

Decreto 478/98
Normas para la Evaluación, Calificación y Cuantificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al S.I.J.P.

Bs. As., 30/4/98

VISTO la Ley N° 24.241 y sus modificatorias, el Decreto N° 1290 de fecha 29 de julio de 1994 y el expediente N° 1849/97 del registro de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones, y Considerando:

Que el 15 de julio de 1994 entró en vigor el Libro I de la Ley N° 24.241, momento a partir del cual se evaluaron las solicitudes de retiro por invalidez conforme las pautas fijadas en el nuevo ordenamiento legal que establece el concepto de incapacidad genérica, en reemplazo del de incapacidad específica que preveían las Leyes Nros. 18.037 y 18.038.

Que las “Normas para la evaluación, calificación y cuantificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones” (BAREMO) que se encuentran incorporadas como Anexo I del Decreto N° 1290/94, son aplicadas por las Comisiones Médicas dependientes de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones, entidad autárquica en jurisdicción del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, para dictaminar en los casos sometidos a su consideración.

Que las citadas comisiones han hecho conocer a la autoridad de aplicación las opiniones, dificultades y sugerencias surgidas de la experiencia acumulada durante el período de aplicación de las referidas normas.

Que del estudio de esa problemática, de las conclusiones arribadas en las deliberaciones de la Comisión Honoraria convocada al efecto, y de los informes producidos por la Gerencia de Coordinación de Comisiones Médicas de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones, de los que dan cuenta las actuaciones mencionadas en el Visto, queda acreditada la necesidad de modificación del Baremo contenido en el Anexo I del Decreto 1290/94.

Que el presente se dicta en ejercicio de las facultades conferidas por el artículo 99, inciso 2, de la Constitución Nacional y de conformidad a lo previsto por el artículo 52 de la Ley N° 24.241 y sus modificatorias.

Por ello,

EL PRESIDENTE

DE LA NACION ARGENTINA

DECRETA:

Artículo 1° – Sustitúyese el Anexo I del Decreto N° 1290 de fecha 29 de julio de 1994, que contiene las “Normas para la evaluación, calificación y cuantificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (Baremo)”, por el Anexo I que forma parte integrante del presente decreto.

Art. 2° – La normativa a que alude el artículo precedente, entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial, y será de aplicación para las solicitudes de invalidez que se presenten a partir de esa fecha.

Art. 3° – Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

El objetivo de las “Normas para la evaluación, calificación y cuantificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones” es establecer una metodología de evaluación del deterioro psicofísico, con criterio uniforme, que permita determinar el grado de incapacidad laborativa que éste ocasiona.

PIEL	GENITAL FEMENINO
OSTEOARTICULAR	NERVIOSO
RESPIRATORIO	OJOS
CARDIOVASCULAR	GARGANTA, NARIZ Y OIDO
DIGESTIVO	SANGRE
OBESIDAD	GLANDULAS DE SECRECION INTERNA
DESNUTRICION	PSIQUISMO
RIÑON Y VIAS URINARIAS	SIDA
GENITAL MASCULINO	NEOPLASIAS

Metodología

Recomendaciones para las comisiones médicas

La incapacidad originada a partir de las patologías que afectan a diferentes aparatos se expresará en porcentajes de pérdida de la capacidad funcional de los mismos. En el caso de un solo aparato involucrado, se definirá el grado de disfunción del mismo y la incapacidad final que determina.

Cuando se hallen afectados distintos aparatos, se utilizará el criterio de la capacidad residual o restante. Este contempla la valoración del deterioro producido por las diferentes patologías, de acuerdo a su prevalencia, sobre el total (100%) de la capacidad restante.

Un ejemplo, en referencia a la capacidad residual o restante, es:

Hipertensión Arterial con repercusión orgánica: = 30,00%

Limitación funcional (L.f.) de rodilla: 12% sobre (70,00%) = 8,40%

Hipoacusia: 4% (sobre 61,60%) = 2,46%

Total Incapacidad: = 40,86%

Las afecciones deben ser objetivables a partir de una lesión anatómica evidente, un trastorno funcional medible y/o una alteración psíquica evaluable.

Síntomas referidos en la anamnesis, sin signos físicos y/o psíquicos evidentes durante el examen o a través de una historia clínica y/o estudios complementarios fehacientes, deben ser consignados pero no considerados en la evaluación final.

La historia clínica deberá aportar la mayor cantidad de detalles útiles posibles, en especial referidos a los aparatos involucrados, según la anamnesis.

Se pondrá especial énfasis en las fechas de comienzo de los padecimientos aducidos y de los tratamientos médico-quirúrgicos y/o especializados realizados, la evolución a partir de los mismos, y si las terapias implementadas y los tiempos de rehabilitación fueron agotados. No se valorarán procesos agudos pasibles de revertir dentro de los períodos establecidos en el Art. 48 "in fine".

Asimismo se evaluarán los hallazgos clínicos con incidencia funcional aunque no correspondan a la patología motivo de la solicitud del beneficio.

Una vez alcanzado o superado el porcentaje necesario para la incapacidad total (66%), por una o varias patologías objetivadas, las restantes que hubieran sido detectadas y no debidamente acreditadas con las constancias aportadas por el afiliado, serán consignadas en el dictamen pero no se solicitarán exámenes complementarios, salvo que dicha evaluación incida en la indicación de rehabilitación psicofísica y/o capacitación laboral. Cuando la/s patología/s que diera/n origen al beneficio se consideren rehabilitadas, se evaluará la incidencia de la/s patología/s referida/s y las nuevas que hubieren aparecido, antes de la revocación del beneficio.

Los exámenes de laboratorio, diagnósticos por imágenes, electrofisiológicos, tests psicológicos, etc. serán considerados en sus resultados y en relación al momento de la evolución de la afección en que fueron realizados.

La lista de elementos de diagnóstico, que se incluye en cada capítulo, es útil a los fines de orientar sobre aquellos exámenes complementarios que pueden aportar datos para la valoración de las afecciones en cuestión. Su enunciación no presupone el cumplimiento obligatorio de la realización parcial o total de la misma.

Los estudios aportados serán aceptados como prueba, previa comprobación de la real pertenencia al solicitante, la fecha de su realización, la calidad global de los mismos, y hayan sido efectuados por profesionales o servicios de reconocida trayectoria, y estén firmados por el especialista correspondiente.

Los datos clínicos y de los exámenes complementarios, si fueran necesarios, en conjunto decidirán los porcentajes de incapacidad. Se le sumarán los porcentajes correspondientes a factores complementarios, teniendo en cuenta las consideraciones pertinentes en la utilización de los mismos.

Se deberá considerar que un real impedimento médico debe ser demostrable anatómica, fisiológica o psicológicamente. Tales anormalidades, pueden ser determinadas sólo si son acompañadas de signos, hallazgos de laboratorio, o ambos, además de los síntomas que pueda referir el solicitante.

Posibles patologías que sólo se manifiestan con síntomas no son médicamente determinables en términos de incapacidad.

Tendrán en cuenta que las patologías para cuyo diagnóstico se requiera de la realización de estudios cruentos o de riesgo, éstos seguramente ya fueron realizados y deberán ser aportados por el peticionante en el momento de su examen. Aún en ausencia de los mismos, en esta instancia no se indicará la realización de estudios de estas características.

Recomendaciones para los médicos especialistas

Las Comisiones Médicas, cuando lo consideren necesario, solicitarán la colaboración del examen médico especializado.

A tal efecto los especialistas intervinientes informarán de las conclusiones de los exámenes realizados. Estas no serán expresadas en términos de porcentaje de incapacidad, el cual será calculado finalmente por la Comisión Médica.

Se referirán en sus informes a la patología hallada, su incidencia anátomo-funcional y los resultados de los estudios complementarios en que se han basado, a los fines de encuadrar las afecciones dentro de los lineamientos de la presente norma.

Factores Complementarios

La incapacidad laborativa, concepto médico especializado, se refiere a la disminución de la capacidad funcional laborativa originada por una enfermedad física y/o psíquica.

El concepto de invalidez excede los límites de la incapacidad física, psíquica o psicofísica, puesto que a ésta se le combinan los coeficientes de ponderación conforme el nivel de educación formal y la edad que tengan las personas. A éstos los denominamos factores complementarios.

TABLA DE FACTORES COMPLEMENTARIOS

Los presentes factores, no serán utilizados para pedidos por la Ley 20.475 (minusválidos), Ley 20.888 (ciegos) y los contemplados en el Art. 53, inciso e) Ley 24.241.

Edad cronológica

51-55 años 5%

56-60 años 7,5%

61 o más años 10%

Nivel de educación formal

Universitario 2,5%

Secundario 5%

Primario 7,5%

Analfabeto 10%

Los porcentajes consignados se combinarán con el porcentaje de incapacidad y luego se sumarán aritméticamente a la misma. Surgiendo de ello el grado de invalidez de las personas.

No se utilizarán cuando la patología alcance un porcentaje igual o superior al 66%.

Factor compensador

El factor compensador podrá ser aplicado para aproximar la incapacidad obtenida por tablas a la impresión del deterioro general del solicitante, según el criterio médico de la Comisión Médica actuante. La sumatoria será directa. 1-10%

Ejemplo de la aplicación de factores complementarios

A manera de ejemplo: si se trata de un individuo de 51 años de edad y nivel educativo secundario, con una incapacidad del 62%, se aplican:

Incapacidad: 62,00%

Edad: (5% de 62,00=3,10%) 3,10%

Nivel educativo: (5% de 62,00 % =3,10%) 3,10%

Total: 68,20%

CAPITULO PIEL

Las enfermedades de la piel que se consideran importantes desde el punto de vista laboral son aquellas de curso crónico y/o recidivante, o que por sus características son irreversibles e imposibles de erradicar.

El criterio para evaluar el deterioro descansa en la correlación existente entre: zonas afectadas, profundidad y/o extensión de la lesión cutánea y el grado de dificultad laboral que ocasiona.

Cuando las lesiones de piel producen limitaciones de la movilidad deberán ser evaluadas por el compromiso funcional osteoarticular.

Asimismo, se investigará si la dermatopatía afecta a otros órganos o forma parte de una enfermedad sistémica (ej.: esclerodermia, Lupus Eritematoso Sistémico). En ambas situaciones se aplicarán los criterios de evaluación de la incapacidad para los aparatos comprometidos en cuestión.

Elementos de diagnóstico

Anamnesis
Examen físico-psíquico

Estudios complementarios, especialmente biopsia de piel (aportadas).

Las podemos agrupar en:

1) Lesiones de la epidermis y dermis

a) de la queratinización: Queratosis esenciales

Enfermedad de Darier

H.A.C.R.E.A.

b) pápuloescamosas Micosis superficiales

Liquen plano

Lupus eritematoso

Psoriasis

Micosis fungoide

c) eczematosas: Dermatitis atópica

de contacto

bacteriana

Micótica

d) vesículoampollosas:

Dermatitis de contacto

Dermatitis herpetiforme

Pénfigo

Porfiria cutánea tarda

e) pigmentarias: Vitiligo

Porfiria cutánea tarda

f) poiquilodérmicas:

(atrofia + alteraciones de la pigmentación).

Lupus eritematoso discoide crónico

H.A.C.R.E.A.

Radiodermatitis crónica

Micosis fungoide

g) tumorales: Epitelioma

basocelular

espinocelular

Melanoma

2) Lesiones de la dermis

Reticulosis angiogénica de Kaposi

Esclerodermia en placas

Enfermedades vasculares del colágeno

Granulomas (Lepra, Sarcoidosis, Tuberculosis).

Xantomas

Metástasis tumorales

3) Lesiones de las faneras

Micosis superficiales

Porfiria cutánea tarda

Lupus eritematoso discoide

Esclerodermia

4) Lesiones de la hipodermis

Nódulos reumáticos

Lupus profundo

Vasculitis

Fascitis eosinófila

Metástasis tumorales

5) Lesiones que afectan a varias capas

Queloides

Quemaduras (cicatrices)

Acropatía úlcero mutilante pseudosiringomiélica

Maduromicosis

Leishmaniasis

Tabla de valoraciones para enfermedades de la piel

(De aplicación para afecciones no contempladas en forma explícita)

Estadio I (Sin incapacidad)

Signos clínicos: manifestaciones dermatológicas mínimas ocasionales, que ceden con tratamiento local.

Estadio II (Incapacidad hasta el 33%)

Signos clínicos: manifestaciones dermatológicas intermitentes, que ceden con tratamiento local y sistémico.

Producen desde limitación en una sola ocasión hasta limitación transitoria esporádica de la actividad laboral.

Estudios complementarios: en relación a la repercusión sistémica, valorar la incapacidad según la especialidad que corresponda.

Estadio III (Incapacidad hasta entre el 33% y 66%)

Signos clínicos: manifestaciones dermatológicas con remisión incompleta con tratamiento local y sistémico permanente.

Producen desde limitación transitoria esporádica hasta frecuente de la actividad laboral.

Estudios complementarios: en relación a la repercusión sistémica, valorar la incapacidad según la especialidad que corresponda.

Estadio IV (Incapacidad mayor del 66%)

Signos clínicos: lesiones severas e irreversibles, que no responden al tratamiento y/u obligan a tratamiento recurrente con aislamiento. Impedimento permanente de la actividad laboral.

Estudios complementarios: biopsia y/o inmunología y/o baciloscopia positivas.

Dermatopatías evaluables, Lesiones de la epidermis y dermis De la queratinización

QUERATOSIS ESENCIALES 0 - 30%

ENFERMEDAD DE DARIER 30%

H.A.C.R.E.A. (Hidroarsenicismo 0 - 30%

(acorde a crónico regional endémico argentino)

(ingesta continuada de pozos artesianos compromiso plantar)

con contenido de arsénico mayor de 0,12mgrs/ml.)

Evaluar depresión medular y compromiso neurológico. Hasta 70%

(asociado a neoplasia cutánea, pulmonar o Gástrica)

Pápuloescamosas
MICOSIS SUPERFICIALES Capacitado

LIQUEN ROJO PLANO Capacitado

LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE CRONICO 10 - 30%

PSORIASIS

1. En placas: hasta 10% de superficie corporal 0 - 10%

desde 10% hasta 30% superficie corporal 10 - 30%

desde 30% hasta 50% superficie corporal 30 - 50%

2. Generalizada, más del 60% de la superficie corporal 70%

3. Palmoplantar Hasta 20%

4. Eritrodérmica Hasta 70%

5. Pustulosa Hasta 70%

Psoriasis Generalizada: La incapacidad del 70% se fundamenta en que se encuentra afectado el 60 - 70% de la superficie corporal. Además, si se acompaña por artropatía, completar con evaluación osteoarticular. Es conveniente también la evaluación por Psiquiatría.

MICOSIS FUNGOIDE

1. Premicótica (Poiquilodermia vascular atrófica) 0%

2. Placas con infiltración 5%

3. Eritrodermia generalizada 70%

4. Tumorción y/o úlceras cutáneas y/o compromiso sistémico 70%

Deberá realizarse evaluación hematológica para la investigación de un posible cuadro leucémico (Síndrome de Sézary).

Eczematosas

ECZEMA

1. Microbiano Capacitado

2. Por contacto 30 - 70%

(según la gravedad de la lesión y su recurrencia)

3. Atópico 0 - 30%

4. Micótico 0%

Eczematosas y vesículoampollosas

ENFERMEDAD DE DUHRING O

DERMATITIS HERPETIFORME

la incapacidad se fundamenta en la frecuencia de los brotes ampollares 5 - 30%

Vesículoampollosas

PENFIGO VULGAR Hasta 70%

PORFIRIA CUTANEA TARDA 0 - 30%

Con compromiso sistémico evaluar los aparatos afectados.

Lesiones repetidas: acorde a tablas.

Pigmentarias

VITILIGO Capacitado

Poiquilodermias

RADIODERMITIS CRONICA

1. Sin lesiones ulceradas 0 - 30 %

(completar con evaluación osteoarticular)

2. Con lesiones ulceradas 30 - 70%

(según localización y evolución)

LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE CRONICO Ya evaluado.

Tumorales

EPITELIOMA BASOCELULAR

1. Lobulado quístico o nodular 0%

2. Plano cicatrizal 0%

3. Pagetoide, operado sin recidiva 0 - 10%

4. Ulcus rodens, operado sin recidiva 0 - 10%

3 y 4. Con gran secuela cicatrizal, sin recidiva tumoral 10 - 25%

EPITELIOMA ESPINOCELULAR 0 - 10%

En todas las variantes clínicas de basocelular, o espinocelular, en las que se evidencie recidiva reiterada, la incapacidad puede alcanzar Hasta 70%

MELANOMA

Operado sin metástasis o recidivas 0 - 10%

Recidivado o con extensión ganglionar y/o a otros órganos 70%

Lesiones de la dermis

RETICULOSIS ANGIOGENA DE KAPOSI

1. Mono u oligolesional, sin compromiso sistémico 0 - 30%

2. Si es extenso, con manifestación sistémica, o si conforma un signo en el contexto del SIDA 70%

ESCLERODERMIA EN PLACAS 10 - 20%

(completar con evaluación osteoarticular)

ESCLERODERMIA CON COMPROMISO SISTEMICO

Evaluar por alteraciones de órganos afectados, por ej.: digestivo (esófago), osteoarticular, ver compromiso en los capítulos correspondientes.

VASCULITIS

Se evaluarán por su extensión y etiología según tabla de valoración para enfermedades de la piel (enfermedad de Raynaud) y por otras especialidades, acorde al órgano afectado (por ej.: Artritis reumatoidea por Osteoarticular, compromiso pulmonar del Síndrome de Wegener por Respiratorio).

Granulomas

LEPRA

1. Lepromatosa 70 - 80%

2. Tuberculoide 30%

(según compromiso neurológico).

3. Dimorfa o intermedia 30 - 70%

(Histológicamente intermedia entre la forma lepromatosa y la forma tuberculoide, con mayor compromiso neuropático).

La tendencia hacia la forma lepromatosa y el mayor compromiso neuropático deciden el mayor porcentaje.

Para completar el diagnóstico de forma clínica de Lepra, es necesario se aporten datos sobre inmunología y baciloscopia, biopsias, certificado oficial o resumen de Historia Clínica.

TUBERCULOSIS

Evaluable por compromiso general

SARCOIDOSIS

Evaluable por compromiso general.

XANTOMA MULTIPLE EN SUS DIFERENTES FORMAS

1. Sin manifestación sistémica 0%

2. Con compromiso osteotendinoso: evaluación osteoarticular

3. Con compromiso coronario y/o vascular periférico: evaluación cardiológica.

Efectuar estudios de laboratorio para evaluar posible dislipemia familiar.

4. Con coronariopatía asociada, vasculopatía periférica, compromiso osteotendinoso, dislipemia e historia erodofamiliar Hasta 70%

METASTASIS TUMORALES

(de un primitivo extracutáneo) 70%

Lesiones de las faneras

MICOSIS SUPERFICIALES (alopecia) Patologías ya evaluadas.

PORFIRIA CUTANEA TARDA

ESCLERODERMIA EN PLACAS

LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE CRONICO

Lesiones de la hipodermis

FASCITIS EOSINOFILICA 30 - 70%

(completar con evaluación osteoarticular)

VASCULITIS Ya comentadas.

METASTASIS TUMORALES Ya evaluadas.

Lesiones de la hipodermis

FASCITIS EOSINOFILICA 30 - 70%

(completar con evaluación osteoarticular)

VASCULITIS Ya comentadas.

METASTASIS TUMORALES Ya evaluadas.

Lesiones de varias capas

QUELOIDE Sin limitación funcional 0%

QUEMADURAS Se evalúan acorde a cicatrices.

MORDEDURAS: De animales ponzoñosos o no Se evalúan en base a las cicatrices.

En los tres casos se evaluará la repercusión funcional de los segmentos afectados por la localización, extensión y profundidad de la cicatriz residual (p. ej. ojos evaluación por capítulo correspondiente, articulares por capítulo de osteoarticular, lesión de cara se evaluará compromiso oftálmico - capítulo respiratorio - capítulo psiquismo).

CICATRICES DEFORMANTES SEVERAS O QUE ALTEREN SIGNIFICATIVAMENTE LA ANATOMIA 10 - 40%
ACROPATIA ULCEROMUTILANTE

PSEUDO SIRINGOMIELICA Hasta 70%

MADUROMICOSIS (Pie de Madura) 45%

Corresponde la evaluación por capítulo de osteoarticular.

LEISHMANIASIS CUTANEO - MUCOSA

(excepto lesiones secuelas importantes en cara, que se valoran como cicatrices deformantes)
0%

CAPITULO OSTEOARTICULAR

Las siguientes normas de evaluación son de aplicación tanto en la valoración de las incapacidades producidas por afecciones reumáticas como por patología osteoarticular traumática o no.

Para determinar el compromiso funcional originado a partir de las mismas, se considerarán: tipo de afección, tratamiento médico-quirúrgico realizado, terapias de rehabilitación aplicadas, tiempo de evolución y secuelas.

Se tendrá como el 0 (cero) fisiológico, de donde parten la totalidad de los movimientos, la posición de "firme" (de pie, con los pulgares adelante, mirando al frente y el primer dedo de cada pie mirando al frente con los pies paralelos).

Elementos de diagnóstico

Anamnesis
Examen físico-psíquico

Laboratorio: Hemograma, eritrosedimentación, factor reumatoideo (realizado por 2 métodos: látex con título igual o mayor a 1/160, Rose Ragan con título igual o mayor a 1/32 y ELISA), células LE, anticuerpos antinúcleo, complemento total, C3, C4, VDRL, CPK, aldolasa, TGO, TGP, creatinina, examen de orina completo y sedimento urinario en fresco, ácido úrico en sangre, perfil fosfocálcico.

Diagnóstico por imágenes: Rx, TAC., RNM., Eco, Densitometría ósea.

Electrofisiológicos: electromiograma, velocidad de conducción, potenciales evocados.

Otros: artroscopías, biopsia (sinovial, renal).

Afecciones reumáticas

La Reumatología estudia las enfermedades no traumáticas del sistema osteoarticular y su frecuente compromiso sistémico (riñón, pulmón, corazón, etc.). Estas afecciones constituyen una de las causas más frecuentes de consulta médica y también de solicitud de beneficios previsionales.

Las podemos agrupar en:

1. Inflamatorias
2. Degenerativas
3. Metabólicas

4. Extraarticulares

Inflamatorias

Artritis séptica

Artritis post-traumática

Artritis reumatoidea

Artritis reumatoidea juvenil

Lupus eritematoso sistémico

Esclerodermia sistémica

Dermatomiositis y Polimiositis

Vasculitis (ej.: periarteritis nudosa)

Síndrome de Sjögren

Síndromes de superposición

Degenerativas

Artrosis

Metabólicas

Osteoporosis

Cristálicas:

Gota

Enfermedad por depósito de pirofosfato de Calcio

Enfermedad por depósito de hidroxapatita

Extraarticulares

Bursitis, periartrosis, etc.

Respecto del tratamiento efectuado, deberá asegurarse que el mismo fue adecuado y suficiente:

1. Tratamiento medicamentoso.

Las medicaciones indicadas habitualmente en patologías inflamatorias son: drogas antiinflamatorias no esteroideas (Anti-Inflamatorios No Esteroides), corticoides, sales de oro, D-penicilamina, antipalúdicos (cloroquina) e inmunosupresores.

2. Tratamiento quirúrgico

Para aquellos procesos en que existan alternativas quirúrgicas, que puedan disminuir el grado de incapacidad, las mismas podrán ser consideradas, a los efectos de la rehabilitación.

3. Terapias de rehabilitación.

Se agotarán las posibilidades de terapia física y rehabilitación.

Incapacidad en afecciones inflamatorias

El deterioro producido por enfermedades inflamatorias se medirá desde dos puntos de vista:

a) compromiso articular

b) compromiso sistémico.

En el caso de existir exclusivamente compromiso articular, limitado a pocas articulaciones, se evaluará con las tablas referidas al sistema músculo-esquelético. A la limitación funcional de cada articulación se sumará en forma aritmética la alteración funcional por pérdida de la fuerza.

Si el compromiso articular es marcado y generalizado, comprometiendo muchas articulaciones, se valorará en forma global, como afección de todo el sistema.

Cuando hay compromiso sistémico se determinará la incapacidad correspondiente a dicha patología según el aparato o sistema involucrado, por ej. epiescleritis por el capítulo de ojos, pericarditis por el capítulo de cardiovascular, etc. Cuando existan lesiones osteoarticulares y sistémicas, se calculará mediante suma por capacidad residual o restante las incapacidades producidas por las mismas. Si el compromiso osteoarticular y sistémico es marcado y generalizado, se valorará en forma global, como afección única.

Incapacidad en afecciones degenerativas

Se evaluarán a partir de su repercusión funcional sobre las articulaciones comprometidas.

Incapacidad en afecciones metabólicas

Se sustenta el mismo criterio. De existir compromiso extraarticular, se agregará la merma producida por el mismo a la calculada por la afectación articular, mediante suma por Capacidad Residual o Restante (C.R. o R.).

Incapacidad en afecciones extraarticulares

Hay afecciones que tienen expresión fuera del ámbito íntimo de la articulación produciendo alteraciones funcionales de otras estructuras. Se evaluarán según el criterio general de estas normas. Por ej.: la afectación neurológica local producida en el Síndrome del Túnel Carpiano, la limitación funcional del codo y/o rodillas producida por los tofos gotosos.

Afecciones ortopédicas y traumáticas

Se evaluarán las incapacidades derivadas de alteraciones en el crecimiento (por ej.: escoliosis), de lesiones traumáticas (por ej.: amputaciones) y de tumores, como los compromisos funcionales resultantes de las mismas y secundarios a los tratamientos aplicados (por ej.: prótesis).

La investigación de la limitación funcional de las articulaciones se expresará en grados, la incapacidad resultante consta en tablas.

El dolor es un síntoma siempre presente en este tipo de afecciones. Es individual, difícil de cuantificar y dependiente, en gran parte, del estado emocional de la persona. Sin embargo su ubicación, las limitaciones que ocasiona y la respuesta a los analgésicos comunes son formas de valorar la coherencia del mismo con respecto a la patología en cuestión. En algunos casos se podrán encontrar elementos objetivos que le dan mayor veracidad (por ej. hipotrofias, posiciones antálgicas).

Es válido para este tipo de afecciones lo afirmado en el apartado correspondiente a alteraciones reumáticas respecto al tratamiento efectuado.

Lo propio se refiere a: los tratamientos de inmovilización, quirúrgicos y los tiempos de rehabilitación. Deberá ser evaluado en el momento que se tenga por cierto que el tratamiento haya alcanzado el máximo beneficio posible y, de existir secuela, la misma se haya consolidado.

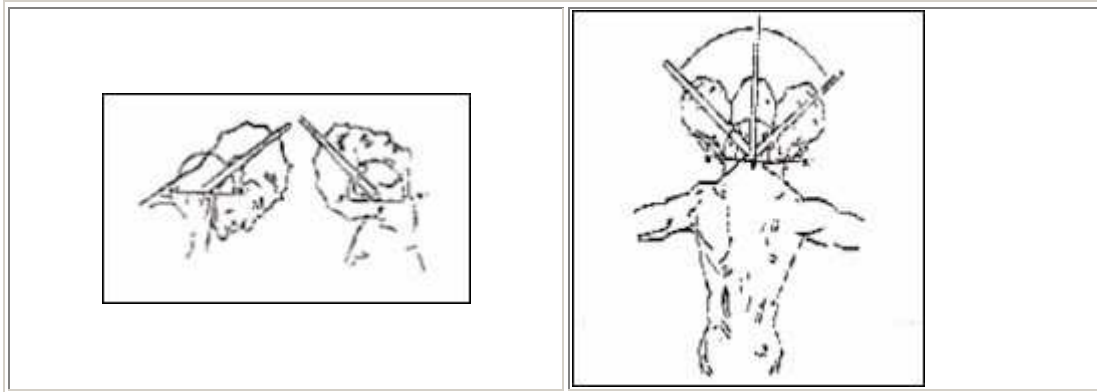
Tablas de compromiso funcional osteoarticular

Columna vertebral

1. El 0° se toma con la cabeza y el tronco mirando hacia adelante.
2. En los casos de limitación de la movilidad, cuando son varios los movimientos afectados, se suma aritméticamente el grado de incapacidad de cada uno de ellos y el resultado es la incapacidad final por la lesión columnaria.
3. En los casos en que la columna se encuentre anquilosada (cervical o dorsolumbar) el valor mayor por anquilosis representa la incapacidad final debida al sector de la columna en que se encuentre.
4. Si a la alteración de la movilidad se le agrega una lesión nerviosa, radicular o periférica, se valorará ésta en la parte del Baremo referida a las incapacidades del sistema nervioso periférico y se aplicará, a los porcentajes, el método de capacidad residual o restante.

5. Para las alteraciones funcionales de los sectores cervical y dorsolumbar, cuando coexisten, se aplica el método de capacidad residual o restante.

COLUMNA CERVICAL



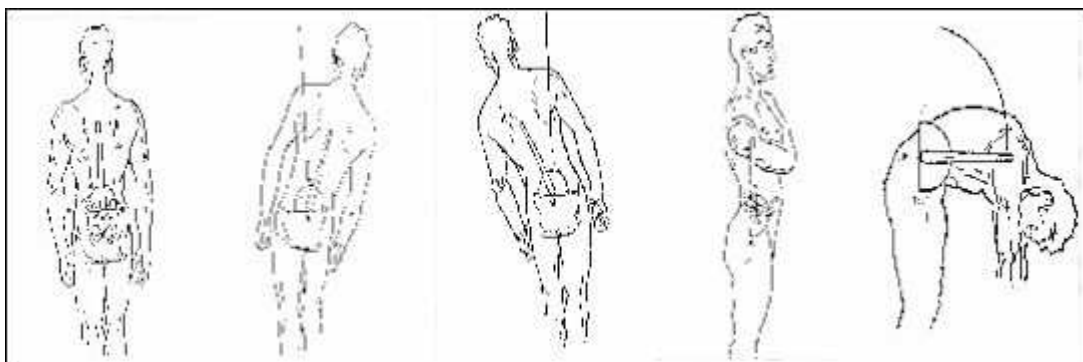
LIMITACION FUNCIONAL

INCAPACIDAD FINAL				
Excursión desde 0° hasta	Rotación	Inclinación D	Flexión	Extensión
0°	4%	2%	4%	4%
10°	2%	2%	3%	3%
20°	1%	1% 1% 1%		
30°	0%	1%	0% 0%	
40°		0%		

Anquilosis

INCAPACIDAD FINAL				
Anquilosada en	Rotación	Inclinación	Flexión	Extensión
0°	20%	20%	20%	20%
10°	27%	25%	27%	27%
20°	33%	30%	33%	33%
30°	40%	35%	40%	40%
40°		40%		

COLUMNA DORSOLUMBAR



LIMITACION FUNCIONAL

INCAPACIDAD FINAL				
Excursión desde 0° hasta	Rotación D.I.	Inclinación D.I.	Flexión	Extensión
0°	5%	4%	9%	3%
10°	4%	2%	8%	2%
20°	2%	0%	7%	1%
30°	0%		6%	0%
40°			5%	
50°			4%	
60°			3%	
70°			2%	
80°			1%	
90°			0%	

Anquilosis

INCAPACIDAD FINAL				
Anquilosada en	Rotación	Inclinación	Flexión	Extensión
0°	30%	30%	30%	30%
10°	40%	45%	33%	40%
20°	50%	60%	37%	50%
30°	60%		40%	60%
40°			43%	
50°			47%	
60°			50%	
70°			53%	
80°			57%	
90°			60%	

Escoliosis

La repercusión funcional ocasionada por la misma determinará el grado de incapacidad.

Se tendrán en cuenta: la limitación funcional de columna, el compromiso neurológico periférico, eventuales alteraciones respiratorias.

Fracturas de vértebras (una o varias)

La repercusión funcional ocasionada por la/s misma/s, una vez consolidada/s (viciosa/s o no), determinará el grado de incapacidad.

Se tendrán en cuenta: limitación funcional, compromiso neurológico periférico.

Hernia de disco - Espónkilolisteis

Se evaluará la limitación funcional y el compromiso radicular

Metodología de aplicación para la evaluación de los miembros superiores e inferiores

El porcentaje de incapacidad, que surge del grado de limitación de cada movimiento en un segmento, ha sido calculado refiriendo el porcentaje de limitación funcional correspondiente al valor total del miembro explorado. Se excluye de esta regla los casos de las amputaciones, en las cuales los porcentajes consignados en las tablas definen la incapacidad final.

La incapacidad de la sección evaluada está conformada por:

1. La limitación funcional de la movilidad articular,

2. Los trastornos tróficos, el compromiso de la fuerza y/o sensibilidad, sin porcentaje por tablas, valorables desde el punto de vista clínico y estudios complementarios, especialmente electromiograma (EMG).

De existir concordancia entre la clínica (disminución de fuerza y/o sensibilidad) y el EMG, se valorará según capítulo de nervioso en el ítem correspondiente al compromiso de los nervios periféricos, y el valor de la incapacidad resultante, se sumará al de la limitación funcional articular por el método de C.R. o R.

La incapacidad final, originada en la limitación funcional de cada uno de los movimientos de una articulación, graficada en tablas, se obtendrá por la suma aritmética de las incapacidades parciales.

Si están involucradas varias articulaciones de una misma extremidad, se efectuará primero el cálculo de la incapacidad individual (limitación de cada articulación), según el párrafo anterior. Luego se resta la incapacidad mayor al valor del miembro (66% para el miembro superior y 60% para el miembro inferior). Posteriormente se aplica la incapacidad siguiente en rango al resultado obtenido de la resta anterior y se suma aritméticamente a la primera. De existir otras articulaciones afectadas, de la misma extremidad, se procederá de igual forma con las incapacidades decrecientes. El valor obtenido se expresa como incapacidad por limitación funcional de la extremidad y se sumará, por el método de la C.R. o R., al compromiso eventual de otro miembro, columna u otros aparatos. Ver ejemplo al final de las tablas referentes a codo.

De existir un compromiso muscular puro (miopatías), se evaluará el deterioro de la fuerza muscular, acorde a la Tabla siguiente y se aplicará el porcentaje de la misma a la incapacidad correspondiente al segmento afectado, consignado en las tablas de amputaciones.

Tabla de movilidad

Alteración funcional por pérdida de fuerza

Grado 1	Movilidad conservada contra resistencia fuerte	0%
Grado 2	Movilidad conservada contra resistencia moderada	20%
Grado 3	Movilidad conservada contra resistencia leve	40%
Grado 4	Movilidad conservada contra resistencia mínima	60%
Grado 5	Trazas de movilidad a inmovilidad	80 y 100% respectivamente

Ej.: Compromiso muscular por miopatía que impide la movilización del hombro (por pérdida de fuerza) = Movilidad contra resistencia leve = 40% por 66% - 26,4% (Incapacidad final).

Miembro superior

Valor del miembro superior: 66%

Amputaciones del miembro superior

Los porcentajes consignados representan la incapacidad final.

En la valoración de amputaciones en las manos se utilizará exclusivamente esta tabla, no correspondiendo el uso de la referida a las funciones básicas de la mano.

Incapacidad final

Amputación por arriba del hombro 70%

Amputación a la altura del hombro 66%

Amputación por arriba de V deltoidea 35 - 66%

Amputación del 1/3 distal del brazo 35 - 66%

Amputación a nivel del codo 35 - 66%

Amputación 1/3 proximal de antebrazo 35 - 66%

Amputación 1/3 medio de antebrazo 35 - 66%

Amputación 1/3 inferior de antebrazo 35 - 66%

Amputación a nivel de muñeca 35 -66%

Amputación trans-metacarpiana de los 5 dedos 35 - 66%

Amputación de los cuatro dedos menos pulgar 35 - 40%

Amputación del pulgar y el metacarpiano correspondiente 33%

Amputación a nivel de la metacarpo falángica del pulgar 30%

Amputación a nivel de la primera falange del pulgar 22%

Amputación a nivel de la interfalángica del pulgar 15%

Amputación distal de la última porción falángica del pulgar 5%

Amputación del pulpejo del pulgar sin pérdida de partes óseas 2%

Amputación del índice y el metacarpiano correspondiente 18%

Amputación a nivel de la metacarpo falángica del índice 12%

Amputación a nivel de la interfalángica proximal del índice 10%

Amputación a nivel de la interfalángica distal del índice 6%

Amputación distal de la última porción falángica del índice 2%

Amputación del pulpejo del índice sin pérdida de partes óseas 1%

Amputación del mayor y el metacarpiano correspondiente 15%

Amputación a nivel de la metacarpofalángica del mayor 11%

Amputación a nivel de la interfalángica proximal del mayor 8%

Amputación a nivel de la interfalángica distal del mayor 5%

Amputación distal de la última falange del mayor 2%

Amputación del pulpejo del mayor sin pérdida de partes óseas 1%

Amputación del anular y el metacarpiano correspondiente 6%

Amputación a nivel de la metacarpofalángica del anular 3%

Amputación a nivel de la interfalángica proximal del anular 2%

Amputación a nivel de la interfalángica distal del anular 1%

Amputación distal de la última falange del anular 0,5%

Amputación del pulpejo del anular sin pérdida de partes óseas 0%

Amputación del meñique y el metacarpiano correspondiente 9%

Amputación a nivel de la metacarpofalángica del meñique 6%

Amputación a nivel de la interfalángica proximal del meñique 4%

Amputación a nivel de la interfalángica distal del meñique 3%

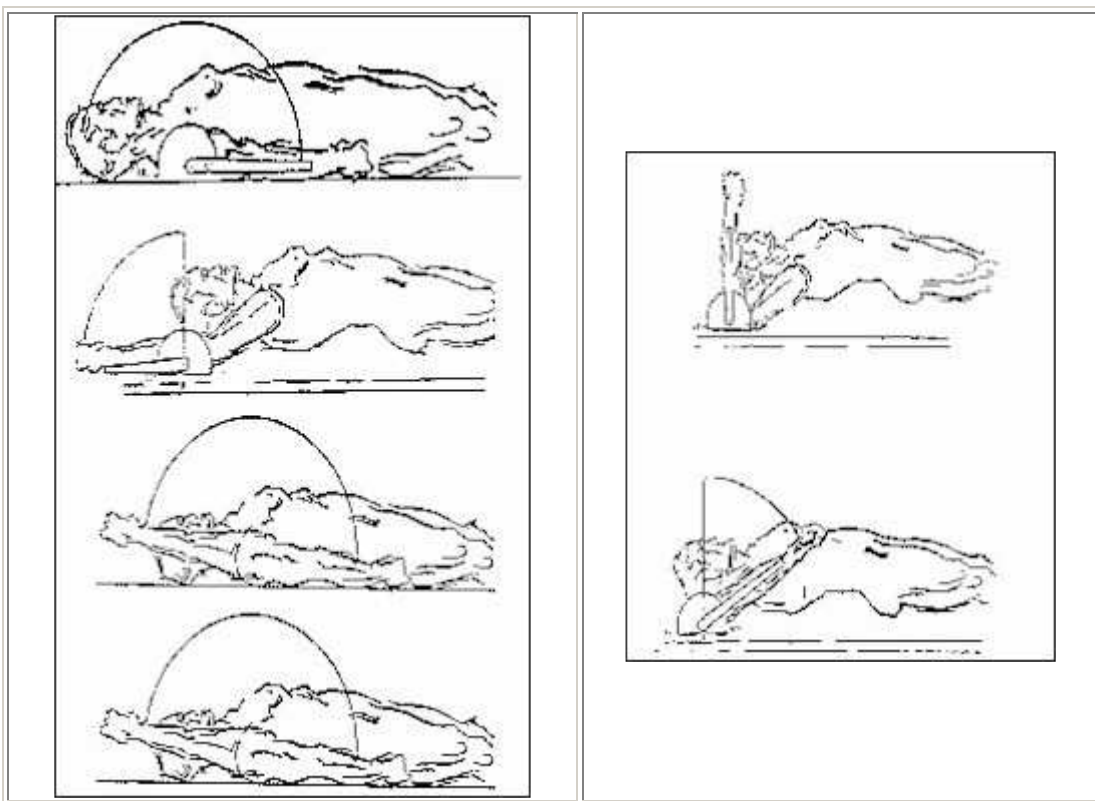
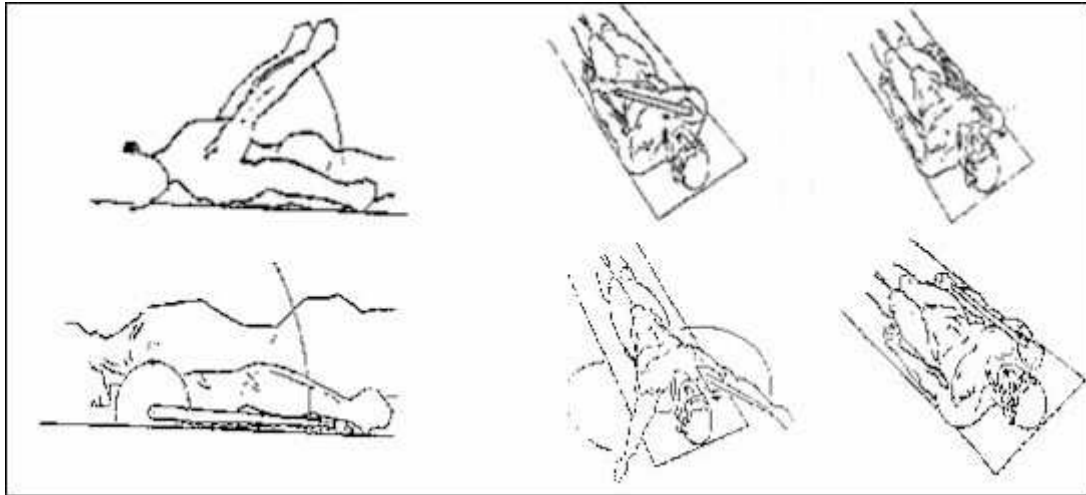
Amputación distal de la última falange del meñique 1%

Amputación del pulpejo del meñique sin pérdida de partes óseas 0,5%

Amputaciones y ortesis

El porcentaje asignado a las amputaciones se mantendrá durante todo el período de provisión de ortesis, rehabilitación y recapacitación. Una vez conseguida esta última, será reevaluado a fin de determinar el grado de aptitud funcional alcanzado, reasignando el porcentaje correspondiente acorde a esta Tabla, según criterio médico.

ARTICULACIONES DEL HOMBRO



LIMITACION FUNCIONAL			
Abdo-Elevacion	Desde 0° hasta	Limitacion Funcional	Incapacidad
	0°	16%	11%
	10°	15%	10%
	20°	14%	9%
	30°	13%	9%
	40°	12%	8%
	50°	11%	7%
	60°	9%	6%

	70°	8%	5%
	80°	7%	5%
	90°	6%	4%
	100°	5%	3%
	110°	4%	2%
	120°	3%	2%
	130°	2%	1%
	140°	1%	1%
	150°	0%	0%

Aduccion	Desde 0°	Limitacion Funcional	Incapacidad
	0°	3%	2%
	10°	2%	1%
	20°	1%	1%
	30°	0%	0%

Elevacion anterior	Desde 0° hasta	Limitacion Funcional	Incapacidad
	0°	16%	11%
	10°	15%	10%
	20°	14%	9%
	30°	13%	9%
	40°	12%	8%
	50°	11%	7%
	60°	9%	6%
	70°	8%	5%
	80°	7%	5%
	90°	6%	4%
	100°	5%	3%
	110°	5%	2%
	120°	3%	2%
	130°	2%	1%
	140°	1%	1%
	150°	0%	0%

Elevacion Posterior	Desde 0° hasta	Limitacion Funcional	Incapacidad
	0°	3%	2%
	10°	3%	2%
	20°	2%	1%
	30°	1%	1%
	40°	0%	0%

Rotación Interna	Desde 0° hasta	Limitacion Funcional	Incapacidad
	0°	6%	4%
	10°	5%	3%
	20°	3%	2%
	30°	2%	1%
	40°	1%	0%

Rotación Externa	Desde 0° hasta	Limitacion Funcional	Incapacidad
	0°	12%	8%
	10°	11%	7%
	20°	10%	7%
	30°	8%	5%
	40°	7%	5%
	50°	6%	4%
	60°	5%	3%
	70°	3%	2%
	80°	2%	1%
	90°	0%	0%

Anquilosis

Para determinar el grado de incapacidad por anquilosis, sólo será tomada en cuenta la actitud (posición de anquilosis) de mayor porcentaje asignado por tablas. En el porcentaje de incapacidad por anquilosis ya está calculada la referencia de la limitación funcional al miembro.

Articulación fija en:												
	Abdo-eleva		Aducción		Eleva anterior		Eleva posterior		Rotación interna		Rotación Externa	
	L.F.	Inc.	L.F.	Inc.	L.F.	Inc.	L.F.	Inc.	L.F.	Inc.	L.F.	Inc.
0°	60%	40%	60%	40%	60%	40%	60%	40%	60%	40%	60%	40%
10°	56%	37%	73%	48%	53%	35%	70%	46%	70%	46%	50%	32%
20°	51%	34%	87%	57%	47%	31%	80%	53%	80%	53%	49%	26%
30°	47%	31%	100%	66%	40%	26%	90%	59%	90%	59%	57%	32%
40°	42%	28%			45%	30%	100%	66%	100%	66%	66%	38%
50°	43%	28%			50%	33%					74%	44%
60°	49%	29%			55%	36%					83%	49%
70°	54%	32%			60%	40%					91%	55%
80°	60%	36%			65%	43%					100%	60%
90°	66%	40%			70%	46%						
100°	71%	44%			75%	50%						
110°	77%	47%			80%	53%						
120°	83%	51%			85%	56%						
130°	89%	59%			90%	59%						
140°	94%	62%			95%	63%						
150°	100%	66%			100%	66%						

Ejemplos:

a) Anquilosis en 0° para todas las actitudes: Lim. funcional 60%. Incapacidad final 40%.

b) Anquilosis en 30° de abdoelevación y 30° de rotación interna: Limitación funcional por anquilosis en abdoelevación (de 30°) del 47% (incap. 31%) y en rotación interna (de 30°) del 90% (incap. 59%). Incapacidad final del 59%.

Inestabilidad articular del hombro

Por pérdida de partes blandas y/u óseas que producen disfunción articular

Limitación funcional Incapacidad

Leve 30% 20%

Moderada 60% 40%

Severa 90% 59%

Valores que ya fueron referidos al total de la extremidad; al ser aplicados, en ellos están comprendidas todas las limitaciones funcionales del hombro.

ARTICULACION DEL CODO

Flexo-extensión						
Flexion	Desde 0° hasta	Limitacion Funcional	Incapacidad	Extension	Desde 150° hasta	Incapacidad
	0°	60%	40%	0%	0%	0%
	10°	57%	38%	10%	1%	1%
	20°	55%	36%	20%	2%	1%
	30°	50%	33%	30%	4%	3%
	40°	50%	33%	40%	5%	3%
	50°	45%	30%	50%	10%	7%
	60°	40%	26%	60%	15%	10%
	70°	35%	23%	70%	20%	13%
	80°	30%	20%	80%	25%	17%
	90°	25%	17%	90%	30%	20%
	100°	8%	5%	100%	35%	23%
	110°	6%	4%	110%	40%	26%
	120°	5%	3%	120%	45%	30%
	130°	3%	2%	130%	50%	33%
	140°	2%	1%	140%	55%	36%
	150°	0%	0%	150%	60%	40%

Pronacion o supinacion	Desde 0° hasta	Limitacion Funcional	Incapacidad
	10°	11%	7%
	20°	10%	7%
	30°	8%	5%
	40°	7%	5%
	50°	5%	3%
	60°	3%	2%
	70°	2%	1%
	80°	0%	0%

		(por cada lado)	
--	--	-----------------	--

Anquilosis

En el porcentaje de incapacidad por anquilosis ya está calculada la referencia de la limitación funcional al miembro.

