

NORMATIVA PARA LA EVALUACIÓN MÉDICA DE INVALIDEZ PARA LAS PENSIONES NO CONTRIBUTIVAS

I) INTRODUCCIÓN Y GENERALIDADES

Esta normativa unifica criterios médicos evaluativos enmarcados en la legislación que nos rige: artículo 9º de la Ley Nº 13.478 y Anexo I del Decreto 843/2024. Está nutrida de los baremos previamente confeccionados por expertos en medicina legal-laboral y en cada una de las especialidades y conocimiento de campo tanto en la valoración pericial del daño como en la evaluación de las condiciones de salud de los solicitantes de pensiones no contributivas, a lo largo de todo el país.

El objetivo es determinar la pertinencia del otorgamiento del beneficio por constatar incapacidad total y permanente.

Para poder realizar esta evaluación se requiere:

1) **CERTIFICADO MÉDICO OFICIAL:** Debe contener la secuela invalidante que fundamenta la solicitud de trámite.

2) **RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA:** No debe omitirse el informe actualizado y lo más detallado posible del especialista o médico tratante con información clínica que incluya diagnóstico de la patología causal de incapacidad, descripción de secuelas incapacitantes permanentes objetivables al examen físico o mediante estudios, tiempo de evolución de los padecimientos y de los tratamientos médico-quirúrgicos y/o especializados realizados, evolución a partir de los mismos, es importante aclarar si las terapias implementados y los tiempos de rehabilitación fueron agotados, tratamiento actual y respuesta (en caso de tratamiento crónico).

3) **ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS / INTERCONSULTAS:** Aportar los estudios e interconsultas necesarias relativos al diagnóstico y secuelas de la patología incapacitante, que puedan respaldar la información brindada. Estarán condicionados a la disponibilidad de medios para su realización, pero deberán ser suficientes para confirmar el diagnóstico que motiva la solicitud.

Cabe destacar que todos los informes y estudios, para poder ser aceptados como prueba, deben contener los datos del lugar de realización (nombre de la institución, sello del Hospital, o bien la dirección y teléfono del consultorio) así como los datos del paciente, firma y sello claro del profesional actuante y la fecha; sin remiendos, agregados o tachaduras y ser claramente legibles y de calidad suficiente para su interpretación.

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

carácter permanente. Con respecto al Resumen de Historia Clínica del médico tratante, los síntomas referidos en la anamnesis sin signos evidentes al examen o a través de documentación médica fehaciente, no serán considerados en la evaluación final.

Existen diversos **baremos** para evaluar el grado de incapacidad laboral y secuelas, que se ajustan al marco legal correspondiente, según el objetivo de su utilización.

Ejemplos: Baremo de la LRT (DTO 659/96), Baremo Nacional para el Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (DTO 478/98), AACS 2006, etc.

Los diferentes baremos vigentes, además de la valoración del grado de deterioro psicofísico de los solicitantes del beneficio en cuestión, suelen utilizar coeficientes de ponderación o factores complementarios que se combinan en forma **relativa** al porcentaje de incapacidad psicofísica dando lugar al concepto de invalidez, el cual excede los límites de incapacidad física y/o psíquica.

Por lo tanto, el grado de invalidez es el resultante de la valoración de la incapacidad laboral conjuntamente con los esos factores complementarios.

Esta normativa toma como base general el Baremo Dto. 478/98 reglamentario de la Ley 24241 (Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones), ya que de los baremos vigentes es el más adecuado para valorar la incapacidad laborativa. Pero, por tratarse en este caso de Pensiones no Contributivas por Invalidez para una población presuntamente vulnerable desde el punto de vista socioeconómico, se tendrán en cuenta factores que son más adecuados a este contexto, para intentar achicar la brecha entre las diferentes situaciones socioeconómicas y medioambientales de nuestra población.

En los apartados siguientes, se describe cómo evaluar cualitativamente el grado de deterioro psicofísico según los distintos aparatos o sistemas, tomando como base general el baremo Dto. 478/98, al cual se puede recurrir ante cualquier duda ya sea por tratarse de casos menos frecuentes o porque se necesita un análisis más minucioso de las secuelas y su grado de incapacidad.

Se enuncia en cada apartado: por un lado, ejemplos de las afecciones que por la incapacidad que causan, implican un dictamen favorable a los fines del otorgamiento de la pensión; y, por otro lado, se las agrupa de acuerdo al grado incapacidad llegando así a una clasificación según impliquen:

- DICTAMEN SIEMPRE FAVORABLE: incapacidad suficiente para generar un dictamen médico favorable a los fines del otorgamiento de la pensión, independientemente de los factores socioeconómicos.
- EVALUABLE: necesidad de mayor evaluación (para lo cual se puede recurrir al baremo, a la consideración de los factores socioeconómicos, interconsultar con otros médicos u otras disciplinas o bien tener en cuenta otras patologías

invalidantes fehacientemente documentadas) ya que podría llegar a generar un dictamen favorable o desfavorable debido al grado de invalidez alcanzada.

- INCAPACIDAD BAJA: si bien producen algún grado de incapacidad, no llegaría al grado de invalidez requerida para otorgar la pensión ni aun teniendo en cuenta los otros factores.
- SIN INCAPACIDAD: tiene alguna patología, pero ausencia de incapacidad.

En resumen, la presente normativa permite contar con una clasificación para cada aparato o sistema, de los distintos grupos de afecciones psicofísicas según sean causales de incapacidad laboral suficiente para el otorgamiento del beneficio, evaluable, baja o nula. Pero cuando se requiera más precisiones se puede recurrir a la fuente (Dto. 478/98), realizar interconsultas o Juntas interdisciplinarias.

También se hace hincapié en qué información básica se necesita para la evaluación de acuerdo a los diagnósticos. Cuando la información complementaria al CMO es incompleta y hay que solicitar más, es conveniente ser lo más específico posible en el pedido, ya que muchas veces la respuesta al pedido de Auditoría Médica sigue siendo insuficiente. Es decir, se debe ir en busca de la información médica puntual necesaria que arroje evidencias de incapacidad suficiente para emitir un dictamen favorable.

Al final de cada apartado, se muestran los informes o estudios médicos que se sugiere tener.

II) PIEL:

Se consideran las que tienen curso crónico y/o recidivante, irreversibles e imposibles de erradicar.

Para evaluar el deterioro se correlaciona la relación entre: zonas afectadas, profundidad y/o extensión, más el grado de dificultad laboral que ocasionan.

Cuando produce limitaciones de movilidad se evaluará el compromiso funcional osteoarticular.

Si afecta otros órganos o forma parte de una enfermedad sistémica se aplican los criterios de evaluación de incapacidad para los aparatos comprometidos.

DICTAMEN SIEMPRE FAVORABLE:

SIGNOS CLÍNICOS: lesiones severas e irreversibles sin respuesta al tratamiento o que obligan a tratamiento recurrente con aislamiento. Impedimento permanente de una posible actividad laboral.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS: biopsia y/o inmunología y/o baciloscopía positivas.

EVALUABLE:

SC: manifestaciones dermatológicas con remisión incompleta con tratamiento local y sistémico permanente. Producen desde limitación transitoria esporádica hasta frecuente de una posible actividad laboral.

EC: en relación a la repercusión sistémica valoración según el especialista correspondiente.

INCAPACIDAD BAJA:

SC: manifestaciones dermatológicas intermitentes que ceden con tratamiento local y sistémico. Producen limitación en una sola ocasión o transitoria esporádica de una posible actividad laboral.

EC: en relación a la repercusión sistémica, valorar según especialidad.

SIN INCAPACIDAD:

SC: manifestaciones dermatológicas mínimas ocasionales que ceden con tratamiento local.

EJEMPLOS SIEMPRE FAVORABLES:

- *Psoriasis: generalizada, más del 60% de la superficie corporal / eritrodérmica / pustulosa. Si se acompaña por artropatía, evaluación correspondiente.*
- *Epitelioma espinocelular o basocelular cuando hay recidiva reiterada*
- *Melanoma recidivado o con extensión ganglionar y/u otros órganos*
- *Esclerodermia con compromiso sistémico según el mismo (esófago, ostoarticular, etc)*
- *Micosis fungoide con eritrodermia generalizada, tumoración, úlceras cutáneas compromiso sistémico.*
- *Reticulosis angiogéna de Kaposi extenso, con manifestación sistémica o por HIV.*
- *Lepra lepromatosa*
- *Xantoma múltiple asociado a coronariopatía, vasculopatía periférica, compromiso osteotendinoso.*
- *Metástasis de un tumor primitivo extracutáneo*
- *Acropatía úlcero-mutilante pseudo siringomiélica*

DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA AL CMO:

Todos los informes y estudios deben contener los datos del lugar de realización (nombre de la institución o bien la dirección y teléfono del consultorio) así como los datos del paciente, firma y sello claro del profesional actuante y la fecha; sin remiendos, agragados o tachaduras y ser claramente legibles.

INFORME: diagnóstico, tiempo de evolución (curso crónico o recidivante), si es irreversible, estado actual (zonas afectadas, profundidad, extensión), si produce dificultad para tareas, si produce limitaciones de movilidad y si afecta otros órganos. Tratamiento y respuesta.

ESTUDIOS: según el diagnóstico (biopsia, inmunología, estudios de órganos afectados, interconsultas con especialistas correspondientes, etc.).

III) OSTEOARTICULAR:

Se determinará el compromiso funcional originado a partir de afecciones reumáticas, patología traumática, y otras osteoarticulares, considerando: tipo de afección, tratamiento médico-quirúrgico realizado (y fecha), terapias de rehabilitación aplicadas, tiempo de evolución y secuelas permanentes.

I- Afecciones Reumáticas: Se pueden agrupar en:

- inflamatorias (artritis autoinmunes como la AR, sépticas, postraumáticas, LES, periarteritis nodosa, Sme de Sjögren, etc)

La incapacidad se valorará según el compromiso articular y el sistémico.

Si es solo articular se valorará la limitación funcional y la fuerza muscular.

Si hay compromiso sistémico se evaluará según el aparato o sistema involucrado.

- degenerativas (artrosis)

Se evaluará a partir de la repercusión funcional de articulaciones comprometidas.

- metabólicas (osteoporosis, cristálicas como gota)

Según evolución, compromiso articular y/u orgánico, tratamiento y respuesta.

- extraarticulares (bursitis, periarteritis, etc)

Deberá asegurarse que el tratamiento fue adecuado y suficiente, medicamentoso o quirúrgico, de rehabilitación. Las posibilidades terapéuticas deben haber sido agotadas.

Se evalúa el posible compromiso funcional de otras estructuras que hayan sido afectadas (neurológico local, etc).

II-Afecciones Ortopédicas y Traumáticas: Se considerarán:

- alteraciones en el crecimiento (ej escoliosis: evaluar limitación funcional de columna, compromiso neurológico periférico y eventuales alteraciones respiratorias),

- lesiones traumáticas (ej amputaciones)

- tumores que producen incapacidad por compromiso funcional por la lesión per se o por los tratamientos aplicados.

El dolor es un síntoma difícil de cuantificar y objetivar, pero puede haber signos indirectos como hipotrofias, posiciones antiálgicas que pueden dar coherencia y objetividad al mismo.

Se evaluarán cuando se tenga por cierto que el tratamiento haya alcanzado el máximo beneficio posible y la secuela se haya consolidado.

- 1) COLUMNA VERTEBRAL:

Se valora el segmento cervical y dorsolumbar por separado. Además de la limitación funcional se evaluará el compromiso neurológico (según se indica en el apartado del SNP)

- 2) MIEMBROS:

Se evalúa la limitación funcional de la movilidad articular + los trastornos tróficos, el compromiso de la fuerza y/o sensibilidad según el examen clínico y en lo posible por el EMG.

De existir compromiso muscular puro (miopatías) se evaluará el deterioro de la fuerza muscular.

Amputaciones: es importante el nivel de la misma.

