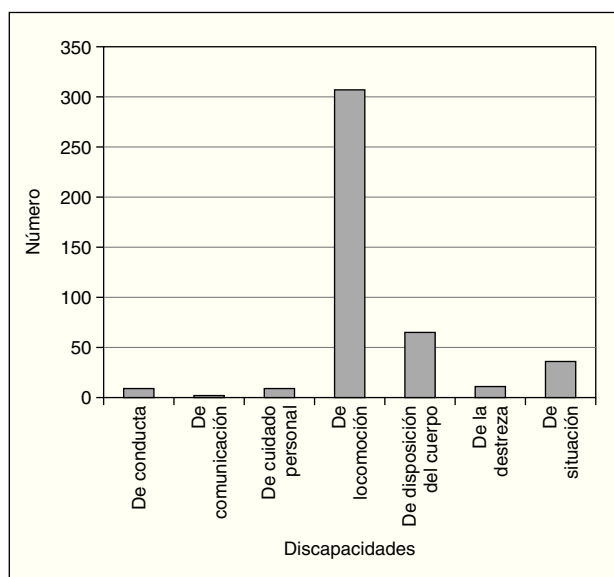


Fig. 1.—Histogramas que muestran la distribución de los pacientes discapacitados. Sobre una muestra de 439 pacientes, 307 presentaban problemas en las extremidades inferiores que limitaban su capacidad de deambular dentro o fuera de su domicilio, y era el grupo más numeroso.

Las edades se analizaron relacionándolas con el sexo (fig. 2). Se estudiaron tres grupos de edades. En el primero se incluyen los pacientes de 19 a 44 años. Había 124 pacientes (el 6 % de la muestra y el 28 % de los discapacitados). En este grupo, el 57 % eran varones y el 43 %, mujeres. En el segundo grupo, que comprende edades entre los 45 y los 64 años, había 183 pacientes (el 9 % de la muestra y el 42 % de los discapacitados), y había un 53 % de mujeres y un 47 % de varones. Finalmente, en el tercer grupo, de edades comprendidas entre los 65 y los 96 años, se contabilizaban 132 pacientes (7 % de la muestra y 30 % de los discapacitados), el 55 % mujeres y el 45 % varones. Es decir, que los porcentajes se invierten a partir de los 45 años, con predominio masculino antes de esta edad y femenino después.

Distribución por edades de los discapacitados

La edad media de los discapacitados era de 63,08 años (DE = 27,12; límites = 19-96) y la década predominante pasaba a ser la de 61-70. La frecuencia de edades en los discapacitados pasó a ser bimodal, con una frecuencia de clases predominante entre los 40-50 y otra de mayor magnitud entre los 60-80 años. Cuando se aplicó el test de la t de Student para la comparación de medias, se observó que había una diferencia significativa entre la media de edades de la muestra de pacientes (n = 2.000) y el grupo de discapacitados (n = 439). Para los pacientes de la muestra, el intervalo de confianza (IC) era de 50,61-52,25, y para los disca-

TABLA 3. Pacientes discapacitados

Discapacidad	Número	Porcentaje
De conducta	9	2,05
De comunicación	2	0,41
De cuidado personal	9	2,05
De locomoción	307	69,95
De utilización del cuerpo	65	14,81
De destreza	11	2,46
De situación	36	8,23

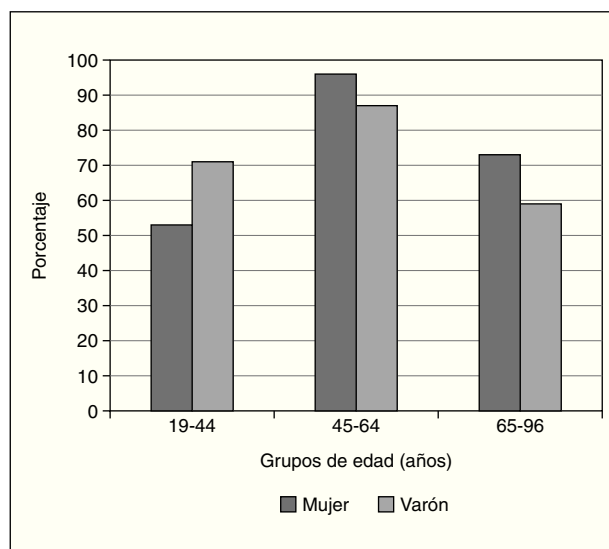


Fig. 2.—Distribución de los discapacitados según la edad y el sexo. Se estudian tres grupos de edades. A partir de los 45 años, se invierten los porcentajes de sexo. Antes de los 45 años hay más varones discapacitados. Entre los 45 y 60 años comienza a haber predominio femenino, que se incrementa en los grupos de más edad, probablemente debido al aumento de la mortalidad masculina en ese grupo.

pacitados, de 59,42-63,88 (t = 2; p = 0,0001). Los discapacitados, como grupo, presentan una edad media significativamente mayor que la edad media de la muestra. El 71,42 % de los discapacitados del grupo tenía una edad media comprendida entre los 60 y los 90 años.