Articulacion Anquilosada en:	Limitacion funcional	Incapacidad
0°	60%	40%
10°	58%	38%
20°	55%	36%
30°	52%	34%
40°	50%	33%
50°	45%	30%
60°	43%	28%
70°	40%	26%
80°	35%	23%
90°	30%	20%
100°	35%	23%
110°	40%	26%
120°	50%	33%
130°	60%	40%
140°	70%	46%
150°	80%	49%

Articulación anquilosada en:	Flexión Dorsal		Flexión Plantar		Inversión		Eversión	
	L.F	Incap.	L.F	Incap.	L.F	Incap.	L.F	Incap.
0°	20%	12%	20%	12%	20%	12%	20%	12%
10°	30%	18%	25%	15%	25%	15%	30%	18%
20°	40%	24%	30%	18%	35%	21%	40%	24%
30°			40%	24%	45%	27%		
40°			50%	30%				

Inestabilidad articular del codo

Por pérdida de partes blandas y/u óseas, que producen disfunción articular .

	Limitación funcional	Incapacidad
Leve	20%	13%
Moderada	40%	26%
Severa	60%	40%

Valores que ya fueron referidos al total de la extremidad al ser aplicados, en ellos están comprendidas todas las limitaciones funcionales del codo.

Ejemplos:	Limitación funcional	Incapacidad
1. Hombro. Limitación de la abdoelevación en 120°	3%	2%
Limitación de la rotación externa en 80°	2%	1%
Limitación de la elevación anterior en 100°	5%	3%
Incapacidad final (hombro):		6%

2. Hombro. Similar limitación del ej. anterior		
Codo. Limitación de la flexión en 130°	3%	2%
Limitación de la supinación hasta 60°	3%	2%
Limitación de la pronación hasta 60°	3%	2%
Incapacidad final (codo):		6%
Incapacidad final de las limitaciones del hombro y codo de la misma extremidad:		
Incapacidad final hombro:		6%
Incapacidad final codo:	6% x (66% -6% de la limitación funcional del hombro) = 6% x 60% = 3,6%	
Incapacidad final por afección extremidad superior unilateral (H+C):		9,6%
Incapacidad final de las limitaciones del hombro y codo de distintas extremidades:		
Incapacidad final hombro:		6%
Incapacidad final codo extremidad contralateral		6%
Se sumarán por el método de C.R. o R. a las otras posibles afecciones incapacitantes, de acuerdo al rango en que cada una de ellas incida.		
De ser éstas las únicas		
Incapacidad final hombro:	6%	
Incapacidad final codo extremidad contralateral:	6% del 94% CR o R= 5,64%	
Incapacidad final por afección extremidad superior bilateral (H+C):	11,64%	

MUÑECA

Limitacion Funcional			
Flexión Dorsal	Desde 0° hasta	Limitacion Funcional	Incapacidad
	0°	10%	7%
	10°	8%	5%
	20°	6%	4%
	30°	5%	3%
	40°	3%	2%
	50°	2%	1%
	60°	0%	0%

Flexion Palmar	Desde 0° hasta	Limitacion Funcional	Incapacidad
	0°	11%	7%
	10°	10%	7%
	20°	8%	5%
	30°	6%	4%
	40°	5%	3%
	50°	3%	2%
	60°	2%	1%
	70°	0%	0%

Desviación Radial	Desde 0° hasta	Limitación Funcional	Incapacidad
	0°	3%	2%
	10°	2%	1%
	20°	0%	0%

Desviación Cubital	Desde 0° hasta	Limitación Funcional	Incapacidad
	0°	5%	3%
	10°	3%	2%
	20°	2%	1%
	30°	0%	0%

Anquilosis

Para determinar el grado de incapacidad por anquilosis, sólo será tomada en cuenta la actitud (posición de anquilosis) de mayor porcentaje asignado por tablas. En el porcentaje de incapacidad por anquilosis ya está calculada la referencia de la limitación funcional al miembro.

Articulación anquilosada en:	Flexión Dorsal		Flexión Plantar		Inversión		Eversión	
	L.F	Incap.	L.F	Incap.	L.F	Incap.	L.F	Incap.
0°	20%	12%	20%	12%	20%	12%	20%	12%
10°	30%	18%	25%	15%	25%	15%	30%	18%
20°	40%	24%	30%	18%	35%	21%	40%	24%
30°			40%	24%	45%	27%		
40°			50%	30%				

Inestabilidad articular de la muñeca

Por pérdida de partes blandas y/u óseas que producen disfunción articular.

	Limitación funcional	Incapacidad
Leve:	30%	20%
Moderada:	60%	40%
Severa:	90%	59%

Valores que ya fueron referidos al total de la extremidad; al ser aplicados, en ellos están comprendidas todas las limitaciones funcionales de la muñeca.

MANO

La mano consta de cinco dedos. Todos tienen tres articulaciones. El pulgar, carpometacarpiana, metacarpofalángica e interfalángica, y los demás, metacarpofalángica e interfalángicas proximal y distal.

Considerando la mano como un todo funcional, para determinar adecuadamente el porcentaje de incapacidad, deberán tenerse en cuenta las limitaciones de la movilidad de las diferentes articulaciones y de las funciones básicas de la mano. Ellas comprenden fundamentalmente la pinza, el aro, la garra y el puño (empuñadura). Según la magnitud de la repercusión, será el porcentaje de incapacidad.

El valor total de la mano (100% de sus funciones) es equivalente al 66%, valor del miembro superior (amputación del miembro superior a la altura del hombro). La abolición de la totalidad de las funciones de la mano, equivale a la ausencia o pérdida de la misma.

Las limitaciones articulares deben ser expresadas en grados según tablas, sin asignación de porcentajes de incapacidad (ya que éstos están incluidos en la valoración de las funciones

globales), a efectos de dar idea de las mismas, como determinantes en la repercusión sobre las funciones de la mano y a fin de contar con un elemento de comparación en posteriores exámenes. Al compromiso de las funciones se les otorgará un puntaje de acuerdo a su validez y la suma de dichos puntajes darán el correspondiente a la repercusión funcional, a partir del cual se obtendrá el grado de incapacidad final.

Funciones de la mano

	Funciones	Limitación Funcional			Funciones
	Válidas	Leve	Moderada	Severa	Abolidas
Pinza	0	1	2	3	4
Aro	0	1	2	3	4
Puño	0	1	2	3	4
Garra	0	1	2	3	4

Tabla de Evaluación

Puntaje de Limitación funcional	Porcentaje	Incapacidad
0	0%	0,00%
1	5%	3,30%
2	10%	6,60%
3	15%	9,90%
4	20%	13,20%
5	25%	16,50%
6	30%	19,80%
7	40%	26,40%
8	45%	29,70%
9	48%	31,68%
10	50%	33,00%
11	60%	39,60%
12	70%	46,20%
13	80%	52,80%
14	90%	59,40%
15	95%	62,70%
16	100%	66,00%

Las limitaciones funcionales de los dedos en consecuencia, son evaluadas en la repercusión que determinan sobre las cuatro funciones mencionadas.

Aclaración: En los casos de amputaciones en las manos, se utilizará exclusivamente la tabla correspondiente a las mismas que determinan la incapacidad final.

Ejemplos:

1. Anquilosis a 30° de la articulación metacarpo-falángica del pulgar que produce pinza y aro con limitación funcional moderada y el resto de las funciones de la mano válidas = 4 puntos = 13,20% de incapacidad final.

2. Artritis reumatoidea con compromiso metacarpo-falángico e interfalángico proximales (debiendo ser medidos los grados por tablas) que determinan una limitación funcional:

En mano derecha: Aro (limitación funcional moderada): 2 puntos

Pinza: (limitación funcional moderada): 2 puntos

Puño: (limitación funcional severa): 3 puntos

Garra: (limitación funcional leve): 1 punto

Total: 8 puntos (29,70%).

En mano izquierda: Aro (limitación funcional leve) 1 punto

Pinza: (limitación funcional leve): 1 punto

Puño: (limitación funcional moderada): 2 puntos

Garra: (limitación funcional leve): 1 punto

Total: 5 puntos (16,50%).

Incapacidad final: $29,70\% + (16,50\% \times 70,30\% / 100\%) = 29,70\% + 11,59\% = 41,29\%$

PULGAR
Limitación funcional

Articulación carpometacarpiana:

(Incluye Aducción y Abducción)

Flexion	Desde 0° hasta	Extension	Desde 0° hasta
	0°		0°
	10°		10°
	15°		20°
			30°

Articulación metacarpofalángica		Articulación interfalángica	
Flexion	Desde 0° hasta	Extension	Desde 0° hasta
	0°		0°
	10°		10°
	20°		20°
	30°		30°
	40°		40°
	50°		50°
	60°		60°
			70°
			80°

Carpometacarpiana			
Flexion	Desde 0° hasta	Extension	Desde 0° hasta
	0°		0°
	10°		10°
	15°		20°
			30°

Metacarpofalángica			
Flexion	Desde 0° hasta	Extension	Desde 0° hasta
	0°		0°

	10°		10°
	20°		20°
	30°		30°
	40°		40°
	50° a 60°		50° a 80°

DEDOS DE LA MANO MENOS EL PULGAR

Articulacion Metacarpofalángica		Articulación interfalángica proximal		Articulación interfalángica distal	
Flexion	Desde 0° hasta	Flexion	Desde 0° hasta	Flexion	Desde 0° hasta
	0°		0°		0°
	10°		10°		10°
	20°		20°		20°
	30°		30°		30°
	40°		40°		40°
	50°		50°		50°
	60°		60°		60°
	70°		70°		70°
	80°		80°		
	90°		90°		
			100°		

Anquilosis			
Anquilosada en	M-F	I-F-P	I-F-D*
0°	0°	0°	0°
10°	10°	10°	10°
20°	20°	20°	20°
30°	30°	30°	30°
40°	40°	40°	40°
50°	50°	50°	50°
60°			
70°			
80°			
90°			
100°			

* M-F: Articulación metacarpofalángica.

I-F-P: Articulación interfalángica proximal.

I-F-D: Articulación interfalángica distal.

MIEMBRO INFERIOR

Valor del miembro inferior: 60%

AMPUTACIONES DEL MIEMBRO INFERIOR

Los porcentajes consignados son la incapacidad final.

Hemipelvectomía 80%

Desarticulación cadera 70%

Amputación 1/3 proximal muslo 35 - 60%

Amputación 1/3 medio 35 - 60%

Amputación 1/3 distal 35 - 60%

Desarticulación rodilla 35 - 60%

Amputación bajo rodilla con muñón no funcional 35 - 60%

Amputación bajo rodilla con muñón funcional 35 - 50%

Desarticulación del tobillo (Syme y Boyd) 25 - 45%

Amputación medio-tarsiana y tarso-metatarsial 20 - 40%

Amputación todos los dedos 20%

Amputación 1° dedo a nivel metatarso-tarsiana 15%

Amputación 1° dedo a nivel metatarso-falángica 13%

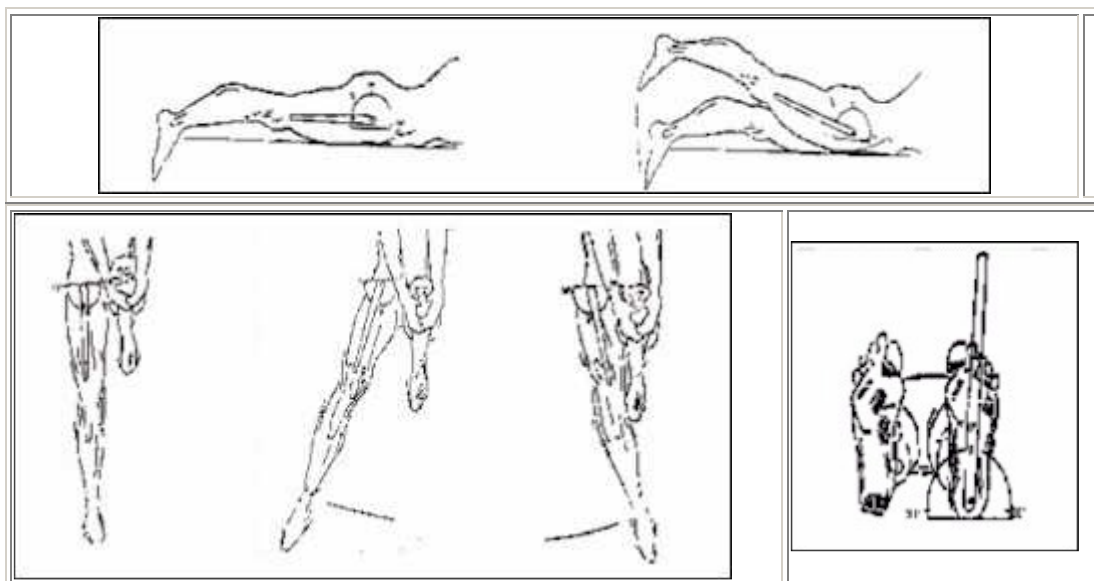
Amputación 1° dedo interfalángica 6%

Amputación 2° a 5° dedo, cada uno 2%

Amputaciones y Ortesis

El porcentaje asignado a las amputaciones se mantendrá durante todo el período de provisión de ortesis, rehabilitación y/o recapacitación. Una vez conseguida esta última, será reevaluado a fin de determinar el grado de aptitud funcional alcanzado; reasignando el porcentaje correspondiente, acorde a esta Tabla, según criterio médico.

CADERA



Desde 0° hasta	Flexion		Extension		Abduccion		Aduccion		Rotacion Externa		Rotacion Interna	
	L.f.	Inc.	L.f.	Inc.	L.f.	Inc.	L.f.	Inc.	L.f.	Inc.	L.f.	Inc.
0°	18%	11%	5%	3%	16%	10%	8%	5%	13%	8%	10%	6%

10°	16%	10%	4%	2%	12%	7%	4%	2%	10%	6%	8%	5%
20°	14%	8%	2%	1%	8%	5%	0%	0%	8%	5%	5%	3%
30°	12%	7%	0%	0%	4%	2%			5%	3%	3%	2%
40°	11%	7%			0%				3%	2%	0%	0%
50°	9%	5%							0%	0%		
60°	7%	4%										
70°	5%	3%										
80°	4%	2%										
90°	2%	1%										
100° o mas	0%	0%										

Anquilosis

Para determinar el grado de incapacidad por anquilosis, sólo será tomada en cuenta la actitud (posición de anquilosis) de mayor porcentaje asignado por tablas. En el porcentaje de incapacidad por anquilosis ya está calculada la referencia de la limitación funcional al miembro.

Cadera anquilosada en	Flexion		Extension		Abduccion		Aduccion		Rotacion Externa		Rotacion Interna	
	L.f.	Inc.	L.f.	Inc.	L.f.	Inc.	L.f.	Inc.	L.f.	Inc.	L.f.	Inc.
0°	70%	42%	5%	3%	16%	10%	8%	5%	13%	8%	10%	6%
10°	62%	37%	4%	2%	12%	7%	4%	2%	10%	6%	8%	5%
20°	54%	32%	2%	1%	8%	5%	0%	0%	8%	5%	5%	3%
25°	50%	30%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30°	53%	32%	80%	48%	85%	51%			75%	45%	78%	47%
40°	60%	36%			90%	54%			78%	47%	80%	48%
50°	67%	40%										
60°	73%	44%							80%	48%		
70°	80%	48%										
80°	87%	42%										
90°	93%	56%										
100°	100%	60%										

Artroplastia de cadera (total o parcial)

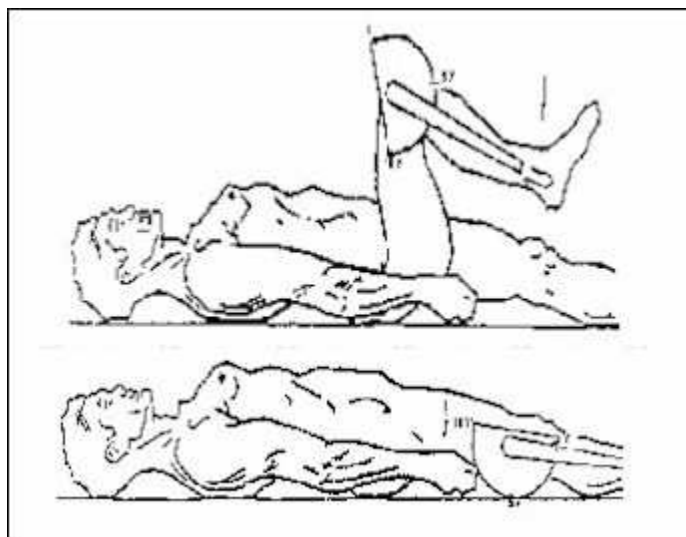
Los rangos de limitación de la movilidad de la cadera deberán ser expresados en grados según tablas, sin porcentajes.

	Limitación funcional	Incapacidad
Sin limitación funcional:	30%	18%
Con leve limitación funcional:	40%	24%
Con moderada limitación funcional:	50 - 70%	30 - 42%
Con severa limitación funcional:	70 - 100%	42 - 60%

Valores que ya fueron referidos al total de la extremidad; al ser aplicados, en ellos están comprendidas todas las limitaciones funcionales de la cadera.

Operación de Giglestone (resección de cabeza femoral) o equivalentes: limitación funcional del 100%. Incapacidad final 60%.

RODILLA



Limitación Funcional

Flexion desde 0° hasta	Limitación funcional	Incapacidad	Extension desde 150° hasta	Limitación funcional	Incapacidad
0°	45%	27%	0°	0%	0%
10°	40%	24%	10°	10%	6%
20°	35%	21%	20°	20%	12%
30°	30%	18%	30°	40%	24%
40°	25%	15%	40°	70%	42%
50°	20%	12%	50° a 150°	90%	54%
60°	18%	11%			
70°	16%	10%			
80°	14%	9%			
90°	12%	7%			
100°	10%	6%			
110°	8%	5%			
120°	6%	4%			
130°	4%	2%			
140°	2%	1%			
150°	0%	0%			

Anquilosis

Para determinar el grado de incapacidad por anquilosis, sólo será tomada en cuenta la actitud (posición de anquilosis) de mayor porcentaje asignado por tablas. En el porcentaje de incapacidad por anquilosis ya está calculada la referencia de la limitación funcional al miembro.

Articulacion anquilosada en	Limitacion funcional	Incapacidad
0°	45%	27%
10°	50%	30%
20°	60%	36%
30°	70%	42%
40°	80%	48%
50° a 150°	90% a 100%	54-60%

Inestabilidad articular por lesiones ligamentarias de rodilla

*Inestabilidad interna, sin hipotrofia ni hidrartrosis, por lesión del ligamento lateral interno, sin alteración de la marcha: 0%

*Inestabilidad interna, con hipotrofia, hidrartrosis y alteraciones de la marcha: 6 - 12%

*Inestabilidad externa, sin hipotrofia ni hidrartrosis, sin alteración de la marcha, por lesión del ligamento lateral externo: 0%

*Inestabilidad externa, con hipotrofia, hidrartrosis y alteraciones de la marcha: 6 - 12%

- *Inestabilidad anterior o posterior, sin hipotrofia ni hidrartrosis, por lesión del ligamento cruzado anterior o posterior, sin alteración de la marcha: 0%
- *Inestabilidad anterior o posterior, con hipotrofia, hidrartrosis y alteraciones en la marcha: 6 - 12%
- *Inestabilidad combinada, sin hipotrofia ni hidrartrosis, sin alteración de la marcha: 6 - 9%
- *Inestabilidad combinada, con hipotrofia e hidrartrosis, con alteración de la marcha: 12 - 18%

Valores que ya fueron referidos al total de la extremidad; al ser aplicados, en ellos están comprendidas todas las limitaciones funcionales de la rodilla.

Prótesis de rodilla

	Limitación funcional	Incapacidad
Artroplastia:	30%	18%
Con moderada limitación funcional:	40 - 60%	24 - 36%
Con severa limitación funcional:	60 -100%	36 - 60%

Valores que ya fueron referidos al total de la extremidad; al ser aplicados, en ellos están comprendidas todas las limitaciones funcionales de la rodilla.

TOBILLO

Flexion dorsal			Flexion plantar			Inversion			Eversion		
Desde 0° hasta	L. f	Incap.	Desde 0° hasta	L. f	Incap.	Desde 0° hasta	L. f	Incap.	Desde 0° hasta	L. f	Incap.
0°	7%	4%	0°	14%	8%	0°	5%	3%	0°	4%	2%
10°	4%	2%	10°	11%	7%	10°	4%	2%	10°	2%	1%
20°	0%	0%	20°	7%	4%	20°	2%	1%	20°	0%	0%
			30°	4%	2%	30°	0%	0%			
			40°	0%	0%						

Anquilosis

Para determinar el grado de incapacidad por anquilosis, sólo será tenida en cuenta la actitud (posición de anquilosis) de mayor porcentaje asignado por tablas. En el porcentaje de incapacidad por anquilosis ya está calculada la referencia de la limitación funcional al miembro.

Muñeca anquilosada	Flexion palmar		Flexion dorsal		Desviacion radial		Desviacion cubital	
	L. f	Incap.	L. f	Incap.	L. f	Incap.	L. f	Incap.
0°	30%	20%	30%	20%	30%	20%	30%	20%
10°	39%	26%	28%	18%	60%	40%	50%	33%
20°	47%	31%	27%	18%	90%	59%	70%	46%
30°	56%	37%	25%	17%			90%	59%
40°	64%	42%	47%	31%				
50°	73%	48%	68%	45%				
60°	81%	53%	90%	59%				
70°	90%	59%						

Ejemplos: a) Anquilosis en 0° de flexión dorsal y plantar, inversión y eversión: limitación funcional 20% para la actitud e incapacidad del 12% para cada una. Se toma en cuenta la incapacidad correspondiente a cualquiera de las actitudes por tener todas ellas el mismo porcentaje: Incapacidad final = 12%.

b) Anquilosis en 10° de flexión dorsal (limitación funcional del 30%) y 20° de eversión (limitación funcional del 40%). Se toma en cuenta la incapacidad correspondiente a la actitud de eversión: Incapacidad final = 24%.

Inestabilidad articular del tobillo

	Limitación funcional	Incapacidad
Ligamentaria externa o interna leve:	3%	2%
Ligamentaria externa o interna moderada:	6%	4%
Ligamentaria externa o interna severa:	9%	5%
Ligamentaria externa e interna leve:	5%	3%
Ligamentaria externa e interna moderada:	10%	6%
Ligamentaria externa e interna severa:	13%	8%

Valores que ya fueron referidos al total de la extremidad; al ser aplicados, en ellos están comprendidas todas las limitaciones funcionales del tobillo.

DEDOS DEL PIE

Primer dedo

Limitaciones funcionales. Articulacion metatarsofalangica					
Grado de Flexion Dorsal	L. f.	Incapacidad	Grado de flexion plantar	L.f.	Incapacidad
0°	4%	2%	0°	4%	2%
10°	4%	2%	10°	2%	1%
20°	3%	2%	20°	1%	1%
30°	2%	1%	30°	0%	0%
40°	1%	1%			
50°	0%	0%			

Articulacion Interfalangica

Grado de flexion	Limitacion funcional	Incapacidad
0°	4%	2%
10°	2%	1%
20°	1%	1%
30°	0%	0%

Anquilosis

Para determinar el grado de incapacidad por anquilosis, sólo será tomada en cuenta la actitud (posición de anquilosis) de mayor porcentaje asignado por tablas. En el porcentaje de incapacidad por anquilosis ya está calculada la referencia de la limitación funcional al miembro.

Grado de flexion dorsal	Limitacion funcional	Incapacidad	Grado de flexion plantar	Limitacion funcional	Incapacidad
0°	4%	2%	0°	4%	2%
10°	5%	3%	10°	6%	4%
20°	6%	4%	20°	7%	4%
30°	7%	4%	30°	8%	5%
40°	8%	5%			
50°	9%	5%			

Articulacion interfalangica

Grado de flexion	Limitacion funcional	Incapacidad
0°	3%	2%
10°	4%	2%
20°	5%	3%
30°	7%	4%

Resto de los dedos

Limitación funcional

	Lim. fun.	Incapacidad
Articulaciones interfalángicas proximal y distal	0,5%	0%
Articulación metatarsofalángica		
De 0° a 20°	1%	1%
De 20° a 30°	0,5%	0%

Anquilosis

	Lim. fun.	Incapacidad
Articulaciones interfalángicas proximal y distal	0,5%	0%
Articulación metatarsofalángica		
De 0° a 10°	0,5%	0%
De 10° a 20°	1%	1%
De 20° a 30°	2%	1%

ACORTAMIENTO DE LOS MIEMBROS INFERIORES

Acortamiento	Limitacion Funcional	Incapacidad
De 0 hasta 1,50 cm	0%	0%
Mayor de 1,50 hasta 2,50 cm	2%	1%
Mayor de 2,50 hasta 4 cm	3%	2%
Mayor de 4 hasta 5 cm	5%	3%
Mayor de 5 cm	8 a 12%	5 a 7%

En el porcentaje de incapacidad por acortamiento ya está calculado la referencia a la limitación funcional al miembro.

OSTEOMIELITIS CRONICA

(Los procesos agudos no serán valorados. Se considera la afección una vez agotadas todas las medidas terapéuticas disponibles en la actualidad).

1. Sin actividad local actual, se valorará la repercusión secuelar, en el segmento afectado, de acuerdo a Tablas.

2. Proceso local activo no complicado, se entiende como tal: la persistencia de fístulas, flogosis y/o edemas, con elementos radiográficos patológicos con tendencia a la estabilización, persistencia y/o curación, y determinaciones de laboratorio alteradas, controlables con medidas terapéuticas adecuadas, sin compromiso del estado general.

a) sin limitación funcional del segmento afectado:

a.1 miembros superiores 5 - 10%

a.2 miembros inferiores 10 - 15%

a.3 columna cervical o dorsolumbar 20 - 25%

b) con limitación funcional del segmento afectado:

b.1 miembros superiores.

Acorde a Tablas de limitación funcional más 10% (suma aritmética)

b.2 miembros inferiores.

Acorde a Tablas de limitación funcional más 15% (suma aritmética)

b.3 columna cervical o dorsolumbar.

Acorde a Tablas de limitación funcional más 25% (suma aritmética)

Hasta el valor máximo de amputación del segmento comprendido, si la localización es en un miembro, y hasta el valor máximo de anquilosis correspondiente a la limitación funcional del segmento columnario afectado.

3. Proceso local activo complicado: se entiende como tal, la persistencia de fístulas, flogosis y/o edemas, con limitación funcional del segmento afectado, con elementos radiográficos patológicos con tendencia a la extensión local (a otras estructuras) o aparición de metástasis sépticas, y determinaciones de laboratorio alteradas (anemia no controlable, eritrosedimentación muy alta, recuento de 12.000 o más glóbulos blancos con formas jóvenes aumentadas, posible compromiso del funcionalismo renal y/o hepático) reiteradas, a pesar del tratamiento adecuado intensivo, con compromiso del estado general (deterioro del estado general, pérdida de peso, anorexia, fiebre) 70%

SEUDOARTROSIS; SEUDOARTROSIS FLOTANTES CON TUTORES EXTERNOS

Se evaluará la repercusión funcional, según los ítems anteriores.

CAJA TORACICA

Las secuelas de fracturas torácicas (clavícula, esternón y costillas) y/o la consolidación viciosa serán evaluadas por la repercusión funcional respiratoria.

TUMORES OSEOS

Tumores benignos: serán evaluados según secuelas anatómicas y/o funcionales. Según tablas.

Tumor maligno primitivo extirpable: se evaluará según secuela anatómica (ej.: amputación) y/o funcional. Según tablas.

Tumor maligno primitivo extirpable con metástasis 70 % (incapacidad final)

Tumor maligno primitivo inextirpable con o sin metástasis 70 % (incapacidad final)

Metástasis de neoplasias primitivas de otros órganos 70 % (incapacidad final)

Mieloma con compromiso poliostótico y/o fracturas patológicas 70 % (incapacidad final)

Otras formas de Mieloma se evaluarán acorde al capítulo de Sangre.

CAPITULO RESPIRATORIO

Las afecciones del aparato respiratorio de importancia médico-laboral son aquellas de curso crónico y/o recidivante en las cuales se hayan agotado los distintos recursos terapéuticos y que limitan la realización de las tareas de la vida cotidiana.

No necesariamente la manifestación subjetiva y el hallazgo de algunos signos en el examen físico determinan una incapacidad.

Por otra parte, el aporte de una historia clínica fehaciente, que dé cuenta de episodios severos con internaciones frecuentes, a pesar del cumplimiento adecuado del tratamiento, podrá ser tenido en cuenta.

En la actualidad consideramos el trasplante de pulmón como una entidad con jerarquía invalidante. La evaluación médica de los resultados de esta modalidad de tratamiento determinará, en un futuro, la posibilidad y oportunidad de una valoración diferente del grado de incapacidad laboral.

Elementos de diagnóstico

Anamnesis

Examen físico

Laboratorio general y específico: gases en sangre (convencional, oxímetro de pulso), baciloscopia, etc.

Diagnóstico por imágenes: Rx, TAC., RNM, Eco, Centellografía,

Pruebas funcionales: espirometría convencional o computarizada.

Endoscopías y biopsias.

Electrocardiograma.

Valores normales

Gases en sangre:

pO₂ 97 mm Hg.

PCO₂ 40 mm Hg.

pH 7,4

Frecuencia respiratoria: 16 x'

Espirometría:

VEF (Volumen espiratorio forzado en 1 segundo) 70 - 85%

CVF (Capacidad vital forzada) 80 - 120% del teórico normal

Entre los síntomas cabe destacar la importancia de la disnea y la determinación del grado de la misma (al esfuerzo importante, esfuerzo leve, en reposo). Puede ser de utilidad la realización de pruebas sencillas para evidenciar, en oportunidad del examen, la tolerancia al esfuerzo que supone subir y bajar escalones (Master o similar).

La disnea se evalúa según tabla:

Grado 0: sin disnea o la que corresponde, habitualmente, al desarrollo de tareas laborales.

Grado I: a grandes esfuerzos.

Grado II: a esfuerzos moderados.

Grado III: a esfuerzos leves.

Grado IV: a esfuerzos mínimos o en reposo.

Es de hacer notar que de los métodos complementarios de estudio, algunos están orientados al diagnóstico de la afección (por ej.: diagnóstico por imágenes y biopsia) y otros a la determinación del compromiso funcional que las patologías originan (espirometría, gases en sangre). Los gases en sangre y el examen funcional respiratorio no son necesariamente concordantes.

Los estudios que miden la función sólo tendrán valor si fueron efectuados fuera del período agudo o de reciente reactivación del proceso crónico.

En caso de existir disociación entre la clínica, la radiología y los estudios funcionales, estos últimos se repetirán a efectos de corroborar los valores, debiéndose informar además sobre el grado de colaboración del examinado durante el estudio.

TABLA DE VALORACION PARA ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

(De aplicación para afecciones no contempladas en forma explícita)

Estadio I (Sin incapacidad)

Clínica: ex.respiratorio normal. Ausencia de disnea durante el trabajo.

Radiología: sin lesiones en actividad.

Espirometría: VEF y CV valores mayores de 80%.

Oxigenometría: innecesaria.

Estadio II (Incapacidad hasta 33%)

Clínica: disnea a grandes esfuerzos.

Radiología: acentuación de la trama broncovascular o lesiones de uno o ambos pulmones sin exceder el volumen equivalente al tercio de la playa pulmonar derecha.

Espirometría: VEF y/o CV valores del 80 al 65%.

Oxigenometría: innecesaria.

Estadio III (Incapacidad del 33 al 66%)

Clínica: disnea a medianos esfuerzos, tos, expectoración.

Radiología: acentuación de la trama broncovascular, hilios congestivos, horizontalización costal y aplanamiento diafragmático, y/o lesiones de uno o ambos pulmones sin exceder el volumen equivalente a toda la playa pulmonar derecha.
Espirometría: VEF y/o CV: valores del 65 al 50%.

Oxigenometría: saturación mayor del 85%.

Estadio IV (Incapacidad mayor al 66%)

Clínica: tórax en tonel. Disnea a mínimos esfuerzos y/o reposo, tiraje inspiratorio, tos, expectoración mucosa o mucopurulenta, compromiso del estado general y/o signos de insuficiencia cardíaca congestiva con crecimiento auricular derecho e hipertrofia ventricular derecha y/o sobrecarga ventricular derecha.

Radiología: acentuación de la trama bronco vascular, hilios congestivos, horizontalización costal, aplanamiento diafragmático, hiperclaridad, bullas, ensanchamiento de los espacios pre y retrocardíacos, y/o lesión de uno o ambos pulmones que exceden la superficie de la playa pulmonar derecha y/o confluencia de nódulos con formación de opacidades masivas o pseudotumorales y/o enfisema severo, engrosamiento o calcificaciones pleurales, distorsión traqueal, desplazamientos de hilios asociados.

Espirometría: VEF y/o CV: valores menores al 50%.

Oxigenometría: saturación menor del 85% (reiteradas).

Se agrupan en:

1. Obstructivas (ej.: asma bronquial)
2. Restrictivas (ej.: tumores, Tuberculosis)
3. Mixtas (ej.: enfisema crónico)

AFECCIONES EVALUABLES

E.B.P.O.C. (Enfermedad broncopulmonar obstructiva crónica):

Bronquitis crónica

Bronquitis espasmódica

Asma bronquial

Enfisema pulmonar

Neumoconiosis

Fibrosis pulmonar

Infeciosas: Inespecíficas crónicas

Específicas (T.B.C., micóticas)

No habituales, en el contexto del SIDA

Tumorales: Benignas

Malignas: primitivas

secundarias

Otras: Bronquiectasias.

Tromboembolismo.

E.B.P.O.C.

Bronquitis crónica

Bronquitis espasmódica

Asma bronquial

Enfisema pulmonar

La incapacidad determinada puede surgir exclusivamente a partir del compromiso orgánico o funcional o de la combinación de ambos.

La repercusión orgánica será considerada:

Leve: cuando existan escasos signos físicos y radiológicos (acentuación de la trama bronquial).
Moderada: cuando la obstrucción bronquial ha causado discretos signos físicos y radiológicos (acentuación de la trama bronquial, hilios congestivos, horizontalización costal y diafragmática).
Severa: cuando la obstrucción bronquial ha causado signos físicos marcados (tórax en tonel o enfisematoso, con la semiología correspondiente) y signos radiológicos también marcados (acentuación de la trama bronquial, hilios congestivos, horizontalización de costillas y diafragma, hiperclaridad pulmonar, bullas, ensanchamiento de los espacios intercostales, precardiaco y retrocardiaco).

La repercusión funcional será catalogada como:

Leve: cuando los valores de la espirometría oscilan entre 80 y 65%.

Moderada: cuando los valores de la espirometría oscilan entre 65 y 50%.

Severa: cuando los valores hallados en la espirometría son inferiores al 50%.

En el caso particular de la obstrucción de bronquio fino, que representa la pequeña vía aérea, caracterizado en el estudio espirométrico por la reducción del FMEF 25 - 75 (Flujo medio espiratorio forzado), no se considerará invalidante, aun con cifras menores al 50%, pues no tiene gran significación clínica.

Bronquitis crónica:

Leve (según tablas)

Moderada (según tablas)

Severa (según tablas)

Bronquitis espasmódica:

Leve (según tablas)

Moderada (según tablas)

Severa (según tablas)

Asma bronquial:

Leve (según tablas)

Moderado (según tablas)

Severo (según tablas)

Enfisema pulmonar:

Leve (según tablas)

Moderado (según tablas)

Severo (según tablas)

NEUMOCONIOSIS

Leve (según tablas)

Moderada (según tablas)

Severa (según tablas)

La repercusión orgánica se considerará:

Leve: cuando ha dado origen a escasos síntomas funcionales y signos físicos (los que pueden estar ausentes) y a escasas manifestaciones radiológicas: opacidades puntiformes que velan uniformemente las playas pulmonares.

Moderada: cuando las manifestaciones clínicas son discretas: disnea de esfuerzo, tos, expectoración, dolores torácicos, signos físicos de broncoenfisema, y el examen radiológico demuestra imágenes micronodulares o nodulares que, por lo general, respetan el vértice pulmonar.

Severa: cuando los síntomas son importantes: disnea a pequeño esfuerzo o de reposo, tos intensa con expectoración mucosa o mucopurulenta y compromiso del estado general. Al examen radiológico: confluencia de nódulos con formación, en las etapas avanzadas, de opacidades masivas o pseudotumorales e instalación de imágenes asociadas, enfisema pulmonar severo, generalizado o buloso, engrosamientos pleurales (en la asbestosis pulmonar la calcificación pleural uni o bilateral es frecuente y la fibrosis es lineal y no nodular), distorsión de la tráquea, desplazamiento de los hilios y del corazón, deformaciones diafragmáticas, etc.

La repercusión funcional será catalogada como en el punto anterior.

FIBROSIS PULMONAR:

Leve (según tablas)

Moderada (según tablas)

Severa (según tablas)

La repercusión orgánica será catalogada como en el punto anterior.

La incapacidad funcional se evaluará de acuerdo a lo expresado en el punto de Bronquitis crónica.

INFECCIOSAS:

Inespecíficas: se evaluarán sus secuelas orgánicas y funcionales.

Específicas: tuberculosis pleuro-pulmonar.

En actividad: en tratamiento no es invalidante (aún no se han agotado todos los recursos médicos).

En caso de recaída o recidiva se evaluará de acuerdo a la respuesta terapéutica y a las secuelas, una vez agotados todos los recursos medicamentosos, quirúrgicos y de rehabilitación.

Secuelar:

Leve (según tablas)

Moderada (según tablas)

Severa (según tablas)

Se considerará la repercusión orgánica:

Leve: cuando la suma de las lesiones de uno o ambos pulmones no exceda el volumen de pulmón equivalente al tercio superior de la playa pulmonar derecha.

Moderada: cuando la suma no exceda el volumen del pulmón equivalente a la playa pulmonar derecha.

Severa: cuando las lesiones excedan el volumen del pulmón equivalente a la playa pulmonar derecha.

Micosis: se evaluarán una vez concluido el tratamiento acorde a sus secuelas anatómicas y funcionales. Se tendrá en cuenta el criterio antedicho.

Las neumopatías a agentes oportunistas (Pneumocystis Carinii, Candida, Mycobacterias, Criptococos, etc.) en el contexto del **SIDA. 70%**

TUMORALES (Broncopulmonar-pleural-mediastinal)

Benignos: de acuerdo a las secuelas post-tratamientos.

Malignos primitivos: se evaluará si es operable o inoperable. Determinada su operabilidad, se dictaminará de acuerdo a las secuelas anatómicas y funcionales. Se tendrá en cuenta la clasificación de estadio según TNM. Ver capítulo Neoplasias.

Inextirpables y/o recidivados y/o con metástasis locales, regionales y/o a distancia: 70%

Si la anatomía patológica muestra un tumor a células pequeñas: 70%

Mesoteliomas malignos de pleura: 70%

Los tumores mediastinales se evaluarán de acuerdo al órgano que le da origen, a su extirpabilidad o no y a su posibilidad de tratamiento poliquimioterápico y/o radioterápico.

Malignos secundarios: 70%

OTRAS:

Bronquiectasias:

Congénitas

Adquiridas

Se evaluarán de acuerdo a su repercusión orgánica y su limitación funcional.

Tromboembolismo pulmonar agudo: no corresponde evaluación.

Tromboembolismo crónico recidivante: Hasta 70%

Antecedente de Tromboembolismo: se evalúa a partir de la enfermedad de base y las secuelas respiratorias.

CAPITULO CARDIOVASCULAR

Se evaluarán las incapacidades originadas por diferentes afecciones cardíacas, de los grandes vasos, la hipertensión arterial y las vasculopatías periféricas.

Se analizarán las medidas terapéuticas que han sido implementadas hasta la fecha del examen y si las mismas fueron cumplidas y/o agotadas.

Dadas las características de algunos de los estudios especializados, cruentos y/o potencialmente riesgosos, no siendo posible la solicitud de los mismos por parte de las Comisiones Médicas, los aportados serán aceptados como prueba, previa comprobación de la real pertenencia al solicitante, la fecha de su realización, la calidad global de los mismos, hayan sido efectuados en Servicios o Instituciones de reconocida trayectoria y estén firmados por el especialista correspondiente, refrendados por la Dirección del Establecimiento.

Elementos de diagnóstico

Anamnesis

Examen físico

Laboratorio: general

específico:CPK, TGO, TGP,LDH, Dosaje de Catecolaminas, Serología para Chagas- Mazza.

Diagnóstico por imágenes: Rx, Eco., Cámara gamma, TAC, RNM.

Electrofisiológicos: ECG., PEG., Holter, Presurometría.

Hemodinámicos. Angiográficos. Biopsia Endocárdica.

Otros: Fondo de Ojo, Función renal. Funcional respiratorio.

Las situaciones en que una PEG o una perfusión miocárdica, en reposo o esfuerzo (estudios potencialmente riesgosos), pudieran aclarar el grado de incapacidad del titular, los mismos serán adjuntados por el afiliado, quien seguramente ya los realizó a través de su médico/institución especializados tratante/s. En su defecto aportará historia clínica fehaciente que dé constancia de la patología en cuestión.

En la anamnesis se pondrá especial énfasis en la determinación del grado de disnea como manifestación de incapacidad funcional cardiovascular.

La disnea se evalúa según:

Grado 0: sin disnea o la que corresponde, habitualmente, al desarrollo de tareas laborales.

Grado I: a grandes esfuerzos.

Grado II: a esfuerzos moderados.

Grado III: a esfuerzos leves.

Grado IV: a esfuerzos mínimos o en reposo.

Se discriminará la posible concurrencia respiratoria como causa de disnea y también descartar equivalente anginoso.

Valores normales

Ecocardiograma: Grosor:

Pared Vent. der.: 3-4 mm.

Pared Vent. izq.: 8-10 mm.

Cavidad: Auric. izq.: hasta 40 mm.

Vent. Der.: 4-26 mm.

Vent. Izq.: 35-57 mm.

Tabique: 7-11 mm.

Fracción de acortamiento: Mayor de 25%

Distancia mitro-septal: menor de 0,8 mm. (Dato indirecto de la fracción de Eyección).

PEG. (Prueba Ergométrica Graduada): se evalúa ritmo, cambios en la tensión arterial de acuerdo al esfuerzo (hipotensión o hipertensión), auscultación de ruidos patológicos, la aparición de síntomas (dolor, disnea) y cambios electrocardiográficos en el registro de base y en el post-esfuerzo (por ej.: alteraciones isquémicas del ST, arritmias).

Cateterismo	Presiones (en milímetros de mercurio)		
	Sistolicas	Medias	Diastolicas
Au. der.	--	5 mmHg.	--
Vent. der.	25 mm Hg.	--	0-1 mm Hg
Art. pulm.	25 mm Hg.	--	10 mm Hg
Pres. de encl.	--	10 mm Hg. (valorar onda V)	--
Au. izq.	--	6 mmHg	--
Vent. izq.	120 mm Hg.	--	10 mm Hg
Aorta	120 mm Hg.	--	65-75 mm Hg

Fracción de eyección: 65%

Se considerará significativamente patológica una fracción de eyección menor a 35-40%.
Los valores mencionados se tendrán en cuenta en el contexto clínico y del compromiso funcional.

AFECCIONES EVALUABLES

Cardiopatía coronaria

Miocardiópatías y Enfermedad de Chagas-Mazza

Valvulopatías

Arritmias

Pericardiopatías y Tumores

Cardiopatía congénita

Hipertensión Arterial Sistémica

Hipertensión Pulmonar

Aortopatías

Vasculopatías periféricas: arteriopatías

flebopatías

Consideración

Aquellas situaciones en las que coexisten dos o más patologías cardíacas, por ejemplo:

HTA + Coronariopatía

HTA + Arritmia

HTA + ACV

HTA + Trastorno de la conducción

HTA + Chagas-Mazza

HTA + Valvulopatías

HTA + Miocardiopatía

Coronariopatía + Arritmia

Coronariopatía + Chagas - Mazza

Coronariopatía + Valvulopatías.

Miocardiopatía + Valvulopatías

Miocardiopatía + Coronariopatía, otras

las mismas serán evaluadas en forma conjunta. La que incida con mayor repercusión orgánica y/o hemodinámica será la que defina el porcentaje de incapacidad.

Ejemplos:

a) Secuela de IAM basal, PEG normal 30%

Hipertensión arterial compensada con medicación y dieta, Rx tórax

s/p. ECG: secuela de IAM basal, Fondo de ojo grado I 15%

Incapacidad final: 30%

b) Hombre joven.

Actualmente HTA compensada con medicamentos, ACV sin secuela o secuela mínima, Fondo de ojo grado I, Rx tórax s/p. ECG s/p.

Diagn.: HTA s/rep. hemodinámica actual 15%

Secuela leve de ACV 15%

Incapacidad final: 15%

c) Hipertensión arterial de larga data, medicado,

ACV con secuela leve. Fondo de ojo grado III-IV, Rx. tórax: HVI. ECG:HVI.

Diagn.: Secuela leve de ACV 15%

HTA con repercusión orgánica 66%

Incapacidad final: 66%

d) Hipertensión arterial + arritmia HTA medicada, compensada.

Fondo de ojo grado I (0 - 33%, según tabla), ECG:HVI leve+S. de Wolff

Parkinson White, Rx. tórax: predominio V I. 20%

Arritmia Síndr. de W.P.W. sin rep. Hemodinámica 10%

Incapacidad final: 20%

CARDIOPATIA CORONARIA

La secuencia habitual del estudio de un enfermo coronario para su evaluación es:

1. Anamnesis (angor, antecedentes de Infarto Agudo de Miocardio —IAM—, estudios y tratamientos efectuados).

2. Examen clínico

3. Métodos complementarios:

a) Electrocardiograma (ECG)

b) Prueba Ergométrica Graduada (PEG): Se entiende por PEG Anormal lo siguiente:

1) PEG positiva (+) para angor y ST

-Infradesnivel de ST: 2 mm o más.

-Supradesnivel del ST: 2 mm o más.

2) Arritmias cardíacas severas

—Por extrasístoles ventriculares polifocales.

—Colgajos de taquicardia supraventricular paroxística.

—Extrasístoles ventriculares apareadas.

—Fenómeno R/T.

—Colgajos de taquicardia ventricular.

—Bloqueo A-V completo y de 2º grado (Tipo Wenkebach)

–Signos de insuficiencia cardíaca con 3° o 4° ruido (en PEG valorable).

–Bloqueo completo de rama izquierda taquicárdico dependiente.

(El bloqueo completo de rama derecha taquicárdico dependiente no tiene valor patológico).

–Isquemias intraesfuerzo (Onda T negativa en cualquier área).

c) Holter.

d) Estudios con cámara gamma. Estudio de la perfusión miocárdica con radioisótopo (Talio y/o Tecnecio) en reposo y/o esfuerzo.

e) Eco-doppler modo M o Bidimensional. ECO-Stress.

f) Cinecoronariografía.

Toda PEG y/o Perfusión Miocárdica aportadas se complementarán mediante Holter y/o Ecocardiograma.

Cardiopatía coronaria

Estadio 0 (sin incapacidad)

Signos clínicos: precordialgia sin traducción clínica.

Estudios complementarios: ECG y otros estudios negativos.

Estadio I (0 a 10%)

Signos clínicos: angor típico a los grandes esfuerzos (clase I), con tratamiento farmacológico adecuado.