DICTAMEN SIEMPRE FAVORABLE:

Cuando se presenta una o más de las siguientes condiciones:

- **Hernia discal operada, fx de cuerpo vertebral o espondilolistesis** con secuelas clínicas (fuerza, trofismo, reflejos) o EMG severas, o Hernia de disco inoperable (con justificación documentada): cuando se acompaña de anquilosis de columna cervical o lumbar en algún ángulo antifisiológico.
- **Amputaciones** i) MS: de los 5 dedos de una mano, o a un nivel más alto ii) MI: amputación bajo rodilla con muñón no funcional.
- **Artroplastia** total o parcial de cadera y/o de rodilla con limitación funcional moderada a severa.
- **Osteomielitis crónica** cuando hay un proceso activo complicado (persistencia de fístulas, flogosis, edemas) con limitación funcional del segmento afectado, elementos radiográficos patológicos con tendencia a extensión o metástasis sépticas, y alteraciones de laboratorio (GR ↓ GB ↑↑ ERS ↑ alteración renal o hepática) a pesar del tratamiento, o compromiso del estado general.
- **Tumores óseos** malignos primitivos no extirpables o con metástasis, metástasis óseas de neoplasias primitivas de otros órganos.
- **Anquilosis** en grados antifisiológicos extremos (ej codo en 150° de flexión, rodilla a más de 40° de flexión).
- **Pérdida de fuerza muscular por miopatía** que impide el movimiento articular contra resistencia mínima, o hay apenas trazas de movilidad o inmovilidad.
- **Afecciones inflamatorias** con compromiso sistémico y articular severo y generalizado

EVALUABLE:

- **Hernia discal operada, fx de cuerpo vertebral o espondilolistesis** con secuelas clínicas (fuerza, trofismo, reflejos) o EMG severas, evaluable según el grado de limitación funcional del segmento columnario afectado. Hernia de disco inoperable.
- **Amputaciones** i) MS: de menos de 4 dedos menos el pulgar, o completa del pulgar ii) MI: desarticulación del tobillo, amputación tarsiana o mediotarsiana - **Funciones de la mano:** Afectación de pinza- aro- puño- garra.
- **Limitación funcional** en diversos movimientos o articulaciones.
- **Fracturas** con consolidaciones viciosas o en deseje causantes de LF, deformidad, etc.
- Inestabilidad articular por pérdida de partes blandas u óseas que producen disfunción articular (según articulación afectada y grado de limitación funcional).
- **Artroplastia** total o parcial de cadera o de rodilla con limitación funcional leve a moderada.
- **Osteomielitis crónica** con limitación funcional del segmento afectado y compromiso local activo no complicado.
- **Tumores óseos:** benignos a evaluar según secuelas anatómicas o funcionales, o malignos extirpables según secuelas funcionales.
- **Anquilosis:** cuando hay artrodesis de un segmento completo de la columna especialmente si está anquilosada en algún grado de inclinación, rotación, flexión o extensión.
Anquilosis en cualquier movimiento y articulación de los miembros.
- **Pérdida de fuerza muscular** por miopatía que impide el movimiento articular contra resistencia leve.

- **Afecciones inflamatorias** con diverso grado de afectación funcional articular, de fuerza muscular o sistémico, no generalizado ni severo (según grado y órgano afectado)

INCAPACIDAD BAJA:

- **Hernia discal operada, fx de cuerpo vertebral o espondilolistesis** con secuelas clínicas (fuerza, trofismo, reflejos) o EMG leves a moderadas. Hernia de disco operada sin secuelas clínicas o EMG, con o sin limitación funcional de columna.
- **Cervicobraquialgia o lumbalgia** con alteraciones clínicas (fuerza, tono, trofismo y reflejos), radiológicas o de EMG leves a moderadas.
- Abombamientos, deshidratación u otras discopatías degenerativas que no llegan a hernias.
- **Amputaciones** i) MS: total o parcial de un dedo menos el pulgar ii) MI: total o parcial de dedos del pie
- **Limitación funcional** leve en una sola articulación.
- **Artroplastia** total o parcial de cadera o de rodilla sin limitación funcional.
- **Osteomielitis crónica** sin limitación funcional ni complicaciones.
- **Pérdida de fuerza muscular** por miopatía que impide el movimiento articular contra resistencia moderada.
- **Afecciones inflamatorias** con mínimo grado de afectación articular, que revierte totalmente con el tratamiento

SIN INCAPACIDAD:

- **Fuerza muscular** por miopatía que impide el movimiento articular contra resistencia fuerte.
- **Cervicobraquialgia o lumbalgia** sin alteraciones clínicas (fuerza, tono, trofismo y reflejos), radiológicas ni de EMG.
- **Amputación** del pulpejo del meñique.
- **Fracturas** consolidadas en eje y otras lesiones sin secuelas en la movilidad ni sensibilidad, ni deformidad, fracturas de costilla, clavícula o esternón sin secuelas funcionales ni respiratorias.
- **Osteomielitis agudas**
- **Afecciones inflamatorias** sin afectación funcional articular ni compromiso orgánico

DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA AL CMO

Todos los informes y estudios deben contener los datos del lugar de realización (nombre de la institución o bien la dirección y teléfono del consultorio) así como los datos del paciente, firma y sello claro del profesional actuante y la fecha; sin remiendos, agregados o tachaduras y ser claramente legibles.

- En todas las afecciones:

INFORME: Diagnóstico, **tiempo de evolución**, tratamientos médico-quirúrgico y/o de rehabilitación realizados con fecha de finalización, tratamiento actual. En caso de requerir aún tratamiento quirúrgico, consignarlo. Si es de resolución quirúrgica, pero está contraindicada, aclararlo y documentar la causa.

Grado de compromiso articular objetivable al examen físico (limitación funcional y fuerza muscular).

ESTUDIOS por imágenes respaldatorias (rx, RMN, etc)

- Afecciones reumáticas inflamatorias o metabólicas (AR, LES, gota, Sjögren, etc): Además, agregar laboratorio específico, y en caso de compromiso sistémico o de órganos extraarticulares, describir dicho compromiso y adjuntar interconsultas o estudios realizados para su evaluación.

- Patología de columna con Radiculopatía:

INFORME: traumatológico actualizado indicando diagnóstico, signos objetivables hallados al examen físico que incluyan el grado de funcionalidad de la columna en el segmento afectado y descripción de secuelas clínicas incapacitantes (en cuanto a fuerza, trofismo, reflejos) y grado de afectación (leve, moderada o severa). En caso de presentar signos de afectación radicular, describir maniobras y respuestas observadas. Tipo de marcha. Aclarar si requiere tratamiento quirúrgico.

ESTUDIOS: RMN de columna lumbar. En caso de hallar signos de afectación radicular, además de su descripción, será de utilidad aportar EMG de miembros inferiores si ya lo tiene realizado o es posible su realización.

- Otras particularidades:

Deformaciones óseas o articulares (por artritis crónicas, consolidaciones viciosas, amputaciones, etc) consignarlo e informar localización exacta, y respaldar mediante estudios (radiografía, RMN, o el que tenga realizado según la afección).

En patologías que pueden afectar la deambulación, describir tipo de marcha, aclarar si requiere asistencia para la deambulación y describirla.

Escoliosis: Además del compromiso funcional de la columna, evaluar posible compromiso neurológico periférico y eventuales alteraciones respiratorias (con descripción en el informe médico y documentación respaldatoria).

Osteomielitis crónicas: aclarar si hay proceso activo complicado (persistencia de fístulas, flogosis, edemas), alteraciones de laboratorio (GR ↓ GB ↑↑ ERS ↑ alteración renal o hepática), compromiso articular, estado clínico actual.

Dismetría de MMII: describir en cm. Hipotrofias de miembros: perimetría comparativa de ambos miembros a igual altura.

IV) RESPIRATORIO:

Se consideran las que tienen curso crónico y/o recidivante, en las cuales se hayan agotado los distintos recursos terapéuticos y limitan la realización de la vida cotidiana.

Es importante el aporte de una **historia clínica** con anamnesis y examen físico, fehaciente que dé cuenta de episodios severos e internaciones frecuentes.

Estudios complementarios: **rx, espirometría, gases en sangre**. Otros: TAC, RMN, Eco, Centellografía, endoscopias, biopsias, ECG.

Recordatorio:

- Gases en sangre con valores normales: pO₂ 97 mmHg, pCO₂ 40 mmHg, pH 7,4)
- Espirometría: VEF (vol. espiratorio forzado en 1 seg) 70-85 %, CVF (80-120% del teórico normal)

Estadío IV - DICTAMEN SIEMPRE FAVORABLE:

SIGNOS CLÍNICOS: tórax en tonel. Disnea a mínimos esfuerzos o reposo, tiraje inspiratorio, tos, expectoración, compromiso del estado general y/o signos de insuficiencia cardíaca congestiva con crecimiento AD, hipertrofia VD o sobrecarga VD.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:

Rx: acentuación de trama broncovascular, horizontalización costal, bullas, lesión de uno o ambos pulmones que exceden la superficie de pulmón derecho; o confluencia de nódulos en opacidades masivas, enfisema severo, engrosamientos pleurales, distorsión traqueal, etc. Espirometría: con informe de insuficiencia respiratoria severa, VEF y/o CV menores al 50%

Oxigenometría: saturación menor del 85 % reiteradas.

Estadío III – EVALUABLE:

SC: disnea a medianos esfuerzos, tos, expectoración.

EC: Rx: lesiones de uno o ambos pulmones sin exceder el volumen equivalente a la playa pulmonar derecha.

Espirometría: VEF y/o CV del 65 al 50%.

Oxigenometría: saturación mayor al 85%.

Estadío II - INCAPACIDAD BAJA:

SC: disnea a grandes esfuerzos.

EC: Rx: lesiones de uno o ambos pulmones sin exceder el equivalente al tercio de la playa pulmonar derecha.

Espirometría: VEF y/o CV del 80 al 65%. (oximetría innecesaria)

Estadío I - SIN INCAPACIDAD:

SC: ausencia de disnea, examen respiratorio normal.

Rx sin lesiones en actividad, Espirometría VEF y CV mayores al 80%.

EJEMPLOS MAS FRECUENTES SIEMPRE FAVORABLES:

- *EPOC (Bronquitis crónica o espasmódica, asma bronquial, enfisema pulmonar) severos (E IV)*
- *NEUMOCONIOSIS severas*
- *FIBROSIS PULMONAR severa*
- *BRONQUIECTASIAS con repercusión funcional u orgánica severa*

- *INFECCIOSAS: Se considerarán una vez finalizado el tratamiento, cuando tienen secuelas orgánico-funcionales severas.*

- *Neumopatías a agentes oportunistas en el contexto de HIV.*

-*TUMORES MALIGNOS primitivos de pulmón inextirpables. Recidivados o con metástasis locales, regionales o a distancia.*

Tumor a células pequeñas,

Mesoteliomas malignos de pleura

Secundarios en pulmón, pero de otro origen Mediastinales

intratables.

- *TROMBOEMBOLISMO CRÓNICO RECIDIVANTE*

- *Antecedente de TEP según la enfermedad de base, cuando las secuelas respiratorias son severas.*

DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA AL CMO:

Todos los informes y estudios deben contener los datos del lugar de realización (nombre de la institución o bien la dirección y teléfono del consultorio) así como los datos del paciente, firma y sello claro del profesional actuante y la fecha; sin remiendos, agregados o tachaduras y ser claramente legibles.

INFORME: Diagnóstico y grado de afección, tratamiento. Tiempo de evolución y si es crónica o recidivante. Aclarar si tiene limitada la realización de tareas cotidianas. Signos hallados al examen físico (tórax, disnea, tiraje, tos, expectoración, estado general, si hay signos de ICC). Informar si presenta episodios severos e internaciones frecuentes (documentadas).

ESTUDIOS: Gases en sangre, rx, espirometría (VEF, CVF), otros que tenga realizados con motivo de su afección. Epicrisis en caso de internaciones.

V) CARDIOVASCULAR

Se evaluarán las incapacidades originadas por diferentes afecciones cardíacas, de grandes vasos, HTA y vasculopatías periféricas. Se analizarán las medidas terapéuticas realizadas hasta la fecha del examen y si han sido cumplidas y agotadas.

No pueden pedirse estudios cruentos o potencialmente riesgosos, por lo que serán considerados los aportados por el solicitante (examen clínico, laboratorio general y específico, Rx, Eco, Cámara gamma, TAC, RMN, ECG, PEG, Holter, Presurometría, Hemodinámicos, Angiográficos, Biopsia endocárdica, Fondo de ojo, Función renal, Funcional respiratorio, etc).

Estudios potencialmente riesgosos como PEG, perfusión cardíaca en reposo o esfuerzo serán los ya realizados a través de su especialista tratante. En su defecto, deberá aportarse historia clínica fehaciente que dé constancia de la patología en cuestión.

CORONARIOPATÍAS

DICTAMEN SIEMPRE FAVORABLE:

SIGNOS CLÍNICOS: ángor a pequeños esfuerzos o en reposo (clase IV), disnea de esfuerzo, respuesta irregular al tratamiento farmacológico y/o quirúrgico.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS: Perfusión miocárdica o PEG (aportadas), ECG, Holter y Ecocardiograma:

Secuela de necrosis de cara inferior, lateral o posterior con isquemia residual en otra área, o con Ecocardiograma o PG que evidencian moderado a severo compromiso.

Secuela de necrosis de cara anterior extensa con o sin isquemia residual.

Cardiopatía coronaria con compromiso de 2 o más vasos coronarios (en estudios aportados) sin cirugía de revascularización miocárdica, con moderada a severa repercusión orgánica según estudios (Ecocardiograma con fracción de eyección menor al 40%, etc)

Cardiopatía coronaria con Angioplastia Transluminal (ATL), stent, aterectomia, con cirugía de revascularización miocárdica o bypass, pero en cualquier caso con resultado no exitoso, con evidencia de compromiso miocárdico orgánico y/o funcional moderado a severo.

- Cuando se evalúan resultados de ATL debe ser luego de los 6 meses de efectuada, con las pruebas ergométricas que le han realizado posteriormente (aportadas), y estudios que informen si en la actualidad hay isquemia y como es la función ventricular.
- Considerar si se logró la resolución de la totalidad de las obstrucciones
- Cuando se trate de cirugía de revascularización miocárdica, tener en cuenta antecedentes de arritmias severas, reiteradas, aneurismas y otras concomitancias.