Grados de discapacidad. Las minusvalías

Número de discapacidades que sufre el paciente

Debe tenerse en cuenta, para valorar el grado de discapacidad, el número de discapacidades que sufre el sujeto y la gravedad de cada una de ellas. Con este propósito se estudió primero su distribución, según la acumulación de discapacidades en cada sujeto, y se clasificaron en tres grupos:

TABLA 4. Distribución de minusvalías

Minusvalía	Número	Porcentaje
De orientación	23	5,47
De independencia física	99	23,57
De movilidad	123	29,28
Ocupacional	138	32,85
De integración social	37	8,80

TABLA 5. Distribución de discapacitados con minusvalías

Minusvalía	Número	Porcentaje
De orientación	5	2,43
De independencia física	2	1,20
De movilidad	53	26,50
Ocupacional	132	66,26
De integración social	7	3,61

1. Pacientes que sufrían discapacidad en un solo campo (es decir, tenían dificultad en mayor o menor grado para realizar las tareas enmarcadas en ese campo): $n = 243$ (55,12 %).

2. Pacientes con discapacidad en dos campos: $n = 124$ (28,24 %).

3. Pacientes con discapacidad en tres o más campos: $n = 72$ (16,40 %).

Gravedad de la discapacidad

La aplicación de las normas CIDDM de valoración de la discapacidad aportó los siguientes resultados:

1. Con puntuación 1 y 2: 200 (45,55 %).
2. Con puntuación 3: 92 (20,95 %).
3. Con puntuación 4: 96 (21,86 %).
4. Con puntuación 5 y 6: 51 (11,6 %).

Distribución según la gravedad y número de discapacidades

El 90 % de los grupos 3 y 4, es decir, los discapacitados graves (132 pacientes), presentaban dos o más discapacidades. Por el contrario, el 82 % de los grupos 1 y 2, de discapacidad moderada o leve, presentaban discapacidad en un solo campo.

Minusvalía de independencia física

Con el intento de precisar mejor la gravedad de la discapacidad, se aplicó la valoración del manual CIDDM y se obtuvieron los siguientes resultados:

1. Valoración 1 y 2 (independencia con ayudas e independencia adaptada): 200 discapacitados (45,55 %).

2. Valoración 3 (dependencia situacional): 92 discapacitados (20,9 %).

3. Valoración 4 (dependencia a intervalo largo): 96 discapacitados (21,86 %).

4. Valoraciones 5, 6, 7 y 8 (dependencia a intervalo corto, a intervalo crítico, dependencia de cuidados especiales [pacientes institucionalizados], dependencia de cuidados permanentes): 51 discapacitados (11,60 %).

Distribución de minusvalías

Había 239 pacientes que estaban bajo los niveles de dependencia, y 199 de ellos (83,26 %) con los criterios de la CIDDM sufrían minusvalías. En total, se contabilizaron 420 minusvalías que se distribuían según se indica en la tabla 4.

Distribución de discapacitados con minusvalías

De los 199 pacientes minusválidos, 82 (41,20 %) sufrían un único tipo de minusvalía, y 117 (58,8 %), entre dos y cinco. Teniendo en cuenta la minusvalía predominante, se obtuvo la distribución que se indica en la tabla 5.

Valoración

Resumiendo, puede decirse que la mayor parte de los discapacitados sufren una discapacidad de grado leve o mediano (puntuaciones 1, 2 y 3): 292 pacientes de nuestra casuística (66,50 %). Sin embargo, un 33,46 % (147 pacientes) presenta una discapacidad y en 51 (11,6 %) ésta es de máxima gravedad. Aunque un paciente con gran número de discapacidades puede gozar de una independencia adaptada, si sufre discapacidades de grado leve (valoradas como 1 o 2, a lo sumo) lo habitual es que sufra una discapacidad grave o importante. El 90 % de los 147 discapacitados con una discapacidad grave (132 pacientes) presentaban discapacidades en dos o más campos.