Estudios complementarios: de Perfusión miocárdica y/o PEG (aportadas) y/o Holter y/o Ecocardiograma negativo o levemente positivo para hipoquinesia o acinesia o riesgo isquémico, sin alteraciones de la función miocárdica global. ECG puede o no tener datos anormales.

Electrocardiograma: con T aplanada o ST rectificado o

con BAV de 1° grado o con BIRD o

con BCRD o HBAI

Estadio II (10% a 30%)

Signos clínicos: angor típico a esfuerzos moderados (clase II), sin disnea, con tratamiento farmacológico adecuado.

Estudios complementarios: de Perfusión miocárdica y/o PEG (aportadas) y/o Holter y/o Ecocardiograma negativo o levemente positivo para hipoquinesia o acinesia o riesgo isquémico, con alteraciones leves de la función miocárdica global. El ECG puede presentar alteraciones.

Electrocardiograma: con T aplanada o ST rectificado o

con BIRD + BAV de 1° grado o

con HBAI + BAV de 1° grado o

con HBAI + BCRD o

con BCRD + BAV de 1° grado o

con BCRI

Estadio III (30% a 45%)

Signos clínicos: angor a los esfuerzos moderados y pequeños (clase III), con respuesta irregular al tratamiento farmacológico adecuado.

Estudios complementarios: Perfusión miocárdica y/o PEG (aportadas), electrocardiograma, Holter y ecocardiograma:

Secuela de necrosis de cara inferior, sin isquemia residual y/o con leve isquemia en el electrocardiograma y/o Perfusión Miocárdica y/o PEG, y ecocardiograma que evidencia leve compromiso del área mencionada.

Secuela de necrosis de cara lateral, ídem al anterior

Secuela de necrosis septal (V1-V2), ídem al anterior.

Secuela de necrosis de cara posterior, ídem al anterior.

Cardiopatía coronaria con compromiso de vasos coronarios evidenciados en Cinecoronariografía (aportada), que pone de manifiesto lesiones moderadas de distintas arterias, sin cirugía de revascularización miocárdica, con ECG, estudio radioisotópico y/o PEG (aportados) negativos para isquemia, con buena función ventricular.

Cardiopatía coronaria con Angioplastia Trans-Luminal (ATL) en sus distintas variantes (“stent” y otros), exitosa o no de tronco de CI y/o DA y/o CX y/o CD y/o Diagonal, con controles ECG y/o Perfusión miocárdica y/o PEG (aportadas) negativas.

Cardiopatía coronaria con cirugía de revascularización miocárdica. Cualquiera sea la cantidad de vasos obstruidos previos y puentes efectuados permeables, decidirá la clínica y los estudios complementarios de diagnóstico (ECG, ECO, Holter, PEG y/o estudio radioisotópico actualizado, estos últimos aportados por el peticionante).

Estadio IV (70%)

Signos clínicos: angor a pequeños esfuerzos y/o de reposo (clase IV), con disnea de esfuerzo, con respuesta irregular al tratamiento farmacológico adecuado y/o quirúrgico.

Estudios complementarios: Perfusión miocárdica y/o PEG (aportadas), electrocardiograma, Holter y ecocardiograma:

Secuela de necrosis de cara inferior con isquemia residual moderada a severa, en otra área, por electrocardiograma y/o Perfusión miocárdica (aportada) y/o PEG (aportada) y/o ecocardiograma, que evidencian un moderado a severo compromiso del área mencionada.

Secuela de necrosis de cara lateral o posterior con isquemia residual moderada a severa por electrocardiograma y/o Perfusión miocárdica (aportada) y/o PEG (aportada) y/o ecocardiograma, que evidencian un moderado a severo compromiso del área mencionada.

Secuela de necrosis anterior extensa con o sin isquemia residual.

Cardiopatía coronaria con compromiso de dos o más vasos coronarios, evidenciados por Cinecoronariografía (aportada), sin cirugía de revascularización miocárdica, cuyos estudios complementarios (electrocardiograma, perfusión, miocárdica, PEG, ecocardiograma) evidencian moderada a severa repercusión orgánica.

Cardiopatía coronaria con ATL, con resultado no exitoso con evidencia en los estudios complementarios de compromiso miocárdico orgánico y/o funcional moderado a severo.

Cardiopatía coronaria con cirugía de revascularización miocárdica, con resultado no existoso, cuyos estudios complementarios denotan un compromiso miocárdico orgánico y/o funcional moderado a severo.

Observaciones y consideraciones a tener en cuenta

Con respecto al tratamiento con angioplastia transluminal el solicitante podrá ser evaluado a partir de los 6 meses hasta un año de efectuada, teniendo prueba ergométrica graduada a los 3, 6 meses y un año (aportadas por él). Es aconsejable también obtener estudios que informen sobre la existencia de isquemia y función ventricular actuales.

Considerar si se ha logrado técnicamente la resolución de la totalidad de las obstrucciones.

En el caso de cirugía de revascularización miocárdica considerar antecedentes de arritmias severas, reiteradas internaciones, aneurismas y patologías concomitantes.

Se valorará el compromiso psíquico.

Los “stents” coronarios, la aterectomía en sus distintas técnicas serán evaluados con los mismos parámetros que las angioplastias

MIOCARDIOPATIAS

Las enfermedades del miocardio que se consideran son aquellas de curso crónico, debiéndose dar a las mismas el tratamiento particular que requieren, de acuerdo a su repercusión hemodinámica, etiología, pronóstico, etc.

En este capítulo cobran especial importancia, además del examen clínico, la ecografía bidimensional y/o modo M y/o ecodoppler cardíaco, estudio radiocardiográfico y/o hemodinámicos, estos dos últimos aportados por el titular, los que se aceptarán como prueba en casos de ser fehacientes y de reconocida calidad.

De no existir dichos exámenes complementarios, se hará el diagnóstico de la cardiopatía con o sin repercusión hemodinámica, según si observamos presencia o ausencia de hipertrofia ventricular izquierda o derecha, con severa sobrecarga ventricular izquierda y/o trastornos severos de conducción, por ejemplo: bloqueo completo de rama izquierda, o bloqueos aurículo ventriculares de II y III grado, o arritmias de comportamiento maligno.

Queda excluida la miocardiopatía chagásica, que será tratada en párrafo aparte.

1) Miocardiopatía hipertrófica

Según ecocardiografía

a) NO OBSTRUCTIVA 10 - 20%

b) OBSTRUCTIVA LEVE 10 - 20%

MODERADA 30 - 50%

SEVERA 50 - 80%

Con cuadros sincopales frecuentes y arritmias 70 - 80%

2) Miocardiopatía dilatada

Según ecocardiografía

LEVE 10 - 20%

MODERADA 30 - 50%

SEVERA

Rx: relación cardiorácica significativamente alterada.

Ecocardiograma: severa dilatación de todas las cavidades,

hipoquinesia generalizada.

Fracción de acortamiento menor del 25%

Radiocardiograma: fracción de eyección menor del 40% 70 - 80%

3) Miocardiopatía restrictiva

Según ecocardiografía

LEVE 10 - 20%

MODERADA 30 - 50%

SEVERA 50 - 80%

4) Miocardiopatía infiltrativa 70 - 80%

(Por ejemplo: amiloidosis, linfomas, hemocromatosis, etc.)

5) Miocardiopatía no dilatada

Según ecocardiografía. Se evalúa acorde a la repercusión hemodinámica que determinen los posibles trastornos en la conducción y en el ritmo cardíaco.

En la actualidad consideramos el trasplante cardíaco como una entidad con jerarquía invalidante. La evaluación médica de los resultados de esta modalidad de tratamiento determinará, en un futuro, la posibilidad y oportunidad de una valoración diferente del grado de incapacidad laboral.

ENFERMEDAD DE CHAGAS-MAZZA

Ante el diagnóstico presuntivo de Enfermedad de Chagas-Mazza se tendrán en cuenta los siguientes estudios:

1. Serología para Chagas-Mazza, siguiendo el concepto del Instituto Nacional de Diagnóstico e Investigación de la Enfermedad de Chagas "Dr. Mario Fatała Chaben", se tendrá como positivo si es reactivo a por lo menos dos de las reacciones específicas: a) Inmunofluorescencia (indirecta cuantitativa), b) Inmuno ensayo enzimático, c) Hemaglutinación (indirecta cuantitativa).
2. Electrocardiograma.
3. Radiografía de Tórax.
4. Holter.
5. Prueba Ergométrica Graduada.
6. Ecografía y/o Cámara gamma.
7. Estudio Hemodinámico.

CLINICA Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS	DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
1) SEROLOGIA (+), ECG NORMAL o BCRD	INFESTACION CHAGASICA.	0%
2) SEROLOGIA (+), ECG: BIRD + BAV 1° grado HBAI + BIRD HBAI + BCRD BCRD + BAV 1° grado BIRI Todos con pruebas cardiológicas normales	ENFERMEDAD DE CHAGAS-MAZZA SIN REPERCUSION HEMODINAMICA	5 - 15%
3) SEROLOGIA (+), ECG: BCRI o BCRD con ECOCARDIOGRAMA. Compatible con miocardiopatía dilatada.	MIOCARDIOPATIA CHAGASICA	70%
4) SEROLOGIA (+), ECG: HBAI+BCRD+BAV 1° grado.	MIOCARDIOPATIA CHAGASICA	70%
5) SEROLOGIA (+), ECG: Bradicardia sinusal+HBAI+ BCRD o Enfermedad del nodo sinusal.	MIOCARDIOPATIA CHAGASICA	70%
6) SEROLOGIA (+), ECG: Extrasístoles supraventriculares monofocales aisladas o frecuentes, sin otras pruebas cardiológicas patológicas. SEROLOGIA (+), ECG: Extrasístoles supraventriculares aisladas o frecuentes, bifocales, sin pruebas cardiológicas patológicas. SEROLOGIA (+), ECG: Extrasístoles ventriculares monofocales aisladas o, frecuentes sin pruebas cardiológicas patológicas. SEROLOGIA (+), ECG: Extrasístoles ventriculares monofocales aisladas o frecuentes con pruebas cardiológicas levemente patológicas. SEROLOGIA (+), ECG: Extrasístoles supraventriculares aisladas o frecuentes, bifocales, con pruebas cardiológicas levemente patológicas. SEROLOGIA (+), ECG: Extrasístoles ventriculares monofocales aisladas o frecuentes, con pruebas cardiológicas patológicas moderadas a severas. SEROLOGIA (+), ECG: Extrasístoles supraventriculares aisladas o frecuentes, bifocales, con pruebas cardiológicas patológicas moderadas o severas. SEROLOGIA (+), ECG: Extrasístoles ventriculares polifocales aisladas con estudios cardiológicos en límites normales. SEROLOGIA (+), ECG: Extrasístoles ventriculares polifocales frecuentes.	ENFERMEDAD DE CHAGAS-MAZZA SIN REPERCUSION HEMODINAMICA ENFERMEDAD DE CHAGAS-MAZZA SIN REPERCUSION HEMODINAMICA ENFERMEDAD DE CHAGAS-MAZZA SIN REPERCUSION HEMODINAMICA ENFERMEDAD DE CHAGAS-MAZZA CON LEVE REPERCUSION HEMODINAMICA ENFERMEDAD DE CHAGAS-MAZZA CON LEVE REPERCUSION HEMODINAMICA ENFERMEDAD DE CHAGAS-MAZZA CON MODERADA A SEVERA REPERCUSION HEMODINAMICA ENFERMEDAD DE CHAGAS-MAZZA CON MODERADA A SEVERA REPERCUSION HEMODINAMICA ENFERMEDAD DE CHAGAS-MAZZA CON ARRITMIA SIN REPERCUSION HEMODINAMICA ENFERMEDAD DE CHAGAS-MAZZA CON ARRITMIA SEVERA	5 - 15% 5 - 15% 5 - 15% 15 - 30% 15 - 30% 30 - 70% 30 - 70% 30 - 45% 70%
7) SEROLOGIA (+), Clínica: Con signos de falla de bomba	ENFERMEDAD DE CHAGAS-MAZZA CON SEVERA REPERCUSION HEMODINAMICA	70%
8) SEROLOGIA (+), ECG: Microvoltajes generalizados con estudios cardiológicos normales SEROLOGIA (+), ECG: Microvoltajes generalizados con estudios cardiológicos patológicos: leves Moderados a severos	ENFERMEDAD DE CHAGAS-MAZZA SIN REPERCUSION HEMODINAMICA ENFERMEDAD DE CHAGAS-MAZZA CON LEVE REPERCUSION ORGANICA ENFERMEDAD DE CHAGAS-MAZZA CON MODE RADA A SEVERA REPERCUSION ORGANICA	5 - 15% 30 - 45% 45 - 70%
9) SEROLOGIA (+), más ANEURISMA DE VI	MIOCARDIOPATIA CHAGASICA CON ANEURISMA DEL VENTRICULO IZQUIERDO	70%

VALVULOPATIAS

Las enfermedades valvulares tienen grados de severidad lesional que pueden ser concordantes con los cuadros clínicos de la patología padecida. Toda alteración audible de los ruidos y silencios

cardíacos exige una evaluación complementaria (radiografías, electrocardiogramas, ecocardiografía, gammagrafía) que permita ubicar el tipo y grado de alteración valvular.

Se tendrá en cuenta que:

1. La estimación clínica del grado de compromiso valvular y su repercusión funcional pueden variar a partir de los estudios complementarios efectuados.
2. La clasificación correcta en leves, moderadas y severas, se basa en la ecografía y/o los estudios hemodinámicos (estos últimos, aportados o que debería agregar el portador de una cardiopatía valvular).
3. Las valvulopatías leves, en general si no se asocian a tareas pesadas, a edad avanzada, no son incapacitantes.
4. Peticionantes portadores de prótesis valvular son incapacitados de acuerdo al tipo de prótesis, si reciben o no anticoagulación y al grado de repercusión hemodinámica. Aquellos que se han sometido a cirugía valvular reparadora, tipo comisurotomía, deberán ser evaluados en su estado funcional y hemodinámico en la actualidad.

Clinica y exámenes complementarios	Diagnostico	Porcentaje
1) Soplo + ECG normal + RX normal + ECO normal	Sin cardiopatía valvular demostrable	0%
2) Soplo + ECG normal o con leves trastornos de repolarización ventricular + RX normal o con relación cardiotorácica en límites máximos normal + ECO con leves alteraciones valvulares	Valvulopatía con leve repercusión orgánica y/o hemodinámica	0-10 %
3) Soplo + ECG con leves trastornos de repolarización ventricular + RX con alteración moderada de la relación cardiotorácica. Decide clínica y ECO con alteraciones moderadas	Valvulopatía con moderada repercusión orgánica y/o hemodinámica	10-30%
4) Soplo + ECG con trastornos de repolarización y/o arritmias severas + RX anormal + clínica franca	Valvulopatía con severa repercusión hemodinámica	70%
5) Soplo + ECG patológico y/o RX patológico y/o ECO patológico	Valvulopatía con severa repercusión orgánica	70%
6) Reemplazo valvular con leve a moderada repercusión hemodinámica ECO con fracción de eyección + 40%	Valvulopatía con reemplazo valvular con leve a moderada repercusión hemodinámica	20-35%
7) Reemplazo valvular con repercusión hemodinámica ECO con fracción de eyección - 40%	Valvulopatía severa con reemplazo valvular	70%
8) Comisurotomía mitral + exámenes complementarios no significativos	Valvulopatía mitral corregida	10-20%
8) Comisurotomía mitral + ECG patológico y/o Rx con relación cardiotorácica anormal y/o clínica (+) y/o ECO patológico	Valvulopatía mitral severa	70%

ARRITMIAS

Las arritmias, descartado su origen a partir de sustancias químicas (por ej.: cafeína, teofilina, digital), trastornos hidroelectrolíticos, endócrino (por ej.: tiroideo) y/o psicológico, deben ser evaluadas fundamentalmente por estudio de Holter. La severidad de la arritmia depende de la etiología que la causa y el grado de compromiso del músculo cardíaco (ventricular o auricular) y sus válvulas, provocada por la misma (cicatrices, fibrosis, hipertrofia, cámaras cardíacas dilatadas).

Las arritmias recurrentes no controlables terapéuticamente y/o acompañadas de cuadros sincopales pueden llegar a producir una incapacidad permanente, aun sin evidenciar signos de repercusión orgánica y/o funcional al momento del examen. En estos casos es importante el aporte de elementos fehacientes (Historia Clínica y estudios complementarios) que certifiquen dichos episodios.

Consideraciones acerca de la fibrilación auricular

Aguda: desde 24 horas hasta un año.

Crónica: las que persisten más allá de un año.

Etiología:

1. Valvulopatía Mitral.
2. Enfermedad Coronaria.
3. Cardiopatía hipertensiva.
4. Hipertiroidismo.
5. Pericarditis.
6. Idiopática o solitaria.
7. FA adrenérgica, predominio en mujeres (por aumento del tono simpático).
8. FA por aumento del tono vagal, predominio en varones.
9. Síndrome de Wolff Parkinson White.
10. Comunicación interauricular.
11. Miocarditis.
12. Miocardiopatía dilatada.
13. Miocardiopatía hipertrófica.
14. Cardiopatía alcohólica.
15. Amiloidosis.
16. Cirugía cardíaca.
17. Tumores cardíacos.

Consideraciones acerca del aleteo auricular

Etiología:

1. Pericarditis.
2. Post-cirugía cardíaca.
3. Enfermedad coronaria.
4. Hipertensión arterial.
5. Cardiopatías congénitas (en especial Comunicación Interauricular –CIA–).

Nota: Las fibrilaciones auriculares o aleteos cuya etiopatogenia haya sido tratada exitosamente (por ejemplo: hipertiroidismo, aleteo auricular tratado por ablación por radiofrecuencia), corroborados por historia clínica fehaciente, serán pasibles de ser considerados compensados en la actualidad. Se valorarán a partir del compromiso o la secuela actual de la enfermedad de base.

CLINICA Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS	DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
1) TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR PAROXISTICA SIN FALLA HEMODINAMICA	SIN CARDIOPATIA EVOLUTIVA DEMOSTRABLE	0%
2) FIBRILACION AURICULAR a) DE ALTA O BAJA RESPUESTA VENTRICULAR CON MODERADA A SEVERA REPERCUSION HEMODINAMICA	ARRITMIA CARDIACA SEVERA	70%
b) COMPENSADA SIN O CON LEVE REPERCUSION HEMODINAMICA (Tener en cuenta la patología de base y su repercusión orgánica y/o hemodinámica).	ARRITMIA CARDIACA SIN O CON LEVE REPERCUSION ORGANICA Y/O HEMODINAMICA	20 - 40%
3) ECTOPIAS VENTRICULARES MONOFOCALES, LIGADURAS LARGAS, AISLADAS O FRECUENTES, BIGEMINADAS (demostrada por HOLTHER Y PEG aportado). IDEM, CON HOLTHER Y/O ECO Y/O PEG (aportada) Y/O PERCUSION (aportada) CON SIGNOS DE ISQUEMIA	ARRITMIA CARDIACA SIN CARDIOPATIA EVOLUTIVA DEMOSTRABLE	0 - 10%
	ARRITMIA CARDIACA SEVERA	70%
4) ECTOPIAS VENTRICULARES POLIFOCALES AISLADAS SIN CARDIOPATIA DEMOSTRABLE NI ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS DE DIAGNOSTICOS PATOLOGICOS.	ARRITMIA CARDIACA MODERADA	40%
5) ECTOPIAS POLIFOCALES FRECUENTES (duphs, colgajos, taquicardia ventricular, otras)	ARRITMIA CARDIACA SEVERA	70%
6) ECTOPIA VENTRICULAR PRECOZ (Fenómeno R/T).	ARRITMIA CARDIACA SEVERA	70%
7) PARASISTOLIA SIN REPERCUSION HEMODINAMICA	ARRITMIA CARDIACA PARASISTOLICA SIN REPERCUSION HEMODINAMICA	20 - 35%
PARASISTOLIA CON MODERADA A SEVERA REPERCUSION HEMODINAMICA	ARRITMIA CARDIACA PARASISTOLICA CON MODERADA A SEVERA REPERCUSION HEMODINAMICA	40 - 70%

Trastornos de la conducción

CLINICA Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS	DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
1) LOWN-GANONG-LEVINE	SINDROME DE PREEXCITACION SIN ARRITMIA DEMOSTRABLE	0 - 10%
2) WOLFF PARKINSON WHITE SIN FALLA HEMODINAMICA SIN OTRA PRUEBA POSITIVA	SINDROME DE PREEXCITACION SIN ARRITMIA DEMOSTRABLE	0 - 10%
3) WOLFF PARKINSON WHITE a) SIN FALLA HEMODINAMICA CON ARRITMIA SEVERA (Holter) b) TRATAMIENTO EXITOSO POR ABLACION RADIOFRECUENTE c) TRATAMIENTO NO EXITOSO POR ABLACION RADIOFRECUENTE	ARRITMIA SEVERA ARRITMIA COMPENSADA TERAPEUTICAMENTE SINDROME DE PREEXCITACION CON ARRITMIA SEVERA	70% 10 - 20% 70%
4) WOLFF PARKINSON WHITE CON ARRITMIA I/II LOWN. Arritmia I de LOWN: extrasístoles ventriculares monofocales aisladas o frecuentes. Arritmia II de LOWN: extrasístoles ventriculares monofocales aisladas o frecuentes c/extrasístoles supraventriculares con o sin conducción aberrante.	SINDROME DE PREEXCITACION CON ARRITMIA LEVE A MODERADA	10 - 30%
5) ENFERMEDAD DEL NODULO SINUSAL SIN MARCAPASOS DEFINITIVO	ENFERMEDAD DEL NODULO SINUSAL	70%
6) ENFERMEDAD DEL NODULO SINUSAL CON MARCAPASO DEFINITIVO	ENFERMEDAD DEL NODULO SINUSAL CON MARCAPASO DEFINITIVO	20 - 35%
7) BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR DE 1° GRADO+BCRD+HBAI	MIOCARDIOPATIA CON SEVEROS TRASTORNOS DE LA CONDUCCION	70%
8) BLOQUEO COMPLETO DE RAMA IZQUIERDA CON ANTECEDENTE DEMOSTRABLE DE CARDIOPATIA ISQUEMICA TRASTORNOS DE	CARDIOPATIA ISQUEMICA CON SEVEROS TRASTORNOS DE LA CONDUCCION	70%
9) BLOQUEO COMPLETO DE RAMA IZQUIERDA CON ANTECEDENTE DEMOSTRABLE DE CARDIOPATIA ISQUEMICA	CARDIOPATIA CON MODERADOS TRASTORNOS DE LA CONDUCCION	25 - 35%
10) BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR DE 1° GRADO O BLOQUEO COMPLETO DE RAMA DERECHA SIN CLINICA	TRASTORNOS LEVES DE CONDUCCION	0%
11) BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR DE 2° GRADO TIPO WENCKEBACH O MOBITZ I	CARDIOPATIA CON MODERADO A SEVERO TRASTORNO DE CONDUCCION	30 - 70% (depende de la patología de base)
12) BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR DE 2° GRADO TIPO MOBITZ II O BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR COMPLETO	CARDIOPATIA CON SEVERO TRASTORNO DE CONDUCCION	70% (hasta colocación del marcapaso)
13) BLOQUEO COMPLETO DE RAMA DERECHA + HBAI RX. NORMAL + HOLTER NORMAL + ECO NORMAL, PEG NORMAL (aportada) PRUEBAS PATOLOGICAS, PEG ANORMAL (aportada)	CARDIOPATIA CON TRASTORNOS DE LA CONDUCCION SIN REPERCUSION HEMODINAMICA MIOCARDIOPATIA CON REPERCUSION HEMODINAMICA	10 - 20 % 70%

MARCAPASOS

En los portadores de marcapasos, debe evaluarse la patología que dio origen a su colocación, es decir: 1) si se debió sólo a trastornos del ritmo o

2) si existía una miocardiopatía previa.

En el primer caso, la colocación del marcapaso se considera que ha solucionado el problema y por lo tanto, posee un grado menor de incapacidad.

Considerar con detenimiento las tareas a los fines de la rehabilitación y recaptación, especialmente aquellas donde se emplearán microondas o que signifiquen riesgo propio o para terceros.

En el segundo caso, están siempre incapacitados.

Clinica, antecedentes y exam. compl.	Diagnostico	Porcentaje
1) Con existencia de miocardiopatía previa	Miocardiopatía severa con marcapaso definitivo	70%

2) Con antecedentes de enfermedad del nódulo sinusal	Enfermedad del nódulo sinusal con marcapaso definitivo sin repercusión hemodinámica	20-35%
3) Sin antecedentes de enfermedad miocárdica previa	Enfermedad del sistema de conducción con marcapaso definitivo sin repercusión hemodinámica actual	20-35%
4) Marcapaso con desfibrilador	Enfermedad del sistema de conducción con marcapasos con desfibrilador	70%

PERICARDIOPATIAS CRONICAS

Clinica, antecedentes y exam. compl.	Diagnostico	Porcentaje
Pericarditis crónica constrictiva	Pericardiopatía crónica con repercusión hemodinámica	70%
Pericarditis crónica operada	Pericardiopatía crónica corregida sin repercusión hemodinámica	5-10%
Pericarditis crónica simple	Enfermedad del sistema de conducción con marcapaso definitivo sin repercusión hemodinámica actual	5-10%

TUMORES

Clinica, antecedentes y exam. compl.	Diagnostico	Porcentaje
1) Mixoma de aurícula (ECO y/o cineangi) no operado	Mixoma de aurícula	70%
2) Mixoma de aurícula operado sin repercusión hemodinámica	Mixoma de aurícula operado sin repercusión hemodinámica	20%
3) mixoma de aurícula operado con repercusión hemodinámica	Mixoma de aurícula operado con repercusión hemodinámica	70%
4) Tumor benigno de miocardio		Según sec y repercusión hemodinám.
5) Tumor maligno o secundario (MTT) de miocardio		70%
6) Tumor de pericardio operado sin secuela		0-10%
7) Tumor de pericardio irresecable o secundario		70%

CARDIOPATIAS CONGENITAS EN EL ADULTO

Considerar las tareas a los fines de la rehabilitación y de la capacitación.

CLINICA, ANTECEDENTES Y EXAM. COMPL.	DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
1) COMUNICACION INTERAURICULAR a) CON CIRUGIA	C.I.A. OPERADA SIN REPERCUSION HEMODINAMICA	5 - 20%
b) SIN CIRUGIA	C.I.A. CON REPERCUSION HEMODINAMICA LEVE A MODERADA	10 - 30%
c) CON O SIN CIRUGIA	C.I.A. CON SEVERA REPERCUSION HEMODINAMICA	70%
2) COMUNICACION INTERVENTRICULAR a) CON CIRUGIA	C.I.V. OPERADA SIN REPERCUSION HEMODINAMICA	5 - 20%
b) SIN CIRUGIA	C.I.V. CON REPERCUSION HEMODINAMICA LEVE A MODERADA	10 - 30%
c) CON O SIN CIRUGIA	C.I.V. CON SEVERA REPERCUSION HEMODINAMICA	70%
3) TETRALOGIA DE FALLOT		70%
4) PUENTE MUSCULAR a) QUE COMPROMETE LA IRRIGACION CORONARIA EN FORMA SEVERA		70%
b) QUE COMPROMETE LA IRRIGACION CORONARIA EN FORMA LEVE A MODERADA		20 - 35%
5) TODAS LAS PATOLOGIAS CONGENITAS NO MENCIONADAS ESPECIFICAMENTE SERAN EVALUADAS SEGUN LA REPERCUSION FUNCIONAL.		

HIPERTENSION ARTERIAL

La hipertensión es una patología frecuente, que no puede evaluarse solamente por las cifras tensionales controladas en oportunidad de los peritajes médicos. Es necesario obtener información de los territorios que puede comprometer. La repercusión orgánica y/o hemodinámica será demostrable clínicamente y/o mediante los exámenes complementarios y/o de aquellos estudios, fehacientes, que aporte el peticionante.

Elementos de diagnóstico

Anamnesis
Examen físico

Laboratorio
Diagnóstico por imágenes: Rx, Eco, Cámara gamma

Electrofisiológicos: Electrocardiograma, PEG.

Otros: Fondo de ojo, función renal. Presuometría.

TABLA DE VALORACION PARA HIPERTENSION ARTERIAL

Estadio I (Sin incapacidad)

Signos clínicos: tensión arterial por encima de límites fisiológicos. Clínica negativa.

Estudios complementarios: radiografía, electrocardiograma y/o ecocardiograma dentro de límites normales.

Fondo de ojo: dentro de límites normales.

Estadio II (Capacidad hasta el 30%):

Signos clínicos: hipertensión arterial controlada con terapéutica y dieta, sola y/o con historia de ACV sin secuelas actuales.

Estudios complementarios: electrocardiograma y/o ecocardiograma con hipertrofia ventricular izquierda leve a moderada. Radiográficamente: aumento leve a moderado de la silueta cardíaca a expensas del ventrículo izquierdo.

Fondo de ojo: retinopatía grado I-II.

Estadio III (Incapacidad entre el 30 y 45%):

Signos clínicos: hipertensión arterial controlada con tratamiento moderado a intensivo, sola y/o con ACV con secuela leve.

Estudios complementarios: electrocardiograma y/o ecocardiograma con hipertrofia ventricular izquierda moderada. Radiográficamente: aumento de ventrículo izquierdo moderado.

Fondo de ojo: retinopatía hipertensiva grado II-III.

Estadio IV (Incapacidad entre 45 y 70%):

Signos clínicos: hipertensión arterial controlada con tratamiento intensivo, sola y/o con ACV con secuelas leves a moderadas.

Estudios complementarios: electrocardiograma y/o ecocardiograma con HVI franca.

Radiográficamente: aumento de la silueta cardíaca.

Fondo de ojo: retinopatía hipertensiva grado III-IV.

Estadio V (Incapacidad mayor de 70%):

Signos clínicos: hipertensión arterial severa y/o signos de insuficiencia cardíaca y/o posibles lesiones cerebrovasculares y renales y/o antecedentes de reiteradas internaciones por descompensaciones cardíacas.

Estudios complementarios: electrocardiograma con hipertrofia ventricular izquierda, sobrecarga franca y/o ecocardiograma con hipertrofia y/o dilatación significativa de cavidades.

Radiográficamente: cardiomegalia.

Fondo de ojo: retinopatía hipertensiva severa, grado IV.

HIPERTENSION PULMONAR

Secundaria:

Se evaluará acorde a la causa que la determina.

Etiologías:

1. Insuficiencia ventricular izquierda
2. Colagenopatías
3. Granulomatosis intersticial
4. Tromboembolismo pulmonar
5. Shunt izquierda derecha
6. Altitud (Hipoxia por altura)
7. Anomalías esqueléticas torácicas
8. Obesidad extrema
9. Arteritis
10. Otras

Cualquier etiología con insuficiencia cardíaca derecha: 70%

Primaria:

El diagnóstico es por exclusión de las causas conocidas

Leves: Habitualmente indetectables.

Moderadas o Severas: 70%

(Presión enclavada normal, con hipertensión arterial pulmonar)

AORTOPATIAS

- a) Aorta Torácica
- b) Aorta Abdominal

CLINICA, ANTECEDENTES Y EXAM. COMPL.	DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
1) ANEURISMA DE AORTA TORACICA, DISECANTE, OPERADO O NO		70%
2) ANEURISMA ASINTOMATICO TORACICO (AORTA ASCENDENTE, CAYADO Y/O DESCENDENTE) Y/O AORTA ABDOMINAL		Hasta 70%
3) ANEURISMA ASINTOMATICO AORTA (ANEURISMA DE ASCENDENTE Y/O CAYADO Y/O DESCENDENTE) CON REPERCUSION HEMODINAMICA	ANEURISMA DE AORTA CON REPERCUSION HEMODINAMICA	70%
4) ANEURISMA AORTA ABDOMINAL OPERADO SIN TRASTORNOS HEMODINAMICOS (ARTERIOPATIA PERIFERICA Y/O COMPROMISO DE FUNCION RENAL), REEMPLAZO AORTICO SIN REPERCUSION HEMODINAMICA	CIRUGIA DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL SIN REPERCUSION HEMODINAMICA	20-30%
ANEURISMA AORTA ABDOMINAL OPERADO CON PROLONGACION PROTESICA A UN MIEMBRO INFERIOR	CIRUGIA DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL CON MODERADA A SEVERA REPERCUSION HEMODINAMICA	30-70%
ANEURISMA AORTA ABDOMINAL OPERADO CON PROLONGACION PROTESICA A AMBOS MIEMBROS INFERIORES	CIRUGIA DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL CON SEVERA REPERCUSION HEMODINAMICA	70%
5) ANEURISMA AORTA ABDOMINAL OPERADO CON TRASTORNOS HEMODINAMICOS		70%

VASCULOPATIAS PERIFERICAS

Se evaluarán afecciones vasculares arteriales y venosas a nivel de extremidades, fundamentalmente de miembros inferiores.

Elementos de diagnóstico

Anamnesis: claudicación (medida en metros), tratamientos realizados

Examen físico

Laboratorio

Diagnóstico por imágenes: Eco-Doppler vascular, arterio y flebografía

ARTERIOPATIAS PERIFERICAS

Estadio I: Incapacidad del 0 - 10% (cero a diez por ciento).

Enfermedad vascular asintomática durante la deambulación, que aparece con los esfuerzos intensos. Escasa o nula alteración de los pulsos, pueden encontrarse soplos arteriales.

Estadio II: Incapacidad del 10 - 20% (diez a veinte por ciento).

Claudicación después de los 200 metros (doscientos metros) de marcha. Escasa a moderada alteración de los pulsos periféricos. Trastornos tróficos ausentes o muy leves. Revascularizados asintomáticos y sin signos isquémicos.

Estadio III: Incapacidad del 20 - 40% (veinte a cuarenta por ciento).

Enfermos con o sin procedimientos de revascularización. Claudicación de la marcha entre los 100 y 200 metros (cien y doscientos metros). Pulsos periféricos muy disminuidos. Trastornos tróficos leves a moderados (no incluidos en el estadio siguiente): alteración de la temperatura y color de la piel, caída del vello, retardo del relleno capilar, hiperoniquia, hiperqueratosis.

Estadio IV: Incapacidad del 40 - 70% (cuarenta a setenta por ciento).

Con o sin procedimientos de revascularización, con claudicación dentro de los 100 metros (cien metros) de marcha y pulsos periféricos ausentes, o amputación segmentaria en uno o los dos miembros o úlceras de origen arterial (en general externas, dolorosas, profundas).

La amputaciones se evaluarán por osteoarticular.

FLEBOPATIAS PERIFERICAS

Estadio I: Sin incapacidad (cero por ciento).

Telangiectasias, arañas vasculares, varículas, pigmentación ocre difusa.

No necesariamente deben concordar o concurrir todos los elementos que se describen en este estadio.

Estadio II: Incapacidad del 0 - 15% (cero a quince por ciento).

Telangiectasias, várices esenciales y/o recidivadas del sistema venoso superficial (uni o bilateral), pigmentación ocre difusa, sin trastornos tróficos.

Puede haber o no edema blando.

Estadio III: Incapacidad del 15 - 25% (quince a veinticinco por ciento).

Dilatación venosa (várices), de los dos sistemas superficiales, safeno interno y externo, con o sin edema blando, pigmentación ocre difusa o en placas (uni o bilateral).

Puede haber un proceso flogótico, erisipela, proceso agudo que remite.

Puede haber úlcera traumática, sobre un terreno sano.

Pueden haber golfos venosos.

Estadio IV: Incapacidad del 25 - 40% (veinticinco a cuarenta por ciento).

Síndrome post-trombótico, con insuficiencia venosa profunda parcial (dermatitis ocre, pigmentaria, manguito esclerorretráctil, sin úlceras o con cicatrices), con o sin várices (uni o bilateral).

Estadio V: Incapacidad del 40 - 70% (cuarenta a setenta por ciento).

Igual al Estadio IV, con ulceraciones y cicatrices en tercio inferior de las piernas, con o sin várices.

Estadio VI: Incapacidad del 70% (setenta por ciento).

Síndrome post-trombótico, con insuficiencia venosa profunda (fibroedema en bota que incrementa —duplicado— la circunferencia del miembro, dermatitis ocre o no, úlceras que abarquen el tercio interno e inferior o cicatrices que abarquen más de un tercio de la circunferencia), con o sin várices.

CAPITULO DIGESTIVO

Deberán diferenciarse:

1. Las patologías del tubo digestivo, encargado del transporte, algunas etapas de la digestión y de la absorción de los alimentos como de la eliminación de los desechos.
2. Las afecciones dependientes de los órganos anexos: hígado, vías biliares y páncreas.
3. Sobrepeso y desnutrición.

Dichos procesos y su incidencia laboral son valorables fundamentalmente a través del estado nutricional y las secuelas de su evolución y/o tratamiento médico y/o quirúrgico.

Se considera como ostomías rehabilitadas a aquellas que bien aceptadas y manejadas no impiden el desempeño de la vida cotidiana.

Elementos de diagnóstico

Anamnesis
Examen clínico

Laboratorio: general especializado: van de Kammer, etc.

Diagnóstico por imágenes: Rx, Eco, TAC, RNM

Endoscopías-Manometrías

Biopsias

Se tendrá en cuenta lo ya mencionado en la introducción de estas Normas: las patologías cuyo diagnóstico y pronóstico requieren la realización de estudios complementarios complejos y/o cruentos, los mismos deberán ser aportados por el peticionante en el momento de su examen, ya que no se realizarán estudios con estas características en esta instancia.

En caso de intervenciones quirúrgicas, se evaluarán las secuelas de las mismas independientemente de su etiología.

ESOFAGO

TABLA DE VALORACION

(De aplicación para afecciones no contempladas en forma explícita)

Estadio I (Sin incapacidad):

Signos clínicos: disfagia esporádica para sólidos y líquidos.

Ausencia de compromiso del estado general. Sin alteraciones ponderales.

Estudios complementarios: radiografía y/o endoscopia que no demuestran patología.

Estadio II (Incapacidad hasta el 33%):

Signos clínicos: disfagia temporaria. Pérdida de peso corporal (habitual) del 10%. Modificable con dieta y tratamiento médico.

Estudios complementarios: reflujo demostrable radiográficamente y/o con endoscopia. Signos de esofagitis.

Estadio III (Incapacidad entre el 33 y 66%):

Signos clínicos: disfagia, síntomas de reflujo. No se modifica con tratamiento médico y/o quirúrgico y dieta continua. Disminución de peso corporal (habitual) entre el 10 y el 15%.

Estudios complementarios: alteraciones anatómicas demostrables por radiología y/o endoscopia.

Estadio IV (Incapacidad mayor del 66%):

Signos clínicos: disfagia permanente para sólidos y líquidos y/o síntomas de reflujo. Dolor. Esofagitis severa.

Compromiso del estado general. Pérdida de peso corporal (habitual) entre el 15 y 20%.

Estudios complementarios: estenosis esofágica, esofagitis severa, neoplasia.

No se modifica con tratamiento médico y/o quirúrgico y dieta continua.

Afecciones esofágicas:

1. Esofagitis por Reflujo:

Incapacidad parcial de hasta 5% cuando existen signos radiológicos de complicación lesional, o comprobación mediante endoscopia. El reflujo demostrado por radiografía, sin otro elemento diagnóstico, no se considera incapacitante.

Se considerarán invalidantes las secuelas de esofagitis cáustica o por reflujo hasta 70%, por lo general permanente, cuando existan signos clínicos evidentes de disfagia y/o estenosis comprobables clínica y radiológicamente y pérdida ponderal considerable. Valorar según tabla.

Cuando dichas secuelas hayan sido tratadas mediante cirugía y/o dilataciones, deberá valorarse el resultado funcional y evaluar en consecuencia.

Esofagitis herpética o por candida: 0 - 10%

En el contexto del SIDA 70%

Esofagitis post-radiación: evaluar motivo del tratamiento radiante y

compromiso funcional Hasta 70%

2. Divertículos:

No son causas por si mismo de invalidez 0 - 5%

Si por su tamaño causan complicaciones (ej.: neumopatías por aspiración), se evaluarán por las mismas y las secuelas posibles de su tratamiento.

En este apartado nos referimos a los divertículos por pulsión. Los divertículos por tracción no son, por lo general, de patología esofágica pura; por lo tanto, en su evaluación deberá ser tomada en cuenta la afección primitiva que los ocasiona.

3. Trastornos motores:

Espasmo difuso de esófago 0 - 15%

Acalasia estadio I 0 - 10%

Estadio II, III o secuela post-quirúrgica, de acuerdo a compromiso funcional y nutricional según tabla.

Estadio IV 70%

4. Várices Esofágicas:

Por si solas no son invalidantes.

Deberán valorarse en el contexto de la hipertensión portal y su repercusión funcional en hepatopatías.

Derivación quirúrgica de várices:

s/encefalopatía, de acuerdo a función hepática

c/encefalopatía manejable, según tabla

c/encefalopatía frecuente 70%

Las várices esclerosadas serán evaluadas acorde a compromiso funcional hepático y a la reiteración de hemorragias digestivas.

5. Hernia Hiatal:

Sin lesiones esofágicas por reflujo 0 - 5%

Si existe reflujo y esofagitis se evaluará de acuerdo a tablas.

Tratadas quirúrgicamente se evaluará su estado secuelar.

6. Cáncer de Esófago:

Operado, inoperable y/o recidivado y/o con metástasis 70%

ESTOMAGO Y DUODENO

TABLA DE VALORACION

(De aplicación por afecciones no contempladas en forma explícita.)

Estadio I (Sin incapacidad):

Signos clínicos: síntomas y signos esporádicos que ceden sin medicación.

No se acompaña de alteraciones orgánicas demostrables.

No existe pérdida de peso.

Estudios complementarios: que no demuestren patología.

Estadio II (Incapacidad hasta el 33%):

Signos clínicos: síntomas, signos y alteraciones orgánicas que requieran tratamiento y/o dieta discontinua.

Pérdida de peso corporal (habitual) del 10%.

Estudios complementarios: signos de lesiones mucosas demostrables radiológicas y/o endoscópicamente.

Estadio III (Incapacidad entre el 33 y 66%):

Signos clínicos: síntomas, signos y alteraciones orgánicas que requieran tratamiento y dieta continua.

Disminución de peso corporal (habitual) mayor al 10%.

Estudios complementarios: lesiones mucosas evidentes por radiología y/o endoscopia.

Anemia con hematocrito no menor al 30% y/o hipoproteïnemia no menor a 3 gr.%, que no remiten con tratamiento.

Estadio IV (Incapacidad mayor del 66%):

Signos clínicos: signos y síntomas de lesión orgánica severa. Compromiso del estado general. Edemas. Escasa o nula respuesta al tratamiento.

Estudios complementarios: lesiones anatómicas, demostrables por radiología y/o endoscopia (por ej.: neoplasias no extirpables).

Anemia (hematocrito menor de 30%), hipoalbuminemia con valores menores de 3 gr%, irreductibles con tratamiento.

Afecciones de estómago y duodeno.

1. Ulceras Duodenales:

No son por sí mismas causantes de invalidez. La mayoría cura con tratamiento médico y no tienen incidencia en el estado nutricional del paciente. Se evaluarán de acuerdo al compromiso funcional secular según tablas.

2. Úlcera Gástrica:

Puede decirse respecto de éstas lo mismo que lo manifestado para las duodenales, pueden ser controladas eficazmente mediante tratamiento médico o quirúrgico. Luego se evaluará de acuerdo al compromiso funcional de las secuelas.

3. Síndrome Acido Sensitivo:

Como síndrome, sin substrato anatómico, no es incapacitante.

4. Gastrectomías parciales y totales:

Si de su evaluación clínica no surge desmejoramiento importante del estado general, no son incapacitantes, salvo síndromes postgastrectomía (asa corta - dumping - etc.) correctamente documentados, que deberán ser evaluados por tablas.

5. Cáncer Gástrico:

Sin evidencia de enfermedad generalizada o metástasis, se tendrá en cuenta el tipo de operación realizada.

a) Gastrectomías parciales (Ver punto 4).

b) Gastrectomía total (Ver punto anterior).

c) Inextirpable 70%

Metástasis regionales o a distancia 70%

Linfomas sin respuesta al tratamiento 70%

INTESTINO DELGADO Y GRUESO

TABLA DE VALORACION

(De aplicación para afecciones no contempladas en forma explícita).

Estadio I (Sin incapacidad)

Signos clínicos: síntomas y signos esporádicos que ceden con tratamiento discontinuo.

Estudios complementarios: sin lesiones demostrables.

Estadio II (Incapacidad hasta el 33%)

Signos clínicos: síntomas, signos y alteraciones orgánicas que requieren tratamiento discontinuo. Disminución del peso corporal (habitual del 10%).

Estudios complementarios: signos de lesiones demostrables radiológica y/o endoscópicamente. Hipoalbuminemia no menor a 3 gr.%.

Estadio III (Incapacidad entre el 33 y 66%)

Signos clínicos: síntomas, signos y alteraciones orgánicas que requieran tratamiento continuo. Disminución del peso corporal (habitual) entre el 10 y el 15%.

Deposiciones mucosanguinolentas.

Estudios complementarios: lesiones evidentes por radiología y/o endoscopia.

Anemia con hematocrito no menor del 30%, hipoalbuminemia con cifras no menores de 3 gr.%, que no responden al tratamiento.

Estadio IV (Incapacidad mayor del 66%)

Signos clínicos: severa repercusión orgánica, que no responde al tratamiento.

Pérdida de peso grave. Proctorragias iterativas, diarreas severas. Síndromes subobstructivos y/o fístulas.

Incontinencia fecal completa. Colostomía definitiva no rehabilitada. Mal estado general.

Estudios complementarios: lesiones anatómicas evidentes con radiología y/o endoscopia. Anemia (hematocrito menor de 30%), hipoalbuminemia con cifras menores de 3 gr.%, que no responden al tratamiento.

INTESTINO DELGADO

1. Divertículo de Meckel:

No es causa de incapacidad. Es tratable sin secuelas.

2. Enfermedades Vasculares del Intestino Delgado:

Que hayan obligado a ablaciones más o menos importantes, suelen dejar secuelas funcionales de mayor o menor magnitud. Serán éstas (las secuelas funcionales) las que determinarán la cuantificación de la incapacidad (mala absorción, desnutrición importante).

3. Enfermedad de Crohn:

Se evalúan de acuerdo a compromiso funcional por tablas.

4. Ileostomías definitivas:

a) Rehabilitada: Valorar de acuerdo al compromiso producido por la patología que dio origen a la ostomía 40 - 70%

b) No Rehabilitada: 70%

5. Tumores

Extirpables, según secuelas

Inextirpables y/o recidivas y/o con metástasis 70%

Linfomas sin respuesta al tratamiento 70%

COLON Y RECTO

1. Enfermedad Diverticular

a) Diverticulosis: no es causal de incapacidad.

b) Diverticulitis no son causal de incapacidad.

c) Diverticulitis complicadas: (proctorragias iterativas y severas, tumor inflamatorio con proctorragia y/o diarreas severas y/o adherencias a otros órganos, y/o síndrome subobstructivo, perforación: se agotarán las medidas terapéuticas y se evaluarán según secuela.

d) Resecadas: En un tiempo, con anastomosis término-terminal y sin colostomía (raro): no incapacitantes.

e) Con colostomía: 70% hasta cierre de colostomía o rehabilitación de colostomía y evaluación.

2. Colitis Ulcerosa:

Se evaluará acorde a la repercusión orgánica y/o funcional que produzca, teniendo en cuenta que el simple diagnóstico no determina incapacidad. Son de particular importancia los estudios endoscópicos (fibrocolonoscopia) y biopsias.

