

**SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES  
COMISION TECNICA DE INVALIDEZ**

**NORMAS PARA LA EVALUACION Y CALIFICACION DEL GRADO DE INVALIDEZ DE LOS  
TRABAJADORES AFILIADOS AL NUEVO SISTEMA PREVISIONAL  
SEXTA EDICION**

**(Publicadas en el Diario Oficial el 01/03/2012 y Vigentes a contar del 01/07/2012)**

**INTRODUCCION**

El Art. 4° del D.L. N° 3.500, de 1980 establece que tendrán derecho a pensión de invalidez los afiliados no pensionados por esta ley que, sin cumplir los requisitos de edad para obtener pensión de vejez, y a consecuencia de enfermedad o debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales, sufran un menoscabo permanente de su capacidad de trabajo, de acuerdo a lo siguiente: pensión de invalidez total, para afiliados con pérdida de su capacidad de trabajo de al menos dos tercios, y pensión de invalidez parcial, para afiliados con pérdida de su capacidad de trabajo igual o superior a cincuenta por ciento e inferior a dos tercios.

Esta determinación será efectuada por una Comisión Médica integrada por tres médicos cirujanos que funcionará en cada Región, designados por el Superintendente de Pensiones, y gozarán de autonomía en cuanto al conocimiento y calificación de las invalideces sometidas a su consideración. La Superintendencia tendrá la supervigilancia de estas comisiones e impartirá las normas operativas que se requieran para calificar la invalidez.

La Ley 20.255 de reforma previsional, crea un sistema de pensiones básicas solidarias de vejez, PBSV, y de invalidez, PBSI, financiado con recursos del Estado, complementario del sistema de pensiones a que se refiere el decreto ley N° 3.500, de 1980. Conforme a lo dispuesto en el Art. 17 de la mencionada Ley, corresponde también la evaluación y declaración de invalidez de los solicitantes de PBSI a las Comisiones Médicas del DL 3500 en aplicación de estas mismas Normas.

A la pensión básica solidaria de invalidez, PBSI, podrán acceder las personas que integren un grupo familiar perteneciente al 60% más pobre de la población de Chile, que tengan 18 años o más y menos de 65 años de edad, que no tengan derecho a pensión en algún régimen previsional y que acrediten residencia en el territorio de la República de Chile por un lapso no inferior a cinco años en los últimos seis años inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud de PBSI. La invalidez total da lugar al mismo monto de pensión que la invalidez parcial, siendo esta última reevaluable luego de tres años del primer dictamen.

Para la cuantificación del grado de invalidez, tanto de los trabajadores afiliados del Sistema del DL 3.500, como de los solicitantes del Sistema Solidario, las Comisiones Médicas Regionales y la Comisión Médica Central se atenderán estrictamente a las **“Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones”**. Estas normas surgen de la Comisión Técnica de Invalidez establecida en el Decreto Ley N° 3.500 de 1980, y en su reglamento, resueltas por mayoría absoluta de sus miembros y publicados sus acuerdos en el Diario Oficial.

Corresponden a lo que en la terminología internacional se denomina un Baremo de invalidez, escala graduada de referencia que contiene por orden creciente categorías o clases que cuantifican la invalidez.

Surgen de la combinación de conocimientos científicos y el juicio de profesionales que las aplican, teniendo como imperativo resguardar la especificidad que la propia ley les señala. Esto es que su objetivo primordial sea definir los cinco estados en que los impedimentos y menoscabos del solicitante puedan encontrarse:

1. No configurado
2. Configurado, sin menoscabo
3. Menoscabo Laboral Permanente inferior al 50%
4. Menoscabo Laboral Permanente igual o superior al 50%, e inferior a 2/3
5. Menoscabo Laboral Permanente igual o superior a 2/3.

Las principales fuentes de origen están en la opinión de los especialistas de cada capítulo, el consenso entre ellos y la práctica médica basada en evidencias.

Estas normas aportan un **método** que razonablemente mide las consecuencias que el impedimento físico o mental produce sobre las habilidades laborales. Para ello, relacionan los impedimentos con las dificultades que estos ocasionan en las actividades de la vida diaria. El resultado de esta ponderación refleja la pérdida de capacidad para efectuar cualquier trabajo que exige nuestro Sistema de Pensiones.

Para asegurar **reproducibilidad** de resultados en su aplicación, los médicos y profesionales afines deben ser capacitados. Los antecedentes médicos de evaluación constituyen información privada a los cuales debe garantizarse confidencialidad.

La individualización de los impedimentos deberá provenir del conocimiento médico disponible basado en la objetividad científica, lo que otorga **consistencia**. Las manifestaciones físicas o síquicas deberán encontrar apoyo en signos clínicos o anormalidades medibles para tener **concordancia**.

## INSTRUCCIONES GENERALES PARA EL USO DE ESTAS NORMAS

### IMPEDIMENTO Y MENOSCABO LABORAL PERMANENTE

La enfermedad, alteración, pérdida, evidencia médica, discapacidad o debilitamiento de las fuerzas físicas o intelectuales que afecta la capacidad de trabajo se denomina **Impedimento** en el programa de pensiones de la Seguridad Social, para diferenciarlo de las patologías o enfermedades que es la acepción de uso en el programa de Salud.

Se denomina **Menoscabo Laboral** a la pérdida, limitación o restricción para el desarrollo de las Actividades de la Vida Diaria que producen los impedimentos. **Menoscabo Laboral Permanente** a la expresión porcentual definida en las normas que determina el impacto sobre las aptitudes laborales y exigencias del trabajo de los Impedimentos y Factores Complementarios. Su determinación es propia de las Comisiones Médicas.

La relación causa-efecto entre **Impedimento** y **Menoscabo Laboral Permanente** permite declarar la invalidez.

Los impedimentos pueden acreditarse bajo estado de configuración o no configuración. Sólo al impedimento configurado puede asignarse el menoscabo laboral permanente que dicta esta norma.

El **impedimento configurado** es aquel que cumple con los cinco requisitos siguientes:

1. Es **objetivable** según conocimientos médicos actualizados.
2. Es **demostrable** por medios clínicos, de laboratorio, pruebas funcionales o imagenología.
3. Las medidas generales y terapias médicas o quirúrgicas **accesibles** por el afiliado se cumplen o están finalizadas. La inaccesibilidad a tratamientos por su complejidad o costo está demostrada por peritaje sociolaboral.
4. La evolución según la probabilidad médica se ha **estabilizado o en agravación** y no existe en el estado actual del arte tratamientos accesibles que reviertan la condición,
5. Los **periodos de observación** clínica indicados en estas normas para las especialidades respectivas están cumplidos. **Harán excepción de esto, aquellos impedimentos cuyo curso clínico sean objetivamente irremediables.**

El trabajo evaluador que desempeñan los Médicos Asignados, Interconsultores y Asesores, cuando les corresponda, y demás profesionales tiene como objetivo la

acreditación del estado del Impedimento y su condición de configuración o no configuración, aportando los sustentos técnicos que permitan definir el cumplimiento de los requisitos mediante los exámenes o pericias que corresponda y el cumplimiento de los esquemas terapéuticos según los protocolos y plazos establecidos en la práctica médica.

Corresponderá al médico asignado y al interconsultor especialista, cuando sea requerido, señalar la concordancia entre síntomas y signos que le da el carácter objetivo al impedimento configurado, y recomendar los exámenes necesarios que permitan sustentar su carácter de demostrable.

En ausencia de alguno de estos cinco requisitos, el impedimento se considerará **no configurado**, y por lo tanto, no procederá asignar **Menoscabo Laboral Permanente**.

Existiendo posibilidades de acceso a tratamiento a través de Garantías Explícitas de Salud (GES) u otros programas ministeriales, estos esquemas de terapia se considerarán exigencias mínimas para configurar, con excepción de las terapias paliativas.

Para establecer la real accesibilidad a una determinada terapia, la Comisión Médica podrá instruir que por medio de un Peritaje Sociolaboral se obtenga información de la autoridad del centro asistencial que corresponda al solicitante precisando si se tiene en vista la aplicación de tratamientos disponibles y tiempo de latencia o de espera para su eventual realización. Deberá considerarse además la posibilidad de modificación de la conducta terapéutica por parte del tratante, la existencia de red de apoyo, condiciones de ruralidad, distancia a los centros de atención terciarios u otros.

Para evaluar la accesibilidad física y económica a terapias, la Comisión, indicará al perito los procedimientos terapéuticos específicos requeridos y sus características generales, a fin de dirigir con mayor precisión la investigación. El Peritaje deberá determinar las posibilidades de acceso a través de la cobertura de salud del solicitante. Si se trata de un procedimiento terapéutico excepcional deberá evaluar todas las opciones a través de programas especiales del Fondo Nacional de Salud, FONASA; del Servicio Nacional de Discapacidad, SENADIS; del Ministerio de Salud u otras instituciones, incluyendo la verificación de otras posibilidades para ese solicitante en particular.

Si se conociera de un rechazo justificado a terapias curativas accesibles por el afiliado, se exigirá un periodo mínimo de doce meses de observación por parte de la Comisión antes de configurar el Impedimento. Corresponderá a la Comisión discernir sobre los casos de rechazo no justificado a terapias.

Los **Impedimentos no configurados** no señalan ausencia de enfermedad, sólo el incumplimiento de las condiciones que permiten considerarlos para calificar la invalidez.

## IMPEDIMENTOS COMUNES Y PROFESIONALES

Conocida es la existencia de Impedimentos cuyo origen es de ocurrencia común o natural y otros que provienen de accidentes laborales o enfermedades profesionales. El D.L N° 3.500, otorga cobertura sólo a los impedimentos de naturaleza común, y la ley N°16.744 a los de origen laboral o profesional. Las Comisiones Medicas remitirán los antecedentes a los organismos competentes cuando el informe del Médico Asignado o del Interconsultor estime el origen en un accidente laboral o enfermedad profesional, pudiendo complementar el informe con peritajes de expertos en riesgos laborales y sociales a fin de justificar su envío.

Se entiende por **accidente del trabajo** toda lesión que una persona sufra a causa o con ocasión del trabajo, y que le produzca incapacidad o muerte. Son también accidentes del trabajo los ocurridos en el trayecto directo, de ida o regreso, entre la habitación y el lugar del trabajo, y aquellos que ocurran en el trayecto directo entre dos lugares de trabajo, aunque correspondan a distintos empleadores. Exceptúanse los accidentes debidos a fuerza mayor extraña que no tengan relación alguna con el trabajo y los producidos intencionalmente por la víctima.

Son **enfermedades profesionales** las causadas de una manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte. El reglamento de la Ley 16.744 enumera las enfermedades que deberán considerarse como profesionales, y esta nómina se revisa por lo menos cada tres años. Si algunas enfermedades no estuvieren contempladas en la lista referida anteriormente y se hubiesen contraído como consecuencia directa de la profesión o del trabajo realizado, será la Superintendencia de Seguridad Social la que dicte la resolución correspondiente determinando si tiene, en definitiva, el carácter de profesional.

## IMPEDIMENTOS DE ORIGEN SISMICO

Como consecuencia de sismos o maremotos, los afiliados cubiertos por el Seguro de Invalidez y Sobrevivencia, SIS, pueden quedar con impedimentos configurados, condición que debe quedar establecida en la evaluación a partir de lo expresado por el afiliado al momento de la solicitud y en conformidad con los antecedentes médicos y administrativos disponibles. En tales casos, las Comisiones Médicas deben registrar esta circunstancia en el Dictamen correspondiente, ya que en estas situaciones dicho seguro tiene una forma de financiamiento diferente.

## INVALIDEZ PREVIA Y POSTERIOR A LA AFILIACIÓN

A las Comisiones Médicas Regionales y Comisión Médica Central les corresponde la determinación de la fecha de ocurrencia de la invalidez. Para los **afiliados cubiertos por el SIS**, cuya invalidez se hubiera producido antes de la fecha de afiliación al Sistema de

Pensiones o con posterioridad a su incorporación, existen fórmulas distintas de financiamiento. Si en estos casos se dictamina invalidez previa, los afiliados no recibirán el aporte de las Compañías Aseguradoras para el cálculo de su pensión, debiendo ser financiada solamente con el fondo de capitalización acumulado a la data de la invalidez.

Para los afiliados no cubiertos por el SIS, y los beneficiarios del Sistema de Solidario de Pensiones, esta determinación no resulta procedente.

La invalidez previa o posterior a la afiliación tiene su fundamento en la **comprobación de capacidad de trabajo**. El afiliado podrá encontrarse enfermo antes de afiliarse al sistema, pero no necesariamente inválido. La comprobación de una real capacidad de trabajo posterior a su ingreso al nuevo Sistema de Pensiones permitirá declarar la invalidez producida con posterioridad a la afiliación. Para dictaminar estos casos, **el peritaje socio-laboral resulta indispensable**, con profesionales capacitados que elaboran sus informes sobre la base de una historia laboral, que identifique al Empleador, su dirección, la naturaleza de los servicios o puesto de trabajo, el lugar donde se desarrolló el trabajo, la forma y periodo de pago de remuneraciones acordadas, la duración y distribución de la jornada de trabajo, plazo del contrato, negociación colectiva si la hubiere, beneficios estipulados expresamente, causales de término del contrato, aspectos de calidad en desempeño y productividad, condiciones especiales, subordinación u otros considerandos relevantes para el dictamen o resolución de la Comisión.

Se entenderá como real capacidad de trabajo a la actividad laboral donde la tarea, a juicio médico, resulta concordante con las restricciones en las actividades de la vida diaria provocadas por el o los Impedimentos. Conocida es la realidad que algunas personas con una discapacidad requieren ayudas especiales y necesarias para el cumplimiento de la labor, según el impedimento o discapacidad que los afectan, otorgadas por los empleadores, respecto de los que no lo son para la misma función, situación que no desvirtúa su desempeño laboral.

De igual modo, una vez establecida la demostración de capacidad de trabajo, la Comisión deberá indagar sobre la causa que determina la incapacidad de seguir trabajando, derivada de un empeoramiento o agravamiento del impedimento invocado, la adición de otro nuevo que acentúa las dificultades para el desempeño laboral o de un cambio en las condiciones laborales que impide continuar ejecutando la tarea.

## **ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y CAPACIDAD LABORAL**

Para calificar el Menoscabo Laboral Permanente, estas normas optan por el criterio de **Pérdida en la Capacidad General de Trabajo** utilizando el método que relaciona los Impedimentos físicos o mentales con las interferencias que estos producen sobre las

actividades de la vida diaria. Esto permite establecer la similitud entre las dificultades para la vida diaria con las que tiene el trabajador para desarrollar cualquier trabajo.

Se consideran **actividades de la vida diaria** contenidas en cuatro áreas:

**1. Area de actividades esenciales de la vida diaria:**

- Alimentarse.
- Vestirse y Desnudarse.
- Sentarse y Levantarse.
- Levantarse y Acostarse.
- Asearse.
- Evacuar intestino y vejiga
- Dormir y descansar
- Deambular y desplazarse en domicilio.
- Salir del domicilio en caso de peligro

**2. Area de actividades domésticas de la vida diaria:**

- Cocinar
- Asear espacios.
- Cuidado de la ropa.
- Ordenar habitaciones.
- Ocuparse de niños.
- Capacidad de usar dinero
- Responder a urgencias
- Hacer compras
- Cuidar salud personal
- Usar medios de comunicación

**3. Area de actividades de desplazamiento fuera del domicilio en la vida diaria:**

- Bipedestación.
- Marchar a pie.
- Desplazarse en vehículos.
- Desplazarse en transporte colectivo.
- Desplazarse en sillas de ruedas
- Desplazarse en planos inclinados

**4. Area de actividades de eficiencia social en la vida diaria:**

- Interacción social
- Resolución de problemas
- Memoria
- Comprensión
- Expresión
- Capacidad de mantención y respeto de vínculos socio-culturales.

- Practicar deportes
- Participar de actividades lúdicas

Se define como **capacidad laboral**, al conjunto de aptitudes que permiten asumir las exigencias de cualquier puesto de trabajo y **Autonomía**, a la capacidad de efectuar las actividades de la vida diaria sin ayuda o supervisión de terceros. El compromiso de la autonomía caracteriza a los impedimentos calificados en Clase IV o superiores.

## CLASIFICACIÓN DEL MENOSCABO LABORAL PERMANENTE

Estas normas se encuentran divididas por capítulos de los sistemas orgánicos e impedimentos comprometidos en la evaluación y calificación de la invalidez. El menoscabo laboral permanente se sistematiza, en la mayoría de los capítulos, en cinco clases con sus respectivas asignaciones porcentuales. El rango de los valores de cada clase permite discriminar desde mínimo a máximo, es decir, calificar con rangos altos, medios o bajos al interior de una misma clase. El informe del Médico Asignado o del Interconsultor correspondiente deberá pronunciarse sobre estas magnitudes para permitir la mejor decisión de la Comisión.

Para asegurar que la interferencia del impedimento en actividades de la vida diaria sea reflejo del Menoscabo Laboral Permanente, las Comisiones Médicas y los interconsultores deberán utilizar las magnitudes de **Intensidad** y **Frecuencia** señaladas en estas normas, aunque difieran de los utilizados habitualmente en la práctica clínica de la especialidad correspondiente.

La clasificación del Menoscabo Laboral Permanente define a la **INTENSIDAD** de los síntomas y signos del Impedimento, como la magnitud que especifica a la Clase. Para determinar que concurren los requisitos de una Clase los fundamentos deberán ser objetivos y demostrables, acreditando las alteraciones de los exámenes y pruebas funcionales o imágenes que resulten concordantes con la interferencia en actividades de la vida diaria. Existiendo un impedimento configurado con síntomas o signos de intensidad suficiente para una u otra clase, corresponderá reconocer la clase de aquél que provoca el mayor menoscabo laboral.

En la **intensidad** distinguimos:

Categoría	Descripción	Calificación
<b>Intensidad leve o</b>	los síntomas y signos son una molestia, se controlan por tratamientos circunstanciales,	Clase I

<b>ligera</b>	medidas generales como régimen alimenticio o cambios en el ritmo de la actividad.	
<b>Intensidad moderada o media:</b>	los síntomas y signos requieren tratamientos continuos para su control	Clase II
<b>Intensidad importante:</b>	los síntomas y signos son controlados parcialmente por tratamientos continuos.	Clase III
<b>Intensidad severa:</b>	los síntomas y signos requieren tratamientos especializados o complejos.	Clase IV
<b>Intensidad grave:</b>	los síntomas y signos no se controlan a pesar del tratamiento especializado.	Clase V

La clasificación de menoscabos define a la **FRECUENCIA** con que se comprometen las actividades de la vida diaria, como la categoría que permite discriminar el rango al interior de la clase.

En la **frecuencia** distinguimos:

<b>Categoría</b>	<b>Descripción</b>	<b>Rango</b>
<b>Frecuencia intermitente</b>	se manifiestan alternando días sin período definido.	bajo
<b>Frecuencia ocasional</b>	se manifiestan diariamente y en ocasiones conocidas	bajo
<b>Frecuencia habitual:</b>	se manifiestan diariamente durante la mitad del día despierto.	medio
<b>Frecuencia constante</b>	se manifiestan diariamente durante todo el día despierto	alto
<b>Frecuencia permanente</b>	se manifiestan diariamente las 24 horas del día, alterando el descanso nocturno	alto

En impedimentos configurados, que no cuenten con tabla específica, para establecer el rango dentro de cada Clase y la frecuencia sea poco objetivable, corresponderá al interconsultor aportar los fundamentos técnicos que sirvan a la Comisión para determinar dicho rango o en ausencia de aquel, la propia Comisión deberá discernir, consignando sus fundamentos en el expediente.

Para el caso de impedimentos como visión subnormal, hipoacusia, amputaciones, entre otros, las clases y rangos no se emplean, determinándose el menoscabo porcentual por medio de la aplicación de tablas especiales, o de una fórmula específica señalada en el capítulo correspondiente.

## CLASES DE APLICACIÓN GENERAL

Estas normas consideran Clases de Aplicación General, que podrán ser empleadas exclusivamente si un Impedimento configurado no está considerado o no es homologable a otro de similares alteraciones morfofisiológicas o funcionales en el capítulo respectivo.

Los capítulos incluyen parámetros clínicos propios de cada especialidad y requisitos respecto al grado de limitación en actividades de la vida diaria; siendo este último el método general de calificación de estas normas.

La correcta aplicación de las magnitudes de **intensidad y frecuencia** permite que el porcentaje de **Menoscabo Laboral Permanente** se ajuste a la efectiva pérdida de capacidad general de trabajo.

### **Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%**

- Los síntomas y signos funcionales comprometidos son ligeros, constituyen una molestia. Tratamientos circunstanciales o medidas generales logran su control. (Régimen alimenticio y Ritmo de la actividad)
- El examen clínico es normal o con anomalías menores, si hay déficit este es mínimo.
- El estado general está conservado.
- La capacidad de esfuerzo o respuesta a exigencias es normal para demandas importantes.
- La autonomía es total. En algún grupo de las actividades de la vida diaria hay interferencias.

### **Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%**

- Los síntomas y signos funcionales son moderados, necesitan tratamientos continuos.
- El examen clínico revela anomalías moderadas, siempre con déficit.
- El estado general está comprometido moderadamente.
- La capacidad de esfuerzo o respuesta a exigencias es satisfactoria para demandas corrientes.
- La autonomía es total. En algún grupo de las actividades de la vida diaria hay interferencias.

### **Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%**

- Los síntomas y signos funcionales son importantes, pese a tratamientos continuos el control de ellos es parcial.
- El examen clínico muestra anomalías evidentes.

- El estado general tiene compromiso importante.
- La respuesta a exigencias es satisfactoria para demandas medianas sostenidas por períodos limitados.
- La autonomía es total. En algún grupo de las actividades de la vida diaria hay interferencias.

**Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50% -66%**

- Los síntomas y signos funcionales son severos, requieren tratamientos especializados o complejos.
- El examen clínico revela trastornos mayores.
- El estado general tiene compromiso severo.
- La capacidad de esfuerzo o respuesta a exigencias menores está limitada.
- La autonomía está restringida o se hace completa con adaptaciones. En algún grupo de las actividades de la vida diaria hay interferencias severas y requiere supervisión ocasional.

**Clase V Menoscabo Laboral Permanente de 67% o más**

- Los síntomas y signos funcionales son graves.
- El examen clínico muestra trastornos graves.
- El estado general se encuentra comprometido notablemente.
- La capacidad de esfuerzos o respuesta a exigencias es mínima o ninguna.
- Requiere supervisión constante o reclusión en su hogar o establecimiento

## **SUMA COMBINADA**

En la evaluación y calificación de invalidez el Impedimento invocado como invalidante puede ser más de uno. La calificación del Menoscabo Laboral Permanente se hará para cada Impedimento y su resultado final se calculará por el procedimiento de **Suma Combinada**.

La Comisión deberá considerar que la correcta aplicación de este procedimiento asegure que el **Menoscabo Laboral Permanente** resultante refleje fielmente la restricción de las aptitudes laborales acreditadas en la evaluación, evitando la doble ponderación de impedimentos.

Esta suma es aplicable si se cumplen los siguientes requisitos:

1. Los Impedimentos a sumar afectan distintas áreas de actividades de la vida diaria, y
2. Los Impedimentos a sumar, en conjunto, agravan el menoscabo laboral, y

3. Uno de los Impedimentos a sumar está clasificado al menos en Clase III (35%-49%) o representa por sí sólo 35% o más; o bien, impedimentos pertenecientes a un mismo capítulo que afectan la misma área de actividades de la vida diaria y se potencian entre sí, sumados combinados alcanzan 35% de menoscabo global o más.

Excepcionalmente, existiendo tres o más impedimentos configurados de distinto capítulo, que ameriten Clase II Alta o 34% de menoscabo, según tabla del capítulo correspondiente, que afecten distintas áreas de actividades de la vida diaria y que agraven el menoscabo laboral, atendiendo la necesidad de reevaluar los impedimentos durante el periodo transitorio, procederá otorgar invalidez parcial de 50%.

Cuando corresponda efectuar la reevaluación de estos casos, las Comisiones Médicas deberán evaluar el estado de los impedimentos a esa data y obrar en consecuencia bajo las mismas premisas señaladas.

Las Comisiones decidirán su aplicación, fundamentando su decisión y consignándola en el expediente.

### **CÁLCULO DEL MENOSCABO POR SUMA COMBINADA**

Menoscabo por suma combinada (MSC), corresponde al porcentaje total de pérdida de capacidad de trabajo, a causa de uno o más impedimentos. Su valor se determina de la siguiente manera:

$$MSC = \sum_{t=1}^n MI_t$$

Donde:

t = Subíndice utilizado para identificar el número de impedimentos consideradas en el cálculo del MSC, comenzando con el valor 1 para el primero, hasta "n" para el último.

MI<sub>t</sub> = Es el valor del menoscabo que aporta cada impedimento, expresado en tanto por ciento.

Condición:

Para el caso de MI<sub>t</sub> siempre asume como valor FI<sub>t</sub>, ya que MI<sub>0</sub> es igual a cero debido a que el individuo está sano.

$$MI_t = (CR_t * FI_t) / 100$$

CR<sub>t</sub> = Corresponde a la capacidad de trabajo residual disponible a causa

Todos los impedimentos anteriores a "t", expresados en tanto por ciento.

$FI_t$  = Corresponde al factor de menoscabo del impedimento "t", que se aplica sobre la capacidad de trabajo residual disponible para dicho impedimento, expresado en tanto por ciento.

$$CR_t = (100 - \sum_{t=1}^{n-1} MI_t)$$

Aplicación práctica:

IMPEDIMENTOS	$FI_t$	$CR_t$	$MI_t$	MSC	MSC (%)
$I_1$	40	100 (100- $MI_0$ )	40 (1*40)	40	40%
$I_2$	20	60 (100-40)	12 (60*0.2)	52 (40+12)	52%
$I_3$	15	48 (100-52)	7 (48*0.15)	59 (40+12+7)	59%
$I_4$	10	41 (100-59)	4 (41*0.1)	63 (40+12+7+4)	63%

Al Impedimento 1 se asigna 40%; para ser adicionado el Impedimento 2, que asigna 20%, se calcula ese 20% sobre la capacidad residual 60%, significando por tanto 12%, que en suma combinada resulta 52%, y así sucesivamente.

Los impedimentos se ordenan según gravedad de mayor a menor. La magnitud del porcentaje de menoscabo es el indicador de gravedad. Esta metodología permite también construir estadísticas de morbilidad en invalidez.

Cuando exista más de un impedimento configurado, deberán expresarse todos en la tabla final, procediendo a la suma combinada, cuando corresponda, aun cuando con el primero alcance para invalidez total.

Algunos menoscabos de impedimentos configurados como Hipoacusia, Lesión neural periférica, entre otros, debido a la aplicación de tablas o de fórmulas específicas, pueden ser expresados con decimales.

Para efectos prácticos, en general **los menoscabos parciales** deberán consignarse hasta con un decimal, considerando para ello la regla de aproximación siguiente: Si el segundo decimal es igual o mayor a 5 se suma 1 al decimal anterior, ej.: 13,46% queda en 13,5%; si el segundo decimal es inferior a 5, se cierra en el decimal anterior, sin alterarlo,

ej.: 21,74% queda en 21,7%.

Para la expresión del **menoscabo global**, correspondiente al menoscabo laboral permanente, derivado del asignado a un impedimento o de la suma combinada de 2 o más menoscabos parciales, deberán considerarse solamente números enteros, aplicando la regla de aproximación siguiente: Si el decimal es igual o superior a 5, se suma 1 al entero, ej.: 66,6% queda en 67%; si el decimal es inferior a 5, se cierra en el entero, sin alterarlo, ej.: 41,3% queda en 41%.