Dentro de las discapacidades importantes o graves, no es lo mismo una dependencia a intervalo largo, que supone la necesidad de asistencia en determinados momentos del día y para tareas puntuales, que una dependencia a intervalo corto, que representa la necesidad permanente de asistencia, y no digamos si se trata de una asistencia a intervalo crítico o si se precisan cuidados especiales o permanentes. Aquí también se confirma que 91 pacientes (21,86 %), la mayoría de los 147 con una discapacidad importante o grave, necesi-

taban asistencia a intervalo largo, y sólo 51 (11,6%) la necesitaban a intervalo corto o crítico, permanecía institucionalizado y/o precisaba cuidados especiales o permanentes.

De los 199 minusválidos censados en nuestra base de datos, 132 (66,26%) sufrían una minusvalía ocupacional, que es la más frecuente (32,85%) de todas las minusvalías de nuestro medio. Pero sólo 67 eran minusválidos ocupacionales *sensu stricto*. Los restantes 65 (33,74%) no trabajaban, pero podían ocuparse en otras tareas a lo largo de la jornada.

Deficiencias

En nuestra muestra se han contabilizado 2.393 deficiencias (fig. 3). Como puede comprobarse en la figura, las más numerosas son las generalizadas (44,96%) porque en ellas se incluyen los síndromes de dolor regional complejo y el dolor crónico. El segundo grupo más numeroso lo forman las deficiencias musculoesqueléticas (39,78%), que engloban los trastornos mecánicos de las articulaciones, las parálisis centrales y periféricas, las deformidades ortopédicas y las fracturas, esguinces y amputaciones. Básicamente, nuestra consulta está conformada por estos dos grupos de deficiencias.

Desde 1993 se viene utilizando el SDU (Sistema de Datos Uniformes de Granger y Hamilton)^{27,28} y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9) (ahora la modificada) y, por consiguiente, se incluyeron en el programa informático. Y se ha comprobado (fig. 4), realizando una distribución por pacientes, que el número de los atendidos por causas ortopedicotraumáticas (799) es superior a los que consultaron por causa de dolor (490) o a los que lo hicieron por enfermedad reumática (348).

En la figura 5 se recogen agrupamientos por diagnósticos según el SDU²⁷⁻²⁹. En total, son 4.887 diagnósticos, distribuidos de la forma indicada en la tabla 6.

También aquí se confirma que la mayor frecuencia se encuentra en el campo de la ortopedia y la traumatología, los síndromes dolorosos y las enfermedades del aparato locomotor.

Nos pareció interesante cotejar la relación que existía entre deficiencia y minusvalía, con el fin de intentar conocer su potencial invalidante; los resultados pueden observarse en los histogramas adjuntos (fig. 6). Se aprecia que la lesión medular es la causa de la minusvalía en 19 pacientes, lo que supone el 72% de nuestros lesionados medulares. Las lesiones cerebrovasculares, con 19 pacientes, y los traumatismos craneales, con 20, vienen a continuación, y generan una tasa del 34% de minusválidos entre los pacientes de estos grupos. Las amputaciones generan un 25% de minusválidos entre los pacientes amputados. Las enfermedades de médula y

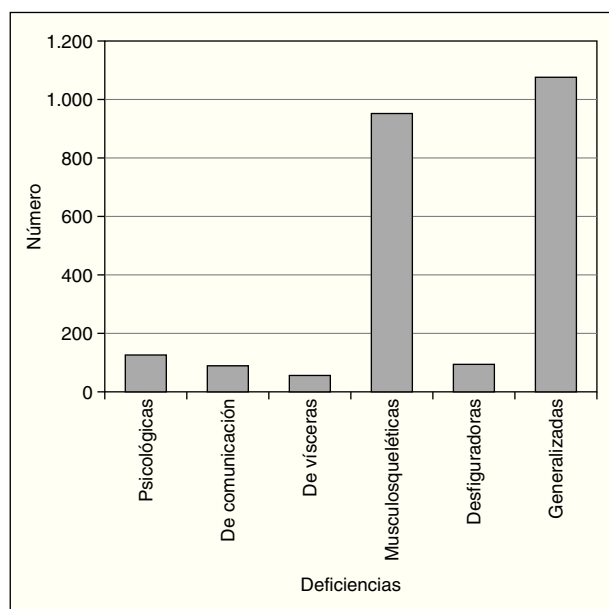


Fig. 3.—En los 2.000 pacientes de la muestra, se contabilizaron 2.393 deficiencias. Los histogramas muestran que las más frecuentes son las deficiencias generalizadas (que incluyen el dolor agudo y crónico, y sus manifestaciones clínicas), seguidas de las musculoesqueléticas (que incluyen todas las enfermedades y/o lesiones osteoarticulares y/o de partes blandas, las parálisis centrales y periféricas, las miopatías y las amputaciones).