Con compromiso sistémico, refractario al tratamiento 70%

Se efectuará evaluación por Psiquiatría.

Los tratables con respuesta terapéutica, según tablas.

3. Adenomas (tubular, túboloveloso, veloso).

Se evaluarán luego de su tratamiento quirúrgico acorde a las secuelas (recidivado o no, según tablas).

4. Poliposis Familiar: (según tablas).

Colectomía con anastomosis iliorrectal según tablas.

5. Incontinencia esfinteriana rectal:

Traumáticas, post-parto o post-quirúrgicas, crónicas y sin respuesta al tratamiento médico-quirúrgico.

Se valorará en el contexto de la enfermedad.

Dadas las características de este tipo de afección, los estudios correspondientes para su diagnóstico, pronóstico y eventual tratamiento, seguramente ya fueron realizados. El aporte de una historia clínica fehaciente, que informe sobre el origen de dicha afección, el grado de severidad de la misma y los tratamientos efectuados, podrán tenerse en cuenta.

Las incontinencias esfinterianas rectales se valorarán de acuerdo al defecto oclusivo que presenta.

a) Defecto oclusivo (controlable con medidas - hipotonía esfinteriana): 25 - 30%

b) Incontinencia total (incontrolable - atonía esfinteriana): 70%

Las de origen neurológico se evaluarán en el contexto de la enfermedad en cuestión.

6. Carcinoma de Intestino grueso:

Cáncer Colorrectal operado y resecado, sin colostomía:

Sin compromiso del estado nutricional ni funcional 0 -5%

Clasificación según Duke:

a) Estadío A 0 -10%

b) Estadío B Hasta 30%

c) Estadío C 70%

Con compromiso sistémico (pérdida severa de peso, anemia, síndrome de impregnación neoplásica) 70%

Amputación abdomino-perineal de Miles 40 -70%

7. Colostomías definitivas:

a) Rehabilitada: Valorar de acuerdo al compromiso producido por la patología que dio origen a la ostomía 40 - 70%

b) No Rehabilitada: 70%

En todos los casos de ostomizados se evaluará el factor psicológico.

HIGADO

Elementos de diagnóstico

Anamnesis

Examen físico

Laboratorio: general: hepatograma, proteinograma, gammaGT, protombina.

especializado: marcadores virales, alfafetoproteína, arco 5

Diagnóstico por imágenes: Eco, TAC, Centellografía, RNM

Endoscopías: laparoscopías, endoscopías digestivas altas.

Biopsia

Las afecciones agudas no serán evaluadas.

Se tendrán en cuenta para la determinación de la incapacidad provocada por las hepatopatías crónicas, signos clínicos y humorales.

1. Signos clínicos de disfunción

a) Signos mayores:

Encefalopatía (obnubilación del sensorio, coma)

Hipertensión portal:

Síndrome ascítico edematoso

Várices esofágicas.

b) Signos menores:

Ictericia

Hepatoesplenomegalia

Estigmas periféricos

2) Signos humorales:

Bioquímica de disfunción hepática:

Aumento de la bilirrubina. Alteración de los factores de coagulación:

especialmente aumento del tiempo de Protrombina

Colesterolemia disminuida. Alteraciones del proteinograma electroforético

(disminución de albuminemia - aumento de gammaglobulina) y enzimas

hepáticas (TGO, TGP, GammaGT, fosfata alcalina y LDH).

PATOLOGIAS EVALUABLES

Hepatopatía crónica compensada:

Hepatoesplenomegalia sin otra alteración clínica ni serológica 0%

Hepatopatía crónica leve:

Cualquiera de los signos menores acompañado de uno o más signos humorales alterados, pero en valores cercanos a los límites normales 10 - 30%

Hepatopatía crónica moderada:

Cualquiera de los signos clínicos menores, combinado con más de un signo humoral alterado, con cifras cercanas a los valores normales y/o con várices esofágicas sin antecedentes de hemorragias o con un solo episodio de carácter leve; en tratamiento y control periódico 30 - 40%

Cualquiera de los signos clínicos menores, combinado con más de un signo humoral alterado, con alteraciones de la coagulación (protrombina no menor a 40%) y/o con várices esofágicas sin antecedentes de hemorragia o con un solo episodio de carácter leve; con antecedente de síndrome ascíticoedematoso y/o encefalopatía hepática, en tratamiento y control periódico. 50 - 70%

Hepatopatía crónica descompensada:

Historia Clínica de cualquiera de los signos clínicos mayores; alguno de los signos clínicos menores con 2 o más de los signos humorales de disfunción hepática (alteraciones de los valores de coagulación, especialmente protrombina y proteinemia), várices esofágicas de gran desarrollo, con antecedentes de más de un episodio hemorrágico 70%

La Hepatopatía crónica activa, aun compensada, diagnosticada por biopsia, puede llegar a alcanzar una incapacidad del 70%, dependiendo de la etiopatogenia de la misma, del grado de actividad inflamatoria histológica, los parámetros clínicos, la alteración de los valores humorales, el tratamiento que efectúe y los efectos secundarios de los mismos.

En la actualidad consideramos el transplante hepático como una entidad con jerarquía invalidante. La evaluación médica de los resultados de esta modalidad de tratamiento determinará, en un futuro, la posibilidad y oportunidad de una valoración diferente del grado de incapacidad laboral.

Índice de Chile
Marcador del compromiso de la función hepática en las hepatopatías crónicas

	A	B	C
	Normal o leve	Moderado a severo	Severo
Albúmina (g/dl)	>3,50	3 - 3,5	<3
Bilirrubina (mg/dl)	<2	2 - 3	>3
Protrombina	>70%	70 - 40%	<40%
Ascitis	no	moderada	abundante
Encefalopatía	no	manejable fácilmente	++severo
Incapacidad	0 - 30%	30 - 70%	70%

HIDATIDOSIS

No operadas: se evaluarán de acuerdo al grado de repercusión orgánica y/o funcional y/o complicaciones (abscesos, fístulas) Hasta 70%

Operadas: Son invalidantes cuando presentan secuelas graves (cavidades residuales supuradas, complicaciones torácicas con limitación funcional o hidatidosis peritoneal diseminadas): 70%

TUMORES

1. Benignos:

a) Resecables: se evalúan de acuerdo a secuela.

b) No resecables: se evalúan de acuerdo a compromiso de la función hepática y/o colestasis crónica.

2. Malignos:

a) Primitivos: 70%

b) Secundarios: 70%

VIAS BILIARES

Síntomas digestivos funcionales esporádicos y/o litiasis vesicular no Complicada 0 %

Las intervenciones de las vías biliares no determinan por sí mismas porcentuales incapacitantes. Con compromiso hepático como secuela o complicación se evaluará exclusivamente esta afección acorde al criterio aplicado para las hepatopatías. Lesiones irreductibles de la vía biliar, reoperadas o no, con signos y síntomas de obstrucción canalicular 70%

El Síndrome post-colecistectomía será evaluado en igual forma que lo sustentado para la lesión de vías biliares.

Los procesos agudos: colecistitis litiásicas o no, cólicos biliares, ictericias obstructivas de origen litiásico, no son causales de incapacidad.

CANCER DE VESICULA O VIAS BILIARES

Incapacidad 70%

PANCREAS

Elementos de diagnóstico

Anamnesis

Examen físico

Laboratorio general específico: amilaseemia, amilauria, van de Kammer, hemoglobina glicosilada.
Diagnóstico por imágenes: Eco, TAC., Colangio-pancreatografía endoscópica retrógrada, RNM.
Endoscopías

1. Pancreatitis Aguda: No corresponde la evaluación.

Cuando resulten secuelas de pancreatitis aguda post-tratamiento médico y/o quirúrgico (seudoquiste de páncreas, fístula), se evaluará acorde a su compromiso orgánico y/o funcional. Quistes o pseudo-quistes de páncreas operados, sin secuelas, no incapacitantes. Las secuelas deberán evaluarse según el criterio adoptado en Pancreatitis Crónicas.

2. Pancreatitis Recurrente

Alcohólica. Buen estado nutricional, Hasta 30%

3. Pancreatitis Crónica y/o Recurrente:

Con manifestaciones clínicas y de laboratorio que demuestren moderado compromiso, con respuesta parcial al tratamiento Hasta 40%

Con manifestaciones clínicas que demuestren severidad sintomática con déficit nutricional, severo deterioro del estado general, sin respuesta al tratamiento 70%

4. Cáncer de Páncreas: 70%

PARED ABDOMINAL

1. Hernias Simples:

Inguinal, umbilical, crural, epigástricas o musculares, no complicadas 0 - 5%

Hernia inguinal o crural bilateral no complicadas 5 - 10%

Hernia inguinal o crural bilateral no complicadas, más algunas de las otras 10 - 15%

Hernia ínguino-escrotal, con leve a moderada deformación regional

– factible de reparación quirúrgica 5 - 10%

– con contraindicación quirúrgica (de causa local) 10 -15%

Hernia ínguino-escrotal, con grosera deformación regional (amplia solución de continuidad músculo aponeuróticas)

– factible de reparación quirúrgica 15 - 20%

– con contraindicación quirúrgica (de causa local) 70%

Las hernias complicadas serán evaluadas luego de resuelta la complicación y de acuerdo a las secuelas que

determine.

2. Hernia recidivada:

Igual al punto 1.

3. Eventración Abdominal:

a) Pequeña, con diámetro del anillo y del contenido menor a 6 cms. 1 - 5%

b) Mediana, con diámetro del anillo y del contenido mayor de 6 y hasta 20 cms. 6 - 15%

c) Gigante reparable, con diámetro del anillo y del contenido de más de 20 cms. 20 - 25%

d) Gigante, con contraindicación quirúrgica (de causa local) 70%

4. Hernias diafragmáticas:

Se valoran por su compromiso funcional, orgánico y/o secuelas quirúrgicas. Ver patología del Esófago.

Grandes eventraciones diafragmáticas, se evaluarán de acuerdo a la repercusión orgánicofuncional y la posibilidad o no de reconstrucción quirúrgica.

OBESIDAD

Esta disfunción metabólica no determina por sí misma incapacidad; se evaluará como factor de riesgo, como signo y/o noxa facilitadora de otras patologías, a través del compromiso que produce en éstas:

1. Clínico-quirúrgicas (Diabetes, Gota, hernia, etc.).
2. Mioosteoarticulares y neurológicas.
3. Cardiocirculatorias centrales y periféricas.
4. Respiratorias.
5. Psiquiátricas.

Clasificación por grados

Grado I: exceso del 15 al 30% del peso teórico.

Grado II: exceso del 30 al 50% del peso teórico.

Grado III: exceso de más del 50% del peso teórico.

La cuantificación de la incidencia de esta alteración resultará de aplicar los criterios de evaluación que correspondan a cada especialidad.

DESNUTRICION

Se evaluará en el contexto de la enfermedad que le dio origen. Ejemplo: síndrome de mala absorción, pancreatitis crónica, anorexia, bulimia.

Se tendrán en cuenta las alteraciones en los análisis de laboratorio que valoren el estado nutricional.

CAPITULO RIÑON Y VIAS URINARIAS

Las afecciones del aparato urinario de curso crónico y/o recidivante no inciden necesariamente en forma incapacitante o invalidante, por ej.: las infecciones urinarias repetidas, o la poliquistosis renal congénita. Serán evaluadas acorde a sus secuelas y compromiso funcional.

En la actualidad consideramos la hemodiálisis crónica y el trasplante renal como entidades con jerarquía invalidante. La hemodiálisis crónica es el recurso terapéutico final frente a una patología irreversible, y su indicación señala por sí misma la seriedad de la afección subyacente.

Respecto del trasplante renal, necesariamente deberá ser reevaluado al cabo de un año de haber sido practicado el mismo. De esta valoración anátomo-funcional y del eventual compromiso secundario al tratamiento (inmunosupresión), surgirá el nuevo grado de incapacidad.

Las afecciones agudas, incluso las tratadas con hemodiálisis para compensar una insuficiencia renal aguda, suelen remitir ad-integrum. Serán evaluadas, en caso de pasar a la cronicidad, acorde a las secuelas anátomo-funcionales que determinen.

Elementos de diagnóstico

Anamnesis
Examen físico

Laboratorio general: hemograma, glucemia, orina, sedimento urinario en fresco, cultivo de orina

específico: urea, creatinina, clearance de creatinina, ácido úrico, dosaje de renina, ionograma en sangre y

orina.

Diagnóstico por imágenes: Rx, Eco, TAC, RNM, Centellograma radioisotópico, Angiografía selectiva.

Endoscopías de vías urinarias

Biopsias

INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

Clínica: Existencia de edema, hipertensión arterial, anemia, osteodistrofia.

Laboratorio: Albuminuria, hipoproteinemia, elevación de la creatinemia por encima de los valores normales y valores descendidos de la filtración glomerular (clearance de creatinina). La uremia, aisladamente, no tiene valor decisivo. Debe ser comparada con otros parámetros de la función renal. Lo mismo es válido para las densidades bajas de la orina. Son relevantes la anemia crónica, las osteodistrofias y las neuropatías sensoriales.

Grado	Severo	Moderado	Leve
Cl. de Creatinina	<25 ml	25 - 49 ml.	>50 ml
Creatinemia	>4 mg %	3,9 - 2,5 mg %	<2,5 mg%
Hematocrito	<25%	---	>30%

Insuficiencia renal crónica:

Grado leve: 0 - 15%

Grado Moderado: 15 - 40%

Grado Severo: 40 - 70%

AFECCIONES EVALUABLES

A - Renales

1. Congénitas:

- a) poliquistosis renal bilateral, riñón multiquístico unilateral,
- b) multiquistosis en riñón único, agenesia de un riñón.

2. Infecciosas:

a) inespecíficas

- agudas

- crónicas

b) específicas: Tuberculosis

3. Glomerulonefritis

4. Tumorales

5. Otras: Litiasis, Ptosis renal

a) Síndrome nefrótico

b) Nefrectomías

B - Vías urinarias

1. Estenosis pieloureteral

2. Infecciones específicas: Tuberculosis

3. Tumorales
4. Incontinencia urinaria
5. Capacidad vesical disminuida
6. Vejiga neurogénica
7. Fístulas
8. Estrechez uretral

A - Renales

Congénitas:

El grado de incapacidad está determinado por las complicaciones que puedan surgir y de las consecuencias de las mismas (adquiridas) y no de la afección por sí misma.

POLIQUISTOSIS RENAL BILATERAL

1. Sin insuficiencia renal 0%
2. Con insuficiencia renal leve 15%
3. Con insuficiencia renal moderada 15 - 40%
4. Con insuficiencia renal severa 70%

RIÑÓN MULTIQUISTICO UNILATERAL

1. Sin insuficiencia renal 0%
2. Con insuficiencia renal leve 15%
3. Con insuficiencia renal moderada 15 - 40%
4. Con insuficiencia renal severa 70%

MULTIQUISTOSIS EN RIÑÓN UNICO

1. Sin insuficiencia renal 10%
2. Con insuficiencia renal leve 15 - 30%
3. Con insuficiencia renal moderada 30 - 60%
4. Con insuficiencia renal severa 70%

AGENESIA DE UN RIÑÓN

1. Sin insuficiencia renal 0%
2. Con insuficiencia renal leve 15 - 30 %
3. Con insuficiencia renal moderada 30 - 60 %
4. Con insuficiencia renal severa 70 %

Infecciosas

Inespecíficas:

Sólo se evaluarán las afecciones crónicas.

El diagnóstico requiere de los siguientes elementos:

Clínicos: Dolor lumbar, fiebre, infecciones urinarias, recidiva periódica.

Humorales: Sedimento urinario con piuria, cilindruria, bacteriuria.

Radiológicos: Alteraciones pielocaliciales, parenquimatosas.

PIELONEFRITIS CRONICA

1. Sin insuficiencia renal 0 - 5 %
2. Con insuficiencia renal leve 15 %
3. Con insuficiencia renal moderada 15 - 40 %
4. Con insuficiencia renal severa 70 %

PIELONEFRITIS CRONICA CON HIPERTENSION ARTERIAL

Además debe ser evaluado por Capítulo cardiovascular

Específicas:

TUBERCULOSIS GENITO-URINARIA

1. En actividad: en tratamiento no es invalidante, aún no se han agotado todos los recursos de tratamiento.
2. Recaída o recidivada: se evaluará acorde a la respuesta terapéutica y a las secuelas, una vez agotados todos los recursos medicamentosos y/o quirúrgicos.
3. Secuelar: se evaluarán acorde al grado de insuficiencia renal.

Glomerulonefritis

GLOMERULONEFRITIS CRONICA

Valorar de acuerdo al grado de insuficiencia renal.

Tumorales

BENIGNOS

Según secuela anatómica y compromiso funcional.

MALIGNOS

1. Con nefrectomía total
 - a) Con metástasis 70 %
 - b) Sin metástasis 10 %

Este último grupo es equiparable al nefrectomizado por cualquier etiología.

2. Con nefrectomía parcial en riñón único con metástasis 70 %
3. Con nefrectomía parcial en riñón único sin metástasis:
 - a) Con función renal conservada 15 %
 - b) Con insuficiencia renal leve 15 - 30 %
 - c) Con insuficiencia renal moderada 30 - 60 %
 - d) Con insuficiencia renal severa 70 %
4. Inextirpables 80 %

Otras

PTOSIS RENAL

Se presenta en un 20 % de las mujeres, no como enfermedad (congénita o adquirida), sino como modalidad clínica y radiológica. Para considerarla con valor patológico debe originar alteraciones anátomo-funcionales sobre la vía canicular, la irrigación renal y/o sobre los plexos nerviosos vecinos.

LITIASIS RENAL

Valorar las posibilidades de los distintos tratamientos actuales.

1. Calicial única 0 %
2. Piélica primaria sin complicación obstructiva 0 %
3. Piélica primaria con fenómeno obstructivo (infección urinaria permanente, pielonefritis) 5 %
4. Piélica recidivante sin complicación 5 %
5. Piélica recidivante con complicación: acorde a funcionamiento renal
6. Coraliforme:
 - a) Unilateral
 - a.1 - Con buena función renal 0 - 5 %
 - a.2 - Con insuficiencia renal leve 15 %
 - a.3 - Con insuficiencia renal moderada 15 - 40 %
 - a.4 - Con insuficiencia renal severa 70 %
 - b) Bilateral
 - b.1 - Sin insuficiencia renal Hasta 10 %
 - b.2 - Con insuficiencia renal leve 15 %
 - b.3 - Con insuficiencia renal moderada 15 - 40 %
 - b.4 - Con insuficiencia renal severa 70 %
 - c) En riñón único:
 - c.1 - Con función renal conservada 15 %
 - c.2 - Con insuficiencia renal leve 15 - 30 %
 - c.3 - Con insuficiencia renal moderada 30 - 60 %
 - c.4 - Con insuficiencia renal severa 70 %

SINDROME NEFROTICO

1. Nefrosis diabética.
2. Nefrosis amiloidea.
3. Nefroesclerosis.
4. Nefrosis lúpica.
5. Nefrosis del nefrón distal.
6. Nefrosis tóxicas.

El compromiso anátomo-funcional renal, se evalúa de acuerdo a la enfermedad de base.

Comentario:

Síndrome nefrótico en estado avanzado, sin parámetros de insuficiencia renal, puede llegar a alcanzar una incapacidad del 70 % dependiendo de la etiopatogenia del mismo, el estado general, el tenor de la albuminuria, el tratamiento que efectúa (corticoides-inmunosupresores) y los efectos secundarios del mismo.

NEFRECTOMIA

Nefrectomía parcial (unilateral)

1. Con riñón contralateral suficiente: 5 %
2. En riñón único:
 - a) Con función renal conservada 10 %
 - b) Con insuficiencia renal leve 15 - 30 %
 - c) Con insuficiencia renal moderada 30 - 60 %
 - d) Con insuficiencia renal severa 70 %

Nefrectomía total (unilateral)

1. Con función renal conservada 10 %
2. Con insuficiencia renal leve 15 - 30 %
3. Con insuficiencia renal moderada 30 - 60 %
4. Con insuficiencia renal severa 70 %

HIPERTENSION ARTERIAL NEFROGENA

Debe diferenciarse la hipertensión arterial de origen renovascular de aquella que es complicación de una afección renal aguda o crónica.

La primera será comprobada a través de: estudios urográficos o en su defecto por centellografía, radiorenograma, estudio angiográfico selectivo, dosaje de renina, etc.

Respecto de la segunda, la misma se valorará de acuerdo a la patología urinaria que le da origen (por ej.: pielonefritis crónica, uronefrosis, etc.).

En ambas, se tendrá en cuenta la repercusión cardíaca u orgánica general, debiendo ser estas últimas evaluadas por las especialidades pertinentes.

B - Vías urinarias

ESTENOSIS PIELOURETERAL

1. Sin insuficiencia renal 0 - 5 %
2. Con insuficiencia renal leve 15 %
3. Con insuficiencia renal moderada 15 - 40 %
4. Con insuficiencia renal severa 70 %

INFECCIONES ESPECIFICAS

Tuberculosis

Se remite al punto de Tuberculosis renal.

TUMORES

1. Benignos: se evalúan según secuela y compromiso funcional residual.
2. Malignos:
 - a) Neoplasias de Pelvis Renal
 - a.1. Con nefroureterectomía sin metástasis, con función renal conservada 15 %
 - a.2. Con insuficiencia renal leve 15 - 30 %

a.3. Con insuficiencia renal moderada 30 - 60 %

a.4. Con insuficiencia renal severa 70 %

a.5. Nefroureterectomía con metástasis 70 %

b) Neoplasias de Vejiga

b.1 Operados sin recidiva (por vía endoscópica) 0 - 5 %

Después de la segunda o más recidivas sin invasión muscular 10 %

b.2. Cistectomía parcial sin recidiva 10 %

Después de la segunda o más recidivas sin invasión muscular, operación endoscópica 20 - 25 %

Después de la segunda o más recidivas sin invasión muscular, con resección total de vejiga. 70 %

b.3. Cistectomía parcial con metástasis 70 %

b.4 Cistectomía total con derivación urinaria 70 %

INCONTINENCIA DE ORINA

Femenina:

1. Leve (durante esfuerzos y en forma esporádica) 0 %

2. Moderada (a esfuerzos pequeños) Hasta 15 %

3. Grave (a esfuerzos mínimos en la posición horizontal y goteo permanente y lesiones dérmicas amoniacales) Hasta 40 %

Masculina:

1. Por rebosamiento - por prostatismo 0 %

2. Por secuelas post-quirúrgicas:

a) Leve (durante esfuerzos y en forma esporádica) 0 - 5%

b) Moderado (a esfuerzos pequeños) Hasta 15 %

c) Grave (a esfuerzos mínimos, goteo permanente y lesiones dérmicas a moniacales) Hasta 40 %

d) Ampliación vesical 20 %

En todos los casos se deberán evaluar los resultados quirúrgicos, la existencia o no de residuo urinario y la indemnidad del árbol urinario superior.

VEJIGA NEUROGENICA

Valorar en el contexto de la afección que la origina.

1. Compensada (incontinencia manejable) 30 - 40 %

Evaluar etiología por la especialidad correspondiente.

2. No compensada, con sonda permanente 40 - 70 %

FISTULAS

1. Urocutánea: evaluables según etiología y compromiso.

2. Urodigestivas: ídem

3. Urogenitales:

a) Con incontinencia de orina de acuerdo a las posibilidades quirúrgicas. Hasta 70 %

b) Complicadas (mixtas, sometidas a múltiples tratamientos quirúrgicos, sin éxito o en terreno neoplásico)

irradiado) 70 %

ESTRECHEZ

1. De uretra (uretra membranosa)

a) No complicada: (tratamiento dilatador, se tendrá en cuenta su frecuencia) 20 %

b) Complicada: (infranqueable como consecuencia de multioperaciones con marcada disuria, flujo miccional bajo, dilataciones periódicas) 70 %

2. Estenosis del Meato Uretral

No complicada: no incapacitante.

URETEROSTOMIAS, SONDAS Y TALLAS VESICALES

Permanentes: Valorar de acuerdo al compromiso producido por la causa que le dio origen 40 - 70 %

CAPITULO GENITAL MASCULINO

Afecciones prostáticas

HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA

1. Sin repercusión urinaria: 0 %

2. Con repercusión urinaria por obstrucción, evaluar compromiso funcional.

3. Con repercusión urinaria severa (ureterouronefrosis bilateral) valorar según grado de insuficiencia

CANCER DE PROSTATA

1. Foco microscópico como hallazgo quirúrgico: 5 %

2. Prostatectomía radical sin complicaciones y sin metástasis: 10 %

3. Tumor comprobado por tacto y biopsia, debe tenerse en cuenta la respuesta al tratamiento (quirúrgico u hormonal) sin metástasis: 10 %

con metástasis 70 %

4. Tumor invasor de cápsula, vesículas seminales, pelvis y metástasis óseas: 70 %

LESION POST-QUIRURGICA ESFINTERIANA CON INCONTINENCIA DE ORINA (post-cirugía prostática)

1. Leve y moderada se evaluará igual que el punto de Incontinencia de Orina.

2. Grave: se evaluará según secuela de cirugía.

Afecciones testiculares

HIDROCELE, QUISTE DE CORDON, etc. No incapacitante

VARICOCELE No incapacitante

TUMORES DE TESTICULO

1. Seminomas:

a) sin metástasis 0 - 5 %

b) con metástasis 70 %

2. Teratomas:

a) sin metástasis 0 - 5 %

b) con metástasis 70 %

3. Coriocarcinomas:

a) sin metástasis 0 - 5 %

b) con metástasis 70 %

Evaluar la respuesta a los tratamientos oncológicos efectuados.

ORQUIECTOMIA SIMPLE

Unilateral 0 - 5 %

Bilateral 5 - 10 %

Afecciones peneanas

CANCER DE PENE

1. Tratado, sin evidencia de metástasis 0 - 5 %

Se evaluará el compromiso urinario.

2. Con metástasis: 70 %

Se evaluará componente psicológico.

PENECTOMIA POST-TRAUMATICA

Evaluar el compromiso urinario y el componente psicológico.

CAPITULO GENITAL FEMENINO

El haber sido sometida a un tratamiento quirúrgico por carcinoma génito-urinario, es un antecedente que, por sí mismo, no representa invalidez.

Patología Mamaria

1. SECUELA DE OPERACION PLASTICA MAMARIA 0 %

2. DISPLASIA MAMARIA OPERADA (NODULECTOMIA O ADENOMASTECTOMIA) 0 %

3. SECUELAS DE MASTECTOMIA

a) Simple no Oncológica 0 %

b) Simple Oncológica (“toilette”) 70 %

c) Sub-radical y radical:

Mastectomía radical y sub-radical con:

– Disminución de movilidad braquial homolateral 15 %

(más la limitación evaluada por Capítulo osteoarticular)

– Presencia de Linfedema Braquial que limite la función del miembro 15 %

(más la limitación evaluada por Capítulo osteoarticular)

– Retracción axilar y/o axilo-pectoral severas 60 %

– Lesiones de actinoterapia (en actividad), radiodermatitis o neumopatía actínica 60 %

– Adenopatías regionales de características malignas no extirpadas, presencia de recidiva local y/o metástasis a distancias 70 %

Se tendrá en cuenta la edad de la solicitante, el tiempo transcurrido desde la operación y la evolución observada. Asimismo, se valorará la indicación post-operatoria de quimio y/o radioterapia y sus posibles secuelas: anemias refractarias, lesión en piel y mucosas, diátesis hemorrágicas, fibrosis pulmonar.

4. CARCINOMA AVANZADO DE MAMA:

Todos los estadios III y IV no pasibles de cirugía radical 70 %

De igual forma se considerarán los casos en que se documente fehacientemente la aparición de metástasis tumoral.

Patología de Utero

1. DISPLASIA CERVICAL UTERINA:

Leve moderada o grave Sin Incapacidad.

2. CARCINOMA DE CUELLO UTERINO:

a) Carcinoma in situ tratado 0 %

b) Sin metástasis 0 %

c) Con propagación local, regional o a distancia 70 - 80 %

d) Con complicaciones quirúrgicas y/o post-actínicas, acorde a compromiso Hasta 70 %

3. CARCINOMA DE CUELLO EN MUÑON CERVICAL UTERINO REMANENTE:

a) In situ 0 %

b) Propagación local, regional y/o a distancia 70 %

(evaluar después del tratamiento).

4. MIOMATOSIS UTERINA:

Con fenómenos compresivos y/o metrorragias pasible de cirugía 0 %

5. MIOMATOSIS UTERINA OPERADA

Miomectomía simple o múltiple, histerectomía subtotal y total, anexohisterectomía 0 %

6. CARCINOMA DE ENDOMETRIO:

a) Operado sin complicaciones o metástasis 0 %

b) Con metástasis local, regional y/o a distancia 70 %

7. SECUELA DE TELECOBALTOTERAPIA Y/O RADIOTERAPIA

Evaluar de acuerdo a complicación (enteritis, rectitis, cistitis, fístulas vulvares, etc).

Patología de Ovario y Anexos

1. ANEXITIS CRONICA 0 %

2. CARCINOMA DE OVARIO

a) Sin metástasis o signos de enfermedad generalizada 0 %

b) Con metástasis 70 %

Otras patologías

1. METRORRAGIA DISFUNCIONAL 0 %

2. SINDROME CLIMATERICO 0 %

3. SECUELAS DE VULVECTOMIA RADICAL

Valorar complicaciones quirúrgicas y secuelas 20 - 70 %

4. DISTOPIAS GENITALES:

a) Uretrocele-Cistocele-Rectocele de grado I a IV: 0 %

b) Histerocele de grado I a IV: 0 %

c) Prolapso genital operado sin complicaciones: 0 %

(Evaluar incontinencia urinaria).

Fístula urogenitales o rectogenitales, según posibilidad quirúrgica y etiología: (reevaluar después de operada)

CAPITULO NERVIOSO

Las afecciones neurológicas por las cuales se hace necesaria la evaluación de incapacidad tienen características variables. Están las de curso crónico evolutivo, las agudas que pueden dejar lesión secuelar orgánica y/o funcional, y otras de curso recurrente con o sin substrato anatómico, con intervalos asintomáticos.

Dolor, pérdida de fuerza, vértigos, etc. son síntomas frecuentemente teñidos por el estado emocional del individuo. Por otra parte, la afección neurológica "per se" puede determinar un deterioro psíquico.

Durante el examen se tendrá en cuenta la concurrencia de estos factores, cuya discriminación frecuentemente requiere del examen psíquico especializado. Los grados de compromiso serán valorados en base al rango de conservación de la deambulación, la fuerza muscular, la independencia para el autocuidado y la realización de las actividades cotidianas y la capacidad de efectuar tareas redituables (por adaptación).

De grado Leve: Deambulación casi normal, fuerza conservada contra resistencia fuerte, independiente para el autocuidado y las tareas cotidianas, adaptable con escaso esfuerzo.

De grado Moderado: Deambulación con dificultad con ayuda de bastón, fuerza conservada contra resistencia moderada, parcialmente dependiente para el autocuidado y la realización de las tareas cotidianas, adaptable con esfuerzo sostenido.

De grado Severo: Deambulación con gran dificultad con ayuda de bastones canadienses o muletas o de terceros, fuerza conservada contra resistencia leve o moderada, muy dependiente para el autocuidado y la realización de las tareas cotidianas, adaptable con esfuerzo sostenido e intenso.

Como se mencionara en el capítulo de afecciones osteoarticulares, si los síntomas se acompañan de signos objetivos de repercusión orgánica (hipotrofia, rigideces y/o disminución evidente de alguna función), éstos serán útiles en la certificación de lo aducido por el examinado.

Elementos de diagnóstico

Anamnesis
Examen físico-psíquico

Laboratorio
Diagnóstico por imágenes: Rx. TAC, RNM, Ecodoppler, Arteriografías, AngioRNM.
Electrofisiológicos: EEG, Mapeo cerebral, EMG, Velocidad de conducción, Potenciales evocados, Somnoelectroencefalograma / Holter electroencefalográfico.

AFECCIONES EVALUABLES

1. Centrales: Cerebro, cerebelo y tronco

2. Medulares

3. Neuropáticas

La cefalea y las raquialgias constituyen síntomas que de por sí no determinan incapacidad.

1. CENTRALES: cerebro, cerebelo y tronco

Insuficiencia vascular: - Síndrome Vertiginoso

- Insuficiencia Vértebro-basilar
- Insuficiencia circulatoria cerebral
- ACV

Traumáticas

Alteraciones bioeléctricas

- Epilepsias
- Trastorno del sueño

Alteraciones degenerativas:

- Degeneración espino-cerebelosa
- Síndrome extra-piramidal
- Esclerosis en placas
- Coreas
- Atetosis
- Hemibalismo
- Distonías

Tumores

Secuela de cirugía cráneo-cerebral por afecciones:

- Vasculares (hematomas y aneurismas)
- Neoplasias

Afasia

Válvulas

Síndrome talámico

Parálisis cerebral

2. MEDULARES:

- Patología vértebro-medular
- Amiotrofias y Miopatías
- Esclerosis en placas

3. NEUROPATIAS

- Polineuropatías
- Neuralgia del Trigémino
- Parálisis facial periférica
- Lesiones de plexos, raíces nerviosas y nervios periféricos.

CEREBRO, CEREBELO Y TRONCO

Insuficiencia vascular

SINDROME VERTIGINOSO:

Sin signos objetivos: Examen clínico negativo, pruebas de exploración vestibular y registro electroencefalográfico intrascendente 0 %

Con signos objetivos: desequilibrio en la marcha, Romberg positivo, Nistagmus, etc. (será evaluado por Garganta, Nariz y Oído y Neurología)

1. Si es periférico: (se compensa en pocas semanas) 0 %

2. Si es central: en el contexto de la enfermedad de origen.

INSUFICIENCIA VERTEBRO BASILAR:

Sólo manifestaciones subjetivas: mareos o vértigos, con o sin artrosis cervical, sin signos objetivos de sufrimiento del tronco cerebral (ej.: Nistagmus, Veloplejías) 0 %

Con signos de sufrimiento del tronco cerebral, por ej.: piramidales, déficit de nervios craneanos, cerebelosos:

1. Leve: puede hacer vida prácticamente normal, autoabastecerse 5 - 10 %

2. Moderado: necesita control periódico, a veces compañía 10 - 40 %

3. Severo: debe estar acompañado y controlado permanentemente 40 - 70 %

INSUFICIENCIA CIRCULATORIA CEREBRAL O ENCEFALICA:

1. Con síntomas psicológicos o de carácter vago, sin signos neurológicos objetivos (signos deficitarios de foco o difusos) ni déficit intelectual 0 %

2. Con los mismos síntomas, con antecedentes fehacientes –historia clínica– y tratamiento pero con pruebas dinámicas indicando un déficit circulatorio (centellograma dinámico o angiografía radioisotópica, ecodoppler vascular, mapeo cerebral, u otro medio conducente) Leve: 5 - 10 %

3. Con signos neurológicos objetivos, por ej.: piramidalismo, palmomentoniano, déficit intelectual, parkinsonismo. De acuerdo a la persistencia de la afección, expresión semiológica focal extrapiramidal o psiquiátrica.

Moderado: necesita control periódico, a veces compañía 10 - 40 %

Severo: debe estar acompañado y controlado permanentemente 40 - 70 %

ACCIDENTES CEREBRO VASCULARES

1. Hemiparesia facio-braquio-crural reciente: se evaluará según secuelas anátomo-funcionales, luego del período clínico-neurológico de estabilización (un año).

2. Antecedentes fehacientes –historia clínica– y tratamiento de Hemiparesia/plejía facio-braquiocrural (TIA), sin secuela, con TAC+

Leve: hace vida prácticamente normal 0 - 10 %

3. Antecedentes fehacientes –historia clínica– y tratamiento de Hemiparesia/plejía facio-braquiocrural (TIA), con síntomas menores (mareos) y TAC+

Leve: hace vida casi normal 5 - 10 %

4. TAC+, sin antecedente de ACV, sin secuela: No corresponde valorar. (Correspondería el estudio de la imagen por médico tratante).

5. Hemiparesia/plejía facio-braquio-crural: En base a: rango de conservación de la deambulacion, fuerza muscular, independencia para el autocuidado y actividades cotidianas, capacidad para efectuar tareas redituables (por adaptación)

Con secuela leve: 15 - 25 %

Con secuela moderada: 25 - 40 %

Con secuela severa: 40 - 70 %

Traumáticas

TRAUMATISMO CRANEO ENCEFALICO:

1. Síndrome Subjetivo, por ej.: cefalea, mareos, trastornos amnésicos 0 %

Evaluar psiquismo

2. Con signos objetivos: según secuela, se remite al ítem correspondiente.

3. Epilepsia post-traumática: analizadas de acuerdo con lo normatizado en el apartado de Epilepsia.

4. Las secuelas psicológicas o psiquiátricas: evaluar psiquismo.

Alteraciones bioeléctricas

EPILEPSIA:

En las disritmias demostradas, se tendrá en cuenta la respuesta a la medicación (podrá ser útil el dosaje de drogas en sangre) y la evaluación del psiquismo. Si el compromiso es físico y psíquico, serán evaluados en forma conjunta, el que incida con mayor repercusión será el que defina el porcentaje de incapacidad.

De acuerdo con la evaluación clínica y electroencefalográfica, se distinguen:

1. Antecedentes, sin elementos electroencefalográficos paroxísticos ni sintomatología

clínica actual 0 %

2. Con electroencefalograma con signos de disfunción bioeléctrica, pero sin manifestaciones clínicas actuales, con historia clínica y tratamiento 5 - 10 %

3. Con electroencefalograma patológico y crisis debidamente constatadas 15 - 25 %

4. Epilepsia refractaria 70 %

5. Epilepsia centroencefálica de crisis periódicas 70 %

Se entiende por mal convulsivo el que ha tenido crisis convulsivas subintrantes que requirieron tratamiento con barbitúricos de acción corta y rápida e intubación endotraqueal con asistencia respiratoria hasta la extinción de la crisis.

Las ausencias y los equivalentes vegetativos son equiparables en su valoración a la metodología utilizada para epilepsia.

Las epilepsias de causa demostrable (traumáticas, malformaciones vasculares arteriovenosas, etc.) serán consideradas dentro del contexto de la enfermedad originaria y/o su expresión clínica.

Ej.:

Epilepsia focal post-traumática, compensada con tratamiento, E.E.G. patológico, sin manifestación clínica actual, pero con crisis debidamente constatadas 15 %

Epilepsia post-traumática, con mal convulsivo 70 %

Epilepsia post-resección de tumor maligno de cerebro (glioma estadio III), con tratamiento anticonvulsionante, sin manifestación clínica actual 70 %

Para la evaluación del mal comicial se considerarán la Historia Clínica aportada, electroencefalogramas previos, mapeo cerebral, el cumplimiento del tratamiento instituido (tipo de medicación, respuesta al mismo y tiempo de aplicación).

NARCOLEPSIA

Estudiada mediante polisomnografía y electrooculograma. Son característicos de ella períodos

REM en el comienzo del sueño. Deberá ser calificada en el contexto de su etiopatogenia. Descartada la causa neurológica y/o medicamentosa, se evaluará por Psiquiatría.

Alteraciones degenerativas

DEGENERACION ESPINO-CEREBELOSA

Se evaluará de acuerdo al compromiso orgánico-funcional

1. Leve: puede hacer vida prácticamente normal, autoabastecerse 10 - 20 %
2. Moderado: necesita ayuda, control, a veces compañía 20 - 40 %
3. Severo: necesita ayuda y compañía permanentemente 40 - 70 %

SINDROME EXTRAPIRAMIDAL

Extrapyramidalismo, Síndrome o Enfermedad de Parkinson.

ESCALA DE WEBSTER

Bradiquinesia de la mano

0: Sin síntoma.

1: Ligera disminución de la velocidad de supinación-pronación. Ligera dificultad para emplear útiles de trabajo, abotonarse la ropa de trabajo y escribir.

2: Moderada disminución de los movimientos señalados.

3: Gran dificultad para escribir y abotonarse la ropa. Notoria dificultad para manipular utensilios.

Rigidez

0: Sin síntoma.

1: Ligera rigidez en cuello y hombros, constante en uno o en ambos brazos.

2: Moderada rigidez en cuello y hombros, constante con medicación.

3: Intensa en cuello y hombros, irreversible.

Postura

0: Normal

1: Cabeza inclinada hasta 12,5 cm. Rigidez de columna.

2: Comienzo de la flexión de brazos pero permanecen por debajo de la cadera. Cabeza inclinada hasta 15 cms.

3: Postura simiesca. La cabeza se inclina más de 15 cms. Los brazos se elevan por encima de la cadera. Comienza la flexión de las rodillas.

Miembros superiores

0: Normales.

1: Uno de los brazos muestra una marcada reducción del balanceo.

2: Cesa el balanceo de un brazo.

3: Ambos brazos carecen de balanceo.

Marcha

0: Pasos de 46 a 76 cms. Gira sin dificultad.

1: Pasos entre 30 y 46 cms. Se apoyan sonoramente los talones. El giro es lento y requiere varios pasos.

2: Pasos entre 15 y 30 cms.

3: Pasos menores de 7,5 cms. Camina sobre la punta de los dedos del pie. La marcha es vacilante. El giro es muy lento.

Expresión facial

0: Normal y animada. No hay fijeza en la mirada.

1: Ligera movilidad. La boca permanece cerrada. Primeros signos de angustia y depresión.

2: Moderada inmovilidad. La emoción se evidencia a un umbral elevado.

3: Rostro "congelado". La boca está abierta 0,6 cms o más. Sialorrea.

Temblor

0: No detectable.

1: Temblor con oscilaciones menores de 2,5 cms. en extremidades, cabeza o manos al intentar tocar la nariz con un dedo.

2: Oscilaciones hasta 10 cms. Temblor intenso pero inconstante. Hay control sobre las manos.

3: Temblor mayor a 10 cms. constante e intenso. No se puede escribir ni comer por sí mismo.

Seborrea

0: No se observa.

1: Aumento de la transpiración, pero la secreción es fluida.

2: Piel visiblemente aceitosa. Secreción espesa.

3: Seborrea evidente con secreción espesa en rostro y cabeza.

Lenguaje

0: Claro y comprensible.

1: Afónico, con disminución de la modulación y resonancia; volumen de la voz disminuido. Se entiende con dificultad.

2: Dislalia, hesitación y tartamudeo. Difícil de entender.

3: Afonía y disfonía marcadas. Gran dificultad para entender y escuchar.

Autonomía

0: Normal.

1: Ciertas dificultades para vestirse.

2: Requiere ayuda para darse vuelta en la cama y levantarse de la silla. Realiza la mayoría de las actividades pero tomándose mucho tiempo.

3. Invalidez permanente. Incapacidad para vestirse, comer o caminar solo.

Escala de Webster para la evaluación de enfermedad o síndrome de Parkinson

NOMBRE DEL PACIENTE	CONSULTA	1	2	3	4	5	6
SEXO	FECHA						
EDAD	MEDICACION						

FECHA DE EVALUACION CLINICA							
BRADIQUINESIA							
RIGIDEZ							
POSTURA							
BALANCEO DE MIEMBROS SUPERIORES							
MARCHA							
EXPRESION FACIAL							
TEMBLOR							
SEBORREA							
LENGUAJE							
AUTONOMIA							
TOTAL							

Se tendrá en cuenta los efectos secundarios a la medicación que estuviere tomando (disonías matinales, disquinesias, dolores, desorientación, síntomas ortostáticos, etc.).

0: NORMAL

DE 1 a 10 PUNTOS: ESTADIO LEVE

DE 11 A 20 PUNTOS: ESTADIO MEDIO (MODERADO)

DE 21 A 30 PUNTOS: ESTADIO GRAVE (SEVERO)

COMENTARIOS

a) Síndrome de Parkinson leve:

(con tratamiento) Puntaje 1 a 10 Escala de Webster 0 - 10 %

b) Síndrome de Parkinson moderado:

(con tratamiento) Puntaje 11 a 20 Escala de Webster 10 - 40 %

c) Síndrome de Parkinson manifiesto:

(con tratamiento) Puntaje 21 a 30 Escala de Webster 40 - 70 %

ESCLEROSIS EN PLACAS

Evaluar edad, planteo terapéutico (de pronóstico incierto), los períodos de “acalmia” y las “pousse”. Aportará Historia Clínica y estudios complementarios. Se evaluará el compromiso oftálmico y psíquico.

1. Sin secuelas al momento del examen: 0 - 30 %

con Historia Clínica y estudios complementarios positivos

2. Con secuelas:

a) Leves 30 - 40 %

b) Moderadas 40 - 50 %

c) Severas 50 - 70 %

3. Con signo/sintomatología florida: 70 %

COREAS

1. Corea de origen reumático (Sydenham): no se evalúa por ser aguda y reversible.

2. Corea de Huntington: acorde al compromiso funcional y estado psíquico:

a) Leve 30 - 40 %

b) Moderada 40 - 50 %

c) Severa 50 - 70 %

d) Con sintomatología florida 70 %

HEMIBALISMO

Acorde al compromiso funcional: Hasta 70 %

ATETOSIS

Acorde al compromiso funcional: Hasta 70 %

DISTONIAS

Acorde al compromiso funcional:

a) Leve 0 - 10 %

b) Moderada 10 - 40 %

c) Severa 40 - 70 %

Tumores

1. Neoformaciones de estirpe histológica benigna:

Ejemplos: Meningioma

Acorde a secuelas.

2. Neoformaciones de estirpe histológica maligna:

Gliomas de la serie astrocítica:

Grado I y II: Acorde a manifestación neurológica.

(baja malignidad y posible respuesta al tratamiento oncológico)

Grado III y IV: 70 %

Gliomas de la serie neuroblástica: 70 %

Gliomas de la serie microblástica: 70 %

3. Malignos secundarios: 70 %

4. Los tumores selares se deberán considerar de acuerdo a su estirpe y secuela oftálmica y/o endocrina.

SECUELA DE CIRUGIA CRANEO-ENCEFALICA

Se evaluará de acuerdo al compromiso orgánico y a la repercusión funcional psicofísica (ej.: Epilepsia, Hemiplejias, síndrome psico-orgánico), ya evaluadas.

Secuelas funcionales

AFASIAS

Defecto de la función comunicativa del lenguaje.

Valorable a través de ciertas características: longitud de las oraciones, agilidad articulatoria, línea melódica (disprosodia o aprosodia), formas gramaticales utilizadas, parafasias (transposición y/o sustitución de fonemas, palabras, números, tiempos verbales, pronombres), conductas de

aproximación en la búsqueda de los términos adecuados, dificultad para nombrar objetos, categorías, cualidades, evaluación de la repetición de frases (test objetivo para valorar conducción), comprensión de lo hablado y/o escrito, anosognosia electiva (desconocimiento o inconsciencia de déficit de lenguaje: algo en su habla es erróneo y no se da cuenta).

Sus rangos van desde la ausencia de habla y comprensión, pasando por diferentes grados de dificultad en la comprensión y comunicación verbal —lo simbólico (significado y significante), semántico, sintáctico— hasta cierta pérdida en la fluidez del habla.

Diferenciar de disartrias, anartrias, de trastornos de la comprensión por hipoacusias u oligofrenias, de alteraciones de la expresión por histerias, como del mutismo por simulación. De allí que frecuentemente sea necesaria la evaluación fonoaudiológica y psiquiátrica.

Afasia de expresión, con conservación del lenguaje interior 30 - 40 %

Afasia de expresión, sin conservación del lenguaje interior 70 %

Afasia de comprensión 70 %

Afasia mixta 70 %

VALVULAS

Valvulodependiente sin complicaciones 0 %

Con complicaciones: acorde al compromiso funcional neurológico.

