

SISTEMA INTEGRADO DE JUBILACIONES Y PENSIONES**Decreto 1290/94****Apruébase la reglamentación de los artículos 48, 49, 50, 51, 52 y 53 de la Ley Nº 24.241.**

Bs. As., 29/7/94

VISTO la necesidad de reglamentar los artículos 48, 49, 50, 51, 52 y 53 de la Ley Nº 24.241, y

CONSIDERANDO:

Que del texto del inciso a) del artículo 48 de la ley citada surge que la voluntad del legislador ha sido la de excluir del concepto de incapacidad las invalideces sociales o de ganancias.

Que por lo tanto, debe dejarse perfectamente aclarado que para la determinación de la incapacidad se tendrán en cuenta únicamente los factores invalidantes de carácter psico-físico, con prescindencia de estados de precariedad o desamparo originados en circunstancias de índole económico-social o en la pérdida de la capacidad de ganancia.

Que la norma del inciso b) del mismo artículo remite a la edad establecida para acceder a la jubilación ordinaria, lo que plantea la duda de si para establecer dicha edad debe estarse a las fijadas en el artículo 47 de la misma ley, o a las que resulten de aplicar la escala del artículo 128 de la citada ley.

Que el artículo 49 de la Ley Nº 24.241 prevé en su apartado 2) que si el afiliado no concurriera a la citación que se le curse para someterse a la revisión de la comisión médica, se reservarán las actuaciones hasta que el mismo comparezca.

Que con el objeto de asegurar y acelerar el ejercicio de los derechos, se considera oportuno prever una segunda citación a los mismos fines, bajo apercibimiento que en caso de incomparecencia se dispondrá la caducidad y archivo del trámite.

Que, asimismo, se estima conveniente establecer la obligación de la comisión médica de citar periódicamente al afiliado cuya invalidez sea susceptible de remisión o recuperación que posibilite su inserción laboral en un plazo inferior al previsto para el goce del retiro transitorio por invalidez.

Que para el supuesto que el afiliado se negare fundadamente a someterse a los tratamientos que prescriba la comisión médica y que ésta no acepte, se establece que la situación será dirimida por la Comisión Médica Central, solución que tiene por objeto acotar la norma contenida en el artículo 49 de la Ley Nº 24.241, según la cual si el afiliado se negare a someterse a los tratamientos de rehabilitación psicofísica y de capacitación laboral o a tratamientos médicos curativos, o no los concluyere sin causa justificada, percibirá únicamente el SETENTA POR CIENTO (70 %) del haber de retiro transitorio por invalidez, o será suspendido en la percepción de dicho retiro, según fuere el caso.

Que el artículo 53 de la Ley Nº 24.241 condiciona el derecho a pensión del o la conviviente, a la existencia de convivencia pública en aparente matrimonio durante determinado lapso.

Que corresponde establecer el procedimiento y medios de prueba para acreditar tales extremos.

Que al respecto, se han tenido en cuenta, como antecedentes, las disposiciones contenidas en la Ley Nº 23.570, en el Decreto Nº 166, del 7 de febrero de 1989, reglamentario de aquella, y la Resolución SSS Nº 1120, del 6 de diciembre de 1985, que a su vez reglamentó la Ley Nº 23.226, derogada por la antes mencionada.

Que en los casos en que el causante hubiera optado por permanecer en el régimen de reparto, se da al conviviente la posibilidad de acreditar los extremos legales administrativamente, ante la ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL, o mediante información sumaria judicial, en ambos casos con intervención necesaria del citado organismo y de otros terceros interesados.

Que en cambio, cuando el causante estuviera comprendido en el régimen de capitalización, se prevé que el presunto derechohabiente deberá acreditar los extremos legales por información sumaria judicial, que se tramitará con intervención de la administradora de fondos de jubilaciones y pensiones y de otros terceros interesados cuya existencia también se conociere.

Que el PODER EJECUTIVO NACIONAL estima que corresponde agradecer la valiosa colaboración de la Comisión Médica Honoraria integrada por el Señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina, el Señor Decano del Cuerpo Médico Forense y los Señores decanos y profesores de las universidades públicas y privadas de todo el país, quienes participaron activamente en la elaboración de las normas para la evaluación, calificación y cuantificación del grado de invalidez.

Que la presente medida se dicta en ejercicio de las facultades conferidas por el artículo 86, inciso 2 de la CONSTITUCION NACIONAL.

Por ello,

EL PRESIDENTE
DE LA NACION ARGENTINA
DECRETA:

Artículo 1º — Apruébase la reglamentación de los artículos 48, 49, 50, 51, 52 y 53 de la Ley Nº 24.241.

ARTICULO 48. — REGLAMENTACION:

1. De conformidad con lo preceptuado por el inciso a) del artículo que se reglamenta, a los fines de la determinación de la incapacidad se tendrán en cuenta únicamente los factores invalidantes de carácter psico-físico, con prescindencia de estados de precariedad o desamparo originados en circunstancias de índole económico-social o en la pérdida de la capacidad de ganancia.

2. La SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE JUBILACIONES Y PENSIONES establecerá los procedimientos para la determinación de las invalideces por parte de las comisiones médicas, que no estuvieren contemplados en la Ley Nº 24.241 y su reglamentación.

3. Para la determinación de la edad aludida en el inciso b) del artículo que se reglamenta no serán de aplicación las disposiciones del artículo 128 de la Ley Nº 24.241.

ARTICULO 49. — REGLAMENTACION:

1. La ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL dictará las normas de implementación de las disposiciones del Decreto Nº 55, del 19 de enero de 1994, relativas al aporte del Régimen de Reparto al Régimen de Capitalización, reglamentado en los apartados 6, 7, 8 y 9 de

la reglamentación del artículo 27 de la Ley Nº 24.241, y establecerá el organismo de su dependencia que tendrá a su cargo el cumplimiento de dichas normas.

2. El afiliado que hubiera optado por permanecer en el Régimen de Reparto deberá solicitar el retiro por invalidez ante la ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

3. Si el afiliado no concurriera a la citación prevista en el segundo párrafo del apartado 2, se lo citará nuevamente en la forma indicada en el párrafo primero del mismo apartado, bajo apercibimiento que en caso de incomparecencia se dispondrá la caducidad y archivo del trámite.

4. La comisión médica deberá citar periódicamente al afiliado cuya invalidez sea susceptible de remisión o recuperación que posibilite su reinserción laboral en un plazo inferior al previsto por la Ley Nº 24.241 para el goce del retiro transitorio por invalidez.

5. La negativa fundada del afiliado a someterse a los tratamientos que prescriba la comisión médica y que ésta no acepte, será dirimida por la Comisión Médica Central con las formalidades previstas en el apartado 3 del artículo que se reglamenta.

ARTICULO 50. — REGLAMENTACION:

Facúltase a la SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE JUBILACIONES Y PENSIONES para que establezca los plazos a que se refiere el primer párrafo del artículo que se reglamenta.

ARTICULO 51. — REGLAMENTACION:

La SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE JUBILACIONES Y PENSIONES determinará la cantidad de comisiones médicas, su ubicación, infraestructura y financiamiento inicial, como también las participaciones de las administradoras de fondos de jubilaciones y pensiones y la ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL proporcionalmente a la cantidad de solicitudes de invalidez recibidas.

ARTICULO 52. — REGLAMENTACION:

Incorpóranse como anexo I del presente decreto, las NORMAS PARA LA EVALUACION, CALIFICACION Y CUANTIFICACION DEL GRADO DE INVALIDEZ DE LOS TRABAJADORES AFILIADOS AL SISTEMA INTEGRADO DE JUBILACIONES Y PENSIONES (BAREMO), elaboradas con la colaboración de la Comisión Honoraria convocada en virtud de lo dispuesto en el artículo que se reglamenta.

ARTICULO 53.—REGLAMENTACION:

1. La convivencia pública en aparente matrimonio durante los lapsos exigidos en el artículo que se reglamenta, podrá probarse por cualquiera de los medios previstos en la legislación vigente.

2. La prueba testimonial deberá ser corroborada por otras de carácter documental, salvo que las excepcionales condiciones socio-culturales y ambientales de los interesados justificaran apartarse de la limitación precedente.

3. Se presume la convivencia pública en aparente matrimonio, salvo prueba en contrario, si existe reconocimiento expreso de ese hecho, formulado por el causante en instrumento público.

4. Si el causante hubiera optado por permanecer en el Régimen de Reparto, la prueba podrá sustanciarse ante la ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL o mediante información sumaria judicial, con intervención necesariamente de aquella y demás terceros interesados cuya existencia se conociere. Si el causante estuviera comprendido en el Régimen de Capitalización, la prueba deberá sustanciarse mediante información sumaria judicial, con intervención necesaria de la administradora de fondos de jubilaciones y pensiones en la que se encontrara incorporado, y de todo otro tercero interesado cuya existencia se conociera.

Art. 2º — La SECRETARIA DE SEGURIDAD SOCIAL del MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL queda facultada para dictar las normas interpretativas y complementarias del presente decreto.

Art. 3º — Agradécese a los señores miembros de la Comisión Honoraria a la que alude el artículo 52 de la Ley Nº 24.241, la valiosa colaboración prestada en el cumplimiento del cometido asignado por la mencionada norma legal.

Art. 4º — Comuníquese, publíquese, dese a la Dirección Nacional de Registro Oficial y archívese. — MENEM. — José A. Caro Figueroa. — Domingo F. Cavallo.

ANEXO I**NORMAS PARA LA EVALUACION, CALIFICACION Y CUANTIFICACION DEL GRADO DE INVALIDEZ****ARTICULO 52, LEY 24.241****INDICE****INTRODUCCION**

Metodología
Recomendaciones para médicos especialistas
Factores complementarios

PIEL

Elementos de diagnóstico
Tabla de valoración para enfermedades de la piel
Dermatopatías evaluables
Lesiones de la epidermis y dermis
Lesiones de la dermis
Lesiones de las faneras
Lesiones de la hipodermis
Lesiones de varias capas

OSTEOARTICULAR

Elementos de diagnóstico
Afecciones reumáticas
Afecciones ortopédicas y traumáticas
Tabla de compromiso funcional:
Columna vertebral
Miembro superior

Miembro inferior
Tumores óseos
Compromiso nervioso periférico de las afecciones osteoarticulares
Conversión de la incapacidad de la extremidad superior unilateral en incapacidad global
Conversión de incapacidad de extremidad inferior unilateral en incapacidad global

RESPIRATORIO

Elementos de diagnóstico
Tabla de valoración para enfermedades respiratorias
Clasificación de las afecciones
Enfermedad broncopulmonar obstructiva crónica E.B.P.O.C.
Neumoconiosis
Fibrosis pulmonar
Enfermedades infecciosas
Tumorales

CARDIOVASCULAR

Elementos de diagnóstico
Afecciones evaluables
Cardiopatía coronaria
Tabla de valoración para enfermedades coronarias
Miocardiopatías
Enfermedad de Chagas
Valvulopatías
Arritmias
Trastornos de conducción
Marcapasos
Pericardiopatías crónicas
Cardiopatías congénitas en el adulto
Hipertensión arterial, elementos de diagnóstico
Tabla de valoraciones para hipertensión arterial
Aortopatías
Vasculopatías periféricas
Flebopatías periféricas

DIGESTIVO

Elementos de diagnóstico
Esófago. Tabla de valoración
Afecciones esofágicas
Estómago y Duodeno
Intestino. Tabla de valoración
Intestino delgado
Colon y Recto
Higado
Patologías evaluables
Vías biliares
Páncreas. Elementos de diagnóstico
Pared abdominal

OBESIDAD Y DESNUTRICION

RIÑON Y VIAS URINARIAS

Elementos de diagnóstico
Insuficiencia renal crónica
Afecciones evaluables
Hipertensión arterial nefrógena
Vías urinarias

GENITAL MASCULINO

Afecciones evaluables

GENITAL FEMENINO

Patología mamaria
Patología uterina
Patología de ovarios y anexos
Distopías genitales

NERVIOSO

Elementos de diagnóstico
Afecciones evaluables
Cerebro, Cerebelo y Tronco
Medulares
Neuropatías

OJOS

Elementos de diagnóstico
Agudeza visual. Tabla de Sená
Evaluación del monoocular
Hemianopsias
Cataratas y Afaquias
Campo visual

GARGANTA, NARIZ Y OIDO

Elementos de diagnóstico
Vértigo
Trastornos auditivos
Olfato y gusto
Patología rinosinusal
Laringe y tráquea
Glándulas salivales

SANGRE

Elementos de diagnóstico
Afecciones evaluables
Sistema Reticulo Endotelial
Serie Roja
Serie Blanca

Linfomas
Hemostasia

GLANDULAS DE SECRECION INTERNA

Páncreas (Diabetes-Insulinoma)
Tiroides
Hipófisis
Suprarrenal

PSIQUISMO

Introducción
Cuestionario guía
Patologías
Oligofrenia
Síndrome psico-orgánico
Síndrome psico-orgánico con psicosis
Síndrome psico-orgánico no psicótico
Esquizofrenia
Estados Paranoides
Parafrenias
Trastornos afectivos mayores
Trastornos depresivos no psicóticos
Neurosis
Personalidades anormales
Simulación
Neurosis de renta o Sinistrosis
Area psicológica
Tests psicológicos

SIDA

NEOPLASIAS

INTRODUCCION

El objetivo de las "Normas para la evaluación y calificación del grado de incapacidad de los trabajadores afiliados al Sistema de Jubilaciones y Pensiones", es establecer una metodología de estudio y criterios uniformes de evaluación del deterioro médico-laboral, que permitan determinar el grado de incapacidad que éstos presentan.

METODOLOGIA

RECOMENDACIONES PARA LA JUNTA MEDICA

La incapacidad originada a partir de las patologías que afectan 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 de dicho sistema y la incapacidad global que determina. Cuando se hayan afectados distintos aparatos, se utilizará el criterio de la capacidad residual 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 restante es:

Hipertensión Arterial con repercusión orgánica: = 30 %

Gonartrosis: 12 % (sobre 70 %) = 8.4 %

Hipocausia: 4 % (sobre 61.6 %) = 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 psicológica 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. Asimismo se evaluarán los hallazgos clínicos con incidencia funcional aunque no correspondan a la patología motivo de la solicitud del beneficio.

Los exámenes de laboratorio, diagnóstico 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.

Estos elementos, en conjunto, decidirán los porcentajes de incapacidad. Se le sumarán los porcentajes correspondientes a factores complementarios.

Aquellas incapacidades que no incidan en el desempeño de las tareas habituales no serán consideradas en la sumatoria final.

Se deberá considerar que un real impedimento médico debe ser demostrable anatómica, fisiológica, psicológicamente, o de estas dos últimas formas. 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 de beneficio de invalidez. Posibles patologías que sólo se manifiestan con síntomas no son médicamente determinables.

Aquellas incapacidades que no incidan en el desempeño de las tareas habituales no se aplicarán en la sumatoria final.

RECOMENDACIONES PARA MEDICOS ESPECIALISTAS

Las Juntas Médicas, cuando lo consideren necesario, solicitarán el auxilio de una evaluación médica especializada.

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 Junta 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.

Tendrán en cuenta que las patologías para cuyo diagnóstico y pronóstico se requiera de la realización de estudios cruentos, éstos seguramente ya fueron realizados y deberán ser aportados por el peticionante en el momento de su examen. En esta instancia no se solicitarán estudios de esas características.

FACTORES COMPLEMENTARIOS

La incapacidad, concepto médico, se refiere a la disminución de la capacidad funcional originada por una enfermedad física y/o psíquica. Puede ser transitoria o permanente.

El concepto de Invalidez excede los límites de la incapacidad física, psíquica o psicofísica, puesto que a ésta se le agregan otros factores como la edad, el nivel de preparación y la incidencia de la tarea específica del trabajador. A éstos últimos los denominamos factores complementarios.

TABLA DE FACTORES COMPLEMENTARIOS

Los presentes factores, no serán utilizados para pedidos por invalidez por la Ley 20.475 (minusválidos) y 20.888 (ciegos).

Edad Cronológica	
51-55 años	2 a 3 %
56-60 años	3 a 4 %
61 o más años	4 a 5 %

Posibilidad de realizar tareas habituales	
La realiza con dificultad leve.	1 a 2 %
La realiza con gran dificultad.	2 a 4 %

Nivel educativo	
Universitario	1 a 2 %
Secundario	2 a 3 %
Primario	3 a 4 %
Analfabeto	4 a 5 %
Factor compensador	0 a 10 %

Se podrá sumar uno o varios de los factores y no necesariamente se asignará su valor máximo. Ello dependerá de la incidencia que se estime que tiene cada uno en la incapacidad global del afiliado.

El factor compensador será aplicado para aproximar la incapacidad obtenida por tablas a la impresión del deterioro general del solicitante, según criterio médico.

En casos de excepción y plenamente justificados, en que, por el grado de superespecialización laboral, se requiera la indemnidad de órganos y sistemas determinados, que la patología afecte directamente al punto de impedir su realización y que en la tabulación no alcancen el porcentaje necesario, para acceder al beneficio por invalidez, ésta se determinará por una Junta Médica constituida por CINCO (5) miembros.

Las tareas a las que se hace referencia deberán ser debidamente acreditadas y haber sido efectuadas por un lapso no menor de DIEZ (10) años.

Dicha Junta evaluará estos casos especiales apartándose en las conclusiones de la tabulación, volcando las conclusiones en un dictamen que explicará los motivos de la decisión adoptada.

EJEMPLOS DE LA APLICACION DE FACTORES COMPLEMENTARIOS

A manera de ejemplo y continuando con lo vertido ut supra, sobre la incapacidad del 40,86 %, si se trata de un individuo de 51 años de edad, nivel educativo secundario y con dificultad leve para la realización de sus tareas corresponde asignarle como incapacidad total:

Incapacidad:	40,86 %
Edad:	2 %
Nivel educativo:	2 %
Posibilidad de realizar tareas:	1 %
Total:	45,86 %

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 (malignas) 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 ortopedista.

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

ELEMENTOS DE DIAGNOSTICO

Anamnesis

Examen físico-psíquico

Estudios complementarios, especialmente biopsia de piel.

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) vesiculoampollosas:

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 angiógena de Kaposi

Esclerodermia en placas

Enfermedades vasculares del colágeno

Granulomatosis (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
Acropatía úlcero mutilante pseudo-siringomielica
Maduromicosis
Leishmaniasis

TABLA DE VALORACIONES PARA ENFERMEDADES DE LA PIEL

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.

Limitación esporádica de la actividad laboral.

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

ESTADIO III (Incapacidad entre el 33 y 66 %)

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

Limitación transitoria 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 de la realización de actividades redituables.

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

DERMATOPATIAS 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 crónico regional endémico argentino) 0-30 % (acorde a compromiso palmo-plantar y a la act. laboral)
 (ingesta continuada de agua de pozos artesanos con contenido de arsénico mayor de 0,12mgrs/ml.)

Evaluar depresión medular y compromiso neurológico.

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 0 a 10 %

2. Generalizada 70 %

3. Palmoplantar Hasta 20 %

4. Eritrodérmica 70 %

5. Pustulosa 70 %

Psoriasis Palmoplantar: Tener en cuenta la actividad laborativa asociada a contactantes agresivos y/o uso de calzado de látex.

Psoriasis Generalizada: La incapacidad del 70 % se fundamenta en que se encuentra afectada el 60-70 % de la superficie corporal. Además, si se acompaña por artropatía, debe ser evaluada por Reumatología. 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 vesiculoampollas

ENFERMEDAD DE DUHRING O DERMATITIS HERPETIFORME la incapacidad se fundamenta en la frecuencia de los brotes ampollares.

5-30 %

Vesiculoampollosas

PENFIGO VULGAR 70 %

PORFIRIA CUTANEA TARDA 0-30 % (salvo que la exposición al sol produzca alteración funcional).

Pigmentarias

VITILIGO Capacitado

Poiquilodermias

RADIODERMITIS CRONICA

1. Sin lesiones ulceradas 0-30 % (completar con evaluación ortopédica).

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 70 %

4. Ulcus rodens 70 %

EPITELIOMA ESPINOCELULAR 0-10 %

En todas las variantes clínicas de basocelular o espinocelular, en las que se evidencia vecindad con el globo ocular y/o por recidiva reiterada, la incapacidad puede alcanzar el 70 %.

MELANOMA MALIGNO

Recidivado o con extensión ganglionar y/o a otros órganos.

70 %

Lesiones de la dermis

RETICULOSIS ANGIOGENA DE KAPOSI 0-30 % (mono u oligolesional, sin compromiso sistémico).

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

ESCLERODERMIA EN PLACAS 10-20 % (completar con evaluación ortopédica).

VASCULITIS

Se evaluarán por su extensión y etiología, por otras especialidades (por ej. A. reumatoidea por Reumatología).

GRANULOMATOSAS

LEPROA

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.

<u>TUBERCULOSIS</u>	
Evaluable por compromiso general.	
<u>SARCOIDOSIS</u>	
Evaluable por compromiso general.	
<u>XANTOMA MULTIPLE EN SUS DIFERENTES FORMAS</u>	
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, vasculo patía periférica, compromiso osteo tendinoso, dislipemia e historia heredo-familiar: 70 %	
<u>METASTASIS TUMORALES</u>	70 %
Lesiones de las faneras	
<u>MICOSIS SUPERFICIALES</u> (alopecia)	Patologías ya
<u>PORFIRIA CUTANEA TARDA</u>	
<u>ESCLERODERMIA EN PLACAS</u>	Evaluadas.
<u>LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE CRONICO</u>	
Lesiones de la hipodermis	
<u>FASCITIS EOSINOFILICA</u>	30-70 % (completar con evaluación ortopédica).
<u>VASCULITIS</u>	
Ya evaluadas.	
<u>METASTASIS TUMORALES</u>	
Ya evaluadas.	
Lesiones de varias capas	
<u>QUELOIDE</u>	Capacitado
Si la dermatosis dificulta la flexoextensión o compromete seriamente la estética de la cara (cicatrices queloides de quemados)	
	30-70 % (completar con evaluación ortopédica).
<u>ACROPATIA ULCEROMUTILANTE</u>	
<u>PSEUDO SIRINGOMIELICA</u>	70 %
<u>MADUROMICOSIS</u> (Pie de Madura)	45 %
Corresponde la evaluación por	
Ortopedia	
<u>LEISHMANIASIS CUTANEO-MUCOSA</u>	0 % (excepto lesiones secuelas importantes en cara).

OSTEOARTICULAR

Las siguientes normas de evaluación son de aplicación tanto en la valoración de las incapacidades producidas por afecciones reumáticas como por patología ortopédica y/o traumática.

Para evaluar 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.

ELEMENTOS DE DIAGNOSTICO

Anamnesis
Examen físico-psíquico
Laboratorio: hemograma, eritrosedimentación, factor reumatóideo (realizado por 2 métodos: látex con título igual o mayor a 1/160 y 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, TC., RMN., Eco, Densitometría ósea.
Electrofisiológicos: electromiograma, velocidad de conducción, potenciales evocados.
Otros: artroscopias, biopsia (sinovial, renal).

AFECCIONES REUMATICAS

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 beneficio por invalidez.

Las podemos agrupar en:	
Inflamatorias	
Degenerativas	
Metabólicas	
Extraarticulares	
<u>INFLAMATORIAS</u>	
Artritis séptica	
Artritis post-traumática	
Artritis reumatóidea	
Artritis reumatóidea juvenil	
Lupus eritematoso sistémico	
Esclerodermia sistémica	
Dermatomiositis y Polimiositis	
Vasculitis (Periartritis nudosa, etc.)	
Síndrome de Sjögren	
Síndromes de superposición	

DEGENERATIVAS

Artrosis	
<u>METABOLICAS</u>	
a) Osteoporosis	
b) Cristálicas:	Gota
	Enfermedad por depósito de pirofosfato de Ca.
	Enfermedad por depósito de hidroxapatita.

EXTRAARTICULARES

Bursitis, Periartritis, 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 (AINE), corticoides, sales de oro, D-penicilamina, antipalúdicos (cloroquina) e inmunosupresores. Deberán haberse administrado por lo menos 2 tipos de fármacos de distintas líneas, por períodos no inferiores a 6 meses continuados.	
2) Tratamiento quirúrgico.	
Para aquellos procesos en que existan alternativas quirúrgicas, que puedan disminuir el grado de incapacidad, las mismas deberán ser consideradas.	
3) Terapias de rehabilitación.	
Se agotarán las posibilidades de terapia física y rehabilitación.	
Dadas las características frecuentemente crónicas de estas afecciones, las mismas serán evaluadas con no menos de 1 año de evolución sin mejoría, para concluir que los tratamientos efectuados, según lineamiento precedentemente referido, no se acompañan de una recuperación adecuada. Consecuentemente, se evaluarán las lesiones secuelas según tablas.	

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 se evaluará con las tablas referidas al sistema músculo-esquelético. A la limitación funcional de cada articulación se le agregarán los factores correspondientes a debilidad muscular y falta de fuerza que acompañan a estas afecciones.

Cuando hay compromiso sistémico se determinará la incapacidad correspondiente a dicha patología según el aparato o sistema involucrado, por ej. epiescleritis por Oftalmología, pericarditis por Cardiología, etc.

Cuando existan lesiones osteoarticulares y sistémicas, se calculará la combinación de las incapacidades producidas por las mismas.

INCAPACIDAD EN AFECCIONES DEGENERATIVAS

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

INCAPACIDAD EN AFECCIONES METABOLICAS

Se sustenta el mismo criterio. De existir compromiso extraarticular, se agregará su merma al calculado para la afectación articular.

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 ORTOPEDICAS Y TRAUMATICAS

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

Es de hacer notar la importancia de la investigación de la limitación funcional de las articulaciones, en grados, por 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 capítulo correspondiente a alteraciones reumáticas respecto a metodología de estudio y tratamiento médico.

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 la conclusión de los tratamientos aplicados.

TABLAS DE COMPROMISO FUNCIONAL OSTEOARTICULAR

COLUMNA VERTEBRAL

1. El 0° se toma cuando la cabeza o el tronco miran 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 global de la persona 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 global de la persona debido 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 combinarán los porcentajes.
5. Las alteraciones funcionales de los sectores cervical y dorsolumbar se combinan entre sí cuando coexisten.