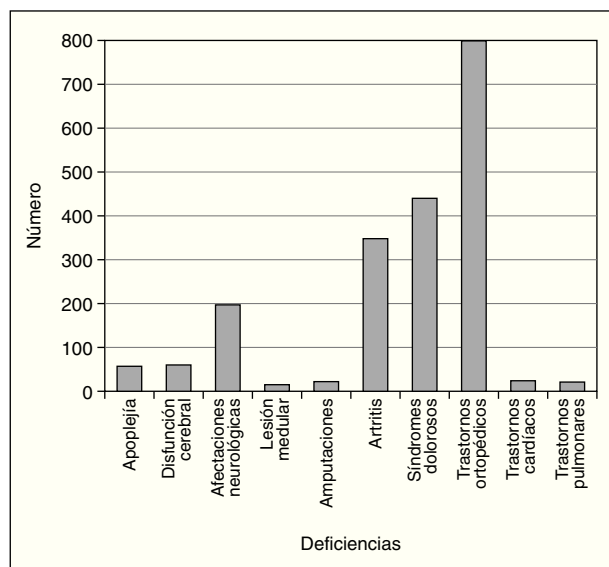


Fig. 4.—Distribución de pacientes según el Sistema de Datos Uniformes (SDU). La mayor frecuencia es la de los pacientes con trastornos ortopédicos (799 pacientes), seguida de los que consultaron por procesos dolorosos (440) y de los pacientes con artritis y/o artrosis (348).

nervios periféricos, junto con las miopatías y las malformaciones congénitas (mielomeningocele, hidrocefalia) conforman un grupo con el 12% de minusválidos, pero

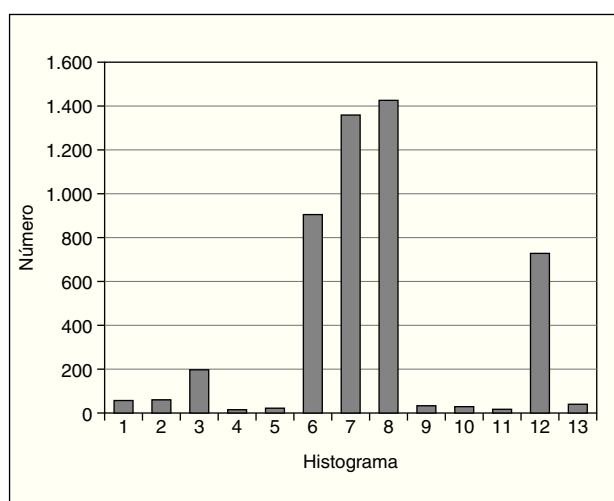


Fig. 5.—Agrupamiento por diagnósticos según el Sistema de Datos Uniformes en rehabilitación. Se comprueba que la mayor frecuencia se da en el campo de la ortopedia y la traumatología, seguida de los síndromes dolorosos y de las enfermedades del aparato locomotor. Las deformidades ortopédicas (histograma 12) constituyen también una fuente considerable de consultas. (Los números de los histogramas corresponden a los indicados en la tabla 6.)

TABLA 6. Agrupamientos diagnósticos

Diagnóstico	Número	Porcentaje
1. 1000 Apoplejía	57	1,16
2. 2000 Disfunción cerebral	60	1,24
3. 3000 Afectaciones neurológicas	197	4,03
4. 4000 Lesiones de la médula espinal	15	0,30
5. 5000 Amputación de las extremidades	22	0,45
6. 6000 Artritis	905	18,51
06.1 Artritis reumatoide y otras	379	7,75
06.2 Artrosis	526	10,76
7. 7000 Síndromes dolorosos	1.359	27,80
07.1 Dolor de espalda	903	18,69
07.2 Dolor de extremidades	456	9,44
8. 8000 Trastornos ortopédicos	1.425	29,15
08.1 Fracturas	583	12,07
08.2 Luxaciones, esguinces y lesiones de partes blandas	842	17,43
9. 9000 Trastornos cardíacos	33	0,68
10. 10000 Trastornos pulmonares	29	0,60
11. 11000 Quemaduras y lesiones cutáneas	17	0,34
12. 12000 Malformaciones congénitas	728	14,89
012.1 Deformidades ortopédicas	710	14,52
012.2 Malformaciones múltiples	8	0,16
012.3 Malformaciones del SNC	10	0,20
13. 13000 Otros diagnósticos	40	0,82

SNC: sistema nervioso central.