EVALUABLE:

SC: ángor a esfuerzos moderados y pequeños con respuesta irregular al tratamiento farmacológico.

EC: los aportados y ECG, Holter, ecocardiograma:

Secuela de necrosis de cara inferior, lateral, septal o posterior sin isquemia residual o con leve isquemia en el ECG u otros, y Ecocardiograma con leve compromiso.

Cardiopatía coronaria con compromiso de vasos coronarios (en estudios aportados) por lesiones moderadas de distintas arterias, sin cirugía de revascularización miocárdica, con estudios negativos para isquemia y con buena función ventricular.

Cardiopatía coronaria con cirugía de revascularización miocárdica, cualquiera sea la cantidad de vasos obstruidos previos y puentes efectuados permeables, dependiendo de la clínica y los estudios complementarios actualizados.

Cardiopatía coronaria con ATL (stents u otros) de CI, DA, CX, CD y/o Diagonal, con controles ECG y los aportados negativos.

INCAPACIDAD BAJA:

SC: ángor típico a grandes esfuerzos con tratamiento farmacológico adecuado.

EC: aportados y/o Holter, Ecocardiograma negativos o levemente positivos para hipoquinesia o aquinesia o riesgo isquémico sin alteraciones de la función miocárdica global. El ECG puede o no presentar alteraciones (T aplanada o ST rectificado, BIRD, BCRD, BCRI, HBAI, BAV de 1° grado).

SIN INCAPACIDAD:

SC: precordialgia sin traducción clínica.

EC: ECG y otros negativos.

MIOCARDIOPATÍAS

Se consideran las de curso crónico en tratamiento.

Cobran importancia, junto con la historia clínica y su información sobre el examen clínico, la ecografía bidimensional y/o modo M y/o ecodoppler cardíaco además de los estudios aportados (radiocardiográfico y hemodinámicos), para evaluar la repercusión hemodinámica.

De no existir dichos exámenes, el diagnóstico de cardiopatía se hará por la hipertrofia ventricular izquierda o derecha, con severa sobrecarga VI y trastornos severos de conducción (BCRI, BAV de II y III GRADO, arritmias de comportamiento maligno).

DICTAMEN SIEMPRE FAVORABLE:

Ecocardiografía:

-Miocardiopatía hipertrófica obstructiva severa, MCP restrictiva severa, MCP dilatada severa.

Severa dilatación de todas las cavidades, hipoquinesia generalizada, fracción de acortamiento menor del 25%, relación radiológica cardiorácica significativamente alterada, fracción de eyección menor del 40%.

-MCP infiltrativa (amiloidosis, linfomas, hemocromatosis, etc).

-MCP no dilatada cuando tiene repercusión hemodinámica con trastornos en la conducción y en el ritmo cardíaco.

EVALUABLE: MCP moderadas por ecocardiograma.

INCAPACIDAD BAJA: MCP todas leves según ecocardiograma, MCP hipertrófica no obstructiva.

ENFERMEDAD DE CHAGAS

Se tendrá como positivo cuando es reactivo a por lo menos 2 de las reacciones específicas: IFI cuantitativa, Inmunoensayo enzimático, HAI cuantitativa.

Además, se evaluará ECG, Rx de tórax, Ecocardiograma y los aportados (cámara gamma, estudio hemodinámico, PEG).

DICTAMEN SIEMPRE FAVORABLE:

-Severa repercusión hemodinámica

-Arritmia severa: ECG con ES ventriculares polifocales frecuentes

-Moderada a severa repercusión hemodinámica: ECG con ES ventriculares monofocales aisladas o frecuentes y estudios cardiológicos patológicos moderadas a severas

-Miocardiopatía chagásica:

- ECG: bradicardia sinusal + BCRD o enfermedad del nodo sinusal
- ECG: HBAI + BCRD + BAV 1° grado
- ECG: BCRI o BCRD con Ecocardiograma compatible con MCP dilatada

EVALUABLE:

-Con arritmias sin repercusión hemodinámica: ECG con ES ventriculares polifocales aisladas y estudios cardiológicos en límites normales.

-Con leve repercusión hemodinámica: -ECG con ES supraventriculares aisladas o frecuentes, o bien ES ventriculares monofocales aisladas o frecuentes. Más estudios cardiológicos levemente patológicos.

INCAPACIDAD BAJA:

-Sin repercusión hemodinámica: pruebas cardiológicas normales, pero con ECG con cualquiera de los siguientes signos:

- ES ventriculares monofocales aisladas o frecuentes, ES supraventriculares bifocales aisladas o frecuentes, ES supraventriculares monofocales aisladas o frecuentes
- BIRD + BAV 1° grado, BIRD + HBAI, BCRD + HBAI, BCRD + BAV 1° grado, BIRI SIN

INCAPACIDAD:

-Infestación Chagásica: además de la serología + tiene ECG normal o BCRD

VALVULOPATÍAS, ARRITMIAS, TRASTORNOS DE LA CONDUCCIÓN, MARCAPASOS Y CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO

Las valvulopatías se evalúan según el grado de compromiso valvular y su repercusión funcional.

Los portadores de prótesis valvular se evalúan según el tipo de prótesis, si reciben o no anticoagulación y el grado de repercusión hemodinámica. Aquellos que hayan sido sometidos

a cirugía valvular reparadora tipo comisurotomía, se evaluarán según su estado funcional y hemodinámico actual.

Las arritmias se evalúan mediante Holter, y su severidad depende de la etiología y el grado de compromiso cardíaco muscular (A o V) o valvular. Las que son recurrentes no controlables terapéuticamente o con cuadros sincopales no comprobables mediante signos de repercusión orgánica o funcional, deben respaldarse fehacientemente mediante Historia Clínica y estudios que certifiquen dichos episodios.

Las FA o AA cuya etiopatogenia (MCP, hipertiroidismo, Cardiopatía hipertensiva, sme de WPW, enf coronaria, etc) haya sido tratada exitosamente, corroborados por historia clínica fehaciente, se valoran a partir del compromiso o la secuela actual de la enfermedad de base.

En los portadores de marcapasos se evalúa la patología de base, es decir, si se debió a solo trastornos del ritmo (considerándose que el mismo lo resolvió) o si existía una MCP previa.

Las cardiopatías congénitas se evalúan luego de su tratamiento y según la repercusión funcional.

EJEMPLOS MAS FRECUENTES SIEMPRE FAVORABLES:

- *Valvulopatía con severa repercusión hemodinámica u orgánica: soplo + ECG con trastornos de la repolarización o arritmias severas, RX anormal, ECO patológico.*
- *Reemplazo valvular o comisurotomía mitral con repercusión hemodinámico, Eco patológica*
- *FA u otras arritmias cardíacas severas con moderada a severa repercusión hemodinámica*
- *WPW con tratamiento por ablación no exitoso*
- *Marcapasos con desfibrilador, Marcapasos con MCP previa*
- *Pericarditis crónica constrictiva*
- *Cardiopatías congénitas con o sin cirugía, pero con severa repercusión hemodinámica.*
- *Tetralogía de Fallot*

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Se evalúa la repercusión orgánica y/o hemodinámica demostrable clínicamente y mediante exámenes complementarios que debe presentar (Rx, Eco, ECG, Fondo de ojo, función renal, presurometría y otros si los tiene realizados de antes como la cámara gamma, el PEG.

DICTAMEN SIEMPRE FAVORABLE:

SC: HTA severa o controlada con tratamiento intensivo. Signos de insuficiencia cardíaca o posibles lesiones cerebrovasculares y renales o antecedentes de reiteradas internaciones por descompensaciones cardíacas, o ACV con secuelas leves a moderadas.

EC: ECG con hipertrofia VI franca. Ecocardiograma con hipertrofia o dilatación significativa de cavidades. Rx cardiomegalia. Fondo de ojo: retinopatía hipertensiva severa grado III - IV.

EVALUABLE:

SC: HTA controlada con tratamiento moderado, sola o con secuela de ACV leve.

EC: ECG o Ecocardiograma con HVI moderada. Rx aumento del VI moderado. Fondo de ojo: retinopatía hipertensiva grado II.

INCAPACIDAD BAJA:

SC: HTA controlada con tratamiento y dieta, sola o con historia de ACV sin secuelas actuales.

EC: ECG o Ecocardiograma con HVI leve a moderada. Rx aumento leve a moderado de la silueta cardíaca a expensas del VI. Fondo de ojo: retinopatía grado I.

SIN INCAPACIDAD:

SC: HTA. Clínica negativa

EC: ECG, Rx, Ecocardiograma, Fondo de ojo: normales.

HIPERTENSIÓN PULMONAR: Se evaluará según la causa (Insuf VI, colagenopatías, TEP, obesidad extrema, etc)

AORTOPATÍAS Y VASCULOPATÍAS PERIFÉRICAS

Las vasculopatías periféricas se evalúan en los MMII.

Se estudian informando si hay claudicación (medida en metros), tratamientos realizados, examen físico, laboratorio, Eco doppler vascular. Arterio/flebografía (si la aporta).

DICTAMEN SIEMPRE FAVORABLE:

-Aneurisma de aorta torácica, disecante (operado o no).

-Aneurisma de aorta torácica (ascendente, cayado descendente) con o sin repercusión hemodinámica

-Aneurisma de aorta abdominal con repercusión hemodinámica.

-Arteriopatía periférica (con o sin procedimientos de revascularización) con claudicación dentro de los 100 metros de marcha y pulsos periféricos ausentes, o amputación segmentaria en miembro inferior, o úlceras de origen arterial.

-Flebopatía periférica con síndrome postrombótico con Insuf venosa profunda (fibroedema en bota que duplica la circunferencia del miembro, dermatitis ocre o no, úlceras o cicatrices que abarquen el 1/3 interno o inferior) con o sin várices.

-Flebopatía periférica con síndrome postrombótico con Insuficiencia venosa profunda parcial (dermatitis ocre, manguito esclerorretráctil) con ulceraciones y cicatrices en tercio inferior de la pierna, con o sin várices.

EVALUABLE:

-Aneurisma de aorta abdominal operada o reemplazo aórtico sin trastornos hemodinámicos (arteriopatía periférica ni compromiso de función renal).

-Arteriopatía periférica (con o sin procedimientos de revascularización) con claudicación de la marcha entre 100 y 200 metros, pulsos periféricos disminuidos, trastornos tróficos leves a moderados (alteración de temperatura y color de la piel, caída del vello, retardo del relleno capilar, hiperqueratosis).

-Flebopatía: síndrome postrombótico con insuficiencia venosa profunda parcial (dermatitis ocre, manguito esclerorretráctil, sin úlceras o con cicatrices) con o sin várices.

INCAPACIDAD BAJA:

-Arteriopatía con claudicación después de los 200 metros de marcha. Escasa a moderada alteración de pulsos periféricos. Sin trastornos tróficos.

-Várices superficiales safeno interno y externo, con o sin edema blando, pigmentación ocre difusa, sin trastornos tróficos.

SIN INCAPACIDAD:

-Enfermedad vascular asintomática durante la deambulaci3n que aparece durante esfuerzos intensos. Sin alteraci3n de los pulsos.

-Telangiectasias, varículas, pigmentaci3n ocre difusa.

DOCUMENTACI3N COMPLEMENTARIA AL CMO

Todos los informes y estudios deben contener los datos del lugar de realizaci3n (nombre de la instituci3n o bien la direcci3n y tel3fono del consultorio) así como los datos del paciente, firma y sello claro del profesional actuante y la fecha; sin remiendos, agregados o tachaduras y ser claramente legibles.

CARDIOVASCULARES:

- En todas las afecciones:

INFORME cardiol3gico actual con diagn3stico, descripci3n de signos causantes de incapacidad, clase funcional del ángor y/o disnea. Tratamientos realizados y respuesta. Tratamiento actual.

ESTUDIOS: ECG informado por el cardiólogo. **Ecocardiograma y ecodoppler** con sus informes. Otros estudios que el médico tratante considere importantes para respaldar el diagn3stico y secuelas.

- Coronariopatía:

Informar si presenta secuela de necrosis y en dicho caso, describir localizaci3n y extensi3n, y si presenta isquemia residual en otra área.

Especificar si se efectuó tratamiento de angioplastia, stent, aterectomia, by pass, fecha de realizaci3n y si logró la resoluci3n de las obstrucciones. Aclarar si presenta otras concomitancias (arritmias severas, aneurismas, etc). En caso de que el tratamiento no haya sido exitoso, adjuntar estudios respaldatorios de 6 meses o más, posteriores al tratamiento.

- Cardiopatía Chagásica:

Doble serología cuantitativa específica para Chagas. Rx de t3rax. Otros (además de Eco y ECG) que considere el médico, de importancia para aportar.

- Otras:

HTA: informar si hay compromiso orgánico, describirlo y documentar con estudios. En caso de reiteradas internaciones por descompensaciones cardíacas, adjuntar las epicrisis. Ecocardiograma, perfil renal, fondo de ojo.

Valvulopatías: informar tipo de prótesis, si reciben o no trat ACO, grado de repercusión hemodinámica.