COLUMNA CERVICAL

Limitación funcional

Excursión desde 0°

hasta

Incapacidad global

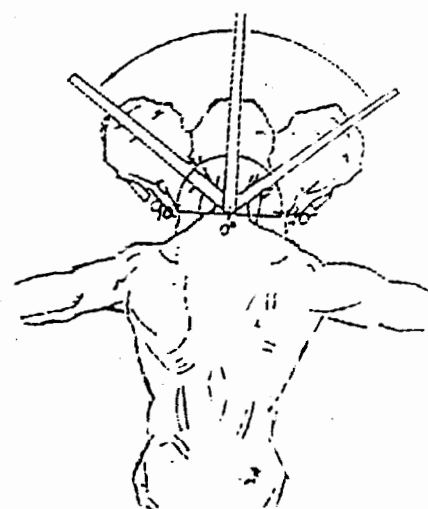
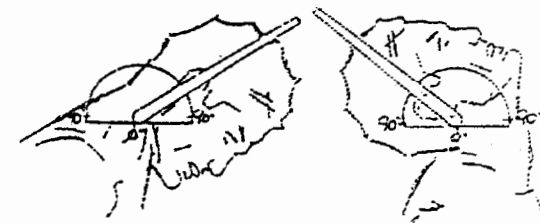
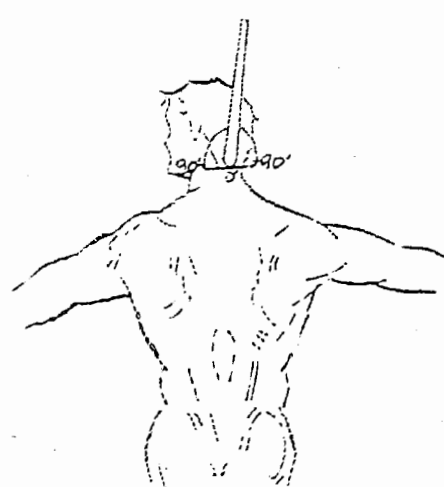
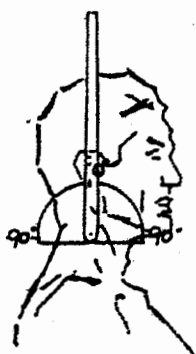
	Extensión	Rotación	Inclinación	Flexión
0°	4 %	2 %	4 %	4 %
10°	2 %	2 %	3 %	3 %
20°	1 %	1 %	1 %	1 %
30°	0 %	1 %	0 %	0 %
40°			0 %	

ANQUILOSIS

Anquilosada en:

Incapacidad global

	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

Limitación Funcional

Excursión desde 0° hasta

Incapacidad global

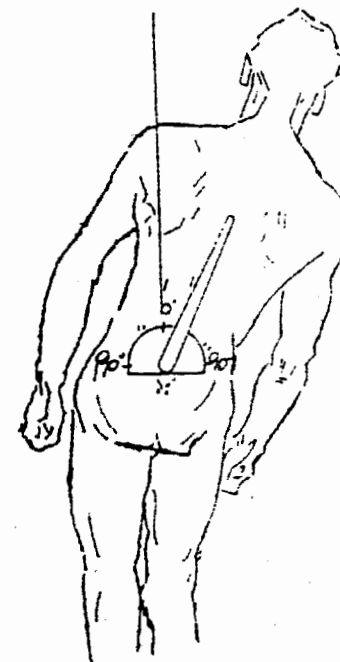
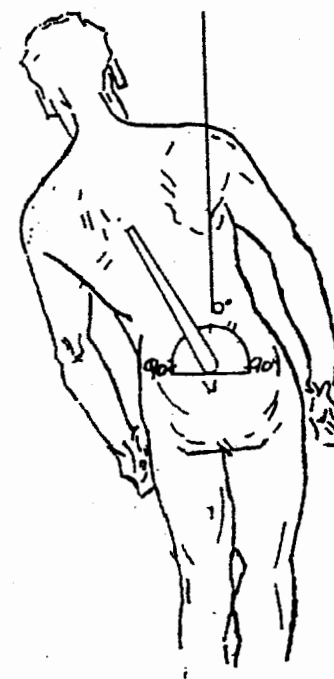
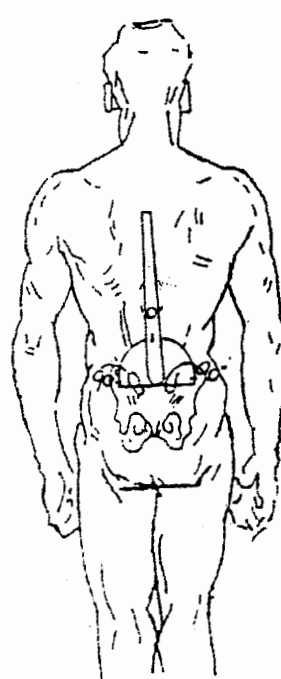
	Rotación D.I.	Inclinación D.I.	Flexión	Extensión
0°	5 %	4 %	9 %	3 %
10°	4 %	2 %	8 %	2 %
20°	2 %	0 %	7 %	1 %
30°	0 %		6 %	0 %
40°			5 %	
50°			4 %	
60°			3 %	
70°			2 %	
80°			1 %	
90°			0 %	

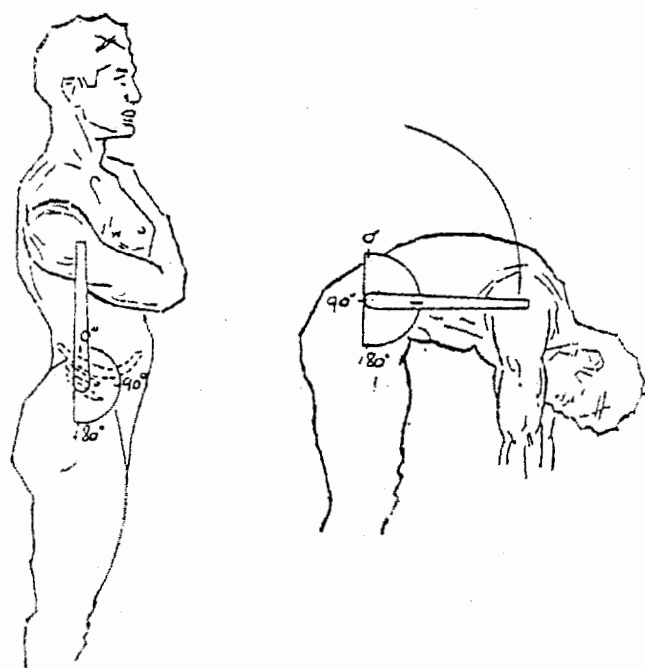
ANQUILOSIS

Anquilosada en

Incapacidad global

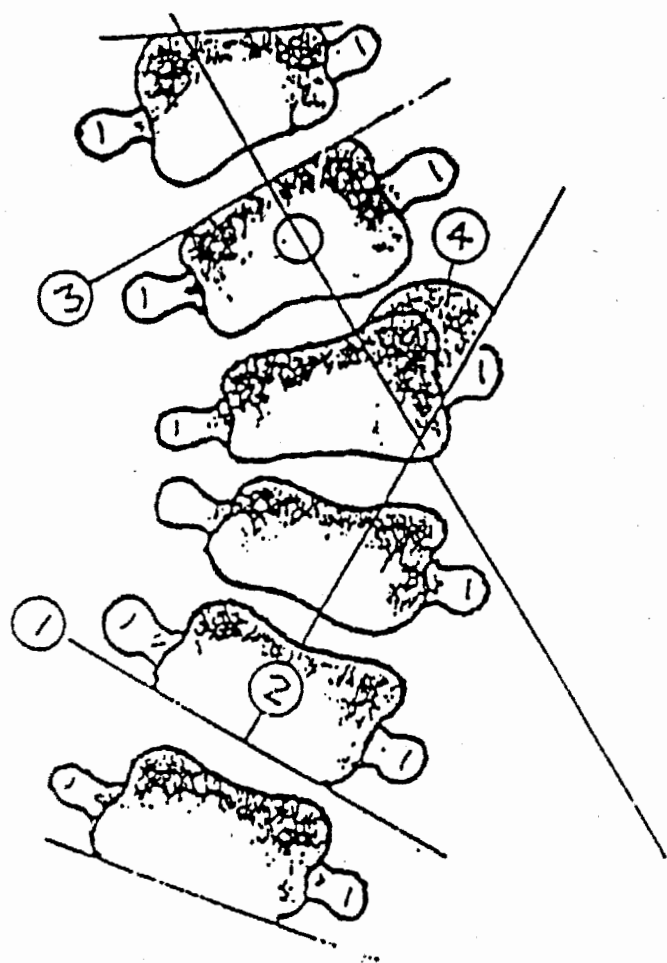
	Rotación	Inclinación	Flexión	Extensión
0°	30 %	30 %	30 %	30 %
10°	40 %	45 %	33 %	40 %
20°	50 %	60 %	37 %	50 %
30°	60 %		40 %	60 %
40°			43 %	
50°			47 %	
60°			50 %	
70°			53 %	
80°			57 %	
90°			60 %	



**ESCOLIOSIS**

Incurvación	dorsal	dorsolumbar	lumbar
- de 20°	9 %	17 %	6 %
20° a 30°	15 %	24 %	12 %
30° a 40°	24 %	37 %	21 %
40° a 50°	30 %	43 %	27 %
+ de 50°	36 %	49 %	33 %

Para la determinación del grado de escoliosis se sigue a Cobb que considera como límite superior de la curva a aquella vértebra cuyo borde superior se encuentra más inclinado hacia el lado de la concavidad, y como límite inferior a la vértebra cuyo borde inferior está también más inclinado hacia el lado de la concavidad. Una vez localizadas estas dos vértebras se trazan dos perpendiculares: una, al borde superior de la vértebra superior, y otra, al borde inferior de la vértebra inferior. Estas dos perpendiculares se cruzan determinando un ángulo cuya medición dará la medida de la curva escoliótica.



1. Sin límite interior.
2. Perpendicular.
3. Límite superior.
4. Ángulo de medición.

FRACTURAS

Compresión del	Incapacidad
0 %	0 %
25 %	5 %
50 %	10 %
+ 50 %	20 %
Fractura de los elementos posteriores	5 %

El compromiso de las raíces nerviosas será evaluado en el capítulo correspondiente.

MIEMBRO SUPERIOR**AMPUTACIONES DEL MIEMBRO SUPERIOR**

Incapacidad global

Amputación por arriba del hombro	70 %
Amputación a la altura del hombro	66 %
Amputación por arriba de V deltoidea	66 %
Amputación del 1/3 distal del brazo	66 %
Amputación a nivel del codo	66 %
Amputación 1/3 proximal de antebrazo	66 %
Amputación 1/3 medio de antebrazo	66 %
Amputación a nivel de muñeca	66 %
Amputación tras-metacarpiana de los 5 dedos	66 %
Amputación de los cuatro dedos menos pulgar	40 %
Amputación a nivel de la metacarpo falángica del pulgar	30 %
Amputación a nivel de la interfalángica del pulgar	15 %
Amputación distal de la última porción falángica del pulgar	5 %
Amputación a nivel de la metacarpo falángica del índice	14 %
Amputación a nivel de la interfalángica proximal del índice	11 %
Amputación distal de la última porción falángica del índice	6 %
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 a nivel de la metacarpofalángica del anular	5 %
Amputación a nivel de la interfalángica proximal del anular	4 %
Amputación a nivel de la interfalángica distal del anular	3 %
Amputación distal de la última falange del anular	1 %
Amputación a nivel de la metacarpofalángica del meñique	3 %
Amputación a nivel de la interfalángica proximal del meñique	2 %
Amputación a nivel de la interfalángica distal del meñique	1 %
Amputación distal de la última falange del meñique	0,5 %

ARTICULACION DEL HOMBRO**Limitación funcional****Abdo-elevación**

Desde el 0°
Abdo eleva hasta:

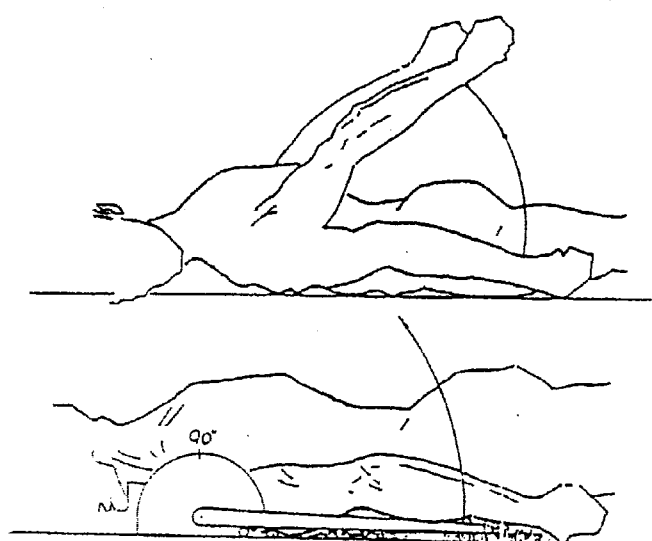
0°
10°
20°
30°
40°
50°
60°
70°
80°
90°
100°
110°
120°
130°
140°
150°

Incapacidad global

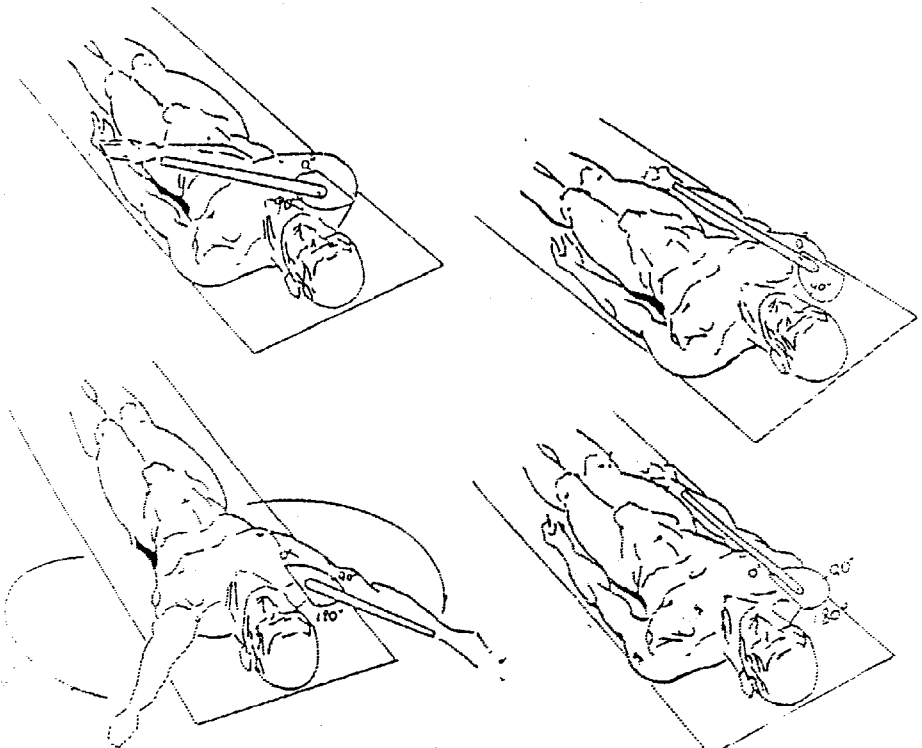
10 %
10 %
8 %
8 %
7 %
7 %
6 %
5 %
5 %
4 %
4 %
2 %
2 %
1 %
1 %
0 %

Aducción		Articulación fija en:		Incapacidad Global					
Desde el 0° hasta:	Incapacidad Global	Abdoeleva	Aduc.	Eleva ante	Eleva post.	Rot. I.	Rot. E.		
0°	2 %								
10°	1 %								
20°	1 %								
30°	0 %	130°	53 %	54 %					
		140°	56 %	57 %					
		150°	60 %	60 %					

Elevación anterior	
Desde el 0° hasta el:	Incapacidad global
0°	10 %
10°	9 %
20°	8 %
30°	8 %
40°	7 %
50°	7 %
60°	5 %
70°	5 %
80°	4 %
90°	4 %
100°	3 %
110°	2 %
120°	2 %
130°	1 %
140°	1 %
150°	0 %



Elevación posterior	
Desde 0° hasta:	Incapacidad Global
0°	2 %
10°	2 %
20°	1 %
30°	1 %
40°	0 %

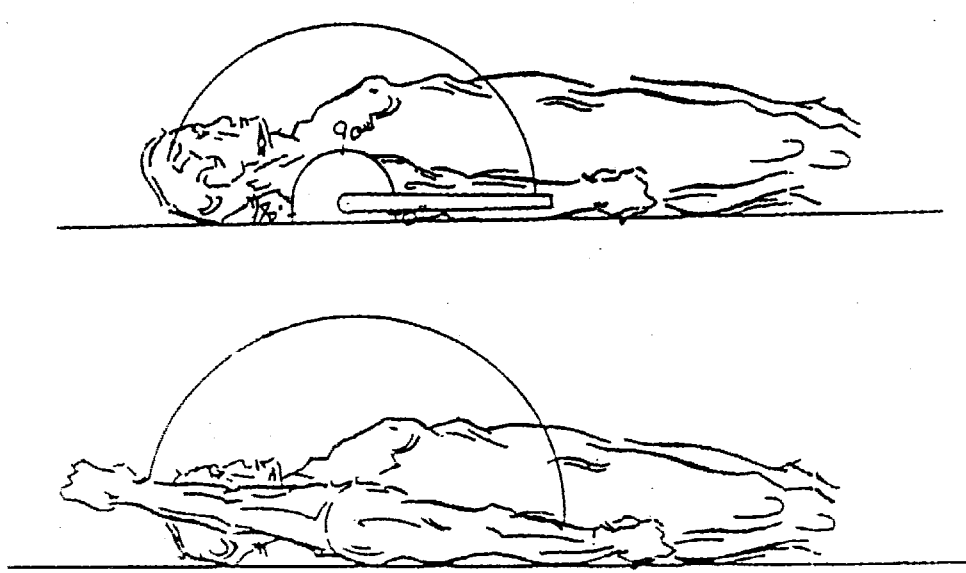


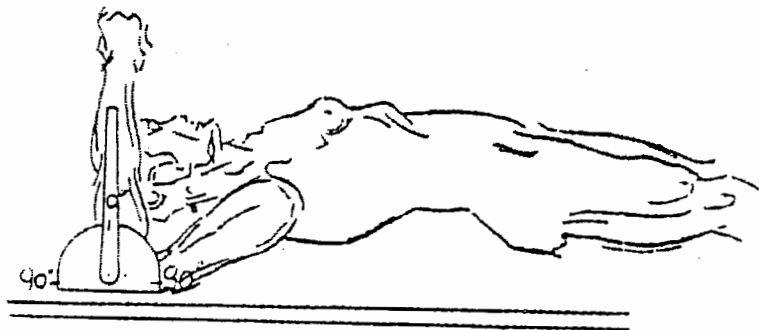
Rotación interna	
Desde 0° hasta:	Incapacidad Global
0°	4 %
10°	3 %
20°	2 %
30°	1 %
40°	0 %

Rotación externa	
Desde 0° hasta:	Incapacidad Global
0°	8 %
10°	7 %
20°	7 %
30°	5 %
40°	5 %
50°	4 %
60°	3 %
70°	2 %
80°	1 %
90°	0 %

ANQUILOSIS

Articulación fija en:		Incapacidad Global					
	Abdoeleva	Aduc.	Eleva ante	Eleva post.	Rot. I.	Rot. E.	
0°	36 %	36 %	36 %	36 %	36 %	36 %	
10°	34 %	44 %	32 %	42 %	42 %	30 %	
20°	31 %	52 %	28 %	48 %	48 %	24 %	
30°	28 %	60 %	24 %	54 %	54 %	29 %	
40°	25 %		27 %	60 %	60 %	34 %	
50°	26 %		30 %			40 %	
60°	29 %		33 %			44 %	
70°	32 %		36 %			50 %	
80°	36 %		39 %			55 %	
90°	40 %		42 %			60 %	
100°	42 %		45 %				
110°	46 %		48 %				
120°	50 %		51 %				



**MUÑECA**Limitación funcional

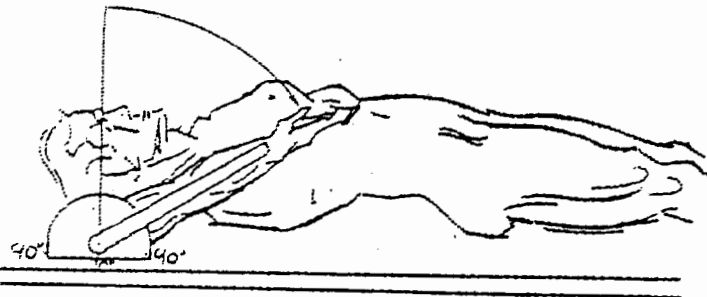
Flexión dorsal

Desde el 0° hasta:

0°
10°
20°
30°
40°
50°
60°

Incapacidad global

6 %
5 %
4 %
3 %
2 %
1 %
0 %



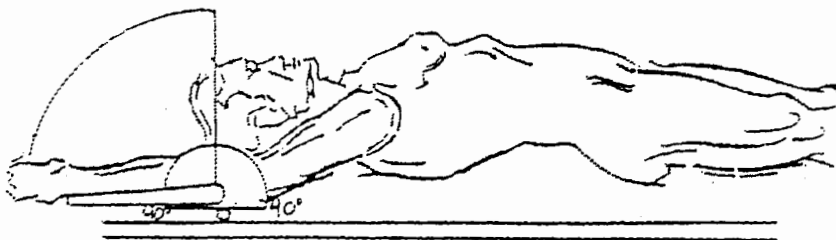
Flexión palmar

Desde el 0° hasta:

0°
10°
20°
30°
40°
50°
60°
70°

Incapacidad global

7 %
6 %
5 %
4 %
3 %
2 %
1 %
0 %



Desviación radial desde:

Hasta los:

0°
10°
20°

Incapacidad global

2 %
1 %
0 %

Desviación cubital desde:

Hasta los:

0°
10°
20°
30°

Incapacidad global

3 %
2 %
1 %
0 %

ARTICULACION DEL CODOLimitación funcional

Flexo-extensión

Flexión retenida en: -	%	Desde los 150° hasta -	%
0°	60 %	0°	0 %
10°	57 %	10°	1 %
20°	55 %	20°	2 %
30°	50 %	30°	4 %
40°	50 %	40°	5 %
50°	45 %	50°	10 %
60°	40 %	60°	15 %
70°	35 %	70°	20 %
80°	30 %	80°	25 %
90°	25 %	90°	30 %
100°	8 %	100°	35 %
110°	6 %	110°	40 %
120°	5 %	120°	45 %
130°	3 %	130°	50 %
140°	2 %	140°	55 %
150°	0 %	150°	60 %

Pronación o Supinación

Desde 0° hasta:	Incapacidad global
10°	7 %
20°	6 %
30°	5 %
40°	4 %
50°	3 %
60°	2 %
70°	1 %
80°	0 %

(para cada lado)

ANQUILOSIS

Articulación anquilosada en:	Incapacidad global
0°	60 %
10°	58 %
20°	55 %
30°	50 %
40°	45 %
50°	43 %
60°	40 %
70°	35 %
80°	32 %
90°	30 %
100°	35 %
110°	40 %
120°	45 %
130°	50 %
140°	55 %
150°	60 %

ANQUILOSIS

Muñeca anquilosada

Incapacidad global en:

	Flexión	Extensión	Desv. radial	Des. Cubital
0°	18 %	18 %	18 %	18 %
10°	23 %	17 %	36 %	30 %
20°	28 %	16 %	54 %	42 %
30°	34 %	15 %		54 %
40°	38 %	23 %		
50°	44 %	41 %		
60°	49 %	54 %		
70°	54 %			

PULGARLimitación funcionalArticulación Carpo-Metacarpiana:
(Incluye Aducción y Abducción)

Flexión

Desde 0° hasta:

0°
10°
15°

Incapacidad global

3 %
1 %
0 %

Extensión

Desde 0° hasta:

0°
10°
20°
30°

Incapacidad global

3 %
2 %
1 %
0 %

Articulación Metacarpo-falángica:

Flexión

Movilidad hasta:

0°
10°
20°
30°
40°
50°
60°

Incapacidad global

12 %
10 %
8 %
6 %
4 %
2 %
0 %

Articulación Interfalángica:

Movilidad hasta:

0°
10°
20°
30°
40°
50°
60°
70°
80°

Incapacidad global

10 %
9 %
7 %
6 %
5 %
4 %
2 %
1 %
0 %**ANQUILOSIS CARPO-METACARPIANA**
(Incluye la Aducción y Abducción)

En flexión de:

0°
10°
20°

Incapacidad global

7 %
12 %
17 %

En extensión de:

0°
10°
20°
30°7 %
10 %
14 %
17 %**ANQUILOSIS METACARPO-FALANGICA**

Anquilosada en:

0°
10°
20°
30°
40°
50°

Incapacidad global

12 %
10 %
9 %
12 %
13 %
15 %**Anquilosis Inter-Falángica:**

Anquilosada en:

0°
10°
20°
30°
40°
50°

Incapacidad global

10 %
9 %
8 %
8 %
8 %
10 %**DEDOS DE LA MANO MENOS EL PULGAR**Limitación funcionalArticulación Metacarpo-falángica:

Flexión

Desde 0° hasta:

0°
10°
20°
30°
40°
50°
60°
70°
80°
90°

Incapacidad global

8 %
7 %
6 %
5 %
4 %
3 %
3 %
2 %
1 %
0 %**Articulación Interfalángica proximal:**

Flexión

Desde 0° hasta:

0°
10°
20°
30°
40°
50°
60°
70°
80°
90°
100°

Incapacidad global

8 %
8 %
7 %
6 %
5 %
4 %
3 %
3 %
2 %
1 %
0 %**Articulación Interfalángica distal:**

Flexión

Desde 0° hasta:

0°
10°
20°
30°
40°
50°
60°
70°

Incapacidad global

6 %
5 %
4 %
4 %
3 %
2 %
1 %
0 %**DEDOS MENOS PULGAR****ANQUILOSIS****INDICE Y MAYOR**

Incapacidad Global

Anquilosis:

M-F

I-F-P

I-F-D*

0°
10°
20°
30°
40°
50°
60°
70°
80°
90°
100°8 %
8 %
7 %
6 %
8 %
8 %
10 %
11 %
13 %
14 %
-8 %
8 %
8 %
8 %
7 %
8 %
8 %
8 %
10 %
10 %
11 %6 %
5 %
5 %
5 %
4 %
5 %
5 %
6 %
-
-
-**ANULAR Y MEÑIQUE**

Anquilosis Metacarpo-falángica

0 % global.

* M-F: Articulación Metacarpo-falángica.
I-F-P: Articulación Interfalángica proximal.
I-F-D: Articulación Interfalángica distal.**MIEMBRO INFERIOR****AMPUTACIONES DEL MIEMBRO INFERIOR**

Hemipelvectomía

80 %

Desarticulación cadera**70 %**

Amputación 1/3 proximal muslo

65 %

Amputación 1/3 medio y distal

60 %

Desarticulación rodilla**60 %**

Amputación bajo rodilla con muñón funcional

50 %

Desarticulación del tobillo (Syme y Boyd)**45 %**

Amputación tarso-metatarsal y medio-tarsiana

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

7 %

Amputación 2° a 5° dedo

2 %

CADERA**LIMITACION FUNCIONAL**

Flexión

Desde el 0°
Hasta:

Incapacidad global

Flexión

Extensión

Abducción

Aducción

Rot. Ex.