## FACTORES COMPLEMENTARIOS

El Menoscabo Laboral Permanente en la capacidad de trabajo establecido en el D.L. N° 3.500 de 1980, considera el criterio de incapacidad general de trabajo. Es decir, la invalidez declarada en favor de un afiliado traduce su incapacidad para efectuar cualquier trabajo por su compromiso deficitario fisiológico o intelectual. Cuando la invalidez afecta el desempeño del propio trabajo y su posibilidad de reconversión laboral estas normas permiten asignar **Factores Complementarios**.

La edad y el nivel educacional son los factores de mayor incidencia en la reconversión laboral y uso de la capacidad residual de trabajo.

La asignación de estos Factores Complementarios sólo es posible si el menoscabo determinado es a lo menos Clase III (35-49%) ó 35% de Menoscabo Global, según tabla especial para alguno de los impedimentos evaluados. Corresponderá entonces sumar **aritméticamente** los siguientes valores máximos:

<b>Factores Complementarios</b>	<b>% de Menoscabo</b>
<b>Edad Cronológica</b>	
41 – 45 años	2
46 – 50 años	3
51 – 55 años	4
56 o más años	5
<b>Nivel Educacional</b>	
Analfabeto Funcional	5
Ed. Básica	4
Ed. Media	3
Ed. Superior	2

## CAPITULO I

### SISTEMA OSTEOMIOARTICULAR Y TEJIDO CONJUNTIVO

#### INTRODUCCIÓN

Estas normas entregan criterios para evaluar y calificar los Impedimentos osteomioarticulares y del tejido conjuntivo, su configuración y el Menoscabo permanente en la capacidad general de trabajo, expresado en las interferencias que producen sobre las áreas de actividades esenciales, domésticas y de desplazamientos en la vida diaria. Tales impedimentos provienen de patologías ortopédicas, traumáticas e inflamatorias.

Ortopedistas y Traumatólogos, Reumatólogos, Fisiatras y Neurocirujanos encontrarán en este capítulo la forma de evaluar Impedimentos y calificar el Menoscabo Laboral.

La configuración del Impedimento osteomioarticular y del Tejido Conjuntivo puede establecerse luego de un período mínimo de seis meses de tratamientos médicos y rehabilitadores de acuerdo a la práctica médica de la especialidad. Si recibió terapia quirúrgica, doce meses desde la última intervención sin evidenciar mejoría o recuperación de la capacidad de trabajo. El especialista correspondiente fundamentará las excepciones para configurar el Impedimento antes de los periodos señalados.

En situaciones de indicación protésica articular, instrumentación de columna u otro procedimiento similar, el impedimento se estimará configurado cuando ésta no se haya realizado, sólo en aquellos casos que estén en control en un Servicio de Salud y allí se haya descartado la opción quirúrgica, ya sea por existir contraindicación operatoria o por falta de cobertura a través del Servicio de Salud, FONASA, SENADIS o instituciones similares, avalado todo aquello por peritaje sociolaboral.

Especial interés adopta en este capítulo la naturaleza común o profesional del Impedimento, el origen accidental común o laboral deberá ser informado por el Médico asignado, por el interconsultor o por el médico asesor, cuando corresponda. La cobertura es distinta y existen incompatibilidades legales que hacen necesario indagar las circunstancias predisponentes y desencadenantes de la incapacidad. El especialista deberá informar a la Comisión Médica y ésta derivar los antecedentes al organismo competente para discernir.

Este capítulo comprende los siguientes Impedimentos:

- A. Artropatías: Artropatías infecciosas, Artropatías reactivas, Artropatías por cristales, Poliartropatías inflamatorias, Artrosis, Inestabilidades y Rigideces articulares,

Deformidades articulares.

- B. Dorsopatías: Dorsopatías deformantes, Espondilopatías, Discopatías, Hernias Discales, Inestabilidades del Raquis.
- C. Osteopatías y Condropatías: Osteoporosis, Osteomalacia, Osteomielitis, Osteocondrosis, Enfermedades óseas metabólicas.
- D. Trastornos de los Tejidos Blandos: Trastornos Musculares, Trastornos de los tendones y de las sinoviales, Bursopatías, Trastornos Fibroblásticos, Entesopatías, Fibromiagia y Síndrome de Fatiga Crónica, Atrapamientos neurales.
- E. Trastornos Sistémicos del Tejido Conjuntivo: Poliarteritis, Vasculopatías, L.E.S., Dermatopolimiositis, Esclerosis Sistémica, Síndrome seco, Enfermedad Mixta del tejido Conjuntivo o Síndromes superpuestos.
- F. Traumatismos Osteomusculares y del Tejido Conjuntivo: Fracturas, Luxaciones, Inestabilidades, Heridas, Quemaduras, Congelamientos, Complicaciones de la atención, Tóxicos, causas externas en general.
- G. Amputaciones

## **EVALUACIÓN**

La evaluación exige una anamnesis próxima y remota del Impedimento, examen físico general y segmentario con los procedimientos propios de las especialidades concurrentes. El apoyo de laboratorio, según lo determine el especialista en cada caso particular, incluirá: Hemograma, VHS, Nitrógeno Ureico, Creatinina, Calcemia, Fosfemia, TGO y TGP, CPK, Fosfatasas Alcalinas, Factor Reumatoideo, AAN, Ac Anti-DNA, Ac Anti-ENA, Anti-CCP, ANCA, Ac. Anti-cardiolipinas, VDRL.

En Imagenología: Radiografías, Ecotomografías, Tomografías axiales computadas, Resonancias Nucleares Magnéticas, Densitometrías, Cintigrafías.

En Electrodiagnóstico: Electromiografías y Potenciales evocados.

## **CALIFICACION DEL MENOSCABO LABORAL PERMANENTE**

En este capítulo, la calificación del Menoscabo permanente, en la capacidad de trabajo producto de impedimentos configurados del sistema osteomioarticular y del tejido conjuntivo, se efectúa usando la sección correspondiente al segmento afectado. De existir

más de un segmento alterado, la calificación se ajustará a los requisitos señalados en el procedimiento de suma combinada de las instrucciones generales de estas normas.

- A. Columna Vertebral
- B. Extremidades superiores
- C. Extremidades inferiores
- D. Impedimentos Reumáticos Inflamatorios
- E. Trastornos Sistémicos del Tejido Conjuntivo
- F. Amputaciones
- G. Enfermedades óseas metabólicas.

**A. Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos de la Columna Vertebral (considerada como un todo).**

La clase está determinada por la intensidad de los síntomas y signos; el rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso sobre las actividades de la vida diaria.

**Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%**

Pertenecen a esta clase las personas cuyo dolor o rigidez dan molestias ligeras. Presentan escasa limitación de los movimientos y contracturas musculares pasajeras. La fuerza muscular está conservada y no existen alteraciones neurológicas.

Las imágenes demuestran cambios anatómicos mínimos.

En lo terapéutico requieren medicamentos analgésicos circunstanciales.

La capacidad de esfuerzo es normal. La autonomía es completa.

**Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%**

Pertenecen a esta clase las personas que tienen dolor o rigidez moderada. En el examen físico, se detectan puntos dolorosos articulares, manifestaciones a distancia en los dermatómos o miótómos correspondientes. Limitaciones de la movilidad en más de un arco de movimiento, actitud antiálgica. Fuerzas musculares conservadas y clínicamente sin alteración neurológica.

Las imágenes muestran cambios anatómicos evidentes.

En lo terapéutico, requieren medicamentos analgésicos, relajantes musculares y rehabilitación.

La capacidad de esfuerzo es reducida, el transporte de pesos está limitado. La autonomía es completa.

**Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%**

Teniendo en consideración la doble función de la columna vertebral en cuanto a sostener erguido al individuo como soporte del sistema musculoesquelético, y la protección de las estructuras neurales, el compromiso neurológico clínico es el sello de esta clase.

Pertenecen a esta clase las personas cuyo dolor y rigidez es importante, se encuentra dificultado el mantenimiento de posturas. En el examen físico, hay disminución importante de la movilidad en todos los arcos explorados, con actitudes viciosas, signología neurológica sensitivo-motora, hiporreflexia.

Las imágenes demuestran cambios anatómicos evidentes. En lo terapéutico, requieren tratamiento continuo con analgésicos, relajantes musculares y rehabilitación. Si ha tenido tratamiento quirúrgico, requiere abordaje terapéutico para manejo del dolor, con historia clínica que objetive su seguimiento y evolución. La autonomía es completa.

#### **Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50% -66%**

Pertenecen a esta clase las personas en las cuales el dolor y la rigidez son severos y obligan a mantener posturas determinadas. La exploración física revela vicios estáticos, rigidez acentuada, signología neurológica.

En lo terapéutico, requiere tratamiento continuo con analgésicos mayores, antiinflamatorios esteroidales, relajantes musculares y rehabilitación. A menudo han sido objeto de múltiples cirugías con resultado frustrado.

La capacidad de esfuerzo está alterada en las actividades de la vida diaria.

Existe autonomía, pero requieren ayudas técnicas.

#### **Clase V Menoscabo Laboral Permanente de 67% o más**

La persona pertenece a esta clase cuando el dolor y la rigidez es grave, y de modo concomitante existe severo compromiso neurológico. Ha sido objeto de múltiples cirugías con resultado frustrado. El estado general revela fatigabilidad extrema y pérdida de masa corporal.

La autonomía está comprometida en diversos grados sin que logre ser independiente para las actividades de la vida diaria.

#### **B. Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos de las Extremidades Superiores**

La Clase está determinada por la intensidad de los síntomas y signos, el rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso sobre las actividades de la vida diaria.

**Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%**

Las personas pertenecientes a esta clase tienen dolor ligero. La función de las extremidades superiores tiene mínimas alteraciones. La exploración física detecta anomalías menores. La capacidad de esfuerzo permite realizar esfuerzos importantes.

La autonomía es completa.

**Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%**

Las personas pertenecientes a esta clase pueden experimentar dolor, limitación torpeza o disminución de fuerzas de intensidad moderada. Hay pérdida de destreza fina. La exploración física revela limitaciones de rangos articulares, dolor a la movilización, desviación de ejes óseos o trastornos circulatorios.

La capacidad de esfuerzos está conservada, pero no permite sostenerse en el tiempo. Transporte de pesos limitado.

La autonomía es completa.

**Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%**

Las personas pertenecientes a esta clase evidencian dolor, disminución de fuerzas, importantes. Hay mala coordinación, alteración de motricidad fina. El examen físico revela deformaciones, desviaciones, pérdida de masa muscular, rangos articulares muy restringidos.

La capacidad de esfuerzo es limitada a medianos esfuerzos. Existe interferencia en algunas áreas de la vida diaria.

La autonomía es completa.

**Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50% - 66%**

Las personas pertenecen a esta clase cuando existe una severa disminución de la eficacia de los movimientos que interfiere en el autocuidado. No puede tomar y levantar objetos, no puede escribir, come con ayuda técnica, requiere ayuda para vestirse. La exploración física revela anquilosis o rigideces importantes de una o más articulaciones mayores. Con defectuosa estructuración de movimientos y trastornos tróficos.

La capacidad de esfuerzo está severamente comprometida y no puede sostenerla en el tiempo.

La autonomía está restringida con adaptaciones.

**Clase V Menoscabo Laboral Permanente de 67% o más**

Las personas pertenecientes a esta clase tienen una grave alteración de la estructuración de los movimientos y su precisión. Las fuerzas de las extremidades

superiores son mínimas. En la exploración física existen importantes o múltiples limitaciones articulares. La capacidad de esfuerzo se restringe a actos mínimos. Extremidad no funcional, no útil.

La autonomía está comprometida sin que logre ser independiente para las actividades de la vida diaria.

### **C. Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos de la pelvis, y de las Extremidades Inferiores**

La clase está determinada por la intensidad de los síntomas y signos; el rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso sobre las actividades de la vida diaria.

Los síntomas y/o signos más relevantes de estos impedimentos son el dolor y la dificultad de la marcha, originados en trastornos neurológicos o en alteraciones osteomioarticulares.

Los trastornos neurológicos configurados que afectan la marcha, (en guadaña, tabética, espástica, etc.), corresponden a los cuadros clínicos que les dan origen, en cuyo caso serán evaluadas de acuerdo al capítulo de impedimentos neurológicos.

Los impedimentos osteoarticulares configurados y únicos serán calificados conforme a la clase correspondiente; en tanto que si son múltiples deberán considerarse en conjunto para su calificación, siendo improcedente su valoración individualmente.

#### **Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%**

Pertenecen a esta clase las personas cuyos síntomas son leves. La limitación de movimientos es mínima. La capacidad de esfuerzo y el rendimiento se mantiene, pero tiene dificultad con escaleras y desniveles.

#### **Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%**

Pertenecen a esta clase las personas cuyos síntomas son moderados. Al examen físico se detectan limitaciones de rangos articulares, alteración de ejes menores y trastornos tróficos.

La capacidad de marcha se encuentra limitada a 2-3 cuerdas, y en todo terreno, especialmente en escaleras, debiendo usar pasamanos; dificultad con rampas y desniveles.

#### **Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%**

Las personas de esta clase tienen síntomas importantes. Existe limitación de rangos articulares y alteraciones tróficas concordantes con imágenes radiológicas.

La capacidad de esfuerzo está restringida de modo importante. Dificultad para ascenso y descenso de escaleras. Posturas mantenidas se hacen difíciles. Ha requerido o puede requerir procedimientos quirúrgicos mayores, hay interferencias importantes en algunas actividades de la vida diaria. Autonomía completa. Puede andar sólo en terreno llano hasta 1 cuadra, con marcha inestable, con indicación de uso de ayudas técnicas.

**Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50% -66%**

Las personas de esta clase tienen síntomas severos. Al examen físico, presentan limitaciones articulares severas y múltiples. Acortamientos mayores de 3 cms., alteraciones neurológicas. La capacidad de esfuerzo es muy escasa. Para la marcha, posible sólo en terreno llano, utiliza apoyos ortésicos, ortopédicos o protésicos, también necesarias para mantener equilibrio y postura de pie. La autonomía está limitada. Requiere supervisión o asistencia.

**Clase V Menoscabo Laboral Permanente de 67% o más**

Las personas de esta clase tienen síntomas graves. Existe severa restricción de la marcha o anulación motriz. Al examen físico hay limitaciones articulares múltiples. Trastornos tróficos extensos, parálisis. La autonomía es muy escasa y con uso obligado de diversos apoyos técnicos.

**D. Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos Reumáticos Inflamatorios**

La clase está determinada por la intensidad de los síntomas y signos; el rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso sobre las actividades de la vida diaria.

**Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%**

Existe impedimento de Artritis Reumatoidea o afección similar, con artralgiyas migratorias, rigidez matinal, sin sinovitis ni deformidades. Exámenes no tienen alteraciones significativas.

**Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%**

Existen poliartralgiyas, poliartritis simétricas o migratorias, rigidez matinal prolongada. Sinovitis, sin desviación o deformidad. Rangos articulares normales. Exámenes compatibles con Enfermedad articular inflamatoria.

**Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%**

Existen poliartritis, rigidez matinal prolongada, sinovitis, sin desviación o deformidad. Rangos articulares limitados en forma importante para la función. Exámenes compatibles con Enfermedad articular inflamatoria. El control de la sintomatología es sólo parcial con tratamiento esteroidal y/o inmunosupresor. Tiene limitaciones en AVD. Pueden encontrarse alteraciones radiológicas (destructivas): erosiones, geodas, deformaciones y desviaciones articulares, luxaciones y subluxaciones.

**Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50% -66%**

Existen poliartritis, sinovitis con desviación o deformidad. Rangos articulares severamente limitados. Tiene restricciones de marcha y/ o requiere ayuda para el aseo personal y deambulación. No logra controlar su sintomatología a pesar del tratamiento instituido. Exámenes compatibles con Enfermedad articular inflamatoria. Puede tener compromiso sistémico por repercusión secundaria en otros órganos, (renal, respiratorio, vasculitis), con alteraciones de laboratorio concordantes. Puede requerir altas dosis de inmunosupresores. Autonomía con adaptaciones.

**Clase V Menoscabo Laboral Permanente de 67% o más**

Enfermedad inflamatoria poliarticular con graves secuelas osteoarticulares, musculares o cutáneas. Compromiso visceral o sistémico. Autonomía prácticamente nula.

**E. Menoscabo Laboral Permanente por Trastornos de los Tejidos Blandos y Sistémicos del Tejido Conjuntivo**

La clase está determinada por la intensidad de los síntomas y signos; el rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso sobre las actividades de la vida diaria.

**Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%**

Existen síntomas y signos propios del trastorno sistémico del tejido conjuntivo, de intensidad leve. Requiere implementar medidas generales o tratamiento circunstancial.

**Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%**

Existen síntomas y signos propios del trastorno sistémico del tejido conjuntivo moderados, que logran ser controlados por tratamiento continuo.

**Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%**

Existen síntomas y signos propios del trastorno sistémico del tejido conjuntivo importantes, que no logran ser controlados totalmente por tratamiento. Autonomía completa.

**Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50% -66%**

Existen síntomas y signos propios del trastorno sistémico del tejido conjuntivo severos, que no son controlables. Es autónomo con adaptaciones.

**Clase V Menoscabo Laboral Permanente de 67% o más**

El trastorno sistémico del tejido conjuntivo es grave, provoca pérdida de la autonomía en las actividades de la vida diaria. Depende de terceros o está confinado en domicilio.

### **Síndrome Fibromiálgico**

El diagnóstico de Fibromialgia es complejo, de tratamiento multidisciplinario, con respuestas terapéuticas a largo plazo, cuyo eventual menoscabo laboral permanente, está supeditado a la respuesta terapéutica. Corresponde a un trastorno reumatológico de carácter crónico, de respuesta lenta a los tratamientos bien indicados. Puede presentar un trastorno mental concomitante como es frecuente de observar en otras patologías crónicas, que se evaluará por especialista psiquiatra. De corresponder, deberán sumarse los menoscabos combinadamente según las reglas definidas para ello en el capítulo de Introducción, en la medida que tales impedimentos estén configurados; o bien considerarse por separado si solo uno de ellos está configurado a la data de la evaluación. El periodo mínimo de observación de tratamientos bien llevados es de 1 año.

**Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%**

Existen síntomas y signos leves propios del trastorno fibromiálgico con interferencia en algunas de las AVD, con respuesta parcial al tratamiento adecuado.

**Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%**

Existen síntomas y signos moderados propios del trastorno fibromiálgico con interferencia en algunas de las AVD, con escasa respuesta al tratamiento adecuado.

### **Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%**

Existen síntomas y signos importantes propios del trastorno fibromiálgico con interferencia en la mayoría de las AVD, con nula respuesta al tratamiento adecuado.

En la calificación de las patologías inflamatorias y autoinmunes, el requerimiento de **Terapia Esteroidal y /o Inmunosupresora Permanente** o ambos, asignará 10% de menoscabo, que será considerado en el cálculo global de acuerdo al procedimiento de suma combinada. De existir manifestaciones de Síndrome de Cushing iatrogénico, debe evaluarse por las Glándulas Suprarrenales, sumado por procedimiento combinado.

## **F. Amputaciones**

### **a) Menoscabo Laboral Permanente por Amputaciones en las Extremidades Superiores**

El órgano efector de los miembros superiores es la mano. Prácticamente no hay actividad física en la que este órgano esté ausente. Para su efectividad necesita de la mano contra lateral. La ausencia de una mano resta efectividad a la otra.

Las prótesis de extremidad superior son de utilidad menor y su adaptación funcional difícil, por lo que no incidirán en el menoscabo.

Las amputaciones bilaterales suman combinados los menoscabos de cada extremidad.

Corresponderá al especialista el diagnóstico de Amputación Funcional para asignar, si corresponde, el menoscabo de acuerdo a los valores referenciales siguientes:

NIVEL DE LA LESION	MENOSCABO LABORAL PERMANENTE
Desarticulación del hombro.	67% ó más
Amputación del brazo por encima de la inserción del deltoides.	67% ó más
Amputación del brazo entre la inserción del deltoides y la articulación del codo.	50%
Desarticulación del codo	50%
Amputación del antebrazo por debajo de la articulación del codo proximal a la inserción del tendón del bíceps.	50%

Amputación del antebrazo por debajo de la articulación del codo, distal a la inserción del tendón del bíceps.	50%
Desarticulación de la muñeca.	50%
Amputación medio carpiana o medio metacarpiana de la mano incluyendo el pulgar	50%
Amputación del pulgar en la MTC-F	25%
Amputación de todos los dedos excepto del pulgar a nivel de las articulaciones metacarpofalángicas.	35%
Amputación del pulgar en la IF	15%
Amputación del dedo índice a nivel de la articulación metacarpofalángica o con resección del metacarpo	14%
Amputación del dedo mediano a nivel de la articulación Metacarpofalángica o con resección del metacarpo.	14%
Amputación del dedo anular a nivel de la articulación metacarpofalángica o con resección del metacarpo.	5%
Amputación del dedo meñique a nivel de la articulación metacarpofalángica o con resección del metacarpo.	5%
Amputación Anular y Meñique	15%
Amputación dedos índice y medio a nivel de IFP	11%
Amputación dedos anular o meñique a nivel de IFP	6%
Amputación dedos índice y medio a nivel de IFD	6%
Amputación dedos anular o meñique a nivel de IFD	3%

El valor de Menoscabo por amputación considera la pérdida de la función motora y sensitiva. En los Dedos de la mano, órganos prensiles y sensitivos, es necesario referirse al capítulo de Nervios Periféricos además de lo establecido en este capítulo.

#### **b) Menoscabo Laboral Permanente por Amputaciones en las Extremidades Inferiores**

Las Extremidades Inferiores son los órganos del desplazamiento esencialmente. Las Amputaciones bilaterales suman combinados los menoscabos de cada extremidad. El valor de menoscabo por amputación considera la pérdida de función motora y sensitiva. Las prótesis y órtesis de las Extremidades Inferiores permiten restablecer la función de modo significativo la gran mayoría de los casos; considerando que el método general de calificación de estas Normas es el grado de interferencia en actividades de la vida diaria, corresponderá al especialista el diagnóstico de Amputación Funcional para asignar, si corresponde, el menoscabo de acuerdo a los valores referenciales siguientes:

NIVEL DE LA LESION	MENOSCABO LABORAL PERMANENTE
--------------------	------------------------------

Hemipelvectomía Desarticulación de cadera Amputación 1/3 proximal muslo Amputación 1/3 medio y distal Desarticulación de rodilla Amputación bajo rodilla muñón no útil	67% o más
Amputación bajo rodilla muñón útil Amputación sobre tobillo (Syme) Amputación medio tarso sin piel talonaria sana	50%
Amputación pie: Amputación medio tarso (Chopart) con piel talonaria sana Amputación transmetatarsiana con piel talonaria sana	25%
Amputación todos ortejos un pie en MTT-F	21%
Amputación 1 ortejo en MTT-F	15%
Amputación 1 ortejo en IF	7%
Amputación 2 a 5 ortejos	2% cada uno

#### **G. Menoscabo Laboral Permanente por Enfermedades Oseas Metabólicas**

Requieren presencia de uno o más daños anátomo-patológicos.

##### **Gota**

Deformaciones, Osteólisis, Tofos articulares, Nefropatía por Uratos. Clasificar según intensidad y frecuencia de síntomas y signos y sus interferencias en las actividades de la vida diaria de acuerdo a las clases correspondientes.

##### **Condrocálcinosis**

Artrosis secundaria. Clasificar según intensidad y frecuencia de síntomas y signos y sus interferencias en las actividades de la vida diaria de acuerdo a las clases correspondientes

##### **Osteoporosis, Osteomalacia y Enfermedad de Paget**

Deformidad esquelética compresiva, de ejes o fracturaria. Clasificar según intensidad de síntomas y signos y sus interferencias en las actividades de la vida diaria de acuerdo a las clases correspondientes.

## **CAPITULO II**

### **SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y PERIFERICO**

#### **I. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL**

##### **INTRODUCCION**

Estas normas aportan criterios para la evaluar y calificar los Impedimentos del Sistema Nervioso Central, su configuración y el Menoscabo Laboral Permanente en la capacidad general de trabajo expresado en las interferencias que producen sobre las áreas de actividades esenciales, domésticas, de desplazamiento y eficiencia social en la vida diaria.

Se consideran en este capítulo impedimentos originados en:

- A. Cerebro
- B. Médula Espinal
- C. Nervios Craneales

Los impedimentos del Sistema Nervioso Central estarán configurados según la certificación especializada. El impedimento puede establecerse luego de un periodo mínimo de seis meses de tratamientos médicos y rehabilitadores. Si recibió terapia quirúrgica, doce meses desde la última intervención sin evidenciar mejoría o recuperación de la capacidad de trabajo, salvo excepciones señaladas en impedimentos específicos. Conocida la irreversibilidad de los daños neurológicos centrales, el perito interconsultor puede prescindir de plazos en Impedimentos inexorables fundamentando su decisión.

##### **EVALUACIÓN**

La evaluación incluye una completa Anamnesis próxima y remota, Examen físico general y segmentario y Examen neurológico con: Estudio de funciones superiores, Motricidad, Sensibilidad, Reflejos, Tono muscular, Pruebas vestibulares, Pruebas cerebelosas y Pares craneanos.

El apoyo de laboratorio mediante: Electroencefalograma, TAC, RNM, Spect, Radiografías, Mielografías, Arteriografías, Biopsias, Electromiograma, Potenciales evocados, que solicitará el especialista para la configuración del Impedimento y calificar el Menoscabo Laboral Permanente en la capacidad de trabajo.

##### **A. Cerebro**

Se incluye en esta sección a las Enfermedades inflamatorias del SNC, Atrofias sistémicas del SNC, Trastornos extrapiramidales y del movimiento, Enfermedades

desmielinizantes del SNC, Trastornos episódicos y paroxísticos, Tumores del SNC, Síndromes Paralíticos y Enfermedades Cerebrovasculares. Metástasis cerebrales únicas o múltiples cuando el tumor primario sea desconocido.

Los Impedimentos Cerebrales y/o Espinales comprometen los siguientes aspectos: Trastornos motores y sensitivos, Trastornos de la comunicación, Trastornos de las funciones corticales superiores e integradas del Cerebro, Trastornos de las emociones, Trastornos de la conciencia y alerta, Trastornos episódicos cerebrales, Trastornos del sueño y el despertar.

### **Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos Cerebrales y/o Espinales**

La clase está determinada por la intensidad de los síntomas y signos; el rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso sobre las actividades de la vida diaria. El Deterioro Orgánico Cerebral y las demencias se calificará de acuerdo a los criterios del capítulo XI Impedimentos Mentales.

#### **Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1 -14%**

Presenta síntomas y signos de alteración encefálica o espinal leve. Los hallazgos del examen físico y neurológico son menores. Requieren implementar medidas generales o tratamientos circunstanciales.

#### **Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15%-34%**

Presenta síntomas y signos de alteración encefálica o espinal moderados. Los hallazgos del examen físico y neurológico son moderados. Requieren tratamientos continuos.

#### **Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35%-49%**

Presenta síntomas y signos de alteración encefálica o espinal importantes. Los hallazgos de examen físico y neurológico son importantes. Los tratamientos controlan parcialmente los síntomas. Autonomía completa. En algún grupo de actividades de la vida diaria hay interferencias.

#### **Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50%-66%**

Presenta síntomas y signos de alteración encefálica o espinal severos. La exploración neurológica revela anomalías severas. Tiene autonomía dentro del hogar, pero no puede salir sin ayuda. En algún grupo de actividades de la vida diaria hay interferencias y requiere adaptaciones.