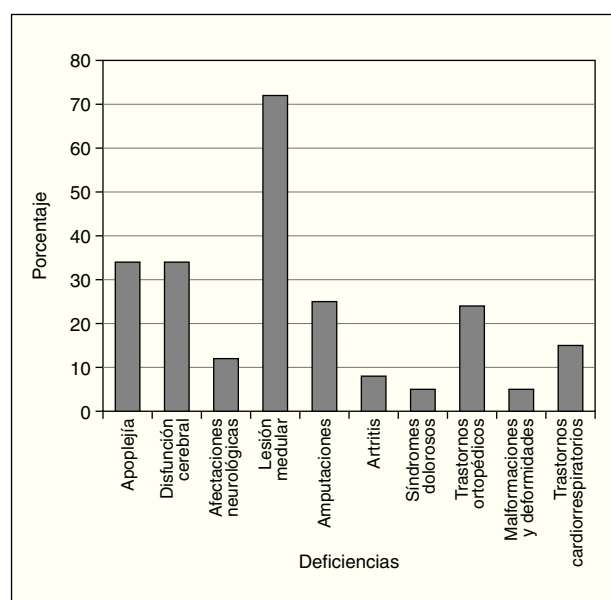


Fig. 6.—Porcentaje de minusválidos generados por las distintas deficiencias según el Sistema de Datos Uniformes. En nuestra casuística, la lesión medular tiene el mayor potencial invalidante, seguida de los accidentes cerebrovasculares y del daño cerebral sobrevenido (traumatismo craneoencefálico). Aunque el número de invalideces generadas por el aparato locomotor es cuantitativamente mayor, su potencial invalidante con los métodos actuales de tratamiento ha descendido de modo espectacular y se sitúa entre el 8 y el 5 % (tabla 7).

TABLA 7. Número y porcentaje de minusválidos generados según el Sistema de Datos Uniformes

Deficiencia	Número	Porcentaje
Apoplejía	19	34
Disfunción cerebral	20	34
Afectaciones neurológicas	24	12
Lesión medular	11	72
Amputaciones	6	25
Artritis	28	8
Síndromes dolorosos	24	5
Trastornos ortopédicos	26	5
Malformaciones y deformidades	32	5
Trastornos cardiorrespiratorios	9	15

debe especificarse que en el reducido grupo de 10 mielomeningoceles que hemos tenido la oportunidad de tratar, nueve sufrían una grave minusvalía (90%). Cuantitativamente, el mayor grupo de minusválidos está formado por las alteraciones causadas por enfermedades reumáticas y las lesiones osteoarticulares congénitas y/o adquiridas (110 pacientes), pero claramente se ve que esto se debe a su mayor incidencia, puesto que los porcentajes relativos, 8 y 5 %, respectivamente, están muy por debajo de los de los grupos anteriores.

DISCUSIÓN

Edad

La media de edad (52 años) se sitúa dentro de la gama de edades aportadas en los numerosos trabajos previos sobre recogida de datos en rehabilitación médica que ya se han mencionado^{18,19,24,26}. Si se analiza nuestra muestra, se comprueba que 865 pacientes tenían edades inferiores a la media, y 1.135 la tienen superiores a ella. En un trabajo previo³⁰ la media fue de 49 años, y aunque la comparación de medias no mostró una diferencia significativa, nuestra impresión es que el colectivo de pacientes con edades de 65 a más años está aumentando en nuestro servicio.

Otro aspecto interesante sobre la edad es que los grupos de discapacitados tienen edades medias mayores a las de los no discapacitados. Cuando se comparan ambos grupos, se encuentra que la edad media de los discapacitados era superior en 10 años a la de la muestra, y que esta diferencia era significativa. Este dato coincide con los resultados la encuesta de población de España de 1999 publicada por el INE (Instituto Nacional de Estadística)³¹. Puesto que la supervivencia está aumentando en España y que los grupos de población de más edad sufren también una mayor prevalencia de discapacidades, puede concluirse que el número de discapacitados seguirá aumentando en los próximos años.

Prevalencia de la discapacidad

En España, según el censo de 1999, hay 3.528.221 personas discapacitadas, que equivalen al 9 % de la población³¹. Pero la distribución varía con la edad. Es máxima en la llamada tercera edad, que corresponde a personas de 65 a más años. En este grupo, la prevalencia es del 32 %. En el grupo en edad laboral, por debajo de los 65 años, es del 4,59 %. En nuestra casuística se sitúa en el 21,95 %. Este porcentaje de discapacitados de nuestro servicio corresponde casi a cinco veces el de la población en edad laboral y a casi dos veces y media al de la población general, y en nuestra opinión indica que estamos tratando a un colectivo con alto riesgo de sufrir una incapacidad y con predominio de pacientes con edades superiores a los 65 años. Si se compara la prevalencia actual con la que se encontró en el bienio 1997-1998³⁰ (que fue del 20,40 %) reafirma la impresión de que la discapacidad tiende a aumentar. En el excelente trabajo de Abenoza et al²⁴ sobre una muestra de 2.455 pacientes del área de Igualada y utilizando el estudio comparativo de escalas de valoración de Querejeta¹⁶, el porcentaje de pacientes con discapacidad al final del tratamiento se situaría en el 18,77 %. En la publicación de Aguilar Naranjo et al²⁶, basándonos en los pacientes que son remitidos a hospitales de cróni-