Rot. Int.

0°
10°
20°
30°
40°
50°
60°
70°
80°
90°
100°7 %
7 %
6 %
5 %
4 %
4 %
3 %
3 %
2 %
1 %
0 %2 %
2 %
1 %
0 %6 %
5 %
3 %
2 %
0 %3 %
2 %
0 %5 %
4 %
3 %
2 %
1 %
0 %5 %
3 %
2 %
1 %
0 %**ANQUILOSIS**

Cadera anquilosada en:

Incapacidad global

Flexión

Extensión

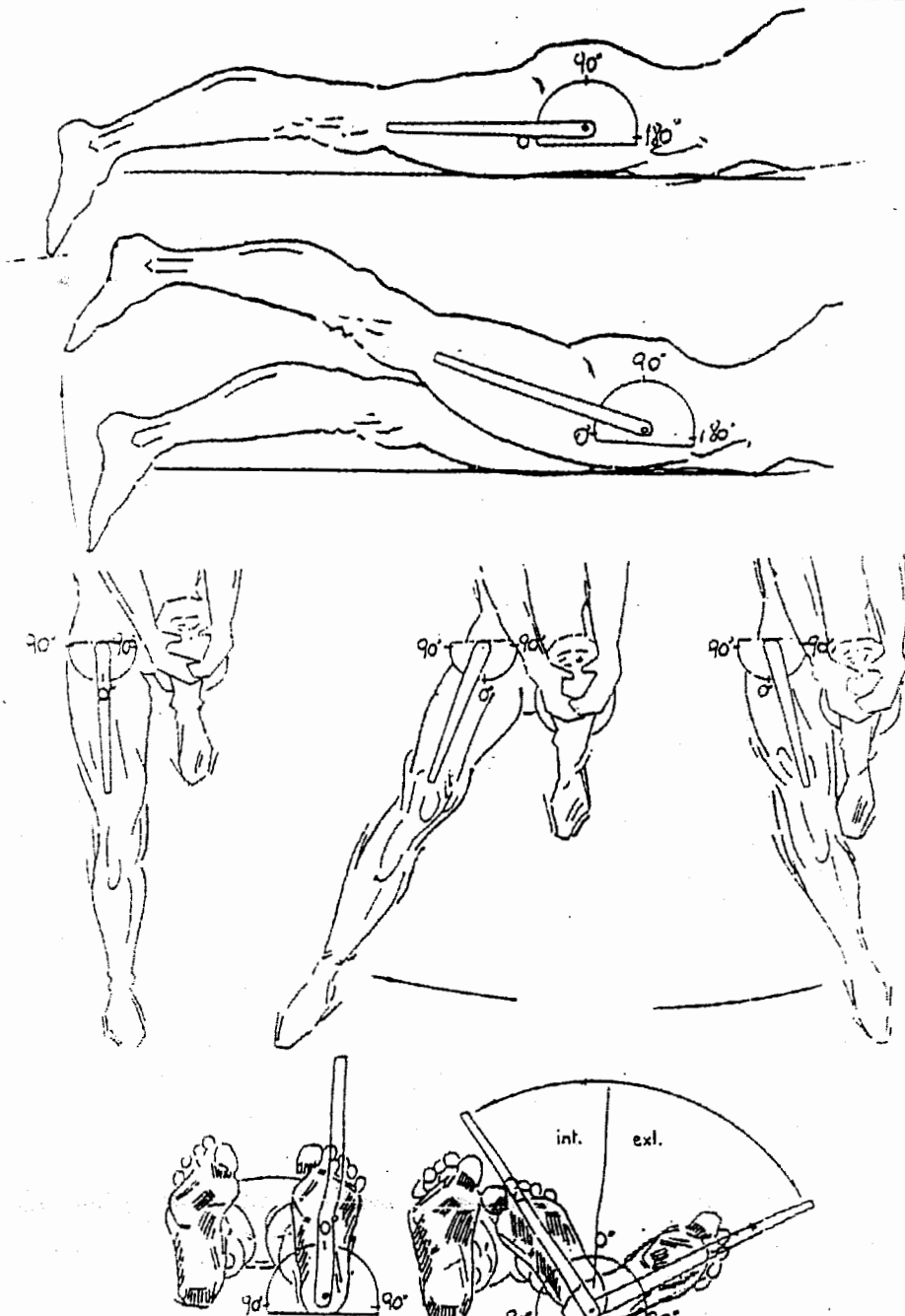
Abducción

Aducción

Rot. Int.

Rot. Ext.

0°
10°
20°
25°
30°
40°
50°
60°
70°
80°
90°
100°28 %
25 %
22 %
20 %
21 %
24 %
27 %
29 %
32 %
35 %
37 %
40 %28 %
32 %
36 %
—
40 %28 %
31 %
34 %
—
37 %
40 %28 %
34 %
40 %28 %
31 %
34 %
—
37 %
40 %28 %
30 %
33 %
—
35 %
38 %
40 %

**RODILLA**Limitación funcional

Flexión

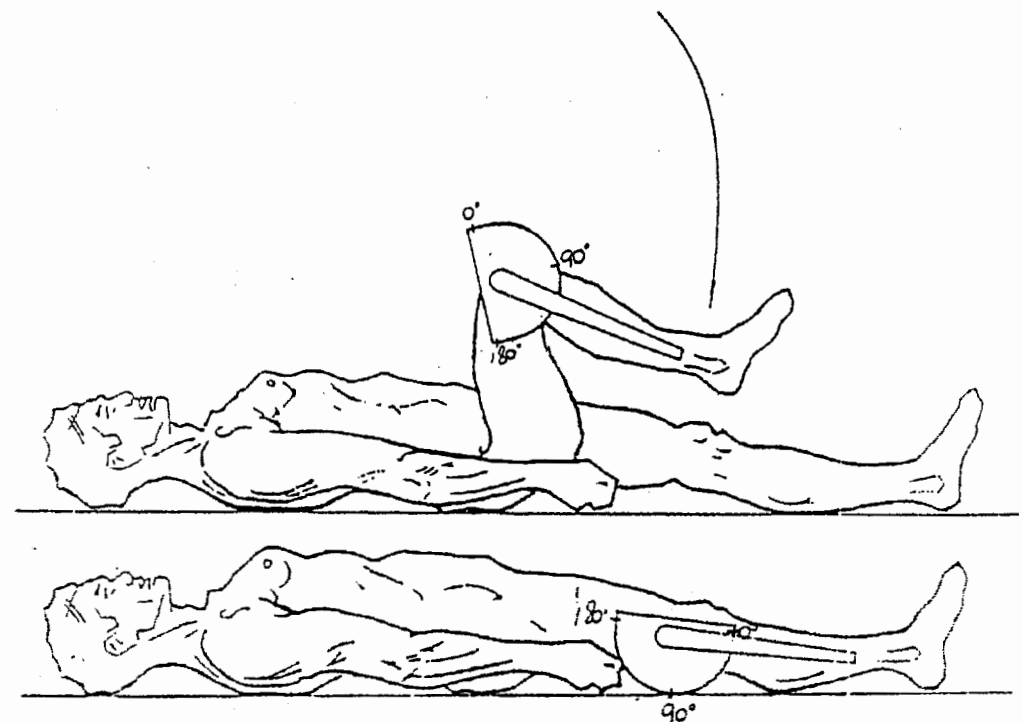
Desde 0° hasta:	Incapacidad global
0°	30 %
10°	25 %
20°	20 %
30°	17 %
40°	16 %
50°	14 %
60°	13 %
70°	11 %
80°	10 %
90°	8 %
100°	7 %
110°	6 %
120°	4 %
130°	3 %
140°	2 %
150°	0 %

Extensión

Extiende hasta:	Incapacidad global
0°	0%
10°	10%
20°	20%
30°	40%
40°	50%
50° a 150°	60%

ANQUILOSIS

Articulación anquilosada en:	Incapacidad global
0°	30 %
10°	35 %
20°	40 %
30°	45 %
40°	50 %
50° a 150°	65 %

**TOBILLO**Limitación funcional

Flexión Dorsal

Desde el 0° hasta:	Incapacidad global
0°	3 %
10°	2 %
20°	0 %

Flexión plantar

Desde el 0° hasta:	Incapacidad global
0°	6%
10°	4%
20°	3%
30°	2%
40°	0%

Inversión

Desde el 0° hasta:	Incapacidad global
0°	2 %
10°	2 %
20°	1 %
30°	0 %

Eversión

Desde el 0° hasta:	Incapacidad global
0°	2%
10°	1%
20°	0%

ANQUILOSIS

Articulación anquilosada en:

Grados	Flex. dorsal	Flex. plantar	Inversión	Eversión
0°	12 %	12 %	12 %	12 %
10°	20 %	16 %	17 %	20 %
20°	28 %	20 %	23 %	28 %
30°		24 %	28 %	
40°		28 %		

DEDOS DEL PIE

Anquilosis o Limitaciones Funcionales

1° dedo

a) Articulación interfalángica:

Grado de flexión

Grado de flexión	Incapacidad global
0°	2 %
10°	3 %
20°	3 %
30°	4 %

b) Articulación metatarso falángica:	
Grado de flexión dorsal	Incapacidad global
0°	3 %
10°	3 %
20°	4 %
30°	4 %
40°	5 %
50°	5 %
Grado de flexión plantar	Incapacidad global
0°	3 %
10°	4 %
20°	4 %
30°	5 %
Resto de los dedos	
a) Articulación interfalángica proximal	1 %
b) Articulación metatarsofalángica:	
De 0° a 20°	1 %
De 20° a 30°	2 %

ACORTAMIENTO DE LOS MIEMBROS INFERIORES

Acortamiento	Incapacidad Global
De 0 a 1,50 cm.	2 %
De 1,50 a 2,50 cm.	4 %
De 2,50 a 4 cm.	6 %
De 4 a 5 cm.	8 %
De más de 5 cm	10 %

OSTEOMIELITIS CRONICA

Con proceso en actividad (fistulas, edemas, tumefacción, flogosis, laboratorio) ... 60 %
Sin actividad actual, se valorará repercusión articular secuear de acuerdo a tablas.

LESIONES DE PARTES BLANDAS

Se tendrá en cuenta la repercusión funcional de las articulaciones comprometidas.

SEUDOARTROSIS

Región	Incapacidad Global
Fémur	60 %
Tibia	40 %
Peroné	10 %
Tibia y Peroné	55 %
Húmero	45 %
Cúbito	15 %
Radio	15 %
Cúbito y Radio	45 %
Escápula	15 %

TUMORES OSEOS

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

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

Tumor primitivo extirpable con metástasis:	70 %
Tumor primitivo inextirpable con o sin metástasis:	70 %
Metástasis de neoplasias primitivas de otros órganos:	70 %
Mieloma con compromiso polioestótico y/o fracturas patológicas:	70 %

Otras formas de Mieloma se evaluarán por Hematología y la afectación de otros órganos.

COMPROMISO NERVIOSO PERIFERICO DE LAS AFECCIONES OSTEOARTICULARES

Ya se ha mencionado que a la limitación específica de la movilidad articular, expresada en grados de incapacidad por tablas, se le combinará la producida por la pérdida de fuerza muscular y los trastornos de la sensibilidad, reales y de alguna manera objetivables.

ELEMENTOS DE DIAGNOSTICO

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:

Alteración funcional

Movilidad conservada contra resistencia fuerte	0 %
Movilidad conservada contra resistencia moderada	5-25 %
Movilidad conservada contra resistencia leve	25-50 %
Movilidad conservada contra resistencia mínima	50-75 %
Trazas de movilidad a inmovilidad	75-100 %

ALTERACIONES DE LOS PLEXOS

Se deberá evaluar la alteración motora y sensitiva.

- Plexo Braquial.

- Plexo Lumbosacro.

1 - Plexo Braquial.

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

PLEXO BRAQUIAL UNILATERAL

Alteración de la:	función sensorial	función motora	Inc. extr. sup.	Inc. global
Plexo braquial				
Total	0-100 %	0-100 %	0-100 %	0-60 %
Tronco Sup. (C-5, C-6)	0-20 %	10-30 %	10-40 %	0-24 %
Duchenne- Erb (C-5, C-6, C-7)	0-25 %	10-70 %	10-78 %	0-47 %
Tronco medio (C-7) (Radial)	0-5 %	10-35 %	10-38 %	0-23 %
Tronco Inferior (C-8, D-1) (Klumpke-Déjerine)	0-20 %	10-70 %	10-76 %	0-46 %

2 - Plexo lumbo-sacro.

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

PLEXO LUMBO-SACRO UNILATERAL

Alteración sensitiva	Alteración motora	Incapacidad global
0-40 %	0-50 %	0-70 %

RAICES DE NERVIOS ESPINALES**INCAPACIDAD UNILATERAL POR RAZ DE NERVIIO ESPINAL**

Raíz	Alteración sensitiva	Alteración motora	Incapacidad de la extremidad
C-5	0-5 %	0-30 %	0-34 %
C-6	0-8 %	0-35 %	0-40 %
C-7	0-5 %	0-35 %	0-38 %
C-8	0-5 %	0-45 %	0-48 %
T-1	0-5 %	0-20 %	0-24 %
L-3	0-5 %	0-20 %	0-24 %
L-4	0-5 %	0-34 %	0-37 %
L-5	0-5 %	0-37 %	0-40 %
S-1	0-5 %	0-20 %	0-24 %

La incapacidad global se obtiene combinando todas las incapacidades de la extremidad en cuestión.

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

Alteración	sensitiva	motora	incapacidad global
Occipital mayor	0-5 %	0 %	0-5 %
Occipital menor	0-3 %	0 %	0-3 %
Gran auricular	0-3 %	0 %	0-3 %
Secundario o accesorio (secundario espinal)	0 %	0-10 %	0-10 %

INCAPACIDAD POR LESION DE RAICES TORACICAS

	Incapacidad global unilateral	Incapacidad global bilateral
Cualquiera de 2 raíces	0-5 %	0-10 %
Cualquiera de 5 raíces	5-15 %	10-28 %
más de 5 raíces	15-35 %	28-58 %

Estas tablas están referidas a la extremidad hábil. En caso de la extremidad no hábil podrá haber una disminución del grado de incapacidad de hasta el 10 % del valor calculado, referido al global del miembro.

En caso de compromiso bilateral: se calcula la incapacidad global atribuible a cada miembro en forma separada, cada una de ellas se transforma en incapacidad global de la persona, y luego se combinan según el principio de la capacidad residual restante.

INCAPACIDAD UNILATERAL DEL NERVO ESPINAL DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR**INCAPACIDAD DEL NERVO ESPINAL UNILATERAL QUE AFECTA A LA EXTREMIDAD INFERIOR**

NERVIO	Alteración sensitiva	Alteración motora	Inc. de los dedos	Inc. extr. sup.	NERVIO	Alteración de función sensitiva	Alteración de función motora	Incapacidad extr. inferior
Torácico anterior	0 %	0-5%		0-5 %	Femoral	0-5 %	0-35 %	0-38 %
Axilar (circunflejo)	0-5 %	0-35%		0-38 %	Femoral (debajo Nerv. Iliaco)	0-5 %	0-30 %	0-34 %
Escapular Dorsal	0 %	0-5%		0-5 %	Génitofemoral	0-5 %	0 %	0-5 %
Torácico Largo	0 %	0-15%		0-15 %	Inferior glúteo	0 %	0-25 %	0-25 %
Cutáneo Antebraquial	0-5 %	0 %		0-5 %	Fémoro-cutáneo	0-10 %	0 %	0-10 %
Medio Cutáneo Braquial	0-5 %	0 %		0-5 %	Nervio múscl. Obturador interno	0 %	0-10 %	0-10 %
Medio					Nervio musc. Piriforme	0 %	0-10 %	0-10 %
Mediano (por encima del antebrazo medio)	0-40 %	0-55 %		0-73 %	Obturador	0 %	0-10 %	0-10 %
Mediano (por debajo del antebrazo medio)	0-40 %	0-35 %		0-61 %	Post. cutáneo del muslo	0-5 %	0 %	0-5 %
Rama lado radial del pulgar	0-4 %	0 %	0-11 %	0-4 %	Sup. glúteo	0 %	0-20 %	0-20 %
Rama lado cubital del pulgar	0-8 %	0 %	0-23 %	0-8 %	Ciático (encima hueso popliteo)	0-25 %	0-75 %	0-81 %
Rama lado radial del índice	0-8 %	0 %	0-37 %	0-8 %	Común Peroneo (Popliteo lat. externo)	0-5 %	0-35 %	0-38 %
Rama lado cubital del índice	0-3 %	0 %	0-13 %	0-3 %	Profundo (encima Tibia media)	0 %	0-25 %	0-25 %
Rama lado radial del medio	0-7 %	0 %	0-42 %	0-7 %	Profundo (debajo Tibia media)	0 %	5 %	5 %
Rama lado cubital del medio	0-2 %	0 %	0-12 %	0-2 %	Superficial	0-5 %	0-10 %	0-14 %
Rama lado radial del anular	0-3 %	0 %	0-34 %	0-3 %	Tibial (Popliteo medio o interno) por encima de Rodilla.	0-15 %	0-35 %	0-45 %
Musculocutáneo	0-5 %	0-25 %		0-29 %	Tibial posterior (Pantorrilla media y Rodilla).	0-15 %	0-25 %	0-33 %
Radial (músculo-espiral parte sup. del brazo con pérd. del triceps)	0-5 %	0-55 %		0-57 %	Por debajo de la Pantorrilla Media	0-15 %	0-15 %	0-28 %
muñeca en pos. funcional	0-5 %	0-55 %		0-57 %	Rama plantar lateral	0-5 %	0-5 %	0-10 %
Radial (músculo-espiral en posición funcional)	0-5 %	0-40 %		0-43 %	Rama plantar media	0-5 %	0-5 %	0-10 %
Subescapular (superior e inferior)	0 %	0-5 %		0-5 %	Crural (safe-no externo).	0-5 %	0 %	0-5 %
Supraescapular	0-5 %	0-15 %		0-19 %				
Torácicodorsal (subescapular)	0 %	0-10 %		0-10 %				
Cubital (encima antebrazo medio)	0-10 %	0-35 %		0-33 %				
Cubital (debajo antebrazo medio)	0-10 %	0-25 %		0-33 %				
Rama lado cubital dedo anular.	0-2 %	0 %	0-24 %	0-2 %				
Rama lado radial meñique	0-2 %	0 %	0-49 %	0-2 %				
Rama lado cubital meñique	0-2 %	0 %	0-49 %	0-2 %				

La incapacidad global se obtiene combinando todas las incapacidades de la extremidad en cuestión.

La incapacidad global se obtiene combinando todas las incapacidades de la extremidad en cuestión.

CONVERSION DE LA INCAPACIDAD DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR UNILATERAL EN INCAPACIDAD GLOBAL

Inc. ext.	Inc. global	Inc. ext.	Inc. global	Inc. ext.	Inc. global
1 %	1 %	34 %	20 %	67 %	40 %
2 %	1 %	35 %	21 %	68 %	41 %
3 %	2 %	36 %	22 %	69 %	41 %
4 %	2 %	37 %	22 %	70 %	42 %
5 %	3 %	38 %	23 %	71 %	43 %
6 %	4 %	39 %	23 %	72 %	43 %
7 %	4 %	40 %	24 %	73 %	44 %
8 %	5 %	41 %	25 %	74 %	44 %
9 %	5 %	42 %	25 %	75 %	45 %
10 %	6 %	43 %	26 %	76 %	46 %
11 %	7 %	44 %	26 %	77 %	46 %
12 %	7 %	45 %	27 %	78 %	47 %
13 %	8 %	46 %	28 %	79 %	47 %
14 %	8 %	47 %	28 %	80 %	48 %
15 %	9 %	48 %	29 %	81 %	49 %
16 %	10 %	49 %	29 %	82 %	49 %
17 %	10 %	50 %	30 %	83 %	50 %
18 %	11 %	51 %	31 %	84 %	50 %
19 %	11 %	52 %	31 %	85 %	51 %
20 %	12 %	53 %	32 %	86 %	52 %
21 %	13 %	54 %	32 %	87 %	52 %
22 %	13 %	55 %	33 %	88 %	53 %
23 %	14 %	56 %	34 %	89 %	53 %
24 %	14 %	57 %	34 %	90 %	54 %
25 %	15 %	58 %	35 %	91 %	55 %
26 %	16 %	59 %	35 %	92 %	55 %
27 %	16 %	60 %	36 %	93 %	56 %
28 %	17 %	61 %	37 %	94 %	56 %
29 %	17 %	62 %	37 %	95 %	57 %
30 %	18 %	63 %	38 %	96 %	58 %
31 %	19 %	64 %	38 %	97 %	58 %
32 %	19 %	65 %	39 %	98 %	59 %
33 %	20 %	66 %	40 %	99 %	59 %
				100 %	60 %

CONVERSION DE LA INCAPACIDAD DE LA EXTREMIDAD INFERIOR UNILATERAL EN INCAPACIDAD GLOBAL

In. extr. inf.	Inc. global	Inc. extr. inf.	Inc. global	Inc. extr. inf.	Inc. global
1 %	0 %	34 %	14 %	67 %	27 %
2 %	1 %	35 %	14 %	68 %	27 %
3 %	1 %	36 %	14 %	69 %	28 %
4 %	2 %	37 %	15 %	70 %	28 %
5 %	2 %	38 %	15 %	71 %	28 %
6 %	2 %	39 %	16 %	72 %	29 %
7 %	3 %	40 %	16 %	73 %	29 %
8 %	3 %	41 %	16 %	74 %	30 %
9 %	4 %	42 %	17 %	75 %	30 %
10 %	4 %	43 %	17 %	76 %	30 %
11 %	4 %	44 %	18 %	77 %	31 %
12 %	5 %	45 %	18 %	78 %	31 %
13 %	5 %	46 %	18 %	79 %	32 %
14 %	6 %	47 %	19 %	80 %	32 %
15 %	6 %	48 %	19 %	81 %	32 %
16 %	6 %	49 %	20 %	82 %	33 %
17 %	7 %	50 %	20 %	83 %	33 %
18 %	7 %	51 %	20 %	84 %	34 %
19 %	8 %	52 %	21 %	85 %	34 %
20 %	8 %	53 %	21 %	86 %	34 %
21 %	8 %	54 %	22 %	87 %	35 %
22 %	9 %	55 %	22 %	88 %	35 %
23 %	9 %	56 %	22 %	89 %	36 %
24 %	10 %	57 %	23 %	90 %	36 %
25 %	10 %	58 %	23 %	91 %	36 %
26 %	10 %	59 %	24 %	92 %	37 %
27 %	11 %	60 %	24 %	93 %	37 %
28 %	11 %	61 %	24 %	94 %	38 %
29 %	12 %	62 %	25 %	95 %	38 %
30 %	12 %	63 %	25 %	96 %	38 %
31 %	12 %	64 %	26 %	97 %	39 %
32 %	13 %	65 %	26 %	98 %	39 %
33 %	13 %	66 %	26 %	99 %	40 %
				100 %	40 %

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.

ELEMENTOS DE DIAGNOSTICO

Anamnesis

Examen físico

Laboratorio general específico: gases en sangre, bacilos copia, etc.

Diagnóstico por imágenes: Rx, TC., Eco, Centellografía.

Pruebas funcionales: espirometría.

Endoscopías y biopsias.

Electrocardiograma.

	<u>Valores normales</u>	
<u>Gases en sangre:</u>	normal	insuf. resp. cron.
pO ₂	97 mmHg.	menor de 60 mmHg.
pCO ₂	40 mmHg.	mayor de 50 mmHg.
pH	7,4	7,4 más/menos 0,1

Frecuencia respiratoria

normal 16x'

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).

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 de la incapacidad funcional que las patologías originan (espirometría, gases en sangre).

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

Alteraciones	CV	VR	VEF 1/CVF	VEF 1
Asma	N o dism.	N o aum.	Dism.	Dism.
Bronq. cr.	N o dism.	N o dism.	Dism.	Dism.
Enfisema	N o dism.	Aum.	Dism.	Dism.
Restictiva (Pulmonar y/o extra-pulmonar)	Dism.	Dism.	N	N o dism.

**TABLA DE VALORACION
PARA ENFERMEDADES RESPIRATORIAS**

ESTADIO I (Sin incapacidad)

Clinica: 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 de hasta 33 %)

Clinica: disnea a grandes esfuerzos.

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

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

Oxigenometría: innecesaria.

ESTADIO III (Incapacidad del 33 al 66 %)

Clinica: disnea a medianos esfuerzos, tos, expectoración.

Radiología: acentuación de la trama bronquial, hilios congestivos, horizontalización costal y aplanamiento diafragmático, lesiones de uno o ambos pulmones sin exceder el volumen equivalente a toda la playa pulmonar derecha.

Espirometría: VEF y CV valores del 55 al 65 %.

Oxigenometría: saturación mayor del 85 %.

ESTADIO IV (Incapacidad mayor al 66 %)

Clinica: tórax en tonel. Disnea de mínimos esfuerzos y/o reposo, tiraje inspiratorio, tos, expectoración mucosa o mucopurulenta, compromiso del estado general (insuficiencia cardíaca congestiva con crecimiento AU.DER. y HVD y/o SOB. VENT. DERECHA).

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

Espirometría: VEF y CV valor menor 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

Infecciosas: Inespecíficas crónicas

Específicas (T.B.C., micóticas)

No habituales, en el contexto del SIDA

Tumorales: Benignas

Malignas primitivas

secundarias

Otras: Bronquiectasias.

E.B.P.O.C.

Bronquitis crónica

Bronquitis espasmódica

Asma bronquial

Enfisema pulmonar

PUBLICACIONES DE DECRETOS Y RESOLUCIONES

De acuerdo con el Decreto Nº 15.209 del 21 de noviembre de 1959, en el Boletín Oficial de la República Argentina se publicarán en forma sintetizada los actos administrativos referentes a presupuestos, licitaciones y contrataciones, órdenes de pago, movimiento de personal subalterno (civil, militar y religioso), jubilaciones, retiros y pensiones, constitución y disolución de sociedades y asociaciones y aprobación de estatutos, acciones judiciales, legítimo abono, tierras fiscales, subsidios, donaciones, multas, becas, policía sanitaria animal y vegetal y remates.

Las Resoluciones de los Ministerios y Secretarías de Estado y de las Reparticiones sólo serán publicadas en el caso de que tuvieran interés general.

NOTA: Los actos administrativos sintetizados y los anexos no publicados pueden ser consultados en la Sede Central de esta Dirección Nacional (Suipacha 767 - Capital Federal)

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, hilos 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, hilos congestivos, horizontalización de costillas y diafragma, hiperclaridad pulmonar, bullas, ensanchamiento de los espacios intercostales, retroesternal y retrocardíaco).