## Clase V Menoscabo Laboral Permanente 67% o más

Los síntomas y signos de alteración encefálica o espinal son graves. Existen anomalías mayores al examen neurológico. No tiene autonomía dentro de su hogar ni fuera de él.

### B. Médula Espinal

Calificación según sección anterior.

### C. Nervios Craneales

Se describen lesiones y ponderaciones de menoscabo definidas para los nervios craneales:

NERVIO	LESION	MENOSCABO LABORAL PERMANENTE
I. Olfatorio	Pérdida completa unilateral	0%
	Pérdida completa bilateral	3%
II. Optico	Ver capítulo IX de Sistema Visual	
III-IV-VI. Motor ocular Común – Patético - Motor ocular extremo		
V. Trigémino	Pérdida sensorial completa unilateral	10%
	Pérdida sensorial completa bilateral	35%
	Neuralgia intratable típica del trigémino o tic doloroso	50%
	Neuralgia facial atípica	20%
	Pérdida motora completa unilateral	5%
	Pérdida motora completa bilateral	45%
VII. Facial	Pérdida completa del gusto	3%
	Parálisis completa unilateral	15%
	Parálisis completa bilateral	45%
VIII. Auditivo	Ver capítulo X de Audición, Equilibrio y Fonación	
IX-X-XI. Glossofaríngeo, Vago o Neumogástrico, Espinal, (menoscabo de la <u>deglución</u> debido al deterioro de uno o varios de estos nervios)	Puede ingerir sólo Dieta semi-sólida	15%
	Puede ingerir sólo Dieta líquida	30%
	Alimentación por sonda o por gastrostomía	60%

IX-X-XI. <b>Glosofaríngeo, Vago o Neumogástrico, Espinal,</b> (menoscabo del <u>habla</u> por deterioro de uno o varios de estos nervios)	Ver capítulo X de Audición, Equilibrio y Fonación	
XII. <b>Hipogloso mayor</b>	Parálisis unilateral	0%
	Parálisis bilateral	30%

## **MENOSCABO LABORAL PERMANENTE EN ALGUNOS IMPEDIMENTOS DEL SNC:**

### **Epilepsia:**

La configuración del Impedimento por Epilepsia se efectúa en virtud de datos clínicos referidos al comienzo, frecuencia y duración de las manifestaciones clínicas. Es una enfermedad primaria o secundaria que habitualmente se controla con tratamiento adecuado. En ocasiones y de modo transitorio pueden aparecer crisis comiciales por mala adherencia a la terapéutica, interacciones farmacológicas, privación de sueño o aparición de enfermedades intercurrentes. Para considerar que el solicitante se encuentra adecuadamente tratado debe demostrarse la administración correcta en su dosificación de los fármacos antiepilépticos, mediante examen de niveles plasmáticos. En caso del uso de fármacos antiepilépticos de nueva generación que no sea posible su medición plasmática, deberá comprobarse la administración de la dosis convencional mínima. Todo lo anterior con un tiempo de tratamiento no inferior a un año para proceder a su configuración.

Las epilepsias refractarias con lesiones altamente epileptogénicas: Displasias corticales, Esclerosis hipocampal mesial, de a lo menos 1 año de diagnóstico, demostrada en imágenes, podrán configurarse con un solo fármaco con niveles terapéuticos adecuados fracasado a los 6 meses de tratamiento.

El Menoscabo Laboral Permanente que produzca la Epilepsia dependerá del número y tipo de crisis.

### **Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1%-14%**

Epilepsia diagnosticada y en tratamiento con esquema estable por a lo menos un año. Libre de crisis espontáneas parciales complejas o generalizadas, excepto ausencias, por seis meses o más. Sin efectos adversos significativos de fármacos antiepilépticos

### **Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15%-34%**

Epilepsia diagnosticada y en tratamiento con esquema estable por a lo menos un año. Libre de crisis espontáneas parciales complejas o generalizadas, excepto ausencias por seis meses o más. Con efectos adversos significativos de fármacos antiepilépticos.

### **Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35%-49%**

Epilepsia refractaria a tratamiento persistiendo con crisis espontáneas parciales complejas o generalizadas, excepto crisis de ausencia, a lo menos una vez por mes, a pesar de terapia bien controlada con dos antiepilépticos por no menos de 6 meses. Las crisis no interfieren con su autonomía fuera y dentro de su hogar.

### **Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50%- 66%**

Epilepsia refractaria a tratamiento persistiendo con crisis espontáneas parciales complejas o generalizadas, excepto crisis de ausencia, a lo menos una vez por mes, a pesar de terapia bien controlada con dos antiepilépticos por no menos de 6 meses. A causa de las crisis requiere compañía para salir fuera de su hogar.

### **Clase V Menoscabo Laboral Permanente 67% o más**

Epilepsia refractaria a tratamiento persistiendo con crisis espontáneas parciales complejas o generalizadas, excepto crisis de ausencia, a lo menos una vez por mes, a pesar de terapia bien controlada con dos antiepilépticos por no menos de 6 meses. La frecuencia y características de las crisis hacen que requiera supervisión permanente dentro y fuera de su hogar

## **Enfermedad o Accidente Cerebral Vascular y Medular Vascular**

El Impedimento se configura luego de seis meses o un año de evolución si hubo un procedimiento quirúrgico, usando las clases de los impedimentos Cerebrales y/o Espinales de este capítulo, **considerando manifestaciones como:** afasia motora o sensorial, desorganización persistente y significativa de la función motora de extremidades, etc..

El interconsultor podrá proponer con antelación la configuración del impedimento ya irremediable.

## **Enfermedad de Parkinson**

El Impedimento por Enfermedad de Parkinson se configura luego de por lo menos 6 meses de tratamiento efectivo con buena adherencia recibiendo Levodopa o el fármaco alternativo, de acuerdo a las guías ministeriales, usando las

clases de los Impedimentos Cerebrales y/o Espinales de este capítulo.

### **Parálisis Cerebral**

El Impedimento Parálisis Cerebral se califica según el daño mayor que presenta el cuadro, es decir motor o intelectual. El motor según las clases de los Impedimentos Cerebrales y/o Espinales de este capítulo. El daño intelectual en el capítulo de Impedimentos Mentales. Si a juicio del interconsultor especialista o de la Comisión se deduce que ambos impedimentos se sinergizan, se efectuará suma combinada según las reglas definidas en el Capítulo de Introducción.

### **Traumatismo Encéfalo-Craneano**

El Impedimento TEC se configura luego de 6 meses de evolución o después de un año, si hubo un procedimiento quirúrgico, según las secuelas motoras, sensoriales y el Deterioro Orgánico Cerebral. El daño motor según las clases de los Impedimentos Cerebrales y/o Espinales de este capítulo. El daño intelectual en el Capítulo de Impedimentos Mentales. Si a juicio de un interconsultor especialista o de la Comisión corresponde combinar menoscabos, se efectuará suma combinada según las reglas definidas en el Capítulo de Introducción.

### **Tumores Cerebrales**

Tumores cerebrales que según escala OMS son grado III y IV, (malignos) por estudio histopatológico, se configuran en clase V al momento de su diagnóstico. En caso de Metástasis Cerebral única o múltiple corresponde calificar de acuerdo al tumor primario. Otros tumores cerebrales se califican según las secuelas motoras, sensoriales y el deterioro orgánico cerebral. El daño motor según las clases de los Impedimentos Cerebrales y/o Espinales de este capítulo. El daño intelectual en el Capítulo de Impedimentos Mentales. Si a juicio del interconsultor especialista o de la Comisión corresponde combinar menoscabos, se efectuará suma combinada según las reglas definidas en el Capítulo de Introducción.

### **Malformaciones Arteriales, Venosas, mixtas y de Senos Cavernosos.**

El riesgo de rotura define la intensidad o gravedad del impedimento. La morbi-mortalidad y las condiciones técnicas para el tratamiento complementan la clasificación. Existiendo rotura, el impedimento se califica según el daño mayor, motor o intelectual luego de a lo menos seis meses de observación. El daño motor según las clases de los Impedimentos Cerebrales y/o Espinales de este capítulo. El daño intelectual en el Capítulo de Impedimentos Mentales. Si a juicio del interconsultor especialista o de la Comisión corresponde combinar menoscabos, se efectuará suma combinada según las reglas definidas en el Capítulo de

Introducción. En caso que produzcan otra enfermedad neurológica, serán evaluados además según las pautas para la enfermedad a que den origen, ejemplo: Epilepsia.

### **Miastenia Gravis**

El Impedimento Miastenia Gravis se configura después de un año de tratamiento efectivo accesible con buena adherencia, usando las Clases de los Impedimentos Cerebrales y/o Espinales de este capítulo. Si a juicio del interconsultor especialista o de la Comisión corresponde combinar menoscabos por compromiso ocular, disfagia o disnea, se efectuará suma combinada según las reglas definidas en el Capítulo de Introducción.

Las miopatías de origen neurológico deben evaluarse usando las Clases de los Impedimentos Cerebrales y/o Espinales de este capítulo. Si a juicio del interconsultor especialista o de la Comisión corresponde combinar menoscabos por compromiso ocular, disfagia o disnea, se efectuará suma combinada según las reglas definidas en el Capítulo de Introducción

## **II. SISTEMA NERVIOSO PERIFERICO**

### **INTRODUCCION**

Estas Normas establecen los criterios para evaluar los Impedimentos del Sistema Nervioso Periférico, su configuración y el Menoscabo Laboral Permanente en la capacidad general de trabajo expresado en un porcentaje que representa las interferencias que producen sobre las áreas de actividades esenciales, domésticas y de desplazamiento en la vida diaria.

La configuración del Impedimento se efectuará mediante certificación especializada luego de un período evolutivo igual o mayor de seis meses de tratamientos médicos y rehabilitadores. Si recibió terapia quirúrgica, doce meses desde la última intervención sin evidenciar mejoría o recuperación de la capacidad de trabajo, salvo excepciones señaladas en impedimentos específicos. Conocida la irreversibilidad de los daños neurológicos periféricos, el perito interconsultor puede prescindir de plazos en Impedimentos inexorables fundamentando su decisión.

En esta área, el diagnóstico puede efectuarse clínicamente o por electrodiagnóstico, sin embargo, la manifestación clínica primará sobre aquél. Se consideran en esta sección Impedimentos originados en:

- A. Raíces de Nervios Espinales
- B. Plexos de los Nervios Espinales
- C. Nervios Espinales Periféricos

## EVALUACIÓN

La evaluación del Impedimento neurológico periférico debe determinar el trastorno funcional por concepto de:

1. Alteraciones Sensitivas: Dolor, Distesias, Astereognósis, Parestesias, Propiocepción, otros.
2. Alteraciones Motrices: Paresia, Plejia, Temblor, Atetosis, Corea, Balismo, Ataxia, Aquinesia, Disquinesia, otros.
3. Exámenes auxiliares: Electromiograma, Velocidad de Conducción Nerviosa, Potenciales evocados.

### A. Raíces de Nervios Espinales

#### Menoscabo Parcial por Raíz de Nervio Espinal

Raíz de nervio	Alteración de la función debida a déficit sensorial	Alteración de la función debida a pérdida de fuerzas	Menoscabo parcial extremidad
C-5	0% - 5%	0% - 30%	0% - 34%
C-6	0% - 8%	0% - 35%	0% - 40%
C-7	0% - 5%	0% - 35%	0% - 38%
C-8	0% - 5%	0% - 45%	0% - 48%
T-1	0% - 5%	0% - 20%	0% - 24%
L-3	0% - 5%	0% - 20%	0% - 24%
L-4	0% - 5%	0% - 34%	0% - 37%
L-5	0% - 5%	0% - 37%	0% - 40%
S-1	0% - 5%	0% - 20%	0% - 24%

El traspaso de Menoscabo Parcial extremidad a Menoscabo global de la persona se efectúa usando las **Tablas de Conversión** para extremidad superior e inferior, expuestas más adelante. Si el Impedimento es bilateral, su Menoscabo se cuantifica separadamente y ambos se sumarán combinados.

## B. Plexos de Nervios Espinales

### Menoscabo Parcial por Plexo Braquial

Nivel de la lesión	Alteración Sensitiva	Alteración Motriz	Menoscabo Parcial Extrem. superior
Plexo Braquial (C5 – T1)	0-100%	0-100%	0-100%
Tronco Superior(C5-C6)	0-25%	0-75%	0-81%
Tronco Medio(C7)	0-5%	0-35%	0-38%
Tronco Inferior (C8-T1)	0-20%	0-70%	0-76%

El traspaso de Menoscabo extremidad superior a Menoscabo global de la persona se efectúa usando las **Tablas de Conversión** expuestas más adelante. Si el Impedimento es bilateral, su menoscabo se cuantifica separadamente y ambos se sumarán combinados.

### Menoscabo Parcial por Plexo Lumbosacro

Nivel de la lesión	Alteración Sensitiva	Alteración Motriz	Menoscabo Global Parcial
Plexo Lumbosacro	0-40%	0-50%	0-70%

Las alteraciones de este plexo no sólo involucran la extremidad inferior, sino la innervación intestinal, vesical, órganos sexuales y estabilidad del tronco.

## C. Nervios Espinales Periféricos

### 1. Cabeza, Cuello, Diafragma

#### Menoscabo Parcial del Nervio Espinal que afecta a la Cabeza y al Cuello

Nervio	Alteración de función debida a déficit sensorial, dolor o parestesias	Alteración de función debida a pérdida de fuerza	Menoscabo parcial
Occipital mayor	0%-5%	0%	0%-5%
Occipital menor	0%-3%	0%	0%-3%
Gran auricular	0%-3%	0%	0%-3%
Secundario o accesorio (Secundario espinal)	0%	0%-10%	0%-10%

La Parálisis Frénica se analiza en capítulo de Sistema Respiratorio.

## 2. Extremidad Superior

### Menoscabo Parcial del Nervio Espinal que afecta a la Extremidad Superior

Nervio	Menoscabo debido a déficit sensorial, dolor o parestesias	Menoscabo debido a pérdida de fuerzas	Menoscabo Parcial extremidad superior
Axilar (circunflejo)	0%-5%	0%-35%	0%-38%
Escapular Dorsal	0%	0%-5%	0%-5%
Cutáneo Antebraquial Medio	0%-5%	0%	0%-5%
Cutáneo Braquial Medio	0%-5%	0%	0%-5%
Mediano (por encima del antebrazo medio)	0%-40%	0%-55%	0%-73%
Mediano (por debajo del antebrazo medio)	0%-40%	0%-35%	0%-61%
Rama lado radial del pulgar	0%-4%	0%	0%-4%
Rama lado cubital del pulgar	0%-8%	0%	0%-8%
Rama lado radial del índice	0%-8%	0%	0%-8%
Rama lado cubital del índice	0%-3%	0%	0%-3%
Rama lado radial del dedo corazón o medio	0%-7%	0%	0%-7%
Rama lado cubital del dedo corazón o medio	0%-2%	0%	0%-2%
Rama lado radial del anular	0%-3%	0%	0%-3%
Musculocutáneo	0%-5%	0%-25%	0%-29%
Radial(Parte superior del brazo con pérdida del tríceps), muñeca en posición funcional	0%-5%	0%-55%	0%-57%
Radial (en posición funcional)	0%-5%	0%-40%	0%-43%
Subescapular (superior e inferior)	0%	0%-5%	0%-5%
Supraescapular	0%-5%	0%-15%	0%-19%
Toracodorsal (subescapular)	0%	0%-10%	0%-10%
Cubital (por encima del antebrazo medio)	0%-10%	0%-35%	0%-33%
Cubital (por debajo del antebrazo medio)	0%-10%	0%-25%	0%-33%
Rama lado cubital del dedo anular	0%-2%	0%	0%-2%
Rama lado radial del meñique	0%-2%	0%	0%-2%
Rama lado cubital del meñique	0%-2%	0%	0%-2%

## 3. Extremidad Inferior

### Menoscabo Parcial del Nervio Espinal que afecta a la Extremidad Inferior

Nervio	Menoscabo debido a déficit sensorial, dolor o malestar	Menoscabo debido a pérdida de la fuerza	Menoscabo parcial de extremidad inferior
--------	--	---	--

Femoral	0%-5%	0%-35%	0%-38%
Genitofemoral	0%-5%	0%	0%-5%
Glúteo Inferior	0%	0%-25%	0%-25%
Fémoro cutáneo	0%-10%	0%	0%-10%
Nervio del músculo obturador interno	0%	0%-10%	0%-10%
Nervio del músculo piriforme	0%	0%-10%	0%-10%
Obturador	0%	0%-10%	0%-10%
Cutáneo posterior del muslo	0%-5%	0%	0%-5%
Glúteo Superior	0%	0%-20%	0%-20%
Ciático	0%-25%	0%-75%	0%-81%
Peroneo Común	0%-5%	0%-35%	0%-38%
Peroneo Profundo	0%	0%-25%	0%-25%
Peroneo Superficial	0%-5%	0%-10%	0%-14%
Nervio tibial Anterior	0%-15%	0%-35%	0%-45%
Nervio Tibial posterior	0%-15%	0%-25%	0%-33%
Nervio Sural	0%-5%	0%	0%-5%

**Tabla de Conversión del Menoscabo de la Extremidad Superior por Impedimentos en el Sistema Nervioso Periférico en Menoscabo Laboral permanente**

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

**Tabla de Conversión del Menoscabo de la Extremidad Inferior por Impedimentos en el Sistema Nervioso Periférico en Menoscabo Laboral Permanente**

<b>Menoscabo Parcial Extremidad inferior</b>	<b>Persona Global</b>	<b>Menoscabo Parcial Extremidad inferior</b>	<b>Persona Global</b>
1%	0%	51%	20%
2%	1%	52%	21%
3%	1%	53%	21%
4%	2%	54%	22%
5%	2%	55%	22%
6%	2%	56%	22%
7%	3%	57%	23%
8%	3%	58%	23%
9%	4%	59%	24%
10%	4%	60%	24%
11%	4%	61%	24%
12%	5%	62%	25%
13%	5%	63%	25%
14%	6%	64%	26%
15%	6%	65%	26%
16%	6%	66%	26%
17%	7%	67%	27%
18%	7%	68%	27%
19%	8%	69%	28%
20%	8%	70%	28%
21%	8%	71%	28%
22%	9%	72%	29%
23%	9%	73%	29%
24%	10%	74%	30%
25%	10%	75%	30%
26%	10%	76%	30%
27%	11%	77%	31%
28%	11%	78%	31%
29%	12%	79%	32%
30%	12%	80%	32%
31%	12%	81%	32%
32%	13%	82%	33%
33%	13%	83%	33%
34%	14%	84%	34%
35%	14%	85%	34%
36%	14%	86%	34%
37%	15%	87%	35%
38%	15%	88%	35%
39%	16%	89%	36%
40%	16%	90%	36%
41%	16%	91%	36%
42%	17%	92%	37%
43%	17%	93%	37%
44%	18%	94%	38%

45%	18%	95%	38%
46%	18%	96%	38%
47%	19%	97%	39%
48%	19%	98%	39%
49%	20%	99%	40%
50%	20%	100%	40%

#### **4. Polineuropatías**

Estos impedimentos se clasifican en el capítulo correspondiente a las afecciones generales que las producen. El dolor neuropático, la paresia de extremidades, deformidades esqueléticas y los síntomas autonómicos asociados, constituyen indicadores de intensidad. Los impedimentos primarios de este tipo, deberán evaluarse usando las Clases de los Impedimentos Cerebrales y/o Espinales de este capítulo. Si el especialista o médico asignado lo sugiere, el Menoscabo Laboral Permanente se calcula según las instrucciones para suma combinada.

## CAPITULO III

### SISTEMA RESPIRATORIO

#### INTRODUCCION

Estas Normas proporcionan los criterios para evaluar y calificar los Impedimentos Respiratorios, su configuración y el Menoscabo Laboral Permanente en la capacidad general de trabajo expresado en las interferencias que producen sobre las áreas esenciales, domésticas y de desplazamiento en la vida diaria.

La principal función del Sistema Respiratorio es la mantención del intercambio alveolo-capilar que asegura el aporte adecuado de Oxígeno a los tejidos y la eliminación del exceso de Dióxido de Carbono procedente de la combustión interna tisular. Se define a la Insuficiencia Respiratoria como la incapacidad del Sistema Respiratorio de mantener una PO<sub>2</sub> arterial de a lo menos 60 mmHg, pudiendo agregarse una elevación de la PCO<sub>2</sub> arterial sobre 45 mmHg. El Impedimento Respiratorio estará configurado cuando se encuentre estabilizado, alejado de un episodio agudo o recurrente, las pruebas funcionales se hayan efectuado distantes de una crisis, a lo menos 2 meses y que se encuentren agotados los recursos terapéuticos según los protocolos actuales de la especialidad, durante un período mínimo de seis meses. En patologías con cobertura GES, deberán considerarse las terapias de los protocolos respectivos y las condiciones reales en que estas garantías se verifican para cada solicitante.

Especial interés adopta en este capítulo la naturaleza común o profesional del Impedimento, el origen accidental común o laboral deberá ser informado por el Médico asignado, por el interconsultor o por el médico asesor, cuando corresponda. La cobertura es distinta y existen incompatibilidades legales que hacen necesario indagar las circunstancias predisponentes y desencadenantes de la incapacidad. El especialista deberá informar a la Comisión Médica y ésta derivar los antecedentes al organismo competente para discernir.

#### EVALUACION

Se debe realizar Anamnesis próxima y remota, examen físico completo, pruebas funcionales, imágenes y gasometría arterial, según corresponda, con especial referencia a síntomas y signos derivados del Sistema Cardio-Respiratorio, su influencia en la capacidad laboral y las actividades de la vida diaria. Se deben consignar las terapias empleadas, con dosis y tiempos de uso. Así mismo señalar la frecuencia y características de las exacerbaciones y si ha ocurrido hospitalización por causa respiratoria. Especial interés tiene la evaluación del grado de Disnea, es relevante si esta correlacionada con las pruebas espirométricas, de no ser así, su valor es subjetivo. Por tanto, en tales casos se

debe recurrir a otros exámenes tales como test de marcha y test de saturación de Oxígeno.

Se puede categorizar del modo siguiente:

Disnea Grado I	Coherente con la actividad desplegada según edad y constitución.
Disnea Grado II	Puede llevar el paso de las personas sanas de su edad y constitución en terreno llano, pero no puede hacerlo en cuestas o escaleras.
Disnea Grado III	Puede andar varias cuerdas a su propia velocidad, pero no puede llevar el paso de las personas de su edad y constitución.
Disnea Grado IV	Puede caminar hasta una cuerda, luego debe detenerse por la dificultad respiratoria.
Disnea Grado V	Puede caminar unos pocos pasos, tiene dificultad respiratoria al lavarse o vestirse, incluso en reposo.

Los procedimientos de evaluación del Impedimento respiratorio incluirán según el análisis del especialista y/o del médico asignado, los siguientes:

1. Radiografías de Tórax AP y lateral, tomadas en inspiración profunda.
2. Espirometría basal y con broncodilatadores.
3. Oximetría de Pulso (reposo, ejercicios, nocturna)
4. Tomografía Axial Computada
5. Test de provocación bronquial.
6. Gases Arteriales (reposo y ejercicios)
7. Electrocardiograma
8. Hemograma
9. Hemoglobina
10. Prueba de capacidad de trabajo estandarizada (Test de 12 minutos)
11. Polisomnografía
12. Test de latencia múltiple del sueño.
13. Test de marcha de seis minutos
14. Test de difusión de CO
15. Test cardiopulmonar
16. Otros exámenes determinados por el especialista.

La selección de los procedimientos y la interpretación de los resultados deberán ser explícitamente señaladas en el informe del especialista interconsultor. Los valores espirométricos serán los nacionales propuestos y estandarizados por la Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias.

### Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos del Sistema Respiratorio.

La magnitud de la disnea o la frecuencia de los síntomas deben utilizarse para seleccionar el rango al interior de la clase.

El período de tratamiento necesario para configurar algunos impedimentos respiratorios variará de acuerdo a la naturaleza de los mismos.

Es así como aquellas condiciones irrecuperables se pueden configurar al diagnóstico, como es el caso de la EPOC y la Fibrosis pulmonar idiopática, asignando el menoscabo de acuerdo a la clase y rango que corresponda.

Para el Asma se requiere un periodo de tratamiento mínimo de seis meses.

Las eventuales secuelas por Tuberculosis pulmonar se podrán configurar una vez completado el tratamiento.

El resto de los cuadros clínicos pueden configurarse transcurridos 6 meses de tratamiento.

En la tabla N°1 se exponen los parámetros a evaluar para considerar el menoscabo en pacientes con EPOC, Enfisema pulmonar, Bronquitis crónica, LCFA y Enfermedades restrictivas

Tabla N°1: Evaluación del menoscabo laboral en las enfermedades respiratorias:

	Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV	Clase V
<b>CVF</b>	>80	75-80	65-74	60-64	< 60
<b>VEF 1</b>	>80	66-80	56-65	50-55	<50
<b>DLCO</b>		>60	51-60	40-50	< 40
<b>PaO2</b>					< 60 mmHg
<b>Desaturación en test de marcha de 6 min</b>			≤ 10 %	>10 %	
<b>PaCO2</b>				> 45mm Hg	

VEF 1: volumen espiratorio forzado en el primer segundo, post broncodilatador (\*)

CVF: capacidad vital forzada post broncodilatador (\*)

DLCO: capacidad de difusión del monóxido de carbono (\*)

(\* Estas tres medidas como % del teórico)

PaO2: presión arterial de oxígeno en mmHg

PaCO2: presión arterial de anhídrido carbónico en mmHg

Para identificar la Clase que se asignará a un sujeto, considerar el examen que presente la mayor alteración según la Tabla 1. Si se requiere mayor rigurosidad, se puede considerar lo siguiente:

En lugares con altura < 900 m sobre el nivel del mar, 60 mmHg.

En lugares con altura > 900 m y < 1800 m sobre el nivel del mar, 55 mmHg.

En lugares con altura > 1800 m sobre el nivel del mar, 50 mmHg.

Así, en Santiago a una persona portadora de EPOC con VEF 1= 68 % y CVF= 73%;

PaO<sub>2</sub>= 54 mmHg y desaturación en el test de marcha= 8 %, se debe asignar Clase V.

La clase está determinada por la intensidad del compromiso funcional respiratorio, sus síntomas y signos; el rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso sobre las actividades de la vida diaria. De acuerdo a la Tabla 1, las Clases son:

**Clase I: Menoscabo Laboral Permanente 1%-14%**

Disnea: en grado I.

Espirometría: CVF o VEF1 superior al 80% de lo normal con broncodilatador.

Imagenología: cambios radiológicos menores o sin cambios.

**Clase II: Menoscabo Laboral Permanente 15%-34%**

Disnea: en grado II.

Espirometría: CVF de 75 a 80% y VEF1 de 66 a 80% de lo normal con broncodilatador.

Gases en sangre de reposo y ejercicio normales.

Difusión de CO > 60% de lo normal.

Imagenología: cambios radiológicos variables.

**Clase III: Menoscabo Laboral Permanente 35%-49%**

Disnea: en grado III.

Espirometría: CVF de 65 a 74% y VEF1 de 56 a 65% de lo normal.

Difusión de CO de 51 a 60% de lo normal.

Desaturación en test de marcha  $\leq$  10%

No hay Hipercapnia.

Imagenología: cambios radiológicos variables.

**Clase IV: Menoscabo Laboral Permanente 50%-66%:**

Disnea: en grado IV.

Espirometría: CVF de 60 a 64% y VEF1 de 50 a 55% de lo normal con broncodilatador.

Difusión de CO de 40 a 50% de lo normal.