Arritmias: informar si tiene etiología demostrable, su grado, tratamiento y respuesta. Grado de afección valvular, Holter.

Cardiopatías congénitas: tratamientos realizados e indicados (médicos y quirúrgicos), y repercusión funcional.

Artropatías periféricas: si hay claudicación a los cuántos metros, tratamientos realizados, examen físico, trastornos tróficos, laboratorio, ecodoppler vascular.

Flebopatías: síndrome postrombótico con insuficiencia venosa profunda, descripción de signos hallados al examen físico (várices, dermatitis ocre, manguito esclerorretráctil, úlceras, cicatrices) con su localización.

VI) DIGESTIVO

Las patologías cuyo diagnóstico y pronóstico requieren estudios complejos o cruentos, se evaluarán por los ya realizados. Las operadas, se valorarán por sus secuelas.

1) Patologías del tubo digestivo:

DICTAMEN SIEMPRE FAVORABLE:

Los siguientes signos que no responden al tratamiento:

SC: Lesión esofágica causal de disfagia permanente para sólidos y líquidos o síntomas de reflujo, esofagitis severa. Lesiones gástricas o intestinales severas con compromiso del estado general, edemas. Proctorragias iterativas, diarreas severas. Síndromes suboclusivos y/o fístulas. Incontinencia fecal completa. Colostomía definitiva. Mal estado general.

Compromiso del estado general y pérdida de peso desde 15%.

EC: lesiones causales de estenosis esofágica, esofagitis severa, neoplasia. Lesiones gástricas o intestinales demostrables por radiología o endoscopia, no extirpables.

Anemia (Hto menor de 30%), hipoalbuminemia (menor de 3g %) sin respuesta al tratamiento. EVALUABLE:

SC: disfagia, síntomas de reflujo esofágico que no responden al tratamiento. Síntomas y alteraciones gástricas o intestinales que requieren tratamiento y dieta continua. Depositiones mucosanguinolentas.

Disminución de peso del 10-15 %.

EC: lesiones esofágicas o de mucosa gastro-intestinal demostrables por endoscopia o radiología.

Anemia (Hto a partir de 30%), hipoalbuminemia (no menor de 3%) sin respuesta terapéutica.

INCAPACIDAD BAJA:

SC: disfagia temporaria. Signos gastrointestinales que requieren dieta o tratamiento discontinua.

Pérdida de peso del 10% modificable con tratamiento y dieta.

EC: reflujo esofágico, signos de esofagitis o lesiones gastrointestinales demostrable radiográficamente y/o por endoscopia.

Hipoalbuminemia no menor al 3%.

SIN INCAPACIDAD:

SC: disfagia esporádica para sólidos y líquidos. Síntomas y signos gastrointestinales esporádicos que ceden con tratamiento discontinuo. Sin alteraciones ponderales.

EC: sin lesiones demostrables.

EJEMPLOS DE PATOLOGÍAS ESOFAGO-GASTROINTESTINALES SIEMPRE FAVORABLES:

- *Esofagitis herpética o candidiásica en el contexto de SIDA*
- *Esofagitis severa post-radiación*
- *Acalasia grado radiológico IV*
- *Várices esofágicas con derivación quirúrgica con secuelas en función hepática o encefalopatía hepática*
- *Cáncer de esófago, estómago intestino inextirpable o con metástasis regionales o a distancia, o linfomas sin respuesta al tratamiento.*
- *Carcinoma de colon Estadío C o con compromiso sistémico (pérdida severa de peso, anemia, síndrome de impregnación neoplásica), amputación abdominoperineal de Miles*
- *Gastrectomía total o parcial con síndromes post gastrectomía.*
- *Ileostomía o colostomía definitiva*
- *Colitis ulcerosa con compromiso sistémico refractario al tratamiento.*
- *Incontinencia total (incontrolable-atonía esfinteriana)*

2) Hígado, vías biliares, páncreas

Se considerará el laboratorio general de hepato y proteinograma, y laboratorio específico, además de ecografía, TAC, centellograma, RMN, y estudios que pueda aportar (endoscopías, biopsias). No se evalúan hepatopatías agudas sino la incapacidad por hepatopatías crónicas, según signos clínicos y humorales.

Signos clínicos mayores: encefalopatía (obnubilación del sensorio), HT portal (sme ascítico edematoso, varices esofágicas). Signos menores: ictericia, hepatoesplenomegalia, estigmas periféricos.

Signos humorales: disfunción hepática (hiperbilirrubina, aumento del tiempo de protrombina, colesterolemia disminuida, hipoalbuminemia, aumento de gammaglobulina, TGO, TGP, gammaGT, FA, LDH)

INDICE DE CHILD: Marcador de compromiso de la función hepática:

	A (normal o leve)	B (moderado a severo)	C (severo)
Albumina (g/dl)	+ de 3,5	3 a 3,5	-de 3
Bilirrubina (mg/dl)	-de 2	2 a 3	+ de 3
Protrombina	+ de 70%	70 a 40%	-de 40%
Ascitis	no	moderada	abundante
Encefalopatía	no	Manejable fácilmente	++ severo
INCAPACIDAD	0-30 %	30-70 %	70 % o +

EJEMPLOS SIEMPRE FAVORABLES:

- *Hepatopatía crónica moderada y severa descompensada: cualquiera de los signos clínicos mayores y/o menores con más de un signo humoral alterado, con trastornos de la coagulación (protrombina de $\geq 40\%$), o varices esofágicas con o sin hemorragia, sme ascítico edematoso o encefalopatía hepática, en tratamiento y control periódico.*
- *Hepatopatía crónica activa, aun compensada diagnosticada por biopsia.*
- *Hidatidosis no operadas con impacto funcional y complicaciones (abscesos, fistulas)*
- *Hidatidosis operadas con secuelas graves (cavidades residuales supuradas, complicaciones torácicas, hidatidosis abdominal diseminada)*
- *Tumor maligno hepático primitivo o secundario, de vías biliares, de vesícula o páncreas*
- *Lesiones irreductibles de la vía biliar reoperadas o no, con signos de obstrucción canalicular*
- *Pancreatitis crónica o recurrente con déficit nutricional severo, deterioro del estado nutricional sin respuesta al tratamiento.*

3) Pared abdominal, obesidad, desnutrición

La obesidad no determina incapacidad per sé, se evaluará como factor de riesgo, signo facilitador de otras patologías y el compromiso que les produce: clínico quirúrgicas (DBT, gota, hernias, etc), mioosteoarticulares y neurológicas, cardiocirculatorias centrales y periféricas, respiratorias, psiquiátricas.

El grado III es el exceso de más del 50% del peso teórico (grado I: 15-20%, grado II: 30-50%)

La desnutrición se evalúa en el contexto de la causa. Ej: sme de malabsorción, pancreatitis crónica, anorexia, bulimia. Se tienen en cuenta los análisis de laboratorio que valoren el estado nutricional.

EJEMPLOS SIEMPRE FAVORABLES:

Hernia inguino-escrotal con deformación regional (amplia solución de continuidad musculo- aponeurótica) con contraindicación quirúrgica

Eventración gigante con contraindicación quirúrgica

DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA AL CMO:

Todos los informes y estudios deben contener los datos del lugar de realización (nombre de la institución o bien la dirección y teléfono del consultorio) así como los datos del paciente, firma y sello claro del profesional actuante y la fecha; sin remiendos, agregados o tachaduras y ser claramente legibles.

Hernias / Eventraciones: informe aclarando si tiene deformación regional y si es operable. En caso de tener contraindicación quirúrgica consignarlo y respaldar con estudios. Ecografía de pared abdominal en zona herniaria.

Hepatopatías: informe clínico detallado y completo, hepatograma, ecografía hepática.

Afecciones del TD: informar lesión causal, cuadro clínico general (edemas, % de pérdida de peso, proctorragias iterativas, diarreas frecuentes, fístulas, colostomía definitiva, etc). Laboratorio (Hto, albuminemia). Otros estudios según etiología (biopsia, imágenes, etc).

Obesidad: en caso de obesidad mórbida y trastornos metabólicos, funcionales, osteoarticulares o de otros órganos derivados de la misma, describir hallazgos objetivables al examen físico y adjuntar estudios respaldatorios e interconsultas realizadas.

VII) RIÑÓN Y VIAS URINARIAS – APARATO GENITAL FEMENINO Y MASCULINO

Las afecciones del aparato urinario serán evaluadas acorde a sus secuelas y compromiso funcional.

Insuficiencia Renal Crónica: SC: edema, HTA, anemia, osteodistrofia

EC: Laboratorio: albuminuria, hipoproteinemia, ↑ de creatinemia y ↓ de filtración glomerular o clearance de creatinina. La uremia y la densidad baja de orina aisladamente no tiene valor decisivo, se deben acompañar de otros parámetros de función renal.

Son relevantes la anemia crónica, las osteodistrofias y las neuropatías sensoriales.

<i>Grado de IRC</i>	<i>Severo</i>	<i>Moderado</i>	<i>Leve</i>
Cl de creatinina	≤ 25 ml	25-49 ml	≥ 50 ml
Creatinemia	≥ 4 mg %	3,9 – 2,5 mg %	≤ 2,5 mg %
Hematocrito	≤ 25 %	25 – 30 %	≥30 %

En cuanto a la HTA nefrogénica, se tendrá en cuenta la repercusión cardíaca u orgánica general

DICTAMEN SIEMPRE FAVORABLE:

-Afecciones con IRC severa. Hemodiálisis crónica

-Trasplantados renales con secuelas anatómicas o por tratamiento inmunosupresor

-Neoplasias de riñón o vías urinarias con metástasis, recidivas. Cistectomía total, o parcial con metástasis. Neoplasias genitales con metástasis o recidivas

-Vejiga neurogénica no compensada con sonda permanente

- Sme nefrótico (nefrosis diabética, amiloidea, nefrosclerosis, etc) en estado avanzado (c/s IRC) con mal estado general, albuminuria, tratamiento y sus efectos secundarios
- Fístulas urogenitales con incontinencia de orina sin posibilidades quirúrgicas o complicadas
- Estrechez de uretra complicada infranqueable
- Ureterostomías, sondas y tallas vesicales permanentes

EVALUABLE:

- Afecciones crónicas con IRC moderada
- Transplantados renales con secuelas leves o sin secuelas un año después
- Incontinencia de orina moderada a severa. Vejiga neurogénica compensada

INCAPACIDAD BAJA:

- Afecciones crónicas con insuficiencia leve o sin insuficiencia
- Tumor maligno de pelvis renal con nefrourectomía sin metástasis, neoplasias de vejiga operados sin recidiva
- Nefrectomía con función renal conservada
- Estrechez uretral no complicada

SIN INCAPACIDAD:

- IRA
- Afecciones agudas tratadas con hemodiálisis para compensar una IRA, que no pasan a la cronicidad
- Incontinencia de orina leve (durante esfuerzos o esporádica)
- Litiasis renal calicial, piélica primaria sin complicación obstructiva
- Hidrocele, hiperplasia benigna de próstata
- Anexitis, metrorragia disfuncional, sme climatérico, Distopías (prolapso según incontinencia)

DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA AL CMO:

Todos los informes y estudios deben contener los datos del lugar de realización (nombre de la institución o bien la dirección y teléfono del consultorio) así como los datos del paciente, firma y sello claro del profesional actuante y la fecha; sin remiendos, agregados o tachaduras y ser claramente legibles.

INFORME: Diagnóstico de afección causal de incapacidad. Especificar grado de insuficiencia renal, en caso de presentarla. Tratamiento.

LABORATORIO: hematocrito, albuminuria, hipoproteinemia, creatininemia, clearance de creatinina. Estudios por imágenes realizados.

VIII) NERVIOSO:

Los grados de compromiso serán valorados en base a los siguientes parámetros:

-Grado **leve**: deambulación casi normal, fuerza conservada contra resistencia fuerte, independiente para el autocuidado y tareas cotidianas con escaso esfuerzo.

-Grado **Moderado**: deambulación con dificultad con ayuda de bastón, fuerza conservada contra resistencia moderada, parcialmente dependiente para el autocuidado y la realización de las tareas cotidianas con esfuerzo sostenido.

-Grado **Severo**: deambulación con gran dificultad con ayuda de bastones canadienses o muletas o de terceros, fuerza conservada contra resistencia leve o moderada, dependiente para el autocuidado y las tareas cotidianas, requiere esfuerzo sostenido e intenso para distintas tareas.

Si los síntomas se acompañan de signos objetivos de repercusión orgánica (hipotrofia, rigideces, disminución de alguna función) serán de utilidad para certificar lo aducido por el solicitante.

INSUFICIENCIA VASCULAR

EJEMPLOS SIEMPRE FAVORABLES:

- *Insuficiencia vertebro basilar con signos objetivos de sufrimiento del tronco cerebral (piramidales, déficit de nervios craneanos o cerebelosos) y compromiso severo (debe estar acompañado y controlado permanentemente)*
- *Insuficiencia circulatoria cerebral con signos objetivos (piramidalismo, palmomentoniano, déficit intelectual, parkinsonismo) y compromiso severo (acompañamiento permanente)*

ACV

Se evalúan las secuelas anátomo-funcionales luego del período clínico neurológico de estabilización (1 año)

DICTAMEN SIEMPRE FAVORABLE:

-Hemiparesia/plejía facio-braquio-crural con compromiso de grado moderado a severo + antecedentes fehacientes de diagnóstico y tratamiento (H CL o epicrisis de internación, estudios como TAC)

EVALUABLE:

-Ídem anterior, pero con compromiso leve a moderado en cuanto a la deambulación, dependencia de terceros y fuerza.