La repercusión funcional será catalogada como:

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

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

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	0-10 %
Moderada	10-40 %
Severa	hasta 70 %

Bronquitis espasmódica:

Leve	0-10 %
Moderada	10-40 %
Severa	hasta 70 %

Asma bronquial:

Leve	0-10 %
Moderado	10-40 %
Severo	hasta 70 %

Enfisema pulmonar:

Leve	0-10 %
Moderado	10-40 %
Severo	hasta 70 %

NEUMOCONIOSIS:

Leve	0-10 %
Moderada	10-40 %
Severa	hasta 70 %

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 de 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 bulloso, engrosamientos pleurales (en la asbestosis pulmonar la calcificación pleural uni o bilateral es frecuente y la fibrosis es lineal y no nodular), y distorsión de la tráquea, desplazamiento de los hilos y del corazón, deformaciones diafragmáticas, etcétera.

La repercusión funcional será catalogada como en el punto anterior. En todos los casos deberá cambiar sus tareas laborales.

FIBROSIS PULMONAR:

Leve	0-10 %
Moderada	10-40 %
Severa	hasta 70 %

Se evaluará por radiografía, examen funcional y grado de disnea.

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

La disnea se evalúa según tabla:

Grado 1 es la habitual en el desarrollo de sus tareas laborales.

Grado 2 leve: a grandes esfuerzos.

Grado 3 moderada: a medianos y leves esfuerzos.

Grado 4 grave: a mínimos esfuerzos y en reposo.

INFECCIOSAS:

Inespecíficas: se evaluarán sus secuelas orgánicas y funcionales.

Específicas: Tuberculosis pleuro-pulmonar.

a) 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.

b) Secular:	Leve	0-10 %
	Moderada	10-40 %
	Severa	hasta 70 %

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, de acuerdo a las secuelas anatómicas y funcionales. Se tendrá en cuenta la clasificación de estadio según TNM. Ver sección Oncología.

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, dado su mal pronóstico: 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.

CARDIOVASCULAR

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

Se tendrán en cuenta las medidas terapéuticas que han sido implementadas hasta la fecha del examen y si las mismas fueron cumplidas.

Se esperarán los períodos habituales de rehabilitación antes de proceder a determinar incapacidad.

Los estudios aportados serán aceptados como prueba, previa comprobación de la pertenencia al solicitante, la oportunidad de su realización y la calidad de los mismos.

ELEMENTOS DE DIAGNOSTICO

Anamnesis

Examen físico

Laboratorio: general

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

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

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

Hemodinámicos.

Otros: Fondo de Ojo, Función renal.

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 I: la habitual en el desarrollo de las tareas laborales.

Grado II: a grandes esfuerzos.

Grado III: a medianos y leves esfuerzos.

Grado IV: a mínimos esfuerzos y en reposo.

Se discriminará la posible concurrencia respiratoria como causa de disnea.

Valores normales

Ecocardiograma: Grosor Aurículas 2mm.
Pared Vent. der.: 3-4 mm.
Pared Vent. izq.: 8-9 mm.

Cavidad: Auric. izq.: 1-4 cm.
Vent. der.: 0,4-2,6 cm.
Vent. izq.: 3,5-5,7 cm.

Tabique: 0,7-1,1 cm.

Indice cardiaco: 3,4 +/- 0,5 l/min./m².

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 (por ej.: alteraciones isquémicas del ST, arritmias).

Cateterismo: Presiones (en milímetros de Mercurio)

	Sistólicas	Diastólicas
Au. der.	5 mmHg.	0-1 mmHg.
Vent. der.	25 mmHg.	0-1 mmHg.
Art. pulm.	25 mmHg.	9 mmHg.
Pres. de encl.	10 mmHg.	5 mmHg.
Au. izq.	4 mmHg.	0 mmHg.
Vent. izq.	120 mmHg.	2-6 mmHg.
Aorta	120 mmHg.	65 mmHg.
Fracción de eyección: 65 %		
Afecciones evaluables:		
Cardiopatía coronaria		
Miocardiopatías y Enfermedad de Chagas		
Valvulopatías		
Arritmias		
Pericardiopatías y Tumores		
Cardiopatía congénita		
Hipertensión Arterial		
Arteriopatías aórticas		
Vasculopatías periféricas: arteriopatías flebopatías		

CARDIOPATIA CORONARIA

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

1. — Anamnesis (angor, antecedentes de IAM., estudios y tratamientos efectuados).
 2. — Examen clínico
 3. — Métodos complementarios:
- Se sugiere la secuencia siguiente:

- a) Electrocardiograma
- b) Prueba ergométrica graduada:

Se entiende por Prueba Ergométrica Anormal lo siguiente:

1. — PEG positiva (+) para angor y ST
 - a. — Infradesnivel del ST: 2 mm o más.
 - b. — Supradesnivel del ST: 2 mm o más.
2. — Arritmias cardiacas severas
 - a. — Por extrasístoles ventriculares polifocales.
 - b. — Colgajos de taquicardia supraventricular paroxística.

- c. — Extrasístoles ventriculares apareadas.
 - d. — Fenómeno R/T.
 - e. — Colgajos de taquicardia ventricular.
 - f. — Bloqueo A-V completo y de 2º grado (Tipo Wenkebach)
3. — Signos de insuficiencia cardiaca con 3º o 4º ruido (en PEG efectuada por institución reconocida).
 4. — Bloqueo completo de rama izquierda taquicárdico de pendiente.
(El bloqueo completo de rama derecha taquicárdico dependiente no tiene valor patológico).
 5. — Isquemias intra esfuerzo (Onda T negativa en cualquier área).
- c) Holter.
 - d) Estudios con cámara gamma. Estudio de la perfusión miocárdica con radiosótomo (Talio y/o Tecnecio) en reposo y/o esfuerzo.
 - e) Eco-doppler modo M o Bidimensional.
 - f) Cinecoronariografía.

CARDIOPATIA CORONARIA

CLINICA, ANTECEDENTES Y EXAM. COMPL.	DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
1) PRECORDIALGIA+ECG NORMAL SIN OTRA PRUEBA POSITIVA	NO AFEC. CARD. DEMOSTRABLE	0 %
2) PRECORDIALGIA+ECG S/ALT. SIGNIF. (T APLANADA. ST RECTIFIC. BIRD. BLOQUEO AV. 1 GRADO). SIN OTRA PRUEBA POSITIVA.	NO AFEC. CARD. DEMOSTRABLE	0-10 %
1) y 2) NO DEBERIAN DICTAMINARSE SIN PEG. Y/O TALIO.		
3) PRECORDIALGIAS+ECG/:BIRD+ HAizq. O BLOQUEO AV. 1º GRADO+ 1 DE LOS ANTERIORES.	PEG. NORMAL CARD. MINIMA PEG. ANORMAL CARD. ISQ. SEVERA	10-20 % 70 %
4) ANGOR+ECG. PATOLOGICO OSTENSIBLE O PEG. ANORMAL	CARD. CORONARIA SEVERA.	70 %
5) IAM BASAL (VA A PEG)	PEG NORMAL CARDIOP. CORON. S/REP. HEMODINAMICA ACTUAL. PEG ANORMAL CARDIOP. CORON. SEVERA	20-30 % 70 %
6) IAM BASAL C/ISQUEMIA RESIDUAL FRANCA	CARD. CORONARIA SEVERA.	70 %
7) IAM BASAL+HIPERT. ARTERIAL+ECG. C/HIPERTR. Y SOBRECARGA VENT. IZQ.	CARDIOPATIA HIPERTENSIVA	70 %
8) IAM BASAL+LATERAL (CON ISQ. PERSISTENTE)	CARDIOPATIA CORONARIA SEVERA.	70 %
9) IAM ANT. (ANT. LAT. Y/O IAM ANT. SEPTAL Y/O IAM ANT. EXTEN.)	CARDIOPATIA CORONARIA SEVERA.	70 %
10) IAM DE OTRAS AREAS SIN IMAGEN ELECTROC. DE ISQ. Y/O NECROSIS	PEG NORMAL CARDIOPATIA CORONARIA MODERADA PEG ANORMAL CARDIOPATIA CORONARIA SEVERA	25-40 % 70 %

11) CARDIOPATIA CORONARIA:

- 1) Tratamiento de la afección mediante angioplastia transluminal (ATL)
- 2) Tratamiento quirúrgico de la afección obstructiva
- 3) Valoración de la afección coronaria mediante cine coronariografía

1) ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL DE LA:

A) -ART. DES. ANTERIOR Y/O COR. DER. Y/O CX Y/O DIAG.	CARDIOPATIA CORONARIA C/MODERADA REP. ORGANICA Y/O HEMODINAMICA	
<u>EXITOSA</u> (C/CONTROL ECG. Y/O PEG. Y/O ESTUDIO RADIOISOTOPICO (-)		30 %
B) - ART. DES ANTERIOR Y/O CORD. DER. Y/O CX. Y/O DIAG. <u>NO EXITOSA</u> (CON CONTROL) ECG. Y/O PEG. Y/O ESTUDIO RADIOISOTOPICO (POSITIVO)	CARDIOPATIA CORONARIA CON SEVERA REP. ORGANICA Y/O HEMOD.	70 %

En caso de presentar obstrucción coronaria de más de un vaso con ATL exitosa para uno solo de ellos y permanencia de la o las otras obstrucciones decidirá el trazado electrocardiográfico, la PEG., y/o estudio radioisotópico:

No patológico	30-40 %
Patológico	70 %

2) TRATAMIENTO QUIRURGICO:

a) Cualquiera sea la cantidad de lesiones obstructivas previas y puentes efectuados, se realizará electrocardiograma y estudio radioisotópico actualizado para evaluar riesgo isquémico, función ventricular, circulación colateral, etc.

Si no existiera riesgo isquémico y la función ventricular se encontrara dentro de límites normales:

CARDIOPATIA CORONARIA C/MOD. REP. ORG. Y/O HEMOD. 30 %

b) Cualquiera sea la cantidad de lesiones previas y puentes coronarios efectuados, si evidencia amplias secuelas electrocardiográficas con signos de isquemia y/o con demás estudios francamente patológicos:

CARDIOPATIA CORONARIA C/SEVERA REP. ORG. Y HEMOD. 70 %

3) CINECORONARIOGRAFIA:

a) Lesión de uno o más vasos, con ECG y con estudio radioisotópico negativo para isquemia, con buena función ventricular:

CARDIOPATIA CORONARIA C/MOD. REP. ORGANICA 20-35 %

b) Lesión moderada a severa de uno o más vasos, con ECG con secuelas significativas y signos de isquemia actual o evaluación radioisotópica patológica:

CARDIOPATIA CORONARIA CON SEVERA REPERCUSION ORGANICA 70 %

OBSERVACIONES Y CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA

En todos los casos se deberá tener en cuenta el tipo de tareas realizadas por el actor, ya sean administrativas sedentarias o que requieran moderados a severos esfuerzos psicofísicos, riesgo para terceros y la edad.

Con respecto al tratamiento con angioplastia transluminal será evaluado el solicitante de jubilación por invalidez luego de un año de efectuada, teniendo prueba ergométrica graduada a los 3 y 6 meses. Es aconsejable también obtener estudio radioisotópico, que informe sobre el riesgo isquémico, función ventricular, etc.

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, patologías concomitantes (diabetes), aneurismas, etc.

Recordar tener presente el diagnóstico psiquiátrico concomitante.

TABLA DE VALORACION PARA ENFERMEDADES CORONARIAS**Estadio I (Sin incapacidad):**

Signos clínicos: precordialgia sin traducción clínica. Terapéutica innecesaria.

Estudios complementarios: electrocardiograma, y eventualmente otros estudios normales.

Estadio II (Incapacidad hasta el 33 %):

Signos clínicos: angor esporádico, sólo con los esfuerzos intensos.

Estudios complementarios: electrocardiograma sin alteraciones significativas (T aplana - ST rectificado - Bloqueo incompleto de rama derecha - Bloqueo AV de 1º grado aislado).

O, secuela de infarto agudo de miocardio basal con prueba ergométrica negativa.

O, angioplastia transluminal exitosa.

O, lesión de uno o más vasos coronarios, con electrocardiograma y estudios radioisotópicos negativos, con buena función ventricular.

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

Signos clínicos: angor con esfuerzos moderados.

Estudios complementarios: secuela de infarto agudo de miocardio (excluyendo basal), anterior, anteroseptal, y anterolateral con prueba ergométrica negativa.

Bloqueo incompleto de rama derecha con hemibloqueo anterior izquierdo y prueba ergométrica negativa.

Estadio IV (Incapacidad mayor del 66 %):

Signos clínicos: angor típico de pequeños esfuerzos y/o signos de insuficiencia cardíaca.

Necesidad de tratamiento continuo.

Estudios complementarios: cualquiera de los mencionados con prueba ergométrica positiva.

Electrocardiograma con secuela o isquemia anterolateral. Electrocardiograma con secuela de infarto agudo de miocardio basal con isquemia residual franca.

Electrocardiograma con secuela de infarto agudo de miocardio basal y lateral.

Coronariografía que demuestra lesión significativa de uno o más vasos con isquemia actual y/o estudio radioisotópico patológico.

Angioplastia transluminal no exitosa (demostrada por electrocardiograma, y/o prueba ergométrica graduada, y/o estudio radioisotópico patológico).

Cirugía de revascularización con secuelas electrocardiográficas de isquemia.

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 los estudios electrofisiológicos, la ecografía bidimensional o modo B y el estudio radiocardiográfico, los que aceptarán como prueba en casos de ser fehacientes y de reconocida calidad.

De no existir dichos exámenes complementarios, nos limitaremos a efectuar diagnóstico de 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 (Bloqueo completo de rama izquierda, o bloqueos aurículo ventriculares de II grado).

En los casos en que se aportara cateterismo se considerará grave o incapacitante los siguientes resultados:

Diámetro Vent. izquierdo al final de diástole mayor	70 mm.
Índice cardíaco menor	2.30L/min./m ²
Ventrículo izquierdo a fin de sístole mayor	150 ml.
Sodio sérico menor a	130 mEq/l.
Presión de aurícula derecha mayor	10 mmHg.
Presión de enclavamiento capilar pulmonar mayor de	25 mmHg.

Queda excluida la Miocardiopatía Chagásica, que será tratada en párrafo aparte.

1) MIOCARDIOPATIA HIPERTROFICA

a) NO OBSTRUCTIVA 10-20 %

b) OBSTRUCTIVA

RX: relación cardiorácica significativamente alterada.

Eco: severa dilatación de todas las cavidades

Hipoquinesia generalizada 70 %

La miocardiopatía hipertrófica primaria asimétrica, cuando no ha alcanzado la etapa de falla hemodinámica (por ej.: hallazgo casual en ecografía) no es incapacitante por sí misma.

En un joven, con cuadros sincopales frecuentes y arritmias 70 %

2) MIOCARDIOPATIA NO DILATADA 20 %

3) MIOCARDIOPATIA DILATADA

Rx: relación cardiorácica significativamente alterada.

Ecocardiograma: severa dilatación de todas las cavidades, hipoquinesia generalizada.

Fracción de acortamiento menor del 20 %

Radiocardiograma: fracción de eyección menor del 30 % 70 %

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 un reinicio laboral.

ENFERMEDAD DE CHAGAS

Ante el diagnóstico presuntivo de Enfermedad de Chagas en la evaluación médica se sugiere considerar los siguientes estudios y su respectiva valoración.

1. — Serología para Chagas específica (Inmunofluorescencia)
2. — Electrocardiograma
3. — Radiografía de Tórax
4. — Holter
5. — Prueba Ergométrica Graduada.
6. — Ecografía y/o Cámara gamma
7. — Estudio hemodinámico

CLINICA, ANTECEDENTES Y EXAMENES COMPL.	DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
1) SEROLOGIA (+) -ECG NORMAL-	INFESTACION CHAGASICA.	0 -5 %
2) SEROLOGIA (+) CON TRASTORNOS DE CONDUCCION (BIRD-HA. IZQ o BCRD + HBIA ó BAV 1º grado)	PEG NORMAL	ENF. DE CHAGAS S/REP. HEMOD. 10-20 %
VA A PEG.	PEG ANORMAL	MIOCARDIOPATIA CHAGASICA 70 %
3) SEROLOGIA (+) RX. CARDIOMEG. ECG. TRAST. COND. SIGNIF.	MIOCARDIOPATIA CHAGASICA	70 %
4) SEROL. (+) ECG ISQUEMICO FRANCO (CON O SIN TRAST. COND.)	MIOCARDIOPATIA CHAGASICA	70 %
5) SEROL. (+) TRAST. DE COND. + HIP. ART. LEVE	PEG NORMAL	ENF. DE CHAGAS+ HIPERT. ART. S/REP. HEMODIN. 10-20 %
	PEG NORMAL	MIOCARDIOP. CHAGASICA 70 %

6) SEROL. (+) TRAST. DE CONDUCC. HIP. ART. CON CLINICA FRANCA		MIOCARDIOP. CHAGASICA HIP. ART.	70 %
7) SEROL. (+) ARRIT. VENTRIC. AISLADA	PEG NORMAL	ENFERMEDAD DE CHAGAS S/REP. HEMODINAMICA	10-20 %
	PEG ANORMAL	MIOCARDIOP. CHAGASICA	70 %
8) SEROL. (+) ARRITMIA POLIFOC.		MIOCARDIOPATIA-CHAGASICA	70 %
9) SEROL. (+) BAU 1º GRADO + HBAI +BCRD.		MIOCARDIOPATIA CHAGASICA	70 %
10) SEROL. (+) BRADICARDIA EXTREMA + HBAI +BCRD.		MIOCARDIOPATIA CHAGASICA	70 %
11) SEROL. (+) ENFERMEDAD DEL NODULO SINUSAL		MIOCARDIOPATIA CHAGASICA	70 %
12) SEROL. (+) MICROVOLTAJES GENERALIZADOS EN EL ECG	PEG NORMAL	ENF. DE CHAGAS S/REP. HEMODIN.	10-30 %
	PEG ANORMAL	MIOCARDIOPATIA CHAGASICA	70 %
13) SEROL. (+) ANEURISMA DE PUNTA (ECO HEMODINAMIA)		MIOCARDIOPATIA CHAGASICA	70 %

VALVULOPATIAS

Las enfermedades valvulares tienen grados de severidad lesional que suelen 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, fonocardiografía, gammagrafía, etc.) que permita ubicar el tipo y grado de alteración valvular.

Se tendrá en cuenta que:

a) La estimación clínica del grado de compromiso valvular y su repercusión funcional pueden variar a partir de los estudios complementarios efectuados.

b) La clasificación correcta en leves, moderadas y severas, se basa en los estudios hemodinámicos aportados o que debería agregar el portador de una cardiopatía valvular.

c) Las valvulopatías leves, en general si no se asocian a tareas pesadas a edad avanzada, no son incapacitantes.

d) 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 comisuro-tomía, deberán ser evaluados en su estado hemodinámico en la actualidad.

CLINICA, ANTECEDENTES Y EXAMENES COMPL.		DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
1) SOPLO+ECG. NORMAL+RX. NORMAL ECO NORMAL		SIN CARDIOPATIA VALV. DEMOSTRABLE.	0 %
2) SOPLO+ECG. CON LEVES. TRAST. REPOLAR. + RX NORMAL	ECO NORMAL	SIN CARDIOP. VALV. DEMOST.	0-10 %
	ECO/C VALV. LEVE	VALV. C/LEVE REP. ORG. SIN REP. HEMOD.	5-10 %
3) SOPLO+ECG CON LEVES TRAST. REPOL.+RX. DISCR. ANORMAL (ECIDE ECO Y CLINICA) SIN SIGNOS DE INSUF. CARDIACA		VALVULOPATIA C/ LEVE O MOD. REP. ORG.	10-20 %
4) SOPLO+ECG CON TRAST. REPOLAR Y/O ARRITMIAS SEVERAS+RX. ANORMAL Y/O CLINICA FRANCA.		VALVULOPATIA SEV. REP. HEM.	70 %
5) SOPLO+ECG PATOL. Y/O RX.PATOL. Y/O ECO PATOLOGICO.		VALVULOPATIA C/. SEV. REP. HEM.	70 %

6) REEMPLAZO VALVULAR CON LEVE A MOD. REP. HEMODINAMICA FRACCION DE EYECCION + 30 %	VALV. C/REEMP. VALVULAR CON LEVE A MOD. REP. HEMOD.	20-35 %
7) REEMPLAZO VALV. CON REP. HEMOD. ACTUAL FRACCION DE EYECCION - 30 %	VALV. SEV. C/. REEMPL. VALV.	70 %
8) COMISUROTOMIA MITRAL+EXAM. COMPL. NO SIGNIF.	VALV. MITRAL CORREGIDA.	10-20 %
9) COMISUROTOMIA MITRAL+EXAM. COMPL. SIGNIF. PATOLOGICOS	VALV. MITRAL SEVERA.	70 %

ARRITMIAS

Las arritmias, descartado su origen a partir de sustancias químicas (por ej.: cafeína, teoflina, digital), trastornos hídroelectrolíticos, endócrino (por ej.: tiroideo) y/o psicológico, deben ser evaluadas fundamentalmente por estudio de Holter.

Las arritmias recurrentes no controlables terapéuticamente y/o acompañadas de cuadros sincopales pueden llegar a producir una incapacidad permanente, aún 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.

CLINICA, ANTEC. Y EXAM. COMPL.	DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
1) TAQUICARDIA SUPRAVENT. PAROX. SIN FALLA HEMODINAMICA	SIN CARDIOPATIA EVOLUTIVA DEMOSTRABLE	0 %
2) FIBRILACION AURICULAR DE ALTA O BAJA RESP.	ARRITMIA CARD. SEVERA	70 %
3) ECTOPIAS VENTRICULARES MONOFOCALES LIGAD. LARGA. DENSIDAD < 30/1000	SIN CARDIOPATIA EVOLUTIVA DEMOST.	0 %
4) ECTOPIAS VENTR. MONOFOC., LIGAD. LARGA. DENSIDAD > 30/1000 POR HOLTER O FREC. EN ECG.		
PEG. NORMAL	SIN CARDIOP. EVOL. DEMOST.	0 %
PEG. ANORMAL	ARRITMIA SEVERA	70 %
5) ECTOPIAS POLIFOCALES	ARRITMIA SEVERA	70 %
6) TAQUICARDIA VENTRICULAR	ARRITMIA SEVERA	70 %
7) ECTOPIAS VENTRIC. PRECOZ (R/T)	ARRITMIA SEVERA	70 %
8) PARASISTOLIA	ARRITMIA SEVERA	70 %
9) ECTOPIAS BI-TRIGEM. MONOFOCALES		
PEG NORMAL	SIN CARD. EVOL. DEMOST.	0 %
PEG ANORMAL	ARRITMIA SEVERA	70 %

Trastornos de conducción

<u>CLINICA, ANTEC. Y EXAM. COMPL.</u>	<u>DIAGNOSTICO</u>	<u>PORCENTAJE</u>
1) LOWN-GANONG -LEVINE	SIND. DE PREEXCIT. S/ARRIT. DEMOST.	0-10 %
2) WOLFF PARKINSON WHITE SIN FALLA HEMOD., S/OTRA PRUEBA POSITIVA	SIND. DE PREEXCIT. SIN ARRITMIA DEMOST.	0-10 %
3) WOLFF PARKINSON WHITE SIN FALLA HEMOD. Y CON ARRITMIA SEVERA (HOLTER)	SIND. DE PREEXCIT. C/ARRIT. SEVERA	70 %
4) WOLFF PARKINSON WHITE CON ARRITMIA I/II LOWN	SIND. DE PREEXCIT. C/ARRIT. LEVE A MOD.	10-30 %

Arritmia I de LOWN: extrasístoles ventriculares monofocales aisladas o frecuentes.

Arritmia II de LOWN: extrasístoles ventriculares monofocales aisladas o frecuentes con extrasístoles supraventriculares con o sin conducción aberrante.

5) ENFERMEDAD DEL NODULO SINUSAL S/MARCAPASOS DEFINITIVO	ENFERMEDAD DEL NODULO SINUSAL	70 %
6) ENFERMEDAD DEL NODULO SINUSAL C/MARCAPASO DEFINITIVO	ENFERMEDAD DEL NODULO SINUSAL C/MPD	20-35 %
7) BLOQUEO AV DE 1º GRADO+ BCRD+HBAI	MIOCARDIOPATIA C/SEVEROS TRAST. DE LA CONDUCCION	70 %
8) BLOQUEO COMPLETO DE RAMA IZQUIERDA CON ANTECEDENTE DEMOSTRABLE DE CARD. ISQUEM.	MIOCARDIOPATIA C/SEVEROS TRAST. DE LA CONDUCCION	70 %
9) BLOQUEO COMPLETO DE RAMA IZQUIERDA S/ANTEC. DEMOST. CARDIOPATIA ISQUEMICA	MIOCARDIOPATIA MODERADA	25-35 %
10) BLOQUEO AV. DE 1º GRADO SIN CLINICA	TRASTORNOS LEVES DE CONDUCCION	0-5 %
11) BLOQUEO AV. DE 2º GRADO TIPO WENCKEBACH O MOBITZ I	MIOCARDIOPATIA C/MOD. A SEV. TRAST. CONduc.	30-70 %
12) BLOQUEO AV DE 2º GRADO TIPO MOBITZ II O BLOQUEO AV COMPLETO	MIOCARDIOPATIA CON SEVEROS TRASTO. CONduc.	70 %
13) BLOQUEO COMPLETO DE R. DER. +HBAI - RX. NORMAL		
PEG NORMAL	MIOCARD. S/REP. FUNCIONAL	10-20 %
PEG. ANORMAL	MIOCARDIOPATIA CON REPERC. FUNCIONAL	70 %

MARCAPASOS

En los individuos que son portadores de marcapasos, debe evaluarse la patología que dio origen a su colocación, es decir: 1) si se debió solo 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. La única situación en que tal circunstancia

determinaría incapacidad sería si realizara tareas donde se emplearan microondas o trabajos con riesgo propio o para terceros.

En el segundo caso, están siempre incapacitados. Considerar con detenimiento las tareas denunciadas.