SINDROME TALAMICO 70 %

PARALISIS CEREBRAL

Se evaluarán a partir de las secuelas: orgánicas neurológicas y psíquicas.

MEDULARES

PATOLOGIA VERTEBRO MEDULAR:

Síndrome parapléjico:

a) dependientes 70 %

b) independientes 40 - 70 %

Síndrome paraparéjico:

En base al rango de conservación de la deambulación, control de esfínteres, fuerza muscular, independencia para el autocuidado y actividades cotidianas y capacidad de efectuar tareas redituables (por adaptación).

a) Grado Leve: 10 - 30 %

b) Grado Moderado: 30 - 50 %

c) Grado Severo: 50 - 70 %

Cuadriparesias/plejías: 70 %

AMIOTROFIAS Y MIOPATIAS:

Distrofias musculares, por ej.: Duchenne, Steinert.

En base al rango de conservación de la deambulación, fuerza muscular, independencia para el autocuidado y actividades cotidianas y capacidad de efectuar tareas redituables (por adaptación).

a) Grado Leve: 10 - 30 %

b) Grado Moderado: 30 - 50 %

c) Grado Severo: 50 - 70 %

Esclerosis lateral amiotrófica:

- a) Grado Leve: 10 - 30 %
- b) Grado Moderado: 30 - 50 %
- c) Grado Severo: 50 - 70 %

Poliomielitis anterior crónica:

Deberá ser evaluada por traumatología por la incidencia de las patologías ortopédicas secundarias.

Amiotrofia de Charcot-Marie:

En base al rango de conservación de la deambulación, fuerza muscular, independencia para el autocuidado y actividades cotidianas y capacidad de efectuar tareas redituables (por adaptación).

- a) Grado Leve: 10 - 30 %
- b) Grado Moderado: 30 - 50 %
- c) Grado Severo: 50 - 70 %

Miastenia Gravis:

- a) Con respuesta total al tratamiento y asintomático: 10 %
- b) Con respuesta parcial al tratamiento y síntomas leves: 10 - 40 %
- c) Con respuesta parcial al tratamiento y síntomas moderados: 40 - 60 %
- d) Con trastornos respiratorios y/o deglutorios: 70 %

DEGENERACION ESPINO CEREBELOSA:

Ya evaluada.

ESCLEROSIS EN PLACAS

Ya evaluada.

NEUROPATIAS

POLINEUROPATIAS:

1. Guillain-Barré agudo:

Se evaluarán secuelas fuera de la "pousse".

2. Guillain-Barré con forma crónica o a recaídas:

Con signos de denervación actual 70%

Sin signos de denervación actual, según secuelas:

- a) Leve 5 - 10%
- b) Moderada 10 - 40%
- c) Severa 40 - 70%

3. Neuropatías tóxicas o metabólicas:

De acuerdo con la noxa.

- a) Leve 5 - 10%
- b) Moderada 10 - 40%

c) Severa 40 - 70%

NEURALGIA DEL TRIGEMINO:

1. Esencial o Primaria:

a) Neuralgia típica, controlable 0 - 15%

b) Neuralgia típica, parcialmente controlable o recurrente 15 - 30%

c) Neuralgia típica, incontrolable 30 - 50%

Se completará con evaluación psíquica.

2. Secundaria: Según la causa determinante (tumor ponto-cerebeloso, aneurisma o malformación arterio-venosa, tumor óseo en la fosita de Gasser, etc.).

PARALISIS FACIAL PERIFERICA:

1. Unilateral 0 - 10%

2. Hemiespasma facial frecuentemente secundario a parálisis periférica: 30 - 40%

3. En casos severos: Hasta 70%

COMPROMISO NERVIOSO PERIFERICO

Ya se ha mencionado que a la limitación específica de la movilidad articular, expresada en grados de incapacidad por tablas, se le sumará (por CR o R) la producida por la pérdida de fuerza muscular comprobada.

En el caso de lesiones exclusivamente radicales o de nervios periféricos, sin limitación de la movilidad pasiva articular se procederá según el presente capítulo.

Elementos de diagnóstico

Anamnesis

Examen físico

Evaluación psicológica

Diagnóstico por imágenes

Electrofisiológicos: electromiograma, velocidad de conducción, potenciales evocados.

En el examen físico se pondrá particular énfasis en la comparación del trofismo del miembro afectado con respecto al sano.

Lo mismo se hará en la evaluación de la fuerza muscular:

Tabla de movilidad

Alteración funcional por pérdida de fuerza

Limitación funcional

Grado 1	Movilidad conservada contra resistencia fuerte	0%
Grado 2	Movilidad conservada contra resistencia moderada	20%
Grado 3	Movilidad conservada contra resistencia leve	40%
Grado 4	Movilidad conservada contra resistencia mínima	60%
Grado 5	Trazas de movilidad a inmovilidad	80 y 100% respectivamente

La sensibilidad, de difícil objetivación, se calificará de acuerdo a:

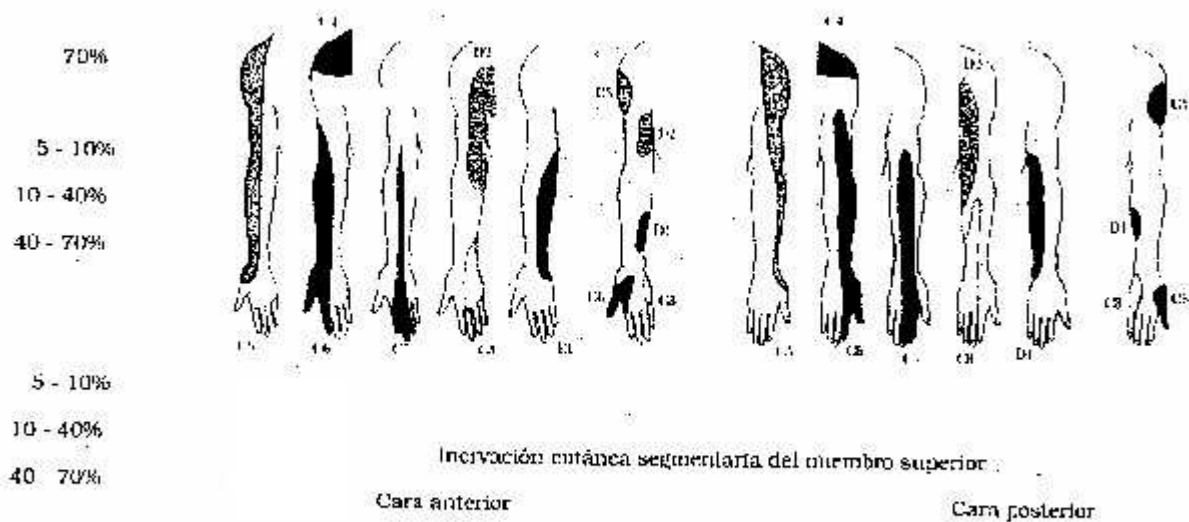
Alteración funcional

1. Sensibilidad conservada	0%
2. Pérdida de sensibilidad a estímulos leves	25%
3. Pérdida de sensibilidad a estímulos moderados	50%
4. Pérdida de sensibilidad a estímulos intensos	75%
5. Pérdida total de sensibilidad	100%

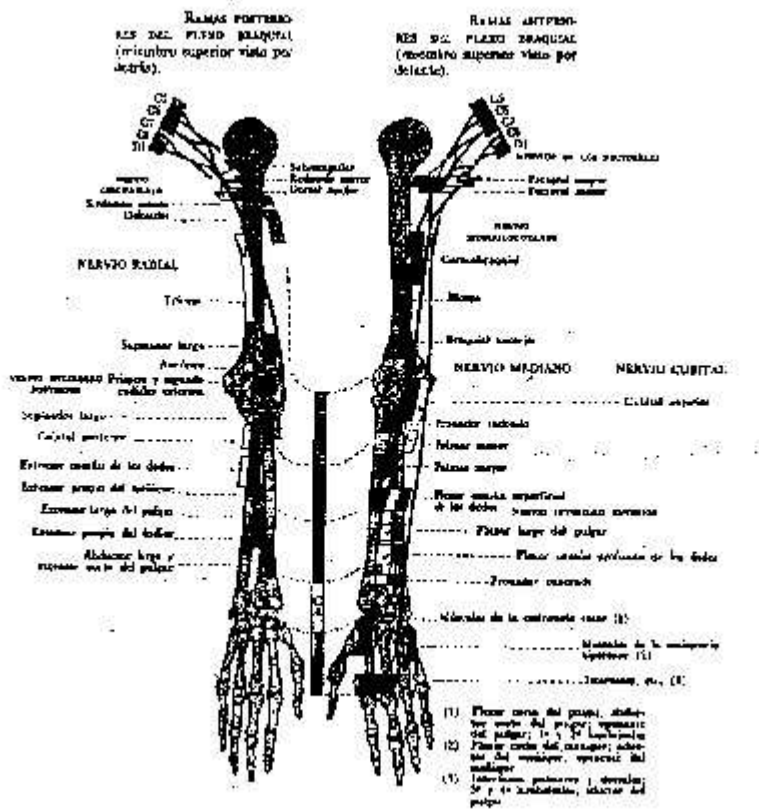
Existiendo nervios sensitivos, motores y mixtos las tablas de este capítulo grafican a los fines informativos, el mínimo y máximo compromiso atribuible a una alteración sensitiva o motora (segunda y tercera columna). En una cuarta columna se expresan el mínimo y máximo del compromiso por ambas alteraciones (obtenidos por suma por capacidad residual o restante entre ambas alteraciones), que fueron referidos al valor del miembro (figurando como incapacidad final).

Por ejemplo:

	Alteración Sensibilidad	Alteración motora	Limitación funcional de la extremidad (por alteración de ambas)	Incapacidad
Raíz C5	0 - 5%	0 - 30%	0 - 34%	0 - 22%

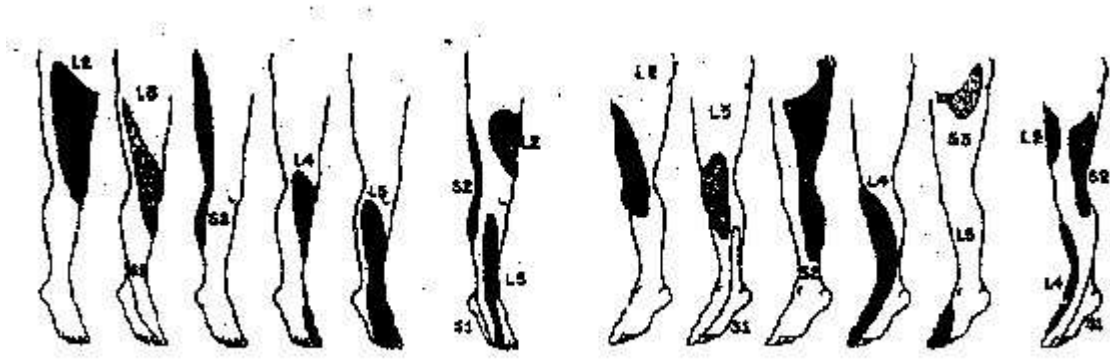


En ambos grupos de figuras, anteriores y posteriores, las cinco primeras muestran el territorio global que suele corresponder a cada segmento. La sexta figura de cada grupo indica el área de anestesia completa cuando hay lesión aislada de los segmentos cervicales quinto, sexto u octavo o del primer dorsal.



Cada músculo y su inervación raquídea segmentaria se representan por bloques.

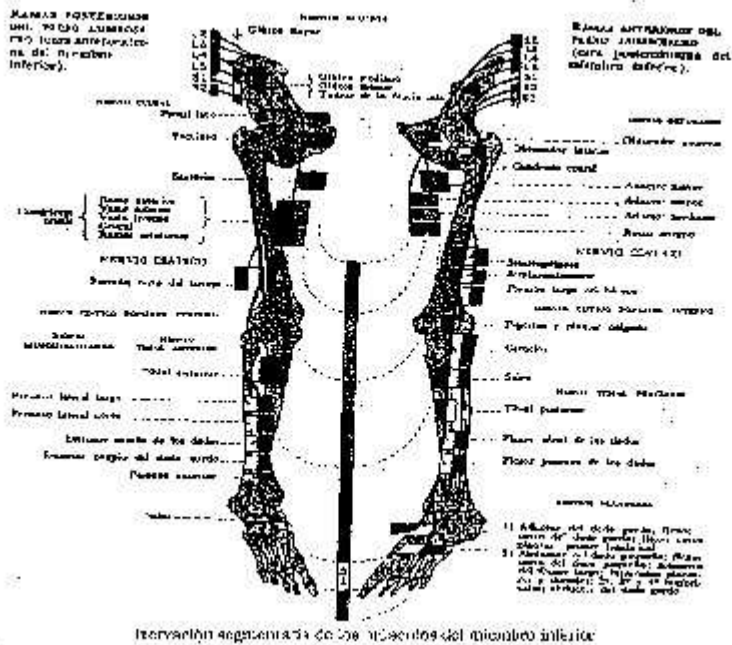
El nombre de los músculos está al lado de los bloques, y se han agrupado según sus nervios periféricos.



Inervación segmentaria de la piel del miembro inferior

Vista anteroexterna Vista posteroexterna

En ambos conjuntos de figuras, las cinco primeras corresponden al territorio global que suele ser inervado por cada segmento. En la sexta figura de cada grupo se representa el área de anestesia completa cuando en la lesión participan exclusivamente los segmentos lumbares, segundo, cuarto o quinto a los sacros primero o segundo.



Cada músculo y su inervación segmentaria raquídea se representan por bloques.

Los nombres de los músculos están al lado de los bloques, agrupados según sus nervios periféricos.

ALTERACIONES DE LOS PLEXOS

Plexo Braquial.

Está constituido por los haces de C5-C6-C7-C8 y T1.

Incapacidad final unilateral, por lesión total 66%

Plexo lumbosacro.

Está constituido por haces lumbares y sacros. Involucra el funcionamiento de algunas vísceras y órganos sexuales.

Incapacidad final unilateral, por lesión total 60%

RAICES DE NERVIOS ESPINALES

INCAPACIDAD UNILATERAL POR RAIZ DE NERVIOS ESPINALES

Las lesiones parciales de los plexos se evaluarán de acuerdo a las raíces nerviosas afectadas, por examen clínico y estudios complementarios, especialmente electromiograma.

Por ejemplo:

1. Afectación C5 C6 total (movilidad y sensibilidad alterada en un 100% para los segmentos inervados por esos nervios) = 26%+22% del 74% restante = 26%+16,28% = 42,28%

2. Afectación parcial C5 C6, sin alteración sensitiva con movilidad conservada contra resistencia moderada = Alteración motora funcional del 20%. Transportado a la tabla de compromiso de raíces es igual a: 20% del 20% (total componente motor C5) = 4%

20% del 23% (total componente motor C6) = 4,6%

Incapacidad final = 4,6%+4% del 95,4% restante = 4,6%+3,81% = 8,41%

La suma de incapacidades en un mismo sector no puede sobrepasar la total del miembro afectado.

La incapacidad final por compromiso radicular de dos o más sectores (ej.: cervical y lumbar o cerv. izq., cerv. der. y lumbar) o bilateral (ej.: cerv. izq. y der.) se obtiene sumando por capacidad residual o restante las incapacidades parciales.

Raíz	Alteración sensitiva	Incapacidad final	Alteración motora	Incapacidad final	Lim. Fun. de la extremidad	Incapacidad final
C-5	0 - 5%	0 - 3%	0 - 30%	0 - 20%	0 - 34%	0 - 22%
C-6	0 - 8%	0 - 5%	0 - 35%	0 - 23%	0 - 40%	0 - 26%
C-7	0 - 5%	0 - 3%	0 - 35%	0 - 23%	0 - 38%	0 - 25%
C-8	0 - 5%	0 - 3%	0 - 45%	0 - 30%	0 - 48%	0 - 32%
T-1	0 - 5%	0 - 3%	0 - 20%	0 - 13%	0 - 24%	0 - 16%
L-3	0 - 5%	0 - 3%	0 - 20%	0 - 12%	0 - 24%	0 - 14%
L-4	0 - 5%	0 - 3%	0 - 34%	0 - 20%	0 - 37%	0 - 22%
L-5	0 - 5%	0 - 3%	0 - 37%	0 - 22%	0 - 40%	0 - 24%
S-1	0 - 5%	0 - 3%	0 - 20%	0 - 12%	0 - 24%	0 - 14%

INCAPACIDAD UNILATERAL DEL NERVIOS ESPINAL QUE AFECTA A LA CABEZA Y AL CUELLO

Nervio	Alteración sensitiva	Alteración motora	Incapacidad final
Occipital mayor (C2)	0-5%	0%	0-5%
Occipital menor (C3)	0-3%	0%	0-3%
Auticular (C2C3)	0-3%	0%	0-3%
Accesorio espinal (C3C4)	0%	0-10%	0-10%

INCAPACIDAD UNILATERAL DEL NERVIOS ESPINAL DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR

NERVIO	Alteración sensitiva	Incapac. sensitiva	Alteración motora	Incapac. motora	Lim. Func. mixta	Incapac. final mixta
Pectoral mayor (C 5 C 6 C 7)	0%	0%	0-5%	0-3%	0-5%	0-3%
Pectoral menor (C 8 T 1)	0%	0%	0-5%	0-3%	0-5%	0-3%
Circunflejo (C 5 C 6)	0-5%	0-3%	0-35%	0-23%	0-38%	0-25%
Romboides (C 5)	0%	0%	0-5%	0-3%	0-5%	0-3%
Serrato mayor (C 5 C 6 C 7)	0%	0%	0-15%	0-10%	0-15%	0-10%
Braquial cutáneo interno (C 8 T 1)	0-5%	0-3%	0%	0%	0-5%	0-3%
Accesorio del cutáneo braquial interno (C 8 T 1)	0-5%	0-3%	0%	0%	0-5%	0-3%
Mediano (C 5(?)C 6 C 7 C 8 T 1)	0-40%	0-26%	0-55%	0-36%	0-73%	0-48%
(encima de la mitad del antebrazo)						
Mediano (debajo de la mitad del antebrazo)	0-40%	0-26%	0-35%	0-23%	0-61%	0-40%
1ª Colateral palmar (radial del pulgar)	0-4%	0-3%	0%	0%	0-4%	0-3%
2ª Colateral palmar (cubital del pulgar)	0-8%	0-5%	0%	0%	0-8%	0-5%
3ª Colateral palmar (radial del índice)	0-8%	0-5%	0%	0%	0-8%	0-5%
4ª Colateral palmar (cubital del índice y radial del medio)	0-3%	0-2%	0%	0%	0-3%	0-2%
5ª Colateral palmar (cubital del medio y radial del anular)	0-3%	0-2%	0%	0%	0-3%	0-2%
Musculocutáneo (C 5 C 6 C 7)	0-5%	0-3%	0-25%	0-17%	0-29%	0-19%
Radial (C 5 C 6 C 7 C 8 T 1) (parte superior del brazo con pérdida del triceps)	0-5%	0-3%	0-55%	0-36%	0-57%	0-38%
Radial (sin pérdida del triceps)	0-5%	0-3%	0-40%	0-26%	0-43%	0-28%
Subescapular superior e inferior (C 5 C 6)	0%	0%	0-5%	0-3%	0-5%	0-3%
Supraescapular (C 5 C 6)	0-5%	0-3%	0-15%	0-10%	0-19%	0-13%
Dorsal ancho (C 6 C 7 C 8)	0%	0%	0-10%	0-7%	0-10%	0-7%
Cubital (C 7 C 8 T 1) (encima de la mitad del antebrazo)	0-10%	0-7%	0-35%	0-23%	0-42%	0-28%
Cubital (debajo de la mitad del antebrazo)	0-10%	0-7%	0-25%	0-17%	0-33%	0-22%
1ª Colateral dorsal (cubital del meñique)	0-2%	0-1%	0%	0%	0-2%	0-1%
2ª Colateral dorsal (radial del meñique y cubital del anular)	0-2%	0-1%	0%	0%	0-2%	0-1%
3ª Colateral dorsal (radial del anular y cubital del medio)	0-2%	0-1%	0%	0%	0-2%	0-1%

Observaciones

Tratándose de lesiones que afecten la funcionalidad de la mano se evaluarán en base a lo estipulado en el Cap. Osteoarticular, en el ítem Mano; se agregará el compromiso sensitivo que existiere. En este caso a la alteración funcional de la mano se le adicionará el porcentaje de compromiso del componente sensitivo (segunda columna de la tabla), previamente referido a la extremidad.

Ejemplo:

Lesión cubital debajo del antebrazo: garra abolida, empuñadura abolida, pinza y aro conservadas = 8 puntos. Incapacidad funcional de la mano: 29,70%.

Componente Alteración sensitiva: 50% (Cubital: debajo antebrazo medio) obtenido de la segunda columna. $50\% \times 7\% / 100\%$ de incapacidad = 3,5%

Incap. final de la extremidad superior por lesión cubital: $29,70\% + 3,50\%$ del 66% = $29,70\% + 2,31\%$ = 32,01%

INCAPACIDAD DEL NERVIOS ESPINAL UNILATERAL QUE AFECTA A LA EXTREMIDAD INFERIOR

NERVIO	Alteración sensitiva	Incapac. sensitiva	Alteración motora	Incapac. motora	Lim. Func. mixta	Incap. final mixta
Crural (L2L3L4)	0-5%	0-3%	0-35%	0-21%	0-38%	0-23%
Crural (debajo del N. Ilíaco)	0-5%	0-3%	0-30%	0-18%	0-34%	0-20%
Génitocrural (L1L2)	0-5%	0-3%	0%	0%	0-5%	0-3%
Glúteo inferior (L5S1S2)	0%	0%	0-25%	0-15%	0-25%	0-15%
Femorocutáneo (L2L3)	0-10%	0-6%	0%	0%	0-10%	0-6%
del músculo obturador interno (L5S1S2)	0%	0%	0-10%	0-6%	0-10%	0-6%
del músculo piramidal de la pelvis (S1S2)	0%	0%	0-10%	0-6%	0-10%	0-6%
Obturador (L2L3L4)	0%	0%	0-10%	0-6%	0-10%	0-6%
Cutáneo posterior del muslo (S1S2S3)	0-5%	0-3%	0%	0%	0-5%	0-3%
Glúteo superior (L4L5S1)	0%	0%	0-20%	0-12%	0-20%	0-12%
Ciático (encima del hueso poplíteo) (L4L5S1S2S3)	0-25%	0-15%	0-75%	0-45%	0-81%	0-49%
Ciático poplíteo externo (L4L5S1S2, ramas posteriores)	0-5%	0-3%	0-35%	0-21%	0-38%	0-23%
Tibial anterior (encima de la mitad de la pierna)	0%	0%	0-25%	0-15%	0-25%	0-15%
Tibial anterior (debajo de la mitad de la pierna)	0%	0%	0-5%	0-3%	0-5%	0-3%
Músculo cutáneo	0-5%	0-3%	0-10%	0-6%	0-14%	0-8%
Ciático poplíteo interno (encima de la rodilla) (L4L5S1S2S3, ramas anteriores)	0-15%	0-9%	0-35%	0-21%	0-45%	0-27%
Tibial posterior (entre la rodilla y la mitad de la pierna)	0-15%	0-9%	0-25%	0-15%	0-33%	0-20%
Tibial posterior (debajo de la mitad de la pierna)	0-15%	0-9%	0-15%	0-9%	0-28%	0-17%
Plantar externo	0-5%	0-3%	0-5%	0-3%	0-10%	0-6%
Plantar interno	0-5%	0-3%	0-5%	0-3%	0-10%	0-6%
Safeno externo	0-5%	0-3%	0%	0%	0-5%	0-3%

La incapacidad final se obtiene sumando las incapacidades parciales por el método de capacidad residual o restante, a excepción de la mano.

CAPITULO OJOS

La valoración de la función visual se hará en base a la agudeza visual corregida con lentes, el campo visual y la motilidad ocular.

La suma de las incapacidades parciales en un ojo no podrá exceder el valor correspondiente a la pérdida del mismo (enucleación).

Elementos de diagnóstico

Anamnesis

Examen físico: Oftalmológico: Medios transparentes, Biomicroscopía, Tonometría Agudeza visual, Campo visual, Movilidad ocular, Fondo de Ojo Neurológico (eventualmente)

Laboratorio: Glucemia

Diagnóstico por imágenes: Rx, Retinofluoresceinografía, Eco, TAC, RNM.

Electrofisiológicos: Potenciales evocados, Electroretinografía, Electrooculografía.

AGUDEZA VISUAL

Utilización básica de la tabla de J. Sená aprobada por el Consejo Argentino de Oftalmología y recomendada para su aplicación a todos los oculistas del país, previa corrección, con lentes, del

vicio de refracción que pudiera existir. Siendo ésta de aplicación en las pericias laborales, se adecua a los fines previsionales, con aproximación a números enteros, de la siguiente manera:

1. Visión corregida de 7/10 hasta 10/10 en cada ojo, en cualquiera de sus combinaciones se multiplica por el coeficiente 0 (cero) = sin incapacidad.
2. Visión corregida entre 6/10 y 4/10 en cada ojo, en cualquiera de sus combinaciones, y cualquier valor obtenido por entrecruzamiento de variables posibles que caigan en ese sector, se multiplica por el coeficiente 0,70 = porcentaje de incapacidad, a excepción de las combinaciones 5/10 con 4/10 y 4/10 con 4/10 que se adecuan acorde al punto siguiente.
3. Visión corregida entre 3/10 y -1/10 en cada ojo, en cualquiera de sus combinaciones, y cualquier valor obtenido por entrecruzamiento de variables posibles que caigan en ese sector, se multiplica por el coeficiente 0,90 = porcentaje de incapacidad.

En la Tabla siguiente se grafican los valores correspondientes a la Tabla de Sená original y en negrita los adecuados a los fines previsionales, aproximados en números enteros. Dado que el umbral para acceder a los beneficios de la Ley 24.241 es el 66% de incapacidad, los productos que superan el 70% se unificaron en ese valor (sombreado más oscuro de la Tabla).

AV: Agudeza visual E nuc. E nucleación E.S/P: E nucleación sin prótesis

AV	1	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1	-0,1	E nuc	E.S/P
1	0-0	1-0	2-0	4-0	6-4	9-6	13-9	18-16	24-22	32-29	42-38	45-41	50-45
0,9	1-0	2-0	3-0	5-0	8-6	11-8	15-11	20-18	26-23	34-32	43-39	47-42	52-47
0,8	2-0	3-0	5-0	7-0	10-7	13-9	18-13	23-21	29-26	37-33	45-41	50-45	54-49
0,7	4-0	5-0	7-0	9-0	13-9	16-11	21-15	26-23	32-29	40-36	50-45	55-50	58-52
0,6	6-4	8-6	10-7	13-9	16-11	20-14	25-18	30-27	36-32	44-40	55-50	60-54	62-56
0,5	9-6	11-8	13-9	16-11	20-14	24-17	29-26	34-31	41-37	49-44	60-54	65-59	67-60
0,4	13-9	15-11	18-13	21-15	25-18	29-26	33-30	39-35	47-42	56-50	70-63	70-63	73-66
0,3	18-16	20-18	23-21	26-23	30-27	34-31	39-35	45-41	54-49	65-59	80-70	80-70	80-70
0,2	24-22	26-23	29-26	32-29	36-32	41-37	47-42	54-49	64-58	75-68	90-70	90-70	90-70
0,1	32-29	34-31	37-33	40-36	44-40	49-44	56-50	65-59	75-68	85-70	100-70	100-70	100-70
-0,1	42-38	43-39	45-41	50-45	55-50	60-54	70-63	80-70	90-70	100-70	100-70	100-70	100-70
E nuc	45-41	47-42	50-45	55-50	60-54	65-59	70-63	80-70	90-70	100-70	100-70	100-70	100-70
E.S/P	50-45	52-47	54-49	58-52	62-56	67-60	73-66	80-70	90-70	100-70	100-70	100-70	100-70

A los fines de la orientación en la rehabilitación y capacitación, se destaca:

Profesiones de Optima Agudeza Visual: (10/10 y 10/10)

1. Sin corrección óptica y con sentido cromático normal. Ej.: ingreso al Colegio Militar, Escuela Naval, Escuela de Aviación Militar, Aeronavegantes.
2. Con corrección óptica y sentido cromático normal: Ej.: personal ferroviario afectado al tráfico; conductores de transportes de pasajeros (no más de 3 dioptrías negativas o 4 dioptrías positivas).

Profesiones de Buena Agudeza Visual: (10/10 y 5/10)

Ej.: bordadoras, ópticos, matriceros, relojeros, grabadores, ebanistas, tornero.

Profesiones de Agudeza Visual Aceptable: (7/10 y 3/10)

Ej.: modistas, costureras, electricistas, mecánicos.

Profesiones de Escasa Agudeza Visual: (4/10 y 2/10)

Ej.: jardineros, porteros, peones, operarios no especializados, lavanderas, planchadoras y servicio doméstico. Dentro de este Item puede incluirse a los ambliopes ligeros, capaces de lectura en negro.

Profesiones para Discapitados Visuales:

Incluye 3 categorías, a saber:

1. Ciegos.
 - a) Ciegos totales.
 - b) Ciegos prácticamente totales (visión luz).

2. Ciegos parciales

Visión bultos, con buenas posibilidades de desplazamiento pero con visión cercana muy dificultosa y sin utilidad práctica escolar o profesional.

3. Amblíopes profundos

Buen desplazamiento y posibilidad de lectura en negro (grandes titulares, esquemas, mapas). Necesita del Braile. Ej.: músicos, afinadores de piano, tareas manuales que puedan adquirirse por reeducación, ciertas profesiones liberales.

Consideraciones médicas respecto de la monocularidad

Definición:

Monocular es aquel que conserva la visión de un solo ojo con pérdida anatómica o de la capacidad visual total del otro.

Los autores internacionales, la estadística especializada y la experiencia médica en la materia consideran que la visión central prácticamente no se altera, el campo visual o visión periférica sólo pierde una sexta parte y la visión estereoscópica puede, al cabo de unos 6 a 12 meses, ser reemplazada en parte por la acción de algunas funciones monoculares (tamaño relativo de las imágenes, distribución de la luz y de las sombras, superposición de los distintos planos según las distancias, alteración de los contornos según el alejamiento, la acomodación, la paralaxia monocular o apreciación espacial de la profundidad).

La visión estereoscópica o apreciación espacial se pierde en forma temporaria. Nunca llega a recuperarse en forma total por la falta de convergencia y de fusión de imágenes. Como refieren autores nacionales (Damel), la visión estereoscópica monocular es una concepción de profundidad (realidad virtual) y la visión estereoscópica binocular una verdadera percepción de profundidad.

Dado que en la monocularidad adquirida luego de los 45 años la adaptación visual es más dificultosa, corresponde evaluar la incapacidad por tabla de Sená modificada a los fines previsionales, en base al valor visión -0.1 para el ojo ciego (por ejemplo, desprendimiento total de retina). Si la monocularidad se debe a enucleación o ptisis bulbi el valor base al que se refiere es "Enucleación".

Por ejemplo:

1. Desprendimiento de retina y/o atrofia de papila adquirida después de los 45 años y visión corregida del ojo útil de 0.7, según Tabla = 45%.
2. Enucleación de un ojo después de los 45 años y visión corregida del ojo útil de 0.7, según Tabla = 50%.

Si la monocularidad se produce antes de los 45 años, la adaptación suele completarse entre los 6 meses y un año, período en que se estima se trata de un monocular reeducable. Al año se considera monocular reeducado.

De existir agudeza visual corregida de 7/10, 8/10, 9/10 ó 10/10 en el ojo útil, se valorará una incapacidad del 10% para los no enucleados y del 12% para los enucleados o ptisis bulbi; en la misma está considerado el porcentaje atribuible a monocularidad y el campo visual perdido correspondiente.

De ser la agudeza visual corregida en el ojo útil de 6/10, 5/10 ó 4/10 se multiplicará el valor que figura en tabla de Sená por el coeficiente 0,70 en base al valor -0.1 en los no enucleados y en base a "Enucleación" en los enucleados o ptisis bulbi. La resultante es el porcentaje de incapacidad y en la misma está considerado el porcentaje atribuible a monocularidad y campo visual perdido correspondiente.

De ser la agudeza visual corregida en el ojo útil de 3/10 ó 2/10 ó 1/10 ó -1/10, se multiplicará el valor que figura en tabla por el coeficiente 1 en base al valor -0.1 en los enucleados y en base a "Enucleación" en los enucleados o ptisis bulbi. La resultante es el porcentaje de incapacidad y en la misma está considerado el porcentaje atribuible a monocularidad y campo visual perdido correspondiente.

EVALUACION DEL MONOCULAR (Monocularidad adquirida en edad inferior a los 45 años).

A.V.	Visión -0.1	Enucleación o ptisis bulbi
10/10	10,00%	12,00%
9/10	10,00%	12,00%
8/10	10,00%	12,00%
7/10	10,00%	12,00%
6/10	39,00%	42,00%
5/10	42,00%	46,00%
4/10	49,00%	49,00%
3/10	70,00%	70,00%
2/10	70,00%	70,00%
1/10	70,00%	70,00%
-1/10	70,00%	70,00%

EVALUACION DE CATARATAS, SEUDOFAQUIAS Y AFAQUIAS

Se entiende por pseudofaquia la exéresis del cristalino reemplazando éste por una lente intraocular.

Se denomina afaquia a la exéresis del cristalino sin ser reemplazado éste por lente intraocular.

Situaciones posibles:

1. Un ojo presenta una catarata con agudeza visual de -0.1/10 y el otro ojo presenta una agudeza visual óptima (10/10).

Este caso puede considerarse como un monocular otorgándose una incapacidad del 38,00% en individuos que la adquirieron luego de los 45 años y del 10% en menores de dicha edad o que hubieran alcanzado tal estado antes de la misma.

2. Un ojo presenta una catarata con visión muy restringida (2/10) y el otro ojo presenta una visión -1/10 = 70,00% de incapacidad.

3. Lesión de quemadura o traumatismo luego de 45 años, por los que pierde la visión total de un ojo y a los 50 años alcanza en el otro ojo una visión de 2/10 por catarata = 70,00% de incapacidad.

4. Enucleación de un ojo a los 35 años, desarrollando en el otro ojo catarata con agudeza visual de 2/10 a los 45 años (monocular enucleado con visión de 2/10) = 70% de incapacidad.

5. Afaquia monocular.

La agudeza visual tomada se divide por dos y el resultado se compara con la tabla de Sená modificada a los fines previsionales. Por ejemplo: ojo derecho operado de cataratas con agudeza visual corregida igual a 8/10, se tomará como valor para la tabla igual a 4/10; ojo izquierdo con agudeza visual corregida igual a 9/10, se tomarán 9/10 como valor de consulta en la tabla.

4/10 y 9/10 = 11,00% de incapacidad final.

6. Seudofaquia monocular.

Se considera la agudeza visual como los fáticos, es decir con la visión tomada se valorará por la tabla de Sená modificada a los fines previsionales.

Por ejemplo: Ojo derecho operado pseudofático con AV. 8/10

Ojo izquierdo AV. 9/10

8/10 y 9/10 = 0% de incapacidad final.

7. Afaquia bilateral.

Depende de la capacidad visual remanente, acorde a tabla de Sená modificada.

En todos los casos la consulta en la tabla se realizará dividiendo por dos la agudeza visual tomada (como en el punto 5.).

8. Seudofaquia bilateral.

La incapacidad laboral dependerá del remanente de la agudeza visual, con corrección de ser necesaria, tomada en ambos ojos considerando la tabla de Sená modificada.

CAMPO VISUAL

La valoración de la pérdida del campo visual debe realizarse una vez garantizada la mayor agudeza visual posible, con corrección si fuera necesaria.

El compromiso correspondiente al campo visual, siempre será referido a la pérdida de la visión binocular.

La amplitud del campo visual normal suele estar comprendida dentro de los siguientes límites:

Eje temporal superior 55°

Eje temporal 85°

Eje temporal inferior 85°

Eje inferior 65°

Eje nasal inferior 50°

Eje nasal 60°

Eje nasal superior 55°

Eje superior 45°

Total 500°

Excepto en tareas que requieren óptima función visual (pilotaje de avión, conducción de transporte de larga distancia, etc.), para los que se exige un campo visual de 500 grados conservados, los demás casos se estimarán en relación a un campo visual conservado de 320° (es decir 8 cuadrantes de 40°).

A los fines previsionales, por tanto, se usará esta última referencia, dejando el de 500 grados sólo para la evaluación de monculares con compromiso del campo visual del ojo útil y/o en el contexto de valoración laboral (preocupacionales, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales).

A los efectos de cuantificar los límites del mismo se utilizará el perímetro de cúpula de Goldmann o la campimetría computarizada. De existir dudas acerca de los resultados obtenidos o cuando se sospechen, por la anamnesis, escotomas o simulación, así como en oligofrénicos o niños, el campo visual computarizado asociado a potenciales evocados permiten una mejor evaluación.

Campo visual con cúpula de Goldmann:

El estímulo lumínico será el de tipo III-4e.

Se calculará en base a la isóptera 40°, excepto en el monocular con compromiso del campo visual del ojo útil, en el que se tomará la prueba hasta la isóptera de 60°.

Obtenido el gráfico de la campimetría, se suman los grados de los 8 meridianos y se divide por 320 (total de grados de campo visual normal para cada ojo), o 500 si se refiere a los casos especiales mencionados, obteniéndose el porcentaje del campo visual preservado.

Por ej.: $(8 \times 30^\circ) = 240^\circ$ de preservación del C.V.

$240 \div 320 = 0,75$ que expresa el 75% del campo visual preservado.

Por lo tanto, pérdida del campo visual de ese ojo = 25%.

El porcentaje de la pérdida del campo visual del ojo se multiplica por el índice 0,25, obteniéndose el deterioro atribuible a esa pérdida.

Por ej.: Utilizando el ejemplo anterior, el deterioro por la pérdida del 25% del campo visual periférico sería: $25\% \times 0,25 = 6,25\%$.

Para el cálculo del porcentaje de incapacidad por la pérdida correspondiente al campo visual binocular, se procede de la siguiente manera:

Se calcula el deterioro del campo visual para cada ojo (porcentaje de pérdida del CV x 0,25).

Luego se suman aritméticamente los deterioros del campo visual correspondientes a cada ojo y al resultado se lo multiplica por 1,5, obteniéndose así el grado de incapacidad por pérdida de campo visual binocular.

Incapacidad por pérdida CV = (% de deterioro CV de un ojo + % de deterioro CV del otro ojo) x 1,5

Por ej.: Si la pérdida de campo visual afectara a ambos ojos y fuera de la misma magnitud a la del ejemplo anterior para cada uno de ellos:

$(6,25\%+6,25\%) \times 1,5 = 18,75\%$ de Incapacidad final por pérdida de un 25% del campo visual de cada ojo.

En resumen, si la agudeza visual es adecuada y el campo visual está afectado, la incapacidad visual estará determinada por el cálculo de la pérdida del campo visual.

Si la agudeza visual está comprometida, al porcentaje de pérdida del campo visual, deberá agregársele el originado por la primera: la suma de ellos se efectúa por CRoR.

Por ej.: Porcentaje de pérdida del campo visual de cada ojo =25%.

Agudeza visual ojo derecho 0,8

Agudeza visual ojo izquierdo 0,6

Se remite a la tabla de Sená modificada a los fines previsionales = 7% por déficit de agudeza visual.

Incapacidad final visual: para su determinación se procede de acuerdo al cálculo de la capacidad restante:

Pérdida del campo visual bilateral =18,75%

Pérdida por agudeza visual: 7% (sobre el 81,25% restante) =5,68%

Incapacidad final total del aparato visual =24,43%

Campo visual computarizado

El estímulo lumínico será de 10 dB para el Instrumento Allergan-Humphrey (estático, size 3) y de 7 dB para el modelo Octopus (estático, size 3), blanco-III.

Se calculará en base a la isóptera 40° (x 8 meridianos = 320°), excepto en el monocular con compromiso del campo visual del ojo útil, en el que se valorará hasta la isóptera 60° (x 8 meridianos = aprox. 500°).

Dado que estos instrumentos valoran, en general la isóptera 30° ó 60°, se procederá de la siguiente manera:

Si el campo visual hasta 30° es normal, es aceptable suponer que el resto de éste se encuentre preservado, siempre y cuando la historia oftalmológica y el examen no sugieran lo contrario, en cuyo caso se deberá extender su evaluación hasta 60°. En los monoculares, con compromiso del campo visual del ojo útil, siempre se realizará hasta la isóptera 60°.

En caso de llegar la alteración del campo visual hasta los 30°, se deberá extender la evaluación hasta los 60°.

Se considerará la proporción de falsos positivos y falsos negativos. Se entiende por falso positivo una respuesta positiva sin emisión de estímulo lumínico. Falsos negativos son respuestas negativas ante estímulos lumínicos máximos, que anteriormente habían sido reconocidos a menor luminancia. Con ello se evalúa la atención del examinado y la posibilidad de simulación. En campos visuales muy alterados con poca sensibilidad restante, pueden existir falsos negativos. La cantidad de respuestas falsas se expresa como factor de confiabilidad en %. Un factor de confiabilidad superior al 10% sugiere la conveniencia de realización de un nuevo estudio. La cantidad de repeticiones, emisión de estímulos repetidos por pérdida de fijación o parpadeo, en un mismo examen, no debe superar la cifra de 10 a 15, indicando una cifra superior falta de concentración o no entendimiento de las consignas.

Obtenidos los gráficos computarizados, se tendrán en cuenta dos de ellos:

El de escala de grises, a los fines de una visualización general del compromiso del campo visual y el de números, a los fines de delimitar el campo visual preservado, respecto del perdido. Los números son valores en decibelios de la sensibilidad diferencial a la luz en los diferentes puntos testeados. Se demarcará el campo con una línea que separe los valores de 10 decibelios superiores de los valores inferiores a 10 por un punto equidistante. Todos los valores inferiores a 10 quedan incluidos en el área de pérdida del campo visual. Cabe señalar que se tomarán en cuenta las cifras no enmarcadas en paréntesis, de existir doble numeración. Posteriormente se efectuará el cálculo de la pérdida del campo visual igual al método utilizado con cúpula de Goldmann.

Fórmula de cálculo simplificada

Casos de cálculo a partir de los 320°.

La suma de los grados perdidos de ambos ojos se multiplica por el factor 0,1172, el resultado obtenido expresa directamente el porcentaje de incapacidad por alteración del campo visual.

Casos de cálculo a partir de los 500° (monocular y en el contexto laboral):

La suma de los grados perdidos de ambos ojos se multiplica por el factor 0,075, el resultado obtenido expresa directamente el porcentaje de incapacidad por alteración del campo visual.

En los casos de monocularidad los grados de campo visual afectados por la pérdida total de capacidad visual de un ojo ya están considerados en el porcentaje indicado en tablas, acorde a la agudeza visual del ojo útil, debiendo a los efectos de los cálculos (incluso si los mismos se realizan simplificados usando el factor) considerar únicamente la pérdida de este último.

Ejemplos:

1. Monocular (adquirido antes de los 45 años) adaptado, con campo visual y agudeza visual normal del ojo útil, el % adjudicado ya contempla ambas pérdidas =10%

2. Monocular (adquirido antes de los 45 años) adaptado, con campo visual conservado del ojo útil y agudeza visual 6/10:

Según Tabla de monocular (corregida para previsual) =39%

También en este caso está comprendida la pérdida del campo visual en el porcentaje por monocularidad.

3. Monocular (adquirido antes de los 45 años) con agudeza visual 10/10 y reducción del campo visual en un 25% del

ojo útil (calculado en base a 500°):

Aplicando la fórmula: (% de deterioro del campo visual de un ojo + % de deterioro del CV del otro) x 1,5 = % de incapacidad, y donde en el monocular adaptado ya está comprendida la pérdida del campo visual del ojo ciego: $(0+6,25%) \times 1,5 = 9,37\%$.

(Aplicando fórmula simplificada: 125° perdidos en el ojo útil x 0,075 = 9,37%)

Monocular AV 10/10 (ojo útil) =10%

Pérdida del campo visual del ojo útil 9,37% (del 90 % restante) =8,43%

Incapacidad final =18,43%

4. Monocular (adquirido antes de los 45 años) con agudeza visual 6/10 y reducción del 25% del campo visual del ojo útil: (calculado en base a 500°):

Pérdida del campo visual = $(0+6,25%) \times 1,5 = 9,37\%$

(Aplicando fórmula simplificada: 125° perdidos en el ojo útil x 0,075 = 9,37%)

Monocular con AV 6/10 (donde ya está contemplada la pérdida del campo

visual por monocularidad) =39%

Monocular AV 6/10 (ojo útil) =39%

Campo visual 9,37% (del 61% restante) =5,71%

Incapacidad final =44,71%

5. Monocular (adquirido luego de los 45 años) con AV y CV preservados en el ojo útil:

Incapacidad final (según Tabla de Sená modificada) =38%

6. Monocular (adquirido luego de los 45 años) con AV 6/10 y CV preservado en el ojo útil:

Incapacidad final (según Tabla de Sená modificada) =50%

7. Monocular (adquirido luego de los 45 años) con AV 10/10 y reducción del CV del 25% en el ojo útil (donde ya está contemplada la pérdida del campo visual del ojo ciego en el % de pérdida de visión de ese ojo):

Monocular con AV 10/10 del otro ojo =38%

(Aplicando fórmula simplificada: 125° perdidos en el ojo útil $\times 0,075 = 9,37\%$)

Pérdida del CV = $(0 + 6,25\%) \times 1,5 = 9,37\%$ (del 62% restante) =5,80%

Incapacidad final =43,80%

8. Monocular (adquirido luego de los 45 años) con AV 6/10 y reducción del 25% del CV del ojo útil (donde ya está contemplada la pérdida del campo visual del ojo ciego en el % de pérdida de visión de ese ojo):

Agudeza visual =50%

(Aplicando fórmula simplificada: 125° perdidos en el ojo útil $\times 0,075 = 9,37\%$)

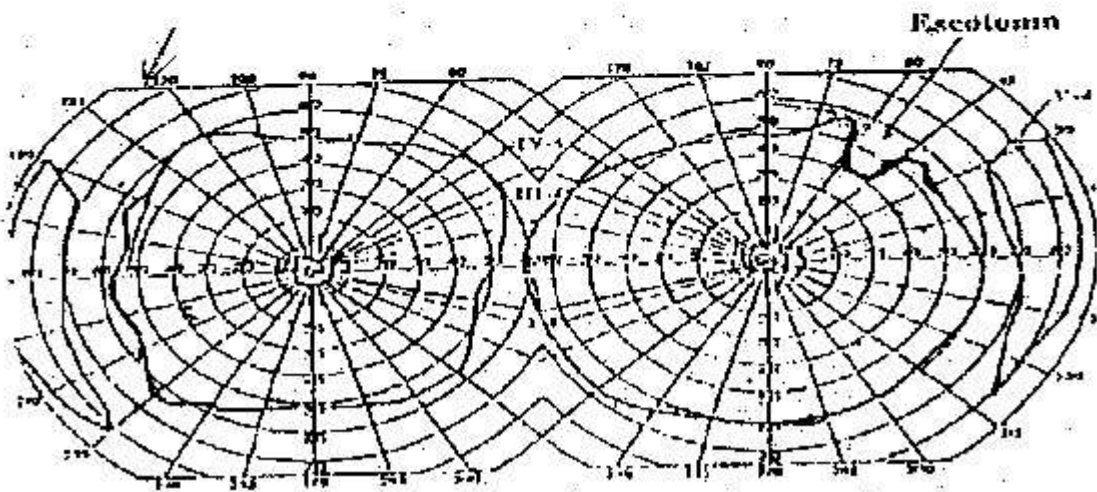
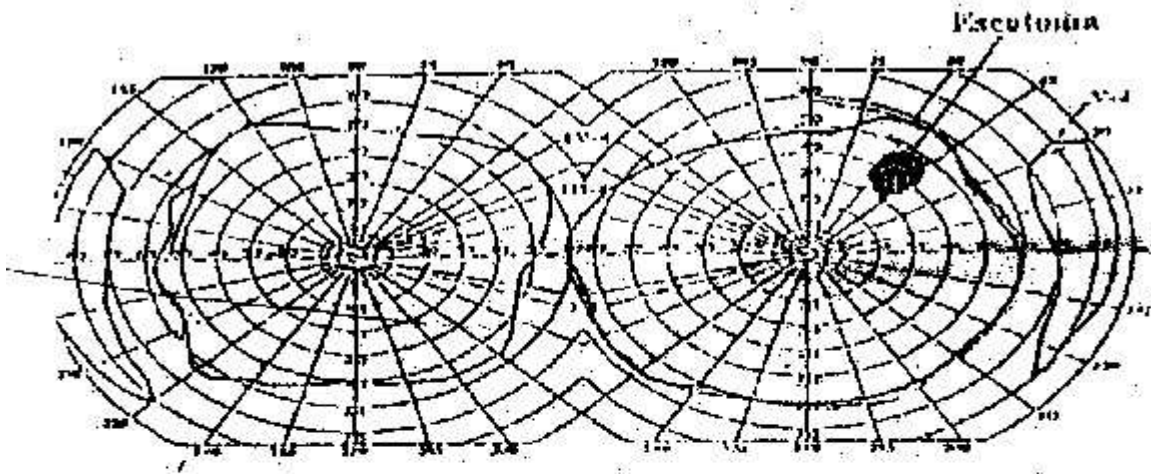
Pérdida de CV = $(0 + 6,25) \times 1,5 = 9,37\%$ (del 50% restante) =4,68%

Incapacidad final =54,68%.