cos y/o que precisan seguir en tratamiento, el porcentaje oscilaría entre el 18 y el 20 %. Se confirma, por consiguiente, que los porcentajes de discapacitados en los servicios de rehabilitación oscilan entre el 18 y el 22 %.

Diferencias por sexo

El porcentaje de mujeres en los servicios de rehabilitación es superior al de varones. Todos los trabajos consultados coinciden en este aspecto. En nuestra casuística, 60 % de mujeres por 40 % de varones. Idénticos porcentajes a los de Sañudo Martín y Junoy Guitart²⁵. En el trabajo de Mirallas Martínez et al¹⁹, 62,4 % de mujeres y 37,6 % de varones. En un trabajo previo³⁰, la distribución fue de un 59,3 % de mujeres y un 41,7 % de varones.

En el grupo de discapacitados se mantiene el predominio femenino: 58 % de mujeres y 42 % de varones, idéntico al publicado para los discapacitados de la población española³¹. En nuestra muestra, en el grupo de 19 a 44 años, el 66,45 % eran varones y el 43,55 %, mujeres; y en el grupo de 45 a 64 años el porcentaje se invertía y había 47,54 % de varones por 52,46 % de mujeres. Cuando se hace un estudio fraccionado por décadas³¹, se comprueba que el porcentaje de varones con discapacidad es superior al de mujeres para los grupos de edad entre 6 y 64 años (55 % de varones por 45 % de mujeres)³¹.

A partir de los 65 años, las cifras se disparan a favor de las mujeres, posiblemente debido a una mayor mortalidad de varones en este tramo de edades.

Frecuencias

La discapacidad de locomoción es la más frecuente (44,16 %) de todas las discapacidades, tanto en nuestra muestra como en la población general. Entre los discapacitados hay un claro predominio de personas que sufren limitaciones en el área del movimiento (69,95 %) en nuestra casuística (58,92 %), en la del INE³¹. De ellas, la mitad aproximadamente (33,95 %) tiene dificultad para moverse dentro de casa, deambular fuera de su domicilio y/o desplazarse al trabajo.

Gravedad de la discapacidad

Valorar la gravedad de la discapacidad en términos cuantitativos es difícil, porque depende de las escalas que se apliquen, de los niveles funcionales elegidos, de la opinión de los pacientes respecto a su calidad de vida y de las interpretaciones de quienes aplican los distintos procedimientos. Cabe destacar el excelente trabajo de

Querejeta¹⁶ que compara las diferentes escalas que usamos en rehabilitación con la de la CIF, que viene a ser la de la CIDDM modificada. En términos generales, el 67 % sufre una discapacidad ligera o moderada, y el 33 % restante necesita asistencia, es decir, está en los niveles de dependencia^{29,32} de otras personas para poder realizar las ABVD y/o cubrir sus necesidades vitales. Nuestros resultados coinciden plenamente con los obtenidos en la encuesta del INE³². Pero, además, según nuestra casuística, un 11,6 % de este grupo sufre una dependencia total o completa y precisa asistencia continuada, tanto si está institucionalizado como si es atendido por su familia, y esta cifra ha progresado en nuestro medio, pasando del 7 % que se ha publicado previamente³² al prácticamente 12 % actual. En el trabajo de Abenoza²⁴ se estima que los discapacitados graves alcanzan el 7,65 %. La extrapolación de estos porcentajes a la población general puede dar una idea de la carga abrumadora que esto representa. De los 3.528.221 discapacitados censados en 1999³¹, 1.164.313 estarían por debajo del nivel de dependencia, y 139.717 necesitarían atención continuada, bien institucionalizados en régimen de internado, bien atendidos por sus familias. En la actualidad, esta carga está siendo soportada aún por las familias, pero el cambio de mentalidad y de comportamiento puede hacer que la sociedad exija cada vez más al Estado que se haga cargo de estas personas.

Deficiencias

En el estudio sobre la población general realizado por el INE³¹ la prevalencia de las deficiencias osteomusculoarticulares fue del 34,39 %. Nuestro porcentaje es un 5 % más elevado (39,78 %).