MARCAPASOS

1) CON EXISTENCIA DE MIOCARDIOPATIA PREVIA	MIOCARDIOPATIA SEVERA CON MARCAPASO DEFINITIVO	70 %
2) CON ANTEC. DE ENFERME- DAD DEL NODULO SINUSAL	ENFERMEDAD DEL NODULO SINUSAL C/MARCAPASO DEF. S/REP. HEMODINAMICA	20-35 %
3) SIN ANTEC. DE ENFERME- DAD MIOCARDICA PREVIA	ENFERMEDAD DEL SISTEMA DE CONDUCCION C/MARCAPASO DEFINITIVO S/REP. HEMODINA- MICA ACTUAL	20-35 %

PERICARDIOPATIAS CRONICAS

<u>CLINICA, ANTEC. Y EXAM. COMPLEM.</u>	<u>DIAGNOSTICO</u>	<u>PORCENTAJE</u>
1) PERICARDITIS CRONICA CONSTRUCTIVA	PERIC. CRONICA C/.REPERC. HEM.	70 %
2) PERICARDITIS CRONICA OPERADA	PERIC. CRONICA CORREGIDA S/ REPERC. HEM.	5-10 %
3) PERICARDITIS CRONICA SIMPLE	PERIC. CRONICA S/REPERC. HEMOD.	5-10 %

TUMORES

<u>CLINICA, ANTEC. Y EXAM. COMPLEM.</u>	<u>DIAGNOSTICO</u>	<u>PORCENTAJE</u>
1) MIXOMA DE AURICULA (ECO Y/O CINEANGIO) NO OPERADO	MIXOMA DE AURICULA (transitoria)	70 %
2) MIXOMA DE AURICULA OPERADO S/REP. HEMODINAMICA	MIXOMA DE AURICULA OPERADO SIN REPER. HEM.	20 %
3) MIXOMA DE AURICULA OPERADO CON REP. HEMODINAMICA O SECUELAS QUIRURGICAS	MIXOMA DE AURICULA OPERADO CON REP. HEMOD.	70 %

CARDIOPATIAS CONGENITAS EN EL ADULTO

<u>CLINICA, ANTEC. Y EXAM. COMPLEM.</u>	<u>DIAGNOSTICO</u>	<u>PORCENTAJE</u>
1. — C.I.A.		
a) - CON CIRUGIA	C.I.A. OPERADA SIN REPERC. HEMODINAMICA	5-20 %
b) - SIN CIRUGIA	C.I.A. CON REPERC. HEMODI- NAMICA LEVE A MODERADA	10-30 %
c) - CON O SIN CIRUGIA	C.I.A. CON SEVERA REPERC. HEMODINAMICA	70 %
2. — C.I.V.		
a) - CON CIRUGIA	C.I.V. OPERADA SIN REPERC. HEMODINAMICA	5-20 %
b) - SIN CIRUGIA	C.I.V. CON REPERC. HEMODI- NAMICA LEVE A MODERADA	10-30 %
c) - CON O SIN CIRUGIA	C.I.V. CON SEVERA REPERC. HEMODINAMICA	70 %

CLINICA, ANTEC. Y EXAM. COMPLEM.	DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
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 MOD.		20-35 %
5. — TODAS LAS PATOLOGIAS CONGENITAS SERAN EVALUADAS SEGUN LA REPERCUSION FUNCIONAL Y TAREAS LABORALES.		

HIPERTENSION ARTERIAL

La hipertensión es una patología frecuente, que no puede evaluarse sólomente por las cifras tensionales controladas en oportunidad de los peritajes médicos. Es necesario obtener información de los territorios que frecuentemente compromete. La repercusión hemodinámica será demostrada a través del examen clínico, de los exámenes complementarios, y de aquellos, fehacientes, que aporte el peticionante.

ELEMENTOS DE DIAGNOSTICO

- Anamnesis
- Examen físico
- Laboratorio
- Diagnóstico por imágenes: Rx., Eco., Cámara gamma
- Electrofisiológicos: Electrocardiograma, PEG., Presurometría.
- Otros: Fondo de ojo, función renal.

CLINICA, ANTECEDENTES Y EXAMENES COMP.	DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
1) HIPERTENSION ARTERIAL, CLINICA (-) ECG. NORMAL RX NORMAL	HIP. ART. S/REP. ORG. O HEMOD.	0-5 %
2) HIPERT. ARTERIAL+ECG. C/PRED. VENTR. IZQ. S/SOBRECARGA + RX TORAX C/MOD. AUMENTO DEL AREA CARDIACA S/SIGNOS DE INSUF. CARD	HIP. ART. CON MOD. REP. ORG.	0-30 %
3) HIPERT. ART. + ECG. C/HVI FRANCA + CLINICA FRANCA (SIGNOS INSUF. CARD.)	CARDIOPATIA HIPERTENSIVA	70 %
4) HIPERT. ARTERIAL+ECG. C/HVI+RX. TORAX C/CARDIOMEGALIA O ECG.C/HVI+ SOBRECARGA.	CARDIOPATIA HIPERTENSIVA	70 %

TABLA DE VALORACIONES PARA HIPERTENSION ARTERIAL

Estadio I (Sin incapacidad):

- Signos clínicos: tensión arterial por encima de límites fisiológicos.
- Clinica negativa.
- Estudios complementarios: radiografía y electrocardiograma dentro de límites normales.
- Fondo de ojo: dentro de límites normales.

Estadio II (Incapacidad hasta el 33 %):

- Signos clínicos: hipertensión arterial controlada con terapéutica y dieta. Historia de ACV sin secuelas actuales.
- Estudios complementarios: electrocardiograma, hipertrofia ventricular izquierda leve. Radiográficamente: aumento de la silueta cardíaca en ventrículo izquierdo.
- Fondo de ojo: retinopatía grado I-II.

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

- Signos clínicos: hipertensión arterial moderada que requiere tratamiento intensivo. Historia de ACV con secuela leve.
- Signos incipientes de insuficiencia cardíaca.
- Estudios complementarios: electrocardiograma; hipertrofia ventricular izquierda moderada.

- Radiográficamente: aumento de ventrículo moderado.
- Fondo de ojo: retinopatía hipertensiva grado II-III.
- Estadio IV (Incapacidad mayor del 66 %):**
 - Signos clínicos: hipertensión arterial severa.
 - Clinica franca.
 - Soplo sistólico.
 - Signos de insuficiencia cardíaca. Valorar lesiones cerebro vasculares, renales y oftalmológicas.
 - Estudios complementarios: electrocardiograma: hipertrofia ventricular izquierda, franca sobrecarga.
 - Radiográficamente: cardiomegalia.
 - Fondo de ojo: retinopatía hipertensiva severa, grado IV

AORTOPATIAS

- a) AORTA TORACICA
- b) AORTA ABDOMINAL

CLINICA, ANTEC. Y EXAM. COMPLEM.	DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
1) ANEURISMA DE AORTA DISECANTE TORACICA OPERADO O NO		70 %
2) ANEURISMA ASINTOMATICO (AORTA ASCENDENTE, CAYADO Y/O DESCEND.)	ANEURISMA DE AORTA S/REP.HEM	20-30 %
En la evaluación se considerarán las tareas laborales.		
3) ANEURISMA SINTOMATICO AORTA ASC. Y/O CAYADO Y/O DESC. C/ REP. HEMODINAMICA	ANEURISMA DE AORTA C/REP. HEM.	70 %
4) ANEURISMA AORTA ABDOMINAL ASINTOMATICO (HALLAZGO, HASTA 45 mm.)		0 %
Los aneurismas de 50 o más mm. con contraindicación quirúrgica		70 %
5) ANEURISMA AORTA ABDOMINAL OPERADO S/TRAST. HEMOD.		20-30 %
6) ANEURISMA AORTA ABDOMINAL OPERADO C/TRAST. HEMOD.		70 %
En los ítems 4 y 5 se evaluará el funcionalismo renal.		

VASCULOPATIAS PERIFERICAS

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

ELEMENTOS DE DIAGNOSTICO

- Anamnesis: claudicación (medida en metros), tratamientos realizados
- Examen físico
- Laboratorio
- Diagnóstico por imágenes: Eco-Doppler, arterio- y flebografía

ARTERIOPATIAS PERIFERICAS

ESTADIO I:

INCAPACIDAD DE 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 DE 10-20 % (DIEZ A VEINTE POR CIENTO).

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

ESTADIO III:

INCAPACIDAD DE 20-40 % (VEINTE A CUARENTA POR CIENTO)

Enfermos con o sin cirugía 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 los estadios siguientes).

ESTADIO IV:

INCAPACIDAD DE 40-70 % (CUARENTA A SETENTA POR CIENTO).

Con o sin cirugía de revascularización con claudicación dentro de los 25 metros (veinticinco metros) de marcha y pulsos periféricos ausentes, o amputación segmentaria en un solo miembro.

ESTADIO V:

INCAPACIDAD DEL 70-95 % (SETENTA A NOVENTA Y CINCO POR CIENTO).

Con o sin cirugía de revascularización previa, amputaciones a cualquier nivel en dos extremidades. En los estadios IV y V se evaluarán las amputaciones por Ortopedia.

FLEBOPATIAS PERIFERICAS**ESTADIO I:**

SIN INCAPACIDAD (CERO POR CIENTO)

Várices esenciales, o residuales, o síndrome post-trombótico, uni o bilaterales, sin trastornos tróficos ni edemas.

ESTADIO II:

INCAPACIDAD DE 0-15 % (CERO A QUINCE POR CIENTO)

Igual a Estadio anterior, con edema.

ESTADIO III:

INCAPACIDAD DE 15-25 % (QUINCE A VEINTICINCO POR CIENTO)

Igual a Estadio anterior, pero unilateral, con trastornos tróficos leves a moderados (angiodermatitis pigmentaria leve a moderada).

ESTADIO IV:

INCAPACIDAD DE 25-40 % (VEINTICINCO A CUARENTA POR CIENTO)

Igual a Estadio II, con trastornos tróficos moderados bilaterales, antecedentes de úlceras cicatrizadas, o linfedema moderado.

ESTADIO V:

INCAPACIDAD DE 40-70 % (CUARENTA A SETENTA POR CIENTO)

Várices esenciales o residuales, uni o bilaterales, o síndrome post. trombótico con ulceraciones persistentes o recidivantes con tendencia a la torpidez. Linfedema elefantásico.

DIGESTIVO

Deberán diferenciarse:

a) 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.

b) Las afecciones dependientes de los órganos anexos: hígado, vías biliares y páncreas.

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

ELEMENTOS DE DIAGNOSTICO

Anamnesis

Examen clínico

Laboratorio: general
especializado: Van de Kammer, etc.

Diagnóstico por imágenes: Rx, Eco, TAC.

Endoscopias-Manometrias.

Biopsias

Se tendrá en cuenta lo ya mencionado en la introducción de estas Normas: las patologías cuyo diagnóstico y pronóstico requieran 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 exámenes con estas características en el marco de esta evaluación.

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

Afecciones evaluables.

Tubo digestivo: esófago, estómago, intestino delgado, intestino grueso y ano.
Hígado y vías biliares

Páncreas

Sobrepeso

Desnutrición

ESOFAGO**TABLA DE VALORACION****Estadio I (Sin incapacidad):**

Signos clínicos: disfagia esporádica para sólidos.

Ausencia de compromiso de 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 menor al 10 %.

Modificable con dieta y tratamiento médico.

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

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

Signos clínicos: disfagia para sólidos.

No se modifica con tratamiento y dieta continua.

Disminución de peso corporal mayor al 10 %.

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

Estadio IV (Incapacidad mayor del 66 %)

Signos clínicos: estenosis esofágica.

Disfagia permanente para sólidos y líquidos.

Esofagitis severa.

Compromiso del estado general.

Estudios complementarios: estenosis esofágica, esofagitis severa, neoplasia.

La incapacidad valorada en la presente tabla podrá ser transitoria o permanente según su posibilidad de mejoría terapéutica.

a) Esofagitis por Reflujo:

Incapacidad parcial de hasta un 0-5 % cuando existen signos radiológicos de lesión y/o de reflujo, o comprobación mediante endoscopia. El reflujo demostrado por radiografía, sin otro elemento diagnóstico, no se considera invalidante.

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

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:

En el contexto del SIDA

0-10 %
70 %

Esofagitis post-radiación: evaluar etiología del tratamiento radiante y compromiso funcional hasta 70 %

b) Divertículos:

No son causa por sí mismos de invalidez

0-5 %

Si por su tamaño causan complicaciones (ej.: neumopatías por aspiración) hasta 70 %

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 tenida en cuenta la patología primitiva que los ocasiona.

c) Trastornos motores:

Espasmo difuso de esófago

0-15 %

Acalasia estadio I
estadio II, III, IV o secuela
post-quirúrgica, de acuerdo a
compromiso funcional según tabla.

0-10 %

b) Várices Esofágicas:

Por sí solas no son invalidantes.

0-5 %

Deberán valorarse sus causas etiológicas (hipertensión portal) y su repercusión funcional (VER HEPATOPATIAS).

Derivación quirúrgica de várices: s/encefalopatía, de acuerdo a función hepática.

c/encefalopatía
frecuente

70 %

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

e) 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.

f) Cáncer de Esófago:

Inoperable, recidivado y/o con metástasis

70 %

ESTOMAGO Y DUODENO**TABLA DE VALORACION****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 demuestran patología.

Estadio II (Incapacidad hasta el 33 %):

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

Pérdida de peso menor al 10 %.

Estudios complementarios: signos de lesiones mucosas demostrables radiológica y endoscópica.

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 mayor al 10 %.

Estudios complementarios: lesiones mucosas evidentes radiológicas y/o endoscópicas con anemia con hematocrito no menor al 30 % y/o hipoproteïnemia no menor a 3gr %, 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 radiológicas y/o endoscópicas (por ej.: neoplasias no extirpables).

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

a) Úlceras Duodenales:

No son de por sí 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.

b) Úlcera Gástrica:

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

c) Síndrome Acido Sensitivo:

Como síndrome sin sustrato anatómico no es incapacitante.

d) 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 pueden llegar a producir una incapacidad de hasta el 70 %.

e) Cáncer Gástrico:

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

1) Gastrectomías parciales (Ver punto d).

2) Gastrectomía total (Ver punto anterior).

3) Inextirpable 80 %.

La aparición de metástasis regionales o a distancia implica la existencia de incapacidad mayor del 70 %.

Linfomas sin respuesta al tratamiento 70 %.

INTESTINO

TABLA DE VALORACION

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 requieran tratamiento discontinuo.

Disminución del peso corporal menor al 10 %.

Estudios complementarios: signos de lesiones mucosas demostrables radiológica y endoscópica.

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 mayor al 10 %.

Deposiciones mucosanguinolentas.

Estudios complementarios: lesiones mucosas evidentes radiológicas y/o endoscópicas. 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: lesiones irreversibles con severa repercusión orgánica que no responden al tratamiento.

Pérdida de peso grave.

Proctorragias iterativas, diarreas severas.

Síndromes obstructivos y/o perforaciones.

Incontinencia fecal completa.

Colostomía definitiva.

Manifestaciones sistémicas.

Estudios complementarios: lesiones anatómicas (radiológicas y/o endoscópicas).

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

INTESTINO DELGADO

El intestino delgado no presenta patología incapacitante demasiado frecuente.

a) Divertículo de Meckel:

No es causa de incapacidad, su tratamiento es sencillo y bien realizado no debe dejar secuelas.

b) 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).

Estos estados pueden llegar a determinar hasta 70 % o más en forma permanente.

c) Enfermedad de Crohn:

Si se limita a la porción terminal del íleon se trata de controlar en forma clínica. Se evalúan de acuerdo a compromiso funcional.

Si es recidivante o invasora puede determinar hasta un 70 % de incapacidad, dependiente de la valoración de las secuelas.

d) Ileostomías definitivas:

Siempre provocan incapacidad del 70 %.

e) Tumores

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

Linfomas sin respuesta al tratamiento 70 %.

COLON Y RECTO

a) Enfermedad Diverticular

1) Diverticulosis: no es causal de incapacidad.

2) Diverticulitis: no son causal de incapacidad.

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

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

Con colostomía: 70 % hasta cierre de colostomía.

b) 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.

c) Poliposis Familiar:

Frecuentemente se acompaña de tumor maligno.

Colectomía con anastomosis iliorectal (tratamiento habitual) 70 %

d) Incontinencia esfinteriana rectal: crónica y sin respuesta al tratamiento médico quirúrgico:

Incontinencia para heces sólidas: 70 %

Incontinencia para heces líquidas: 20-45 %

Incontinencia para gases: 0-15 %

e) Carcinoma de Intestino grueso:

Cáncer ColonoRectal Operado y Resecado sin colostomía:

Sin compromiso del estado nutricional ni funcional 0-5 %

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

Amputación abdomino-perineal de Miles 70 %

Clasificación según Duke:

estadio A (sobrevivida 85-90 % a los 5 años) 0-10 %

estadio B (sobrevivida 60-70 % a los 5 años) hasta 30 %

estadio C (sobrevivida de 30 % a los 5 años) 70 %

Las colostomías definitivas siempre determinan incapacidad del 70 %.

HIGADO

ELEMENTOS DE DIAGNOSTICO

Anamnesis

Examen físico

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

especializado: marcadores virales, alfafetoproteína, arco 5

Diagnóstico por imágenes: Eco, TC, Centellografía

Endoscopías: laparotomías, endoscopías digestivas altas.

Biopsia.

Las afecciones agudas no serán evaluadas, excepto aquellas que pierdan tal condición y pasen a la cronicidad.

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

1 — Signos clínicos:

a) Signos mayores: Encefalopatía (obnubilación del sensorio, coma)

Síndrome ascítico edematoso

b) Signos menores: Ictericia

Hepatoesplenomegalia

Estigmas periféricos

Várices esofágicas

2 — Signos humorales:

Bioquímica de disfunción hepática:

Aumento de la bilirrubina (a expensas de la directa) más de 2,5 mg %. T. de Prot. menor del 60 % Colesterolemia menor de 150 mg %. Albúmina sérica menor de 3 gr % TGO y TGP mayor que el doble de las cifras normales.

Patologías evaluables

Hepatopatía crónica compensada: 0 %

(Hepatoesplenomegalia sin otra alteración clínica ni serológica).

Hepatopatía crónica leve: 10-25 %

(Cualquiera de los signos menores acompañado de uno o más signos humorales alterados, pero en valores cercanos a los límites normales, o várices esofágicas sin antecedentes de hemorragia digestiva).

Hepatopatía crónica moderada: 30-40 %

(Cualquiera de los signos clínicos menores combinado con más de un signo humoral alterado con cifras cercanas a los valores señalados, o con várices esofágicas con un solo episodio hemorrágico de carácter leve).

Hepatopatía crónica descompensada: 70 %

(Se acompaña de cualquiera de los signos clínicos mayores, o se combina alguno de los signos clínicos menores con 2 o más de los signos humorales de disfunción hepática, várices esofágicas de gran desarrollo con antecedentes de más de un episodio hemorrágico).

La Hepatopatía crónica activa, aún compensada, diagnosticada por biopsia, puede llegar a alcanzar una incapacidad del 70 %, dependiendo del grado de actividad inflamatoria histológica, los parámetros clínicos, la alteración de los valores humorales y el tipo de actividad laboral.

En la actualidad consideramos el trasplante 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 un reinicio laboral.

INDICE DE CHILD

Marcador de compromiso de la func. hepática en hepatop. 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 %	40-70 %	< 40 %
Ascitis	no	moderada	abundante
Encefalopatía	no	manejable fácilm.	++ 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, fistulas) 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

Las intervenciones de las vías biliares no determinan por sí mismas porcentuales incapacitantes. Con síntomas digestivos funcionales esporádicos y/o litiasis vesicular no complicada 0-5 %

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 litíasicas o no, cólicos biliares, ictericias obstructivas de origen litíásico, no son causales de incapacidad.

Cáncer de la vesícula o vías biliares

Incapacidad 80 %

PANCREAS

ELEMENTOS DE DIAGNOSTICO

Anamnesis

Examen físico

Laboratorio general

específico: amilaseemia, amilasuria,
Van de Kammer, hemoglobina
glicosilada

Diagnóstico por imágenes: Eco, TC., Colangio-pancreatografía -
endoscópica - retrógrada

Endoscopías

a) Pancreatitis Aguda:

No incapacitantes.

Cuando resulten secuelas de pancreatitis aguda postratamiento quirúrgico (seudo-quiste de páncreas, fistula), se evaluará acorde a su compromiso orgánico y funcional.

Quistes o pseudo-quistes de páncreas operados, sin secuelas, no incapacitantes.

Las secuelas deberán evaluarse según el criterio adoptado en Pancreatitis Crónicas.

b) Pancreatitis Recurrente

Alcohólica. Buen estado nutricional, sin trastorno orgánico funcional hasta 30 %

c) Pancreatitis Crónica y/o Recurrente:

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

d) Cáncer de Páncreas: 80 %

PARED ABDOMINAL

TABLA DE EVALUACION

a) Hernias Simples:

1) Inguinal, umbilical, crural y otras menos frecuentes, no complicadas, según tareas 0-5 %

2) Hernia inguinal bilateral no complicada, según tareas 10-15 %

3) Hernia inguino escrotal, con deformación locoregional grosera, amplia solución de continuidad músculo aponeurótica, factible de reparación quirúrgica: 15-30 %

b) Hernia recidivada:

Si no constituye una hernia gigante hasta 15 %

c) Eventración Abdominal:

Gigante reparable 15 %

no reparable 70 %

d) Hernias diafragmáticas:

Son corregidas en edad temprana y se valoran por sus secuelas. Ver patología del Esófago.

Grandes eventraciones diafragmáticas, se evaluarán de acuerdo a la repercusión orgánica-funcional, edad, tareas laborales y posibilidad o no de reconstrucción quirúrgica.

OBESIDAD

Esta disfunción metabólica tiene por sí misma escasa importancia; se evaluará como factor de riesgo o como signo o noxa coadyuvante en otras patologías:

Clinico-quirúrgica (Diabetes, Gota, hernia, etc.)

Mioosteoarticular y neurológica.

Cardiocirculatoria central y periférica.

Respiratoria.

Psiquiátrica.

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

La incapacidad adjudicada a la misma es independiente de la causa que la origina, que será investigada. El deterioro producido por esta última, por ej.: Síndrome de mala absorción, Pancreatitis crónica, se combinará en el cálculo de la incapacidad global.

Se tendrá en cuenta además: alteraciones en los análisis de laboratorio que valoren el estado nutricional.

RIÑON Y VIAS URINARIAS

Se evaluarán las afecciones del aparato urinario que incidan, por su compromiso anatómo-funcional en[la vida laboral de los individuos.

ELEMENTOS DE DIAGNOSTICO

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, TC., Centello radioisotópica, Angiografía selectiva.

Endoscopias de vías urinarias

Biopsias.

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 anatómo-funcional surgirá el nuevo grado de incapacidad. Se tendrán en cuenta los factores complementarios mencionados en la introducción de estas Normas.

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 anatómo-funcionales que determinen.

INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

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

Laboratorio: Albuminuria, hipoproteíнемia, elevación de la creatiníнемia por encima de los valores normales y valores descendidos de la filtración glomerular por debajo de 30-40 ml. por minuto (clearance de creatinina). La uremia por sí no tiene valor decisivo aisladamente. 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, osteodistrofias y neuropatías sensoriales.

Grado	Severo	Moderado	Leve
Cl. de Creatinina	< 25 ml	25-49 ml.	> 50 ml.
Creatiníнемia	> 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:			
Congénitas: poliquistosis renal bilateral, riñón multiquístico unilateral, multiquistosis en riñón único, agenesia de un riñón.			

Infecciosas: inespecíficas agudas crónicas

específicas: Tuberculosis

Glomerulonefritis

Traumáticas

Tumorales

Otras: Litiasis, Ptosis renal

Síndrome nefrótico

Nefrectomias

B — Vias Urinarias:

Estenosis pieloureteral

Infecciones específicas: Tuberculosis

Tumores

Incontinencia urinaria

Capacidad vesical disminuida

Vejiga neurogénica

Fístulas

Estrechez uretral

A — Renales

Congénitas:

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

POLIKUISTOSIS RENAL BILATERAL

1. Sin insuficiencia renal:	10 %
2. Con insuficiencia renal severa:	70 %

RIÑON MULTIKUISTICO UNILATERAL

Con buena función renal:	0 %
--------------------------	-----

MULTIKUISTOSIS EN RIÑON UNICO

1. Sin insuficiencia renal	10 %
2. Con insuficiencia renal severa	70 %

AGENESIA DE UN RIÑON

1. Sin insuficiencia renal	0 %
2. Con insuficiencia renal severa	70 %

Infecciosas:

Inespecíficas:

Sólo se evaluarán las afecciones crónicas.

El diagnóstico requiere de los siguientes elementos:

Clinicos: Dolor lumbar, fiebre, infecciones urinarias bajas, cistopatías (cistitis), recidiva periódica.

Humorales: Sedimento urinario con piuria, cilindriuria, bacteriuria.

Radiológicos: Alteraciones caliciales y papilares, parenquimatosas.

PIELONEFRITIS CRONICA BILATERAL

1. Con suficiencia renal	0-5 %
2. Con insuficiencia renal severa	70 %

PIELONEFRITIS CRONICA CON HIPERTENSION ARTERIAL

Además debe ser evaluado por Cardiología.

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.

GlomerulonefritisGLOMERULONEFRITIS CRONICA

Valorar de acuerdo al grado de insuficiencia renal.

TraumáticasTRAUMATISMOS RENALES

Se evalúan de acuerdo a las secuelas o complicaciones:

Insuficiencia renal

Hipertensión arterial

Litiasis renal

Uronefrosis

Pielonefritis crónica

Pionefrosis

Paraneftitis

Infartos

TumoralesBENIGNOS

Según secuela anatómica y compromiso funcional.

MALIGNOSa) Con nefrectomía total

- | | |
|-------------------|------|
| 1. Con metástasis | 70 % |
| 2. Sin metástasis | 10 % |

Este último grupo es equiparable al nefrectomizado por cualquier etiología.

b) Con nefrectomía parcial en riñón único con metástasis: 70 %c) Con nefrectomía parcial en riñón único sin metástasis: acorde a suficiencia renald) Inextirpables: 80 %OtrasPTOSIS 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 canalicular, la irrigación renal y/o sobre los plexos nerviosos vecinos.

LITIASIS RENAL:

- | | |
|---|------------|
| 1. Calicual única: | 0 % |
| 2. Piélica primaria sin complic. obstructiva: | 0 % |
| 3. Piélica primaria con fenómeno obst. (infec. urinaria permanente, pielonefritis): | 5 % |
| 4. Piélica recidivante sin complicación: | 5 % |
| 5. Piélica recidivante con complicación: acorde a funcionamiento renal | |
| 6. Coraliforme: | |
| a) Unilateral: c/buena función renal pasible cirugía | hasta 10 % |
| b) Unilateral: c/insuficiencia renal severa | 70 % |
| c) Bilateral con insuficiencia renal severa | 70 % |
| d) En riñón único: con insuficiencia renal severa | 70 % |

Síndrome nefrótico

Nefrosis diabética.

Nefrosis amiloidea.

Nefroesclerosis.

Nefrosis lúpica.

Nefrosis del nefrón distal.

Nefrosis tóxicas.

Se evalúa de acuerdo a la enfermedad de base, el compromiso anátomo-funcional renal.