Desaturación en test de marcha > 10%

Hipercapnia de Reposo > 45mmHg

Imagenología: Suele haber cambios radiológicos importantes.

**Clase V: Menoscabo Laboral Permanente 67% o más**

Disnea: en grado V.  
 Espirometría: CVF < 60%, VEF1 < 50% de lo Normal con broncodilatador.  
 Difusión de CO < 40 % de lo normal.  
 Hipoxemia de Reposo < 60 mmHg.  
 Hipercapnia de Reposo.  
 Oxígeno dependientes.  
 Imagenología: Suele haber cambios radiológicos importantes.

## **MENOSCABO LABORAL PERMANENTE EN ALGUNOS IMPEDIMENTOS RESPIRATORIOS**

### **Limitación Crónica del Flujo Aéreo (LCFA).**

Asma Bronquial, Bronquitis Crónica, Enfisema Pulmonar.

El Asma Bronquial se clasificará según el consenso realizado por la Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias.

Asma Grado I:	Síntomas leves e intermitentes menores de una vez por mes, asintomático entre episodios, VEF1 superior al 80% de lo normal.
Asma Grado II:	Síntomas persistentes leves, mayores de una vez por mes, pero menores de una vez por semana. Asma nocturna menor de una vez por mes. Asintomático entre episodios, VEF1 superior al 80% de lo normal.
Asma Grado III:	Síntomas persistentes moderados, mayores de una vez por semana, pero menores de una vez por día. Asma nocturna mayor de tres veces por mes. Sueño y actividad alterados. Uso de B2 Agonistas diariamente. VEF1 superior al 60% de lo normal.
Asma Grado IV:	Síntomas persistentes graves de ocurrencia diaria. Asma nocturna frecuente, sueño y actividad alterados. VEF1 inferior al 60% de lo normal.

La clasificación del Asma Bronquial no puede basarse exclusivamente en la Espirometría por tener grandes variaciones en estos enfermos y resulta más adecuada la presencia sintomática y su frecuencia. En todos los casos, la calificación sólo podrá efectuarse sobre impedimentos configurados a lo menos con seis meses de tratamiento de acuerdo al grado del Asma y protocolos de la especialidad. La frecuencia e intensidad de las crisis deben objetivarse mediante peritaje sociolaboral, informe de revisión de ficha clínica, boletines de atención en Servicios de Urgencia y otros medios que acrediten tal condición.

Los grados del Asma se correlacionan a las clases de menoscabo por impedimentos del Sistema Respiratorio. El Asma grado III corresponde a clase III y el Asma Grado IV como menoscabo global de la personal superior al 67%.

### **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)**

La asignación de Menoscabo se efectuará conforme a las clases de Impedimentos del Sistema Respiratorio. En casos seleccionados se usarán los Gases Arteriales. La Capacidad Inspiratoria y la medición de Fuerza Muscular Inspiratoria y Espiratoria (PIM y PEM) puede ayudar a aclarar las discrepancias Espirometría - Disnea. El VEF1 es el índice que mejor da cuenta del grado de incapacidad en EPOC. Para determinar la clase, deben utilizarse los parámetros de la tabla 1, considerándose la disnea para precisar el rango.

### **Bronquiectasias**

Deberán considerarse adicionalmente a la clase asignada, el volumen de la Broncorrea diaria, el carácter y frecuencia de las Hemoptisis. Broncorreas mayores de 50 ml., purulentos en período mayor de seis meses, fracasado tratamiento médico y/o quirúrgico, asignar menoscabo mayor a 67%. Similares condiciones para las Fístulas Pleurocutáneas.

### **Enfermedad Pulmonar Difusa**

Se evalúa según la clasificación del menoscabo por Impedimentos del Sistema Respiratorio. La Oximetría de pulso puede ser suficiente en vez de los Gases Arteriales. Caídas mayores a 10 mmHg en la Presión Arterial de Oxígeno en ejercicio corresponden a Menoscabo mayor al 50%.

Cuando se usa saturación por Oximetría de pulso, es considerado anormal saturación bajo 90 - 92 en reposo y caídas mayores de 4% de saturación en ejercicio son significativas. En caso de Fibrosis Pulmonar Idiopática, debe considerarse que es una condición para la que no existe terapia conocida actualmente.

### **Tuberculosis Pulmonar**

La evaluación debe realizarse al término de la terapia específica, según los protocolos de la especialidad actualizados, a menos que se trate de Enfermedad TBC polirresistente a diferentes drogas anti TBC y sin posibilidades ciertas de Quimioterapia. Estos casos se consideran con Menoscabo superior al 67%.

Las anomalías anatómicas resultantes de secuelas TBC deberán calificarse según el compromiso de la capacidad funcional

### **Cor Pulmonale**

Su detección definida en términos de Presión Arterial Pulmonar Sistólica, PAPS, igual o mayor de 50 mmHg y características del ventrículo derecho (dilatación o hipertrofia o disfunción sistólica), agregado a impedimento respiratorio, asigna un 67% de Menoscabo Laboral Permanente.

### **Síndrome Apnea Obstructiva del Sueño**

Su evaluación puede objetivarse por Oximetría continua nocturna o Polisomnografía. La interpretación de los resultados corresponde al especialista.

Para la configuración de este Impedimento es necesario evaluar transcurridos tres meses con uso nocturno de CPAP. Este instrumento de elevado costo deberá probarse como accesible por el trabajador mediante peritaje Socio-laboral.

Excepcionalmente calificará con 67% si probadamente no existe acceso a CPAP o éste fracase, con índice apnea e hipopnea sobre 40, hipersomnolencia grave diurna (evaluada por especialista) o repercusiones significativas como hipertensión pulmonar, compromiso gasométrico (ver tabla 1) o compromiso cognitivo evaluable según normas con severa interferencia en las actividades habituales, representando riesgo para si mismo o para terceros.

Los Síndromes de Apnea - Hipopnea del sueño que presentan eventos sólo en decúbito dorsal se consideran no configurados, ya que son tratables por terapia postural.

### **Trasplante Pulmonar**

Este método quirúrgico por sus limitaciones y elevado índice de morbilidad y mortalidad, asignará Menoscabo Laboral Permanente superior a 67%.

### **Estenosis Traqueal y Traqueostomizados**

La severidad de la estenosis se cuantificará por TAC Traqueal y curvas Flujo-volumen, y calificará con Menoscabo laboral de acuerdo a clases generales de impedimentos respiratorios, siempre que se encuentre descartada su corrección quirúrgica.

En Traqueostomizados por diferentes patologías no Neoplásicas, portadores de Prótesis traqueales o del Bronquio fuente se califica con Menoscabo Laboral Permanente de 50% por este impedimento, debiendo considerarse además el trastorno del lenguaje secundario, a ponderar de acuerdo al capítulo X de Audición, Equilibrio y Fonación, efectuándose suma combinada.

### **Parálisis Diafragmática Uni o Bilateral**

Se asigna Menoscabo según compromiso de función respiratoria y gases arteriales consignados en las clases correspondientes a los Impedimentos del Sistema Respiratorio en este capítulo.

**Neumonectomías**

Esta condición deberá evaluarse de acuerdo a clases generales de impedimentos respiratorios según la causa originaria y considerando rendimiento en el test de marcha de 6 minutos y otras pruebas funcionales.

## CAPITULO IV

### SISTEMA DIGESTIVO

#### INTRODUCCION

Estas Normas aportan criterios para evaluar y calificar los Impedimentos del Sistema Digestivo, su configuración, y el Menoscabo Laboral Permanente en la capacidad general del trabajo expresado en las interferencias que producen sobre las áreas de actividades esenciales y domésticas en la vida diaria.

Los Impedimentos digestivos son:

- A. Tracto Digestivo Superior (Esófago, Estómago, Duodeno, Intestino Delgado)
- B. Páncreas
- C. Hígado y Vías Biliares
- D. Tracto Digestivo Inferior (Colon y Recto)
- E. Conducto Anal
- F. Estomas y Pared Abdominal
- G. Trasplantes Digestivos

#### EVALUACION

El Impedimento configurado del Sistema Digestivo es aquel que en opinión del médico asignado o interconsultor de la especialidad, ha sido demostrado en forma objetiva, ha finalizado los tratamientos médicos o quirúrgicos de acuerdo a la práctica médica de la especialidad, ha permanecido estable por período no inferior de seis meses, es permanente y sólo se espera su mantención o agravamiento.

Para cada segmento evaluado el menoscabo se clasifica en clases según lo siguiente:

#### **A. TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR**

##### **Esófago**

Los síntomas y signos del Impedimento esofágico incluyen, Disfagia, Pirosis, Dolor subesternal, Regurgitación, Sangrado, Índice Masa Corporal, IMC. Su evaluación se complementa con Radiografías, TAC, RNM, Ecografías, Endoscopías, Biopsias, Citología, Manometrías y otros exámenes determinados por el especialista.

## **Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos esofágicos**

La clase está determinada por la intensidad de los síntomas y signos; el rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso sobre las actividades de la vida diaria.

### **Clase I: Menoscabo Laboral Permanente 1%-14%**

Una persona pertenece a la Clase I cuando, presenta síntomas y signos de Impedimento esofágico, ligeros, tiene alteraciones anatómicas, requiere tratamiento continuo y medidas generales y su IMC es normal.

### **Clase II: Menoscabo Laboral Permanente 15%-34%**

Existen síntomas y signos de Impedimento esofágico, moderados, tiene alteraciones anatómicas. El IMC se encuentra en desnutrición leve.

### **Clase III: Menoscabo Laboral Permanente 35%-49%**

Existen síntomas y signos de Impedimento esofágico, importantes, con alteraciones anatómicas, que ni la dieta ni los medicamentos logran controlar adecuadamente. El IMC se encuentra en desnutrición moderada o leve, si se requiere apoyo nutricional enteral especial.

### **Clase IV: Menoscabo Laboral Permanente 50%-66%**

Existen síntomas y signos de Impedimento esofágico, severos, con alteraciones anatómicas, que los medicamentos, dieta o cirugía no logran controlar. El IMC se encuentra en desnutrición severa o moderada, si se requiere apoyo nutricional enteral especial.

### **Clase V: Menoscabo Laboral Permanente 67% o más**

Los síntomas y signos del Impedimento esofágico son graves, no pueden ser controlados por dieta o cirugía, la alteración anatómica es compatible con una obstrucción prácticamente completa. Se alimenta por Gastrostomía. Requiere auxilio de terceros y el compromiso ponderal es severo.

## **Estómago, Duodeno e Intestino Delgado**

Los síntomas y signos del Impedimento gástrico-duodenal incluyen Náuseas, Vómitos, Dolor, Sangrado, Diarreas, Mala absorción, Obstrucción y Pérdida de Masa Corporal, Dumping precoz o tardío.

La evaluación se complementa con Radiografías, TAC, RNM, Ecografías, Endoscopia, Citología, Biopsias, Estudios de Secreción, Absorción, Motilidad, Deposiciones, Enteroscopías y Enterocclisis.

### **Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos Gástrico-Duodenales**

La clase está determinada por la intensidad de los síntomas y signos; el rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso sobre las actividades de la vida diaria.

#### **Clase I: Menoscabo Laboral Permanente 1%-14%**

Una persona pertenece a esta clase cuando presenta síntomas y signos de Impedimento gastro-duodenal leves, tiene alteraciones anatómicas, requiere tratamiento circunstancial o medidas generales y conserva su IMC.

#### **Clase II: Menoscabo Laboral Permanente 15%-34%**

Existen síntomas y signos de Impedimento gastro-duodenal moderados, tiene alteraciones anatómicas, requiere tratamiento continuo. El IMC se encuentra en desnutrición leve.

#### **Clase III: Menoscabo Laboral Permanente 35%-49%**

Existen síntomas y signos de Impedimento gastro-duodenal importantes. La dieta y medicamentos logran controlar parcialmente los síntomas. Tiene alteraciones anatómicas somnolencia post prandial, astenia y sudoración fría y el IMC está en desnutrición moderada o leve, si se requiere apoyo nutricional enteral especial.

#### **Clase IV: Menoscabo Laboral Permanente 50%-66%**

Existen síntomas y signos de Impedimento gastro-duodenal severos, alteraciones anatómicas, el manejo dietético y farmacológico es incapaz de controlar los síntomas, el IMC es de desnutrición severa o moderada, si se requiere apoyo nutricional enteral especial.

#### **Clase V: Menoscabo Laboral Permanente 67% o más**

Existen síntomas y signos de Impedimento gastro-duodenal graves, alteraciones anatómicas, tratamiento que no logran controlar síntomas, el compromiso nutricional es de desnutrición severa y requiere auxilio de terceros o nutrición parenteral.

## B. PÁNCREAS

En este capítulo sólo se evalúa su función exocrina. La función endocrina se analiza en el capítulo correspondiente.

Los síntomas y signos incluyen Dolor, Náuseas, Vómitos, Diarreas, Esteatorrea, Sangramiento intestinal, Ictericia y compromiso nutricional. La evaluación se completa con Radiografías, TAC, RNM, Ecografías, Angiografía, Colangiopancreatografía Endoscópica retrógrada, estudio de deposiciones, Tolerancia a glucosa, Enzimas Pancreáticas, Absorción de grasas, Proteínas y Vitaminas Liposolubles y endosonografía.

### **Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos Pancreáticos**

La clase está determinada por la intensidad de los síntomas y signos; el rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso sobre las actividades de la vida diaria.

#### **Clase I: Menoscabo Laboral Permanente 1%-14%**

Existen síntomas y signos pancreáticos leves, con alteración anatómica. Requiere tratamiento circunstancial o medidas generales y mantiene su Masa Corporal.

#### **Clase II: Menoscabo Laboral Permanente 15%-34%**

Existen síntomas y signos pancreáticos moderados, con alteración anatómica. Requiere tratamiento continuo que logre remisión de los síntomas y limitaciones dietéticas, el IMC está en desnutrición leve.

#### **Clase III: Menoscabo Laboral Permanente 35%-49%**

Existen síntomas y signos pancreáticos importantes, con alteración anatómica. Requiere tratamiento que logra control parcial de los síntomas. El IMC está en desnutrición moderada o leve, si se requiere apoyo nutricional enteral especial.

#### **Clase IV: Menoscabo Laboral Permanente 50%-66%**

Existen síntomas y signos pancreáticos, severos, con alteración anatómica. El tratamiento no logra controlar los síntomas y el IMC es de desnutrición severa o moderada, si se requiere apoyo nutricional enteral especial

#### **Clase V: Menoscabo Laboral Permanente 67% o más**

Existen síntomas y signos pancreáticos, graves, con alteración anatómica. El tratamiento no controla los síntomas, el IMC es de desnutrición severa, requiere auxilio de terceros o nutrición parenteral.

### C. HÍGADO Y VÍAS BILIARES

Los síntomas y signos derivados del Impedimento hepático y de las Vías Biliares son los siguientes: Dolor, Ictericia, Anorexia, Náuseas, Vómitos, Astenia, Adinamia, Pérdida de Masa Corporal, Hematemesis, Ascitis, Alteraciones de Conciencia.

Se evalúan con estudios Radiológicos, Colangiografías, Endoscopías, Biopsias, Exámenes de laboratorio, Cintigrafías, TAC, RNM, Ecografías.

**Clasificación de CHILD – PUGH**

Puntos	1	2	3
Encefalopatía	Ausente	I a II	III a IV
Ascitis	Ausente	Leve	Moderada o importante
Bilirrubina(*)	< 2	2 a 3	> de 3 (mg/dl)
Albumina	>3.5	2.8 a 3.4	<2.8 (g/dl)
Protrombina	>60%	50-60%	<50%

(\*)En Cirrosis Biliar Primaria el puntaje para Bilirrubina se ajusta a:

	Mg/dl	Puntos
Bilirrubinemia	< 4	1
	4 a 10	2
	> 10	3

### Hígado

#### Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos Hepáticos

La clase está determinada por la intensidad de los síntomas y signos; el rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso sobre las actividades de la vida diaria.

#### Clase I: Menoscabo Laboral Permanente 1%-14%

Existen síntomas y signos leves de enfermedad hepática crónica. Las pruebas bioquímicas revelan mal funcionamiento hepático. Fuerzas conservadas. Child = 5 puntos

**Clase II: Menoscabo Laboral Permanente 15%-34%**

Existen síntomas y signos moderados de enfermedad hepática crónica. Tratamiento continuo. Las pruebas bioquímicas indican mal funcionamiento hepático. Presenta Astenia, fatigabilidad o prurito moderado. Child 6-7 puntos.

**Clase III: Menoscabo Laboral Permanente 35%-49%**

Existen síntomas y signos importantes de enfermedad hepática crónica, y se controlan parcialmente con el tratamiento. Las pruebas bioquímicas indican mal funcionamiento hepático. La Astenia, fatigabilidad o prurito es importante. Child 8-9 puntos o encefalopatía grado I.

**Clase IV: Menoscabo Laboral Permanente 50%-66%**

Existen síntomas y signos severos de enfermedad hepática crónica. Astenia, fatigabilidad o prurito son severos. Incluyen a lo menos un episodio de sangramiento digestivo o intoxicación amoniacal por año. Várices esófago-gástricas con 3 o más episodios de sangrado en un año con acciones terapéuticas acreditadas. El tratamiento difícilmente controla los síntomas. Child 10 - 11 puntos o encefalopatía grado II.

**Clase V: Menoscabo Laboral Permanente 67% o más**

Existen síntomas y signos graves de enfermedad crónica y progresiva del Hígado. El tratamiento no controla los síntomas. La Astenia es severa. Child = 12 puntos o más o encefalopatía grado III.

**Vías Biliares****Menoscabo Laboral Permanente por Impedimento de las Vías Biliares**

La clase está determinada por la intensidad de los síntomas y signos; el rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso sobre las actividades de la vida diaria.

**Clase I: Menoscabo Laboral Permanente 1%-14%**

Existen síntomas y signos leves de mal funcionamiento de las Vías Biliares, que ceden con el tratamiento circunstancial o medidas generales.

**Clase II: Menoscabo Laboral Permanente 15%-34%**

Existen episodios moderados de obstrucción de las Vías Biliares que demanda tratamiento continuo.

**Clase III: Menoscabo Laboral Permanente 35%-49%**

Existe obstrucción importante de las Vías Biliares que al menos ha presentado un episodio de Colangitis por año.

**Clase IV: Menoscabo Laboral Permanente 50%-66%**

Existe obstrucción severa, de las Vías Biliares que ocasiona colangitis recurrente.

**Clase V: Menoscabo Laboral Permanente 67% o más**

Existe obstrucción del Conducto Biliar común, con Ictericia persistente y daño Hepático.

**D. TRACTO DIGESTIVO INFERIOR****Colon y Recto**

Los síntomas y signos del Impedimento Colo-Rectal incluyen, Diarreas, Constipación, Dolor, Tenesmo, Mucus, Pus y Sangre en las Deposiciones, Pérdida de Peso, Fiebre, Anemia.

El estudio del Impedimento incluye Endoscopías, Ecografías, Examen de Deposiciones, Biopsia y Enema Baritado.

**Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos Colo-Rectales**

La clase está determinada por la intensidad de los síntomas y signos; el rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso sobre las actividades de la vida diaria.

**Clase I: Menoscabo Laboral Permanente 1%-14%**

Los síntomas y signos del Impedimento Colo-Rectal son leves. No requieren tratamiento continuo y medidas generales. IMC normal.

**Clase II: Menoscabo Laboral Permanente 15%-34%**

Los síntomas y signos del Impedimento Colo-Rectal son moderados. Necesitan dieta y terapia sistémica continua. IMC en desnutrición leve.

**Clase III: Menoscabo Laboral Permanente 35%-49%**

Los síntomas y signos del Impedimento Colo-Rectal son importantes. Necesitan dieta y terapia sistémica continua. Déficit nutricional moderado o leve, si se requiere apoyo nutricional enteral especial.

**Clase IV: Menoscabo Laboral Permanente 50%-66%**

Los síntomas y signos del Impedimento Colo-Rectal son severos. Necesitan dieta y terapia sistémica continua. Anemia y déficit nutricional severo o moderado, si se requiere apoyo nutricional enteral especial.

**Clase V: Menoscabo Laboral Permanente 67% o más**

Los síntomas y signos del Impedimento Colo-Rectal son graves, incluso imponen el confinamiento. Necesitan estricta dieta y terapia sistémica. Anemia, y déficit nutricional severo o moderada, si se requiere apoyo nutricional enteral especial.

**E. CONDUCTO ANAL**

Los síntomas y signos por Impedimento del Conducto Anal incluyen, Alteraciones de la Continencia, Urgencia defecatoria, Dolor, Tenesmo, Rectorragia, Constipación, Diarrea.

La evaluación se complementa con Tacto, Anoscopia, Rectoscopia, Biopsia, TAC, RNM, manometría ano-rectal.

**Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos del Conducto Anal**

La clase está determinada por la intensidad de los síntomas y signos; el rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso sobre las actividades de la vida diaria.

**Clase I: Menoscabo Laboral Permanente 1%-14%**

Existe daño anatómico que produce incontinencia ligera, que cede con tratamientos circunstanciales o medidas generales.

**Clase II: Menoscabo Laboral Permanente 15%-34%**

Existe daño anatómico que produce incontinencia leve que requiere tratamiento continuo.

**Clase III: Menoscabo Laboral Permanente 35%-49%**

Existe daño anatómico que produce incontinencia moderada, concordante con alteraciones manométricas ano-rectales, que requiere tratamiento continuo, y limita la autonomía.

**Clase IV: Menoscabo laboral permanente 50% - 66%**

Existe daño anatómico que produce incontinencia severa, concordante con alteraciones manométricas ano-rectales, que requiere tratamiento continuo, y limita la autonomía.

**F. ESTOMAS QUIRÚRGICOS Y PARED ABDOMINAL****Menoscabo Laboral Permanente por Estomas Quirúrgicos y Defectos de Pared Abdominal.**

El Impedimento deberá considerarse permanente y fuera de alcance terapéutico que restituya situación normal.

<b>Impedimento</b>	<b>Menoscabo</b>
Esofagostoma	50%
Gastrostoma	50%
Yeyunostoma	50%
Ileostoma	50%
Colostoma	50%
Eventraciones y hernias gigantes no operables	50%
Fistulas intestino-cutáneas	35%-50%

**G. TRASPLANTES DIGESTIVOS**

En el estado actual de la técnica para trasplantes de órganos digestivos, estas normas consideran asignación de Menoscabo Laboral Permanente superior al 50%, en los Hepáticos y Pancreáticos.

## CAPITULO V

### SISTEMA URINARIO

#### INTRODUCCION

Estas normas aportan criterios para evaluar y calificar los Impedimentos del Sistema Urinario, su configuración y el Menoscabo Laboral Permanente en la capacidad general de trabajo expresado en las interferencias que producen sobre las áreas de actividades esenciales, domésticas y de desplazamiento en la vida diaria. Se divide en:

- A. Tracto Urinario Superior
- B. Vejiga
- C. Uretra

#### A. TRACTO URINARIO SUPERIOR

El Tracto Urinario Superior está constituido por ambos riñones y sistemas pielocaliciarios.

##### Enfermedad Renal Crónica

Historia clínica y examen físico que evidencia la naturaleza progresiva de las enfermedades y exámenes de laboratorio que muestran deterioro de la función Renal, y/o daño parenquimatoso estructural tales como: Examen de Orina Completo, Creatininemia, Depuración Ureica, Proteinuria, Albuminuria, Clearance de Creatinina, Ecografía, Pielografía, Biopsia Renal, Eco Doppler Color, Cintigramas, TAC, RNM, etc.

Por las dificultades en la medición directa de **Clearance de Creatinina**, una aproximación válida puede efectuarse aplicando la fórmula de Cockcroft-Gault:

VARONES:	$\frac{(140 - \text{edad}) \times \text{peso en Kgrs.}}{72 \times \text{Creatininemia plasmática en mg/dl}}$
MUJERES:	Multiplicar el resultado de fórmula anterior x 0.85

## **Síndrome Nefrótico**

La evaluación de este Impedimento deberá incluir la descripción y extensión del cuadro. Considerándose para la calificación sólo sus complicaciones tales como, hipotensión ortostática severa, infecciones recurrentes o trombosis venosas. Deberá contarse idealmente con originales de los exámenes de laboratorio y anatomía-patológica si se ha efectuado biopsia.

## **Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal o Trasplante Renal**

Cuando un trabajador debe someterse a diálisis periódica semanal, debido a una enfermedad renal crónica, se clasifica en Clase V. Un trabajador que se haya sometido a trasplante renal deberá cumplir un período de observación de a lo menos un año post trasplante para determinar si ha alcanzado el punto de mejoría deseado. La incidencia de complicaciones sistémicas como anemias, neuropatías, rechazo, y efectos colaterales de corticoides e inmunosupresores se evaluarán combinadamente. El trabajador transplantado con evolución satisfactoria recibirá un menoscabo global de 50%, lo que incluye uso de esteroides, inmunosupresores, Hipertensión Arterial Clase I e Insuficiencia Renal Clase I.

## **Monorrenos y Derivaciones Urinarias**

Al trabajador con sólo un Riñón, cualquiera que sea la causa deberá asignarse, un 10% de menoscabo global, ya que ha tenido una pérdida estructural de un órgano esencial. Este valor será combinado con cualquier Impedimento configurado en el Riñón restante.

Las derivaciones urinarias permanentes efectuadas para la preservación de la integridad renal y en la disposición de la orina (derivaciones urétero-intestinales, ureterostomía cutánea sin intubación, nefrostomía o ureterostomía intubada) deberán evaluarse según las alteraciones de la vida diaria especificadas en las clases de aplicación general.

## **Menoscabo Laboral Permanente por Deterioro del Tracto Urinario Superior**

La clase está determinada por la intensidad del compromiso funcional, el rango al interior de la clase por la Creatinina (score de Cockcroft-Gault).

### **Clase I: Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%**

Disminución leve de la función del tracto urinario superior, comprobada por la depuración de creatinina de 90 a 60 ml/min.

**Clase II: Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%**

Disminución moderada de la función del tracto urinario superior, comprobada por la depuración de creatinina de 59 a 30 ml/min

**Clase III: Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%**

Disminución importante de la función del tracto urinario superior, comprobada por la depuración de creatinina de 29 a 15 ml/min.

**Clase IV: Menoscabo Laboral Permanente 50% - 66%**

Disminución severa de la función del tracto urinario superior comprobada por la depuración de creatinina inferior a bajo 15 ml/min

El Menoscabo de esta clase se sumará combinado al producido por Impedimentos configurados que se asocian, como Hipertensión Arterial y Anemia.

**Patologías Renales Crónicas que sobrepasan el 67% de Menoscabo Laboral Permanente**

1. Hemodiálisis Crónica o Peritoneodiálisis indispensable para la sobrevivencia debido a falla renal irreversible.
2. Trasplante Renal evaluado un año después de efectuado, en que persiste una insuficiencia renal Clase III o complicaciones graves derivadas de éste. Si existe evidente rechazo del órgano trasplantado, el Nefrólogo podrá abreviar el plazo configurando el Impedimento antes de doce meses.
3. Osteodistrofia Renal manifestada por osteoalgias severas y trastornos radiográficos como osteitis fibrosa, osteoporosis severa, fracturas patológicas.
4. Síndrome Nefrótico con anasarca importante que persiste, a lo menos, 6 meses a pesar de la terapia en aquellos en que se reconoce alternativa terapéutica. Albuminemia de 3.0 gr. en 100 cc o menos y proteinuria de 3.5 gr. en 24 horas o más;

**B. VEJIGA**

La Vejiga es un reservorio de control voluntario que permite retener la orina por varias horas. Neovejigas y Derivaciones Urinarias se califican según su capacidad de contener la orina.