INCAPACIDAD BAJA:

-Ídem con compromiso leve

-Antecedentes fehacientes y tratamiento de hemiparesia/plejía FBC (TIA) sin secuela con TAC +

SIN INCAPACIDAD:

-Antecedente fehaciente de ACV sin secuelas, TAC sin lesiones

TEC

Se evaluarán los signos objetivos según secuelas. En caso de epilepsia o secuelas de la esfera psicológica se valoran de acuerdo a dichas afecciones. Los síndromes subjetivos (cefalea, mareos, memoria) se consideran sin incapacidad.

EPILEPSIA

En las disritmias demostradas, se tendrá en cuenta la respuesta a la medicación (será de ayuda el dosaje de drogas en sangre) y la evaluación del psiquismo. Se evalúa la historia clínica aportada, EEG previos, mapeo cerebral, tratamiento, respuesta y tiempo de aplicación.

Las ausencias y equivalentes vegetativos son equiparables a la metodología para la epilepsia.

Las epilepsias de causa demostrable (traumáticas, malformaciones AV) se consideran según el contexto de la enfermedad causal y las secuelas.

De acuerdo a la evaluación clínica y por EEG, se consideran:

DICTAMEN SIEMPRE FAVORABLE:

-Epilepsia refractaria

-Epilepsia centroencefálica de crisis periódicas

-Epilepsia postraumática con mal convulsivo (comprobado mediante historia clínica o epicrisis de internación: crisis convulsivas subintrantes que requirieron tratamiento con barbitúricos de acción corta y rápida e intubación endotraqueal con ARM hasta la extinción de la crisis)

-Epilepsia post resección de tumor maligno de cerebro (glioma III) con tratamiento anticonvulsivo sin manifestación clínica actual

EVALUABLE:

-Con EEG patológico y crisis debidamente constatadas

INCAPACIDAD BAJA:

-Con EEG patológico, historia clínica y tratamiento, sin manifestaciones clínicas actuales

-Epilepsia focal pos traumática debidamente constatadas, con EEG patológico, compensada con tratamiento sin manifestación clínica actual

SIN INCAPACIDAD:

-Antecedentes de crisis convulsivas sin clínica actual y con EEG sin elementos paroxísticos.

-Signos subjetivos post TEC (cefalea, trastornos de la memoria)

EJEMPLOS SIEMPRE FAVORABLES DE:

ALTERACIONES DEGENERATIVAS

- **Degeneración espinocerebelosa** con necesidad de ayuda y compañía permanente.
- **Enfermedad de Parkinson** manifiesto (dificultad para escribir, abotonar la ropa, manipular utensilios, rigidez en cuello y hombros, postura con cabeza inclinada, miembros tendientes a la flexión, brazos sin balanceo, pasos cortos con apoyo de talones y giro lento, rostro con poca movilidad, sialorrea, temblor, afonía o disfonía, lentitud para realizar actividades, etc.) o Escala de Webster con puntaje mayor de 20 valorada por neurólogo (puede consultarse el Dto 678/98). (Escala menor de 20: sería evaluable)
- **Esclerosis en placas** (se evalúa edad, tratamiento, períodos de acalmia y pousse en Historia clínica, y estudios complementarios; compromiso oftálmico y psíquico): severa o con clínica florida
- **Corea de Huntington** con sintomatología (compromiso funcional y estado psíquico). Diferenciar de la corea de Sydenham de origen reumático que es aguda y reversible
- Hemibalismo, atetosis, **distonía severa**

SECUELAS FUNCIONALES

- Afasias de expresión sin lenguaje interior, afasias de comprensión, afasia mixta
- Síndrome talámico
- Válvulodependientes con compromiso funcional neurológico severo
- Parálisis cerebral con secuelas orgánicas neurológicas funcionales o psíquicas

MEDULARES Y NEUROPATIAS

- Síndromes parapléjicos
- Síndromes paraparéticos con compromiso en grado severo de deambulación, fuerza muscular, control de esfínteres, independencia para realizar tareas de autocuidado y cotidianas
- Cuadriparesias
- Amiotrofias y miopatías (Duchenne, Charcot Marie, etc) con compromiso de deambulación, fuerza muscular, control de esfínteres, capacidad para realizar tareas de manera independiente
- Miastenia Gravis: con respuesta parcial al tratamiento o trastornos respiratorios o deglutorios.
- Guillain-Barré con forma crónica o recaídas con signos de denervación actual, o sin signos de denervación actual, pero con secuelas severas
- Neuropatías tóxicas o metabólicas severas

COMPROMISO DEL SNP

A la limitación específica de la movilidad articular se le sumará la producida por pérdida de fuerza muscular comprobada. Las lesiones exclusivamente radicales o de nervios periféricos sin limitación funcional, se evaluará según lo siguiente:

-Ex físico: se pondrá especial énfasis a la comparación del trofismo del miembro afectado con respecto al sano. De igual manera se comparará la **fuerza muscular y sensibilidad**.
Movilidad – apenas conservada contra resistencia mínima: pérdida total de fuerza

-conservada contra resistencia leve: pérdida severa de fuerza muscular

-conservada contra resistencia moderada: pérdida leve a moderada de la fuerza muscular

-conservada contra resistencia fuerte: sin pérdida de la movilidad

Sensibilidad: -pérdida total de sensibilidad/pérdida de sensibilidad a estímulos intensos: severa/ estímulos moderados: moderada/ estímulos leves: pérdida leve de la sensibilidad.

En el caso de la mano, la afección sensitivo-motora se evaluará en base al compromiso sensitivo más la función de la mano afectada (garra, empuñadura, pinza y aro).

En el caso de las raíces cervicales o dorsolumbosacras, se evalúa la pérdida de la sensibilidad en las dermatómeras correspondientes a la raíz nerviosa afectada y la pérdida de la fuerza muscular del miembro (puede consultarse en el Dto 678/98).

La pérdida aislada de la sensibilidad más la fuerza muscular en grado severo de un miembro por afección de una raíz, produce una incapacidad leve a moderada según el segmento y raíz afectada, pero no llega a determinar per se un dictamen favorable.

Para evaluar cada raíz o cada nervio por separado puede recurrirse a las tablas del capítulo de SNP del Dto 478/98 (“Incapacidad unilateral del nervio espinal de la extremidad superior / Inferior”). Recordar que, como se mencionó al principio, nos estamos refiriendo a las lesiones nerviosas periféricas con afectación de sensibilidad y/o fuerza, sin limitación de la funcional articular.

En caso de presentar además incapacidad por limitación funcional articular, se sumará a lo anterior.

Cuando la alteración es por lesión TOTAL del plexo braquial o del lumbosacro, la incapacidad arrojará un DICTAMEN FAVORABLE.

Recordar que el plexo involucra unilateralmente al miembro superior o inferior, y en el caso del plexo lumbosacro también puede afectar el funcionamiento de algunos órganos.

DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA AL CMO

Todos los informes y estudios deben contener los datos del lugar de realización (nombre de la institución o bien la dirección y teléfono del consultorio) así como los datos del paciente, firma y sello claro del profesional actuante y la fecha; sin remiendos, agregados o tachaduras y ser claramente legibles.

- En todas las afecciones:

INFORME médico neurológico actualizado describiendo diagnóstico, tiempo de evolución, estado actual, tratamiento y respuesta. Descripción detallada de secuelas incapacitantes, aclarando además tipo de deambulación (en caso de requerir asistencia en la marcha especificarla), valoración de la fuerza muscular y si requiere asistencia para el autocuidado y tareas cotidianas en forma total o bien parcialmente para algunas, o si es independiente. Asimismo, si presenta hipotrofia, rigideces, disminución de alguna función.

ESTUDIOS: En caso de presentar además sintomatología mental u orgánica (ej. visual) adjuntar estudios e interconsultas realizadas específicos según la afección.

Estudios complementarios realizados para diagnóstico.

- ACV / TEC:

Además, indicar fecha de ocurrencia, si las secuelas son permanentes o están en etapa de rehabilitación. Respalda con estudios fehacientes del antecedente (epicrisis si tuvo internación y de últimos estudios realizados (RMN o TAC de encéfalo, etc).

- Epilepsia:

En este caso particular, el informe debe incluir: diagnóstico, tipo y grado de epilepsia. Indicar si presenta antecedentes de crisis convulsivas, si estas fueron fehacientemente constatadas y cuándo fue la última vez que lo padeció. Especificar si requirió internación o presentó crisis convulsivas subintrantes (en caso afirmativo será de ayuda la documentación fehaciente como epicrisis). Estado actual (frecuencia y características de las crisis). Tratamiento y respuesta (será de utilidad el dosaje de drogas en sangre).

Si hay causa demostrable (traumática, tumoral, etc.) describir y respaldar con estudios.

Si tiene compromiso psíquico, describir y respaldar con Psicodiagnóstico o estudios.

EEG informado.

- Neuropatía de miembro superior:

INFORME: Tipo y grado de secuelas funcionales objetivables al examen físico. Información sobre grado de compromiso de la fuerza muscular en miembro superior afectado. Si presenta hipotrofia muscular, evaluar e informar perimetría de ambos MMSS a igual altura sobre codo o debajo del mismo. Describir grado de funcionalidad y afectación de la sensibilidad.

ESTUDIO: EMG de Miembro superior comprometido.

- Neuropatía de miembro inferior:

INFORME: Tipo y grado de secuelas funcionales objetivables al examen físico. Información sobre grado de compromiso de la fuerza muscular en miembro inferior afectado. Si presenta disimetría indicar diferencia en cm. Si presenta hipotrofia muscular, evaluar e informar perimetría comparativa de ambos MMII a igual altura sobre rodilla o debajo de la misma. Describir grado de funcionalidad y afectación de la sensibilidad.

Describir tipo de marcha. En caso de requerir asistencia permanente para la misma, indicar tipo de asistencia.

ESTUDIO: EMG de Miembro inferior comprometido.

IX) OJOS:

La función visual se valora según la agudeza visual corregida con lentes, el campo visual y la movilidad ocular.

Para evaluar la incapacidad por disminución de AV se utiliza la Tabla de Sená, aprobada por el Consejo Argentino de Oftalmología, de aplicación en las pericias laborales. Si bien

		AV.: Agudeza visual											ENUC: Enudeación		ES/P: Enudeación s/prótesis	
AV		1	0.9	0.8	0.7	0.6	0.5	0.4	0.3	0.2	0.1	-0.1	Enuc	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			

en el Dto 678/98 contamos con la Tabla adaptada para fines previsionales, es más simple utilizarla tal como está en el del Dto 659/96 (de la LRT)

TABLA DE SENÁ:

Cuando se pierde la visión de un ojo, se considera que la visión central prácticamente no se altera. La visión periférica se pierde una sexta parte y la visión estereoscópica (o apreciación espacial) puede, al cabo de 6 a 12 meses ser reemplazada en parte por algunas funciones monoculares. Se puede recuperar parcialmente por falta de convergencias y fusión de imágenes.

En la monocularidad adquirida luego de los 45 años, la adaptación visual es más dificultosa. En los menores de 45 años, la adaptación suele completarse en 6 meses a un año, tratándose luego de "monocular reeducado".

(Visión estereoscópica: capacidad cerebral de integrar dos imágenes en una sola, generando la sensación visual de profundidad y permite percibir la imagen tridimensionalmente)

CATARATA: La catarata se valora según la pérdida visual.

AFAQUIA de cristalino: Es la exéresis del cristalino (por catarata) sin reemplazar por lente intraocular, con la consecuente visión borrosa por falta de acomodación. En estos casos la AV con corrección del ojo con catarata operada a los fines de la evaluación de incapacidad, se divide por dos. Ej si la AV es 0.8, se considerará como 0.4 para la Tabla de Sená.

SEUDOFAQUIA: cuando la exéresis del cristalino se reemplaza por una lente intraocular, en cuyo caso se valora según la AV tomada como en los fáquicos, con corrección de ser necesaria.

La valoración de la pérdida del Campo visual, será según el porcentaje del campo perdido al cual se le multiplica un índice (0.25% si es unilateral, o si es bilateral además de ese 25 % en cada ojo, un 1.5% total).