Escotomas:

El compromiso del campo visual por escotomas se evalúa restando la superficie que el mismo ocupa al valor del campo visual periférico en los mismos meridianos.

Lo mismo se hará en caso de estar aumentada el área habitual de la mancha ciega. Los escotomas centrales ya están comprendidos en la disminución de la agudeza visual, por lo cual no se contabilizan. Los escotomas compensados por el campo visual del otro ojo tampoco se tendrán en cuenta en el porcentaje de incapacidad.



HEMIANOPSIAS

Las hemianopsias se nombran de acuerdo a la pérdida del área evidenciada en el gráfico de campimetría. Es decir, cuando se habla de nasal o temporal se refiere a la ubicación graficada.

Homónimo se refiere a lesión de un mismo lado, derecho o izquierdo.

Heterónimo se refiere a lesión en dos lados, derecho e izquierdo.

Hemianopsia homónima derecha (no se ven los hemicampos derechos, por ej. lesión de cintilla óptica izquierda) 40%

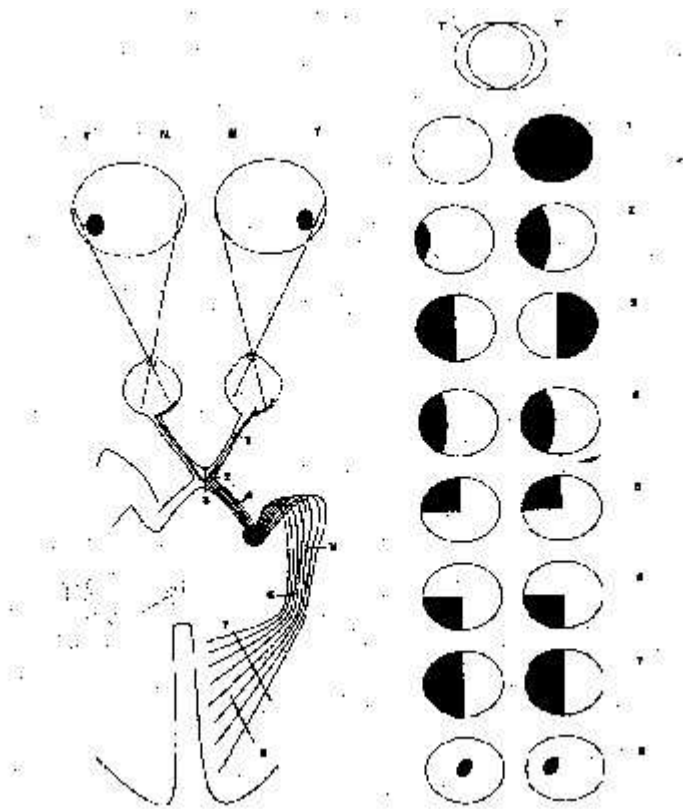
Hemianopsia homónima izquierda (no se ven los hemicampos izquierdos, por ej. lesión de cintilla óptica derecha) 40%

Heterónima bitemporal (no se ven los hemicampos externos, por ej. lesión en el quiasma óptico) 40%

Heterónima binasal (no se ven los hemicampos internos, por ej. lesiones que involucran ambos lados externos del quiasma) 70%

Hemianopsia horizontal o altitudinal superior 30%

Hemianopsia horizontal o altitudinal inferior 60%



CUADRANTOPSIAS

Las cuadrantopsias se nombran de acuerdo a la pérdida del área evidenciada en el gráfico de campimetría. Es decir, cuando se habla de nasal o temporal se refiere a la ubicación graficada.

Homónimo se refiere a lesión de un mismo lado, derecho o izquierdo.

Heterónimo se refiere a lesión en dos lados, derecho e izquierdo.

Cuadrantopsia superior temporal unilateral 10%

Cuadrantopsia superior nasal unilateral 5%

Cuadrantopsia inferior temporal unilateral 15%

Cuadrantopsia inferior nasal unilateral 8%

Cuadrantopsia superior bilateral homónima derecha o izquierda 20%

Cuadrantopsia superior bilateral bitemporal 25%

Cuadrantopsia superior bilateral binasal 20%

Cuadrantopsia inferior bilateral homónima derecha o izquierda 30%

Cuadrantopsia inferior bilateral bitemporal 30%

Cuadrantopsia inferior bilateral binasal 25%

MOTILIDAD OCULAR

Constituye la tercera función importante en la valoración de la eficiencia ocular. Se sumará por el método de la CR o R a otros compromisos visuales.

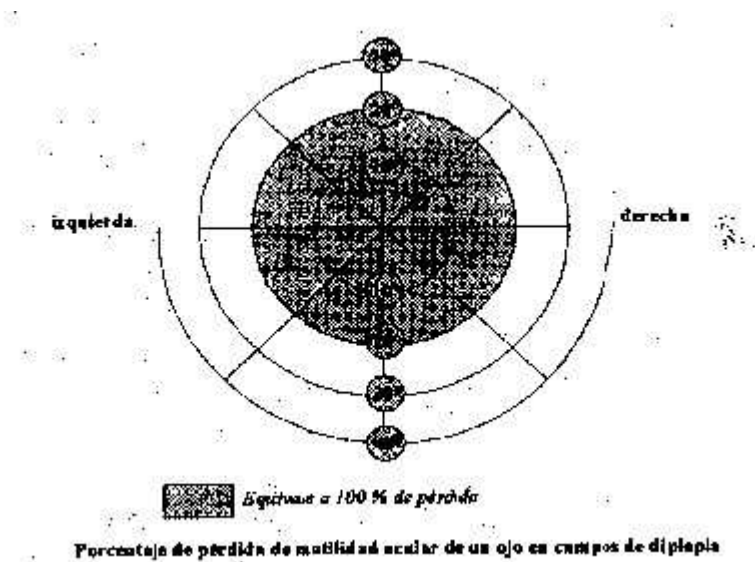
La motilidad extrínseca, que permite dirigir la mirada, es fundamental para abarcar el campo visual sin movilizar la cabeza. Es útil mientras no aparezca diplopía.

La diplopía a partir de los 30° del centro de fijación, rara vez produce gran compromiso en la capacidad visual, excepto en la mirada hacia abajo.

Si la diplopía aparece dentro de los 20° centrales prácticamente la visión es siempre doble y para desempeñarse tiene que taparse un ojo.

Diplopía: a menos de 20° superior y/o 30° inferior se valorará como el monocular de acuerdo a la edad de aparición:

En mayores de 45 años Tabla de Sená modificada para previsual y en menores de 45 años según Tabla de monocular en base al valor -01.



Diplopía entre 30° y 40° :

Si es superior 10 %

Si es inferior 20 %

Diplopía a más de 40° : 0 %

OTRAS LESIONES

(Se sumarán por método de CR o R a otros compromisos visuales)

Arreflexia fotomotora (intrínseca) monocular

(deslumbramiento-falta de AV-falta de acomodación) 10 %

Arreflexia fotomotora (intrínseca) binocular 15-20 %

Aniridia monocular 20 %

Aniridia binocular 40 %

Ptosis palpebral o blefaroespasmos uni- o bilaterales, pupila cubierta de acuerdo a agudeza visual en posición primaria (mirada de frente) y campo visual. Deformaciones palpebrales uni o bilaterales, acorde a AV y CV. Epífora unilateral permanente 5 %

bilateral permanente 10 %

Fístulas lagrimales unilaterales 10 %

Bilaterales 15 %

CAPITULO GARGANTA, NARIZ Y OIDO

Las patologías que motivan con mayor frecuencia la solicitud de evaluación de una incapacidad laboral a esta especialidad se refieren a la alteración de la audición y del equilibrio.

Elementos de diagnóstico

Anamnesis

Examen físico: Otorrinolaringológico

Neurológico (eventualmente)

Diagnóstico por imágenes: Rx, TAC, RNM

Electrofisiológicos: Audiometría, Logaudiometría, Electronistagmografía, Potenciales evocados.

PATOLOGIAS EVALUABLES

1. Oído: vestibulares y laberínticas auditivas
2. Rinosinusual
3. Laríngea y traqueal
4. Glándulas salivales

OIDO

Trastornos vestibulares y laberínticos

VERTIGO

En la evaluación del vértigo se considerarán las alteraciones producidas por lesiones del aparato vestibular, laberinto y de sus vías.

LESIONES DEL LABERINTO Y VESTIBULO

La persona subjetivamente siente vértigo acompañado o no de otros síntomas de tipo neurovegetativo (ej.: náuseas, vómitos).

El origen de la lesión puede ser uni o bilateral. Cuando es unilateral el equilibrio suele restablecerse, por efecto compensador del vestíbulo sano.

Cuando es bilateral se puede esperar una compensación por mecanismos visuales y de la sensibilidad profunda.

CRITERIOS PARA LA EVALUACION DE LA INCAPACIDAD A CONSECUENCIA DE VERTIGO DE ORIGEN VESTIBULAR

Estadio I

La persona siente vértigo y/o presenta historia clínica con antecedentes repetidos, fehacientes en ese sentido.

Coordinación vestíbulo-espinal y cerebelo-espinal:

compatible con ambulación normal.

Electronistagmograma: respuestas normales. 0-5 %

Estadio II

La persona siente vértigo.

Coordinación vestíbulo-espinal y cerebelo-espinal:

compatible con ambulación normal.

Compensado con medicación.

Electronistagmograma: respuestas anormales 5-15%

Estadio III

La persona siente vértigo.

Coordinación vestíbulo-espinal y cerebelo-espinal:

compatible con ambulación inestable, sin riesgo para sí o terceros.

En tratamiento.

Electronistagmograma: respuestas anormales 15-35%

Estadio IV

La persona siente vértigo.

Coordinación vestíbulo-espinal y cerebelo-espinal:

la ambulación es inestable, con riesgo para sí o para terceros.

En tratamiento.

Electronistagmograma: respuestas anormales 35-70%

Cuando a la alteración del equilibrio se le agregue una disminución de la agudeza auditiva, ésta también será evaluada.

Trastornos auditivos

Simbología

dB: decibel, medida de intensidad de sonido

Hz: Hertz, equivale a un ciclo por segundo

kHz: Kilohertz

color rojo: oído derecho

color azul: oído izquierdo

O: audición aérea oído derecho

X: audición aérea oído izquierdo

>: audición ósea oído izquierdo

<: audición ósea oído derecho

EVALUACION DE LA AUDICION

La medición de la audición se efectuará con audiómetro, con el paciente en cámara sonoamortiguada, previo examen otoscópico con el objeto de descartar tapones ceruminosos o perforaciones timpánicas.

Se medirá la pérdida auditiva por vía aérea y vía ósea en las frecuencias 500, 1.000, 2.000 y 4.000 ciclos por segundo.

En los casos en que el compromiso funcional derivado de la patología de base pudiera mejorar con el uso de otoamplificador, las pruebas audiométricas deberán incluir esta valoración (audiometría con otoamplificador).

Se deberá realizar examen audiométrico, con reposo de ambiente ruidoso de dieciséis horas, por fonoaudiólogo con supervisión del especialista. En el informe se deberá calificar el grado de colaboración del solicitante durante el examen.

Se completará con examen logaudiométrico y pruebas para descartar simulación (Ej.: Test Lombard, Harris Lauberer).

Se efectuará prueba de reclutamiento (S.I.S.I.) con objeto de diagnosticar daño coclear (trauma acústico), en los casos que se sospeche el mismo.

En caso de no obtener curvas audiométricas confiables se solicitará examen de Potenciales Evocados Auditivos y Audiometría por Potenciales Evocados.

Si de la valoración con otoamplificador resultara una mejoría mayor del 20 % en los niveles de audición respecto de la audiometría sin éste, se determinará el grado de incapacidad en base a los valores del estudio con este implemento, según metodología general utilizada.

CALCULO DE PERDIDA AUDITIVA UNILATERAL

Se suma la pérdida en decibeles de la vía aérea de los tonos 500, 1.000, 2.000 y 4.000. La suma obtenida se traslada a la tabla donde se convierte en porcentaje de pérdida auditiva.

Pérdida Auditiva Unilateral			
SD	%	SD	%
100	0,0	240	52,5
105	1,9	245	54,4
110	3,8	250	56,2
115	5,6	255	58,1
120	7,5	260	60,0
125	9,4	265	61,9
130	11,2	270	63,8
135	13,1	275	65,6
140	15,0	280	67,5
145	16,9	285	69,3
150	18,8	290	71,2
155	20,6	295	73,1
160	22,5	300	75,0
165	24,4	305	76,9
170	26,2	310	78,8
175	28,1	315	80,6
180	30,0	320	82,5
185	31,9	325	84,4
190	33,8	330	86,2
195	35,6	335	88,1
200	37,5	340	90,0
205	39,4	345	90,9
210	41,2	350	93,8
215	43,1	355	95,6
220	45,0	360	97,5
225	46,9	365	99,4
230	48,9	370	100
235	50,6	o mayor	

El grado de incapacidad surge del siguiente cálculo: Incapacidad Final = porcentaje de pérdida auditiva unilateral x 0,12.

CALCULO DE PERDIDA AUDITIVA BILATERAL

Se suma la pérdida en decibeles de la vía aérea de los tonos 500, 1.000, 2.000 y 4.000 de cada oído y se lo traslada a la tabla de la A.M.A./84 - A.A. O MAY/79 (modificada por Fleurent).

La sumatoria de pérdida en decibeles por debajo de 100 para cada oído no se tomará en cuenta al carecer de importancia previsional.

En esta Tabla se debe buscar en su eje horizontal el mejor oído y en su eje vertical el peor; de la intersección de ambos ejes surge la pérdida auditiva bilateral en porcentajes. Dicha pérdida multiplicada por 0,42 da como resultado la incapacidad final.

HIPOACUSIAS PROFUNDAS

Hipoacúsico profundo con fonación reeducada y labio-lectura 45 %

Hipoacúsico profundo sin fonación reeducada y con labio-lectura 50 %

Hipoacúsico profundo sin fonación reeducada o insuficientemente reeducada y sin labio-lectura 70 %

En caso de no contar con la Tabla de la A.M.A., se puede determinar el porcentaje de incapacidad final por alteración auditiva bilateral, con la siguiente fórmula:

$$\frac{(\% \text{ Oído mejor} \times 5) + (\% \text{ Oído peor} \times 1) \times 0,42}{6} = \text{Incapacidad final}$$

[Tabla de la American Academy of Otolaryngology](#)

RINOSINUSAL

OLFATO Y GUSTO

1. Pérdida total del olfato (anosmia) 3 %

2. Pérdida total del gusto (ageusia) 3 %

NARIZ Y SENOS PARANASALES

1. Sinusitis alérgica 0 %

2. Tumoral

a) benigna: se evaluará acorde a secuelas y/o compromiso funcional.

b) maligna: se evaluará, cumplidas todas las medidas terapéuticas que correspondan, acorde a secuela orgánica y/o repercusión funcional.

LARINGEA Y TRAQUEAL

HABLA

Pérdida del habla.

La afectación del habla puede estar determinada por lesiones de origen neurológico, del aparato de la fonación y/o de orden psíquico. En este capítulo se evaluarán aquellas que se producen en los órganos de emisión de la voz. Las otras serán valoradas por las respectivas especialidades.

Se tendrán en cuenta: el volumen de la voz, la articulación y claridad de la palabra y la posibilidad de mantener un diálogo.

Evaluación

Estadio I:

Tiene suficiente volumen de voz, buena articulación, claridad en el discurso, y mantiene un diálogo fluido 0 %

Estadio II:

Tiene volumen de voz levemente disminuido y/o articulación levemente afectada y/o discurso discretamente alterado. Se lo entiende con cierta dificultad en ambientes ruidosos 5-15 %

Estadio III:

Volumen de voz moderadamente disminuido y/o articulación moderadamente afectada y/o discurso moderadamente alterado. Se lo entiende con dificultad en ambientes ruidosos; repite para aclarar su discurso 15-35 %

Estadio IV:

Volumen de voz muy disminuido, con dificultad para hacerse oír y/o articulación muy afectada, que requiere repeticiones y/o discurso dificultoso de seguir Hasta 70 %

Estadio V:

Susurra, balbucea palabras sueltas o sin voz 70-100 %

Alteración Funcional en %	Incapacidad Final	Alteración Funcional en %	Incapacidad Final
0	0		
5	2	55	19
10	4	60	21
15	5	65	23
20	7	70	24
25	9	75	26
30	10	80	28
35	12	85	30
40	14	90	32
45	16	95	33

PARALISIS RECURRENCIAL

1. Paresia recurrencial unilateral: se evaluará de acuerdo al compromiso de la voz.
2. Paresia recurrencial bilateral con espirometría de obstrucción leve: ídem.
3. Paresia recurrencial bilateral con espirometría de obstrucción moderada o severa: se evaluarán de acuerdo al compromiso de la voz y a la repercusión funcional respiratoria.

TUMORES DE LARINGE

1. Inflamatorio y/o benigno 0 %
2. Neoplásico inextirpable y/o con fracaso terapéutico 70 %
3. Neoplásico extirpable y/o con buena evolución post-terapéutica, se evaluará de acuerdo a secuela orgánica y funcional.

LARINGECTOMIA

1. Laringectomía parcial con evolución superior a un año: acorde a secuela orgánica y alteración de la voz
2. Laringectomía total 35-70 %

TRAQUEOSTOMIAS

1. Temporales: se evaluarán una vez resuelta la patología de origen.
2. Permanentes: según la adaptación 35-70 %

GLANDULAS SALIVALES

1. Afecciones inflamatorias crónicas (ej.: Sjögren) evaluar de acuerdo al compromiso sistémico, "per se" no son incapacitantes.
2. Tumores:
 - a) Benignos: evaluables según secuela y repercusión funcional (ej.: Parálisis facial, residual).
 - b) Malignos: Extirpables y/o con buena respuesta al tratamiento, de acuerdo a secuelas.
 - c) No extirpables y/o con mala respuesta al tratamiento y/o con metástasis 70 %

CAPITULO SANGRE

El sistema hematopoyético, presente en todo el organismo, es complejo y polimorfo. Sus afecciones determinan distintos compromisos orgánicos y repercusión funcional. Pueden ser focalizadas o generalizadas, limitadas a un componente del sistema o afectar a varios.

Las medidas terapéuticas actuales permiten obtener distintas respuestas dependiendo las mismas de:

1. Genio de la afección en cuestión
2. Oportunidad de inicio del tratamiento
3. Susceptibilidad del afectado

Por lo tanto, para la evaluación de las incapacidades se tendrá en cuenta no sólo la etiología de la afección, sino también el tiempo de evolución, el tipo de tratamiento, la respuesta y eventuales efectos secundarios del mismo y la posibilidad de seguimiento (esquemas poliquimioterápicos cumplidos y/o agotados).

Se pondrá énfasis en el estado clínico-hematológico en el momento del examen y su incidencia para el desenvolvimiento, con mayor o menor esfuerzo, de tareas redituables.

Elementos de diagnóstico

Anamnesis
Examen Físico

Laboratorio: general

hematológico: Hemograma con recuento de plaquetas, Frotis de sangre periférica, Corrida electroforética de hemoglobinas, Metabolismo del Fe, Estudio completo de coagulación.

Diagnóstico por imágenes: Rx, TAC, RNM, Centellograma, Eco

Biopsias: glanglionar, hepática, punción de médula ósea...

Afecciones evaluables

1. Primarias:

- a) Sistema Retículo Endotelial
- b) Serie Roja
- c) Serie Blanca
- d) Hemostasia

2. Secundarias

- a) Transplante de Médula Osea
- b) Inmunosupresión

Respecto de las afecciones originadas en otros órganos, con compromiso en este sistema, tienen expresión similar a algunas patologías hematológicas. Se evaluarán por su etiología y la repercusión en éste.

Primarias

SISTEMA RETICULOENDOTELIAL

Es el encargado de la defensa del organismo por medio de la fagocitosis, los anticuerpos humorales y la mediada por células. Además, da origen a los elementos formes de la sangre.

MIELOMA:
POLISTOTICO 70 %

MONOSTOTICO 5 - 70 %

Teniendo en cuenta:

- 1. Localización de la lesión (hueso corto-calota-esternón-costillas-columnas-huesos largos de sostén-ilíacos).
- 2. Respuesta al tratamiento y tiempo de evolución.

3. Compromiso renal.

GAMMAPATIA MONOCLONAL BENIGNA:

Con paraproteína, con infiltración medular sin signos de progresión de enfermedad 5 %

HIPOPLASIA Y APLASIA:

- 1. Mínima: (Menos del 10 % de hipofunción medular, con sangre periférica normal) 0 %
- 2. Leves: (Del 10 al 25 % de hipofunción medular, con alteraciones leves del hemograma) 10 - 30 %
- 3. Moderadas: (Del 25 al 50 % de hipofunción medular, con alteraciones moderadas en el

hemograma) 30 - 50 %

4. Severas: (Cuando existe supresión de más de 60 % del tejido hematopoyético) 50 - 70 %

MIELOFIBROSIS

Evaluar según repercusión, de acuerdo al mismo criterio utilizado para hipoplasia.

ESPLENECTOMIA

Considerar edad, causa, alteración inmunológica; valorar la repercusión de las posibles infecciones recurrentes 0 - 5 %

RETICULOENDOTELIOSIS LEUCEMICA

“Leucemia de células vellosas”, ver ítem correspondiente.

HIPERESPLENISMO

Evaluar la patología de origen y su repercusión en las distintas series hemáticas.

SERIE ROJA

ANEMIAS CRONICAS

Se habla de anemia crónica severa, independientemente de su etiología, en los casos en los cuales, con las medidas terapéuticas, no se puede mantener el hematocrito por arriba del 27 % y la hemoglobina por arriba de 7 gr %. Se tendrá en cuenta la adaptación a estos valores y el origen de dicho trastorno para el cálculo de la incapacidad global.

Primarias:

1. Microesferocítica 5 %
2. Talasemia mínima y menor 0 %
3. Talasemia mayor 70 %
4. Talasemia intermedia: incapacidad variable de acuerdo a la evolución clínica (ver hemolíticas)
5. Hemolíticas: se evaluarán según respondan al tratamiento:
 - a) las que responden 1 - 5 %
 - b) las que no responden 70 %

(cuando cumplido el tratamiento mantengan valores de hemoglobina por debajo de los 7 gr %, aun habiendo sido politransfundido).

Secundarias:

Se deberá evaluar la causa de origen.

POLICITEMIAS

Primarias: relativas y absolutas

POLICITEMIA POR STRESS (relativa): disminución del volumen plasmático, en general no reviste carácter incapacitante.

POLICITEMIA VERA (absoluta): se determina el grado de incapacidad de acuerdo a los niveles de la masa eritrocitaria.

Con nivel superior a 19 gr. de hemoglobina o más de 60 % de hematocrito:

1. Si responde al tratamiento 30 - 40 %
2. Si no responde al tratamiento médico y las sangrías son frecuentes (una a dos por mes): 70 %

Por debajo de esos valores:

Si responde al tratamiento médico y las sangrías son espaciadas (una a dos por semestre) 10 - 20 %

Frecuentemente se acompañan de alteraciones de la irrigación a nivel periférico, cardíaco y cerebral (por hiperviscosidad y fenómenos tromboticos). Asimismo, se evaluarán alteraciones a nivel de la perfusión pulmonar.

Secundarias:

POLIGLOBULIAS SECUNDARIAS: deberá evaluarse la etiología (cardíaca, pulmonar, renal).

SERIE BLANCA

NEUTROPENIA SEVERA IDIOPATICA CON POLIMORFONUCLEARES MENOR DE 1000:

1. Sin infecciones bacterianas recurrentes

No responden al tratamiento 70 %

Responde al tratamiento 10 - 20 %

2. Con infecciones bacterianas recurrentes (4 o más en 5 meses)

No responde al tratamiento 70 %

Responde al tratamiento, de la infección y de la neutropenia 15 - 25 %

LEUCEMIAS

Agudas: 30 - 70%

Dependerá la evaluación acorde al tipo de Leucemia (Mieloide Linfoide), al genio de la enfermedad, al tiempo de evolución, al tratamiento y la respuesta al mismo, recaídas, posibilidad o no de trasplante.

Crónicas:

LEUCEMIAS LINFATICAS:

Estadios 0, I y II (RAI): 1 - 5 %

Estadios III y IV (RAI): 30 - 70 %

Se remite a lo comentado para las Leucemias agudas.

Tener en cuenta la clasificación empleada, ya que existen varias. Como ejemplo y guía se consignan las de RAI y del International LLC Workshop que tienen en cuenta la estadificación clínica y evaluación pronóstica.

CLASIFICACION DE RAI Y SUS COLABORADORES (1975)

Estadio: 0:

Linfocitosis periférica mayor de 15.000 por milímetro cúbico e infiltración linfática medular mayor del 40 % de linfocitos maduros, sin adenovisceromegalias, sin anemia, sin trombocitopenia.

Estadio I:

Sangre y médula ósea similar al estadio 0, más agrandamiento ganglionar.

Estadio II:

Sangre y médula ósea similar al estadio 0 ó I, con agregado de esplenomegalia y/o hepatomegalia. Los ganglios linfáticos pueden o no estar agrandados.

Estadio III:

Sangre y médula ósea similar al estadio 0, I ó II, más anemia (hemoglobina menor de 11 gr % y hematocrito menor de 33 %). Los ganglios linfáticos, el bazo y el hígado pueden o no estar agrandados.

Estadio IV:

Sangre y médula ósea igual al estadio 0, I, II, III con el agregado de trombocitopenia (número de plaquetas menor de 100.000 por milímetro cúbico). La anemia, las adenopatías y las organomegalias pueden o no estar presentes.

CLASIFICACION DEL INTERNATIONAL LLC WORKSHOP

Establece una estadificación de 0 a 10, para lo que adjudica un punto a los siguientes valores: edad mayor de 60 años, más de tres territorios ganglionares comprometidos, esplenomegalia menor de 10 cms.

Dos puntos a los siguientes valores: esplenomegalia mayor de 10 cms., linfocitosis mayor de 50.000, hemoglobina menor de 11 gr %, trombocitopenia menor de 100.000.

LEUCEMIA A CELULAS VELLOASAS

Acorde a evolución, se valorará la respuesta al tratamiento y el compromiso del estado general.

Buena respuesta al tratamiento, sin o con escaso compromiso del estado general, atribuible al tratamiento o a la enfermedad de base Hasta 40 %

Respuesta al tratamiento incompleta o nula, con moderado a severo compromiso del estado general, atribuible al tratamiento o a la enfermedad de base Hasta 70 %

LEUCEMIAS MIELOIDES: acorde a evolución:

Aproximadamente el 10 % son cromosomas Filadelfia (Ph) negativas, tienen peor pronóstico y responden menos al tratamiento.

1. Sin crisis blásticas Hasta 40 %
2. Con crisis blásticas (historia clínica fehaciente de crisis blásticas durante la evolución) 70 %
3. Con mielofibrosis, evaluar según repercusión Hasta 70 %

LINFOMAS

Deberá tenerse en cuenta la estadificación y el agrupamiento en HODGKIN Y NO HODGKIN.

Estadio I:

Compromiso de una sola región linfática (ganglios, bazo, timo, anillo de Waldeyer, placas de Peyer) o de un solo órgano o sitio extralinfático (I-E).

Estadio II:

Compromiso de dos o más regiones linfáticas en un mismo lado del diafragma. Puede acompañarse de compromiso localizado por contigüidad de un órgano o sitio extralinfático (II-E).

Estadio III:

Compromiso de regiones linfáticas en ambos lados del diafragma, lo cual puede también ser acompañado de compromiso localizado por contigüidad de un órgano o sitio extralinfático (III-E), o de ambas estructuras (III-ES).

Estadio IV:

Afección difusa o diseminada de uno o más órganos o sitios extralinfáticos sin relación de contigüidad con regiones ganglionares comprometidas o sin ellas.

LINFOMA HODGKIN

CLASIFICACION MORFOLOGICA DE LOS LINFOMAS HODGKIN

1. Predominio linfocitario:

Linfocitos maduros con algunos histiocitos, escasas células de Reed-Sternberg. Suele ser un estadio temprano.

2. Esclerosis nodular:

Tejido linfoide con bandas de tejido colágeno. Pueden estar ausentes las células de Reed-Sternberg. Suele ser un estadio temprano.

3. Celularidad mixta:

Pleomorfo (linfocitos, células plasmáticas, etc.) con abundantes células de Reed-Sternberg. Suele ser un estadio avanzado.

4. Depleción linfocitaria:

Pocos linfocitos maduros, más abundantes los histiocitos, fibrosis. Frecuentes células de Reed-Sternberg. Suele ser un estadio avanzado.

Estadíos I y II 5 %

Estadíos III y IV de acuerdo a la subdivisión en grupos:

1. Ausencia de signología general 10 - 30 %

2. Con signología general (pérdida de peso superior al 10 % en los últimos 6 meses, fiebre inexplicable con temperatura superior a 38°, hipercrinia), acorde a respuesta al tratamiento Hasta 70 %

LINFOMAS NO HODGKIN

CLASIFICACION MORFOLOGICA SEGUN EL NATIONAL CANCER INSTITUTE

Bajo Grado

1. Linfoma maligno (linfocítico o células pequeñas coincidente con leucemia linfocítica crónica plasmocitoide).
2. Linfoma maligno folicular (predominantemente a células pequeñas hendidas, áreas difusas, esclerosis).
3. Linfoma maligno folicular (mixto, a células pequeñas hendidas y células grandes, áreas difusas, esclerosis).

Grado intermedio

1. Linfoma maligno folicular (predominantemente a células grandes, áreas difusas, esclerosis).
2. Linfoma maligno difuso (células pequeñas, hendidas, esclerosis).
3. Linfoma maligno difuso (mixto, células pequeñas y grandes, esclerosis, componente celular epiteloide).
4. Linfoma maligno difuso (células grandes, células hendidas, células no hendidas, esclerosis).

Alto grado

1. Linfoma maligno (células grandes, inmunoblástico, plasmocitoide, células claras, polimorfo, componente celular epiteloide).
2. Linfoma maligno (linfoblástico, células cerebriformes, células no cerebriformes).
3. Linfoma maligno (células pequeñas no hendidas, Burkitt, áreas foliculares).

MISCELANEAS

Compuesto.
Micosis fungoide (ver capítulo de Piel)

Histiocítico.
Plasmocitoma extramedular.

Inclasificable.

Otros.

De alto grado de malignidad con remisión post-tratamiento: 5 - 10 %

De alto grado de malignidad con recidiva: 70 %

De bajo grado de malignidad: 1 - 5 %

De grado intermedio de malignidad: la incapacidad es variable de acuerdo con el estado clínico general, tiempo de evolución de la enfermedad y respuesta al tratamiento: 5 - 70 %

CRITERIOS DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

1. Remisión completa: desaparición de todos los síntomas de enfermedad, además del retorno a la normalidad de los signos físicos, parámetros bioquímicos y radiológicos e histopatología ósea y hepática.

2. Remisión parcial: reducción en más del 50 % de los diámetros perpendiculares de todas las lesiones medibles.

3. Respuesta mínima: reducción en menos del 50 % de los diámetros perpendiculares de todas las lesiones medibles.

4. Fracaso de la inducción (refractoriedad): pacientes que fallaron en responder a la terapia desde el principio o pacientes que responden inicialmente pero que desarrollan progresión o estancamiento de la enfermedad mientras permanecen en tratamiento.

5. Recaída: aparición de manifestaciones de enfermedad luego de haber obtenido remisión completa.

La recaída puede ser:

a) Marginal: Inmediatamente adyacente a los campos tratados.

b) Local: en un área previamente tratada.

c) Regional: En un área fuera de la tratada pero confinada a una zona del mismo lado del diafragma.

d) Transdiafragmática: En ganglios linfáticos y/o bazo pero del lado del diafragma contrario al de origen.

e) Extranodal: Aparición de enfermedad en sitios extraganglionares o extraesplénicos.

HEMOSTASIA

Alteraciones de los factores de coagulación

HEMOFILIA

La patología será reconocida en base al examen clínico y a las certificaciones de médicos especialistas y de Institutos especializados.

El compromiso articular, de existir debe ser evaluado al capítulo osteoarticular.

Desde el punto de vista práctico y general, según lo postulado por el Instituto de Investigaciones Hematológicas de la Academia Nacional de Medicina y la Fundación de la Hemofilia, se considera Hemofilia Severa a aquella que en los adultos ha determinado la aparición de secuelas articulares importantes.

En caso de tener que evaluar a niños o jóvenes puede que no existan secuelas, por haber mantenido tratamiento profiláctico.

1. Hemofilia severa 70 %

2. Hemofilia leve o moderada Hasta 40 %

ENFERMEDAD DE VON WILLEBRAND

(Anomalía primaria del Factor de Von Willebrand y/o alteración del Complejo Factor Activo Procoagulante del Factor VIII).

Se valorará con el mismo criterio que la Hemofilia.

1. Severa.

2. Leve o moderada.

ANTICOAGULACION (tratamiento con anticoagulantes)

Acorde a la adaptación (además evaluar la patología motivo de la misma) Hasta 5 %

Alteración de las Plaquetas

PURPURAS

1. **TROMBOCITOPENICA:** con o sin esplenectomía

a) Compensada con tratamiento 5 %

b) No compensada con tratamiento (acorde a estado clínico y hematológico) Hasta 70 %

2. **NO TROMBOCITOPENICA**

a) Si presentan cuadros hemorrágicos reiterados con afectación variable del órgano afectado, la incapacidad será evaluada de acuerdo al compromiso del órgano dañado Hasta 70 %

b) Enfermedad de Rendú Osler:

sin complicaciones severas 5 - 30 %

con complicaciones severas Hasta 70 %

TROMBOCITOSIS ESENCIAL

Se evaluará de acuerdo a la repercusión orgánica producida por trombosis.

Secundarias

TRANSPLANTE DE MEDULA OSEA

1. Compensado 40 - 45 %

2. Con alteración inmunológica actual 70 %

(y control en un año)

3. Con alteración inmunológica permanente 70 %

INMUNOSUPRESION

1. En el contexto de la infección por H.I.V. se remite al capítulo correspondiente.

2. De otra etiología: acorde al cuadro clínico, las complicaciones y los estudios complementarios Hasta 70 %

CAPITULO GLANDULAS DE SECRECION INTERNA

PANCREAS

Diabetes

No se tendrán en cuenta síntomas subjetivos, imposibles de probar.

Datos clínicos: tratamientos efectuados, manifestaciones neurológicas periféricas, que indiquen probabilidad o certeza de polineuritis, presencia o ausencia de edemas, vasculopatía arterial periférica o central, así como cualquier otro signo clínico de trastorno orgánico derivado de esta enfermedad y fondo de ojo.

Exámenes Complementarios: creatininemia, uremia, glucemia, hemoglobina, glicosilada, densidad y sedimento urinario, electrocardiograma, retinofluoresceinografía, electromiograma.

TABLA DE VALORACION

Estadio I:

Diabetes que se compensa con dieta o dieta e hipoglucemiantes orales, que no presenta ningún trastorno orgánico demostrable. Fondo de ojo normal 0 %

Estadio II:

Diabetes que requiera, además de la dieta, la administración de hipoglucemiantes o insulina en forma permanente, que no presenta ningún trastorno orgánico detectable. Fondo de ojo normal 0 - 10 %

Estadio III:

Diabetes que requiera, además de la dieta, hipoglucemiantes orales o insulina y presente signos mínimos a leves de repercusión orgánica: alteraciones sensitivas de los miembros inferiores sugestivas de polineuritis y/o signos iniciales de vasculopatía periférica, pero sin alteraciones tróficas, y/o elevación discreta de los valores de urea y creatinina en sangre, y/o eventualmente sospecha de isquemia de miocardio, con electrocardiograma que demostrase alteraciones inespecíficas o isquémicas mínimas y/o retinopatía no proliferativa leve (microhemorragias y microaneurismas, dispersos en uno o dos cuadrantes) 10 - 25 %

Estadio IV:

Cualquiera de los estadios anteriores, acompañado de: trastornos arteriopáticos periféricos con trastornos tróficos mínimos y/o polineuritis diabética moderada y/o cifras humorales moderadamente elevadas de urea o creatinina y/o retinopatía no proliferativa moderada (hemorragias, aneurismas en los cuatro cuadrantes, no demasiado numerosos y exudados duros) 25 - 40 %

Estadio V:

Cualquiera de los estadios anteriores, acompañado de repercusión severa en uno o más órganos: polineuritis marcada (mal perforante plantar, hipotrofia muscular, etc.), vasculopatías con alteraciones tróficas de importancia (amputaciones de dedos de los pies o más amplias, claudicación intermitente a menos de 100 metros con otros signos de isquemia, clínicos y/o demostrados por exámenes complementarios, etc.), insuficiencia renal severa con cifras de uremia y/o creatininemia marcadamente patológicas y/o retinopatía no proliferativa severa (hemorragias, exudados duros y aneurismas numerosos, exudados blandos y arrosamiento venoso) o muy severa (igual a la anterior más microangiopatía intrarretinal) o retinopatía proliferativa (1-neovascularización, 2-neovascularización de papila, 3-hemorragia subhialoidea o prerretinal, 4-hemorragia vítrea y/o desprendimiento de retina) 70 %

Se evaluará la repercusión orgánica correspondiente a los órganos involucrados.

INSULINOMAS

Se evaluarán acorde a secuelas determinadas por el tratamiento.

TIROIDES

Los bocios se evaluarán de acuerdo a su funcionalismo (hipotiroidismo, eutiroidismo o hipertiroidismo). La mayoría son controlables medicamentosamente. Se examinará la posible repercusión en otros órganos (ej.: arritmias cardíacas del hipertiroidismo).

NODULOS TIROIDEOS

Se evaluarán de acuerdo a su histopatología y a su funcionalismo.

TIROIDITIS

Se evaluarán según el grado de disfunción tiroidea que determinen.

CANCER TIROIDEO OPERADO

Sin no existe evidencia de persistencia post-tratamiento, recidiva, metástasis regionales (adenopatías) y/o a distancia 0%

Si la operación fue acompañada por una disección radical, se evaluará la posibilidad de secuelas o morbilidad atribuible a la operación (hipotiroidismo, hipoparatiroidismo o tetanía paratiroideopriva controlable médicamente, lesión recurrencial y lesión estética) Hasta 30%

Tumor persistente, o recidivado, o con metástasis regionales y/o a distancia 70 %

HIPOFISIS

En la patología benigna de hipófisis sin signosintomatología 0 %

Con repercusión orgánica y/o funcional, se evaluará según el órgano comprometido.

SUPRARRENAL

ENFERMEDAD DE ADDISON-INSUF. CORTICOSUPRARRENAL CRONICA

Compensada médicamente Hasta 20 %

Con signosintomatología florida, no controlable 70 %

Se evaluará la etiología.

SINDROME DE CUSHING

Compensado Hasta 20 %

Con manifestaciones clínicas y estudios complementarios significativos, no controlable 70 %

FEOCROMOCITOMA

Se evaluará acorde a secuelas post-tratamiento, extirpabilidad del tumor y repercusión cardiovascular.

HIPERALDOSTERONISMO (Síndrome de Conn)

Compensado Hasta 20 %

Con manifestaciones clínicas, se evaluará la repercusión cardiovascular.

Tumor unilateral operado: se evaluará según secuela.

CAPITULO PSIQUISMO

Se ha creído conveniente verter conceptos esclarecedores en esta Guía Evaluadora antes que un Baremo rígido y matemático de poca utilidad en tanto que, en esta disciplina, hay que valorar no sólo patología sino anormalidades de la personalidad y reacciones vivenciales anormales con distinta repercusión en el área laboral según la personalidad en la que haya florecido.

Toda pericia exige del profesional actuante idoneidad (conocimientos teóricos acabados y experiencia clínica), tiempo para examinar adecuadamente, responsabilidad y criterio para emitir un dictamen lo más justo posible, una cuota de astucia para corroborar la actitud de buena fe o la no poco frecuente simulación en sus diversas formas y una gran dosis de honestidad, sin la cual es imposible ejercitar esta función.

Una exhaustiva semiología psiquiátrica, un concienzudo análisis de los diagnósticos diferenciales, las pruebas psicométricas proyectivas y los perfiles de personalidad básica, facilitarán un acopio de información que orientará, siguiendo el normativo, la conducta previsional. Esta, en su esencia no puede ni debe sustraerse de los conceptos de nuestras Leyes Previsionales ni de la consideración del efecto antiterapéutico de una jubilación en las Reacciones Vivenciales Anormales o Neurosis (K. Schneider).

La Psiquiatría Previsional es cualitativamente diferente de la Psiquiatría Clínica. En su formación, el Perito debe incorporar el conocimiento de Leyes de Previsión, de enfermedades profesionales y su pronóstico, debe evaluar individualmente características de patologías, relacionándolas con la edad y personalidad del peticionante, así como con la profesión, a los fines de una eventual rehabilitación y capacitación.

No basta con diagnosticar una psicosis u otra entidad nosológica, como se verá al tratar cada una de las patologías, pues la duración, remisión o irreversibilidad de los síntomas o sus secuelas tiene una consideración diferente en la elaboración de un dictamen previsional (que difiere mucho del criterio utilizado en la evaluación de un daño por un accidente de trabajo).

La Guía Evaluadora está pensada en función de especialistas en psiquiatría y de médicos generales, a fin de unificar criterios diagnósticos y usar la semiología psiquiátrica, que al igual que la clínica, es el parámetro menos discutible.

Se ha acentuado la descripción de los cuadros que tienen más importancia desde el punto de vista previsional, siguiendo la orientación clasificadora de la O.M.S., para adaptarla a dicha finalidad, de acuerdo con la leyes vigentes en nuestro país.

Estos elementos más el estudio del expediente, de las relaciones laborales, sus interrupciones y las pruebas aportadas ponen en evidencia una tarea compleja, ajena al conocimiento del médico asistencial.

Las modificaciones incluidas en la presente Guía resumen años de experiencia previsional, una modernización del enfoque, acorde con la situación actual del país y un conocimiento de la legislación laboral de países desarrollados, adaptadas a las necesidades del nuestro.

Con el fin de dar cumplimiento al artículo 49, inciso 2º de la ley 24.241, la Comisión Honoraria, reunida a tales fines, acordó:

“Entiéndese por psicodiagnóstico, con la finalidad de determinar las aptitudes psíquicas del afiliado para someterse a tratamiento de rehabilitación psicofísica y capacitación laboral, al conjunto de entrevistas necesarias para implementar el Cuestionario Guía para la Orientación Diagnóstica de las Enfermedades Psiquiátricas de Interés Previsional, incorporado al presente Decreto con la correspondiente tabulación, realizadas por los profesionales de las Comisiones Médicas; las interconsultas y los elementos complementarios de diagnóstico serán solicitados por los mismos de acuerdo a su criterio. Forma parte de este último, la elección del momento en que fuera oportuna tal valoración y los casos en los que correspondieran dichas indicaciones”.

Se considera al psicodiagnóstico, mencionado en el párrafo anterior, como un elemento que sirve para la identificación de la patología, tipo de personalidad, evaluación estimativa de la inteligencia, determinación cualitativa y/o cuantitativa de deterioro psíquico, a los efectos de evaluar las aptitudes psíquicas del afiliado para capacitarse en otras tareas, acordes con su minusvalía psicofísica. El mismo podrá ser complementado con otras pruebas psicométricas realizadas por profesional psicólogo, en todos aquellos casos en que la Comisión Médica estime necesaria su implementación para estos fines u otros ligados al diagnóstico previsional”.

Se adjunta un cuestionario guía para la orientación diagnóstica de las enfermedades psiquiátricas de interés previsional, el cual será cumplimentado por los profesionales médicos de las Comisiones Médicas.

**MODELO:
CUESTIONARIO GUIA PARA LA ORIENTACION DIAGNOSTICA DE LAS ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS DE INTERES PREVISIONAL**

(a ser llenado por el profesional).

	Expte.:
	Actuación:
	Lugar y Fecha:

1) DATOS PERSONALES:

Apellido y Nombre:	
Edad:	Nacionalidad: Estado Civil: casada, soltera/o, separada, viuda. Con quién vive? Cómo son sus relaciones con su cónyuge, pareja e hijos? Discuten?
Profesión:	Documento de Identidad:

Servicio Militar

CUMPLIO	Lugar:
Sufrió arrestos, castigos u otra sanción	Motivo:
NO CUMPLIO	Motivo:

Inicia trámite por

JUBILACION	PENSION
SUBSIDIOS	OTRO BENEFICIO

FECHA Y CAUSA DEL CESE

--	--

2) ¿SABE LEER Y ESCRIBIR?

(0) BIEN
(1) CON DIFICULTADES
(2) NO APRENDIC
(3) SIN INSTRUCCION

3) A PERSONAS CON INSTRUCCION PRIMARIA Y/O SECUNDARIA ¿HA REPETIDO GRADOS EN ESCUELA PRIMARIA?

(0) NO
(1-2-3) SI

(Si repetiese 1 vez, 2, 3 o más)

Cuáles y cuántas veces
¿HA REPETIDO AÑOS EN ESCUELA SECUNDARIA?

(0) NO
(0-1-2-3) SI

(0) Por causas no médicas
 (1) Por causas psíquicas o físicas superadas
 (2) Por causas psíquicas o físicas parcialmente superadas
 (3) Por causas no superadas.

Cuáles y cuántas veces
 Consignar causas:

4) ¿HA APRENDIDO EL MANEJO DEL DINERO?

<input type="checkbox"/>	(0) CORRECTAMENTE
<input type="checkbox"/>	(1) CON DIFICULTADES
<input type="checkbox"/>	(2) NO
<input type="checkbox"/>	(3) TRASTORNOS ACTUALES

5) ¿SABE PARA QUE VINO?