### **Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos de la Vejiga**

La clase está determinada por la intensidad de los síntomas y signos; el rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso sobre las actividades de la vida diaria.

#### **Clase I: Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%**

Una persona pertenece a la clase I cuando existen síntomas y señales de trastornos en la Vejiga leves, que requieren tratamiento circunstancial o medidas generales pero sin existir mal funcionamiento de ella.

#### **Clase II: Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%**

Hay síntomas y signos, de trastornos de la Vejiga moderados, que requieren de tratamiento continuo, y existe buena actividad refleja de la vejiga.

#### **Clase III: Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%**

La Vejiga posee una pobre actividad refleja (goteo intermitente) y no hay control voluntario, requiere tratamiento continuo.

#### **Clase IV: Menoscabo Laboral Permanente 50% - 66%**

No hay control reflejo, ni voluntario, de la Vejiga (goteo constante). Los síntomas y signos implican gravedad sin requerir confinamiento.

#### **Clase V: Menoscabo Laboral Permanente 67% o más**

No hay control reflejo, ni voluntario, de la Vejiga (goteo constante). Los síntomas y signos implican una interferencia grave en las actividades de la vida diaria en confinamiento, o se ha producido pérdida total de la Vejiga.

### **C. URETRA**

La Uretra femenina es un conducto urinario con un esfínter voluntario. La Uretra masculina no sólo es un conducto urinario con un esfínter si no que a través de ésta se vacían las vesículas seminales.

### **Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos de la Uretra**

La clase está determinada por la intensidad de los síntomas y signos; el rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso sobre las actividades de la vida diaria.

**Clase I: Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%**

Existen síntomas y signos de desorden uretral leves, los cuales requieren terapia circunstancial o medidas generales.

**Clase II: Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%**

Hay síntomas y signos de desorden uretral moderados, que requieren terapia continua para su control.

**Clase III: Menoscabo Laboral Permanente 35% -49%**

Pérdida definitiva de la funcionalidad uretral.

## CAPITULO VI

### SISTEMA CARDIOVASCULAR

#### INTRODUCCION

Estas Normas aportan criterios para evaluar y calificar los Impedimentos Cardiovasculares, su configuración y el Menoscabo Laboral Permanente en la capacidad general de trabajo expresado en las interferencias que producen sobre las actividades de la vida diaria. Por regla general, salvo expresa mención del especialista, los Impedimentos del Sistema Cardiovascular se estimarán configurados después de aplicadas las medidas terapéuticas y rehabilitadoras, cuando se tenga acceso, durante seis meses desde su diagnóstico a menos que exista evidencia médica de irrecuperabilidad antes de este plazo.

De haber sido intervenidos quirúrgicamente, o de haber sido sometido a procedimientos percutáneos endovasculares, el período de observación se extiende a doce meses a menos que exista evidencia médica de irrecuperabilidad antes de este plazo.

El implante de marcapaso cardíaco, los procedimientos angioplásticos y la electrofulguración no serán considerados cirugía mayor cardíaca y deberán cumplir seis meses para su configuración. Al trasplante cardiaco se le asignará 67% de menoscabo, e incluirá la terapia inmunosupresora del momento,

#### EVALUACION

La Anamnesis próxima y remota, el examen físico, los síntomas y signos cardiovasculares, su influencia en la capacidad laboral, y su interferencia en las actividades de la vida diaria, serán la base del informe especializado. Este incluirá descripción de las limitaciones en la deambulación, el subir escaleras, levantar objetos, progresión en el tiempo, su permanencia y reproductibilidad. Asimismo el informe deberá señalar las alteraciones anatómicas, las consecuencias fisiológicas y la capacidad funcional remanente después del tratamiento. En caso de mencionarse que el paciente no tiene acceso a tratamiento la Comisión deberá solicitar un peritaje socio laboral para su corroboración.

La capacidad funcional deberá ser evaluada con una cuidadosa anamnesis y objetivada por medio de un test de esfuerzo o de marcha, debiendo ser justificada por el especialista evaluador su no realización, considerando los riesgos que ello implica.

**La capacidad funcional debe ser descrita por adecuada anamnesis del médico asignado o interconsultor de la especialidad (según clasificación de NYHA):**

**Clase I de NYHA:** sin limitación en las actividades físicas. La actividad física ordinaria no causa fatiga inapropiada, palpitaciones o disnea.

**Clase II de NYHA:** leve limitación de la actividad física. Sin síntomas en reposo, pero la actividad física ordinaria produce palpitaciones, fatiga o disnea.

**Clase III de NYHA:** marcada limitación en la actividad física. Sin síntomas en reposo, pero la actividad física menos que ordinaria, produce palpitaciones, fatiga o disnea.

**Clase IV de NYHA:** no se puede realizar ninguna actividad física sin molestias. Existen síntomas y signos de insuficiencia cardíaca en reposo. Cualquier actividad física aumenta los síntomas

Los siguientes exámenes podrán realizarse y/o analizarse para demostrar el Impedimento cardiovascular y su limitación en las AVD:

1. Electrocardiograma de reposo
2. Holter de arritmias
3. Holter de presión arterial
4. Ecocardiograma Doppler
5. Pruebas de provocación de isquemia:
  - a. Test de esfuerzo
  - b. Ecocardiograma de estrés (Dobutamina/ejercicio)
  - c. Pruebas de Medicina Nuclear
6. Tilt Test
7. Estudios Hemodinámicos
8. Angiografías:
  - a. Aortografías y vasos arteriales
  - b. Venografías y cavidades cardíacas y pulmón
  - c. Coronariografía y Ventriculografía
9. Ecografías y estudios Doppler de Vasos arteriales y venosos.
10. Test de índice brazo - tobillo
11. Otros estudios imagenológicos:  
Radiografía simple, TAC, RNM.
12. Exámenes complementarios generales
13. Estudio electrofisiológico (aportado por el paciente)
14. Pruebas ergométricas (test de esfuerzo, test de marcha)
15. Otros

Los procedimientos de difícil acceso o de riesgo deberán ser coordinados con el Médico asignado o Presidente de la Comisión Médica.

El especialista interconsultor o integrante de la Comisión, si lo hubiere, será quien interprete la calidad del examen y sus resultados.

El informe ecocardiográfico debe incluir estimación de la calidad de la imagen.

<b>Tabla N° 1: CORRELACIÓN ECOCARDIOGRÁFICA Y MENOSCABO CARDIOLÓGICO</b>			
<b>MEDICIÓN</b>	<b>LEVE</b>	<b>MODERADO</b>	<b>SEVERO</b>
<b>Ventrículo Izquierdo Diástole (mm)</b>	58 – 65	66 - 70	> 71
<b>Ventrículo izquierdo Sístole (mm)</b>	41 – 46	47 – 49	> 50
<b>V. Izq. Grosor Septal y Pared Posterior (mm)</b>	12	13 – 14	≥ 15
<b>Función sistólica: Fracción de Eyección por Simpson, (%)</b>	54 – 50	49 – 40	< 40
<b>Diámetro Aurícula Izquierda Modo M (mm)</b>	41 – 45	46 – 50	> 51
<b>Área Aurícula Izquierda (cm<sup>2</sup>)</b>	20 - 30	30 - 40	> 40
<b>Volumen Aurícula Izquierda Indexado (ml/m<sup>2</sup>)</b>	29 - 33	34 - 39	≥ 40
<b>Función diastólica</b>	Relajación Retardada Tipo 1	Pseudo Normalización Tipo 2	Restrictiva Tipo 3

Los Impedimentos Cardiovasculares están ordenados en cuatro grupos de patologías que afectan este sistema:

**A. Enfermedades Orgánicas del Corazón:**

Enfermedades cardíacas reumáticas crónicas, Enfermedades isquémicas del Corazón, Enfermedades Cardiopulmonares y de la circulación pulmonar, Enfermedades del Pericardio, Miocardiopatías, Valvulopatías, Cardiomiopatías, Cardiopatías congénitas, Arritmias.

**B. Enfermedad Vasculare Hipertensiva:**

Hipertensión esencial, Enfermedad Cardíaca Hipertensiva, Enfermedad Cardiorrenal Hipertensiva, Hipertensión secundaria.

**C. Enfermedades Vasculares de las Extremidades:**

Enfermedad arterial periférica y claudicación intermitente.  
Insuficiencia venosa de extremidades inferiores

**D. Enfermedades de la Aorta.**

## **A. Menoscabo Laboral Permanente por Enfermedades Orgánicas del Corazón**

La clase está determinada por la intensidad de los síntomas y signos y el grado de limitación que producen en las AVD. El rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso sobre las actividades de la vida diaria.

### **Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1%-14%**

Deben coexistir dos componentes de esta clase como mínimo.

- Se desplaza sobre cualquier terreno sin restricciones, correspondiendo a Capacidad Funcional en Clase I según la NYHA
- Existen hallazgos ecocardiográficos o clínicos leves de Enfermedad Orgánica del Corazón
- Requiere de tratamiento farmacológico continuo
- Las limitaciones en las AVD son leves
- Aquellos que sean portadores de Marcapaso definitivo.

### **Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15%-34%**

Deben coexistir dos componentes de esta clase como mínimo.

- Se desplaza sobre terrenos llanos sin restricciones, en cuestas o escaleras tiene dificultades y síntomas, correspondiendo a Capacidad Funcional en Clase II según la NYHA
- Existen síntomas y/o signos moderados, de Enfermedad Orgánica del Corazón, a pesar de tratamiento óptimo accesible
- Existe compromiso ecocardiográfico al menos leve según tabla N°1, (criterio necesario pero no exclusivo)
- Las limitaciones en las AVD son moderadas

### **Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35%-49%**

Deben coexistir dos componentes de esta clase como mínimo.

- Se desplaza sobre terrenos llanos no más de una a dos cuadras correspondiendo a Capacidad Funcional clase III intermitente según la NYHA, a pesar de tratamiento óptimo accesible.
- Existen síntomas y/o signos importantes, de Enfermedad Orgánica del Corazón.
- Tiene historia de congestión cardíaca intermitente que cede con tratamiento.
- Existe compromiso ecocardiográfico al menos moderado según tabla N°1.
- Las limitaciones de las AVD son importantes.

#### **Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50%-66%**

- Su Capacidad Funcional según la NYHA es Clase III permanente.
- Existen síntomas y signos severos, de Enfermedad Orgánica del Corazón.
- Existen compromisos ecocardiográficos severos sistólicos y/o diastólicos según tabla N°1.
- Tiene signos de congestión cardíaca controladas parcialmente con tratamiento.
- Arritmias complejas de difícil control o con resultados parciales a la terapia.
- Presencia de Hipertensión Pulmonar moderada en el eco-doppler.
- Las limitaciones en las AVD son severas.
- Portadores de miocardiopatía hipertrófica con obstrucción moderada al tracto de salida del ventrículo izquierdo.

#### **Clase V Menoscabo Laboral Permanente 67% o más**

- Su Capacidad Funcional según la NYHA es Clase IV
- Existen síntomas y signos graves, de Enfermedad Orgánica del Corazón al lavarse o vestirse, incluso en reposo.
- Hipertensión pulmonar severa en el eco-doppler
- Demostración efectiva de enfermedades como Pericarditis constrictiva, Miocardiopatía Hipertrófica con Obstrucción severa al tracto de salida sin acceso a terapia.
- Trasplantados cardíacos.

### **B. Menoscabo Laboral Permanente por Enfermedad Vasculare Hipertensiva.**

#### **Hipertensión Arterial**

La clase está determinada por la intensidad del compromiso de órganos blanco. El estadio de Hipertensión Arterial (HTA) según JNC7 se utilizará para fundamentar el diagnóstico de la enfermedad y apreciar su potencia como factor de riesgo cardiovascular.

Para configurar un impedimento el solicitante debe estar bajo tratamiento hipotensor farmacológico continuo. Es necesario destacar que en muchos casos con severo compromiso sistémico la sintomatología y signología clínica es escasa.

La magnitud del daño de los órganos blanco determina la clase de impedimento en HTA, por lo tanto, podrán además sumarse los porcentajes de impedimento particulares de cada órgano blanco siempre y cuando exista evidencia de que sean de diferente etiología.

Los impedimentos se consideraran configurados solo después de haber cumplido al menos 6 meses del último esquema terapéutico considerado como óptimo accesible para el afiliado.

<b>Tabla N° 2 Clasificación de HTA, (JNC7)</b>	Presión Sistólica (mmHg)	Presión diastólica (mmHg)
NORMAL	< 120	< 80
PREHIPERTENSION	120-139	80-89
ESTADIO 1 HTA	140-159	90-99
ESTADIO 2 HTA	≥ 160	≥ 100

**Clase I : Menoscabo Global de la Persona 1%-14%**

Para otorgar la clase deben estar presentes las siguientes condiciones:

- Existe Hipertensión Arterial en estadio 1 según tabla N°2
- No se comprueba daño en órganos blanco
- Se encuentra en terapia farmacológica continua

**Clase II Menoscabo Global de la Persona 15%-34%**

Para otorgar la clase deben coexistir a lo menos dos de los siguientes requisitos:

- Existe Hipertensión Arterial en estadio 1 según tabla N°2
- Hipertrofia Ventricular Izquierda leve según tabla N°1, al Ecocardiograma o E.C.G con signos inequívocos de hipertrofia
- Fondo de ojo grado I
- Microalbuminuria sobre 30 mg /24 hrs
- Existe daño cerebral sin secuelas

**Clase III Menoscabo Global de la Persona 35%-49%:**

Para otorgar la clase deben coexistir a lo menos tres de los siguientes requisitos:

- Presencia de Hipertensión Arterial en estadio 1 según tabla N°2
- Proteinuria > 150 mg/24 hrs, con función renal conservada, (Clase I, compromiso leve de Función renal).
- Fondo de ojo con daño arteriolar retinal grado II
- Daño Cerebro-vascular por Hipertensión con secuelas neurológicas mínimas o clase I del capítulo neurológico.
- Hipertrofia Ventricular Izquierda moderada según tabla N°1.

**Clase IV Menoscabo Global de la Persona 50%-66%**

Para otorgar la clase deben coexistir a lo menos tres de los siguientes requisitos:

- Existe Hipertensión Arterial en estadio 2 según tabla Nº 2
- Disminución de la función del tracto urinario superior moderada, comprobada por la depuración de creatinina de 59 - 30 ml/min, (score de Cockcroft-Gault).
- Fondo de ojo con daño arteriolar retinal grado III con exudados algodonosos y duros, microaneurismas, microhemorragias.
- Daño cerebro-vascular por Hipertensión con secuelas neurológicas menores (en clase II).
- Hipertrofia de Ventrículo Izquierdo severa, según tabla Nº 1

#### **Clase V Menoscabo Global de la Persona 67% o más**

Para otorgar la clase deben coexistir a lo menos dos de los siguientes requisitos:

- Existe Hipertensión Arterial en estadio 2 según tabla Nº2
- Disminución de la función del tracto urinario superior importante, comprobada por la depuración de creatinina < 30 ml/min, (score de Cockcroft-Gault).
- Fondo de ojo con retinopatía hipertensiva grado IV (o edema de papila)
- Daño cerebro-vascular por Hipertensión con secuelas neurológicas Importantes, (clase III de SNC).
- Dilatación y disfunción sistólica de Ventrículo Izquierdo o disfunción diastólica de tipo restrictiva.

#### **C. Menoscabo Laboral Permanente por Enfermedades Vasculares Arteriales de las Extremidades.**

La clase está determinada por la intensidad de los síntomas y signos; y por el grado de limitación que producen en las actividades de la vida diaria; el rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso sobre las actividades de la vida diaria. Su evaluación se debe hacer bajo tratamiento óptimo accesible por un mínimo 6 meses. Debe objetivarse el impedimento al menos con pletismografía (índice tobillo/brazo) y/o exámenes imagenológicos que correspondan al cuadro clínico.

#### **Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1%-14%**

Para otorgar la clase deben coexistir a lo menos dos de los siguientes requisitos:

- Existe Impedimento vascular de las extremidades de intensidad leve demostrado en examen físico con disminución de pulsos arteriales.
- Índice tobillo / brazo de 0,9 a 1.2
- No presenta claudicación intermitente en las AVD, pero sí frente a marcha rápida a las 3 o más cuerdas (300 m o más).
- Sintomático leve post cirugía de revascularización quirúrgica o angioplástica.

**Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15%-34%**

Para otorgar la clase deben coexistir a lo menos dos de los siguientes requisitos:

- Existe Impedimento vascular de las extremidades de intensidad moderada demostrado en examen físico con disminución de pulsos arteriales.
- Índice tobillo /brazo de 0,7 a 0,89
- Presenta claudicación intermitente con marcha rápida a las dos cuadras de caminata (200 a 300 m)
- Sintomático post cirugía de revascularización quirúrgica o angioplástica de intensidad moderada.

**Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35%-49%**

Para otorgar la clase deben coexistir a lo menos dos de los siguientes requisitos:

- Existe Impedimento vascular de las extremidades de intensidad importante demostrado en examen físico con ausencia o disminución importante de pulsos arteriales.
- Índice tobillo/brazo de 0,51 a 0,69
- Presenta claudicación intermitente en marcha normal a 1 cuadra de caminata ( 100 a 200 m).
- Sintomático post cirugía de revascularización arterial quirúrgica o angioplástica de intensidad importante.
- Pueden existir amputaciones por el impedimento vascular.

**Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50%-66%**

Para otorgar la clase deben coexistir a lo menos dos de los siguientes requisitos:

- Existe Impedimento vascular arterial de las extremidades de intensidad severa demostrado en examen físico con ausencia o disminución severa de pulsos arteriales.
- Índice tobillo / brazo igual o menor a 0,5
- Presenta claudicación intermitente en marcha normal inferior a 100 m.
- Pueden existir amputaciones por el impedimento vascular que provocan limitación funcional severa.

**Clase V Menoscabo Laboral Permanente 67% o más**

- Existe Impedimento vascular de las extremidades de intensidad grave demostrado en examen físico con ausencia o disminución severa de pulsos arteriales.
- Índice tobillo/brazo < 0,5).
- Claudicación en marcha dentro del hogar, incluso dolor en reposo.
- Pueden existir amputaciones por el Impedimento vascular.

## **Menoscabo Laboral Permanente por Enfermedades Vasculares Periféricas de las Extremidades. (Venas y Linfáticos)**

La clase está determinada por la intensidad de los síntomas y signos, y por el grado de limitación que producen en las AVD; el rango al interior de la clase está determinado por la frecuencia de compromiso sobre las actividades de la vida diaria.

Su evaluación se debe hacer bajo tratamiento óptimo accesible, con al menos medidas generales de soporte permanentes para controlar los síntomas, luego de haberse realizado cirugía respectiva o haberse descartado el manejo quirúrgico.

El informe del interconsultor debe incluir fotografías del segmento afectado

### **Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% -14%**

- Existe Impedimento vascular venoso o linfático de las extremidades, de intensidad leve en el doppler venoso.
- Edema leve, a pesar de tratamiento.

### **Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%**

- Existe Impedimento vascular venoso o linfático de las extremidades de intensidad moderada en el doppler venoso.
- Existe úlcera cicatrizada.
- Edema moderado, a pesar de tratamiento.

### **Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%**

- Existe Impedimento vascular venoso o linfático de las extremidades de intensidad importante en el doppler venoso.
- Existen úlceras superficiales persistentes.
- Edema o linfedema importante, a pesar de tratamiento

### **Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50% - 66%**

- Existe Impedimento vascular venoso o linfático de las extremidades de intensidad severa en el doppler venoso.
- Existe ulceración persistente extendida, daños tróficos, con úlceras profundas de una o ambas extremidades.
- Edema o linfedema severo que no se controla pese a tratamiento y que altera la marcha.

## **Clase V Menoscabo Laboral Permanente 67% o más**

- Existe Impedimento vascular venoso o linfático de las extremidades de intensidad grave en el doppler venoso.
- Existen ulceraciones, persistentes y extendidas, con daño trófico, úlceras profundas en ambas extremidades, que restringen la marcha a desplazamientos mínimos y con ayuda.
- Edema o linfedema grave a pesar de tratamiento.
- Atrofia muscular o anquilosis articular por desuso en caso de linfedema marcado.

El **Tratamiento Anticoagulante** permanente asigna un menoscabo 15% el cual será considerado un Impedimento independiente para efectos de suma combinada, no procediendo su suma aritmética.

### **D. Menoscabo Laboral Permanente por Enfermedades Vasculares de la Aorta**

#### **a) Patología de Aorta Torácica**

- Aneurisma sin indicación de cirugía aún, pero con terapia farmacológica especializada corresponde configurar con menoscabo global de 50%
- **Disección tipo A:**
  - Que recibió cirugía o endo-protesis como tratamiento, además de tratamiento médico farmacológico, corresponde menoscabo global de 50%
  - Disección sin posibilidad de tratamiento quirúrgico, o de prótesis endovascular, y con tratamiento médico farmacológico especializado, corresponde menoscabo global 67%
- **Disección tipo B:**
  - i. En lesiones localizadas, con el resto de la Aorta sin enfermedad significativa, con sellado percutáneo satisfactorio, corresponde a Clase III
  - ii. Con procedimientos percutáneos y resultados insatisfactorios, corresponde a Clase IV
  - iii. Sin indicación de cirugía corresponde a clase V.

#### **b) Patología de Aorta Abdominal**

- Sin indicación de cirugía, no corresponde configurar, salvo menoscabo dado por otra enfermedad de base
- Aneurisma de aorta abdominal que recibió cirugía o endoprótesis como tratamiento además de terapia medicas especifica:
  - i. Sin evidencias de complicaciones en órganos vecinos corresponde a un menoscabo de clase III.
  - ii. Con compromiso de órganos de carácter leve, (riñón o intestino) corresponde a clase IV con menoscabo de 50%
  - iii. Con compromiso moderado o severo de otros órganos: corresponde clase V
  - iv. Si existe Aneurisma mayor de 6 cms. o disección aórtica con indicación quirúrgica, sin acceso a cirugía o endo-prótesis, corresponde clase V

## CAPITULO VII

### SISTEMA ENDOCRINO

#### INTRODUCCION

Estas Normas aportan criterios para evaluar y calificar los Impedimentos Endocrinológicos, su configuración y el Menoscabo Laboral Permanente en la capacidad general de trabajo expresado en las interferencias que producen sobre las áreas de actividades esenciales, domésticas y de desplazamiento en la vida diaria. Por regla general, salvo expresa mención del especialista, los Impedimentos del Sistema Endocrino se estimarán configurados luego de aplicadas las medidas terapéuticas según los protocolos actuales de la especialidad durante período mínimo de seis meses. De haber sido intervenidos quirúrgicamente, el período de observación se extiende a doce meses.

#### EVALUACIÓN

El Sistema Endocrino constituye junto al Sistema Nervioso Central y el Sistema Inmune, una tríada integradora del organismo.

Cuando existan manifestaciones en otros sistemas orgánicos como consecuencia de un Impedimento endocrino primario, este secundario debe ser evaluado según el sistema involucrado en el capítulo respectivo. La calificación global se ajusta a los requisitos señalados para el procedimiento de suma combinada en las instrucciones generales de estas Normas.

Los procesos tumorales infiltrativos y/o sus secuelas post quirúrgicas que comprometan el Sistema Endocrino deben ser calificados en el capítulo correspondiente a los Impedimentos Oncológicos.

Este capítulo está dividido en impedimentos de:

- A. Eje Hipotálamo - Hipofisiario
- B. Tiroides
- C. Paratiroides
- D. Glándulas Suprarrenales
- E. Glándulas Mamarias y Gónadas
- F. Páncreas
- G. Enfermedades Metabólicas Oseas
- H. Enfermedad Endocrina Múltiple
- I. Enfermedades Nutricionales: Obesidad y Desnutrición

## **A. Eje Hipotálamo - Hipofisiario**

Se distinguen los Impedimentos derivados de Alteraciones Hipofisiarias Anteriores, y Alteraciones Hipofisiarias Posteriores.

El informe del especialista podrá objetivar sus trastornos con: Radiografías de Cráneo y Manos, evaluación de función Tiroídea y Suprarrenal, Gonadotrofinas plasmáticas, Hormona de Crecimiento, TAC de Cráneo, Prolactinemia, RNM, Angiografía y Angio-RNM, según sea necesario para la configuración. Como también solicitar complementación con peritaje oftalmológico, neurológico u otros.

### **Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos Hipofisiarios Anteriores**

La clase está determinada por la intensidad de los síntomas y signos; el rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso sobre las actividades de la vida diaria.

#### **Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1%-14%**

Existe alteración en Hipo o Hiperfunción leve del Eje Hipotálamo-Hipofisiario, con presencia tumoral que no afecta tejidos vecinos ni a órganos blanco. El tratamiento controla los síntomas.

#### **Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%**

Existe alteración en Hipo o Hiperfunción moderado del Eje Hipotálamo-Hipofisiario, con presencia tumoral que afecta tejidos vecinos o a órganos blanco por la secreción hormonal. El tratamiento consigue controlar los síntomas parcialmente.

#### **Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%**

Existe alteración en Hipo o Hiperfunción importante del Eje Hipotálamo-Hipofisiario, con presencia tumoral que afecta a tejidos vecinos irreversiblemente y a órganos blanco por la secreción hormonal. El tratamiento no consigue controlar los síntomas y existen secuelas importantes.

### **Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos Hipofisiarios Posteriores. (Diabetes Insípida)**

La clase está determinada por la intensidad de los síntomas y signos; el rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso sobre las actividades de la vida diaria.

**Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1%- 14%**

Existe impedimento diabético insípido, pero sus síntomas leves se controlan parcialmente. La Diuresis de 24 horas no excede los 5000 ml.

**Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%**

Existe impedimento diabético insípido moderado, las Diuresis de 24 horas sobrepasa los 5000 ml.

El **Enanismo** por Acondroplasia u otras causas, condiciona en el individuo que lo padece, una dificultad en la mayoría de las actividades de la vida diaria, generando una desventaja significativa respecto de los individuos de talla normal por lo que corresponde asignar un menoscabo de 35 %.

**B. TIROIDES**

Tanto el Hipotiroidismo como el Hipertiroidismo pueden en la mayoría de los casos controlarse satisfactoriamente. Los Impedimentos secundarios a estas alteraciones se evalúan según el capítulo correspondiente y suma combinada, según corresponda.

El estudio incluye T3, T4, TSH, TRH, Ecografía, Cintigrafía, según decisión del especialista interconsultor, informe Oftalmológico, de evaluación quirúrgica u otros.

**Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos Tiroideos**

La clase está determinada por la intensidad de los síntomas y signos; el rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso sobre las actividades de la vida diaria.

**Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1%- 14%**

Hipo o Hiperfunción Tiroidea leve que no se controla totalmente con terapia, o ésta es imposible por contraindicación médica. Alteración anatómica perceptible.

**Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15%-34%**

Hipo o Hiperfunción Tiroidea moderada que no se controla totalmente con terapia por estar presentes otras enfermedades que permiten solo terapia parcial. La alteración anatómica hace compresión a vecindad y no es susceptible de tratamiento quirúrgico. Incluye Bocios endotorácicos.

**C. PARATIROIDES**

El Hipoparatiroidismo se evalúa por estudio de Hormona paratiroidea, Calcemia, Fosfemia, Proteínas Séricas y Densitometría Osea.

### **Menoscabo Laboral Permanente por Hipoparatiroidismo**

La clase está determinada por la intensidad de los síntomas y signos; el rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso sobre las actividades de la vida diaria.

#### **Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1%-14%**

Existe Hipofunción Paratiroidea leve y la Calcemia logra ser controlada adecuadamente por la terapia. Tiene síntomas que se controlan.