DICTAMEN SIEMPRE FAVORABLE

- Ceguera "total o casi total": visión luz (lo entrecomillado es como se denomina en el baremo previsional)
- Ceguera "parcial": con visión bultos: buenas posibilidades de desplazarse, pero con visión cercana muy dificultosa y sin utilidad práctica escolar o profesional.
- Ambliopía profunda: buen desplazamiento y posibilidad de lectura en negro (grandes titulares, esquemas, mapas). Necesitan del Braille para desempeñarse laboralmente (músicos, afinadores de piano, tareas manuales que pueden adquirirse por reeducación)
- La pérdida total de la visión de un ojo, ocurrida luego de los 45 años o sin adaptación, AV del otro ojo disminuida aún corrección, de 0.7 o menos.
- Disminución de AV de ambos ojos c/c de menos de 0.3 en cualquier combinación

INCAPACIDAD EVALUABLE

- Monocular según edad de pérdida visual y adaptación de la visión monocular, enucleación con o sin prótesis, campo visual y AV del otro ojo, tratamientos

- AV c/c de ambos ojos de 0.3 a 0.5, o un ojo **0.5 o 0.6** y el otro 0.2, o **uno 0.8 o 0.9** y el otro 0.1
- Pérdida del campo visual de ambos ojos del 50 % (hemianopsia bilateral) o mayor sin pérdida de AV
- Si hay pérdida de campo visual entre 25% y 50% de ambos ojos, se valorará según la pérdida de AV
- Disminución de AV combinada con pérdida de CV (dependiendo del grado de cada una en uno o ambos ojos)
- Otras lesiones combinadas (aniridia monocular, arreflexia fotomotora intrínseca, ptosis o blefaroespasmos, epífora permanente, fístulas lagrimales)

INCAPACIDAD BAJA

- Ceguera “parcial” de un ojo, adquirida a una edad menor de los 45 años con función monocular reeducada (adaptado), sin pérdida de campo visual + AV óptima del otro ojo. Visión monocular congénita.
- AV ambos ojos con corrección de 0.5 o mayor
- Pérdida de Campo visual de ambos ojos del 25 % o menor (sin pérdida de AV)
- Pérdida de Campo visual de un solo ojo del 50 % o menor (sin pérdida de AV)
- Diplopías hasta un máximo de 40°

SIN INCAPACIDAD

- Diplopías a más de 40°
- Disminución visual que corrige a 1 (o 10/10) en ambos ojos

EJEMPLOS SIEMPRE FAVORABLES:

- *Ceguera de ambos ojos (por AV o por pérdida total del CV)*
- *Disminución visual de AO severa (0.3 o más)*
- *Disminución severa de AV con corrección de un ojo y moderada del otro*
- *Visión monocular no reeducable, con disminución de AV*
- *Hemianopsias bilaterales*
- *Aniridia binocular*

DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA AL CMO:

Todos los informes y estudios deben contener los datos del lugar de realización (nombre de la institución o bien la dirección y teléfono del consultorio) así como los datos del paciente, firma y sello claro del profesional actuante y la fecha; sin remiendos, agregados o tachaduras y ser claramente legibles.

INFORME: Diagnóstico de patología causal del trastorno visual, secuelas permanentes. Tratamiento. Posibilidades de mejoría con tratamiento adecuado médico y/o quirúrgico.

Descripción de secuelas permanentes. Aclarar si requiere uso de bastón o dependencia de terceros para la vida diaria.

ESTUDIOS: AV bilateral corregida informada en décimas o según Tabla de Sená. Campimetría si tiene hecha.

- Visión Monocular: edad de pérdida de la visión del ojo, si se trata de una visión reeducada o adaptada.
- Afaquias: si el tratamiento quirúrgico es con exéresis del cristalino y reemplazo por lente intraocular o no.
- Pérdida de campo visual: porcentaje de pérdida del campo visual en cada ojo, localización dentro de los cuadrantes del campo visual, posibilidad de recuperación con tratamiento.
- Retinopatía diabética: Fondo de ojo con descripción de todos los hallazgos y su extensión, y conclusiones, especificar si es Retinopatía proliferativa o no proliferativa y grado. Tratamientos realizados y tratamiento indicado. AV bilateral corregida.

X) GARGANTA, NARIZ Y OIDO:

AUDICIÓN:

Se evalúa por audiometría, por vía aérea y vía ósea en las frecuencias 500, 1000, 2000 y 4000 ciclos por segundo (Hz)

Cuando mejoran con otoamplificador y la persona ya está equipada, estas pruebas deben realizarse con el mismo.

El estudio se debe hacer con reposo de ambiente ruidoso por 16 hs, en el informe se debe calificar el grado de colaboración del solicitante y es ideal completarlo con logaudiometría y pruebas para descartar simulación.

Simbología en audiometrías: o audición aérea derecha o izquierda < ósea derecha > izquierda

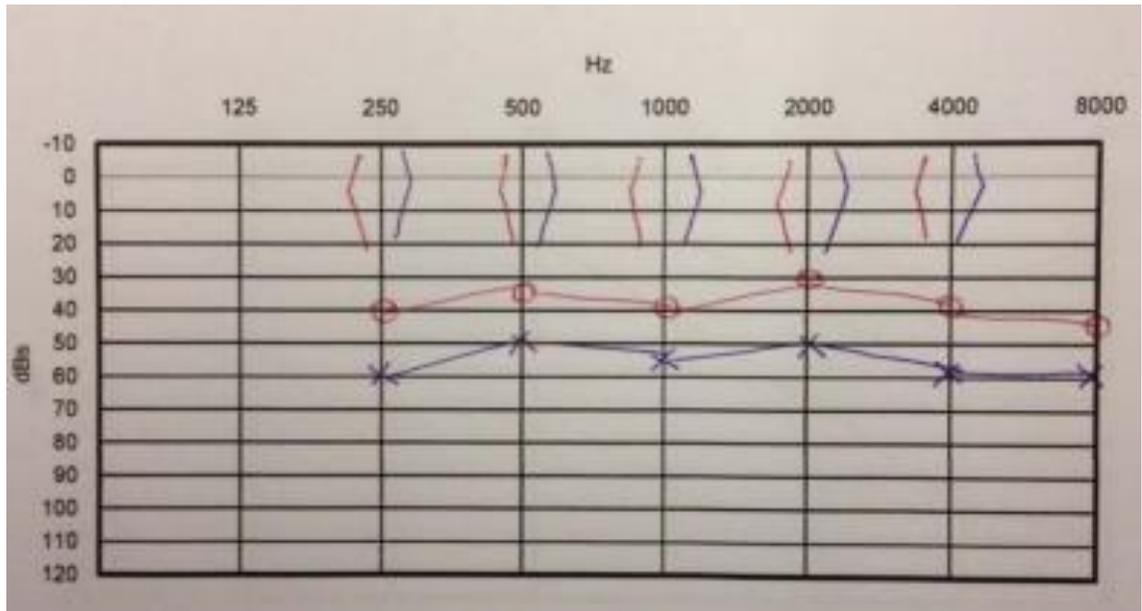
En caso de no obtener pruebas confiables, se solicitará examen de Potenciales Evocados Auditivos y Audiometría por Potenciales Evocados.

En el contexto de la LRT se piden 3 audiometrías separadas por no menos de 7 días, y los promedios de los Db en las frecuencias consideradas no deben diferir en más de 10 dB (caso contrario, se repiten). En este contexto se pedirán dos audiometrías de diferente fecha (no menor a de 7 días) y evaluar si hay coherencia entre ambas o posibles resultados simulados. Se recomienda en el informe de la audiometría, consignar el grado de colaboración del solicitante durante el examen.

Para evaluar el porcentaje de pérdida auditiva bilateral y su correspondiente incapacidad laboral se suma la pérdida en Db de la vía aérea de los tonos 500, 1000, 2000 y 4000 Hz de cada oído, y se lo traslada a la **Tabla de AMA/84**. La sumatoria de la pérdida en dB por debajo de 100 para cada oído no se considera significativa.

Ejemplo de Hipoacusia conductiva leve:

Audiometría y extrapolación a Tabla de Ama/84 en Excel para obtener la incapacidad en % (en este caso 9%)



	A	B	C	D	E	F	G
1	Oído Derecho			Frecuencia	dB	Introduzca los valores de con intervalos de 5 unidades	
2				500	35		
3				1000	40	Total	
4				2000	30		
5				4000	40	145	145
6				Oído Izquierdo			Frecuencia
7				500	50		
8	Calculo de audiometrías (V1.1)			1000	55	Total	
9				2000	50		
10				4000	60	215	215
11							
12	Valor de la Tabla de la AMA:			21,3			
13							
14	Incapacidad en %:			8,946			
15	Aclaración: Los valores inferiores a 100 se equiparan a esa cifra a los efectos de su ponderación en la Tabla de la AMA						
16							

En caso de no contar con la Tabla de la A.M.A., se puede determinar el porcentaje de incapacidad final por alteración auditiva bilateral, con la siguiente fórmula:

$$\frac{(\% \text{ Oído mejor} \times 5) + (\% \text{ Oído peor} \times 1)}{6} \times 0,42 = \text{Incapacidad final}$$

Laberinto y vestíbulo

La persona siente vértigo con o sin otros síntomas neurovegetativos. Cuando la lesión es unilateral el equilibrio suele restablecerse por completo gracias al efecto compensador del vestíbulo sano, en cambio si es bilateral puede haber compensación por mecanismos visuales y de la sensibilidad profunda.

Cuando hay trastornos del equilibrio y la audición, se evalúan ambas

DICTAMEN SIEMPRE FAVORABLE:

- Hipoacusia bilateral profunda sin labiolectura ni fonación
- Persona con vértigo, deambulación inestable con riesgos para sí o para terceros, en tratamiento, con Electronistagmograma de respuestas anormales
- Volumen de voz muy disminuido con dificultad para hacerse oír, articulación muy afectada que requiere repeticiones, discurso difícil de seguir
- Habla muy afectada, balbuceo de palabras sueltas y sin voz
- Tumor maligno de laringe inextirpable o con fracaso terapéutico
- Laringectomía total
- Traqueostomía permanente
- Tumor maligno de glándulas salivales inextirpables o con metástasis

EVALUABLE:

- Hipoacusia profunda con fonación y/o labiolectura
- Hipoacusias bilaterales moderadas sin acceso a equipamiento con audífonos, hipoacusias a severas
- Persona con vértigo, deambulación inestable, en tratamiento con Electronistagmograma anormal
- Volumen de voz disminuido, articulación moderadamente afectada, discurso alterado. Se lo entiende con dificultad en ambientes ruidosos, repite para aclarar su discurso
- Parálisis recurrenciales según compromiso de la voz y función respiratoria

INCAPACIDAD BAJA:

- Hipoacusias bilaterales leves
- Hipoacusia profunda unilateral
- Vértigo o historia fehaciente de vértigos, deambulación normal, compensado con medicación, Electronistagmograma anormal o normal
- Habla: volumen de voz levemente disminuido o articulación levemente afectada o discurso discretamente alterado
- Pérdida del olfato y del gusto (anosmia y ageusia)

SIN INCAPACIDAD:

- Sinusitis alérgica
- Voz con suficiente volumen, claridad en el discurso, mantiene buen diálogo
- Tumor de laringe inflamatorio benigno

DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA AL CMO:

Todos los informes y estudios deben contener los datos del lugar de realización (nombre de la institución o bien la dirección y teléfono del consultorio) así como los datos del paciente, firma y sello claro del profesional actuante y la fecha; sin remiendos, agregados o tachaduras y ser claramente legibles.

HIPOACUSIA

INFORME: diagnóstico y patología causal. Aclarar si está equipado con otoamplifonos, si se puede mantener una comunicación verbal con dificultad y en qué grado, si presenta hipoacusia bilateral profunda con o sin labiolectura y fonación.

ESTUDIOS: dos audiometrías (bilaterales) separadas por una semana o más que incluyan vía ósea y vía aérea, indicando si se realiza con o sin otoamplificador. Se recomienda que se informe el grado de colaboración del solicitante durante la realización del examen. Será de utilidad si tiene realizados potenciales evocados.

XI) SANGRE Y GLÁNDULAS DE SECRECIÓN INTERNA:

SANGRE: Se tiene en cuenta para la evaluación de incapacidad la etiología de la afección, el tiempo de evolución, el tipo de tratamiento, la respuesta y eventuales efectos secundarios, posibilidad de seguimiento (esquemas poliquimioterápicos cumplidos o agotados). Se evaluará el estado clínico y hematológico actual.

Anemia crónica severa (no puede mantener el Hto por arriba del 27% y la Hb por arriba de 7 g%) pese a tratamientos y politransfusiones. **Policitemia severa:** cuando el nivel de Hb es >19 g o Hto >60% y no responde al tratamiento y requiere sangrías frecuentes.

Esplenectomía: según causa, alteración inmunológica con infecciones recurrentes, etc. La esplenectomía per sé conlleva una incapacidad nula o baja.

DICTAMEN SIEMPRE FAVORABLE:

- Mieloma polioestótico.
- Hipoplasia y aplasia o mielofibrosis severa (supresión de >60% del tejido hematopoyético).
- Anemia hemolítica severa, Talasemia mayor. Policitemia vera severa.
- Neutropenia severa idiopática con polimorfonucleares menor de 1000 sin infecciones bacterianas recurrentes que no responden al tratamiento, o con infecciones bacterianas recurrentes que no responde al tratamiento.

-Leucemias linfática crónica E III y IV. Leucemia a células vellosas con respuesta al tratamiento incompleta o nula, con moderado a severo compromiso del estado general por la enfermedad o el tratamiento. LMC con crisis blásticas (historia clínica fehaciente) o con mielofibrosis.