NefrectomíasNEFRECTOMIA PARCIAL:

- | | |
|--|-----|
| 1. Con riñón contralateral suficiente: | 5 % |
| 2. En riñón único: de acuerdo a compromiso de la función renal | |

3. En riñón complicado (hidronefrosis, infección crónica, anomalías congénitas, litiasis, etc.).

70 %

NEFRECTOMIA TOTAL:

- | | |
|-----------------------------------|------|
| 1. Con función renal conservada | 10 % |
| 2. 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 UrinariasESTENOSIS PIELOURETERAL

- | | |
|---|--------|
| 1. Con uronefrosis e insuficiencia renal severa | 70 % |
| 2. Con buena función renal contralateral | 0-10 % |

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 10 %

a-2: con nefroureterectomía con metástasis 70 %

b) Neoplasias de Vejiga

b-1: operados sin recidiva (por vía endoscópica) 0-5 %

b-2: cistectomía parcial sin recidiva 10 %

b-3: cistectomía parcial con metástasis 70 %

b-4: después de segunda recidiva 70 %

b-5: cistectomía total con derivación urinaria 20-70 %

Acorde con:

Tipo de tareas

Funcionalidad de la urostomía

Funcionalidad del árbol urinario superior

Evaluación psiquiátrica

INCONTINENCIA DE ORINA:

- | | |
|--|------------|
| 1. Leve (durante esfuerzos y en forma esporádica) | 0 % |
| 2. Moderada (a esfuerzos mínimos), sin control voluntario, con pobre actividad refleja y goteo intermitente: | hasta 15 % |
| 3. Grave (a esfuerzos mínimos en la posición horizontal cuando no hay control reflejo ni voluntario de la vejiga y goteo permanente y lesiones dérmicas amoniacales) | 70 % |

CAPACIDAD VESICAL DISMINUIDA

- | | |
|--------------------------------------|------------|
| 1. Por cistitis intersticial crónica | hasta 70 % |
| 2. Por cistitis tuberculosa | hasta 70 % |
| 3. Por cistitis post-actínica | hasta 70 % |
| 4. Ampliación vesical | 20 % |

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

VEJIGA NEUROGENICA

- | | |
|----------------|---------|
| 1. Compensada: | 10-20 % |
|----------------|---------|

Evaluar etiología por la especialidad correspondiente.

- | | |
|--|------|
| 2. No compensada (con alto residuo post-miccional, litiasis, etc.) | 70 % |
|--|------|

FISTULAS

- 1. Urocutánnea: evaluables según etiología y compromiso.
- 2. Urodigestivas: idem.
- 3. Urogenitales: a) Con incontinencia de orina hasta 70 %
de acuerdo a las posibilidades quirúrgicas.
- b) Complicadas (mixtas, sometidas a múltiples tratamientos quirúrgicos, sin éxito o en terreno neoplásico irradiado) 70 %

ESTRECHEZ

- 1. De uretra (uretra membranosa)
 - a) Complicada: (Infranqueable como consecuencia de multioperaciones con marcada disuria, flujo miccional bajo, dilataciones periódicas) 70 %
 - b) No complicada: (tratamiento dilatador, se tendrá en cuenta su frecuencia) 20 %
- 2. Estenosis del Meato Uretral
- No complicada: no incapacitante.

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 (ureterourenfrosis bilateral); valorar según grado de insuficiencia.

CANCER DE PROSTATA

- 1. Foco microscópico como hallazgo quirúrgico: 5 %
- 2. Tumor invasor de cápsula, vesículas seminales, pelvis y metástasis óseas: 70 %
- 3. Prostatectomía radical sin complicaciones y sin metástasis: 30 %
- 4. Tumor comprobado por tacto y biopsia, debe tenerse en cuenta la respuesta al tratamiento (quirúrgico u hormonal)
 - sin metástasis 30 %
 - con metástasis 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

- I Grado 0 %
- II Grado 0-5 %
- III Grado (con reflujo y dolor) hasta 10 %

TUMORES DE TESTICULO

- 1. Seminomas: sin metástasis 0-5 %
 - con metástasis 70 %
- 2. Teratomas: sin metástasis 0-5 %
 - con metástasis 70 %
- 3. Coriocarcinomas: con metástasis 70 %

En todos los casos se deberá evaluar la edad y la respuesta a los tratamientos oncológicos efectuados.

ORQUIDECTOMIA SIMPLE

- Unilateral 0-5 %
- Bilateral 5-10 %

Afecciones peneanas

CANCER DE PENE

- 1) Tratado, sin evidencia de metástasis 20 %
- 2) Con metástasis 70 %

Se evaluará componente psicológico.

PENECTOMIA POST-TRAUMATICA

Evaluar componente psicológico 0-15 %

GENITAL FEMENINO

Patología Mamaria

- 1. Secuela de Operación Plástica Mamaria: 0 %
- 2. Displasia Mamaria Operada (Nodulectomía o Adenomastectomía) 0 %
- 3. Secuelas de Mastectomía:
 - a) Simple no Oncológica: 0 %
 - b) Simple Oncológica ("toilette"): 70 %
 - c) Sub-radical: 10-70 %
 - d) Radical: 10-70 %

En casos de Mastectomía sub-radical y radical se considerará una incapacidad permanente del 60 % si se observasen:

- a) Presencia de Linfedema Braquial importante que limite la función del miembro.
- b) Retracción axilar y/o axilo-pectoral severas.
- c) Lesiones de actinoterapia (en actividad), radiodermitis o neumopatía actínica.
- d) Adenopatías regionales de características malignas.
- e) Presencia de recidiva local.
- f) Disminución de movilidad braquial homolateral (en relación al tipo de tareas desempeñadas habitualmente).

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.

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

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:

- Carcinoma in situ tratado: 0 %
- Sin metástasis: 0 %
- Con propagación local, regional, o a distancia: 70-80 %
- Con complicaciones quirúrgicas y/o post-actínicas: 70 %

3. Carcinoma de Cuello en Muñón Cervical Uterino remanente:

- In situ: 0 %
- Propagación local, regional y/o a distancia: 70 %
(evaluar después del tratamiento).

4. Miomatosis Uterina:

- Con fenómenos compresivos y/o metrorragias: 0-5 %
- Es posible de cirugía.

5. <u>Miomatosis Uterina operada:</u>	
Miomectomía simple o múltiple, histerectomía subtotal y total, anexohisterectomía:	0 %
6. <u>Carcinoma de Endometrio:</u>	
Operado sin complicaciones o metástasis:	0 %
Con metástasis local, regional y/o a distancia:	70 %
7. <u>Secuela de telecobaltoterapia y/o radioterapia:</u>	
Evaluar de acuerdo a complicación (enteritis, rectitis, cistitis, fistulas).	
Patología de Ovario y Anexos	
1. <u>Anexitis crónica</u>	0 %
2. <u>Carcinoma de Ovario</u>	
Sin metástasis o signos de enfermedad generalizada	0 %
Con metástasis	70 %
Otras patologías	
1. <u>Metrorragia disfuncional</u>	0 %
2. <u>Síndrome climatérico</u>	0 %
3. <u>Secuelas de Vulvectomy radical:</u>	
Valorar complicaciones quirúrgicas y secuelas	20-50 %
4. <u>Distopias Genitales:</u>	
Uretrocele-Cistocele-Rectocele de grado I a IV:	0 %
Histerocele de grado I a IV:	0 %
Prolapso genital operado sin complicaciones:	0 %
(Evaluar incontinencia urinaria).	
Fistula urogenitales o rectogenitales, según posibilidad quirúrgica y etiología:	
(reevaluar después de operada).	
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 sustrato 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 tendrán en cuenta estos factores combinados, cuya discriminación frecuentemente requiere del examen psíquico especializado.	
Como se mencionara en el apartado 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 DIAGNOSTICO	
Anamnesis	
Examen físico-psíquico	
Laboratorio	
Diagnóstico por imágenes: Rx, TC, RMN, Ecodoppler, Arteriografías	
Electrofisiológicos: EEG, Mapeo cerebral, EMG, Velocidad de conducción, Potenciales evocados.	
Afecciones evaluables	
Centrales	
Medulares	
Neuropáticas	
La cefalea y las raquialgias constituyen síntomas que de por sí no determinan incapacidad.	
A) Centrales: cerebro, cerebelo y tronco	

Insuficiencia vascular:	- Síndrome Vertiginoso
	- Insuficiencia Vértebro-basilar
	- Insuficiencia circulatoria cerebral
	- ACV
Traumáticas	
Alteraciones bioeléctricas	
Alteraciones degenerativas:	
- Degeneración espino-cerebelosa	
- Síndrome extra-piramidal	
- Esclerosis en placas	
- Coreas	
Tumores	
Secuela de cirugía cráneo-cerebral:	
- Vasculares (hematomas y aneurismas)	
- Neoplasias	
B) Medulares:	- Patología vértebro-medular
	- Amiotrofias y Miopatías
	- Esclerosis en placas
C) Neuropatías: (a excepción de las secundarias a las afecciones osteoarticulares)	- Polineuropatías
	- Neuralgia del Trigémino
	- Neuralgia del VII y IX Par
	- Parálisis facial periférica
CEREBRO, CEREBELO Y TRONCO	
Insuficiencia vascular	
<u>SINDROME VERTIGINOSO:</u>	
a) <u>Sin signos objetivos:</u> Examen clínico negativo, pruebas de exploración vestibular y registro electroencefalográfico intrascendente	0 %
b) <u>Con signos objetivos:</u> desequilibrio en la marcha, Romberg positivo, Nistagmus, etc.	
1.- <u>Si es periférico:</u> (se compensa en pocas semanas)	0 %
2.- <u>Si es central:</u> será evaluado por Garganta, Nariz y Oído	
<u>INSUFICIENCIA VERTEBRO BASILAR:</u>	
a) <u>Sólo manifestaciones subjetivas:</u> mareos o vértigos con o sin artrosis cervical, y sin signos objetivos de sufrimiento del tronco cerebral (ej.: Nistagmus, Veloplejías, etc.)	0 %
b) <u>Con signos de sufrimiento del tronco cerebral:</u> piramidales, déficit de nervios craneanos, cerebelosos, etc.	hasta 70 %
<u>INSUFICIENCIA CIRCULATORIA CEREBRAL O ENCEFALICA:</u>	
a) Con síntomas psicológicos o de carácter vago, sin signos neurológicos objetivos (signos deficitarios o lesiones difusas) ni déficit intelectual	0 %
b) Con los mismos síntomas pero con pruebas dinámicas indicando un déficit circulatorio (centellograma dinámico o angiografía radioisotópica, Ecodoppler vascular, mapeo cerebral, etc.)	5-10 %
c) Con signos neurológicos objetivos (piramidalismo, palmomentoniano, déficit intelectual, parkinsonismo, etc.)	hasta 70 %
<u>ACCIDENTES CEREBRO-VASCULARES</u>	
a) <u>Hemiparesia facio-braquio-crural reciente:</u>	
se evaluará según secuelas anátomo-funcionales, luego del periodo clínico-neurológico de estabilización	
b) <u>Hemiparesia/plejía facio-braquio-crural secuelar:</u>	hasta 70 %
Traumáticas	
<u>TRAUMATISMO CRANEO ENCEFALICO:</u>	
a) <u>Síndrome Subjetivo:</u> cefalea, mareos, trastornos mnésicos, etc.	0 %
Evaluar además por Psiquiatría	

b) <u>Con signos objetivos:</u> focalización neurológica. (permanente o transitoria, por la posibilidad de revertir).	hasta 70 %
c) <u>Epilepsia post-traumática:</u> analizadas de acuerdo con lo normatizado en el apartado de Disrritmias.	
d) <u>Las secuelas psicológicas o psiquiátricas:</u> evaluar por Psiquiatría.	
Alteraciones bioeléctricas	
<u>DISRRITMIAS CEREBRALES:</u>	
De acuerdo con la división clínico-electroencefalográfica, se distinguen:	
1) <u>Disrritmia:</u> sin elementos electroencefalográficos paroxísticos ni sintomatología clínica	0 %
2) <u>Disrritmia:</u> con electroencefalograma con signos de disfunción bioeléctrica, pero sin manifestaciones clínicas	5-10 %
3) <u>Disrritmia:</u> con electroencefalograma patológico y crisis debidamente constatadas.	
Se evaluará de acuerdo a la profesión y los siguientes parámetros:	
a) Ocupaciones de riesgo para terceros (ej.: conductor de automotores, piloto de avión, guardabarreras, etc.).	
b) Ocupaciones con riesgo personal (ej.: electricista, balancinero, operario, tejedor, etc.).	
c) Ocupaciones de tipo administrativo (ej.: empleados bancarios, secretariados, etc.).	
d) Ocupaciones u oficios domésticos o similares (ej.: costurera, bordadora, etc.).	
e) Otras ocupaciones que a criterio del especialista pueden ser potencialmente riesgosas. Las ocupaciones de los puntos a) y b), determinan Incapacidad del	70 %
El mal epiléptico y la epilepsia centroencefálica de crisis periódicas, serán considerados como una causa de Incapacidad del	70 %
Las disrritmias de causa vascular serán consideradas dentro del contexto de la enfermedad como una causa de Incapacidad del	70 %
Las disrritmias con deterioro psico-orgánico serán, además, evaluadas por Psiquiatría.	
Las epilepsias focales post-traumáticas son causa de Incapacidad y deben valorarse de acuerdo al punto 3.	
Para la evaluación del mal comicial se considerarán la Historia Clínica aportada, electroencefalogramas previos, el cumplimiento del tratamiento instituido (tipo de medicación, respuesta al mismo y tiempo de aplicación).	
Alteraciones degenerativas	
<u>DEGENERACION ESPINO-CEREBELOSA</u>	
Se evaluará de acuerdo al compromiso org.-funcional	10-70 %
<u>SINDROME EXTRAPIRAMIDAL</u>	
a) <u>Hemi-Parkinson leve:</u> con poca rigidez (con tratamiento)	0-10 %
b) <u>Síndrome de Parkinson moderado:</u> según edad, ocupación y posibilidades terapéuticas	10-40 %
c) <u>Síndrome de Parkinson manifiesto:</u> (con tratamiento)	hasta 70 %
<u>ESCLEROSIS EN PLACAS</u>	
a) <u>Con sintomatología florida:</u> Evaluar edad, planteo terapéutico (de pronóstico incierto), los periodos de "acalmía" y las "pousse". Aportará Historia Clínica y estudios complementarios	hasta 70 %
b) <u>Sin secuelas al momento del examen:</u> (con Historia Clínica y estudios complementarios positivos)	0-30 %
<u>COREAS</u>	
a) <u>Corea de origen reumático (Sydenham):</u> no se evalúa por ser aguda y reversible.	

b) <u>Corea de Huntington:</u> acorde al compromiso funcional	hasta 70 %
Tumores	
a) <u>Neoformaciones de estirpe histológica benigna:</u> Ejemplos: Meningioma, Adenomas de Hipófisis, etc.	
1) Sin secuelas post-tratamiento o con secuelas mínimas	0-10 %
2) Con secuelas severas:	70 %
b) <u>Neoformaciones de estirpe histológica maligna:</u> <u>Gliomas de la serie astroblástica:</u> Grado I y II:	10-30 %
(baja malignidad y posible respuesta al tratamiento oncológico)	
Grado III y IV:	70 %
<u>Gliomas de la serie neuroblástica:</u>	70 %
<u>Gliomas de la serie microblástica:</u>	70 %
c) <u>Malignos secundarios:</u>	70 %
Se deberá considerar a los tumores selares por su estirpe y su secuela oftalmológica y/o endocrinológica.	
Secuela de cirugía cráneo-encefálica	
Se evaluará de acuerdo al compromiso orgánico y a la repercusión funcional (ej.: Epilepsia).	
<u>MEDULARES</u>	
<u>PATOLOGIA VERTEBRO MEDULAR:</u>	
a) <u>Síndrome parapléjico:</u> enfermos dependientes	70 %
b) <u>Síndrome paraparético:</u> enfermos con cierta independencia	10-70 %
c) <u>Quadriplejías:</u>	70 %
<u>AMIOTROFIAS Y MIOPATIAS:</u>	
a) <u>Distrofias musculares:</u> (Duchenne, Steinert, etc.) De acuerdo a compromiso orgánico-funcional	10-70 %
b) <u>Esclerosis lateral amiotrófica:</u>	70 %
c) <u>Poliomielitis anterior crónica:</u> Deberá ser evaluada por traumatología por la incidencia de las patologías ortopédicas secundarias (con causa).	
d) <u>Amiotrofia de Charcot-Marie:</u> De acuerdo a compromiso orgánico-funcional	10-70 %
e) <u>Miastenia Gravis:</u> Con trastornos respiratorios y/o deglutorios Con respuesta al tratamiento y asintomático	70 % 40-70 %
<u>DEGENERACION ESPINO CEREBELOSA:</u> Ya evaluada.	
<u>ESCLEROSIS EN PLACAS:</u> Ya evaluada.	
<u>NEUROPATIAS</u>	
<u>POLINEUROPATIAS:</u>	
a) <u>Guillain-Barré agudo:</u> Se evaluarán secuelas fuera de la "pousse".	
b) <u>Guillain-Barré con forma crónica o a recaídas:</u>	
1) Con signos de denervación actual	70 %
2) Sin signos de denervación actual según Electromiograma	15-70 %

c) <u>Neuropatías tóxicas o metabólicas:</u>		
Con signos de denervación actual y déficit muscular hasta	70 %	
De acuerdo con la noxa, edad y profesión.		
Sin signos de denervación y poco o ningún déficit muscular	5-10 %	

NEURALGIA DEL TRIGEMINO:

a) <u>Esencial o Primaria:</u> En general, no incapacitante, salvo comprobación de enfermedad concomitante (ej.: cuadros psiquiátricos secundarios a la neuralgia, etc.) y/o semiología de V par positiva (se toman en cuenta los procedimientos neuroradiológicos y técnicos invasivos realizados).		
b) <u>Secundaria:</u> Según la causa determinante (tumor ponto-cerebeloso, aneurisma o malformación arterio venosa, tumor óseo en la fosita de Gasser, etc.).		
Si la evolución de la enfermedad determinante es de pronóstico desfavorable:	70 %	

NEURALGIA DEL VII Y IX PAR:

Se consideran los mismos criterios que para la patología precedente.

PARALISIS FACIAL PERIFERICA:

No incapacitante, salvo situaciones puntuales de compromiso profesional estético.

OJOS

El presente normativo tiene por objeto unificar conceptos médicos que encuadran las distintas patologías oftalmológicas según su grado de compromiso visual.

ELEMENTOS DE DIAGNOSTICO

Anamnesis

Examen físico: Oftalmológico: Agudeza visual, Campo visual, Fondo de Ojo
Neurológico (eventualmente)

Laboratorio: Glucemia...

Diagnóstico por imágenes: Rx, Retinofluoresceinografía, Eco, TC, RMN.

Electrofisiológicos: Potenciales evocados

AGUDEZA VISUAL

A - 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 del vicio de refracción que pudiera existir.

AV.	Agudeza visual.			ENUC. Enucleación.				E. S/P: Enucleación sin prótesis.							
AV	1	0.9	0.8	0.7	0.6	0.5	0.4	0.3	0.2	0.1	-0.1	Enuc.	E.S/P		
1	0	1	2	4	6	9	13	18	24	32	42	45	50		
0.9	1	2	3	5	8	11	15	20	26	34	43	47	52		
0.8	2	3	5	7	10	13	18	23	29	37	45	50	54		
0.7	4	5	7	9	13	16	21	26	32	40	50	55	58		
0.6	6	8	10	13	16	20	25	30	36	44	55	60	62		
0.5	9	11	13	16	20	24	29	34	41	49	60	65	67		
0.4	13	15	18	21	25	29	33	39	47	56	70	70	73		
0.3	18	20	23	26	30	34	39	45	54	65	80	80	80		
0.2	24	26	29	32	36	41	47	54	64	75	90	90	90		
0.1	32	34	37	40	44	49	56	65	75	85	100	100	100		
-0.1	42	43	45	50	55	60	70	80	90	100	100	100	100		
ENUC	45	47	50	55	60	65	70	80	90	100	100	100	100		
ES/P	50	52	54	58	62	67	73	80	90	100	100	100	100		

B - Con el objeto de contemplar los diversos casos según la profesión y el grado de exigencia visual en una tabla única, teniendo en cuenta las Tablas de Exilex Truc, Radeyewsky y Micas, se ha llegado al siguiente normativo que las comprende, haciendo la salvedad que con excepción de los ítems 1 y 5, así como los monoculares, que configuran situaciones especiales, todos los demás están comprendidos en la Tabla de J. Sená.

B.1- Profesiones de Optima Agudeza Visual: (10/10 y 10/10)

a) Sin corrección óptica y con sentido cromático normal. Ej.: ingreso al Colegio Militar, Naval, Aeronavegantes.

b) 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).

B.2 - Profesiones de Buena Agudeza Visual: (10/10 y 5/10)

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

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

Ej.: modista, costureras, electricistas, mecánicos.

B.4 - 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 ítem puede incluirse a los ambliopes ligeros, capaces de lectura en negro.

B.5 - Profesiones para Discapacitados Visuales:

Incluye 3 categorías, a saber:

B.5.a.- Ciegos.

a) Ciegos totales.

b) Ciegos prácticamente totales (visión luz).

B.5.b.- Ciegos parciales

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

B.5.c.- Ambliopes profundos

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

C- Consideraciones médicas sobre el concepto del monocular reeducado y monocular reeducable, incluyendo una tabla que indica el porcentual de incapacidad en sujetos monóculos según la agudeza visual restante en el ojo útil.

Cuando el médico perito se encuentra frente al problema de valorar la incapacidad resultante de la pérdida total de la visión de un ojo, con o sin pérdida del órgano, siendo normal el otro con o sin corrección, teniendo el interesado edad inferior a los 40 años y tareas no especializada, se debe tener en cuenta la repercusión desde el punto de vista funcional sobre:

a) Visión central.

b) Campo visual o visión periférica.

c) Visión estereoscópica.

d) Fatiga visual.

Los autores internacionales recopilados en extensas bibliografías, 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 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).

Si bien la visión estereoscópica o apreciación espacial se pierde en forma temporaria, nunca llega a ser permanente por la falta de convergencia y la fusión de imágenes. Como refieren autores nacionales (Damel), la visión estereoscópica monocular es una concepción de profundidad y la visión estereoscópica binocular una verdadera percepción de profundidad.

En lo inherente a la fatiga visual la misma está en relación directa a la especialización de la tarea.

EVALUACION DEL MONOCULAR

A.V.	Incapacidad	A.V.	Incapacidad
10/10	0 %	5/10	35 %
9/10	5 %	4/10	50 %
8/10	10 %	3/10	70 %
7/10	15 %	2/10	85 %
6/10	25 %	1/10	100 %

En el caso de los monoculares reeducables la incapacidad será transitoria por dos años y parcial del 30 % que no le impide el desempeño de sus tareas.

EVALUACION DE LAS HEMIANOPSIAS

Homónimas derecha o izquierda	20-35 %
Heterónima binasal	10-30 %
Heterónima bitemporal (acorde a tareas)	40-80 %
Horizontal superior	30 %
Horizontal inferior	60 %
En cuadrante superior	15 %
En cuadrante inferior	30 %

Además se evaluará la agudeza visual.

EVALUACION DE CATARATAS Y AFAQUIAS QUIRURGICAS CON Y SIN LENTE OCULAR.

Situaciones posibles:

a) Un ojo presenta una catarata grado IV (total) y el otro ojo presenta una agudeza visual óptima (10/10).

Este caso puede considerarse como un monocular otorgándose una incapacidad del 30 % permanente en individuos mayores de 45 años y del 30 % transitoria en menores de dicha edad si el cuadro es de reciente instalación. Cuando éste es de larga data se otorgará una incapacidad del 10 %.

b) Un ojo presenta una catarata grado IV con pérdida total de la visión o visión muy restringida (1/10 ó 2/10) y el otro ojo presenta una visión muy disminuida o amaurosis (ambliopía, anoftalmía, etc.).

En este caso se considera una incapacidad física del 70 % y permanente. Si fuera menor de 45 años, se otorgará un 70 % transitoria ante la posibilidad de su posterior cirugía de cataratas (en esta posible situación futura sería considerado un monocular).

c) Afaquia de un ojo sin lente intraocular.

La agudeza visual tomada se divide por dos y el resultado se compara con la tabla de Sená. 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 de Sená.

d) Afaquia de un ojo con lente intraocular.

Se considera la agudeza visual como los no afáquicos, es decir con la visión tomada se valorará por la tabla de Sená (excepto en profesiones que exigen óptima agudeza visual tales como: pilotos de avión, choferes de micro de larga distancia, maquinistas de trenes, etc.).

e) Afaquia bilateral sin lente intraocular.

Depende de la capacidad visual remanente.

Ej. 1: escasa agudeza visual en ambos ojos, incapacidad laboral del 70 %.

Ej. 2: buena agudeza visual en ambos ojos, se valorará por tabla de Sená.

Ej. 3: un ojo con escasa capacidad visual y el otro con aceptable capacidad visual considerar tabla de Sená y desempeño de tarea laboral.

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

f) Afaquia bilateral con lente intraocular.

La incapacidad laboral dependerá del remanente de la agudeza visual tomada en ambos ojos considerando la tabla de Sená.

CAMPO VISUAL

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

La actividad laboral decide la mayor o menor importancia de la evaluación campimétrica.

En aquellas actividades donde sea indispensable un óptimo campo visual periférico se tomará como tal el campo visual de 500° (8 cuadrantes x 60° aproximadamente).

Por ej.: aviadores, conductores de micros de pasajeros, conductores de camiones de más de 4 toneladas.

Los demás casos están comprendidos en un campo visual de 320° (es decir 8 cuadrantes de 40°).

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.

Por ej.: (8x30°) = 240° de preservación del C.V.

240 dividido 320 = 0,75 que expresa el 75 % del campo visual preservado.

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

La pérdida del 25 % de la capacidad visual de ese ojo por el índice 0,25 expresa la pérdida de capacidad de la T.O. 25 % x 0,25 = 6,25 T.O. (por deterioro del campo visual de un ojo).

Para el cálculo del porcentaje de la pérdida del campo visual de ambos ojos se procede de la misma manera, es decir:

1.- se calcula la pérdida del campo visual de cada uno de ellos por separado,

2.- luego, se suman y al resultado se lo multiplica por 1,5 obteniéndose así la incapacidad total atribuible a la pérdida del campo visual bilateral.

Por ej.: si a la pérdida del ejemplo anterior, de 6,25 T.O. para el ojo izquierdo, le agregamos un 6,25 % del ojo derecho, tendremos:

(O.I. 6,25 + O.D. 6,25) x 1,5 = 12,5 x 1,5 = 18,75 T.O.

por deterioro de la capacidad visual bilateral, por alteración del campo visual.

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.

Por ej.: % Perd. campo visual bilateral - 18,75 T.O.

Agudeza visual ojo derecho 0,8

Agudeza visual ojo izquierdo 0,6

Se remite a la tabla de Sená = 10 % por déficit de agudeza visual.

Incapacidad global 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 10 % (sobre 81,25 %) = 8,125 %

Incapacidad total del aparato visual = 26,87 %

Cuando la afección del campo visual sea predominantemente inferior, al total (% de pérdida del campo visual uni o bilateral), se le adicionará un 10 %.

Toda otra afección del aparato visual se evaluará de acuerdo a la alteración de la agudeza visual y/o campos visuales.