#### **Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15%-34%**

Existe Hipofunción Paratiroidea moderada y Calcemia baja a pesar de la terapia. Los síntomas se controlan parcialmente.  
Crisis de Tetania ocasional que se controla fácilmente.

#### **Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%**

Existe Hipofunción Paratiroidea importante y Calcemia baja a pesar de terapia. Tiene episodios de Tetania recurrente, Convulsiones o Catarata lenticular.

### **Menoscabo Laboral Permanente por Hiperparatiroidismo**

El hiperparatiroidismo no controlado con tratamientos médico y/o quirúrgico, con secuelas en órganos blanco como fractura patológica, úlceras gastroduodenales recurrentes, pancreatitis aguda recurrente, y nefrocalcinosis, corresponde a clase III.

## **D. GLÁNDULAS SUPRARRENALES**

Se consideran en esta sección los Impedimentos Suprarrenales de la Corteza. Los Impedimentos Suprarrenales de la Médula deben calificarse según los criterios de la Enfermedad Vasculat Hipertensiva y su estudio correspondiente.

La Hipo o Hipersecreción de la Corteza Suprarrenal puede comprometer otros sistemas y provocar Impedimentos secundarios que se evaluarán en el capítulo respectivo. Por tanto en esta sección se califican el Síndrome de Cushing, la enfermedad de Cushing, el Síndrome Adrenogenital y el Aldosteronismo Primario.

Las personas bajo **Tratamiento Esteroidal Permanente** reciben asignación de menoscabo de 10% en su capacidad de trabajo.

El estudio, según decisión del especialista, incluye: Cortisol plasmático o urinario, Aldosterona plasmática o urinaria, DEA plasmático, Imagenología, TAC Cerebral, TAC Abdominal, Ecotomografía, Titulación de Androsterediona y 17 Hidroxiprogesterona.

### **Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos Suprarrenales**

La clase está determinada por la intensidad de los síntomas y signos; el rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso sobre las actividades de la vida diaria.

#### **Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1%-14%**

Existe **insuficiencia** suprarrenal leve que requiere manejo terapéutico en dosis habituales de hormonas suprarrenales corticales y el control sintomático es adecuado. Las crisis son infrecuentes, no más de dos al año, y no requieren tratamiento especializado, o

Existe **hiperfunción** suprarrenal leve y las manifestaciones de Cushing son leves, a pesar de tratamiento médico o quirúrgico.

#### **Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15%-34%**

Existe **insuficiencia** suprarrenal moderada que requiere manejo terapéutico en dosis habituales de hormonas suprarrenales corticales y medulares, el control sintomático no logra siempre atenuar los síntomas. Presenta más de 2 crisis y menos 6 al año, requiriendo circunstancialmente tratamiento especializado, o

Existe **hiperfunción** suprarrenal con manifestaciones de Cushing moderadas, a pesar de tratamiento médico o quirúrgico. Presencia de manifestaciones a distancia de daño en órganos blanco en clase I.

#### **Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35%-49%**

Existe **insuficiencia** suprarrenal importante cuyo manejo terapéutico no logra controlar los síntomas con las dosis habituales de Hormonas suprarrenales corticales y medulares. Presenta 6 o más crisis al año, requiriendo tratamiento especializado, o

Existe **hiperfunción** suprarrenal importante que afecta irreversiblemente a órganos blanco en clase II. El tratamiento no consigue controlar los síntomas y existen secuelas importantes.

### **E. Glándulas Mamarias y Gónadas**

El Impedimento gonadal que provoca anomalía en la secreción hormonal asigna menoscabo global de la persona de 10%.

Los Impedimentos de las Glándulas Mamarias no neoplásicos corresponden básicamente a:

- Mujer con Galactorrea excesiva intratable, con 10% menoscabo laboral permanente.

Las Neoplasias, en capítulo respectivo.

## **F. PANCREAS**

Se distinguen los Impedimentos derivados de la Diabetes Mellitus y del Hiperinsulinismo. El informe del especialista, según sea el caso, incluirá: Glicemia, Test de Tolerancia a la Glucosa, Hemoglobina Glicosilada, Anticuerpos Anti-islotos (ICA), Antidescarboxilasa del ácido Glutámico (GAD), Microalbuminuria, Doppler Carotideo y/o femoral, Péptido C, Colesterol y Lípidos en sangre, Electrocardiograma, Fondo de Ojos, Estudio de función renal y Examen neurológico

Conocido es el compromiso progresivo de otros sistemas producto de la Diabetes Mellitus; estas normas incluyen esas implicancias en su categorización por clases, lo que hace innecesario combinar menoscabos. La correcta evaluación del impedimento por Diabetes incluirá, si corresponde, efectuar interconsulta con los especialistas de los sistemas afectados.

El periodo de observación necesario para configurar el impedimento por Diabetes Mellitus es de un año. La característica que otorga el mayor menoscabo, es la definitoria para calificar la clase.

### **Menoscabo Laboral Permanente por Diabetes Mellitus**

La clase está determinada por la intensidad de los síntomas y signos; el rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso sobre las actividades de la vida diaria.

#### **Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1%-14%**

Presencia de Diabetes Mellitus estable metabólicamente que requiere dieta, o dieta e hipoglicemiantes orales. Sin embargo no tiene daño ocular, renal o neurológico.

#### **Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%**

Presencia de Diabetes Mellitus, estable metabólicamente, que requiere dieta, o dieta e hipoglicemiantes orales y/o Insulina para su adecuado control. Además, se detecta Impedimento leve por daño retinal, renal o neurológico configurado en

Clase I. Los pacientes que requieran más de una dosis de insulina deberán ubicarse en el rango alto de la clase.

**Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35%- 49%**

Presencia de Diabetes Mellitus que requiere hipoglicemiantes orales y/o terapia Insulínica para su adecuado control. Además se detectan Impedimentos moderado por daño retinal, renal o neurológico configurado en Clase II.

**Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50%-66%**

Diabetes Mellitus que puede requerir Insulina en más de una dosis diaria y refuerzos y tiene inestabilidad metabólica con hiper o hipoglicemias que requieren manejo médico en servicios de urgencias.

El daño retinal, renal o neurológico es importante configurado en Clase III.

Pueden darse una u otra condición y si son ambas corresponderá el rango alto de la clase, si la frecuencia de los síntomas no se logra precisar.

**Clase V Menoscabo Laboral Permanente 67% o más**

Diabetes Mellitus cuya característica básica es el severo daño funcional a nivel sistémico, configurado en Clase IV o superior: retinal, renal, neurológico, vascular cardíaco, periférico u otros. Califican en esta Clase los solicitantes con amputaciones y/o úlceras necróticas profundas. Puede o no estar con Insulinoterapia.

**Menoscabo Laboral Permanente por Hiperinsulinismo o Hipoglicemias Frecuentes, en no Diabéticos.**

**Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1%-14%**

Hipoglicemias frecuentes y /o crisis leves, controladas parcialmente por la dieta y la medicación.

**Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15%-34%**

Hipoglicemias frecuentes y/o crisis moderadas, que han requerido atención médica de urgencia ocasional, con daño neurológico, renal, conductual o similar atribuible a esta condición.

### **Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%**

Hipoglicemias frecuentes y/o crisis importantes, secundarias a Insulinomas operados refractarios o a cirugía bariátrica o digestiva alta, que requieran atención médica de urgencia al menos seis veces el último año.

### **G. ENFERMEDADES METABÓLICAS OSEAS**

Osteoporosis, Osteomalacia resistente y Enfermedad de Paget. El menoscabo global de la persona producto de estos Impedimentos debe consultarse en el Capítulo Osteomioarticular.

### **H. ENFERMEDAD ENDOCRINA MÚLTIPLE**

La clase está determinada por la intensidad de los síntomas y signos; el rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso sobre las actividades de la vida diaria. Corresponde a los Impedimentos pluriglandulares autoinmunes. Asociación de Hipotiroidismo e Insuficiencia Suprarrenal. Manejo terapéutico complejo que compromete la eficiencia social.

### **Menoscabo Laboral Permanente por Enfermedad Endocrina Múltiple**

#### **Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1%-14%**

Enfermedad Endocrina Múltiple que requiere tratamiento en altas dosis para controlar síntomas.

#### **Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15%-34%**

Enfermedad Endocrina Múltiple que requiere tratamiento en altas dosis que logra controlar parcialmente los síntomas.

#### **Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35%-49%**

Enfermedad Endocrina Múltiple cuyo tratamiento en altas dosis no mejora los índices de Hipotiroidismo, Anemia, Hipotensión, Hiponatremia.

### **I. ENFERMEDADES NUTRICIONALES: OBESIDAD Y DESNUTRICION**

La **Obesidad** constituye Impedimento configurado cuando:

1. Presenta a lo menos 1 año de evolución y

2. Se comprueba refractariedad a tratamientos médicos y quirúrgicos accesibles por el afiliado, y
3. Determina sinergia con otros Impedimentos configurados en las interferencias sobre las AVD, o
4. IMC igual o mayor de 50

Para asignar menoscabo por **Obesidad** la persona con IMC igual o superior a 35 e inferior a 45, deberá necesariamente presentar a lo menos uno de los siguientes **Impedimentos configurados en clase III**. En aquellas personas con IMC igual o superior a 45 y menor de 50, deberá necesariamente presentar a lo menos uno de los siguientes **Impedimentos configurados en clase II**:

- a. Dolor y limitación funcional importante en cualquier articulación sostenedora de peso o en la columna lumbar.
- b. Hipertensión Arterial.
- c. Insuficiencia cardíaca congestiva.
- d. Insuficiencia Venosa Crónica.
- e. Impedimento respiratorio con CVF igual o inferior al 50% del valor teórico o nivel de hipoxia significativo en correspondencia a Clase III y/o Síndrome de Apnea obstructiva del sueño.

La **Desnutrición** calórico proteica de origen no oncológica, según su intensidad está contenida en las clases de los impedimentos del capítulo correspondiente.

El método de evaluación es el **INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)**, según Quetelet y los criterios OMS

$$\text{IMC} = \frac{\text{PESO (Kg.)}}{\text{TALLA}^2 \text{ (m)}}$$

#### Relación entre IMC y Menoscabo Laboral Permanente:

Impedimento configurado	IMC	Menoscabo laboral permanente
Obesidad	35.0 a 39.9 Kg./m <sup>2</sup>	15-34%
Obesidad Mórbida	40.0 a 44.9 Kg./m <sup>2</sup>	35-49%
	45.0 a 49.9 Kg./m <sup>2</sup>	50-66%
	50 o más Kg./m <sup>2</sup>	67%
Desnutrición leve	17 a 18.4 Kg./m <sup>2</sup>	0%
Desnutrición moderada	16 a 16.9 Kg./m <sup>2</sup>	15-34%
Desnutrición severa	< 15.9 Kg./m <sup>2</sup>	35-49%

## CAPITULO VIII

### SISTEMA HEMATOPOYETICO E INMUNITARIO

#### INTRODUCCION

Estas normas aportan criterios para evaluar y calificar los Impedimentos del Sistema Hematopoyético, su configuración y el Menoscabo Laboral Permanente en la capacidad general de trabajo expresado en las interferencias que producen sobre las áreas de actividades esenciales, domésticas y de desplazamientos en la vida diaria.

El Sistema Hematopoyético y sus células son interdependientes entre sí y pueden asociarse alteraciones en otros sistemas orgánicos.

El Impedimento configurado en este capítulo requiere un período mínimo de seis meses de observación y tratamientos según los protocolos de la especialidad.

#### EVALUACION

Se debe realizar Anamnesis próxima y remota y Examen físico completo, con especial referencia a la intensidad de los síntomas y signos derivados del Sistema Hematopoyético e Inmunitario, y su influencia sobre las actividades de la vida diaria.

Los exámenes serán definidos por el especialista interconsultor, y podrán incluir: Hemograma, Recuento Plaquetario, Mielograma, Biopsia medular, Hierro sérico, Electroforesis de Hemoglobina, Test de Hemólisis, Recuento de Glóbulos Blancos, Biopsia Ganglionar, Estudios Imagenológicos, Citometría de Flujo, Estudio de Coagulación, Linfografías, Recuento Linfocitario CD4, Carga Viral y otros.

Los Impedimentos Hematopoyéticos e Inmunitarios son los siguientes:

- A. Anemias de diverso origen.
- B. Defectos de hemostasia y Coagulación, trastornos hereditarios como Hemofilias, von Willebrand, trastornos adquiridos como Púrpuras, Trombocitopenias, Defectos primarios de hemostasia, Trombofilias.
- C. Defectos del Sistema Reticuloendotelial y Tejido Linforreticular, Leucopenias, Agranulocitosis, Eosinofilias.
- D. Neoplasias hematológicas malignas:
  - 1. Síndromes Mieloproliferativos (Policitemia Vera, Leucemia Mieloide Crónica, Trombocitemia esencial, Mielofibrosis.
  - 2. Síndromes Linfoproliferativos (Linfomas, Leucemia linfática Crónica, Mieloma)
  - 3. Leucemias agudas
- E. Defectos del Sistema Inmunitario

## **A. Menoscabo Laboral Permanente por Anemias**

El menoscabo en la capacidad de trabajo por Impedimentos anémicos está determinado por el nivel de Hemoglobina en sangre periférica, y la necesidad transfusional. El rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso sobre las actividades de la vida diaria.

### **Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1%-14%**

El nivel de Hemoglobina es de 9 grs/100 ml o más, no requiere transfusiones.

### **Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15%-34%**

El nivel de Hemoglobina es de 7 grs/100 ml o más, requiere 1-2 unidades de glóbulos rojos cada seis a ocho semanas.

### **Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35%-49%**

El nivel de Hemoglobina es de 7 grs/100 ml o más, requiere 1-2 unidades de glóbulos rojos cada cuatro semanas o menos.

### **Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50% - 66%**

El nivel de Hemoglobina es de 5 grs/100 ml o más, requiere más de 2 unidades de glóbulos rojos cada dos semanas o menos.

## **B. Menoscabo Laboral Permanente por Defectos de Hemostasia y Coagulación**

### **Menoscabo Laboral Permanente por Hemofilia y otros defectos de factores de la coagulación**

#### **Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1 - 14%**

Presenta Hemofilia o Coagulación intravascular diseminada sin complicaciones derivadas del desorden hemorrágico.

#### **Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%**

Presenta Hemofilia o Coagulación intravascular diseminada complicada en otros sistemas orgánicos, hemorragias espontáneas que deben evaluarse en capítulo correspondiente del órgano afectado, según compromiso de las actividades de la vida diaria.

**Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%**

Presenta Hemofilia o Coagulación intravascular diseminada complicada en otros sistemas orgánicos, con alteraciones permanentes, que deben evaluarse en capítulo correspondiente del órgano afectado, según compromiso de las actividades de la vida diaria, cuyos menoscabos deberán sumarse combinadamente.

**Menoscabo Laboral Permanente por Púrpuras y Trombocitopenias****Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1%-14%**

El Recuento Plaquetario es mayor de  $51.000 \times \text{mm}^3$  y con sintomatología leve.

**Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15%-34%**

El Recuento Plaquetario está entre  $21.000$  y  $50.000 \times \text{mm}^3$ , tiene hemorragias mucocutáneas ocasionales

**Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35%-49%**

El Recuento Plaquetario es igual o menor a  $20.000 \times \text{mm}^3$ , tiene hemorragias en tejidos u órganos que pueden comprometer su función que deben evaluarse en el capítulo correspondiente según compromiso de las actividades de la vida diaria, cuyos menoscabos deberán sumarse combinadamente.

**Menoscabo Laboral Permanente por Síndromes Trombofílicos**

La evaluación del Menoscabo Laboral Permanente se basará en la gravedad y frecuencia de las complicaciones presentadas, una vez evaluado su posible tratamiento y reversibilidad, por el riesgo inherente al tratamiento anticoagulante indefinido, agregándose los daños definitivos, valorados por el especialista respectivo en el SNC o vascular periférico.

**Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1%-14%**

Trombosis ocasional, sin secuelas de episodios anteriores. El tratamiento controla parcialmente los síntomas.

**Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15%-34%**

Trombosis en más de una oportunidad en extremidades inferiores. El tratamiento no controla los síntomas.

**Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35%-49%**

Trombosis en más de una oportunidad en localización no habitual, distinta de extremidades inferiores. El tratamiento no controla los síntomas y presenta secuelas de episodios anteriores.

**Menoscabo Laboral Permanente por Policitemias****Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1%-14%**

El nivel de Hemoglobina es mayor a 18 grs/100 ml y requiere tratamiento circunstancial.

**Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15%-34%**

El nivel de Hemoglobina es mayor a 20 grs/100 ml y requiere tratamiento continuo.

**C. Menoscabo Laboral Permanente por Defectos del Sistema Reticuloendotelial, SRE, y Tejido Linforreticular**

El Menoscabo en la capacidad de trabajo por los defectos del SRE y el Tejido Linforreticular, se basa en las infecciones recurrentes, compromiso del estado general, Citopenias en sangre periférica, alteraciones de la Proteinemia y Hepatoesplenomegalia. Incluye a Histiocitosis y Linfocitosis.

La **Terapia Inmunosupresora** permanente asigna un 10% de menoscabo laboral que será considerado en el cálculo global de acuerdo a los requisitos del procedimiento de suma combinada en las instrucciones generales de estas normas.

La clase está determinada por la intensidad de los síntomas y signos; el rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso sobre las actividades de la vida diaria.

**Clase I Menoscabo Global de la Persona 1%-14%**

Existen síntomas y signos leves, de Impedimento del SRE, requiere tratamientos circunstanciales.

**Clase II Menoscabo Global de la Persona 15%-34%**

Existen síntomas y signos moderados, de Impedimento del SRE, que requieren tratamiento continuo.

**Clase III Menoscabo Global de la Persona 35%-49%**

Existen síntomas y signos importantes, de Impedimento del SRE, que el tratamiento no logra controlar.

**Clase IV Menoscabo Global de la Persona 50%-66%**

Existen síntomas y signos severos, de Impedimento del SRE, tratamiento y restricciones de la autonomía.

**Clase V Menoscabo Global de la Persona 67% o más**

Los síntomas y signos graves, del Impedimento del SRE, requieren tratamiento continuo y requiere ayuda de terceros para las actividades de la vida diaria

**Menoscabo Laboral Permanente por Defectos de los Leucocitos**

El Menoscabo en la capacidad de trabajo por Defectos Leucocitarios, se basa en las infecciones recurrentes, compromiso del estado general, Granulocitopenia o Granulocitosis.

La clase está determinada por la intensidad de los síntomas y signos; el rango al interior de la clase por la frecuencia de interferencia sobre las actividades de la vida diaria.

**Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1%-14%**

Existen síntomas y signos leves de anormalidad leucocitaria, requiere tratamientos circunstanciales.

**Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15%-34%**

Existen síntomas y signos moderados de anormalidad leucocitaria, requiere tratamientos continuos que controlan los síntomas.

**Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35%-49%**

Existen síntomas y signos importantes, de anormalidad leucocitaria, requiere tratamiento que no logra controlar los síntomas.

**Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50%-66%**

Existen síntomas y signos severos, de anormalidad leucocitaria, con recuento de Neutrófilos bajo  $500 \times \text{mm}^3$ , infecciones recurrentes.

**Clase V Menoscabo Laboral Permanente 67% o más**

Existen síntomas y signos graves, de anormalidad leucocitaria, con recuentos bajo  $500 \times \text{mm}^3$ , infecciones permanentes, limitaciones para su vida diaria, confinado en domicilio.

**D. Características de Neoplasias Hematológicas Malignas que asignan menoscabo Laboral Permanente superior al 67%.**

**Linfomas**

Enfermedad de Hodgkin y Linfoma no Hodgkin con gravedad progresiva a pesar de tratamiento adecuado.

**Leucemias**

- Leucemia aguda linfática o no linfática que no remite completamente, refractaria a tratamiento inicial.
- Leucemia aguda que recae durante el período de terapia de mantención o estando fuera de tratamiento.
- Leucemia mieloide crónica que no responde al tratamiento que se encuentra en etapa de transformación o crisis blástica.
- Leucemia linfática crónica en etapa avanzada con manifestaciones de anemia y trombocitopenia o que no responde al tratamiento.

**Mieloma Múltiple**

- Complicaciones óseas con osteoalgias intratables o fracturas patológicas, o
- Evidencia de daño renal, o

- Hipercalcemia con niveles de calcio en el suero persistentes de 11 mg. Por 100 ml durante al menos 1 mes a pesar de la terapia prescrita, o
- Células plasmáticas: 100 o más por ml, en sangre periférica.

#### **E. Menoscabo Laboral Permanente por Defectos del Sistema Inmunitario: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida por VIH**

Las personas VIH+ son en la actualidad enfermos crónicos manejables con acceso expandido a terapias. El tratamiento Antiretroviral asociado puede suprimir la replicación viral y permite recuperación Inmunológica (nivel CD4), Viroológica (carga viral) y Clínica (infecciones oportunistas y complicaciones tumorales). Estos trabajadores deben ser evaluados según su condición CDC al momento del examen.

#### **Clasificación de la Etapa de Infección CDC**

- Categoría Clínica A: Infección por VIH, pacientes asintomáticos, con linfadenopatías generalizadas persistentes o sin ellas.
- Categoría Clínica B: Pacientes con enfermedades ubicables en a Tabla N° 2, relacionadas con infección VIH en su manejo y tratamiento.
- Categoría Clínica C: Pacientes con enfermedades y complicaciones pertenecientes a la Tabla N° 3.

#### **Tabla N° 1 Recuento Linfocitario y categoría clínica**

<b>Recuento Linfocitos CD4</b>	<b>Categoría Clínica</b>		
> 500/uL	A1	B1	C1
200 a 499/uL	A2	B2	C2
< 200/uL	A3	B3	C3

#### **Tabla N° 2 Categoría Clínica B**

1	EBSA
2	MENINGITIS
3	SEPSIS
4	CANDIDIASIS VULVOVAGINAL PERSISTENTE
5	CANDIDIASIS OROFARINGEA
6	DISPLASIA CERVICAL O CARCINOMA
7	FIEBRE > 38.5° C > 1 MES

8	DIARREA > 1 MES
9	LEUCOPLAQUIA ORAL VELLOSA
10	HERPES ZOSTER > 2 EPISODIOS
11	PÚRPURA TROMBOCITOPENICO IDIOPÁTICO
12	LISTERIOSIS
13	NOCARDIOSIS
14	ENF. INFLAMATORIA PÉLVICA
15	NEUROPATÍA PERIFERICA

**Tabla Nº 3** Categoría Clínica C

1	CANDIDIASIS TRAQUEAL-BRONQUIAL-PULMONAR
2	CANDIDIASIS ESOFÁGICA
3	CARCINOMA CERVIX INVASIVO
4	COCCIDIOMICOSIS DISEMINADA
5	CRIPTOCOCOSIS EXTRAPULMONAR
6	CRITOSPORIDIASIS CON DIARREA A > 1 MES
7	INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS (NO HIGADO, BAZO O GANGLIOS)
8	RETINITIS POR CITOMEGALOVIRUS
9	ENCEFALOPATIA VIH
10	HERPES SIMPLE CON ULCERA MIOCUTANEA, BRONQUITIS, NEUMONITIS O ESOFAGITIS HERPETICA.
11	HISTOPLASMOSIS DISEMINADA
12	ISOSPORIDIASIS CRÓNICA
13	SARCOMA DE KAPOSI
14	LINFOMA DE BURKITT
15	LINFOMA INMUNOBLASTICO
16	LINFOMA CEREBRAL PRIMARIO
17	INFECCIÓN POR MYCOBACTERIUM AVIUM EXTRA-PULMONAR
18	TBC PULMONAR
19	TBC EXTRAPULMONAR O DISEMINADA
20	INFECCIÓN POR MICOBACTERIAS DISEMINADAS
21	NEUMONÍA POR PNEUMOCYSTIS CARINII
22	NEUMONIA RECURRENTE
23	LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESIVA
24	SEPSIS RECURRENTE POR SALMONELLAS
25	TOXOPLASMOSIS CEREBRAL
26	SINDROME EMACIACIÓN POR VIH

El especialista interconsultor deberá señalar a la Comisión Médica la fase de deterioro que afecta a la persona:

- A. Fase de Deterioro Inmune Transitorio: También denominado Primoinfección VIH, comprende el período de los primeros seis meses de la infección cuyo diagnóstico definitivo puede efectuarse con serología negativa o indeterminada en los seis meses previos a una positiva. Es autolimitada y la mayoría de las veces sintomática.
- B. Fase de Deterioro Inmune Definitivo: Esta fase hace crónica la enfermedad, de curso irreversible, sintomática o asintomática.

El criterio de clasificación de estas normas es el CDC y reconoce siete tipos de solicitantes:

1. Solicitante sin indicación de tratamiento.
  2. Solicitante bajo observación y tratamiento.
  3. Solicitante con indicación de terapia pero no asequible.
  4. solicitante con terapia fracasada por falla severa de adherencia.
  5. Solicitante con terapia exitosa.
  6. Solicitante con terapia fracasada.
  7. Solicitante con daño tóxico mitocondrial por terapia.
1. Los trabajadores sin indicación de tratamiento por no cumplir requisitos para iniciar terapia. Impedimento no configurado.
  2. Los trabajadores bajo observación y tratamiento son los que no cumplen con el período mínimo de nueve meses para evaluar resultados de la terapia y debe posponerse la calificación. El informe del especialista fundamentará esta condición. Impedimento no configurado.
  3. Trabajadores sin terapia por dificultades de acceso a ella, que deberá verificar el peritaje socio-laboral.  
Se clasifican CDC (NADIR) en etapa A3, B1 y B2 con menoscabo global 50%. Los afiliados en etapa B3 y C con menoscabo global de 67%.
  4. Los trabajadores sin terapia por falla severa en la adherencia a tratamiento.  
Se clasifican CDC (Nadir) en etapas A3, B1 y B2 con menoscabo global de 50%. Los trabajadores en etapa B3 y C con menoscabo global de 67%.
  5. Los trabajadores con terapia exitosa serán clasificados según CDC y CD4 luego de completados nueve meses de terapia según protocolo actualizado. la terapia exitosa estará definida de acuerdo a criterios clínicos y de laboratorio.  
Para efectos de calificación se determinará CD4 al momento de la presentación y serán consideradas las patologías B o C ocurridas una vez completados 9 meses de terapia, que se hayan presentado durante los 12 meses precedentes a la calificación.

No se considerarán las patologías B o C anteriores a la terapia. Corresponderá otorgar los siguientes menoscabos:

A1 = 10%  
 A2 = 20%  
 A3 y B1 – B2 = 50%  
 B3 y C = 67%

6. Los trabajadores con terapia fracasada son aquellos en que la TARV no logra suprimir la replicación viral a niveles de indetectabilidad después de 9 meses de terapia ininterrumpida, o bien cuando después de haberla logrado reaparece CV en niveles significativos, teniéndose la certeza que existe adherencia al tratamiento por parte del afiliado, deberán estar certificados por genotipificación, clasificados según CDC pero se subclasifican según la Viremia. Si la Viremia es >10.000copias suben de 2 a 3 y si es <10.000 mantienen su clase.
7. Los trabajadores con daño tóxico mitocondrial de la terapia antiretroviral se pueden presentar con daño permanente sobre los sistemas Músculo-esquelético, Cardiovascular, Neurológico, Nefrológico, Gastroenterológico y linforreticular. Estos se califican según la Clase del capítulo correspondiente y en Suma Combinada a esta clasificación.