-Linfoma de Hodgkin con pérdida de peso superior al 10% en últimos 6 meses, fiebre inexplicada superior a 38°, hipercrinia). Linfoma no Hodgkin de alto grado con recidiva a pobre respuesta al tratamiento.

-Hemofilia severa con secuelas articulares.

-Enf de Von Willebrand severa.

-Púrpura trombocitopénica no compensada con tratamiento.

-Purpura no trombocitopénica con cuadros hemorrágicos reiterados, compromiso del órgano afectado. Enfermedad de Rendú Osler con complicaciones severas.

-Transplantados de MO con alteración inmunológica.

-Inmunosuprimidos con complicaciones.

GLANDULAS DE SECRECIÓN INTERNA (menos páncreas)

Incapacidad baja: Addison/Cushing compensada médicamente, síndrome de Conn compensado, ca de tiroides con secuelas atribuibles a la operación (hipotiroidismo, etc)

EJEMPLOS MAS FRECUENTES SIEMPRE FAVORABLES:

- *Cáncer tiroideo operado, pero persistente o recidivado o con metástasis regionales o a distancia*
- *Enf de Addison con sintomatología florida no controlable*
- *Sme de Cushing con manifestaciones clínicas y estudios significativos no controlables*

DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA AL CMO

Todos los informes y estudios deben contener los datos del lugar de realización (nombre de la institución o bien la dirección y teléfono del consultorio) así como los datos del paciente, firma y sello claro del profesional actuante y la fecha; sin remiendos, agregados o tachaduras y ser claramente legibles.

INFORME: Diagnóstico y etiología de la afección, tiempo de evolución, tratamiento y respuesta. Aclarar si los esquemas terapéuticos están cumplidos o agotados. Cuadro clínico (pérdida de peso, etc) y eventuales efectos secundarios.

ESTUDIOS: Frotis sanguíneo, Hemograma y hemoglobina.

XII) DIABETES

Considerar tratamiento, signos de probabilidad o certeza de PNP, edemas, arteriopatía periférica o central, fondo de ojo. Creatinina, urea, glucemia, Hb glicosilada, ECG, RFG, EMG.

DICTAMEN SIEMPRE FAVORABLE:

Repercusión severa en uno o más órganos:

- PNP marcada (mal perforante plantar, hipotrofia muscular, etc)
- Vasculopatías con alteraciones tróficas de importancia (amputaciones de dedos de los pies o más amplias, claudicación intermitente a menos de 100 metros con otros signos de isquemia clínicos o por exámenes complementarios, etc)
- Insuficiencia renal severa con urea o creatinina marcadamente patológica
- Retinopatía no proliferativa severa (hemorragias, exudados duros y aneurismas numerosos, exudados blandos y arrostramiento venoso) o retinopatía proliferativa (1- neovascularización, 2- neovascularización de papila, 3- hemorragia subhialoidea o prerretinal, 4- hemorragia vítrea o desprendimiento de retina)

EVALUABLE:

- Trastornos arteriopáticos periféricos con trastornos tróficos mínimos
- Polineuritis diabética moderada
- Cifras humorales moderadamente elevadas de urea o creatinina
- Retinopatía no proliferativa moderada (hemorragias, aneurismas en los 4 cuadrantes no numerosos y exudados duros)

INCAPACIDAD BAJA:

Diabetes que requiere, además de dieta, hipoglucemiantes orales o insulina y no presenta signos de compromiso orgánico o bien presenta alguno/s de los siguientes:

- Signos mínimos o leves de repercusión orgánica: alteraciones sensitivas de MMII sugestivas de polineuritis
- Signos iniciales de vasculopatía periférica, pero sin alteraciones tróficas
- Elevación discreta de urea y creatinina
- Sospecha de isquemia de miocardio con ECG con alteraciones inespecíficas o isquémicas mínimas
- Retinopatía no proliferativa leve (hemorragias y microaneurismas dispersos en uno o dos cuadrantes)

SIN INCAPACIDAD:

-Diabetes que se compensa con dieta o dieta e hipoglucemiantes orales sin ningún trastorno orgánico demostrable. Fondo de ojo normal.

DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA AL CMO:

Todos los informes y estudios deben contener los datos del lugar de realización (nombre de la institución o bien la dirección y teléfono del consultorio) así como los datos del paciente, firma y sello claro del profesional actuante y la fecha; sin remiendos, agregados o tachaduras y ser claramente legibles.

INFORME: Tiempo de evolución, describir eventual compromiso orgánico (mal perforante plantar, hipotrofia muscular, amputación dedos de los pies o más alta, claudicación intermitente a cuantos metros, etc).

ESTUDIOS: Informe de especialista según compromiso orgánico y estudios respaldatorios (perfil funcional renal, fondo de ojo).

Obesidad: en caso de obesidad mórbida y trastornos metabólicos, funcionales, osteoarticulares o de otros órganos derivados de la misma, describir hallazgos objetivables al examen físico y adjuntar estudios respaldatorios e interconsultas realizadas.

XIII) PSIQUISMO:

Será necesario siempre el aporte del médico especialista, además de algún estudio complementario acorde al diagnóstico. Es importante que el especialista informe el diagnóstico conjuntamente con el grado de afectación, tipo y tiempo de evolución. Son diagnósticos difíciles de medir en base a un Baremo rígido o matemático, ya que no se trata solo de una patología sino también por ejemplo de la personalidad en la que haya florecido.

En algunos casos, el diagnóstico puede no requerir la interconsulta de un especialista, como en el Sme de Down, cuadros demenciales en período de estado, debilidades mentales profundas, ya que los parámetros clínicos serán soberanos.

Dada la complejidad de los trastornos mentales en general, enunciaremos al final de este apartado solo los que sin dudas implicarían un dictamen favorable si está bien documentado, y dejaremos que los demás diagnósticos de la esfera mental se puedan evaluar de acuerdo a cada caso particular.

Los tests psicológicos consisten en poner al individuo en una situación que ya ha sido controlada en la población media. De sus coincidencias o diferencias se obtiene el diagnóstico. Pueden permitir identificar casos fronterizos, diferenciar entre psicosis, neurosis y DCO, evaluar nivel intelectual y deterioro psíquico agregado. Para hablar de objetividad, deben darse dos requisitos técnicos: que los resultados obtenidos mediante tests puedan ser medidos o cuantificados y que, al utilizarlos examinadores provistos de la necesaria habilidad y experiencia, arriben mayormente a conclusiones similares.

RETARDOS MENTALES

Se trata de un déficit en el crecimiento mental y un trastorno cuantitativo caracterizado por escasez del desarrollo intelectual, afectivo y cognitivo-práxico. Pero con el crecimiento y las exigencias sociales las personas que lo padecen deben suplir sus carencias con elementos sustitutivos a veces de la personalidad y se tornan trastornos también cualitativos. La comprobación de una dificultad práctica para conducirse

autónomamente en la vida, junto con el estudio de las funciones, permitirá bosquejar el perfil del individuo.

Según el CI los grupos son: **0-30** (idiotas): no atravesó la etapa glósica, no lee ni escribe, no conoce el dinero, no controla esfínteres, no atiende sus necesidades básicas, no puede subsistir solo; **30-50** (imbécil): no lee ni escribe, atiende sus necesidades elementales, pueden realizar tareas rudimentarias; **50-60** (débil mental profundo): solo firma, tiene vocabulario simple, no maneja el dinero, puede realizar tareas rudimentarias; **60-70** (débil mental moderado): lee, escribe, realiza operaciones simples, conoce el dinero, puede realizar trabajos de escasa exigencia intelectual; **70-90** (débil mental leve): cursó primaria y a veces secundaria, puede realizar tareas de mayor envergadura. Fronterizos los que tienen CI cerca al normal.

Le corresponde pensión a los que presentan debilidad mental profunda o mayor. Pero como ejemplo de la complejidad que amerita evaluación particular ya que no encuadran en los mismos, los débiles mentales fronterizos, leves y moderados tendrán derechos pensión cuando no hayan desarrollado sus disponibilidades básicas ni realizado nunca tareas remunerativas, como así también los que tengan debilidad mental disarmónica, cuyos trastornos de personalidad obstaculicen su comportamiento social y aptitud laboral.

SINDROMES PSICORGANICOS O SINDROME CEREBRAL (CON O SIN PSICOSIS)

Son los que presentan alteración tisular cerebral que ocasionan signos y síntomas psicológica y conductual. Se manifiestan por: perturbaciones de la orientación, memoria, de todas las funciones intelectuales (comprensión, cálculo, conocimiento, aprendizaje), del juicio, de la afectividad. La etiología siempre es orgánica intra o extracerebral que afecta secundariamente al cerebro y sus funciones. Se evalúa su forma de inicio, el curso, la recuperación con o sin secuelas, la extensión difusa o localizada, la evolución reversible o no, y si está o no asociado a psicosis.

Ejemplos: demencia senil, demencia pre senil, psicosis alcohólica, psicosis asociada a infección intracraneal (sífilis del SNC, parálisis general progresiva, etc), psicosis asociada a otros trastornos orgánicos (intoxicaciones, infecciones generales, etc), síndrome orgánico cerebral sin psicosis (con infección intracraneal, intoxicación por drogas o venenos, intoxicación alcohólica, TEC, con epilepsia, etc).

Deben evaluarse los que sean de curso crónico e irreversible o con secuelas leves.

Se considera Síndrome Orgánico Crónico, severo e irreversible, Grado IV, los que presentan concurrencia de trastornos afectivos, de la memoria, de otras funciones intelectuales y de conducta.

ESQUIZOFRENIA

Tienen distintas formas clínicas (simple, hebefrénica, catatónica, paranoide, esquizoafectiva) y evolucionan en brotes o se instalan progresivamente y sin remisión (crónicas).

Defecto esquizofrénico o esquizofrenia residual: alteraciones que conciernen a la afectividad y la espontaneidad, con una reducción del potencial energético. Le faltan estímulos interiores que lo incapacitan para concentrarse y tomar decisiones.

Después de un primer brote, en las esquizofrenias marginales o benignas, la mayoría de las personas queda con un defecto moderado.

TRASTORNO PSICÓTICO BREVE

Esquizofrenia aguda, estado crepuscular episódico. Son delirios polimorfos agudos que se suelen instalar en personas con otros trastornos como debilidad mental o trastornos de la personalidad. A veces remiten en días o semanas con restitución total. PARAFRENIAS

Delirios crónicos polimorfos, megalómanos o fantásticos.

TRASTORNOS AFECTIVOS MAYORES

Enfermedad maníaco depresiva a forma maníaca o depresiva, depresión endógena o melancolía, melancolía involutiva, enf maníaco depresiva circular. Se llaman también fasotímicas, se intercalan con períodos asintomáticos. Estas psicosis se originan en un trastorno primario de la afectividad, que se exalta o deprime y con alteración del juicio de realidad. No tiene relación directa con ninguna experiencia vital.

Las depresiones endorreactivas o estados muelle son las que se desencadenaron por una situación vivencial traumática pero que, en vez de ser reversibles, evolucionan igual que una psicosis depresiva, cuyo tratamiento es con antipsicóticos y se evalúan con el mismo criterio que las depresiones endógenas

TRASTORNOS DEPRESIVOS NO PSICÓTICOS

Descenso del humor con dolor moral e inhibición, que interfiere con su actividad normal. Las circunstancias de aparición, la magnitud del factor desencadenante, la personalidad de base, la estructuración de la neurosis de fondo (histérica, obsesiva, fóbica o hipocondríaca), la carga somática, las depresiones orgánicas, los estados muelle, etc, permitirán distinguir una gran variedad de cuadros y la evaluación a los fines de incapacidad laboral.

OTROS TRASTORNOS

Reacciones vivenciales anormales neuróticas (RVAN), personalidades anormales o trastornos de la personalidad (no psicótica), etc deberán considerarse individualmente según la reversibilidad, la gravedad, el tratamiento, tiempo de evolución. También pueden encontrarse trastornos facticios, simulaciones, neurosis de renta.

Personalidad psicopática: no suelen establecer relaciones laborales duraderas. Adicciones con cuando provocan deterioro irreversible o una psicosis crónica.

Trastornos específicos del desarrollo: incapacidad temporaria (no se han agotado todos los recursos terapéuticos, pudiendo modificarse la incapacidad).

EJEMPLOS SIEMPRE FAVORABLES:

- *Débil mental profundo o con CI inferior*
- *Oligofrenias injertadas con psicosis crónicas*
- *SCO (Síndrome cerebral orgánico) severo irreversible (grados III y IV)*
- *Esquizofrenia procesal y por brotes*

- *Esquizofrenia en remisión parcial*
- *Esquizofrenia residual grado III y IV*
- *Estado paranoide severo. Paranoia*
- *Parafrenia*
- *Depresión endógena, trastorno bipolar, melancolía involutiva.*
- *RVAN duraderas, graves y fijadas (de un año o más desde el origen)*
- *Neurosis grado IV depresiva / fóbica / obsesiva / de angustia grado o con deterioro de la personalidad o evolución psicótica / histérica de conversión irreversible / hipocondríaca irreversible*
- *Personalidad borderline severa*

DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA AL CMO:

Todos los informes y estudios deben contener los datos del lugar de realización (nombre de la institución o bien la dirección y teléfono del consultorio) así como los datos del paciente, firma y sello claro del profesional actuante y la fecha; sin remiendos, agregados o tachaduras y ser claramente legibles.