Según ese estudio³¹, se contabilizaron en España 2.072.652 personas con 65 o más años, y el 32 % presentaban algún tipo de deficiencia osteomusculoarticular y en el 60 % de los casos la deficiencia se localizaba en las extremidades inferiores. En nuestra casuística, el 35 % de los pacientes sufrían una deficiencia osteomusculoarticular (504 de 1.441 pacientes valorados) y, de ellos, el 20 % (101 de 504) la sufrían en las extremidades inferiores, y el 34 % (171 de 504), en la columna vertebral, lo que concuerda con el hecho de que exista un mayor número de consultas por dolor de espalda.

La deficiencia más frecuente es el dolor crónico (44,96 %), que incluye la cervicalgia y lumbalgia mecánicas, el dolor del hombro, los dolores regionales de las extremidades inferiores, las contracturas musculares y la fibromialgia, la causalgia, el dolor regional complejo y los trastornos sensoriales como la alodinia, parestesias y disestesias persistentes. Las enfermedades neurológicas, las lesiones medulares y cerebrales y las malformaciones congénitas del sistema nervioso son la

causa del 12,85 % de las restantes deficiencias. Pero si bien cuantitativamente son más numerosas las deficiencias mecánicas causadas por las lesiones y las enfermedades del aparato locomotor (osteomusculoarticular), las producidas por las enfermedades y lesiones del sistema nervioso son potencialmente más invalidantes. Sólo entre el 5 y el 8 % de los pacientes con deficiencias osteomusculoarticulares terminan siendo minusválidos en nuestra casuística, mientras que en el grupo de pacientes con enfermedades neurológicas el porcentaje asciende al 12 %, en los pacientes con daño cerebral llega al 34 %, en la lesión medular al 72 % y en el mielomeningocele al 90 %. Aunque los porcentajes pueden variar en otros servicios, debido a la acumulación en ellos de determinadas enfermedades, creemos que las conclusiones a las que hemos llegado son válidas, al menos para las consultas externas de rehabilitación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Manual de clasificación de las Consecuencias de la Enfermedad. OMS. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Madrid, 1986.
2. Cruz R, Gimeno F, Vallés M, Saune M, Moreno A. Aplicación de la Clasificación Internacional de Déficit, Discapacidades y Minusvalías a la Parálisis Cerebral. *Rehabilitación (Madr)* 1993;7:334-9.
3. Cruz Hernández R, Gimeno Esteve F, Cabezuolo Briones A, Olona M. Adaptación de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías a la Parálisis Cerebral: Fiabilidad de la escala de severidad en la valoración de las Discapacidades en Rehabilitación. *Rehabilitación (Madr)* 1997;31:343-8.
4. Rivero E, Carrillo E, Portella E, Hernández I, Colom D. Evaluación del diseño y fiabilidad de un cuestionario para la detección de ancianos con necesidades de servicios sociosanitarios. *Med Clin (Barc)* 1993;27:688-92.
5. Minaire P. The use of International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps in Rehabilitation. Council of Europe 1989.
6. Vázquez-Barquero JL, Vázquez Bourgón E, Herrera Castañedo S, Sáiz J, Uriarte M, Morales Gaitel L, et al. Versión en lengua española de un nuevo cuestionario de evaluación de Discapacidades de la OMS (WHO-DAS-II): fase inicial de desarrollo y estudio piloto. *Grupo Cantabria en Discapacidades. Actas Esp Psiquiatr* 2000;28:77-87.
7. Cruz Hernández R, Bori Fortuny I, Amelivia Rodríguez A, García Fernández L, Miró Muixí I, Cabezuolo Briones A, et al. Experiencia del Servicio de Rehabilitación de Vall D'Hebron con la CIDDM-2. *Rehabilitación (Madr)* 2001;35:138-9.
8. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Ed. 2001.
9. Cruz Hernández R. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) y