Tipo de solicitante	Requisito	Configuración de Impedimento	Clasificación CDC y CD4	Clasificación y menoscabo		observaciones
1.sin indicación de iniciar terapia		No configurado				
2. con indicación de tratamiento, sin completar aún 9 meses de terapia		No configurado				
3. con indicación de terapia, con	Peritaje asistente social que	Configurado	Nadir	A1	10%	De existir posibilidades de acceso a la terapia se considerará Impedimento no configurado
				A2	20%	
				A3	50%	
				B1	50%	
				B2	50%	
				B3	67%	

dificultades de acceso a ella	certifica imposibilidad de acceso a terapia			C1-2-3	67%		
4. con imposibilidad de terapia por falla severa de adherencia a ella	Informe interconsultor que acredita imposibilidad de recibir tratamiento	Configurado	Nadir	A1	10%	De existir posibilidades de adherencia a la terapia se considerará Impedimento no configurado	
				A2	20%		
				A3	50%		
				B1	50%		
				B2	50%		
				B3	67%		
				C1-2-3	67%		
5. con terapia exitosa	Informe interconsultor que acredita 9 meses de terapia según protocolo actualizado	Configurado . Considerando las manifestaciones clínicas 12 meses antes de la calificación	Según CDC y CD4 habiendo completado 9 meses de terapia según protocolo actualizado	A1	10%		
				A2	20%		
				A3	50%		
				B1	50%		
				B2	50%		
				B3	67%		
				C1-2-3	67%		
6. con terapia fracasada	Informe interconsultor acredita fracaso de terapia, certificada por genotipificación	Configurado una vez acreditada certeza de adherencia a terapia	Nadir	A1	10%		
				A2	20%		Si viremia >10.000: 50%
				A3	50%		
				B1	50%		
				B2	50%		Si viremia >10.000: 67%
				B3	67%		
				C1-2-3	67%		
7. con daño tóxico mitocondrial de la terapia	Informe interconsultor de especialidad según sistema afectado		Según corresponda de acuerdo a respuesta a terapia	A1	10%		
				A2	20%		Si viremia >10.000: 50%
				A3	50%		
				B1	50%		
				B2	50%		Si viremia >10.000: 67%
				B3	67%		
				C1-2-3	67%		

## CAPITULO IX

### SISTEMA VISUAL

#### INTRODUCCION

Estas normas entregan criterios para la evaluación y calificación de los efectos que el Impedimento configurado del Sistema Visual produce sobre la capacidad general de trabajo, según las interferencias que producen sobre las actividades esenciales, domésticas, de desplazamiento y eficiencia social en la vida diaria.

Las deficiencias en la visión ocurren por la desviación de lo normal en una o más funciones de los ojos.

El Impedimento configurado de este sistema implica un período mínimo de seis meses de observación y tratamiento completos, sin revertir a la mejoría.

El especialista en su informe deberá señalar los diagnósticos y sus fundamentos, señalando las alteraciones del examen oftalmológico que permiten acreditar la demostración objetiva del Impedimento. En particular, deberá pronunciarse sobre la concordancia entre el déficit visual registrado y las alteraciones objetivas del examen; además, deberá señalar si existen tratamientos pendientes que pudieran modificar la magnitud del menoscabo. La accesibilidad a las terapias deberá ser evaluada por las comisiones de acuerdo al criterio general establecido en estas normas.

#### EVALUACION

La evaluación del Impedimento visual se establece sobre las tres funciones básicas y Daños Oculares que se sumarán por modalidad de suma combinada. A condición que ello no represente una doble ponderación de Menoscabos.

- A. Agudeza Visual Central
- B. Campo Visual Periférico
- C. Motilidad Ocular
- D. Daños Oculares varios

#### A. Agudeza Visual Central

Su estudio debe considerar agudeza visual para lejos, con la mejor corrección posible, incluyendo lentes de contacto. Empleando el sistema inglés o el métrico; se aporta la siguiente Tabla de equivalencias:

TABLA DE EQUIVALENCIAS		
Medidas inglesas	Medidas métricas	Medidas decimales
20/20	5/5-6/6	1.00
20/25	5/7.5-6/7.5	0.67-0.80
20/32	6/10	0.60
20/40	5/10-6/12	0.50
20/50	6/15	0.40
20/64	5/15-6/20	0.33 - 0.30
20/100	5/20-6/30	0.25 - 0.20
20/125	5/40-6/48	0.15 - 0.13
20/200	5/50-6/60	0.10
20/400	5/100-6/120	0.05
20/800	6/240	0.03

## B. Campo Visual Periférico

La evaluación de la visión periférica se determina por estudio del campo visual realizado con la mejor corrección de la agudeza visual y examen oftalmológico previo. Especialmente en trabajadores con Patología Retinal diabética fotocoagulada, desprendimientos retinales operados, y cicatrices retinales extensas. También en Glaucomas, Patología Neurológica del nervio óptico y Cerebro-vascular, Altas miopías, Astigmatismos miópicos altos, Astigmatismos hipermetrópicos altos, Astigmatismos mixtos altos, Pupilas arrefléxicas, Queratocono, Trasplantes o Injertos corneales, Tumores Hipofisarios, Tumores cerebrales, Neurocirugías, Cirugías refractivas, y en todo impedimento en que el especialista lo considere indicado No se efectuará frente a opacidad de medios o menoscabo en agudeza visual de 0.05 o menos.

El Campímetro de Goldman será de elección, frente al computarizado de Humphrey. El método perimétrico contemplará distancia de 33 cms con iluminación o índice intensidad I/4.

Se efectuarán a lo menos dos campos visuales con máxima corrección, opcionalmente con aplicación de verificación con índices equivalentes: I/4 y II/ 3, que coincidan dentro de un límite de 15° en cada meridiano. El informe deberá considerar la extensión del campo desde el punto normal de fijación en los 8 meridianos: temporal, temporal inferior, inferior, nasal inferior, nasal, nasal superior, superior y temporal superior. El resultado será expresado como grados conservados sumando las cifras de los 8 meridianos.

Diferencias mayores de 15° restan valor genuino al examen de campo visual y debe considerarse no objetivo para efectos de configuración del Impedimento.

### C. Motilidad Ocular

El daño de la función muscular generalmente no es causa de pérdida de visión, excepto al mirar hacia abajo o cuando la Diplopia está presente dentro de los 30° del punto de fijación. Para determinar la pérdida de la motilidad ocular de un ojo, se debe juntar gráficamente la separación de dos imágenes en un diagrama de Campo Visual o por Diploscopia.

### Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos Visuales

Se considera la suma combinada de las alteraciones registradas en las tres funciones:

#### A. Agudeza Visual Central

Tabla de Menoscabo Parcial por Agudeza Visual

Agudeza Visual (decimales)	0.8	0.7	0.6	0.5	0.4	0.3	0.2	0.1	0.05	0.0	Enucleación o Ptisis bulbi
0.8	0	4	6	8	10	12	15	18	23	25	30
0.7	4	6	8	10	12	15	18	23	25	30	35
0.6	6	8	10	12	15	18	23	25	30	35	40
0.5	8	10	12	15	18	23	25	30	35	45	50
0.4	10	12	15	18	23	25	30	35	45	50	60
0.3	12	15	18	23	25	30	35	45	50	55	65
0.2	15	18	23	25	30	35	45	50	60	65	70
0.1	18	23	25	30	35	45	50	60	65	70	75
0.05	23	25	30	35	45	50	60	65	70	75	80
0.0 (ojo ciego)	25	30	35	40	50	60	65	70	75	80	85
Enucleación o Ptisis bulbi	30	35	40	50	60	65	70	75	80	85	90

En casos de pérdida o disminución de la agudeza visual unilateral, estando el otro ojo sano, el menoscabo se encuentra en la primera línea horizontal.

En casos de pérdida o disminución de la agudeza visual bilateral, el menoscabo se encuentra en la intersección de las columnas horizontal con la vertical de las visiones correspondientes a OD y OI.

## B. Campo Visual Periférico

### Menoscabos Parciales por Campo Visual Periférico en visión binocular:

	450º	400º	350º	300º	250º	200º	150º	100º	50º	0º
450º	0	4	6	8	10	12	15	18	23	25
400º	4	6	8	10	12	15	18	23	25	30
350º	6	8	10	12	15	18	23	25	30	35
300º	8	10	12	15	18	23	25	30	35	40
250º	10	12	15	18	23	25	30	35	40	50
200º	12	15	18	23	25	30	35	40	50	60
150º	15	18	23	25	30	35	40	50	60	65
100º	18	23	25	30	35	40	50	60	65	70
50º	23	25	30	35	40	50	60	65	70	75
0º	25	30	35	40	50	60	65	70	75	80

**Menoscabos Parciales por Agudeza y Campo Visual en Ojo Ciego o con visión <0.05 en un Ojo.** (Determina directamente el menoscabo combinado por agudeza y campo visual en ambos ojos):

Agudeza visual ojo peor	Agudeza Visual Ojo mejor	Grados conservados con 1/4 en ojo mejor									
		450º	400º	350º	300º	250º	200º	150º	100º	50º	0º
<0.05	0.8	25	30	35	40	50	60	65	70	75	80
<0.05	0.7	30	35	40	45	55	65	70	75	80	80
<0.05	0.6	35	40	45	50	60	70	75	80	80	80
<0.05	0.5	40	45	50	55	65	75	80	80	80	80
<0.05	0.4	50	55	60	65	75	80	80	80	80	80
<0.05	0.3	60	65	70	75	80	80	80	80	80	80
<0.05	0.2	65	70	75	80	80	80	80	80	80	80
<0.05	0.1	70	75	80	80	80	80	80	80	80	80
<0.05	0.05	75	80	80	80	80	80	80	80	80	80
<0.05	<0.05	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80

En caso que ojo ciego corresponda a enucleación o ptisis bulbi, se adicionará aritméticamente 5% a la cifra entregada por este cuadro.

### C. Motilidad Ocular

<b>Diplopias</b>	<b>Menoscabo Parcial</b>
En mirada superior	10%
En mirada lateral	20%
En mirada inferior	25%
En PPM (paso por punto medio)	25%
En mirada central al interior de 30° (equivale a visión monocular)	25%

El Menoscabo Laboral Permanente máximo por pérdida funcional de un ojo corresponde a 25%, sea por Agudeza, Campo o Diplopia.

### D. Daños Oculares Varios

**Menoscabo Parcial Persona por Hemianopsias y Cuadrantopsias.** (reemplaza a Tabla de Campo visual si el daño es neurológico)

<b>Hemianopsias verticales</b>	Homónima der. e Izq.	35%
	Heteronónimas binasales	15%
	Heteronónimas bitemporales	60%
<b>Hemianopsias horizontales</b>	Superiores	20%
	Inferiores	50%
<b>Cuadrantopsias</b>	Superiores	20%
	Inferiores	25%
<b>Hemianopsias en sujetos monoculares</b>	Nasal	50%
	Inferior	60%
	Temporal	60%

Nota: Para el cálculo del Menoscabo Laboral Permanente se elegirá el menoscabo campimétrico o el de las cuadrantopsias y hemianopsias, el que resulte mayor y no ambos.

En caso de pérdida de campo visual central, debe ser medido focalizadamente con el mismo método del campo visual periférico.

<b>Otros daños oculares varios :</b>		<b>Menoscabo parcial</b>
Oftalmoplejia interna total unilateral		30%
Oftalmoplejia interna total bilateral		60%
Midriasis Paralíticas unilateral		5%
Ptosis Palpebral, pupila descubierta		10%
Ptosis Palpebral, pupila cubierta unilateral		20%
Ptosis Palpebral, pupila cubierta bilateral		70%
Deformación Palpebral unilateral		20%
Deformación Palpebral bilateral		30%
Epífora		15%
Hipolacrimia y Queratitis sicca		30%
Hipolacrimia y Queratitis sicca severa		50%
Fístulas Lagrimales unilateral		20%
Fístulas Lagrimales Bilaterales		30%
Exoftalmoplejia maligna mono o binocular		50%
Estrabismos Monoculares fuera del alcance Terapéutico	Desviación > 25°	5%
	Desviación > 35°	10%

En evaluaciones de visión monocular los Daños Oculares sólo afectarán al Ojo útil.

## CAPITULO X

### SISTEMA AUDITIVO, EQUILIBRIO Y FONACIÓN

#### INTRODUCCION

Estas normas entregan criterios para la evaluación y calificación de los efectos que el Impedimento configurado del Sistema Auditivo, el Equilibrio y la Fonación, producen sobre la capacidad general de trabajo expresado en las interferencias que producen sobre las actividades esenciales domésticas, de desplazamiento y eficiencia social.

Corresponde al interconsultor Otorrino pronunciarse sobre la naturaleza común o profesional de los Impedimentos.

El Impedimento configurado de estos sistemas implica un período mínimo de seis meses de observación y tratamientos completos, sin revertir a la mejoría.

Se subdivide en:

- A. Audición
- B. Equilibrio
- C. Fonación

#### A. Audición

La capacidad de audición debe ser medida en cámara silente con certificación ISO y capacidad de efectuar audiometría tonal, audiometría con logaudiometría para evaluar discriminación auditiva y audiometría **en campo libre** en frecuencias de 500, 1000, 2000, 4000 ciclos por segundo (Hz), para evaluar la necesaria compensación con prótesis auditivas. En impedimentos de origen profesional se deberán agregar similares capacidades para la frecuencia 6000 Hz. Esta última frecuencia no se considerará para la determinación del menoscabo por morbilidad común pero da opción al especialista de disponer de información adicional útil para pronunciarse sobre el eventual origen laboral del impedimento.

La correcta evaluación audiológica inicial debe incluir como exámenes básicos, Audiometrías seriadas en las condiciones ya descritas y puede requerir de manera complementaria Impedanciometrías, Otoemisiones acústicas, Potenciales evocados auditivos del Tronco Cerebral (PEATC), Prueba de audífonos, Naso-faringo-Laringo-Fibroscopía, TAC, RNM, etc.

Deberán efectuarse a lo menos 2 Audiometrías separadas por 1 hora, previo reposo de ambiente ruidoso por 12 horas para la primera. Las mediciones de los umbrales auditivos deberán considerar vía aérea, vía ósea y ser expresadas en dB con referencia al cero audiométrico de ANSI, (American National Standards Institute).

En presencia de impedimentos neurológicos asociados o ante situaciones en las

cuales el paciente no logre comprender las instrucciones de una audiometría tonal y no responda a los estímulos auditivos, es posible establecer dichos umbrales utilizando dispositivos de medición auditiva que no requieran de la voluntariedad o comprensión de las indicaciones entregadas, empleando equipos convencionales de potenciales evocados auditivos, o no convencionales, empleando equipos inalámbricos, que permitan evaluaciones en aquellos casos en que la patología neurológica recomiende el empleo de sedación, como una alternativa válida para evitar este procedimiento de riesgo.

De igual manera, estos exámenes permiten medir la respuesta en términos de umbrales, de manera involuntaria, si el solicitante entrega respuestas consideradas poco congruentes entre los umbrales auditivos y su historia clínica, la calidad del lenguaje que emplea o la calidad de conversación durante la entrevista, de manera objetiva y demostrable, debiendo ser el examen de elección cuando se enfrenten estas situaciones.

Los solicitantes que presenten una sordera profunda bilateral, requerirán efectuar igualmente dos audiometrías tonales, adicionando en estos casos una impedanciometría y un potencial evocado auditivo de tronco cerebral, exámenes destinados a confirmar el grado de sordera basado en umbrales auditivos objetivos. La impedanciometría debe entenderse como un examen objetivo de evaluación de patologías del oído medio, las cuales potencialmente puedan distorsionar el umbral de los potenciales auditivos de tronco cerebral modificando su umbral de respuesta; el potencial evocado auditivo de tronco cerebral, a su vez, debe entenderse como un examen que permite establecer los umbrales auditivos de manera objetiva entre las frecuencias 2000 y 4000 cps, del todo independientes de la voluntad o intencionalidad de las respuestas por parte del paciente, como ocurre en la audiometría tonal y en la audiometría verbal o logaudiometría, asegurando en consecuencia umbrales confiables dentro de los rangos mencionados. Posibilita además y, particularmente en estos casos, evaluar la integridad de las vías auditivas centrales. Corresponderá al especialista la interpretación de estos exámenes cuando esta información le sea específicamente requerida o sea necesaria de comentar para una mejor evaluación del caso por parte de los integrantes de las Comisiones Médicas.

### **Evaluación Audiométrica**

La discriminación auditiva deberá siempre ser considerada por el especialista para configurar el compromiso auditivo funcional en concordancia con el resultado de las Audiometrías.

Deberá considerarse como oído con valor funcional nulo, o sea, como 100 % de daño, independientemente del umbral auditivo, cuando la discriminación sea inferior o igual a 30 % en la audiometría de bisilábicas (logaudiometría). Sobre esos valores deberá mantenerse el umbral auditivo como criterio de daño.

El promedio de los umbrales de audición a 500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz y 4000 Hz debe ser calculado para cada oído. El porcentaje de menoscabo parcial de la audición de cada oído, se calcula multiplicando por 1.5 la cantidad por la cual el umbral promedio de audición excede los 25 dB, que es el límite bajo, hasta un máximo de 100% que se alcanza a los 92 dB, que es el límite alto. Cuando no hay audición a una determinada frecuencia, se le asigna el valor máximo, es decir 92 dB.

Por convención se denomina SDU o suma decibeles umbral auditivo, a la suma promedio de los dB perdidos.

### Menoscabo Laboral Permanente por Impedimento Auditivo Monoaural

SDU	%	SDU	%	SDU	%
100	0.0	190	33.8	280	67.5
105	1.9	195	35.6	285	69.3
110	3.8	200	37.5	290	71.2
115	5.6	205	39.4	295	73.1
120	7.5	210	41.2	300	75.0
125	9.4	215	43.1	305	76.9
130	11.2	220	45.0	310	78.8
135	13.1	225	46.9	315	80.6
140	15.0	230	48.9	320	82.5
145	16.9	235	50.6	325	84.4
150	18.8	240	52.5	330	86.2
155	20.6	245	54.4	335	88.1
160	22.5	250	56.2	340	90.0
165	24.4	255	58.1	345	90.9
170	26.2	260	60.0	350	93.8
175	28.1	265	61.9	355	95.6
180	30.0	270	63.8	360	97.5
185	31.9	275	65.6	365	99.4
				370 o más	100.0

Para determinar el Menoscabo Parcial por Audición Binaural y el efecto sobre el Menoscabo Laboral Permanente por audición se procede del modo siguiente:

**El menoscabo por pérdida de audición binaural se determina por la fórmula:**

$$\frac{(\% \text{ oído mejor} \times 5) + (\% \text{ oído peor} \times 1)}{6} = \% \text{ Menoscabo Auditivo Binaural}$$

**El Menoscabo Laboral Permanente por Audición:**

$$\% \text{ Menoscabo Auditivo Binaural} \times 0.5 = \% \text{ Menoscabo Laboral Permanente por Audición}$$

### Situaciones Especiales

El Sordo total, SDU 368 bilateral, tiene un 100 % de menoscabo parcial auditivo, lo que corresponde a un 50% de Menoscabo Laboral Permanente.

El paciente sordo que presente umbrales auditivos entre 40 y 75 dB, debe ser evaluado en términos del resultado de la compensación de su sordera con el uso de audífonos bilaterales o unilaterales, en este último caso, en su peor oído. En estas condiciones le corresponderá el menoscabo calculado por la evaluación audiométrica usando el o los dispositivos. El especialista señalará, en forma objetiva, empleando las mismas fórmulas de cálculo ya comentadas, la utilidad práctica de esta ayuda auditiva en cada caso particular.

El paciente sordo profundo total bilateral prelingual congénito, o que adquirió la sordera antes de los seis años de edad, tiene:

Sordera total	50%
Mudez total	50%
 Suma Combinada	 75% Menoscabo Laboral Permanente

El paciente sordo profundo bilateral prelingual con sordera casi total y lenguaje oral básico monosilábico tiene:

Sordera casi total	40%
Lenguaje básico	50%
 Suma Combinada	 70% Menoscabo Laboral Permanente

### Tinnitus

El Tinnitus intratable, demostrado y objetivado en una audiometría con tinitimetría, si es unilateral asigna un menoscabo de hasta 5%; si es bilateral, asigna un menoscabo de hasta 10%, según su grado de interferencia con las actividades de la vida diaria.

Impedimentos secundarios no asignan menoscabo.

## **B. Equilibrio**

Los Impedimentos del Equilibrio considerados en este capítulo corresponden a los derivados de problemas del Laberinto posterior, en sus áreas superior e inferior, vías nerviosas y centros vestibulares, (núcleos centrales) y su manifestación, el Vértigo o la inestabilidad o desequilibrio.

Los Impedimentos laberínticos exclusivos son temporales y no asignan menoscabo permanente, salvo que sean bilaterales.

La pérdida completa de la función vestibular puede ser uni o bilateral. En las unilaterales, el vértigo es temporal y no asigna menoscabo permanente. Aun así, de persistir después de un año deberá configurarse.

Las pérdidas de función vestibular bilateral podrían compensar en períodos de seis a doce meses, lapso en que deberán estar en observación previo a su configuración. La evaluación de estos Impedimentos incluirá examen otorrinolaringológico, T.A.C., RNM, VIII par, para el análisis del área del laberinto que involucra al nervio vestibular superior y que genera vértigos; potenciales miogénicos evocados vestibulares, para evaluar el área del laberinto que involucra al nervio vestibular inferior y que genera inestabilidad o desequilibrio crónico, así como audiometrías tonales.

### **Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos Vertiginosos**

El Impedimento vertiginoso se caracteriza por alucinación motora, pérdidas de posición, constantes o paroxísticas, náuseas, vómitos, Ataxia, Tinnitus, Pérdidas fluctuantes de la audición.

La clase está determinada por la intensidad de los síntomas y signos; el rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso sobre las actividades de la vida diaria.

#### **Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1%-14%**

Los síntomas y signos son leves, controlables por tratamiento circunstancial.

#### **Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15%-34%**

Los síntomas y signos son moderados, controlables por tratamiento continuo y restringen algunas actividades que pueden ocasionar peligro personal o para otros.

#### **Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35%-49%**

Los síntomas y signos son importantes, parcialmente controlables, tiene importantes limitaciones para actividades que pueden ocasionar peligro personal o para otros.

**Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50%-66%**

Los síntomas y signos son severos, tienen control precario, las actividades de la vida diaria tienen que ser supervisadas y ayudadas. No tienen autonomía.

**Clase V Menoscabo Laboral Permanente 67% o más**

Los síntomas y signos son graves, no tienen control, tiene necesidad de asistencia permanente y están confinados.

**C. Fonación**

Esta sección considera los Impedimentos que dan por resultado la pérdida de la producción de la voz por sus medios normales. La evaluación de la pérdida del Lenguaje orgánico incluye la incapacidad de producirlo por cualquier medio, incluidos la rehabilitación foniátrica, dispositivos mecánicos o electrónicos.

**Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos de la Fonación**

El menoscabo considera la pérdida de audibilidad, inteligibilidad y eficiencia funcional del habla.

**Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1%-14%**

La audibilidad del habla es mala en autobuses, restaurantes. Es inteligible, pero comete errores. La eficiencia funcional encuentra dificultades, tiene interrupciones, o lo hace despacio.

**Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15%-34%**

Puede hacerse oír sólo en conversación con otra persona, no es audible en sitios ruidosos. Personas extrañas encuentran dificultades para entenderle. Se fatiga rápidamente, conversa sólo breves períodos.

**Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35%-49%**

Puede hacerse oír en pocas ocasiones, la voz es susurrada, no puede hablar por teléfono. Algunas unidades fonéticas no se le entienden. Le cuesta trabajo hablar y lo hace despacio.

## CAPITULO XI

### IMPEDIMENTOS MENTALES

#### INTRODUCCION

Estas normas entregan los criterios para evaluar y calificar los Impedimentos mentales. Los requisitos para su configuración, el grado de menoscabo en la capacidad de trabajo, expresado en las interferencias que producen sobre las actividades de eficiencia social en la vida diaria.

La comprensión de los fenómenos psíquicos ha sido abordada por diversas escuelas psiquiátricas las que pueden sistematizarse como: Biológica, Psicodinámica, Conductual, Fenomenológica– existencial y Socio-cultural. Sin embargo, se debe concordar en la identidad de los trastornos mentales en base a sus manifestaciones clínicas, aunque existan diferencias en la interpretación de los mecanismos que provocan las alteraciones. No obstante, la etiopatogenia de la mayoría de los trastornos mentales sigue siendo desconocida.

Los Trastornos Mentales han sido agrupados por la Organización Mundial de la Salud, a través de su Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), de 1992.

El desarrollo de la mente y la personalidad es individual, algunas personas alcanzan mayor grado de madurez. Cada individuo tiene un nivel de ajuste “premórbido” que debe considerarse referencialmente para establecer su particular menoscabo en la capacidad de trabajo debido al Impedimento mental.

La clasificación no agrupa a los individuos, sino a los trastornos mentales que ellos presentan. Aunque todas las personas afectadas por un mismo trastorno mental presenten iguales síntomas, serán diferentes en su evolución, el método de tratamiento y el compromiso de las actividades de su vida diaria.

Corresponde al Interconsultor evaluar el origen profesional del Impedimento.

El Impedimento mental estará configurado cuando se trate de un trastorno mental permanente, de curso inexorable y conocido que no tiene tratamiento en el estado actual de la medicina, por tanto no requiere período de observación y tratamiento para asignar menoscabo en la capacidad de trabajo. Del mismo modo, estarán configurados aquellos trastornos mentales con diagnóstico establecido, tratados según los conocimientos de la especialidad, por un período mínimo de doce meses, con buena adherencia al

tratamiento, accesible por el trabajador, con recurrencia cuya gravedad y frecuencia lo estime el especialista, y que no han logrado remitir, o sólo la remisión sea parcial.

Se considerarán referencias determinantes tanto para criterios diagnósticos como para tratamientos las guías ministeriales de la ley de garantías explícitas en salud, documentos de consenso y acuerdos validados.

Los Impedimentos recurrentes serán configurados según la opinión coincidente de dos o más especialistas, y el menoscabo asignado luego de efectuados tratamientos con aceptable adherencia de acuerdo a la conciencia de enfermedad.

La coexistencia de dos o más trastornos mentales en un mismo individuo no dará lugar a suma combinada de menoscabos. Si dos especialistas acreditan su potenciación se aplicará la suma combinada observando los requisitos señalados para ese procedimiento en las instrucciones generales de estas normas.

La segunda opinión en psiquiatría puede corresponder, a juicio de la Comisión, a la coincidencia del interconsultor con el especialista tratante y/o con el especialista integrante de la Comisión, si lo hubiera.

## EVALUACION

La evaluación de los Impedimentos mentales se efectuará mediante entrevista psiquiátrica que podrá incluir: Anamnesis próxima y remota, historia laboral, examen mental y de laboratorio, revisión de fichas clínicas, Test sicométricos y Peritajes Sociolaborales.

Los Impedimentos mentales se dividen según el CIE-10 en:

- A. **Trastornos Mentales Orgánicos y Trastornos Somáticos:** Demencia de Alzheimer, Demencia Vasculare, otras Demencias, Síndrome Amnésico Orgánico, Síndrome Orgánico Cerebral, Trastornos mentales por lesión, disfunción o Enfermedad Física, Trastornos de la Personalidad o Enfermedad, lesión o disfunción, Trastorno Mental Orgánico o Somático.
- B. **Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al uso de sustancias Psicoactivas:** Trastorno Mental por uso de Alcohol, Trastorno mental por uso de Opiáceos, Trastorno Mental por uso de Cannabinoides, Trastornos Mentales por uso de Sedantes o Hipnóticos, Trastornos Mentales por uso de Cocaína, Trastornos Mentales por uso de Cafeína, Trastornos Mentales por uso de Alucinógenos, Trastornos Mentales por uso de Tabaco, Trastornos Mentales por uso de Disolventes Volátiles, Trastornos Mentales por uso de múltiples drogas.