INFORME: Los informes del médico psiquiatra deben ser amplios, detallados y actualizados, puntualizando diagnóstico, tipo o naturaleza del cuadro (ej depresión endógena, reactiva, etc), grado, tratamiento y respuesta.

ESTUDIOS: Según el diagnóstico (Tests psicológicos que faciliten la identificación de casos fronterizos, diferenciación entre psicosis, neurosis, y Daño cerebral orgánico, evaluar el nivel intelectual y deterioro psíquico agregado; tienen que poder ser cuantificados).

- **Retraso mental:**

INFORME: diagnóstico y grado de déficit intelectual. Nivel de educación formal alcanzado, si lee, escribe, firma, conoce el valor del dinero. Si tiene otros trastornos mentales o de personalidad asociados.

ESTUDIOS: Psicodiagnóstico con tests y resultados, y conclusión que incluya el CI.

- **Trastornos Generalizados del desarrollo / Autismo:**

INFORME: de médico pediatra, neurólogo infantil especificando diagnóstico, áreas afectadas y en qué grado, tratamiento indicado. Es importante consignar si presenta otros trastornos neurológicos o psicológicos asociados.

ESTUDIOS: Psicodiagnóstico detallado con resultados de los tests, coeficiente intelectual y conclusiones. Otros estudios neurocognitivos complementarios e interconsultas que se hayan realizado para arribar al diagnóstico con sus respectivos informes, en caso de haberlos requerido (ADOS, ADIR).

- **Daño cerebral orgánico o Trastorno psicoorgánico:**

INTORME: diagnóstico de patología causal del cuadro clínico, tiempo de evolución, forma de inicio, curso de la enfermedad y capacidad de recuperación, especificar si su evolución es reversible o irreversible, estado actual y grado de compromiso de las distintas áreas (leve, moderado o severo). En caso de compromiso severo, describir trastornos hallados en la esfera afectiva, trastornos de la memoria y otras funciones intelectuales y conducta. En caso de presentar un trastorno psicótico asociado, adjuntar informe de psiquiatra indicando tiempo de evolución, si es de evolución crónica o por brotes, tratamiento y respuesta.

ESTUDIOS: Neurocognitivos, imágenes (RMN cerebral)

- Otros:

Depresión: tipo (en caso de tratarse de una depresión endógena o mayor, consignarlo). Grado de afección. Estado actual, tipo de evolución. Si interfiere en su actividad habitual, circunstancias de aparición, personalidad de base. Si se intercala con períodos asintomáticos, si hay períodos de exaltación del humor además de los de depresión, si hay alteración del juicio de realidad durante los períodos agudos. Tiempo de evolución. Tratamientos realizados, tratamiento actual y respuesta. Periodicidad de controles actuales. En caso de internaciones, es de ayuda adjuntar epicrisis.

Esquizofrenia: forma clínica, tipo de evolución (en brotes, progresiva, con o sin remisión), tiempo de evolución o edad aproximada de inicio, antecedente de tratamientos previos y respuesta a los mismos. Tratamiento actual. En caso de internaciones, adjuntar epicrisis.

Estrés postraumático: tiempo desde la ocurrencia del factor desencadenante, gravedad, tratamiento.

Adicciones: si provoca deterioro reversible o irreversible o una psicosis crónica, etc.

Alcoholismo crónico: estado actual, tiempo de evolución, tratamientos previos y respuesta, tratamiento actual. Si hay compromiso orgánico, adjuntar informe de especialista y estudios respaldatorios.

SME DE DOWN Y OTROS GENETICOS

S de Down: con la certificación del diagnóstico alcanza

Smes genéticos: Informe con diagnóstico y descripción de las secuelas incapacitantes permanentes objetivables al examen físico o mediante estudios. Estudios respaldatorios (genético o de secuelas).

XIV) HIV

Cuando hay repercusión psíquica debe adicionarse a la incapacidad por la patología física que tuviere.

DICTAMEN SIEMPRE FAVORABLE:

Estadio IV – SIDA: Infecciones oportunistas graves y repetitivas o aparición de tumores poco frecuentes en la clínica, alteraciones neurológicas.

No todos los pacientes con SIDA han pasado previamente por un Estadio previo CRS ostensible, ya que la mayoría debutan sin fase sintomática, pero sí de laboratorio.

Estadio III: Complejo relacionado con el SIDA (CRS o ARS): Diagnóstico mediante clínica y laboratorio. Exclusión de germen oportunista y de tumor. La persona debe tener: linfadenopatías mayores de 1 cm en dos cadenas extrainguinales, más de 2 signos o síntomas, más de 2 valores analíticos anormales.

SIGNOS CLÍNICOS: presentes por 3 o más meses. Pérdida de peso de > 10% o más de 7 kg. Fiebre más de 38°, intermitente o continua. Diarrea de más de un mes. Fatiga muscular. Sudores nocturnos.

Si el cuadro clínico es del Estadio IV o III, no es necesario el recuento de linfocitos CD4

LABORATORIO: CD4: < 200 celular por mm³

Índice OKT 4 – OKT 8 por debajo de 1, alrededor de 0,5

Anemia o leucopenia o trombopenia o linfopenia

Hipergammaglobulinemia

Alergia cutánea a múltiples antígenos

Niveles de inmunocomplejos elevados

EVALUABLE:

Estadio II: Factor de riesgo presente o ausente. Serología positiva para HIV.

SC: Linfadenopatía generalizada persistente (LGP): aumento de ganglios palpables de más de 1 cm de diámetro, generalmente de distribución simétrica por lo menos en 2 o más localizaciones extrainguinales que persistan al menos 3 meses y que no son explicables por ninguna causa: axilares cervicales posteriores, supraclaviculares, inguinales, epitrocleares, hiliares. A veces acompañado de leucoplasia oral.

LAB: CD4: 200 - 500 células por mm³

INCAPACIDAD BAJA O SIN INCAPACIDAD:

Estadio I: Factor de riesgo presente o no. Infección asintomática. Con o sin alteraciones inmunohematológicas. Reacciones serológicas positivas (Elisa – IF) semicuantitativas, cualitativas para confirmación (Inmunoblot). Puede ser portador asintomático sin pasar a otros estadios. CD4 > 500 células por mm³.

EJEMPLOS SIEMPRE FAVORABLES:

- **E IV:** Demencia, neuropatía, mielopatía no justificada: asociadas a HIV.

Candidiasis de esófago, tráquea, bronquios o pulmón (obtenida por muestra directa, no por cultivo)

Criptosporidiasis con diarrea de más de 1 mes

Criptococosis extrapulmonar

Enfermedad por CMV en un órgano que no sea hígado, bazo o ganglios

Infección por virus herpes simple que causa úlcera mucocutánea persistente más de un mes, o bronquitis, neumonitis o esofagitis

Sarcoma de Kaposi

Linfoma cerebral primario

Enf por complejo de Micobacterium avium o Kansasii diseminada o en una localización que no sea pulmón, piel o ganglios

Neumonía intersticial linfoide pulmonar Cáncer invasivo cervical

Caquexia asociada a HIV positivo

Coccidioidomicosis extrapulmonar Estrongilodiasis extraintestinal

Histoplasmosis extrapulmonar

Isosporosis con diarrea de más de un mes

Linfoma no Hodgkin de células B o fenotipo inmunológico desconocido y linfoma a células pequeñas o sarcoma inmunoblástico Mycobacteria o TBC pulmonar o diseminado

Neumonía bacteriana recurrente

Nocardiosis con serología positiva para HIV

Septicemia por salmonella (no tifoidea) recurrente

- **E III:** *Patología sintomática que se atribuye al HIV o falla en la inmunidad celular, o con curso clínico más complicado que el habitual: candidiasis vulvovaginal persistente, frecuente o refractaria al tratamiento; leucoplasia oral pilosa; Herpes Zoster extenso o repetido; neuropatía periférica, angiomas bacilar; displasia cervical moderada o severa o carcinoma cervical in situ*

DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA AL CMO:

Todos los informes y estudios deben contener los datos del lugar de realización (nombre de

la institución o bien la dirección y teléfono del consultorio) así como los datos del paciente, firma y sello claro del profesional actuante y la fecha; sin remiendos, agregados o tachaduras y ser claramente legibles.

INFORME: del médico tratante, actualizado, describiendo etapa en la que se encuentra, si cursa infección asintomática o presenta alteraciones inmunohematológicas, hallazgos clínicos (linfadenopatía generalizada persistente, localizaciones; patología sintomática atribuible a infección por HIV (describir). Si tuvo internaciones (causa y epicrisis). Tratamiento actual.

ESTUDIOS: laboratorio con Hemograma y conteo de CD4, gammaglobulinemia, estudios o interconsultas de especialistas en caso de haberlos requerido por presentar Complejo relacionado con el SIDA o enfermedad.

XV) NEOPLASIAS:

El diagnóstico de una neoplasia per se, no significa invalidez. El grado de incapacidad producido por las mismas depende de su ubicación, extensión, compromiso ganglionar local y regional, respuesta al tratamiento quirúrgico, radiante, químico, hormonal y las secuelas de este.

Sistema de clasificación TNM:

T tumor primitivo, Tx no evaluable, T0 sin evidencia clínica de tumor primitivo, Tis tumor in situ, T1 invasión de submucosa, T2 invasión de musculatura propia, T3 invasión de subserosa, T4 invasión de peritoneo visceral, otros órganos o estructuras

N metástasis en ganglios linfáticos, Nx no evaluable, N0 ninguna mts ganglionar, N1 metástasis en 1 a 3 ganglios regionales, N2 en cuatro o más ganglios regionales, N3 a lo largo del tronco vascular

M metástasis a distancia, Mx no evaluables, M0 sin evidencia de metástasis distal, M1 metástasis demostradas.

Algunas neoplasias tienen una estadificación específica (ej. linfomas).

Clasificación por la escala de Dukes y la escala TNM:

	T	N	M	DUKES
ESTADÍO 0	Tis	N0	M0	
ESTADÍO I	T1 T2	N0	M0	A
ESTADIO II	T3 T4	N0	M0	B
ESTADIO III	Cualquier T	N1 N2 N3	M0	C
ESTADIO IV	Cualquier T	Cualquier N	M1	

Para calificar el deterioro funcional producido a partir de la lesión neoplásica, es posible la aplicación de los siguientes criterios, utilizando la Escala de Karnofsky:

Grado 0: con actividad normal y capacidad para realizar todas las actividades que realizaba previamente

Grado I: con restricción para el ejercicio físico intenso, pero con incapacidad para el trabajo ligero y la deambulaci3n

Grado II: con capacidad para valerse por s3 mismo para la deambulaci3n, pero con incapacidad para cualquier clase de trabajo. Permanece en cama o sentado menos del 50% del tiempo diurno

Grado III: capacidad limitada para valerse por s3 mismo: pasa en cama o sentado m3s del 50% del tiempo diurno

Grado IV: completamente incapacitado

SIEMPRE FAVORABLE: grados II, III y IV de Karnofsky, 3 Estad3o IV

EVALUABLE: grado I de Karnofsky, o Estad3os II o III

INCAPACIDAD NULA O BAJA: grado 0 de Karnofsky, o Estad3o I o 0

DOCUMENTACI3N COMPLEMENTARIA AL CMO:

Todos los informes y estudios deben contener los datos del lugar de realización (nombre de la institución o bien la dirección y teléfono del consultorio) así como los datos del paciente, firma y sello claro del profesional actuante y la fecha; sin remiendos, agregados o tachaduras y ser claramente legibles.

INFORME: diagnostico, ubicación, extensión, compromiso ganglionar local y regional, metástasis a distancia, recidivas. Estadificación. Tratamientos realizados anteriormente y actuales. Secuelas de estos. Descripción del estado actual (capacidad o restricción para ejercicio físico y actividades diarias).

ESTUDIOS: Anatomopatológico de la/s biopsia/s y los resultados de estudios del último control oncológico realizado.

XVI) ÍNDICE

I)	Generalidades	1
II)	Piel	4
III)	Osteoarticular	6
IV)	Respiratorio	10
V)	Cardiovascular	12
VI)	Digestivo	19
VII)	Riñón, vías urinarias y genital	22
VIII)	Nervioso	24
IX)	Ojos	29
X)	Garganta, nariz y oído	32
XI)	Sangre y glándulas de secreción interna	36
XII)	Diabetes	38
XIII)	Psiquismo	40
XIV)	HIV	45
XV)	Neoplasias	47
XVI)	Índice	49



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA RECONSTRUCCIÓN DE LA NACIÓN ARGENTINA

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: ANEXO I “NORMATIVA PARA LA EVALUACIÓN MÉDICA DE INVALIDEZ PARA LAS PENSIONES NO CONTRIBUTIVAS POR INVALIDEZ LABORAL”

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 44 pagina/s.