- la Medicina de Rehabilitación. Editorial. Rehabilitación (Madr) 2002;36:1-2.
10. Vázquez Barquero JL, Herrera Castanedo S y Grupo Cantabria en Discapacidades. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud-CIF-Nuevo Modelo Conceptual de la Discapacidad. Rehabilitación (Madr) 2003;37:2-5.
 11. Worral L, McCooey R, Davidson B, Larkins B, Hickson L. The validity of functional assessments of communication and Activity/Participation components of the ICIDH-2: Do they tell what really happens in real life? *L J Commun Disord* 2002;36:127-32.
 12. Gorospe Arocena JM, Castro Parente MR, Málaga Guerrero, Garrido Gallego M. Alteraciones del lenguaje y la comunicación en la CIF. Rehabilitación (Madr) 2003;37:8-13.
 13. Chopra P, Couper J, Herrman H. The assessment of disability in patients with psychotic disorders. Application of the ICIDH-2. *Aust N Z J Psychiatry* 2002;36:127-32.
 14. Fransen J, Uebelhart D, Stucki G, Langenegger T, Seitz M, Michel I. The ICIDH-2 as a framework for the assessment of function disability in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2002;61:225-31.
 15. Gimeno Esteve F. Aplicación de la CIF en la infancia (6 a 16 años): su utilidad en la valoración de la discapacidad en la parálisis cerebral. Rehabilitación (Madr) 2003;37:14-6.
 16. Querejeta M. Aplicación de la CIF en la evaluación de las personas en situación de dependencia. Rehabilitación (Madr) 2003;37:17-22.
 17. Cruz Hernández R. Aportación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) a la Medicina de Rehabilitación (MR). Rehabilitación (Madr) 2003;37:5-8.
 18. Hernández Royo AM y Grupo de Rehabilitación de la Comunidad Valenciana y de la Universidad. De Valencia (Prof. J. Pérez Moltó). Sistema de Información de Rehabilitación. Síntesis 1994. I vol. 276 p. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat i Consum, 1995.
 19. Mirallas Martínez JA, Tomás Claramonte J, Torralba Colados F, Albalade Rubio M, Jordá Llona M, Catalán Espartero J. Procesos más frecuentes y perfil clínico de los pacientes atendidos en un Servicio de Rehabilitación. Rehabilitación (Madr) 2002;36:78-85.
 20. Ibáñez Campos T, García Díaz J. Aproximación a los sistemas de información. Aplicación en Rehabilitación y Medicina Física. Rehabilitación (Madr) 2000;34:5-10.
 21. Mora Amérigo E, Gaja Díaz JM. Aproximación al coste por proceso en Rehabilitación y Medicina Física. Rehabilitación (Madr) 2000;34:47-66.
 22. Mirallas Martínez JA. Cálculo del rendimiento personal y de la demanda asistencial en Rehabilitación. Rehabilitación (Madr) 2000;34:86-90.
 23. García Díaz J, Echevarría Ruiz de Vargas C, Ibáñez Campos T. ¿Cómo se objetiva la discapacidad? De estimar a cuantificar. Rehabilitación (Madr) 2000;34:96-101.
 24. Abenoza Guardiola M y Grupo de Trabajo. Escalas de Valoración Funcional, instrumentos para medir nuestro producto sanitario. Rehabilitación (Madr) 2000;34:102-11.
 25. Sañudo Martín I, Junoy Guitart A. Variabilidad de la duración del tratamiento rehabilitador ambulatorio por grupos diagnósticos. *Mapfre Medicina* 1995;6:244-51.
 26. Aguilar Naranjo JJ, Santos Andrés JF, Real Collado C, Acebes O, Usabiaga Bernal T, Renau E, et al. Importancia de los datos uniformes y de la eficiencia en la valoración de la actividad en Rehabilitación. Rehabilitación (Madr) 1997;31:48-56.
 27. Granger CV, Hamilton BB. The Uniform Data System for Medical Rehabilitation. Report of first admissions for 1990. *Am J Phys Med Rehabil* 1992;71:108-14.
 28. Fiedler RC, Granger CV. Uniform Data System for Medical Rehabilitation. Report of first admissions for 1995. *Am J Phys Med Rehabil* 1997;76:76-8.
 29. Rodríguez LP. Medida de la Independencia Funcional (MIF). Guía para la utilización del Sistema de Datos Uniformes para Medicina Física y de Rehabilitación. Departamento de Medicina Física y de Rehabilitación. Hospital Clínico Universitario de San Carlos. Editor: Facultad de Medicina. de la Universidad Complutense de Madrid. Con el permiso de la Research Foundation State University of New York, 1991.
 30. García Soro JM, Ramos Solchaga M, González Espejo M, García Gil MI. Análisis de Resultados en Rehabilitación. Registro de Discapacidades y Minusvalías. Resúmenes del XIX Congreso de la SERMEF. Barcelona, 2000; p. 169-70.
 31. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. 1999. INE. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid, 2000.
 32. Randall L, Braddom R, Buschbacher M, Dimitru D, Johnson EV, Matthews D, et al. Physical Medicine and Rehabilitation. Cap. 1; pag. 5. Description of the levels of function and their scores. Modified from the Functional Independence Measure (FIM). Philadelphia: WB Saunders, 2000.

Correspondencia:

Servicio de Rehabilitación. Clínica Puerta de Hierro
San Martín de Porres, 4
28035 Madrid
Correo electrónico: jgarcia,hpth@Salud.Madrid.org