<input type="checkbox"/>	TRAMITE JUBILACION
<input type="checkbox"/>	PARA TRATAMIENTO
<input type="checkbox"/>	OTRO MOTIVO

(0) Respuesta correcta - (2) Respuesta incorrecta

6) ¿CONSIDERA QUE LA ENFERMEDAD QUE LO INCAPACITA PARA TRABAJAR NORMALMENTE ES:

<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI
<input type="checkbox"/>	FISICA	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	MENTAL	<input type="checkbox"/>	

(0) Respuesta correcta - (2) Respuesta incorrecta

7) ¿VINO SOLO?

<input type="checkbox"/>	NO
<input type="checkbox"/>	SI

8) ¿HABITUALMENTE PREFERE ESTAR SOLO O SALIR ACOMPAÑADO?

<input type="checkbox"/>	(0) NO
<input type="checkbox"/>	(2) SI

Porqué

9) ¿SUELE DESORIENTARSE A VECES, AUNQUE SEA POR SEGUNDOS, EN LUGARES CONOCIDOS?

<input type="checkbox"/>	(0) NO
<input type="checkbox"/>	SI
<input type="checkbox"/>	(2) Esporádica o
<input type="checkbox"/>	(3) Frecuentemente

10) ¿SUELE TENER TEMORES, A QUE COSAS? ¿QUE CONDUCTAS REALIZA PARA EVITAR LO QUE TEME?

<input type="checkbox"/>	(0) NO
<input type="checkbox"/>	(1) SI
<input type="checkbox"/>	(2) Con conductas evitativas

Cuáles

11) ¿DESAPARECEN O DISMINUYEN LOS MIEDOS CUANDO SE ENCUENTRA ACOMPAÑADO?

<input type="checkbox"/>	(0) NO
<input type="checkbox"/>	(2) SI

12) ¿ES MUY METICULOSO, PREOCUPADO POR EL ORDEN Y LA LIMPIEZA?

<input type="checkbox"/>	(0) NO
<input type="checkbox"/>	(2) SI

¿LE INCOMODA EXCESIVAMENTE EL DESORDEN?

<input type="checkbox"/>	(0) NO
<input type="checkbox"/>	(3) SI

13) ¿TIENE NECESIDAD DE VERIFICAR VARIAS VECES SI ESTAN CERRADAS LAS LLAVES DE GAS, LAS PUERTAS O APAGADA LA LUZ PARA SENTIRSE SEGURO?

<input type="checkbox"/>	(0) NO
<input type="checkbox"/>	(2) SI

14) ¿EL MIEDO A ENFERMARSE POR CONTACTO CON OBJETOS O PERSONAS LE HACE TOMAR MEDIDAS DESPROPORCIONADAS DE PRECAUCION PARA DISMINUIR EL RIESGO DE CONTAGIO?

<input type="checkbox"/>	(0) NO
<input type="checkbox"/>	(3) SI

Cuáles

15) ¿LE OCURRE TENER LA SENSACION DE MAREARSE Y NO SALIR A LA CALLE POR MIEDO A DESCOMPONERSE?

<input type="checkbox"/>	(0) NO
<input type="checkbox"/>	(2) SI

16) CONSIGNAR HABITOS:

FUMA:

	(0) NC
	(1) SI

Cuánto

INGIERE BEBIDAS ALCOHOLICAS:

	(0) NC
	(1) SI

Cuáles prefiere.

Cantidades

¿CONSUME? O LO HA HECHO: TRANQUILIZANTES, ANOREXIGENOS U OTRAS DRO GAS

	(0) NC
	(1) SI

Cuáles

17) ¿HA NECESITADO ASISTENCIA MEDICA CLINICA, PSIQUIATRICA O PSICOLOGICA COMO CONSECUENCIA?

	(0) NC
	(3) SI

18) ¿SE CONSIDERA UNA PERSONA DESCONFIADA?

	(0) NC
	(1) SI

19) ¿SE HA SENTIDO PERJUDICADO CON FRECUENCIA POR PERSONAS DE SU RELACION?

	(0) NC
	(1) SI

De qué manera?

20) ¿EL DAÑO Y PERJUICIO SUFRIDO HA SIDO TAN IMPORTANTE QUE REQUIRIO AYUDA PSIQUIATRICA?

	(0) NC
	(2) SI

21) ¿CUANDO Y CUANTO TIEMPO TOMO PSICOFARMACOS POR ESA RAZON?

¿Cuáles y en qué dosis?

(4) Psicofármacos antipsicóticos

(2) Otros

22) ¿SUELE TENER CON FRECUENCIA ALGUNO O VARIOS DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS? (Sh base orgánica)

	(0) NC
	(1) SI

	SENSACION DE FALTA DE AIRE
	OPRESION EN EL PECHO
	SUDORACION
	PALPITACIONES
	TRASTORNOS DIGESTIVOS

Cuáles

23) ¿HA CAMBIADO MUCHAS VECES DE TRABAJO?

	NO
	SI

Motivos

24) ¿SE CONSIDERA LIDER EN SU GRUPO LABORAL?

	NO
	SI

Por qué?

25) ¿SUS AUTORIDADES HAN TENIDO PARTICIPACION EN EL ORIGEN DE SUS ACTUALES PROBLEMAS?

	NO
	SI

26) ¿HA TENIDO TRAUMATISMO DE CRANEO CON PERDIDA DE CONOCIMIENTO?

<input type="checkbox"/>	(0) NC
<input type="checkbox"/>	(1) SI

Completar fechas. Lugar de asistencia o internación. Duración de la pérdida de conciencia

27) ¿QUEDARON SECUELAS?

<input type="checkbox"/>	(0) NC
<input type="checkbox"/>	(1) SI

Cuáles

28) ¿CAMBIO SU MANERA DE SER POSTERIORMENTE?

<input type="checkbox"/>	(0) NC
<input type="checkbox"/>	SI

(3) Trastornos orgánicos de la personalidad.
(2) Otros trastornos.

En qué?

29) ¿HA PASADO ALGUNA VEZ POR PERIODOS CON ALGUNO O VARIOS DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS?

<input type="checkbox"/>	(1) HA VISTO IMAGENES QUE OTROS NO VEIA
<input type="checkbox"/>	(2) HA ESCUCHADO VOCES QUE OTROS NO ESCUCHABA
<input type="checkbox"/>	(3) ESAS VOCES SON CLARAS E INSULTANTES
<input type="checkbox"/>	(2) SE HA SENTIDO IMPULSADO A REALIZAR ACTOS QUE NO DESEABA
<input type="checkbox"/>	(3) LOS HA REALIZADO

Cuáles

Tratamientos:

(3) Con dosis de Psicofármacos.
(4) Con Internaciones.
Dosis de Psicofármacos. Internaciones.

30) ¿HA SUFRIDO DEPRESIONES QUE REQUIERAN TRATAMIENTO?

<input type="checkbox"/>	(0) NC
<input type="checkbox"/>	(1) SI

31) ¿REALIZO ALGUNAS VEZ INTENTO DE SUICIDIO?

<input type="checkbox"/>	(0) NC
<input type="checkbox"/>	(4) SI

Descripción detallada

32) ¿REQUIRO POR ESA RAZON INTERNACION PSIQUIATRICA U OTRO TRATAMIENTO?

<input type="checkbox"/>	(0) NC
<input type="checkbox"/>	(3) SI

Dónde y por cuánto tiempo?

SI HACE TRATAMIENTO ACTUALMENTE, INDICAR CUAL Y DOSIS DE PSICOFARMACOS

(4) Con psicofármacos antipsicóticos
(2) Otros psicofármacos

33) ¿HA TENIDO PROBLEMAS DE CONDUCTA?

<input type="checkbox"/>	(0) NC
<input type="checkbox"/>	(1) SI

34) ¿SUS CONDUCTAS HAN REQUERIDO INTERVENCION POLICIAL?

<input type="checkbox"/>	(0) NC
<input type="checkbox"/>	(3) SI

35) ¿EL AFILIADO HA TENIDO JUICIOS?

<input type="checkbox"/>	(0) NC
<input type="checkbox"/>	SI

<input type="checkbox"/>	(0) LABORALES
<input type="checkbox"/>	(1) POR ACCIDENTES DE TRABAJO
<input type="checkbox"/>	(4) INHABILITACION O ART. 152 BIS C.C.
<input type="checkbox"/>	(4) INSANIA O ART. 54 INCISO 3º C.C.
<input type="checkbox"/>	OTROS

Cuáles?

Firma del Afiliado

Firma del profesional

0 - 20 Puntos.

No necesita otro psicodiagnóstico, si no se detectan signos o síntomas en la anamnesis.

21 - 79 Puntos o más.

Se realizará diagnóstico clínico completo por profesional psicólogo clínico incluyendo en su batería Bender, Rorschach, HTP y otros.

21 - 35 puntos o más.

Se evaluará necesidad de interconsulta con especialista psiquiatra.

36 puntos o más

Interconsulta con especialista psiquiatra obligatorio.

- En caso de internaciones psiquiátricas, antecedentes de intento de suicidio o de tratamiento psicofarmacológico con antipsicóticos, la interconsulta psiquiátrica será obligatoria independientemente del puntaje alcanzado.
- En caso de debilidades mentales profundas, imbecilidad, idiocia, enfermedad de Down y cuadros demenciales en períodos de estado, los parámetros clínicos serán soberanos, no siendo necesaria la interconsulta con psiquiatría.

PATOLOGIAS

RETARDOS MENTALES U OLIGOFRENIAS

Se trata de un “déficit en el crecimiento mental” y como tal, de un trastorno cuantitativo caracterizado por la oligognosia, oligotimia y oligotelia, para designar la escasez del desarrollo intelectual, afectivo y cognitivo-práxico. Mas no conviene olvidar que con el crecimiento y las exigencias sociales estos “insuficientes” deben suplir sus carencias con elementos substitutivos; a veces de la personalidad, que se torna disarmónica, con la pedantería, la mitomanía, las explosiones del carácter y del humor fatuo, otras con el desequilibrio psicótico y muchas con la constancia y obediencia, que envidiaría más de un hombre de inteligencia normal. Con estos ingredientes se ingresa en los trastornos cualitativos.

La comprobación de una dificultad práctica para conducirse autónomamente en la vida, junto con el estudio de las funciones permitirá bosquejar el perfil de ese individuo para hacerlo o no beneficiario del Sistema Previsiona

El oligofrénico carece de capacidad de abstracción y de síntesis, el capital ideativo es concreto e inmediato, le falta capacidad de comparar, de resolver situaciones nuevas y, por ende, el juicio crítico carece de jerarquía.

La personalidad, siempre dependiente, puede desarrollarse con un comportamiento automático, aprendido y adaptado, o ser, como algunos “lábilis de ánimo”, serviles instrumentos de los psicópatas.

Lo cierto es que un porcentaje elevado de estos discapacitados se concentra en las sedes de evaluación previsional para solicitar jubilaciones y pensiones.

De acuerdo a su cociente intelectual, se clasifican en: Idiotas, Imbéciles, Débiles Mentales profundos, moderados y leves, cuyas principales características son:

IDIOTAS: (C.I. DE 0 a 30)

1. No atravesó la etapa glósica.
2. Emite sonidos guturales.
3. No lee ni escribe.
4. No conoce el dinero.
5. No controla esfínteres.
6. No atiende sus necesidades básicas, incapaz de subsistir solo.

7. Se acompaña generalmente de malformaciones físicas.

IMBECILES: (C.I. DE 30 a 50)

1. No lee.
2. No escribe.
3. No conoce dinero.
4. Atiende sus necesidades elementales.
5. Puede, a veces, desempeñar tareas rudimentarias.

DEBILES MENTALES PROFUNDOS: (C.I. DE 50 a 60)

1. No lee.
2. No escribe.
3. No realiza operaciones mentales.
4. Sólo firma.
5. Vocabulario simple.
6. No conoce el dinero.
7. Puede, a veces, desempeñar tareas rudimentarias.

DEBILES MENTALES MODERADOS: (C.I. DE 60 a 70)

1. Lee.
2. Escribe.
3. Realiza operaciones simples.
4. Conoce el dinero
5. Puede trabajar en tareas de escasa exigencia intelectual.
6. Capacitado a los fines previsionales, si no presenta patología psiquiátrica agregada de mayor envergadura (psicosis, etc.).

DEBILES MENTALES LEVES: (C.I. de 70 a 90)

Ha cursado escuela primaria, a veces secundaria.

Puede realizar tareas de mayor envergadura que el grupo anterior, sobre todo los que tienen cociente intelectual cercano al normal (fronterizos).

CONSIDERACIONES MEDICO-PREVISIONALES:

Como se verá, desde el punto de vista previsional, le corresponde pensión por invalidez a los idiotas, imbeciles y débiles mentales profundos.

Los débiles mentales fronterizos, leves y moderados tendrán derecho a pensión cuando no hayan desarrollado sus disponibilidades básicas ni realizado nunca tareas remunerativas, como así también aquellos con una debilidad mental disarmónica, cuyos trastornos de personalidad obstaculicen su comportamiento social y aptitud laboral.

Tendrán derecho a retiro por invalidez aquellos enfermos oligofrénicos (trabajadores autónomos o en relación de dependencia), en los cuales se haya injertado otra enfermedad psiquiátrica u orgánica cuya sumatoria por CR o R le permita alcanzar el porcentaje del sesenta y seis por ciento (66%), que exige la Ley.

En los casos en los cuales a la solicitud del retiro por invalidez, se determine que la patología actual tiene el mismo grado de incidencia laboral que al inicio (por tratarse de una enfermedad congénita), se hará constar en las conclusiones del dictamen el presente concepto.

Una mención particular corresponde que se efectúe sobre los peticionantes que solicitan beneficio y padecen de **Enfermedad de Down**, entidad que por sí misma es suficiente para el otorgamiento del beneficio.

Porcentajes:

Débil Mental Fronterizo 1 - 5 %

Débil Mental Leve 6 - 9 %

Débil Mental Moderado 10 - 30 %

Débil Mental Profundo 70 %

Imbecilidad 80 %

Idiocia 80 - 100 %

Oligofrenias injertadas con psicosis crónicas 80 - 100 %

Oligofrenias en estado de insania, en sentido jurídico declarado o no, o encuadrable en el Art. 152 bis Inc. 2° del Código Civil, con o sin inhabilitación judicial, en forma permanente o transitoria 80-100 %

SINDROME PSICORGANICO O SINDROME CEREBRAL ORGANICO CON O SIN PSICOSIS

Según la Organización Mundial de la Salud: “Trastornos causados por, o asociados con ..., alteración tisular cerebral, es decir con una disfunción permanente o transitoria del cerebro, que provoca un conjunto de signos y síntomas psicológicos y conductuales”.

Estos trastornos se manifiestan por:

1. Perturbaciones de la orientación.
2. Perturbaciones de la memoria.
3. Perturbaciones de todas las funciones intelectuales, como la comprensión, el cálculo, el conocimiento y el aprendizaje.
4. Perturbaciones del juicio.
5. Perturbaciones de la afectividad.

La etiología de estos síndromes es siempre un “factor orgánico” intracerebral o extacerebral que secundariamente afecta el cerebro y sus funciones.

Este síndrome se clasifica por su forma de inicio, por el curso, por la capacidad de recuperación con o sin secuelas, por su extensión difusa o localizada, por su evolución reversible o irreversible, por estar o no asociado con psicosis.

SINDROME CEREBRAL ORGANICO ASOCIADO CON PSICOSIS O PSICOSIS DE FUNDAMENTO CORPORAL CONOCIDO

(Organización Mundial de la Salud)

DEMENCIA SENIL (Crónica e Irreversible)

DEMENCIA PRE-SENIL (Crónica e Irreversible)

PSICOSIS ALCOHOLICA.

1. Delirium tremens (agudo).
2. Psicosis de Korsakoff alcohólica (crónica).

3. Otras alucinosis alcohólicas (sub-aguda o crónica).
4. Delirio celotípico o paranoia alcohólica (crónico).
5. Deterioro alcohólico o demencia alcohólica (crónico e irreversible).
6. Ebriedad patológica (aguda).
7. Intoxicación alcohólica aguda.

PSICOSIS ASOCIADA A INFECCION INTRACRANEAL: sífilis del sistema nervioso central, parálisis general progresiva, encefalitis epidémica u otra infección intracraneal no especificada (aguda o crónica, reversible con o sin secuelas).

PSICOSIS ASOCIADA A OTRO CUADRO CEREBRAL: arterioesclerosis, neoplasia intracraneal, enfermedad degenerativa del sistema nervioso central, epilepsia, traumatismo cerebral (agudo o crónico, reversible o irreversible con o sin secuelas). Son invalidantes, los cuadros crónicos e irreversibles.

PSICOSIS ASOCIADA A OTRO CUADRO ORGANICO: psicosis con trastornos endócrinos, con trastornos metabólicos o de la nutrición, o infección general, por intoxicación por drogas o venenos, post-parto, por suspensión de drogas, con otro cuadro físico no especificado (agudo o crónico, reversible con o sin secuelas, irreversible). No son incapacitantes las formas reversibles o sin secuelas significativas, por ser psicosis sintomáticas, secundarias a otras enfermedades,

SINDROME CEREBRAL ORGANICO-NO PSICOTICOS

Con infección intracraneal, con intoxicación por drogas o venenos, con intoxicación alcohólica, ebriedad simple, con traumatismo cerebral, con trastornos circulatorios, con epilepsia, con trastornos del metabolismo, del crecimiento y de la nutrición. Patología orgánica (aguda o crónica, reversible con o sin secuelas, o irreversible).

CONSIDERACIONES MEDICO-PREVISIONALES:

La acotación de los diagnósticos de agudo, crónico, reversible con o sin secuelas, irreversible, tiene fundamental importancia desde el punto de vista previsional.

No son incapacitantes los cuadros agudos, sub-agudos o crónicos reversibles con restitución “ad-integrum” o aquellos cuyas secuelas tienen baja jerarquía (ej.: delirio alcohólico sub-agudo, delirium tremens), provocados muchas veces por la supresión brusca del alcohol o interurrencias infecciosas, como así tampoco las manifestaciones reversibles de la arterioesclerosis. Evaluar el grado de deterioro: leve - moderado - grave.

En los **SINDROMES CEREBRALES ORGANICOS LOCALIZADOS**, productos de tumores, post-quirúrgicos de aneurismas, por traumatismos encefálicos, etc., habrá que valorar las secuelas crónicas e irreversibles, teniendo en cuenta si el afiliado está bajo relación de dependencia con cobertura médica, que le permita estar protegido durante el período de convalecencia hasta que se instale el **SINDROME CEREBRAL ORGANICO DEFINITIVO**, o si es un trabajador independiente, pasible de un beneficio transitorio (no olvidar, por ejemplo, que en casos de traumatismo craneo encefálico, algunos autores aconsejan esperar 1 año y otros 2 años).

Los deterioros serios, los cambios graves y permanentes de la personalidad, una evolución demencial “clara”, generarán beneficios, sin lugar a dudas, por la irreversibilidad de dichos cuadros.

El antecedente de internaciones psiquiátricas por descompensaciones transitorias reversibles, sin secuelas y con restitución a la normalidad, no serán determinantes para acceder a un beneficio cuando no se constate la severidad actual, dentro de los términos explicitados en los párrafos anteriores.

Se entiende por Síndrome Cerebral Orgánico crónico, severo e irreversible, incapacitante (GRADO IV) la concurrencia de los trastornos que se mencionan en los ítems 1, 2, 3 y 4:

1. Cambios Afectivos:

- a) Reacción pseudoneurótica en personalidad sin trastornos previos de la misma.
- b) Aumento de labilidad afectiva.
- c) Actos impulsivos, superficialidad y sugestionabilidad.

d) Risas y llantos patológicos.

e) Ira provocadora.

f) Sospecha paranoide.

g) Humor depresivo hipocondríaco, excitación, curso hacia el empobrecimiento afectivo.

2. Trastornos de la memoria:

a) Amnesia de fijación.

b) Conservación relativa del reconocimiento.

c) Puede comprender órdenes simples.

d) Pérdida de la capacidad de abstracción.

e) Dificultad para elaborar conceptos.

f) Signo de Talland (imposibilidad de recomenzar una tarea después de una laguna amnésica).

3. Trastornos de otras funciones intelectuales:

a) Disminución de la inteligencia, de intereses personales y de la comprensión.

b) Alteraciones del curso del pensamiento: perseveración en sus diversos grados, viscosidad, lentificación, etc.

4. Conducta general:

a) Reacción catastrófica (Goldstein).

b) Ordenalismo orgánico.

c) Suprime todo conocimiento de incapacidad.

d) Aumento del umbral de excitación.

e) No distingue lo esencial de lo accesorio.

Porcentajes:

Grado I (Leve-Reversible/Irreversible) 1- 10 %

Grado II (Moderado-Reversible/Irreversible) 11- 30%

Grado III (Severo-Reversible) 40 - 70%

(Severo-Irreversible) 70 %

Grado IV (Severo-Irreversible) 70 - 80 %

PSICOSIS DE FUNDAMENTO CORPORAL DESCONOCIDO

ESQUIZOFRENIA

Esquizofrenias: En sus distintas formas clínicas (simple, hebefrénica, catatónica, paranoide, esquizoafectiva), evolucionan en brotes o se instalan progresivamente y sin remisión (esquizofrenia crónica).

La incapacidad será según la forma clínica y de evolución valorando la edad del actor.

Síntomas de primer rango:

1. Las vivencias de influencia sobre la corporalidad.

2. Los fenómenos de intervención ajena, sea en el sentido de producción o sustracción sobre el pensamiento, los sentimientos o la acción voluntaria.

3. La sonoridad del pensamiento y fenómenos afines como la divulgación de las ideas y el robo del pensamiento.
4. Las percepciones delirantes.
5. La audición de voces dialogadas y de voces comentadoras de la actividad del propio sujeto.

Síntomas de segundo rango:

1. Las inspiraciones u ocurrencias delirantes.
2. Las pseudopercepciones o pseudoalucinaciones restantes.
3. La perplejidad, distimias depresivas y eufóricas.
4. El empobrecimiento de la vida afectiva y otros.

DEFECTO ESQUIZOFRENICO O ESQUIZOFRENIA RESIDUAL

El defecto no es un problema demencial, sino el producto de alteraciones que conciernen a la afectividad y espontaneidad, está montado sobre una reducción del potencial energético. Al enfermo le faltan estímulos interiores, esto lo incapacita para concentrarse y tomar decisiones. La gravedad del mismo estará determinada por la posibilidad o imposibilidad de mantener sus ocupaciones.

Este concepto importantísimo en la evaluación de incapacidad laboral depende también del tipo de tareas que desarrolla, es decir que no es lo mismo en un trabajo rutinario y mecánico que en otro creativo.

Las autodescripciones como falta de “impulso”, de “energía”, “perseverancia”, de sentimiento de “falta de sentimientos” e hipocondrismos, son a veces, difíciles de diferenciar de cuadros neuróticos y orgánicos y por lo tanto, pesarán los antecedentes a edades tempranas.

Defecto esquizofrénico o defecto psicótico severo puro (GRADO III)

1. Debilitamiento de impulsos parecido al “Síndrome apático-akinésico-abúlico” de lesiones del lóbulo frontal.
2. El enfermo no habla ni actúa espontáneamente, pero cumple con los sencillos requerimientos que se le hacen, en respuesta a los estímulos externos.
3. El defecto no debe confundirse con restos de la temática delirante.
4. En el defecto grave se describe el “Síndrome del resorte roto”, igual que un reloj de péndulo con el resorte roto, persiste en actitud estatutaria, se moviliza brevemente frente a un estímulo y luego vuelve a la situación anterior.

CONSIDERACIONES MEDICO-PREVISIONALES:

El dictamen sobre la incapacidad laboral no presenta problemas cuando el afiliado trabaja en relación de dependencia, con antecedentes de internaciones u otro dato verificable o, cuando el grado de defecto es severo.

Teniendo en cuenta que después del primer brote, en las esquizofrenias marginales o benignas, el 60% aproximadamente, queda con un defecto moderado, habría que aprovechar todo el período de licencia que se disponga para observar el grado de recuperación, ya que en muchos casos “ante un estímulo enérgico y persistente, el enfermo puede mostrar una conducta adecuada y un rendimiento idóneo en el trabajo”. A. Fernández.

No pocas veces la denegatoria de beneficio frente a una solicitud de retiro por invalidez, en un defecto leve o moderado, ha facilitado la reinserción laboral por varios años más, hasta que vuelve al trámite por otros brotes.

Deberá ponerse especial cuidado en lo atinente a los diagnósticos diferenciales de esta patología, que en sus inicios puede remedar a distintos cuadros de la nosología psiquiátrica, con distinto enfoque desde el punto de vista previsional. Tal es el caso de las “formas esquizomorfias de la epilepsia temporal”; los “estados oniroides o psicosis delirantes agudas o Bouffés delirantes de la Escuela Francesa” y las descompensaciones fugaces propias de las personalidades anormales dentro de las cuales se encuentran las personalidades psicopáticas.

En todos los casos se efectuará una cuidadosa valoración de los estados defectuales y de las posibilidades concretas para desarrollar tareas remunerativas en virtud del acortamiento de los periodos trabajados y de la dependencia del núcleo familiar.

Se consideran pruebas fehacientes la copia de Historia Clínica de Instituciones oficiales o privadas con antecedentes de seria trayectoria científica, avalada por la Dirección Médica correspondiente.

Porcentajes:

1) Esquizofrenia procesal y por Brotes en período de estado 70 - 80 %

2) Esquizofrenia en remisión parcial 70 %

3) Esquizofrenia residual

Grado I (Leve) 10 - 20 %

Grado II (Moderada) 21- 30%

Grado III (Grave) 40 - 70%

Grado IV 80%

ESTADOS PARANOIDES

Reacción Paranoide: Reacción vivencial anormal de origen estrictamente psicológico, suscitado por una experiencia intensamente vivida.

El terreno predisponente en el que se genera incluye las personalidades litigantes y las sensitivas de los "inseguros de sí mismo" de K. Schneider, con tendencia a la sensibilidad y susceptibilidad. La duración es de semanas o meses, el trastorno pasa y deja tras de sí una personalidad intacta (Mayer - Gross).

La sordera, los defectos físicos, los sentimientos de inferioridad, las heridas a la autoestima, el aislamiento, una vivencia de injusticia, un suceso clave, pueden ser "la chispa que encienda el barril". Mejoran con tratamiento o con un cambio de situación. Un bajo porcentaje evoluciona hacia la cronicidad.

Son estos últimos los que tienen mayor peso desde el punto de vista previsional por transformarse en desarrollos paranoides como el Delirio sensitivo de autorreferencia o Delirio de persecución, curables, de duración variable.

Porcentaje:

Grado I (Leve) 10 - 20 %

Grado II (Moderado) 21- 30%

Grado III (Severo reversible) 40 - 70%

Desarrollo paranoide 40 - 70%

Paranoia: Delirio sistematizado, interpretativo crónico irreductible, irreversible 70 - 80%

TRASTORNO PSICOTICO BREVE

Llamado también esquizofrenia aguda, "Bouffé" delirante, estado crepuscular episódico, estado oniroide.

Delirios polimorfos agudos que se instalan en personas con una estigmatología psíquica y/o física, como las debilidades mentales o las personalidades anormales predominantemente histéricas (psicopatías histéricas).

Suele remitir en días o semanas con restitución total 10 - 30 %

PARAFRENIAS

Delirios crónicos polimorfos, megalómanos, fantásticos 70 - 80%

CONSIDERACIONES MEDICO-PREVISIONALES:

En los casos de reacciones paranoides, delirios curables, descompensaciones psicopáticas fugaces, por la corta duración, buen pronóstico, buena respuesta a los psicofármacos y remisión en menos de un año, reexaminar a los 6 meses para realizar dictamen definitivo para otorgar o no el beneficio.

TRASTORNOS AFECTIVOS MAYORES

1. Enfermedad maníaco depresiva a forma maníaca.
2. Enfermedad maníaco depresiva a forma depresiva.
3. Depresión endógena o melancolía.
4. Melancolía involutiva.
5. Enfermedad maníaco depresiva circular.

Estos trastornos afectivos mayores son llamados también psicosis fasotímicas, por su evolución en fases de 6 a 8 meses o más, que se intercalan con intervalos lúcidos (con restitución a la normalidad).

Estas psicosis se originan en un trastorno primario de la afectividad, que se exalta o deprime en forma extrema, con alteración del juicio de realidad. La aparición de este trastorno no está relacionada directamente con ninguna experiencia vital precipitante (es inmotivada) y por eso mismo, se lo distingue de la reacción psicótica depresiva y de las neurosis depresivas (OMS).

El “temperamento cicloide”, que reúne a las personalidades depresivas, hipomaniacas y ciclotímicas, es la base de esta psicosis y no las personalidades histéricas.

La periodicidad que caracteriza a esta psicosis, “con intervalos libres normales sin que disminuya la integridad mental” (Mayer-Gross), permiten indicar que los beneficios sólo deben otorgarse cuando el afiliado cursa, en el momento del examen, una fase psicótica muy prolongada, o cuando evoluciona hacia la cronicidad, o cuando esta fase fuera precipitada por procesos orgánicos severos, como la arterioesclerosis, lo que empeora su pronóstico en edades avanzadas.

Por la misma razón, “la periodicidad”, la Ley no incluye estos cuadros en el Art. 54, Inciso 3º del Código Civil.

Cabe aclarar, por la frecuencia con que aparecen en las certificaciones el diagnóstico de depresión endorreactiva o “estados muelle”, que se acepta dicho cuadro, entendiéndose por tal a aquellas depresiones que, habiéndose desencadenado por una situación vivencial traumática, evolucionan hacia una forma clínica de características melancólicas, independizándose de la causa que la originó; es decir toma el curso de una psicosis depresiva cuyo tratamiento psicofarmacológico se realiza con anti-psicóticos y que, previsionalmente, debe ser considerado con el mismo criterio de las depresiones endógenas.

CONSIDERACIONES MEDICO-PREVISIONALES:

Dadas las características básicas de los Trastornos Afectivos Mayores, la buena evolución con el tratamiento con litio en la mayoría de los casos, y los conceptos jurídicos transcritos, no corresponderá el beneficio cuando la incapacidad verificada o probable no exceda el tiempo en que el afiliado fuera acreedor a la percepción de remuneración u otra prestación sustitutiva de ésta, o cuando la incapacidad sea menor de un año.

Porcentajes

1. Depresión Endógena en período de estado 50 - 70 %
2. Enfermo maníaco depresivo en período de estado (a forma maníaca, a forma depresiva, a forma circular).
50 - 70 %
3. A forma delirante 70 %
4. Melancolía involutiva 70 - 80 %

TRASTORNOS DEPRESIVOS NO PSICOTICOS

El elemento semiológico fundamental que caracteriza estos cuadros, es un descenso del humor (estado de ánimo, temple o timia) que termina siendo triste. Acompañan al mismo el dolor moral y la inhibición.

Todo deprimido está triste, pero no todo triste es un deprimido. Además, la tristeza puede faltar, como en las depresiones enmascaradas. Mientras el sentimiento tristeza (polo opuesto a la alegría) no interfiera con la actividad normal de un individuo, no puede rotularse al mismo de deprimido.

Las circunstancias de aparición, la magnitud del factor desencadenante, la personalidad de base, la estructuración de una neurosis histérica, obsesiva, fóbica o hipocondríaca de fondo, la carga somática predominante y creciente, desde las depresiones sintomáticas (de asiento extracerebral) hasta las depresiones orgánicas (determinadas por alteraciones morfológicas del cerebro), sin olvidar “los estados muelle” que constituyen las formas de transición entre depresiones psicógenas y endógenas (endorreactivas), permiten distinguir una gran variedad de cuadros.

Depresión Neurótica:

Se presenta en individuos con una personalidad premórbida, con baja tolerancia al “stress” o en el curso de una neurosis. Es de etiología exógena y psicógena y ocasionada por la historia conflictual del enfermo (conflicto psíquico parcialmente reprimido, encapsulado y duradero). Tras experiencias de frustración aparece un sentimiento de tristeza psíquica, con ansiedad, que puede llegar a una magnitud teatral. El tema depresivo está relacionado con la experiencia vivida, pero necesita ser “escuchado”, “consolidado”, “comprendido”, de allí la actitud reclamatoria y el apoyo en los otros, llegando a veces a una conducta exigente y tiránica sobre los demás. Los trastornos histeriformes, las preocupaciones fóbicas, obsesivas y hasta hipocondríacas, revelan una demanda de atención del medio y el fondo neurótico de la personalidad, no siendo raros los “chantajes” suicidas.

Entre los síntomas físicos se describen:

1. La astenia neurótica, matinal, que no pasa con el reposo.
2. Las perturbaciones del sueño que a veces preceden a la misma depresión por meses o años con un insomnio de conciliación o interrupciones, ligado a la angustia de soñar y de perder el control conciente de la vigilia.
3. Anorexia o bulimia.
4. Los trastornos funcionales digestivos.
5. Perturbaciones genitales y de la libido.
6. Perturbaciones cardiovasculares funcionales.
7. Perturbaciones neurológicas subjetivas (vértigo timopático).

CONSIDERACIONES MEDICO-PREVISIONALES:

Se entiende por depresión neurótica Grado I a la forma leve en la cual los elementos depresivos no comprometen la vida de relación ni la actividad laboral.

En las depresiones neuróticas de Grado II los síntomas cursan con evolución favorable con la ayuda de tratamientos psicoterapéuticos sin requerir psicofármacos; en algunos casos la medicación es poco significativa y basada fundamentalmente en ansiolíticos.

En las depresiones neuróticas Grado III, si bien se requieren tratamientos más intensivos, la remisión de los síntomas se observa entre 60 y 180 días.

Las depresiones neuróticas, instaladas en una personalidad predepresiva o anancástica, en afiliados con profesiones de “exactitud”, en personalidades depresivas y sensitivas pueden a veces llegar a un grado de severidad tal que determina una incapacidad del 70 % (Grado IV) por cristalización de los síntomas que comprometen todas las áreas de desarrollo del sujeto.

OTRAS FORMAS CLINICAS DE DEPRESION

DEPRESION REACTIVA: No incapacitante, salvo que se trate de una depresión reactiva psicótica.

DEPRESION SECUNDARIA A ENFERMEDADES FISICAS O PSIQUICAS: (influenza, hepatitis, etc.). No incapacitante.

DEPRESION SINTOMATICA: Se valorará jerarquía de la patología de base (arterioesclerosis, tumor, esquizofrenia, Parkinson, endocrinopatía, etc.), carácter de la evolución, profundidad de la depresión, respuesta al tratamiento, antecedentes de internaciones y licencias laborales.

Formas leves o moderadas (Grado I y II): no incapacitantes.

Formas graves (Grados III y IV): incapacidad total, según la edad y patología de base.

Ej.: depresión sintomática de psicosis crónica.

DEPRESION POR AGOTAMIENTO: No Incapacitante

DEPRESION POR DESCARGA O LIBERACION: No Incapacitante

DEPRESION POR DESARRAIGO: No Incapacitante

Porcentajes

Depresión Neurótica Grado I 0 %

Depresión Neurótica Grado II 5 - 10 %

Depresión Neurótica Grado III 30 - 40 %

Depresión Neurótica Grado IV 70 %

NEUROSIS O REACCIONES VIVENCIALES ANORMALES NEUROTICAS

Las mal llamadas neurosis (pues no se originan en alteraciones del sistema nervioso), son trastornos muy difundidos, sin base anatómica conocida, y que, aunque ligadas íntimamente a la vida psíquica del sujeto, no alteran su personalidad (como lo hacen las psicosis), por lo cual van acompañadas de una conciencia penosa y generalmente “excesiva” del estado anormal.

Las dificultades para adaptarse a la realidad y al medio están generadas por la imposibilidad de librarse del interés hacia sí mismo, para consagrar su actividad a los fines de la existencia práctica.

Estos cuadros no tienen síntomas guía, como se conocen en las psicosis agudas y crónicas de base somática (alteración de la conciencia, desintegración de la personalidad o demencia) ni síntomas de primer orden, como en las Esquizofrenias y en la Psicosis Maníaco Depresiva.

Muchos autores, entre ellos Schneider, Weitzbrecht y otros, proponen utilizar los términos de **REACCION VIVENCIAL PSIQUICA NEUROTICA Y DESARROLLO NEUROTICO O REACTIVO VIVENCIALES DE LA PERSONALIDAD** (para diferenciarlo del desarrollo o personalidad psicopática en sentido estricto) “cuando el individuo afectado sufre exageradamente y/o hace sufrir por su anomalía a los demás”.

El error de haber usado los términos neurosis y psicopatías como diagnósticos, es decir, como entidades patológicas, ha extendido tanto los mismos que pareciera existir una verdadera “pandemia de las neurosis”.

Hoy día se llama neurótico a todo individuo con trastornos funcionales, a los que no se sienten a gusto con su incierto presente, a los que lloran por la pérdida de su trabajo, a los que se deprimen porque se pelean con el jefe, a los que se sienten frustrados por no recibir un ascenso por tener que trabajar por un bajo salario y a los que no encuentran la salida laboral efectiva por vivir en un país en crisis, sin olvidar a los que temen un despido.

Calificar de “neurosis” cualquier mala acción, indisciplina, cualquier crisis existencial, el dolor excesivo por la pérdida de un ser o un bien muypreciado, es inflar exageradamente el término y es contraponerlo con lo “aneurótico” que representaría una pura ficción de ausencia de sufrimiento y una armonía psíquica permanente, alegre y equilibrada (de carácter utópico).

Tener que renunciar y sufrir privaciones, sentirse y ser culpable, cometer omisiones y olvidar, la falsedad, la cobardía, el histrionismo tan común en nuestro siglo, las lamentaciones, la holgazanería, la dependencia, más allá de todo lo neurótico forman parte del ser humano, requieren el auxilio de la psicoterapia, debe ser comprendido empáticamente, pero no se ha de considerar como regla una enfermedad pasible de un beneficio por invalidez.

El término REACCION representa una forma de conducta compleja, con numerosas determinantes, que a veces abarcan todo el devenir biográfico de una personalidad e implica una relación dinámica entre el terreno predisponente y la intensidad del estímulo en proporción inversa.

En el acontecer neurótico se ocultan a menudo fuertes tendencias desiderativas y en muchos casos está presente, sin duda alguna, cierto “lucro neurótico”.

La “neurosis” es molesta, pero al mismo tiempo protege de otros inconvenientes de la vida y puede aprovecharse para forzar, con más o menos suavidad, el respeto y la atención del mundo exterior o para edificar o mantener una mentira que sirve en la vida a la conservación del propio valor (Weitbrecht).

En la legislación de los países del primer mundo se considera que “los procesos o fenómenos anómalos de la vida anímica no se pueden valorar como motivo de una concesión de renta, en el sentido de la legislación de seguros, cuando se deben a tendencias finalistas”.

Se ha querido auxiliar a las personas neuróticas tildándolas de enfermos y lo que se ha hecho así es imposible de defender, se ha renunciado a la cisura entre neurosis y psicosis. Calificar de “enfermo”, con todas sus consecuencias legales a todo el que no resuelve por sí solo sus dificultades y, buscando consejo y ayuda, acude a otro, sea éste el médico, el psicólogo, el asesor matrimonial, el sacerdote o un amigo de confianza, no es aceptable, y además se corre el peligro que quien psicopáticamente no domina sus preocupaciones reciba encima una pensión, mientras que el que es más severo consigo mismo salga perjudicado.

En todo neurótico se encuentra el “deseo”, más o menos consciente, de ser cuidado, protegido, y eximido de responsabilidades como una forma de resarcimiento de muchos fracasos personales.

La sola posibilidad de un beneficio de pensión y su logro, transforma las “neurosis de deseo” en “neurosis fijadas” y destruye todas las posibilidades terapéuticas, haciendo imposible la psicoterapia; en cambio, el tratamiento tiene buenas perspectivas después de la denegación legal de la pensión (legislación alemana).

Sólo correspondería otorgar un beneficio por invalidez en aquellas REACCIONES VIVENCIALES ANORMALES, duraderas, graves y fijadas, donde la idea finalista está en un plano muy secundario, o en las que el soma se afecta severamente.

CONSIDERACIONES MEDICO PREVISIONALES

En la valoración de invalidez previsional de las Neurosis o Reacciones vivenciales psíquicas neuróticas o Desarrollo neurótico o reactivo vivenciales de la personalidad debe tenerse en cuenta:

1. Evolución pasajera o prolongada, reversibilidad de los síntomas o progresión con debilitamiento de la personalidad e irreversibilidad de los mismos.
2. Necesidad de tratamientos, duración y cumplimiento de los mismos.
3. Conservación de la vida de relación en ámbitos externos a los laborales o no.
4. Alteraciones físicas demostrables por anorexia con pérdida de peso significativas, abandono personal o cuadros de bulimia severos.
5. Reacciones vivenciales anormales psicofisiológicas persistentes, que lleven a daño severo de órganos o sistemas; irreversibles o reiteradas por períodos prolongados y con tratamientos clínicos intensivos.
6. Reacciones vivenciales anormales conversivas, sostenidas por largos períodos, con alteraciones físicas por no ejercitar funciones fisiológicas (atrofias musculares en parálisis histéricas, hipotonía generalizada, lesiones de córnea en cegueras histéricas, etc.).
7. Reacciones vivenciales anormales fóbicas, comprobadas y generalizadas, “no selectivas”, con retracción extrema, que puede llevar al aislamiento del paciente en su propia habitación.

Son excepciones, por ejemplo, la “Neurosis de vuelo” en pilotos y copilotos de líneas aéreas comerciales, por riesgo de vida para sí y para terceros en un posible ataque de pánico.

8. Reacciones vivenciales anormales obsesivo-compulsivas:

Caracterizadas por cuatro fenómenos fundamentales sobre una personalidad obsesiva o anancástica.

a) Idea parásita, que el sujeto reconoce como patológica (a diferencia de la idea delirante), pero que no puede evitar que se imponga en su pensamiento.

b) Tendencia iterativa: repetición de un movimiento o acción, por inseguridad en la eficacia de su ejecución inicial.

c) Omnipotencia del pensamiento, que crea el temor supersticioso y hace suponer que se puede cambiar el curso del destino empeorándolo con determinados presagios o mejorándolos con determinadas promesas o conjuros (rituales).

d) Duda que se apodera de la conducta (explícita o implícita).

9. Reacciones vivenciales anormales con intento de suicidio: Se investigará pormenorizadamente: las ideas y fantasías, las circunstancias en que se dieron los intentos de suicidio y los métodos utilizados; si existió un período previo con rumiación y elaboración; si el o los actos fueron producto de un impulso; si se acompañó de síntomas guía de las psicosis depresivas o de la constelación esquizofrénica; si eligió un medio “que no provocara sufrimiento”; si fue secundario a problemas personales o peleas y con el objetivo de llamar la atención; se buscará detectar elementos orgánicos en la personalidad. Tiene marcada importancia determinar la personalidad de base del sujeto (anormal psicopática, anormal neurótica o caracteropática, normal o equilibrada).

Se consignará si el o los intentos requirieron denuncia policial, asistencia hospitalaria, internación psiquiátrica, duración de tratamientos instituidos, secuelas.

Estos cuadros se clasificarán en grado I-II-III y IV.

Las reacciones vivenciales anormales grado I están íntimamente ligadas a situaciones cotidianas, la magnitud es leve, son manifestaciones subjetivas de quejas, que prácticamente no requieren tratamiento.

Las reacciones vivenciales anormales grado II son aquellas que presentan una sintomatología más florida, que pueden requerir tratamiento psicoterapéutico con restablecimiento; rara vez requieren de tratamiento psicofarmacológico que, de existir, es poco significativo.

Cabe incluir en este grupo las formas crónicas de existencia neurótica, con periódicas recaídas (como consecuencia de contingencias de poca magnitud o bien por actualización de sus conflictos inconscientes), a pesar de las cuales pueden desarrollar tareas remunerativas y una vida de relación adaptada y en las que resalta el terreno o personalidad de base.

Las reacciones vivenciales anormales grado III requieren un tratamiento más intensivo; la remisión de los síntomas agudos (aun cuando sean severos) puede observarse en forma notable a los 60-90 días. Sus relaciones con el medio circundante y laboral están más comprometidas que en los grados anteriores, se verifican trastornos de memoria y concentración francas durante el examen psiquiátrico y psicodiagnóstico.

Las conversiones, las crisis de pánico, la subordinación de la conducta a rituales e ideas parásitas y fobias pueden encontrarse en las distintas formas clínicas de estas reacciones psicógenas, que suelen revertir con tratamiento psicofarmacológico y terapéutico adecuado.

Las reacciones vivenciales anormales Grado IV son aquellas cuyos fenómenos regresivos la tornan dependiente de una asistencia permanente por parte de familiares.

En las Neurosis Fóbicas, la panofobia limita al sujeto hasta para alimentarse solo; siendo obvio el estado angustioso en que se halla sumido el enfermo en la enfermedad obsesiva, los rituales pueden llegar a un grado extremo como por ejemplo repetir un acto 50 a 100 veces. Las fobias anancásticas a las enfermedades y a la suciedad pueden generar evidentes dermatitis como consecuencia de ceremoniales como el lavado excesivo de manos y uso de sustancias químicas diversas para evitar contagios.

La pérdida de libertad interior, en los obsesivos, puede hacer el tránsito hacia un delirio o alguna forma de deterioro intelectual.

Las conversiones histéricas evidencian claramente lesiones por la falta de función y las expresiones psicósomáticas se expresan por un daño severo del órgano afectado. El período de evolución excede el de percepción de haberes por licencia de largo tratamiento. Los antecedentes médicos muestran, en un corte longitudinal, un historial psiquiátrico frondoso, con remisiones parciales, frecuentes recaídas, una limitación creciente y progresiva, en la que se determinará la rigidez de la personalidad anormal básica y la voluntad de recuperación, puesta en evidencia por tratamientos realizados con constancia, sin deserciones caprichosas.

La evaluación de un paciente neurótico tiene que ser muy cuidadosa, atendiendo no sólo a la intensidad de los síntomas actuales, sino a la cronicidad de éstos sin mayores variables, a pesar de las cuales pudo desarrollar tareas remunerativas, ligadas o no a su trabajo habitual.

Cualquier paciente neurótico pasa por períodos de normalidad y aun las personas normales pueden tener “Reacciones neuróticas”; todo esto debe ser considerado para evitar que una conducta “encastillada” con cierta perseverancia logre confundir al perito encubriendo su “deseo de Renta”.

A los fines prácticos será de utilidad conocer que las Neurosis depresivas constituyen el 44% de las peticiones por invalidez en la especialidad de psiquiatría y que sólo se han constatado un 2% de Neurosis Estructuradas.