DIPLOPIA

Central: en la mirada directo hacia adelante

Inferior: en la mirada directo hacia abajo

En ambos casos se entiende con directo, que no hay desviación lateral de la vista. Cuando se evidencia cualquiera de las dos, se habla de Diplopia total (para poder desempeñarse tiene que taparse un ojo).

Diplopia total se valora igual que un monocular, y se considerará según la edad y el tiempo de evolución, determinando una incapacidad del 10-30 %

Otras lesiones (no congénitas):

Oftalmoplejía interna total, unilateral (acomodación) 10-15 %
Oftalmoplejía interna total, bilateral 15-30 %

Midriasis y lesiones del iris cuando ocasionan trastornos funcionales, unilateral 5 %

Midriasis y lesiones del iris, bilateral 10 %
Ptosis palpebral, pupila descubierta 5 %

Ptosis palpebral o blefaroespasma, pupila cubierta de acuerdo a agudeza visual en posición primaria (mirada de frente) unilateral 10-30 %
bilateral 70 %
Deformaciones palpebrales unilaterales 5-15 %
bilaterales 10-25 %

Epífora 5-15 %
Fistulas lagrimales unilaterales 10 %
bilaterales 30 %

Estos porcentajes referidos a T.O. deberán sumarse a los originados por otra patología visual.

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 DIAGNOSTICO

Anamnesis

Examen físico: Otorrinolaringológico
Neurológico (eventualmente)

Diagnóstico por imágenes: Rx, TC, RMN

Electrofisiológicos: Audiometría, Logoaudiometría, Electronistagrafia, Potenciales evocados

Patologías evaluables

a) Oído: vestibulares y laberínticos
auditivos: perceptivos
mixtos

b) Rinosinusal

c) Laringea y traqueal

d) Glándulas salivales

a) Oído:

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 vestibulo sano.

Cuando es bilateral se puede esperar una compensación por mecanismos visuales y de la sensibilidad profunda.

CRITERIOS PARA LA EVALUACION DE LA PERDIDA DE LA TOTAL OBRERA A CONSECUENCIA DE UN DAÑO POR VERTIGO VESTIBULAR

Estadio I La persona siente vértigo.

Electronistagrafia: respuestas normales.

Coordinación: vestibulo-espinal y cerebelo-espinal compatibles con ambulación normal. 0-5 %

Estadio II La persona siente vértigo.

Electronistagrafia: respuestas anormales.

Coordinación: vestibulo-espinal y cerebelo-espinal compatibles con ambulación normal. 5-15 %

Estadio III La persona siente vértigo.

Electronistagrafia: respuestas anormales.

Coordinación: vestibulo-espinal y cerebelo-espinal compatibles con ambulación inestable, sin riesgo para sí o terceros. 15-35 %

Estadio IV La persona siente vértigo.

Electronistagrafia: respuestas anormales.

Coordinación: vestibulo-espinal y cerebelo-espinal, la ambulación es inestable, con riesgo para sí o para terceros 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: Herz, un Herz 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

Evaluación de la audición

Se efectuará la medición de la audición con un audiómetro con el paciente en cámara sonomortiguada 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, 4.000 ciclos por segundo.

Se deberán realizar dos exámenes audiométricos separados por una semana, con reposo de ambiente ruidoso de dieciséis horas, efectuados por fonoaudiólogo con supervisión del especialista. En caso de no obtener curvas audiométricas confiables se solicitará examen de Potenciales Evocados Auditivos y Audiometría por Potenciales Evocados.

Todos los exámenes audiométricos se completarán con examen Logaudiométrico y Pruebas para descartar simulación (Ej. Test Lombard).

Se efectuará prueba de reclutamiento (S.I.S.I.) con objeto de diagnosticar daño coclear (trauma acústico).

CALCULO PERDIDA AUDITIVA MONOAURAL

Se suma la pérdida en decibelios 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.

CALCULO 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.

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 pérdida de la Total Obrera.

HIPOACUSIAS PROFUNDAS

Hipoacúsico profundo con fonación reeducada y labio-lectura	45 % T.O.
Hipoacúsico profundo sin fonación reeducada y con labio-lectura	50 % T.O.
Hipoacúsico profundo sin fonación reeducada y sin labio-lectura	80 % T.O.

En caso de no contar con la Tabla de la AMA., se puede determinar el porcentaje de pérdida de la T.O. por alteración auditiva uni o bilateral, con la siguiente fórmula:

$$\frac{(\% \text{ Oído mejor} \times 5) + (\% \text{ Oído peor} \times 1)}{6} \times 0,5 = \text{T.O.}$$

**Tabla de la American Academy of Otolaryngology (A. A. O.), 1979
homologada por la American Medical Association (A. M. A.) en 1984**

Tabla de la American Academy of Otolaryngology (A. A. O.), 1979
homologada por la American Medical Association (A. M. A.) en 1984

1969	100	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
------	-----	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ANSI
1969

Mejor oído (Suma de 500, 1.000, 2.000 y 4.000 Hz)

Mejor oído (Suma de 500, 1.000, 2.000 y 4.000 Hz)

b) Rinosinusal

OLFATO Y GUSTO

Pérdida total del olfato (anosmia)	3 % T.O.
Pérdida total del gusto (ageusia)	3 % T.O.

Se tendrán en cuenta los casos de excepción evaluables según lo establecen estas Normas a fs. 5.

NARIZ Y SENOS PARANASALES

Sinusitis alérgica:	0 % T.O.
Tumoral - benigna:	5 - 10 % T.O.
- maligna: se evaluará cumplidas todas las medidas terapéuticas que correspondrán, acorde a secuela orgánica y/o repercusión funcional.	

c) Laringea v 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.

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 %

Pérdida del lenguaje en %	Pérdida del lenguaje en T.O.
0	0
5	2
10	4
15	5
20	7
25	9
30	10
35	12
40	14
45	16
50	18
55	19
60	21
65	23
70	24
75	26
80	28
85	30
90	32
95	33
100	35

CUERDAS VOCALES

- a) Paresia recurrencial unilateral: se evaluará de acuerdo al compromiso de la voz.
- b) Paresia recurrencial bilateral con espirometría de obstrucción leve: idem.
- c) 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

- a) Inflamatorio y/o benigno: 0 %
- b) Neoplásico inextirpable: 70 %
- c) Neoplásico extirpable y/o con buena evolución post-terapéutica se evaluará de acuerdo a secuela orgánica y funcional.

LARINGECTOMIA

- a) Laringectomía parcial con evolución superior a dos años: acorde a secuela orgánica y alteración de la voz
- b) Laringectomía total: 70 %

TRAQUEOSTOMIAS

- a) Temporales: se evaluarán una vez resuelta la patología de origen
- b) Permanentes: 70 %
- d) Glándulas salivales
- a) Afecciones inflamatorias crónicas (ej. Sjögren) evaluar de acuerdo a compromiso sistémico, "per se" no son incapacitantes.
- b) Tumores:
- benignos: evaluables según secuela y repercusión funcional (ej.: Parálisis facial residual)
- maligros: Extirpables y/o con buena respuesta al tratamiento, se evalúan de acuerdo a secuelas
- No extirpables y/o con mala respuesta al tratamiento y/o con metástasis: 70 %

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:

- Genio de la afección en cuestión
- Oportunidad de inicio del tratamiento
- 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 al 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 sus tareas laborales.

ELEMENTOS DE DIAGNOSTICO

Anamnesis
Examen físico
Laboratorio: general
Hematológico: Hemograma con recuento de plaquetas, Frotis de sangre periférica, Corrida electroforética de hemoglobinas, Metabolismo del Fe, Punción médula ósea, Estudio completo de coagulación.

Diagnóstico por imágenes: Rx, TC, RMN, Centellograma, Eco
Biopsias: ganglionar, hepática ...

Afecciones evaluables
Primarias: a) Sistema Reticulo Endotelial
b) Serie Roja
c) Serie Blanca
d) Hemostasia

Secundarias

Respecto de las afecciones secundarias, las mismas, originadas en otros órganos, tienen expresión similar a algunas patologías hematológicas. Se evaluarán por su etiología y su repercusión en este sistema.

Primarias

a) Sistema Reticulo Endotelial

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: POLIOTOTICO: 70 %
MONOTOTICO: 5-70 %
Teniendo en cuenta:
a.- Localización de la lesión (hueso corto-calota-esternón-costillas-columna-huesos largos de sostén iliacos).
b.- La respuesta al tratamiento y tiempo de evolución.
c.- Compromiso renal.

GAMMAPATIA MONOCLONAL BENIGNA:

Con para-proteína, con infiltración medular sin signos de progresión de enfermedad 5 %

HIPOPLASIA Y APLASIA

a) Leves: 0 %
b) Moderadas: 5 - 30 %
c) Severas: cuando existe supresión de más de 70 % del tejido hematopoyético: 70 %
Leve: hipofunción medular del 10 %, sangre periférica normal.
Moderada: hipofunción medular del 20-40 %, anemia crónica.

MIELOFIBROSIS

Evaluar según repercusión hasta 70 %

ESPLENECTOMIA

Evaluar según repercusión infecciosa recurrente.

HIPERESPLENISMO

Evaluar la patología de origen y su repercusión en las distintas series hemáticas.
b) 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.

a) Primarias:

Microesferocítica 5 %
Talasemia mínima y menor: 0 %
Talasemia mayor: 70 %
Talasemia Intermedia: incapacidad variable de acuerdo a la evolución clínica (ver hemolíticas).
Hemolíticas: se evaluarán según respondan al tratamiento: las que responden 1-5 %
las que no responden 70 %
(cuando cumplido el tratamiento mantengan valores de hemoglobina por debajo de los 7gr, aún habiendo sido politransfundido).

b) Secundarias:

Se deberá evaluar la causa de origen.

POLICITEMIAS

a) Primarias: relativas y absolutas.

POLICITEMIA POR STRESS (relativa):

Disminución del volumen plasmático, en general no reviste carácter incapacitante.

POLICITEMIA VERA (absoluta): se determina grado de incapacidad de acuerdo a los niveles de la masa eritrocitaria.

1 - Con nivel superior a 19 gr. de hemoglobina o más de 60 % de hematocrito

a) Si responde al tratamiento 30-40 %

b) Si no responde al tratamiento médico y las sangrias son frecuentes (una a dos por mes): 70 %

2 - Por debajo de esos valores, si responde al tratamiento médico y las sangrias 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 trombóticos). Asimismo, se evaluarán alteraciones a nivel de la perfusión pulmonar.

b) Secundarias:

POLIGLOBULIAS SECUNDARIAS: deberán evaluarse las causas etiológicas (cardiológicas, pulmonares, renales).

c) Serie Blanca

NEUTROPENIA SEVERA IDIOPATICA CON POLIMORFONUCLEARES MENOR 1000:

No responde al tratamiento: 70 %

Responde al tratamiento: 10-20 %

LEUCEMIAS

1) Agudas: 30-70 %

Dependerá la evaluación acorde al tipo de

Leucemia (Mieloide o Linfoide), al genio de la

enfermedad, al tiempo de evolución, al tratamiento

y la respuesta al mismo, recaídas, posibilidad o no

de transplante.

2) Crónicas:

a) Leucemias Linfáticas:

Estadios I y II: 1-5 %

Estadios III y IV: 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:

Clasificación de RAI y 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 ó III con al agregado de trombocitopenia (número de plaquetas menor de 100.000 por milímetro cúbico). La anemia, las adenopatias y las organomegalias pueden o no estar presentes.

Clasificación 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.

b) Leucemias Mieloides: acorde a evolución

Sin crisis blásticas: hasta 40 %

Con crisis blásticas 70 %

c) Leucemia a células vellosas: 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

Clasificación morfológica de los linfomas Hodgkin

a) Predominio linfocitario:

Linfocitos maduros con algunos histiocitos, escasas células de Reed-Sternberg. Suele ser un estadio temprano.

b) Esclerosis nodular:

Tejido linfoide con bandas de tejido colágeno. Pueden estar ausentes las células de Reed-Sternberg. Suele ser un estadio temprano.

c) Celularidad mixta:

Pleomorfo (linfocitos, células plasmáticas, etc.) con abundantes células de Reed-Sternberg. Suele ser un estadio avanzado.

d) Depleción linfocitaria:

Pocos linfocitos maduros, más abundantes los histiocitos, fibrosis.

Frecuentes células de Reed-Sternberg. Suele ser un estadio avanzado.

Estadios I y II 5 %

Estadios III y IV de acuerdo a la subdivisión en grupos:

a) Ausencia de signología general 10-30 %

b) Con signología general (pérdida de peso superior al 10 % en los últimos 6 meses, fiebre inexplicada con temperatura superior a 38°, hipereritria), acorde a respuesta al tratamiento hasta 70 %

LINFOMAS NO HODGKIN

Clasificación morfológica según el National Cancer Institute

BAJO GRADO

a) Linfoma maligno (linfocítico o células pequeñas coincidente con leucemia linfocítica crónica plasmocitoide).

b) Linfoma maligno folicular (predominantemente a células pequeñas hendidas, áreas difusas, esclerosis).

c) Linfoma maligno folicular (mixto, células pequeñas hendidas y células grandes, áreas difusas, esclerosis).

GRADO INTERMEDIO

d) Linfoma maligno folicular (predominantemente a células grandes, áreas difusas, esclerosis).

e) Linfoma maligno difuso (células pequeñas, hendidas, esclerosis)

f) Linfoma maligno difuso (mixto, células pequeñas y grandes, esclerosis, componentes celular epiteloide).

g) Linfoma maligno difuso (células grandes, células hendidas, células no hendidas, esclerosis).

ALTO GRADO

h) Linfoma maligno (células grandes, inmunoblástico, plasmocitoide, células claras, polimorfo, componente celular epiteloide).

i) Linfoma maligno (linfoblástico, células cerebriformes, células no cerebriformes).

j) 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

a) 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.

b) Remisión parcial: reducción en más del 50 % de los diámetros perpendiculares de todas las lesiones medibles.

c) Respuesta mínima: reducción en menos del 50 % de los diámetros perpendiculares de todas las lesiones medibles.

d) 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.

e) Recaída: aparición de manifestaciones de enfermedad luego de haber obtenido remisión completa.

La recaída puede ser:

Marginal: Inmediatamente adyacente a los campos tratados.**Local:** En un área previamente tratada.**Regional:** En un área fuera de la tratada pero confinada a una zona del mismo lado del diafragma.**Transdiafragmática:** En ganglios linfáticos y/o bazo pero del lado del diafragma contrario al de origen.**Extranodal:** Aparición de enfermedad en sitios extraganglionares o extraesplénicos.

d) Hemostasia

Alteraciones de los factores de coagulación

HEMOFILIA: se consideran dos grupos de pacientes:

a. - Hemofilia severa 70 %

b. - Hemofilia leve o moderada hasta 40 %

El compromiso articular, de existir, debe ser evaluado por Ortopedia.

La inclusión en uno u otro grupo, se realizará en base a una certificación expresa del Instituto de Investigaciones Hematológicas de la Academia Nacional de Medicina o de Fundación de la Hemofilia (inclusive por intermedio de sus Delegaciones en el interior del país).

Desde el punto de vista práctico y general ha sido convenido con las Instituciones citadas, reconocer como 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 (pensiones no contributivas o pedidos especiales de otras Instituciones u Organismos), deberá tenerse en cuenta la clasificación de SEVERA Y MODERADA o LEVE, según fuera consignado precedentemente, ya que en estos casos, puede que no existan secuelas por haber mantenido tratamiento profiláctico.

ENFERMEDAD DE VON WILLEBRAND (Anomalia primaria del Factor de Von Willebrand y/o alteración del Complejo Factor Activo Procoagulante del Factor VIII)

Se valorará con el mismo criterio que HEMOFILIA.

A) Severa.

B) Otras formas.

Alteración de las Plaquetas

PURPURASa) **TROMBOCITOPENIA:**

Púrpura trombocitopénica con o sin esplenectomía 5 %

b) **NO TROMBOCITOPENIA:**

Si presentan cuadros hemorrágicos reiterados con afectación

variable del órgano afectado, la incapacidad será evaluada de

acuerdo al compromiso del órgano dañado hasta 70 %

Enfermedad de Rendú Osler (salvo complicaciones

severas) 5-30 %

TROMBOCITOSIS**ESENCIAL:**

Se evaluará de acuerdo a la repercusión orgánica producida por trombosis.

GLANDULAS DE SECRECIÓN INTERNA

Las afecciones originadas en las glándulas de secreción interna, orgánicas o funcionales, que motivan con mayor frecuencia la solicitud de evaluación de incapacidad, son: la Diabetes y las disfunciones tiroideas.

PANCREAS**DIABETES**

Para la valoración de la incapacidad originada por diabetes mellitus, se utilizarán como parámetros signos clínicos y exámenes complementarios que por su sencillez, objetividad y eficacia, presten sustento claro e inobjetable a dicha evaluación.

No se tendrán en cuenta síntomas subjetivos e imposibles de probar.

1. — **Datos clínicos:** tratamiento efectuado, manifestaciones neurológicas periféricas que indiquen probabilidad o certeza de polineuritis, presencia o ausencia de edemas, detección de vasculopatía arterial periférica o central, así como cualquier otro signo clínico de trastorno orgánico derivado de esta enfermedad, y fondo de ojo.

2. — **Exámenes Complementarios:** determinación de valores sanguíneos de creatinina y urea, densidad y sedimento urinario, glucemia, hemoglobina glicosilada, electrocardiograma, retinofluoresceinografía, electromiogramas.

TABLA DE EVALUACION**ESTADIO I:**

Diabetes tipo II que se compensa con dieta, o dieta e hipoglucemiantes orales, y que no presenta ningún trastorno orgánico demostrable 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 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 retinopatía grado I-II, 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 demuestre alteraciones inespecíficas o isquémicas mínimas 10-25 %

ESTADIO IV:

Cualquiera de los estadios anteriores, acompañado de: retinopatía grado II-III, y/o trastornos arteriopáticos periféricos con trastornos tróficos mínimos y/o polineuritis diabética moderada y/o cifras humorales moderadamente elevadas de urea o creatinina 25-40 %

ESTADIO V:

Cualquiera de los estadios anteriores, acompañado de repercusión severa en uno o más órganos: retinopatía grado III-IV, polineuritis marcada (mal perforante plantar, hipotrofia muscular, etc.), vasculopatías con alteraciones tróficas de importancia (amputaciones de varios dedos de los pies o más amplias, claudicación intermitente a menos de 25 metros con otros signos de isquemia, clínicos y/o demostrados por exámenes complementarios, etc.), insuficiencia renal severa con cifras de uremia y/o creatininemias marcadamente patológicas. 70 %

Se evaluará la repercusión orgánica, por los especialistas correspondientes 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).

Nódulos Tiroideos

Se evaluarán de acuerdo a su histopatología y a su funcionalismo.

Tiroditis

Se evaluarán según el grado de disfunción tiroidea que determinen.

Cáncer Tiroideo operado

Si no existe evidencia de persistencia post-tratamiento, recidiva, metástasis regionales (adenopatías) 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 tetania paratiroideopriva controlable médicamente, lesión recurrencial y lesión estética): 30 %

Tumor persistente, o recidivado, o con metástasis regionales y/o a distancia: 70 %

HIPOFISIS

En la patología benigna de hipófisis sin signos sintomatología Con repercusión orgánica y/o funcional, se evaluará según el órgano comprometido. 0 %

SUPRARRENAL**ENFERMEDAD DE ADDISON-INSUF. CORTICOSUPRARRENAL CRONICA**

Compensada médicamente	hasta 20 %
Con signosintomatología florida no controlable	70 %
Se deberá investigar etiología.	

SINDROME DE CUSHING

Compensados	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.	

PSIQUISMO

La labor del Perito Previsional es ardua y tanto más cuando ese Perito es Psiquiatra, pero sobre todo, cuando el mismo tiene que transmitir todo su saber y entender al médico no especialista en psiquiatría.

Se ha creído conveniente en esta Guía Evaluadora verter conceptos esclarecedores 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 poca 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 a la consideración del efecto anti-terapéutico 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 patología, relacionándolas con la edad del peticionante, su profesión específica y personalidad.

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 la 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 actual 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 la finalidad previsional de la misma 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 Honorable Comisión Médica Honoraria reunida a tales fines acordó:

"Entiéndese por psicodiagnóstico al conjunto de entrevistas, consultas, tests y/u otros elementos complementarios de diagnóstico, realizados por médico psiquiatra, legista, clínico o especializado en psicología médica, que integre la Comisión Médica de acuerdo a su criterio.

Se considera al psicodiagnóstico como un elemento de diagnóstico médico que implica la identificación de la patología, tipo de personalidad, evaluación de inteligencia, determinación de todo otro tipo de deterioro psíquico, a los efectos de determinar las aptitudes del afiliado para capacitarse en otras tareas acordes a su minusvalía psicofísica".

Se adjunta un cuestionario guía para la orientación diagnóstica de las enfermedades psiquiátricas de interés previsional, el cual será confeccionado por los profesionales médicos de las Juntas Médicas Primarias.

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:

SM: CUMPLIDO

MOTIVO:

SI

NO

PROFESION:.....

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

JUB.

PENSION

SUBSIDIOS

OTRO BENEFICIO

CAUSA DE CESE:

FECHA DE CESE:

2) ¿SABE LEER Y ESCRIBIR?

BIEN

CON DIFICULTADES

NO APRENDIO

SIN INSTRUCCION

3) A PERSONAS CON INSTRUCCION PRIMARIA Y/O SECUNDARIA

¿HA REPETIDO GRADOS EN ESCUELA PRIMARIA

NO

SI

Cuáles y Cuántas veces

¿HA REPETIDO ALGUN AÑO EN ESCUELA SECUNDARIA?

NO

SI

Cuáles y Cuántas veces

4) ¿HA APRENDIDO EL MANEJO DEL DINERO?:

CORRECTAMENTE

CON DIFICULTADES

NO

TRASTORNOS ACTUALES

5) ¿SABE PARA QUE VINO?

TRAMITE

PARA

OTRO

JUB/PEN

TRATAMIENTO

MOTIVO

6) ¿CONSIDERA QUE LA ENFERMEDAD QUE LO INCAPACITA PARA TRABAJAR NORMALMENTE ES:

FISICA

NO

SI

MENTAL

NO

SI

7) ¿VINO SOLO?

NO

SI

8) ¿HABITUALMENTE PREFIERE ESTAR O SALIR ACOMPAÑADO?

NO

SI

por qué.....

9) ¿SUELE A VECES DESORIENTARSE AUNQUE SEA POR SEGUNDOS EN LUGARES CONOCIDOS?

NO

SI

10) ¿SUELE TENER TEMORES, A QUE COSAS? ¿QUE CONDUCTAS REALIZA PARA EVITAR LO QUE TEME?

11) ¿DESAPARECEN O DISMINUYEN LOS MIEDOS CUANDO SE ENCUENTRA ACOMPAÑADO?

NO

SI

12) ¿ES MUY METICULOSO, PREOCUPADO POR EL ORDEN Y LA LIMPIEZA, LE INCOMODA "EXCESIVAMENTE" EL DESORDEN?

NO

SI

13) ¿TIENE NECESIDAD DE VERIFICAR VARIAS VECES SI ESTAN CERRADAS LAS LLAVES DE GAS, LAS PUERTAS O APAGADA LA LUZ PARA SENTIRSE SEGURO?

NO

SI

14) ¿EL MIEDO A ENFERMARSE POR CONTACTO CON OBJETOS O PERSONAS LE HACE TOMAR MEDIDAS DE PRECAUCION PARA DISMINUIR EL RIESGO DE CONTAGIO?

NO SI Cuáles

15) ¿LE OCURRE TENER LA SENSACION DE MAREARSE Y NO SALIR A LA CALLE POR MIEDO A DESCOMPONERSE?

NO SI

16) CONSIGNAR HABITOS:

FUMA

Cuánto:

NO SI

INGIERE BEBIDAS ALCOHOLICAS

NO SI Cuáles prefiere. Cantidades

CONSUME O LO HA HECHO: TRANQUILIZANTES, ANOREXIGENOS U OTRAS DROGAS

NO SI Cuáles

17) ¿HA NECESITADO ASISTENCIA MEDICA CLINICA, PSIQUIATRICA O PSICOLOGICA COMO CONSECUENCIA?

18) ¿SE CONSIDERA UNA PERSONA DESCONFIADA?

NO SI

19) ¿SE HA SENTIDO PERJUDICADO CON FRECUENCIA POR PERSONAS DE SU RELACION?

NO SI De qué manera

20) ¿EL DAÑO Y PERJUICIO SUFRIDO HA SIDO TAN IMPORTANTE QUE REQUIRIO AYUDA PSIQUIATRICA?

NO SI

21) ¿CUANDO Y CUANTO TIEMPO TOMO PSICOFARMACOS POR ESA RAZON?

¿CUALES Y EN QUE DOSIS?

22) ¿SUELE TENER CON FRECUENCIA ALGUNO O VARIOS DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS?

NO SI

SENSACION DE FALTA DE AIRE

O PRESION EN EL PECHO

SUDORACION

PALPITACIONES

TRASTORNOS DIGESTIVOS U OTROS DE ORIGEN

EMOTIVO ¿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?

NO SI

Completar fechas. Lugar de asistencia o internación. Duración de la pérdida de conciencia

27) ¿QUEDARON SECUELAS?

Cuáles

NO SI

28) ¿CAMBIO SU MANERA DE SER POSTERIORMENTE?

En qué

NO SI

29) ¿HA PASADO ALGUNA VEZ POR PERIODOS CON ALGUNO O VARIOS DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS?

NO SI

HA VISTO IMAGENES QUE OTROS NO VEAN

HA ESCUCHADO VOCES QUE OTROS NO ESCUCHEN

ESAS VOCES SON CLARAS E INSULTANTES

SE HA SENTIDO IMPULSADO A REALIZAR ACTOS QUE NO DESEA

Cuáles

Tratamientos: Dosis de Psicofármacos. Internaciones.

30) ¿HA SUFRIDO DEPRESIONES QUE REQUIRIERAN TRATAMIENTO?

NO SI

31) ¿REALIZO ALGUNA VEZ INTENTO DE SUICIDIO?

Descripción detallada

NO SI

32) ¿REQUIRIO POR ESA RAZON INTERNACION PSIQUIATRICA U OTRO TRATAMIENTO?

Dónde y durante cuánto tiempo.

NO SI

SI HACE TRATAMIENTO ACTUALMENTE. INDICAR CUAL Y DOSIS DE PSICOFARMACOS

33) ¿HA TENIDO PROBLEMAS DE CONDUCTA?

NO SI

34) ¿SUS CONDUCTAS HAN REQUERIDO INTERVENCION POLICIAL?

NO SI

35) ¿EL AFILIADO HA TENIDO JUICIOS?