- C. **Esquizofrenia, Trastornos Esquizotípicos y Trastornos delirantes:** Esquizofrenia, Trastorno Esquizotípico, Trastornos delirantes persistentes, Trastornos psicóticos, Trastorno delirante inducido, Trastornos esquizoafectivos, Psicosis no orgánicas.
- D. **Trastornos del Humor:** Episodios Maníacos, Trastorno Afectivo Bipolar, Episodios Depresivos, Trastorno Depresivo Recurrente, Trastornos del Humor persistentes, Distimias, Ciclotimias, otros Trastornos del Humor.
- E. **Trastornos Neuróticos, Trastornos relacionados a Estrés, Trastornos Somatomorfos:** Trastornos Fóbicos de Ansiedad, Trastornos de Ansiedad, Trastornos Obsesivo-Compulsivos, Reacción al Estrés grave, Trastornos de Adaptación, Trastornos Disociativos o de Conversión, Trastornos Somatomorfos, Trastornos de la (ingestión de Alimentos), Trastornos no orgánicos del Sueño, Disfunciones Sexuales y Trastornos Mentales Puerperales.
- F. **Trastornos de la Personalidad y del Comportamiento en Adultos:** Trastornos específicos de la personalidad, Trastornos Mixtos de la personalidad, Cambios de personalidad, Trastorno de los Hábitos e Impulsos, Trastornos de la Identidad de Género, Trastornos de la Preferencia Sexual, Trastornos Psicológicos asociados al desarrollo y orientación sexual, Trastornos Facticios.
- G. **Retraso Mental:** Retraso Mental Leve, Moderado, Grave, Profundo.
  
- A. **Menoscabo Laboral Permanente por Trastornos Mentales Orgánicos y Trastornos Somáticos.**

El Menoscabo Laboral Permanente de estos Impedimentos está determinado por el compromiso de las *Funciones Complejas Integradas del Cerebro*: orientación temporal, espacial y autopsíquica, comprensión, memoria próxima y remota, juicio, decisiones, atención y concentración, introspección, comportamiento social y su reflejo en la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria determina el rango al interior de la clase.

La evaluación deberá descartar causas neurológicas reversibles o tratables por el Neurólogo, ello implica contar con examen psicométrico a solicitud del especialista.

Los trastornos depresivos concomitantes deberán estar tratados convenientemente cuando se plantee el impedimento Trastorno Mental orgánico.

**Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1%-14%**

La persona presenta daño leve en las funciones complejas integradas del cerebro, comparativamente a sus capacidades pre-mórbidas.

**Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15%-34%**

Existe compromiso de memoria reciente, mayor dificultad y lentificación de la organización del pensamiento, disminución de la capacidad de atención y comprensión. Procesa mal las informaciones nuevas. Las actividades de la vida diaria que requieren destreza están interferidas. Descuida el aspecto personal. Controla impulsos.

**Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35%-49%**

La persona presenta daño importante en las funciones complejas integradas del Cerebro y tiene dificultades con la mayoría de las actividades de la vida diaria, pudiendo requerir supervisión.

**Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50%-66%**

El compromiso de las funciones complejas integradas del Cerebro es severo y obligan a supervisión y cuidado para las actividades de la vida diaria.

**Clase V Menoscabo Laboral Permanente 67% o más**

El compromiso de las funciones complejas integradas del Cerebro es grave, obligan a asistirlo en todas las actividades de la vida diaria. Permanece confinado.

**B. Menoscabo Laboral Permanente por Trastornos Mentales y del Comportamiento debido al Uso de Sustancias Psicoactivas (Grupo B)**

El Menoscabo Laboral Permanente de estos Impedimentos está determinado por: uso de una o más sustancias psicoactivas con patrón de consumo que daña la salud en lo físico o mental; síndrome de dependencia, abstinencia, alucinosis, celotipia, paranoia, psicosis, síndrome amnésico, demencias. El rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso en las actividades de la vida diaria.

**Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%**

Existe un patrón de consumo nocivo con intoxicaciones frecuentes. No tiene dependencia. Control médico ambulatorio.

**Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%**

Existe un patrón de consumo nocivo con intoxicaciones diarias. No tiene dependencia. Las actividades de la vida diaria que requieren destrezas están interferidas.

**Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%**

Existe un patrón de consumo nocivo con intoxicaciones inveteradas. Tiene dependencia, estado de abstinencia, complicaciones físicas o mentales importantes. Las actividades de la vida diaria, familiar, laboral y social están interferidas, pudiendo requerir supervisión.

**Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50% - 66%**

Existe un patrón de consumo nocivo que ha llevado a un síndrome de dependencia grave con psicosis o epilepsia. Tiene complicaciones físicas y mentales severas. Las actividades de la vida diaria requieren supervisión constante.

Para el caso de Etilismo crónico deberá considerarse en su evaluación y ponderación la existencia de las características siguientes, verificables por medio de PSL:

1. Antecedentes de tratamientos frustrados, con recaídas
2. Eventual existencia de comorbilidad asociada al consumo excesivo de alcohol
3. Correlato socio- familiar desfavorable que debe incluir inestabilidad laboral significativa.

**C. Menoscabo Laboral Permanente por Esquizofrenia, Trastornos Esquizotípicos, Trastornos Delirantes**

El Menoscabo Laboral Permanente de estos Impedimentos está determinado por: Síntomas de percepción desordenada, Alteraciones del pensamiento, Desorden en el comportamiento social, Pérdida de control emocional, Defectualidad o Síntomas negativos. El rango al interior de la clase por la frecuencia con que interfieren las actividades de la vida diaria.

**Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1%-14%**

Existen alteraciones leves de la percepción y del curso formal del pensamiento. No perturba su entorno, puede cumplir actividades de la vida diaria con interferencias. Control médico ambulatorio.

**Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15%-34%**

Existen alteraciones moderadas de la percepción y del pensamiento. La conducta se desordena con frecuencia. Descuida su aspecto personal. Controla bien sus impulsos. Tiene disminuidas sus destrezas sociales y de comunicación.

**Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35%-49%**

Existen alteraciones importantes en el pensamiento y percepción de la realidad. Tiene descuido en hábitos y vocabulario. Tiene incontinencia emocional manifiesta dificultades en la expresión e interacción social, pudiendo requerir supervisión.

**Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50%-66%:**

El pensamiento está desestructurado y percibe erróneamente la realidad. Hay severo desajuste conductual, mal cuidado personal y debe ser vigilado por cuidado de sí mismo o los demás. Las cuatro áreas de actividades de la vida diaria están severamente interferidas.

**Clase V Menoscabo Laboral Permanente 67% o más**

El desorden del pensar, el juicio de realidad, el comportamiento social y el control emocional, están totalmente fuera de manejo ambulatorio y requiere supervisión permanente y/o confinamiento. Los cuatro grupos de actividades de la vida diaria están gravemente interferidas.

**D. Menoscabo Laboral Permanente por Trastornos del Humor**

El Menoscabo Laboral Permanente de estos Impedimentos está determinado por: Alteración del humor o de la afectividad que tiende a la depresión o la euforia, modificaciones del nivel general de actividad, síntomas asociados a los cambios de ánimo y actividad, recurrencia de los mismos. El rango al interior de la clase por la frecuencia con que se interfieren las actividades de la vida diaria.

**Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%**

Síndrome hipomaniaco y/o depresión leve, con normalidad entre los episodios. Una vez por año.

**Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%**

Síndrome hipomaniaco moderado y/o depresión moderada, con normalidad entre los episodios. Hasta dos veces por año.

**Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%**

Depresión importante y/o manía importante y/o síndrome mixto importante, con normalidad entre los episodios. Hasta tres veces por año, pudiendo requerir supervisión en las crisis.

**Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50% - 66%**

Depresión severa y/o manía severa y/o síndrome mixto severo. No hay síntomas psicóticos. Períodos cortos de normalidad entre episodios. Las actividades de la vida diaria requieren supervisión.

**Clase V Menoscabo Laboral Permanente 67% o más**

Depresión grave con síntomas psicóticos y/o síndrome maniaco grave y/o síndrome mixto grave con síntomas psicóticos. No hay normalidad entre episodios. No tiene autonomía.

**E. Menoscabo Laboral Permanente por Trastornos Neuróticos, Trastornos Relacionados a Estrés, Trastornos Somatomorfos.**

El Menoscabo Laboral Permanente de estos Impedimentos está determinado por: Distorsión del programa y dirección de las actividades diarias del individuo, Ansiedad paralizante, Depresión aislante, Miedo a la rutina diaria, Disfunción somática, Pensamiento repetitivo y emocionalmente dirigido, Negación de las capacidades corporales, Regresión a formas inadecuadas de adaptación. El rango al interior de la clase por la frecuencia con que interfiere sobre las actividades de la vida diaria.

**Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1%-14%**

La persona usa mecanismos de protección regresivos psiconeuróticos frente a las tensiones del diario vivir sin perder eficiencia personal y social.

**Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15%-34%**

Las reacciones psiconeuróticas en la adaptación personal a las tensiones del diario vivir son moderadas y/o estructuran patologías en órganos o miembros. Comprometen su eficiencia personal y social.

**Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35%-49%**

Las reacciones psiconeuróticas son importantes y/o pueden inducir patologías en órganos o miembros. Las actividades de la vida diaria están restringidas y requieren supervisión.

**Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50%-66%**

Las reacciones psiconeuróticas son severas, catastróficas, patologías en órganos o miembros fuera de control, depresión y desinterés, ideación suicida, aislamiento. Necesita supervisión y tiene dependencia.

**F. Menoscabo Laboral Permanente por Trastornos de la Personalidad y del Comportamiento en adultos.**

El Menoscabo Laboral Permanente de estos Impedimentos está determinado por la expresión del estilo de vida característico de la persona, su relación consigo mismo y con los demás.

Se incluyen diversas alteraciones y modos de comportamiento que tienen relevancia por sí mismos, abarcan formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas en el sujeto. Se manifiestan como modalidades estables de respuesta en amplio espectro de situaciones individuales y sociales. Representan desviaciones extremas o significativas del modo como el individuo normal y de una cultura determinada, piensa siente y se relaciona con los demás.

La clase está determinada por la intensidad de los síntomas y signos; el rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso sobre las actividades de la vida diaria.

**Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1%-14%**

Es una persona con discernimiento pobre, dificultad para el control y juicio de su comportamiento personal. Tiene habilidad para evitar perturbaciones serias en sus relaciones con la comunidad y no se dañan significativamente a sí mismos.

**Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15%-34%**

Permanente pérdida del auto control, no consigue aprender de la experiencia, pueden causar daño a los que lo rodean y puede dañarse a sí mismo de modo continuo e importante.

**Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35 %-49%**

Irresponsabilidad por normas, reglas y responsabilidades sociales. Descargos de agresividad y conductas violentas. Incapacidad para sentir culpas.

**G. Menoscabo Laboral Permanente por Retraso Mental.**

El Menoscabo Laboral Permanente de este Impedimento se estima, de manera convencional a través de exámenes de inteligencia estandarizados, considerándose **la funcionalidad y la adaptación social adquirida por educación y rehabilitación lo más relevante** para la calificación, siendo deseable contar con Peritaje sociolaboral, PSL, especialmente en Clases I y II.

**Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1%-29%:**

Existe deficiencia intelectual leve, (C.I. referencial de 50 a 70), sin embargo es Independiente en la mayor parte de las actividades de la vida diaria y es capaz de desarrollar actividad manual no especializada.

**Clase II Menoscabo Laboral Permanente 30%-49%**

Existe deficiencia intelectual moderada (C.I. referencial de 35 a 49), requiere alguna supervisión en algunas de las actividades de la vida diaria y es capaz de desarrollar actividad manual repetitiva.

**Clase III Menoscabo Laboral Permanente 50%-66%:**

Existe déficit intelectual importante, con C.I. inferior a 35, requiere supervisión y dirección para las actividades básicas de la vida diaria. Puede aprender instrucciones simples.

**Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 67% o más**

Existe déficit intelectual grave, con C.I. inferior a 20. No tiene cuidado personal. Debe ser aseado y alimentado. Existe deficiencia intelectual severa, sin rendimiento cognitivo, sin lenguaje, sin marcha, habitualmente en postración, totalmente dependiente.

## CAPITULO XII

### IMPEDIMENTOS NEOPLÁSICOS MALIGNOS

#### INTRODUCCION

El portador de una Enfermedad Neoplásica Maligna o el antecedente de haberla tenido no es sinónimo de invalidez. Se deberán reunir los requisitos y condiciones que se detallan a continuación para considerar invalidante la patología invocada por el paciente.

La determinación del porcentaje de Menoscabo resultante de los tumores malignos se basa en las interferencias en las actividades de la vida diaria determinadas por las características de la enfermedad: ubicación del tumor, tamaño, compromiso tumoral de órganos vecinos, extensión a ganglios linfáticos regionales, metástasis a distancia, histología y el grado de respuesta a cirugía, radiación, hormonas, quimioterapia, y la magnitud de las secuelas post - tratamiento.

En la elaboración de los informes de interconsultores será útil que estos profesionales evalúen las Neoplasias Malignas agrupándolas por localizaciones utilizando la clasificación "TNM" que permite una buena aproximación a aspectos pronósticos, curativos y de complicaciones. Del mismo modo, la escala de Karnofsky que permite la evaluación del estado general del trabajador afectado por una neoplasia maligna.

Para la calificación del menoscabo producido por una neoplasia maligna es indispensable contar con los antecedentes de todas las atenciones que ha recibido, muy especialmente biopsias, procedimientos quirúrgicos u otros. Además los antecedentes de fichas clínicas obtenidos a través de los interconsultores domiciliarios y peritajes sociolaborales.

#### EVALUACION

##### Clasificación según el TNM

La clasificación de un Cáncer comprende todas las características y atributos del tumor que definen su historia. El tamaño de un tumor primario no tratado (T) invade progresivamente en un momento dado los linfonodos regionales (N) y finalmente aparecen las metástasis a distancia (M).

Tumor Primario (T)

Tx : tumor primario no detectado clínicamente.

TO : no hay evidencias clínicas de tumor primario  
 Tis : carcinoma in situ  
 T1, T2, T3, T4: aumento progresivo en tamaño o extensión local del tumor primario.

#### Linfonodos Regionales (N)

Nx : linfonodos regionales no detectados clínicamente.  
 NO : linfonodos regionales sin metástasis  
 N1, N2, N3 : aumento del compromiso de los linfonodos regionales por el cáncer.

La extensión directa del tumor primario a los linfonodos se clasifica como metástasis en ellos.

Las metástasis en cualquier linfonodo distinto de los linfonodos regionales se consideran como metástasis a distancia.

#### Metástasis a Distancia (M)

Mx: presencia de metástasis a distancia que no han sido posible detectarlas  
 MO: sin metástasis a distancia  
 M1: con metástasis a distancia

Esta clasificación es aplicable a todos los tumores, independiente de su localización.

#### Escala de Karnofsky

Establece el compromiso del estado general del Trabajador, y según ello el grado de menoscabo:

Condición del paciente	Indice
Normal, sin evidencias de enfermedad.	100
Presenta síntomas y signos menores de enfermedad. Habilitado para llevar una actividad normal.	90
Presenta signos y síntomas evidentes de la enfermedad. Realiza actividad normal pero con esfuerzo.	80
Inhabilitado para llevar una actividad normal o realizar un trabajo activo. Puede cuidarse de sí mismo.	70
Necesita asistencia ocasional, pero es capaz de satisfacer la mayoría de sus necesidades básicas.	60
Necesita gran asistencia y frecuentes cuidados médicos.	50
Incapacitado. Necesita cuidados y asistencia especiales.	40

Grave incapacidad. Necesita ser hospitalizado, aunque la muerte no es inminente.	30
La hospitalización es necesaria. Muy grave. Es necesario un tratamiento activo de apoyo.	20
Moribundo, en fase terminal. El proceso fatal es irreversible y progresivo.	10

En las Neoplasias Malignas el impedimento deberá establecerse basándose en anamnesis, síntomas y signos, informes de laboratorio y anatomía patológica. Además deberán considerarse los siguientes aspectos para definir su configuración:

- El sitio de la lesión primaria, recurrente o metastásica deberá documentarse en todos los casos de enfermedad neoplásica maligna. Si se ha practicado cirugía se deberá incluir una copia confiable del protocolo operatorio y del informe histopatológico de la pieza o biopsia. Si no se pueden obtener estos documentos, la epicrisis de la hospitalización más el informe del médico tratante deberá incluir detalles de los hallazgos quirúrgicos y los resultados de los exámenes macro y microscópico de los tejidos, realizados por el cirujano y el patólogo.
- Si existe avance de la enfermedad esto deberá ser informado incluyendo antecedentes aportados por el médico tratante con exámenes recientes dirigidos especialmente a verificar recurrencia local, compromiso ganglionar, metástasis a otros órganos y secuelas importantes post-tratamiento.
- El concepto de metástasis ganglionares a distancia se refiere a la invasión tumoral de ganglios más allá de los límites de la resección radical en bloque.
- La recidiva local o regional post cirugía radical o la evidencia anatomopatológica de una extirpación incompleta en una cirugía radical, se considerará igual a las lesiones "inoperables", cuando no sea posible su corrección quirúrgica o radioterapéutica.
- El diagnóstico de Cáncer es histológico, y debe documentarse con la presentación del informe emitido por un médico anatomopatólogo; de no existir concordancia entre lo informado y los hallazgos clínicos, de laboratorio o exámenes complementarios, se debe recurrir a la interconsulta de un anatomopatólogo solicitando el envío de placas y tacos de la muestra que originó el diagnóstico. El informe del estudio citológico ya sea de líquidos o masas será considerado cuando se trate de pacientes con enfermedad diseminada, como es el caso de células neoplásicas en líquido ascítico, pleural, etc... El estudio complementario a solicitar será el correspondiente, teniendo en cuenta el sitio del Cáncer, sus características histológicas, y órganos más frecuentes de metástasis.

Los impactos causados por estas terapias también denominadas **Terapias Oncológicas Primarias**, deben ser considerados individualmente. Estos pueden variar considerablemente de un sujeto a otro. Es importante obtener del médico tratante el plan de tratamiento, incluyendo las drogas, dosis o frecuencia de administración y su duración. En aquellos diagnósticos con cobertura GES se exigirá el cumplimiento del esquema terapéutico señalado en el protocolo respectivo, antes de considerar completadas las terapias. Es necesario obtener una descripción de las complicaciones o respuestas adversas a la terapia, como náuseas, vómitos, diarrea, debilidad, trastornos dermatológicos o desórdenes mentales reactivos, ya que la severidad de los efectos en la quimioterapia anticancerígena pueden cambiar durante el período de administración de la droga. La decisión en lo referente al Menoscabo producto de la terapia con drogas o radiaciones deberá aplicarse luego de período establecido según los protocolos actualizados por la especialidad oncológica.

En los trabajadores afectados de Cáncer que reciban tratamientos con fines curativos, para su evaluación deberá considerarse su estado según escala de Karnofsky, al completar la terapia, estableciéndose la siguiente relación, correspondiendo al Oncólogo precisar su estado transitorio o definitivo.

1. Sin evidencias de enfermedad (100), no provoca menoscabo.
2. Índice 90, determina menoscabo inferior a 50%
3. Índices 80 a 60 determinan menoscabo entre 50% y 66%.
4. Índices iguales o menores de 50 determinan menoscabo de 67% o más.

Se considerarán impedimentos no configurados a aquellos que presenten algunas de las siguientes condiciones:

- 1) Rechazo de tratamientos curativos, en cuyo caso deberán ser evaluados de acuerdo al criterio general establecido en el Capítulo Instrucciones de estas Normas y se estimará no configurado hasta completar 12 meses de conocido el rechazo por la Comisión.
- 2) Los que estén recibiendo tratamiento con intención curativa.
- 3) Sin evidencia de actividad tumoral luego de haber sido tratados.
- 4) Los que estén recibiendo tratamientos susceptibles de mejorar el grado de incapacidad provocado por las secuelas de la terapia.

En los solicitantes que no muestren signos de actividad de la enfermedad oncológica después de haber completado la terapia y presenten impedimento configurado por secuelas de los tratamientos efectuados, el menoscabo estará determinado por dichas secuelas, calificadas conforme a los Capítulos que correspondan, calculado de acuerdo a los principios de suma combinada señalados en las Instrucciones de estas Normas.

## **Terapias Quirúrgicas**

Las secuelas post-operatorias importantes, no específicamente incluidas en la categoría de daños por neoplasia maligna deberán ser evaluadas de acuerdo al sistema orgánico afectado. Una gastrectomía ampliada dependerá de la gastrectomía como tal y sus complicaciones derivadas como dumping, desnutrición. Las colostomías deberán considerarse con el porcentaje de menoscabo correspondiente a una ostomía, y las nefrectomías en el porcentaje otorgado en el capítulo para esta patología.

En los trabajadores que hayan recibido tratamientos considerados curativos, su impedimento no estará configurado. Solamente después de un año de finalizados estos se podrá configurar y asignar valor de menoscabo de acuerdo a estas normas.

## **Características de Neoplasias Malignas que Califican con 67% de Menoscabo Laboral Permanente**

Las Neoplasias Malignas que alcanzan Menoscabo igual o superior a 67% serán aquellas que cumplan con alguno de los siguientes requisitos:

1. Fuera del alcance terapéutico curativo.
2. Compromiso severo del estado general por evolución de la enfermedad no controlada con terapias adecuadas según protocolos oncológicos.
3. Recidivas intratables luego de terapias curativas.
4. Metástasis a distancia fuera del alcance terapéutico curativo.

## CAPITULO XIII

### IMPEDIMENTOS DERMATOLOGICOS

#### INTRODUCCION

Estas normas señalan los criterios para la evaluación del Impedimento configurado de la Piel y sus apéndices y el efecto que éste tiene sobre el Menoscabo Laboral Permanente expresado en las interferencias que produce sobre las actividades esenciales y de eficiencia social en la vida diaria.

El informe del interconsultor dermatológico deberá ceñirse a las instrucciones y formato del mismo. Especial relevancia en estas afecciones adquiere el discernimiento en lo relativo al origen del Impedimento dermatológico, vale decir, origen natural o común y origen profesional.

Las lesiones de la Piel pueden producir un daño severo y prolongado al comprometer áreas extensas del cuerpo, o áreas críticas como las manos y pies, si se vuelven resistentes al tratamiento. Estas lesiones deben haber persistido por un período de tiempo suficiente, a pesar de la terapia adecuada y bien llevada, de acuerdo a los protocolos y al conocimiento actual de la especialidad. Se presumirá un plazo razonable cuando su duración se prolongue por un período de, a lo menos, 12 meses. El especialista interconsultor podrá solicitar a la comisión la revisión de fichas clínicas en las instituciones donde se controle el solicitante. El tratamiento para alguna de las enfermedades de la Piel enumeradas en esta sección puede requerir el uso de altas dosis de drogas, con posibles efectos colaterales, éstos deberán ser considerados en la evaluación total del menoscabo.

Cuando los Impedimentos de la Piel están asociados a una enfermedad sistémica, la evaluación deberá hacerse de acuerdo al criterio aplicado en la sección pertinente. El Lupus Eritematoso Diseminado Sistémico, y la Esclerodermia, generalmente comprometen más de un sistema orgánico y deberán ser evaluados según los capítulos respectivos. Los Impedimentos neoplásicos de la Piel deberán ser evaluados de acuerdo a lo establecido en el capítulo de Neoplasias Malignas. Cuando la Piel se afecte por quemaduras y estas lleven a contracturas o limitaciones motoras de articulaciones, dicho daño deberá ser evaluado según el capítulo del Sistema Osteomioarticular.

Los exámenes complementarios que objetivan el Impedimento y su configuración de origen dermatológico incluyen: Anatomía-Patológica por biopsias, exámenes inmunológicos específicos, test de parche, exámenes micológicos, dermatoscopia manual y digital y/o fotografías.

Algunas anormalidades cutáneas como nevos pigmentados, Angiomas, hiperpigmentación o despigmentación, Vitiligo, las cicatrices cutáneas como resultado de

la curación de quemaduras, traumatismos o procesos quirúrgicos extensos que pueden llevar a la desfiguración, producen menoscabo laboral por sí mismas. Su magnitud es determinante en el aislamiento individual o social de quien las padece y comprometerá su capacidad laboral en un 50%.

### **Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos de la Piel**

La clase está determinada por la intensidad de los síntomas y signos; el rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso sobre las actividades de la vida diaria.

#### **Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1%-14%**

Existen síntomas y signos leves, de Impedimento en la Piel. Ciertos agentes físicos, químicos, o ambos, puedan temporalmente aumentar la extensión de la lesión. Tratamiento circunstancial o medidas generales.

#### **Clase II: Menoscabo Laboral Permanente 15%-34%**

Existen síntomas y signos moderados, de Impedimento en la Piel. Se necesita tratamiento continuo de la afección.

#### **Clase III: Menoscabo Laboral Permanente 35%-49%**

Existen síntomas y signos importantes en la Piel. Se necesita tratamiento continuo y existen limitaciones en la realización de muchas de las tareas de la vida diaria.

#### **Clase IV: Menoscabo Laboral Permanente 50%-66%**

Existen síntomas y signos severos de la Piel. Se necesita tratamiento continuo, que puede implicar dependencia para sus propios cuidados y/o necesidad de permanencia obligada en determinados ambientes.

#### **Clase V: Menoscabo Laboral Permanente 67% o más**

Existen síntomas y signos graves de la Piel. Se necesita tratamiento continuo que hace necesario el confinamiento permanente en el hogar u otra residencia.

**Enfermedades de la Piel que Califican con 67% o más de Menoscabo Laboral Permanente**

1. Dermatitis Exfoliativa, Ictiosis, Eritrodermia, con lesiones extensas que no responden a tratamiento prescrito y bien llevado.
2. Pénfigo, Eritema Exudativo Multiforme, Exudado Penfigoide, Dermatitis Herpetiforme, con lesiones extensas que no responden a tratamiento prescrito y bien llevado.
3. Infección Micótica Profunda, con importantes y extensas lesiones fungosas ulcerativas, que no responden a tratamiento indicado y bien llevado.
4. Psoriasis Palmo-Plantar o Artropatía Psoriática, Dermatitis Atópica, Deshidrosis, con lesiones extensas que incluyen complicaciones de las manos o pies, que imponen una severa limitación de función y que no responden a tratamiento prescrito y bien llevado.
5. Hidradenitis Supurativa, Acné Conglobata, con lesiones extensas que comprometen las axilas y el perineo y que no responden a tratamiento médico prescrito y bien llevado, y no están sujetas a corrección quirúrgica.

**INDICE**

Materia	Página
Capítulo Introducción _____	01
Capítulo I, Sistema Osteomioarticular y Tejido Conjuntivo _____	15
Capítulo II, Sistema Nervioso Central Y Periférico _____	27
Capítulo III, Sistema Respiratorio _____	40
Capítulo IV, Sistema Digestivo _____	48
Capítulo V, Sistema Urinario _____	57
Capítulo VI, Sistema Cardiovascular _____	62
Capítulo VII, Sistema Endocrino _____	73
Capítulo VIII, Sistema Hematopoyético e Inmunitario _____	82
Capítulo IX, Sistema Visual _____	93
Capítulo X, Sistema Auditivo, Equilibrio y Fonación _____	99
Capítulo XI, Impedimentos Mentales _____	105
Capítulo XII, Impedimentos Neoplásicos Malignos _____	114
Capítulo XIII, Impedimentos Dermatológicos _____	119