Porcentajes

Neurosis Depresiva Grado I 0%

Neurosis Depresiva Grado II 5 - 10%

Neurosis Depresiva Grado III 30 - 40%

Neurosis Depresiva Grado IV 70%

Neurosis Fóbica Grado I 0%

Neurosis Fóbica Grado II 5 - 10%

Neurosis Fóbica Grado III 30 - 40%

Neurosis Fóbica Grado IV 70%

Enfermedad Obsesiva Grado I 0%

Enfermedad Obsesiva Grado II 5 - 10%

Enfermedad Obsesiva Grado III 30 - 40%

Enfermedad Obsesiva Grado IV con deterioro de la personalidad o evolución psicótica 70%

Neurosis de Angustia Grado I 0%

Neurosis de Angustia Grado II 5 - 10%

Neurosis de Angustia Grado III 30 - 40%

Neurosis de Angustia Grado IV a edad avanzada 70%

DIFERENTES EXPRESIONES DE LA HISTERIA

NEUROSIS HISTERICA DE CONVERSION Grado I 0%

NEUROSIS HISTERICA DE CONVERSION Grado II 5 - 10%

NEUROSIS HISTERICA DE CONVERSION, Reversible Grado III 30 - 40%

NEUROSIS HISTERICA DE CONVERSION, irreversible a edad avanzada Grado IV 70%

NEUROSIS HIPOCONDRIACA Grado I 0%

NEUROSIS HIPOCONDRIACA Grado II 5 - 10%

NEUROSIS HIPOCONDRIACA, reversible Grado III 30 - 40%

NEUROSIS HIPOCONDRIACA, irreversible a edad avanzada Grado IV 70%

PSEUDOPSICOSIS HISTERICA Grado I 0%

PSEUDOPSICOSIS HISTERICA Grado II 5 - 10%

PSEUDOPSIKOSIS HISTERICA, reversible Grado III 30 - 70%

PSEUDOPSIKOSIS HISTERICA, irreversible a edad avanzada Grado IV 70%

PERSONALIDADES ANORMALES O TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD - NO PSICOTICA-

Aquí se utiliza la clasificación de K. Schneider. Para este autor correspondería referirse, en un sentido amplio, a Personalidades Anormales, las que podrían dividirse en caracteropatías y sociopatías o personalidades psicopáticas en sentido estricto. Schneider prefiere referirse a ellas como "personalidades anormales", en el sentido de que sus conductas caen "fuera de las normas del término medio para nuestra sociedad, época y cultura".

El término psicópata no significa enfermedad como "cardiópata" o "endocrinópata". La escuela francesa se refiere a ellas como "personalidades desequilibradas", pero en el sentido constitucional, concepto que comparte la escuela alemana.

Utilizando como "norma el término medio" es una "personalidad anormal" tanto la del genio y la del santo como la del criminal desalmado.

Utilizando la "norma del valor", es un concepto subjetivo que depende de quién valora y desde dónde se valora, por ejemplo, la persona que, por su conducta, para algunos es un héroe idealista para otros es un agitador subversivo.

Deniker (1972) puntualizaba que la psicopatía no es una psicosis, ni una neurosis, ni una prepsicosis y en caso de una complicación, sus psicosis son "ráfagas" delirantes polimorfos, crisis de depresión o de excitación.

Conviene aclarar que algunos autores discriminan las "personalidades psicopáticas" de las "seudopsicopatías", como las producidas por un proceso cerebral (infeccioso, inflamatorio o traumático) especialmente las meningoencefalitis de la infancia, los procesos demenciales incipientes (seudopsicopatías progresivas), las personalidades que se conforman después de un brote esquizofrénico (seudopsicopatía residual) y los trastornos de personalidad de los epilépticos (personalidad epileptoide enequética o glizroide).

Tampoco se incluyen en la misma denominación las personalidades disarmónicas de los oligofrénicos o por atrofas cerebrales de etiología no clara.

Schneider clasifica las personalidades anormales en 10 tipos básicos de los cuales son "psicópatas en sentido estricto" el hipertímico, el depresivo, el impulsivo, el explosivo, el lábil de ánimo y el atímico, desalmado, "loco moral" o "moral insanity".

El resto de las mismas corresponden a caracteropatías o modalidades neuróticas del carácter.

Este autor reconoce 10 grupos:

1. Hipertímicos: alegres, superficiales, muy activos, cordiales, simpáticos, pendencieros, fanfarrones, pueden caer en la estafa o el alcoholismo.
2. Depresivos: tristes, malhumorados, descontentos, pesimistas, desconfiados, hostiles, autodesvalorizados. En este tipo se puede ver tendencia al alcoholismo.
3. Lábil de ánimo: inconstantes, mala adaptación familiar y laboral, el humor varía de un momento a otro, pocas inquietudes, dificultad para acatar normas, derroche, despilfarro, fugas, exceso de bebidas, incendiario.
4. Amorales o Desalmados o Anestesia moral: Amorales: llamados también en medicina legal "moral insanity"; quizás podemos referirnos a este grupo como sociópatas asociales en sentido estricto. Individuos de juicio conservado, sin sentimiento de culpa, instrumentan a los demás en su propio beneficio. La mala fe es plenamente consciente, incapaces de amar, sólo buscan la satisfacción personal a cualquier precio, ya que el prójimo es tan sólo un objeto. El robo, el crimen, las perversiones, las estafas, incluyen la amplia gama delictiva en que pueden caer estos sujetos.

Conocen las leyes morales, pero no las sienten ni las respetan, de allí que sean derivados a la cárcel y no a un hospital psiquiátrico cuando delinquen. Carentes de compasión, vergüenza y pundonor.

5. Fanáticos: inventores, reformadores, renovadores a) Extravagantes: suelen vivir en comunidades que se destacan por su vestimenta, modalidad, etc. b) Fanáticos luchadores: sobrevalorados, defienden generalmente posiciones personales, expansivos, pueden ser agresivos.

6. Necesitados de estima o Personalidades Histéricas: que necesitan aparentar más de lo que son, inmaduros egocéntricos, buscan llamar la atención, etc., (remitirse al capítulo de histeria). Dentro de las variedades de este grupo pueden encontrarse mitómanos, estafadores, embusteros, seudólogos.

7. Inseguros de sí mismos:

a) Anancásticos u obsesivos.

b) Sensitivos.

En el grupo a: descriptos en las neurosis, puede instalarse una neurosis obsesiva, compulsiva, etc. En el grupo b: morales escrupulosos, con conflictos éticos de excesiva autocrítica (puede instalarse un delirio de autorreferencia) “delirio de las solteronas o jóvenes masturbadores”.

8. Asténicos: muestran inseguridad, astenia física, apatía, falta de vigor e intereses. Aprensivos respecto de su salud con componentes hipocondríacos crónicos, son los individuos llamados “nerviosos”. Se sienten débiles. Combinaciones con toxicomanía: morfina, abuso de hipnóticos.

9. Personalidad explosiva: epileptoide o enequética. Explosiones de agresividad verbal o física, con arrepentimiento posterior y pena, imposibilidad de controlarse. Este tipo de personalidad suele encontrarse como básica en pacientes con trastornos psicorgánicos. Combinación con el alcoholismo. Pueden caer en delitos afectivos y castigos corporales.

10. Abúlicos: falta de voluntad, incapacidad de resistencia frente a todos los influjos, fáciles de seducir por otros individuos o situaciones. Razonables, dóciles, laboriosos y modestos, pero no por mucho tiempo bajo malas influencias. Combinación con el alcoholismo. Algunos son marcadamente oligofrénicos.

La personalidad psicopática o “estado constitucional psicopático”, difícil de definir científicamente, designa a aquellos individuos incapaces de adaptarse en forma adecuada y aceptable al medio social y cultural predominante.

Sin entrar a ocuparnos de las diversas teorías que explican los mecanismos psicopatológicos de las mismas, podría afirmarse que las escuelas más psicologistas responsabilizan a la familia y el medio y otras apoyan su explicación en una predisposición genética tanto mayor cuanto más profundo es el trastorno de dicha personalidad (constitución).

Se trata de individuos con escasa o nula tolerancia a la frustración, con necesidad de buscar nuevos estímulos permanentemente, con muy pocos sentimientos de angustia, culpa o remordimiento e incapaces de sacar provecho de la experiencia o el castigo. Carecen de un objetivo definido y su habitual estado de inquietud puede ser el resultado de que buscan lo inalcanzable. La aplicación y la eficiencia en el trabajo, suele ser deficiente, la rutina les parece interminable, intolerable y tediosa.

Tienen un deficiente sentido de responsabilidad y viven para el momento. Exigen la satisfacción inmediata de sus deseos, sin que les importen los sentimientos ni intereses de los otros, con quienes establecen muy escasas relaciones emocionales o lazos afectivos estables. Tampoco constituyen un sentido de los valores sociales, que generalmente está distorsionado.

Pueden ser aceptables y locuaces, pero no se puede confiar. Sólo pueden adaptarse al ambiente que pueden “dominar”, de allí la dificultosa posibilidad de aceptar todo aquello que viven como límites.

En el diagnóstico diferencial, tanto los neuróticos como los psicóticos, sienten intensa ansiedad, angustia y conflicto interno, están continuamente bajo tensión, crónicamente insatisfechos y a menudo o siempre inhibidos y rígidos.

El neurótico trata de solucionar su conflicto usando mecanismos de defensa (represión, agresión, etc.); puede desarrollar una fobia, una obsesión, un síntoma histérico o puede caer en ataques de angustia extrema si fallan los mismos.

El neurótico trata de mitigar su perturbación interna con la fantasía pero no corta, a diferencia del psicótico, sus lazos con la realidad, puede funcionar en la sociedad y cuidar de sí mismo. El grado de adaptación social es la línea divisoria entre la neurosis y la insania.

“La psicopatía es casi la antítesis de la neurosis”. Aunque el psicópata primario es radicalmente diferente del neurótico común, no es fácilmente diferenciable del “neurótico actuador” o con marcados elementos psicopáticos. Por ejemplo: “En la histeria, cuando se pierde la posibilidad de manejo simbólico del medio, que permitió hasta ese momento ganancias secundarias, la

seducción y la defraudación en el campo de las relaciones humanas son los más frecuentes” (psicopatía histérica o de los “Necesitados de Estima” de K. Schneider).

“Las condiciones sociales actuales determinan una dificultad cada vez más creciente en la estructuración de los comportamientos evitativos, que décadas atrás era bastante fácil de observar.

El incremento de la competitividad destructiva y la lucha por la supervivencia constituyen factores cruciales que, en determinadas épocas de la vida, actúan como factores desencadenantes de la transformación de las fobias en contrafobias y éstas a su vez en comportamientos de corte psicopático”.

Los neuróticos obsesivos suelen presentar actitudes sádicas, que aparecen cuando los rituales de carácter primitivo y expiatorio fracasan como mecanismo de defensa y control y liberan los impulsos de crueldad que antes dirigían a sí mismos (psicopatía inseguro de sí mismo).

La “impulsión” es un componente muy frecuente en estos cuadros y a diferencia de los elementos existentes en la serie epiléptica, lo que la caracteriza es el aspecto patoplástico.

Puede ser más o menos paroxística en su presentación pero más organizada que en la epilepsia y va generalmente acompañada de un hecho antisocial como puede ser un abandono brusco del hogar o de un negocio llevándose dinero.

Se incluye dentro de estos cuadros la cleptomanía (en donde existe un impulso de robar), como es el caso de las mujeres que experimentan un deseo irresistible a hacerlo en una tienda, seguido luego de una sensación voluptuosa. También los impostores, gente que como el “Tartufo de Molière” explotan la credulidad humana; tal es el caso de los que experimentan gran placer engañando a mujeres ingenuas (son muy hábiles para manejar a los demás hablando y tienen un nivel alto de capacidad intelectual, que ha perfeccionado el manejo verbal).

A diferencia del histérico que necesita a los espectadores para mostrarse, éstos tratan de poseer el auditorio para obtener un fin personal como por ejemplo, los agitadores políticos que utilizan la ideología, no por fines sociales, sino en beneficio propio.

CONSIDERACIONES MEDICO-PREVISIONALES:

Dadas las características que presentan las personalidades psicopáticas es muy difícil que establezcan relaciones laborales duraderas.

Esto es evidente cuando hacemos el estudio del expediente, generalmente no pasan el año, con ausencias reiteradas y conflictos que más de una vez obligan a la cesantía.

En aquellas tareas que no exigen el cumplimiento de un horario y la obligación de concurrir diariamente (como vendedores, viajantes independientes o sin relación de dependencia) pueden durar más.

Es habitual que las dificultades con el medio laboral los lleven a solicitar el beneficio de jubilación por invalidez, aduciendo las más variadas patologías, siendo la psiquiátrica una de las más invocadas.

Los casos de simulación son frecuentes en este tipo de personalidades por su capacidad de actuación, desenfado, audacia y por lo atractivo que le significa burlar a los peritos médicos.

Todo lo detallado conduce a denegar las jubilaciones o pensiones a los psicópatas en sentido estricto, a excepción de que se injerte otra patología de magnitud, pues los elementos característicos existían al inicio laboral.

La drogadependencia, el alcoholismo (muy comunes) y las descompensaciones psicóticas reiteradas provocan con el tiempo un deterioro, que incide previsionalmente y que sí debe ser considerado en estos casos a edades avanzadas.

Hacen excepción a lo anterior las personalidades anormales adquiridas por psicosis esquizofrénica, cuadros cerebrales orgánicos o post-traumáticos severos etc., que deben ser clasificados en el síndrome cerebral orgánico no psicótico y cuya gravedad podrá dar origen o no a un beneficio de jubilación o de pensión.

Las personalidades anormales de los oligofrénicos, llamadas Personalidades Disarmónicas, fueron consideradas en los retardos mentales u oligofrenias, y pueden dar origen a beneficios de pensión.

Las personalidades adictivas sólo son incapacitantes cuando la adicción aludida ha provocado un deterioro irreversible o una psicosis crónica.

Dado que en los últimos años se ha extendido el uso del concepto de Personalidad Borderline, pero que el mismo no se ha utilizado con un criterio universal, se aclara que en este baremo dicho grupo se ha incorporado pero en el sentido de una pre-psicosis cuya fisonomía cambiante y la evolución hacia estados psicóticos frecuentes y duraderos permitirá arribar a la consideración del grado III, que puede ser incapacitante desde el punto de vista previsional.

Trastornos facticios

...“Los trastornos facticios se caracterizan por síntomas físicos o psicológicos fingidos o producidos intencionalmente, con el fin de asumir el papel de enfermo. La apreciación de que un síntoma se ha producido de manera intencionada es posible tanto por comprobación directa como por la exclusión de otras causas. Por ejemplo, un individuo que acude por hematuria y se descubre que tiene anticoagulantes y niega haberlos tomado, mientras los análisis de sangre demuestran lo contrario. Cabe pensar, pues, que si no existe prueba alguna de ingestión accidental, el paciente ha ingerido intencionadamente este tipo de fármacos...”.

Las personas que presentan este trastorno por lo general explican su historia con un aire extraordinariamente dramático, pero en cambio son sumamente vagas e inconsistentes cuando se les pregunta con más detalle. El paciente suele dejarse llevar por una tendencia a mentir incontrolable y patológica, referida a cualquier aspecto de su historia o síntomas (P. ej. pseudología fantástica).

...a menudo, estos pacientes tienen un amplio conocimiento de la terminología médica y de las rutinas hospitalarias. Son muy frecuentes las quejas de dolor y las demandas de analgésicos.

Después que una intensa exploración de sus principales molestias haya resultado negativa, a menudo empiezan a quejarse de otros problemas físicos y producen más síntomas facticios. Las personas que padecen este trastorno suelen ser objeto de múltiples exploraciones e intervenciones quirúrgicas... Las hospitalizaciones múltiples conducen frecuentemente a trastornos físicos e iatrogénicos como la formación de tejidos cicatrizales debidos a intervenciones quirúrgicas innecesarias o reacciones adversas a fármacos... Entre los factores predisponentes se encuentran los trastornos físicos verdaderos durante la infancia o la adolescencia que conducen a un tratamiento médico extenso o a hospitalizaciones repetidas; la animadversión hacia la clase médica; hacia las profesiones relacionadas con la medicina; la presencia de un trastorno de la personalidad grave y alguna relación importante con algún médico en el pasado.

Los parámetros para el diagnóstico son:

1. Fingimiento o producción intencionada de signos o síntomas físicos y/o psíquicos.
2. El sujeto busca asumir el papel de enfermo.
3. Ausencia de incentivos externos para el comportamiento.

En esencia se trata de trastornos de la personalidad no psicótica o personalidades anormales, con producción voluntaria de síntomas, cuyas motivaciones los lleva a asumir el rol de enfermo en búsqueda de un beneficio secundario.

El terreno de sugestibilidad marcada, la tendencia a la mitomanía o mentira patológica y a la dramatización, la conducta autoagresiva, el consumo excesivo de fármacos —tranquilizantes, estimulantes, hipnóticos, alucinógenos, analgésicos— para crearse un mundo imaginario y evadir las responsabilidades de la vida, conducentes a cuadros físicos o psíquicos diversos y extravagantes, permiten incluir estos cuadros en las Personalidades Necesitadas de estima de K. Schneider con marcado componente psicopático.

Su grado de severidad dependerá del compromiso psicorgánico producido por las drogas, de las secuelas de intervenciones quirúrgicas, que tengan en común la ausencia de la patología orgánica supuesta, y que al mismo tiempo evidencie como consecuencia, que el peticionante no pudo mantener una relación laboral fija. Solamente en estos casos, debidamente fundamentados, podrán acceder a un beneficio de pensión o retiro por invalidez.

Porcentajes

PERSONALIDADES ANORMALES (Caracteropatías y personalidades psicopáticas constitucionales)

GRADO I (Leve) 0%

GRADO II (Moderada) 10 - 15%

GRADO III (Severa) 25 - 35%

PERSONALIDADES ANORMALES ADQUIRIDAS (Seudopsicopatías)

GRADO I (Leve) 0 - 10%

GRADO II (Moderada) 11 - 30%

GRADO III (Severa) 50 - 80%

PERSONALIDAD BORDERLINE:

GRADO I (Leve) 1 - 10%

GRADO II (Moderada) 11 - 15%

GRADO III (Severa) 40 - 70%

SIMULACION

“Es el arte, usado con astucia por el hombre, a fin de mostrar en los actos y en las palabras todo lo contrario de lo que se tiene en el espíritu, sea en bien o en mal”.

En el orden médico, simular es un fraude clínico y/o psiquiátrico, que consiste en crear o acentuar intencionalmente síntomas patológicos con una finalidad especulativa.

Tipo de simuladores

Clasificación:

1. Simulación mental total y verdadera.
2. Supersimulación, sobresimulación o exageración.
3. Metasimulación o perseveración.

Cuadros simulados:

1. Actitudes negativas de estupor, mutismo y seudocatatonía.
2. Manifestaciones más o menos agitadas.
3. Amaneramiento y absurdidad.
4. Delirios.

Los cuadros simulados son agrupaciones sindromáticas pero nunca entidades nosológicas definidas.

El aspecto, el lenguaje y la conducta son característicos tanto en los psicóticos verdaderos como en los simuladores.

El estudio de la mímica, de la mirada (a la que Laurente le dio tanta importancia, que aseguraba que sólo con ella se podía hacer el diagnóstico de simulación), el estudio del lenguaje hablado y escrito, la falta de la estructura y lógica mórbidas de los falsos delirios, las reacciones atípicas respecto de las esperables en los psicóticos verdaderos, la anarquía de la memoria y otros elementos ponen en evidencia el acto de simular. El manejo experimentado de psiquiatras, psicólogos y el conocimiento de la nosología reduce en la actualidad los riesgos del engaño, que en su mayoría han sido y son el producto de errores diagnósticos, tanto mayores en cuanto la responsabilidad del dictamen recae en profesionales no psiquiatras o con poca experiencia en la especialidad.

Las simulaciones verdaderas son menos frecuentes que las magnificaciones en personalidades histéricas, psicopáticas o de débiles mentales.

NEUROSIS DE RENTA O SINISTROSIS EN EL SINDROME POST-CONMOCIONAL

Definición-Brisaud 1908

“Estado mental particular de algunos individuos siniestrados o accidentados, que exageran la impotencia funcional, prolongan anormalmente la incapacidad laboral, acentúan las secuelas objetivas, a menudo mínimas, con otras subjetivas y emprenden una actividad paranoide creciente en busca de una indemnización máxima”.

1. La importancia de la indemnización está evidenciada en el hecho que las neurosis de renta aparecen más en accidentes camineros e industriales que en los aficionados a los deportes, y entre las personas que tienen seguros, más que en las que no los tienen.
2. “La neurosis de renta o de compensación” rara vez se da en personalidades normales pero sí en aquellas con un fondo neurótico alterado o en psicopatías previas al traumatismo.
3. En la evaluación del síndrome post-conmocional es imprescindible la valoración de la gravedad traumática, puesta de manifiesto por la duración de la “amnesia post-traumática”.
4. Las secuelas del estado crónico pueden clasificarse en:
 - a) Defectos orgánicos: Demencia post-traumática

Cambios de personalidad

Epilepsia post-traumática

Hematoma crónico subdural

b) Defecto funcional Síndrome post-conmocional

(con o sin neurosis de renta)

c) Psicosis

El síndrome post-conmocional se halla constituido por cefaleas, mareos, pérdida de concentración y de memoria.

CONSIDERACIONES MEDICO PREVISIONALES

La determinación del porcentaje de invalidez en este cuadro se hará conforme a los resultados de la evaluación neurológica, psiquiátrica y psicológica, y se arribará a ella después de realizar todas aquellas pruebas que permitan descartar: alcoholismo, patología de columna cervical y laberinto vestibular, exploración de vasos carotídeos y reflejos, electroencefalograma, etc.

Los antecedentes médicos, la personalidad pre-traumática y las pruebas psicodiagnósticas permitirán clasificar las neurosis de rentas en leves, moderadas o graves.

NEUROSIS DE RENTA

LEVE: Grado I

Síndrome post-conmocional, por traumatismos leves, en caracteropatía histérica o “necesitada de estima” de K. Schneider, personalidades psicopáticas y débiles mentales leves y disarmónicos.

El comportamiento general frente a las pruebas psicológicas muestra a modo de ejemplo:

Durante la toma del test de Bender: distorsión, perseveración, sustitución de puntos por líneas, inversión, omisión, algunas figuras “fuera del contexto esperado” según los antecedentes médicos y la personalidad de base. El tiempo se halla lentificado, no correspondiéndose con el ritmo del pensamiento, etc.

En el Test de Rorschach: evitación de respuestas populares y/o reticencia en las láminas III-IV-VIII-X u otras (las que deberán ser encuestadas), que no conciben con la sintomatología que aduce ni el juicio de realidad, que se encuentra conservado. Las respuestas suelen ser arbitrarias, no concordando con lo percibido ni con ningún otro cuadro clínico.

En el Text P.M.K.: inhibición, expansión, evitación en los lineogramas, discordante con las perturbaciones afectivas reales y compatible con psicopatías constitucionales, etc.

La actitud frente a los entrevistadores es siempre patética, ya sea expresiva, florida o de aparente inhibición, es coherente con el terreno de la personalidad anterior, influenciada, susceptible de mejoría con los cambios ambientales y proporcional al grado de beneficio secundario.

MODERADA: Grado II

El terreno es siempre una personalidad anormal, más frecuente en caracteropatías como los “necesitados de estima” e “inseguros de sí mismos” de K. Schneider. En éstos puede haberse injertado alguna situación vital previa, que el traumatismo puso de manifiesto, una “vivencia de pánico agudo” por el accidente o factores iatrogénicos en el período inmediato de atención.

SEVERA REVERSIBLE: Grado III

En personalidades anormales severas, marcadamente paranoides, depresivas o hipocondríacas puede desarrollarse la “psiconeurosis emotiva de Dupré”, con fobias y obsesiones o reacciones vivenciales anormales paranoides, “pasibles de curación” con tratamiento adecuado (Neurosis de renta GRADO III).

La evolución hacia una psicosis duradera, propia de personalidades litigantes, una neurosis grave o un síndrome “neurasténico-hipocondríaco-depresivo” grave e irreversible darán lugar a una incapacidad total.

Porcentajes

NEUROSIS DE RENTA Grado I 0%

NEUROSIS DE RENTA Grado II 5 - 10%

NEUROSIS DE RENTA Grado III 30 - 40%

TRASTORNOS PSÍQUICOS DE INICIO DE LA INFANCIA, NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Sobre trastornos psíquicos, de importancia previsional en las pensiones derivadas por el fallecimiento del causante y en las asignaciones familiares por hijo discapacitado, con inicio en la infancia, niñez y adolescencia, se ha considerado oportuno incorporar los cuadros siguientes:

TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO (Trastorno autista)

Autismo precoz

Síndrome más frecuente en niños que en niñas, ya sean éstos de apariencia normal y temperamento vivaz al nacer, apáticos o llorones, que evidencian en los primeros años de vida desinterés, falta de reacciones y un aumento progresivo de juegos ritualizados.

Pueden considerarse dos formas de autismo:

Autismo primario

Esta forma se origina en “Primeras relaciones perturbadas desde el principio”, ya sea por déficit del potencial relacional de base y/o privación sensorial y/o déficit encefalopático, con trastornos de las catexis.

Estos cuadros pueden evolucionar a: Seudo-oligofrenia profunda, seudodebilidad, desorganización de tipo esquizofrénica, organización neurótica-obsesiva o disarmonía evolutiva de la personalidad.

Autismo secundario

Se inician en “Primeras relaciones normales en apariencia”, que derivan en “Relaciones Primarias atrasadas” y “Regresión precoz importante”. Como consecuencia de las primeras, el desarrollo se detiene por falta de afectividad o de estímulos relacionales, llevando a un “autismo secundario”, que se puede producir también como resultado de una “Regresión precoz importante”.

Estos conceptos son contemplados en el presente Decreto, en diferentes apartados del Capítulo Psiquismo.

La Seudooligofrenia Profunda, la Seudodebilidad mental y la Disarmonía evolutiva de la personalidad, han sido incluidas en las consideraciones previsionales sobre retardos mentales, dado que desde el punto de vista funcional se trata de niños o jóvenes limitados en sus adquisiciones intelectuales y con dificultades de diferente magnitud de adaptación al medio,

posibles de acceder o no, conforme a la gravedad del cuadro, a un beneficio de pensión por invalidez.

Las dificultades globales de aprendizaje, con psicosis injertada a edades tempranas, se consideran en el mismo capítulo, dejando la descripción de Esquizofrenia para cuadros de la adolescencia o juventud, cuyos síntomas de primer rango del período de estado y el defecto, permiten aseverar dicho diagnóstico.

La Organización obsesiva (Neurosis obsesiva y Personalidad obsesiva o “Insegura de sí misma” de K. Schneider) se describe en el apartado sobre Reacciones Vivenciales Anormales obsesivo compulsivas y en el apartado sobre Personalidades Anormales o trastornos de la personalidad, no psicótica.

Siendo estos trastornos de tipo vitalicio, originados en la infancia y la adolescencia, se comprende que el grado de severidad permitirá acceder o no a un beneficio de pensión, según se considere a éste útil para el niño o joven y una necesidad familiar para el tratamiento de rehabilitación, y no meramente el usufructo de un beneficio secundario por parte de la familia para la que el niño sería sólo un instrumento.

TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL DESARROLLO (En el cálculo aritmético, en la escritura, en la lectura)

La escritura, compuesta de grafismo y lenguaje, está estrechamente relacionada con la evolución de las posibilidades motoras, que le hacen adquirir una forma concreta y con el conocimiento de la lengua, que le da un sentido.

La escritura es una suma de praxia y lenguaje y únicamente puede realizarse a partir de cierto grado de organización de la motricidad, que supone una fina coordinación de movimientos y un desarrollo espacial.

“La escritura... es posible por la progresiva maduración”. Esto significa que si un niño no tiene algún importante déficit neurológico e intelectual que lo justifique, y presenta un trastorno de la escritura, puede existir una alteración en el plano de la personalidad, cuya importancia no siempre está en proporción con el trastorno gráfico.

Lo descrito significa que es la profundidad de alteraciones de la personalidad, la que determina la posibilidad de un beneficio de pensión por un trastorno psíquico y no una alteración de la escritura, que mejora con tratamiento psicopedagógico. Cuando el origen es motor o neurológico, el profesional se remitirá al capítulo de Nervioso.

TRASTORNOS DEL LENGUAJE Y DEL HABLA (En la articulación del lenguaje, en la coordinación expresiva y receptiva)

Los trastornos del lenguaje infantil pueden ser de diverso origen: alteración orgánica congénita o adquirida y/o funcional.

Su patogenia y la desorganización suelen ser complejas; la desorganización suele desbordar el campo lingüístico, pudiendo hablarse de personas mal hablantes. Otras veces los errores son producto de una personalidad perturbada. Ciertos estados deficitarios pueden superarse y manifestarse mediante otros síntomas (Ej. disortografía asociada a una dislexia).

Trastornos de la articulación

Los trastornos antes mencionados se distinguen por la deformación de formas, suprimidas o reemplazadas, según se haya deformado su punto de articulación.

Los trastornos de percepción auditiva también pueden ocasionar una inadecuada discriminación de las características propias de cada fonema, dificultando la articulación. Aunque más que de trastornos articulatorios o fonéticos habría que hablar de trastornos fonémicos. Tales distinciones son más fáciles en el adulto; en el niño, por estar su habla en evolución, son mucho más delicadas. Ciertas dificultades motoras de ejecución pueden ir unidas a un déficit práxico. De estas dificultades más o menos benignas hay que distinguir los trastornos de realización motora, en relación con una lesión del sistema nervioso y que se ha podido considerar como desórdenes de tipo parético, distónico o disinérgico.

1. Trastornos del lenguaje por deficiencia de audición. Evaluados en el capítulo de O.R.L.

2. Trastornos del lenguaje por lesiones cerebrales evidentes. Evaluadas en el capítulo de Nervioso.

Las lesiones cerebrales extensas pueden originar, junto con una incapacidad comunicativa, defectos del lenguaje. En la idiotez el lenguaje es nulo; en trastornos como la imbecilidad y la debilidad mental también observamos una pobreza de vocabulario, efectos sintácticos y discursivos, normalmente acompañados de defectos articulatorios.

La “enfermedad motora cerebral”, tiene cuatro formas clínicas:

1. Disartria por lesiones motoras de los músculos de la fonación.
2. Dislalia.
3. Lenguaje “infantil”, tartamudez, asociable a bajo coeficiente intelectual o falta de maduración afectiva.
4. Afasia y disartrias por audición defectuosa.

De lo antes expuesto surge que la incapacidad previsual será evaluada en los capítulos correspondientes (Ej. O.R.L. - Nervioso) y de hecho los síntomas descritos como consecuencia de Oligofrenias, Síndromes Cerebrales Orgánicos o de etiología neurótica están contemplados en los apartados correspondientes en el Baremo Previsual.

TRASTORNOS POR DIFICULTAD EN LA ATENCION CON HIPERACTIVIDAD

Los niños inestables psicomotores presentan un desarrollo disarmónico, incapaz de perseverar; ese “ser instantáneo” se deja arrastrar por sus inútiles ansias, tantas veces contradictorias; es frecuente en ellos la oposición, la cólera, la pereza y el humor combativo. El inestable se opone a todo lo estable y organizado, seducido por todo lo móvil e irregular. Atrapado por los estímulos externos es incapaz de inhibir la necesidad de esparcimiento; su atención es lenta, se fija en el detalle pero sin analizarlo. Picotea a derecha e izquierda sin planificación alguna. La actividad ordenada le cansa.

Las inestabilidades se dividen en dos grupos:

1. Adquiridas.
2. Constitucionales.

Las inestabilidades adquiridas pueden ser consecuencia de factores orgánicos, de traumatismos obstétricos, de encefalitis en la primera infancia, traumatismos craneanos, enfermedades neuróticas, o cualquier otra lesión orgánica sensorial o psicomotora.

También pueden ser consecuencia de traumatismos, situaciones psicológicas determinadas, factores socio económicos o familiares.

La inestabilidad constitucional se manifiesta muy tempranamente, parece obedecer a una disposición innata, tal vez hereditaria (antecedentes familiares, pequeñas anomalías en la gestación, y más que la acción específica de un agente patógeno parece ser consecuencia de un cierto desequilibrio materno).

De lo anteriormente detallado surge que, según la etiología del trastorno por dificultad en la atención, con hiperactividad, se encuentra encuadrado en trastorno de la personalidad adquirido, tratado en el apartado correspondiente a Personalidades Anormales Adquiridas, mientras que las relacionadas con lo constitucional o neurótico está contemplado en el ítem de Personalidades Anormales constitucionales.

OTROS (Trastornos de conducta tipo grupal, solitario, indiferenciado, negativismo desafiante).

En los problemas que plantea la infancia o la adolescencia inadapta, los límites son difíciles de precisar, sobre todo si se engloba en el mismo grupo a los inadaptados físicos, psicológicos o sociales.

En cuanto a los del primer grupo, que aparte de sus trastornos somáticos, pueden presentar trastornos psicológicos, y a los estados deficitarios, tales como la oligofrenia o estados psicóticos, estos casos están contemplados en el Baremo en las escalas referidas al órgano o sistema comprometido.

En el caso de los trastornos de tipo psicológicos o sociales existen diferentes formas de inadaptación psicosocial y es importante tener en cuenta que las denominaciones varían con las épocas, las escuelas y los autores.

Algunos autores describen tipos de trastornos en marcos más amplios cuya coherencia está relacionada únicamente con las reacciones del comportamiento o con las actividades delictivas.

1. Los trastornos del carácter y del comportamiento o “caracteropatías” que se definen por formas inadaptadas particulares de comportarse, pero cuya patogenia es heterogénea.
2. La delincuencia infantil y juvenil.

Desde el punto de vista previsional los trastornos de conducta en ámbitos grupales (familia-escuela- sociedad) como: la tendencia al aislamiento, el indiferenciado, el negativismo desafiante son síntomas insertos en un cuadro psicopatológico o un tipo de personalidad de base particular y por lo tanto son considerados dentro del cuadro de base (Personalidades psicopáticas, Reacciones Vivenciales Anormales Neuróticas).

AREA PSICOLOGICA

Los tests consisten en colocar a un sujeto en situaciones que ya han sido controladas en una población media. De sus coincidencias o diferencias, tanto cualitativas como cuantitativas, se obtendrá el diagnóstico.

Es posible la identificación de casos fronterizos, la diferenciación entre psicosis, neurosis, y desórdenes cerebrales orgánicos, la evaluación del nivel intelectual y del deterioro psíquico agregado.

Los tests permiten una valoración objetiva del sujeto en observación. El término objetividad aplicado a un procedimiento psicológico implica dos requisitos técnicos previos:

1. Que los resultados obtenidos mediante tests puedan ser medidos o cuantificados.
2. Que al utilizarlos los examinadores, provistos de la necesaria habilidad y experiencia, arriben en su mayoría a conclusiones similares.

El examen realizado por psicólogos consiste en una entrevista psicológica semidirigida que permite corroborar los datos aportados por el afiliado en las instancias anteriores.

La batería de tests utilizada, comprende: el de Bender, el Psicodiagnóstico Miokinético, el de Rorschach y los test Gráficos.

El grupo mencionado es, en general, el más utilizado en los diferentes Servicios de Psicopatología y en otras áreas de investigación de nuestro país.

Hacemos hincapié en la necesidad de que sean practicados varios tests, El diagnóstico será el resultado no sólo de la valoración de cada uno de ellos, sino de la actitud del paciente y su comportamiento durante la realización y todas las verbalizaciones, gestos, posturas, velocidad en los tiempos de respuesta, fatigabilidad, shock ante las láminas o retardo deliberado de las respuestas.

Se considera asimismo de importancia, en caso de duda o falta de colaboración evidente, una nueva citación a fin de repetirlos para que aporten elementos definitivos.

Dentro del área previsional nos encontramos con una situación particular de trabajo. El afiliado viene a solicitar un beneficio. Esto genera en muchas oportunidades una actitud especulativa de diferente magnitud que va desde una inhibición deliberada, frente a las pruebas, hasta una magnificación de las dificultades o una simulación verdadera.

Los tests tienen ya estudiados en cada uno de ellos, la forma más común de alterarlos, siendo este recurso de gran valor a los fines de su correcta interpretación profesional.

TESTS PSICOLOGICOS			
TEST	TIPO	AREA QUE EXPLORA	APLICACION
BENDER	TEST VISOMOTOR	ACTIVIDAD PERCEPTUAL. CONDUCTA GRAFICA. MADUREZ DE DEFICIENTES MENTALES. MEMORIA. HABILIDAD MOTORA MANUAL. CONCEPTOS TEMPOROSPACIALES. CAPACIDAD DE INTEGRACION. MAGNIFICACION. SIMULACION.	RETRASOS GLOBALES DE MADURACION SINDROME CEREBRAL ORGANICO. PSICOSIS. DEPRESIONES
RORSCHACH	TEST PROYECTIVO DE PERSONALIDAD	PROYECCION DE LA ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD ADQUIRIDA. NIVEL INTELECTUAL APROXIMADO. DETERIOROS AGREGADOS. SIMULACION.	EN TODOS LOS CUADROS
MIOKINETICO	TEST ACTITUDINAL	TONO PSICOMOTOR. TENDENCIAS DE REACCION Y PERTURBACIONES DE LAS FUNCIONES PSIQUICAS ACTUALES Y PERMANENTES.	DIAGNOSTICO DIFEREN. DE DEPRESIONES. SIND. CEREBRALES ORGAN. PSICOPATIAS.
HTP. CASA-ARBOL-PERSONA (U OTRO SIMILAR)	TEST PROYECTIVO GRAFICO	REFLEJA LOS ASPECTOS MAS ESTABLES DE LA PERSONALIDAD. PROYECCION DE LAS PROPIAS IDENTIFICACIONES.	OLIGOFRENIAS. NEUROSIS. PSICOPATIAS. PSICOSIS.
DESIDERATIVO Indaga el sistema defensivo del que dispone el sujeto frente a situaciones de conflicto (laborales, afectivas, etc.), grado de capacidad y modalidad particular en enfrentar una adecuada resolución.			
WARTEG Analiza las características de la personalidad de base y rasgos psicopatológicos. De suma utilidad en selección y capacitación laboral, ya que permite arribar a un claro perfil de la personalidad y de la aptitud del individuo para desempeñar diferentes tareas.			

CAPITULO DEFICIENCIA DEL SISTEMA INMUNOLOGICO SEVERA (Infección por H.I.V. y S.I.D.A.)

TABLA DE INCAPACIDAD

Ante la evaluación de pacientes con esta patología debe tenerse en cuenta la repercusión psíquica de la misma y por consiguiente, deberá adicionarse, si existiera, la incapacidad de origen psiquiátrico.

PERIODO PREPATOGENICO: En este período podemos incluir a las personas pertenecientes a los grupos de alto riesgo y que presentan factores que favorecen los mecanismos de transmisión:

1. Homosexuales, promiscuos, pasivos y con enfermedades de transmisión sexual.
2. Toxicómanos, los que utilizan drogas IV con aguja compartida.
3. Hemofílicos y politransfundidos, que utilizan hemoderivados no testados para HIV.
4. Personas que han recibido transfusiones en los últimos años o hijos de madres portadoras.

Estadio I

Factor de riesgo presente o ausente.

Infección asintomática.

Sin alteraciones inmunohematológicas.

Con alteraciones inmunohematológicas.

Reacciones serológicas positivas (Elisa - IF) semicuantitativas, cualitativas para confirmación: Inmunoblot.

Puede ser portador asintomático sin pasar a otros estadios.

CD4 >500 células por milímetro cúbico.

CD4 200-499 células por milímetro cúbico. 0 - 10%

Estadio II

Factor de riesgo presente o ausente.

Serología positiva para HIV.

Linfoadenopatía generalizada persistente (LGP): se define como el aumento de ganglios palpables de más de 1 cm. de diámetro, generalmente de distribución simétrica, por lo menos en 2 o más localizaciones extrainguinales, que persistan durante al menos 3 meses y que no son explicables por ninguna causa.

Axilares.

Cervicales posteriores.

Supraclaviculares.

Inguinales.

Epitrocleares.

Hiliares.

A veces, este cuadro se acompaña de leucoplasia oral.

CD4 > 500 células por milímetro cúbico.

CD4 200-499 células por milímetro cúbico.

CD4 < 200 células por milímetro cúbico. 10 - 40%

Estadio III

Complejo relacionado con el SIDA (C.R.S. o A.R.S.)

El diagnóstico se realiza mediante la clínica y laboratorio. EXCLUSIÓN DE INFECCIÓN POR GERMEN OPORTUNISTA Y DE TUMOR. Una persona debe tener para cumplir con la definición: Linfadenopatías mayores de 1 cm. en dos cadenas extrainguinales, más 2 o más signos o síntomas, más 2 o más valores analíticos anormales.

Signosintomatología clínica:

Presentes por 3 o más meses. Pérdida de peso: más de 7 kg. o 10% del peso.

Fiebre: más de 38° C., intermitente o continua.

Diarrea de más de un mes.

Fatiga muscular.

Sudores nocturnos.

Patología sintomática: que se atribuyen a la infección por H.I.V. o indican falla en la inmunidad celular o que tienen un curso clínico o requieren un manejo más complicado, que el habitual, por la infección por H.I.V.:

Candidiasis vulvovaginal persistente, frecuente o refractaria al tratamiento.

Leucoplasia oral pilosa.

Herpes Zoster extenso o repetido.

Neuropatía periférica.

Angiomatosis bacilar.

Displasia cervical moderada o severa.

Carcinoma cervical in situ.

Estudios de Laboratorio:

CD4 > 500 células por milímetro cúbico.

CD4 200-499 células por milímetro cúbico.

CD4 < 200 células por milímetro cúbico.

Índice OKT 4 - OKT 8 por debajo de 1, alrededor de 0.5 Anemia o leucopenia o trombopenia o linfopenia.

Hipergammaglobulinemia.

Anergia cutánea a múltiples antígenos.

Niveles de inmunocomplejos elevados. 40 - 70%

ACLARACION: No todos los pacientes afectados de SIDA han pasado previamente a través de un estado prodrómico ostensible como CRS o LGP ya que la mayoría debutan sin fase sintomática de signos clínicos pero "NO ASI DE LABORATORIO".

Estadio IV - SIDA

Esta situación queda definida por la aparición de infecciones oportunistas graves y repetitivas y/o aparición de tumores poco frecuentes en la clínica.

1. Alteraciones neurológicas: demencia - neuropatía - mielopatía no justificada, asociada al H.I.V. positivo (*).
2. Candidiasis del esófago, tráquea, bronquios o pulmón, diagnosticada por inspección microscópica, por endoscopia, histología o citología sobre una muestra obtenida directamente de los tejidos afectados (incluyendo raspado de la superficie de la mucosa), no a partir del cultivo.
3. Criptosporidiasis, con diarrea persistente más de 1 mes, diagnosticada por microscopía (Citología o Histología).
4. Criptococosis extrapulmonar, diagnosticada por microscopio (Histología o Citología).
5. Enfermedad Citomegálica de un órgano que no sea hígado, bazo o ganglios linfáticos, en un enfermo de más de 1 mes de edad, diagnosticada por microscopía.
6. Infección por virus herpes simple, que causa úlcera mucocutánea persistente más de un mes, o bronquitis, neumonitis o esofagitis de cualquier duración en un enfermo de más de un mes de edad, diagnosticada por microscopía (Histología o Citología), cultivo o detección de antígenos de una muestra obtenida a partir de tejidos afectados o en un fluido procedente de sus tejidos.
7. Sarcoma de Kaposi en un enfermo con menos de 60 años (o mayor de 60 años con serología positiva para H.I.V.).
8. Linfoma de cerebro primario en un enfermo de menos de 60 años (o mayor de 60 años con serología positiva para H.I.V.).
9. Enfermedad por el Complejo de *Micobacterium avium* o *Kansasii*, diseminada, en una localización que no sean pulmón, piel o ganglios linfáticos cervicales o hiliares, diagnosticada por cultivo.
10. Neumonía por *Pneumocystis Carini* progresiva, diagnosticada por cultivo.
11. Toxoplasmosis visceral.
12. Neumonía intersticial linfoide pulmonar (Complejo LIP/PL-H), diagnosticada por microscopía.
13. Cáncer cervical invasivo con serología positiva para H.I.V.
14. Caquexia asociada a H.I.V. positivo (pérdida de peso involuntario mayor del 10%, más diarrea crónica por más de 30 días y/o astenia crónica y/o fiebre sin causa documentada por más de 30 días).
15. Coccidioidomicosis extrapulmonar.
16. Estrongiloidiasis extraintestinal.
17. Histoplasmosis extrapulmonar.

18. Isosporosis con diarrea más de un mes.
19. Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
20. Linfoma no Hodgkin de células B o fenotipo inmunológico desconocido y linfoma a células pequeñas, no clivadas, o sarcoma inmunoblástico.
21. Mycobacterium tuberculosis pulmonar y/o diseminado, con serología positiva para H.I.V.
22. Neumonía bacteriana recurrente, con serología positiva para H.I.V.
23. Nocardiosis, con serología positiva para H.I.V.
24. Septicemia por salmonella (no tifoidea), recurrente, con serología positiva para H.I.V. 70 - 80%

(*) Diferenciar de las neuropatías de origen nutricional o medicamentosas, que pueden ser reversibles.

CAPITULO NEOPLASIAS

Ser portador, en la actualidad, de una neoplasia, no tiene las implicancias de antaño. Un mayor conocimiento popular y los avances tecnológicos que permiten un diagnóstico más temprano y certero, han cambiado el pronóstico de estas afecciones.

En la actualidad el diagnóstico de neoplasia, per se, no significa invalidez.

El grado de incapacidad producido por las mismas depende de su ubicación, extensión, compromiso ganglionar local y regional, respuesta al tratamiento quirúrgico, radiante, químico, hormonal y las secuelas del mismo.

La inextirpabilidad del tumor, las metástasis a distancia y las recidivas modifican sustancialmente su pronóstico.

Elementos de diagnóstico

Anamnesis

Examen físico: general

Especializado

Laboratorio: general

especializado

Diagnóstico por imágenes: Rx, Eco, TAC, RNM, Centellograma, Angiografía

Biopsias: endoscópicas, quirúrgicas.

SISTEMA DE CLASIFICACION TNM

T: Tumor primitivo (profundidad de la invasión del cáncer)

Tx: No evaluable

T0: Sin evidencia clínica de tumor primitivo

Tis: Tumor in situ o pequeño

T1: Invasión de la submucosa

T2: Invasión de la muscularis propia

T3: Invasión de la subserosa

T4: Invasión del peritoneo visceral, otros órganos, otras estructuras.

N: Metástasis en ganglios linfáticos

Nx: No evaluable

N0: Ninguna metástasis en ganglios linfáticos

N1: Metástasis en uno a tres ganglios regionales

N2: Metástasis en cuatro o más ganglios regionales

N3: Metástasis a lo largo de un tronco vascular

M: Metástasis a distancia (enfermedad metastásica)

Mx: No evaluables

M0: Sin evidencia de metástasis distal

M1: Existencia de metástasis demostradas

Para la evaluación de capítulos la incapacidad por neoplasias, se remite a los respectivos capítulos.

RELACION ENTRE LA CLASIFICACION POR LA ESCALA DE DUKES Y LA ESCALA TNM PROPUESTA POR EL AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER Y LA INTERNATIONAL UNION AGAINST CANCER

T N M Dukes

Estadio 0 Tis N0 M0

Estadio I T1 N0 M0 A

T2 N0 M0

Estadio II T3 N0 M0 B

T4 N0 M0

Estadio III Cualquier T N1 M0 C

Cualquier T N2, N3 M0

Estadio IV Cualquier T Cualquier N M1

Algunas neoplasias tiene una estadificación específica a la que se remite (ej. Linfomas, en el capítulo de Sangre).

Para calificar el deterioro funcional producido a partir de la lesión neoplásica, es posible la aplicación de los siguientes criterios:

ESCALA DE KARNOFSKY

(De aplicación en los casos no explicitados en los capítulos precedentes).

Grado 0: Con actividad normal y capacidad para realizar todas las actividades que realizaba previamente 0 - 30%

Grado I: Con restricción para el ejercicio físico intenso, pero con capacidad para el trabajo ligero y la deambulacion. 30 - 60%

Grado II: Con capacidad para valerse por sí mismo y para la deambulacion pero con incapacidad para cualquier clase de trabajo. Permanece en cama o sentado menos del 50% del tiempo diurno. 70%

Grado III: Con capacidad limitada para valerse por sí mismo; pasa en cama o sentado más del 50% del tiempo diurno. 70 - 80%

Grado IV: Completamente incapacitado. 80%