NO SI

Laborales

Por accidente de trabajo

Inhabilitación o Art. 152 BIs CC

Insania o Art. 54 Inciso 3º CC

Otros Cuáles

Firma del Afiliado

Firma del profesional

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, oligoimía y oligotelia, para designar la escasez del desarrollo intelectual, afectivo y cognitivo-práxico. Más no conviene olvidar que con el crecimiento y las existencias 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 Previsional.

El oligofrénico carece de capacidad de abstracción y de síntesis, el capital ideativo es concreto e inmediato, le falta la 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 Débiles Mentales leves, cuyas principales características son:

IDIOTAS: (C. I. de 0 a 30)

No atravesó la etapa glósica.

Emite sonidos guturales.

No lee ni escribe.

No conoce el dinero.

No controla esfínteres.

No entiende sus necesidades básicas, incapaz de subsistir solo.

Se acompaña generalmente de malformaciones físicas.

IMBECILES: (C. I. de 30 a 50)

No lee.

No escribe.

No conoce el dinero.

Atiende a sus necesidades elementales.

Puede, a veces, desempeñar tareas rudimentarias.

DEBILES MENTALES PROFUNDOS: (C. I. de 50 a 60)

No lee.

No escribe.

No realiza operaciones mentales.

Sólo firma.

Vocabulario simple.

No conoce el dinero.

Puede, a veces, desempeñar tareas rudimentarias.

DEBILES MENTALES MODERADOS: (C. I. de 60 a 70)

Lee.

Escribe.

Realiza operaciones simples.

Conoce el dinero.

Puede trabajar en tareas de escasas exigencias intelectuales.

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, Imbéciles y débiles mentales profundos, teniendo en cuenta que se hallan imposibilitados de realizar tareas redituables.

Como excepción, deben consignarse algunos casos de débiles mentales profundos e Imbéciles que han desarrollado trabajos muy elementales en relación de dependencia y a los cuales, se les otorgará la jubilación en el caso que se observe una patología injertada o se haya acelerado el deterioro de su escasa capacidad residual con la edad.

Los débiles mentales fronterizos, leves o moderados, no tienen derecho a pensión ni a jubilación por invalidez psiquiátrica, con la excepción de aquellos a los que se haya agregado otra enfermedad de mayor jerarquía, como la psicosis o que se trate de una debilidad mental disarmónica cuyos trastornos de personalidad obstaculicen marcadamente su comportamiento social.

Oligofrenias en estado de insania en sentido jurídico declarado o no o encuadrable en el Art. 152 bis Inc. 2º (con o sin inhabilitación judicial) en forma permanente o con inhabilitación transitoria: 80-100 %

OBSERVACIONES: Para la debilidad mental profunda e imbecilidad se utilizará el porcentaje de 70 % cuando el peticionante fuera un "derecho habiente", que no registra actividad laboral y que solicita beneficio de pensión; o se trate de una "pensión por Invalidez" (no contributiva), en tales casos se otorgará un 80 % de incapacidad.

En aquellos casos en los cuales se solicite una jubilación por invalidez (trabajador en relación de dependencia o autónomo), con un período laboral mayor a ocho (8) años, aunque la patología invalidante haya existido al inicio, se lo considerará incapacitado en un 40 % a tal fecha, y si se demuestra que se ha agravado a causa de un mayor deterioro o por otra patología injertada se otorgará un 70 % al cese, caso contrario persistirá el 40 % inicial.

SINDROME PSICORGANICO O SINDROME CEREBRAL ORGANICO CON O SIN PSICOSIS

Definición de 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:

- a) Perturbaciones de la orientación.
- b) Perturbaciones de la memoria.
- c) Perturbaciones de todas las funciones intelectuales, como la comprensión, el cálculo, el conocimiento y el aprendizaje.
- d) Perturbaciones del juicio.
- e) Perturbaciones de la afectividad.

La etiología de estos síndromes es siempre un "factor orgánico" intracerebral o extracerebral 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 hallarse 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 alcohólica.
 - a) Delirium tremens (agudo).
 - b) Psicosis de Korsakoff alcohólica (crónico).
 - c) Otras alucinosis alcohólicas (sub-aguda o crónica).
 - d) Delirio celotípico o paranoia alcohólica (crónica).
 - e) Deterioro alcohólico o demencia alcohólica (crónica e irreversible).
 - f) Ebriedad patológica (aguda).
 - g) Intoxicación alcohólica aguda.

Psicosis asociada a infección intracraneal: con sífilis del sistema nervioso central, parálisis general progresiva, con encefalitis epidémica y otra infección intracraneal no especificada (agudo o crónico, reversible con secuelas o sin secuelas).

Psicosis asociada a otro cuadro cerebral: arterioesclerosis, neoplasia intracraneal, enfermedad degenerativa del sistema nervioso central, con epilepsia, con traumatismo cerebral (agudo o crónico, reversible o irreversible, con o sin secuelas). Invalidantes, en los cuadros crónicos e irreversibles.

Psicosis asociada a otro cuadro orgánico: psicosis con trastornos endócrinos, con trastornos metabólicos o de la nutrición, o infección general, por intoxicación por drogas venenos, post-parto, por suspensión de drogas, con otro cuadro físico no especificado (agudo o crónico, reversible con o sin secuelas, irreversible). No incapacitantes por ser psicosis sintomáticas secundarias a otras enfermedades, las formas reversibles o sin secuelas significativas.

SINDROME CEREBRAL ORGANICO-NO PSICOTICOS

Con infección intracraneal, con intoxicación general 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. Personalidad orgánica (agudo o crónico, reversible con o sin secuelas, o irreversible).

CONSIDERACIONES MEDICO-PREVISIONALES:

La acotación de los diagnósticos de agudo, crónico, reversible o irreversible con o sin secuelas, 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).

PORCENTAJES

Débil Mental Fronterizo	1-5 %
Débil Mental Leve	6-9 %
Débil Mental Moderado	10-30 %
Débil Mental Profundo	40-70 %
Imbecilidad	40-70 %
Idiocia	80-100 %
Oligofrenias injertadas con psicosis crónicas:	70-80 %

delirium tremens), provocados muchas veces por la supresión brusca del alcohol o intercorrientes infecciosas, como así tampoco las secuelas 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 (según edad y profesión), teniendo en cuenta si el afiliado tuvo una relación de dependencia y cobertura médica que le permita estar protegido durante el periodo 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 jubilaciones permanentes sin lugar a dudas, por la irreversibilidad de dichos síntomas.

El antecedente de internaciones psiquiátricas por descompensaciones transitorias reversibles, sin secuelas y con restitución a la normalidad, no serán determinantes de una jubilación por invalidez 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) lo siguiente:

a) Cambios Afectivos

- Reacciónseudoneurótica en personalidad sin trastornos previos de la misma.
- Aumento de la labilidad afectiva.
- Actos impulsivos, superficialidad y sugestionabilidad.
- Risas y llantos patológicos.
- Ira provocadora.
- Sospecha paranoide.
- Humor depresivo hipocondriaco, excitación, curso hacia el empobrecimiento afectivo.

b) Trastornos de la memoria

- Amnesia de fijación.
- Conservación relativa del reconocimiento.
- Puede comprender órdenes simples.
- Pérdida de la capacidad de abstracción.
- Dificultad para elaborar conceptos.
- *Signo de Talland (imposibilidad de recomenzar una tarea después de una laguna amnésica).*

c) Trastornos de otras funciones intelectuales:

- Disminución de la inteligencia, de intereses personales y de la comprensión.
- Alteraciones del curso del pensamiento: perseveración en sus diversos grados, viscosidad, lentificación, etc.).

d) Conducta general:

- Reacción catastrófica (Goldstein).
- Ordenalismo orgánico.
- Suprime todo conocimiento de incapacidad.
- Aumento del umbral de excitación.
- No distingue lo esencial de lo accesorio.

Para la determinación de la incapacidad en los grados I, II y III del Síndrome Cerebral Orgánico tendrá marcado valor en la cuantificación, las pruebas psicométricas.

PORCENTAJES

GRADO I (Leve-Reversible/Irreversible)	1-10 %
GRADO II (Moderado-Reversible/Irreversible)	11-30 %
GRADO III (Severo-Reversible)	40-70 %
(transitorio)	
GRADO IV (Severo-Irreversible)	70-80 %
(permanente)	

PSICOSIS DE FUNDAMENTO CORPORAL DESCONOCIDO:

ESQUIZOFRENIA

a) 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 transitoria o permanente, según la forma clínica y de evolución valorando la edad del actor.

Síntomas de primer rango:

- a) Las vivencias de influencia sobre la corporalidad.
- b) Los fenómenos de intervención ajena, sea en el sentido de producción o sustracción sobre el pensamiento, los sentimientos o la acción voluntaria.
- c) La sonoridad del pensamiento y fenómenos afines como la divulgación de las ideas y el robo del pensamiento.
- d) Las percepciones delirantes.
- e) La audición de voces dialogadas y de voces comentadoras de la actividad del propio sujeto.

Síntomas de segundo rango:

- a) Las inspiraciones u ocurrencias delirantes.
- b) Las pseudopercepciones o pseudo alucinaciones restantes.
- c) La perplejidad, distimias depresivas y eufóricas.
- d) 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)

-Debilitamiento de impulsos parecido al "Síndrome apático-akínico-abúlico" de lesiones del lóbulo frontal.

- El enfermo no habla ni actúa espontáneamente, pero cumple con los sencillos requerimientos que se le hacen, en respuesta a los estímulos externos.

- El defecto no debe confundirse con restos de la temática delirante.

- En el defecto grave se describe el "Síndrome del resorte roto". Igual que un reloj de péndulo con el resorte roto, persiste en actitud estatuaría, 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 periodo 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 jubilación 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.

Cuando se solicita el beneficio varios años después del cese laboral, ya sea por renuncia o abandono de tareas, o inclusive por despido, con una sintomatología productiva actual, que no deje dudas de la incapacidad, pero que el afiliado refiere desde mucho antes, las certificaciones de servicios pueden dar elementos indirectos de ayuda; si coinciden los datos aportados con el acortamiento de los periodos trabajados y sucesivos reinicios a diferencia de sus primeras relaciones laborales (datos que hacen presumible que la iniciación de la enfermedad se haya producido dentro de los 2 años o 5 años posteriores al cese, según la Legislación o que se pueda retrotraer hasta 3 años).

Una situación especial se presenta con los afiliados a la caja de Autónomos, ya que como es sabido para la afiliación no se realiza ningún examen médico previo, y para la obtención del beneficio se exige que el solicitante esté capacitado para el ejercicio de las tareas que denuncie, a dicha fecha. Por lo tanto habrá que efectuar un exhaustivo estudio del caso para determinar si la enfermedad existía a la afiliación y su grado de incidencia sobre la capacidad laboral o la ausencia de episodios psicóticos anteriores al inicio.

Se consideran pruebas fehacientes la copia de Historia Clínica de Instituciones oficiales o privadas y el periodo laboral no debe ser inferior a tres años entre inicio y solicitud de beneficio.

PORCENTAJES

1) Esquizofrenia procesal y por Brotes en periodo de estado: 70-80 %

(transitoria o permanente, según edad, profesión y grado de defecto).

2) 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 mismos" 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 auto-estima, el aislamiento, una vivencia de injusticia, un suceso clave, pueden ser "la chispa que encienda el barril", mejoran con tratamientos 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.

PORCENTAJES

GRADO I (Leve):	10-20 %
GRADO II (Moderado):	21-30 %
GRADO III (Severo reversible):*	40-70 %

*En personas jóvenes se otorgaría incapacidad transitoria para observar evolución.

Paranola: Delirio sistematizado interpretativo crónico, irreductible, incapacitante.

Irreversible: 70-80 % Permanente

BOUFFE DELIRANTE DE LOS DEGENERADOS:

Llamados también esquizofrenias agudas, paranoias agudas, estados crepusculares episódicos, estados oníroides.

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.

Incapacidad Intelectual: 10-30 %

PARAFRENIAS

Delirio crónico polimorfo, megalómano, fantástico. Incapacidad total y permanente.

Incapacidad Intelectual, permanente: 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, practicar un reexamen a los 6 meses para realizar un dictamen definitivo que otorgue o no la jubilación requerida en forma transitoria.

TRASTORNOS AFECTIVOS MAYORES

- Enfermedad maniaco depresiva a forma maniaca.
- Enfermedad maniaco depresiva a forma depresiva.
- Depresión endógena o melancolía.
- Melancolía involutiva.
- Enfermedad maniaco 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 las jubilaciones por invalidez 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 de la "periodicidad", la Ley no incluye estos cuadros en el Art. 54, Inciso 3° del Código Civil.

Cabe aclarar por la frecuencia con que aparecen en las certificaciones el diagnóstico de depresión endoreactiva o "estados muelle" que se acepta dicho cuadro entendiéndose por tal a aquellas depresiones que habiéndose desencadenado por una situación vivencial traumática evoluciona 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 transitorios, no corresponderá el beneficio por invalidez 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

Depresión Endógena en periodo de estado transitoria	50-70 %
Enfermo maniaco depresivo en periodo de estado (a forma maniaca, a forma depresiva, a forma circular). transitoria	50-70 %
A forma delirante transitoria o permanente según la edad.	70 %
Melancolía involutiva permanente.	70-80 %

TRASTORNOS DEPRESIVOS NO PSICOTICOS

El elemento semiológico fundamental que caracteriza estos cuadros, es un descenso del humor (estado de ánimo, temple o timía) 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.

a) **Depresión neurótica:** se presenta en individuos con una personalidad premórbida, con baja tolerancia a los 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 tímopático).

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.

Las depresiones neuróticas Grado III si bien 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 determine incapacidad del 70 % (Grado IV) por cristalización de los síntomas que comprometen todas las áreas de desarrollo del sujeto.

OTRAS FORMAS CLINICAS DE DEPRESION

- b) Depresión reactiva: No incapacitante, salvo que se trate de una depresión reactiva psicótica.
- c) Depresión secundaria a enfermedades físicas o psíquicas: (Influenza, hepatitis, etc.). No incapacitante.
- d) Depresión sintomática: 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 y transitoria o permanente, según la edad y patología de base. Ej.: depresión sintomática de psicosis crónica.

- e) Depresión por agotamiento: No Incapacitante
- f) Depresión por descarga o liberación: No Incapacitante
- g) Depresión por desarraigo: No Incapacitante

PORCENTAJES

Depresión Neurótica Grado I:	0 %
Depresión Neurótica Grado II:	11-15 %
Depresión Neurótica Grado III:	30-40 %
Depresión Neurótica Grado IV:	70 %

NEUROSIS O REACCIONES VIVENCIALES 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 intimamente 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 Maniaco Depresiva.

Muchos autores, entre ellos Schneider, Weibrecht 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 o 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 muy preciado, 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.

A menudo en el acontecer neurótico se ocultan 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 (Weibrecht).

En los países del primer mundo, se considera en la legislación, 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 no domina sus preocupaciones psicopáticas reciba encima una pensión, mientras que el que es más severo consigo mismo sale 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 Reactivas vivenciales de la Personalidad) debe tenerse en cuenta:

- a) Evolución pasajera o prolongada, reversibilidad de los síntomas o progresión con debilitamiento de la personalidad e irreversibilidad de los mismos.
- b) Necesidad de tratamientos, duración y cumplimiento de los mismos.
- c) Conservación de la vida de relación en ámbitos externos a los laborales o no.
- d) Alteraciones físicas demostrables por anorexia con pérdida de peso significativas, abandono personal o cuadros de bulimia severos.
- e) Reacciones vivenciales anormales psicofisiológicas persistentes que lleven a daño severo de órganos o sistemas; irreversible o reiterados por períodos prolongados y con tratamientos clínicos intensivos.
- f) 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 cornea en cegueras histéricas, etc.).
- g) 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.

h) Reacciones vivenciales anormales obsesivas-compulsivas:

Caracterizadas por cuatro fenómenos fundamentales sobre una personalidad obsesiva o anancástica.

1) 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.

2) Tendencia iterativa: repetición de un movimiento o acción por inseguridad en la eficacia de su ejecución inicial.

3) Omnipotencia del pensamiento que crea el temor supersticioso y hace suponer que se puede cambiar el curso del destino empeorándolo con determinados presagios o mejorándolo con determinadas promesas o conjuros (rituales).

4) Duda que se apodera de la conducta (explícita o implícita).

i) 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 intimamente ligadas a situaciones cotidianas, la magnitud es leve, son manifestaciones subjetivas de quejas, que prácticamente no requieren tratamiento o éstos son poco significativos (Reacciones vivenciales grado II). Las relaciones interpersonales afectadas ligeramente son las relacionadas con el conflicto generador de la reacción y durante las mismas se acentúan los rasgos más característicos de la personalidad de base (Reacciones vivenciales grado II).

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 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 haya 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. La 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 psicopáticas 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 causales pudo desarrollar tareas remunerativas ligadas o no a su trabajo habitual.

Cualquier paciente neurótico pasa por períodos de normalidad y aún 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 edades avanzadas:	70 %
DIFERENTES EXPRESIONES DE LA HISTERIA	
Neurosis Histérica de Conversión Grado I:	0 %
Neurosis Histérica de Conversión Grado II:	5-10 %
Neurosis Histérica de Conversión reversible Grado III:	30-40 %
Neurosis Histérica de Conversión Grado IV Irreversible a edades avanzadas:	70 %
Neurosis Hipocondríacas Grado I:	0 %
Neurosis Hipocondríacas Grado II:	5-10 %
Neurosis Hipocondríacas Grado III: reversibles:	30-40 %
Neurosis Hipocondríacas Grado IV irreversibles a edades avanzadas:	70 %
Pseudopsicosis Histérica Grado I:	0 %
Pseudopsicosis Histérica Grado II:	5-10 %
Pseudopsicosis Histérica Grado III reversible:	30-70 %
Pseudopsicosis Histérica Grado IV irreversible a edades avanzadas:	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 quien valora y desde donde 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 polimorfas, 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 meningo encefalitis 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 atroñas celebrales 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.- **Lábiles 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" quizá, 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 conciente, incapaces de amar, sólo buscan la satisfacción personal a cualquier precio, ya que el prójimo es tan solo 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 autocritica (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 le importen los sentimientos ni intereses de los otros con quienes establece 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 le 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 cleptomania (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 Moliere” 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, estos 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 invocada.

Los casos de simulación comprobados se instalan 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 provisionalmente 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 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.

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 de Soller:

- a) Simulación mental total y verdadera.
- b) Simulación por exageración o supersimulación.
- c) Perseveración o metasimulación.

CUADROS SIMULADOS:

- a) Actitudes negativas de estupor, mutismo y seudocatatonía.
- b) Manifestaciones más o menos agitadas.
- c) Amaneramiento y absurdidad.
- d) 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 mórbida y de la lógica mórbida 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

DEFINICION - BRISAUD 1908

“Estado mental particular de algunos individuos sinistrados 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 puede clasificarse en:

- a) Defectos orgánicos: Demencia post-traumática
Cambios de personalidad
Epilepsia post-traumática
Hematoma crónico subdural.
- b) Defecto orgánico 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 LEVES: 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, en 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 con III-IV-VIII-X- u otras (las que deberán ser encuestadas), que no conciden 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 Test 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.

NEUROSIS DE RENTA 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 estos puede haberse injertado alguna situación vital previa que el traumatismo precipitó, una "vivencia de pánico agudo" por el accidente o factores latrogénicos en el periodo inmediato de atención.

NEUROSIS DE RENTA 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 %

AREA PSICOLOGICA — USO CLINICO DEL PSICODIAGNOSTICO—

Durante muchos años, el diagnóstico psiquiátrico dependió fundamentalmente de la observación clínica. Con el advenimiento de los test como método de examen psicológico, estos se convirtieron en un auxiliar indispensable de la Psiquiatría Clínica.

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.

Los tests insumen mucho menor tiempo que cualquier otro procedimiento de observación clínica y permiten formular conclusiones de validez comparable.

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 semi dirigida que permite corroborar los datos aportados por el afiliado en las instancias anteriores.

La batería de test utilizada, comprende: el de Bender, el Psicodiagnóstico Miokinético, el de Rorschach y los tests 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.

La descripción de sus características y el valor diagnóstico se hace en hoja aparte.

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 de 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	AREAS QUE EXPLORA	APLICACION
BENDER	TEST VISO-MOTOR	ACTIVIDAD PERCEPTUAL CONDUCTA GRAFICA MADUREZ DE DEFICIENTES MENTALES MEMORIA. HABILIDAD MOTORA MANUAL CONCEPTOS TEMPORO-ESPACIALES. CAPACIDAD DE INTEGRACION. MAGNIFICACION. SIMULACION.	RETRASOS GLOBALES DE MADURACION. SINDROMES CEREBR. ORGANICOS. PSICOSIS. DEPRESIONES
RORSCHACH	TEST PROYECTIVO DE PERSONALIDAD	PROYECCION DE LA ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD. NIVEL INTELECTUAL APROXIMADO. DETERIOROS AGREGADOS. SIMULACION.	EN TODOS LOS CUADROS

TEST	TIPO	AREAS QUE EXPLORA	APLICACION
MIOKINETICO	TEST ACTITUDINAL	TONO PSICOMOTOR. TENDENCIAS DE REACCION Y PERTURBACIONES DE LAS FUNCIONES PSIQUICAS ACTUALES Y PERMANENTES.	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE DEPRESIONES. SIND. CEREBRALES ORGAN. PSICOPATIAS
HTP CASA-ARBOL	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 que dispone el sujeto frente a situaciones de conflicto (laborales, afectivas, etc.) grado de capacidad y modalidad particular de enfrentar una adecuada resolución.			
WESCHLER			
Explora las cualidades de la inteligencia, capacidad de adaptación a situaciones nuevas y grado de deterioro psico-orgánico: leve, moderado o severo.			
RAVEN			
Determina en forma categórica el grado de cociente intelectual del sujeto analizando cuantitativamente los niveles de desarrollo alcanzados de acuerdo a Baremo de estricta estandarización tanto a nivel nacional como regional.			
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.			

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 periodo podemos incluir a las personas pertenecientes a los grupos de alto riesgo y que presentan factores que favorecen los mecanismos de transmisión.

Se hallan presentes dentro de los antecedentes personales:

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:

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.

0-10 %

ESTADIO II:

Factor de riesgo presente.

Serología positiva para HIV.

Linfadenopatía generalizada persistente: se define como el aumento de ganglios palpables de más de 1 cm. de diámetro, generalmente de distribución simétrica, por lo menos en 2 ó más localizaciones extrainguales 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.

10-30 %

ESTADIO III:

Complejo relacionado con el SIDA (C.R.S.) o (A.R.S.).

El diagnóstico se realiza mediante la clínica y laboratorio, EXCLUSION DE INFECCION POR GERMEN OPORTUNISTA Y DE TUMOR. Una persona debe tener para satisfacer la definición: Linfadenopatías mayores de 1 cm. en dos cadenas extrainguales más 2 ó más signos o síntomas, más 2 ó más valores analíticos anormales.

SIGNOS- SINTOMAS CLINICOS: Presentes por 3 ó más meses. Pérdida de peso: más de 7 kg. ó 10 % del peso.

Fiebre: más de 38°C intermitente o continua.

Diarrea.

Fatiga muscular.

Sudores nocturnos.

ESTUDIOS DE LABORATORIO:

Número disminuido de células OKT 4 menor 500 por mm. 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 inmuno complejos elevados. 40-60 %

ACLARACION: No todos los pacientes afectos de SIDA han pasado previamente a través de un estado prodrómico ostensible como CFS 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.
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 microscopia (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 microscopia.
- 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 microscopia (Histología o Citología), cultivo o detección de antígenos en 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 diagnosticado por histología.
- 8.- Linfoma de cerebro primario en un enfermo de menos de 60 años diagnosticado por histología.
- 9.- Enfermedad por el Complejo de Micobacterium avium o Kansal diseminada en una localización que no sea pulmón, piel o ganglios linfáticos cervicales o hiliares, diagnosticada por cultivo.
- 10.- Neumonía por Pneumocystis Carini progresiva, diagnosticada por cultivo.
- 11.- Toxoplasmosis cerebral en un enfermo de más de un mes de edad, diagnosticada por microscopia.
- 12.- Neumonía intersticial linfóide pulmonar (Complejo LIP/PL-H), diagnosticada por microscopia. 70-80 %

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.

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.

En la actualidad el diagnóstico de neoplasia, per se, no significa invalidez.

ELEMENTOS DE DIAGNOSTICO

Anamnesis

Examen físico:

general

especializado

Laboratorio:

general

especializado

Diagnóstico por imágenes: Rx, Eco, TC, RMN, Centellogramas, Angiografías

Biopsias: endoscópicas

quirúrgicas

SISTEMA DE CLASIFICACION TNM

T:	Tumor primitivo
Tx:	No evaluable
T0:	Sin evidencia clínica de tumor primitivo
T1:	Tumor in situ o pequeño
T2-T4:	Tumor progresivamente mayor o invasión local
N:	Ganglios linfáticos
Nx:	No evaluable
N0:	Sin evidencia clínica de afección ganglionar
N1:	Ganglios regionales
N2-N4:	Diseminación ganglionar progresiva
M:	Metástasis a distancia
Mx:	No evaluables
M0:	Sin evidencia clínica de metástasis
M1:	Existencia de metástasis demostradas

Para la evaluación de la incapacidad por neoplasias, se remiten a los respectivos capítulos.

CLASIFICACION POR ESTADIOS

Carcinoma oculto	Tx	N0	M0
Estadio I	T1	N0	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Estadio II	T2	N1	M0
Estadio III	T3	N2	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

- Grado 0: Con actividad normal y capacidad para realizar todas las actividades que realizaba previamente.
- Grado I: Con restricción al ejercicio físico intenso, pero con capacidad para el trabajo ligero y la deambulación.
- Grado II: Con capacidad para valerse por sí mismo y para la deambulación pero con incapacidad para cualquier clase de trabajo. Permanece en cama o sentado menos del 50 % del tiempo diurno.
- Grado III: Con capacidad limitada para valerse por sí mismo; pasa en cama o sentado más del 50 % del tiempo diurno.
- Grado IV: Completamente incapacitado.

PUBLICACIONES DE DECRETOS Y RESOLUCIONES

De acuerdo con el Decreto Nº 15.209 del 21 de noviembre de 1959, en el Boletín Oficial de la República Argentina se publicarán en forma sintetizada los actos administrativos referentes a presupuestos, licitaciones y contrataciones, órdenes de pago, movimiento de personal subalterno (civil, militar y religioso), jubilaciones, retiros y pensiones, constitución y disolución de sociedades y asociaciones y aprobación de estatutos, acciones judiciales, legítimo abono, tierras fiscales, subsidios, donaciones, multas, becas, policía sanitaria animal y vegetal y remates.

Las Resoluciones de los Ministerios y Secretarías de Estado y de las Reparticiones sólo serán publicadas en el caso de que tuvieran interés general.

NOTA: Los actos administrativos sintetizados y los anexos no publicados pueden ser consultados en la Sede Central de esta Dirección Nacional (Suipacha 767 - Capital Federal)