Caja de la ABOGACÍA
Provincia de Buenos Aires

BAREMO

Normas para la evaluación, calificación y cuantificación del grado de invalidez de los abogados afiliados a la

CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL PARA ABOGADOS

DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

BAREMO CAJA DE LA ABOGACÍA

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN, GENERALIDADES Y METODOLOGIA

Ref.: Expte. 210493/S/2005/9.

El objetivo de la elaboración de esta Tabla es establecer un método orientador de la evaluación de la incapacidad laboral del Abogado, con un criterio uniforme teniendo en cuenta las características del trabajo profesional.

La aplicación de diferentes tablas vinculadas a normas de índole laboral ha generado hasta el presente y en muchas ocasiones, dificultades vinculadas a criterios de valoración más cercanos a otros tipos de tareas y que no guardan relación con las peculiaridades del ejercicio de la abogacía.

Esta Tabla orientará en el "cuanto de aptitud" y su deterioro para una tarea determinada estrictamente vinculada a la tarea del abogado y no otra.

A propósito de esta tarea singular el criterio distintivo seguido, está orientado a valorar la alteración funcional y no a la anatómica, particularmente en lo que impide o limita la actividad cotidiana del abogado.

Por ello, las incapacidades que afectan mínima o moderadamente las tareas del abogado, han sido disminuidas en el porcentaje de incapacidad, respecto del baremo del decreto 478/98 de la ley 24.241. Por el contrario aquellas que pueden tener un efecto incapacitante mayor en el abogado fueron incrementadas. Por ejemplo en el capítulo de Piel, "las lesiones que afectan seriamente el rostro, como cicatrices o enfermedades de la piel, alteran en mayor medida el desempeño profesional que el manual y por lo tanto reciben una valoración en esta Tabla". (Koltai, Baremos Médicos. 2004.)

Asimismo se han tomado en cuenta los antecedentes de otras Tablas y Baremos, como así también bibliografía al respecto.

Las Tablas y Baremos de incapacidades "constituyen las verdaderas herramientas de trabajo, las que utilizadas con un adecuado criterio médico legal y social, pueden constituir una ayuda inestimable para la fijación de las indemnizaciones y para la concesión de beneficios dentro del ámbito de la seguridad social. (Rubisntein, Código de Tablas de Incapacidades Laborativas, 4a. Ed. 2004).

METODOLOGÍA
RECOMENDACIONES PARA LA JUNTA MÉDICA

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

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

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

Hipertensión Arterial con repercusión orgánica:	30,00%
Limitación funcional de rodilla: 12 % (sobre 70,00 %)	8,40%
Hipoacusia: 4 % (sobre 61,60 %)	2,46%
Total Incapacidad:	**40,86%**

Las afecciones deben ser objetivables a partir de una lesión anatómica evidente, un trastorno funcional medible y/o una alteración psíquica evaluable. Las manifestaciones subjetivas que no puedan comprobarse no serán tomadas en cuenta.

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

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

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

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

Cuando la/s patología/s que diera/n origen al beneficio se consideren rehabilitadas, se evaluará la incidencia de nuevas patologías que hubieren aparecido, antes de la revocación del beneficio.

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

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

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

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

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

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

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

La Junta Médica tendrá particularmente en cuenta el impedimento que la enfermedad cause en el desempeño de la actividad del abogado.

RECOMENDACIONES PARA LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS

La Junta Médica , cuando lo considere necesario, solicitará la colaboración del examen médico especializado. A tal efecto los especialistas intervinientes informarán de las conclusiones de los exámenes realizados. Estas no serán expresadas en términos de porcentaje de incapacidad, el cual será calculado finalmente por la Junta Médica.

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

La diferencia conceptual entre el BAREMO de la ley 24.241 y el Baremo de la Caja consiste en que aquellas patologías que no afecten las capacidades enumeradas en el profesiograma (ver más adelante), no serán ponderadas a los efectos de determinar la incapacidad final.

Si no obstante, la Junta Médica considera que algunas patologías no ponderadas tienen suficiente entidad para incrementar el nivel de incapacidad determinado, ese organismo cuenta con la posibilidad de utilizar el factor compensador para corregir los resultados obtenidos.

TABLA DE FACTORES COMPLEMENTARIOS

Edad cronológica	Factor Complementario
51-55 años	5%
56-60 años	7,5%
60 a 65 años	10%
más de 65 años	12%

Los porcentajes consignados se combinarán con el porcentaje de incapacidad y luego se sumarán aritméticamente a la misma. Surgiendo de ello el grado de invalidez de las personas. No se utilizarán cuando la patología alcance un porcentaje igual o superior al 66%.

Profesiograma de capacidades necesarias para la tarea habitual del abogado

La evaluación de la incapacidad laboral hace necesario un conocimiento preciso de los requerimientos psicofísicos de la tarea habitual. Es por esta razón que se ha creado el profesiograma del abogado que detalla las capacidades que requiere un letrado para el ejercicio adecuado de su profesión.

La Junta Médica solamente valorizará las incapacidades encontradas, cuando éstas afecten alguna de las capacidades que se enumeran bajo el título: Capacidades necesarias para el ejercicio de la abogacía.

CAPACIDADES NECESARIAS PARA EL EJERCICIO DE LA ABOGACIA

1. Capacidad para leer y escribir.
2. Capacidad de comprensión de lo leído y escrito.
3. Capacidad de comprensión y elaboración de ideas abstractas.
4. Capacidad de manejo de las emociones.
5. Capacidad de movilidad adecuada para concurrir a los distintos sitios laborales: estudio, tribunales, oficinas, etc., incluyendo subir escaleras y estar de pie por períodos prolongados.
6. Capacidad para transportar documentación y libros de cierto peso.
7. Capacidad para exponer sus ideas en forma clara, tanto en la modalidad oral como escrita.
8. Capacidad mnésica.
9. Capacidad de sostener un aspecto presencial adecuado.
10. Capacidad auditiva suficiente para el desempeño de sus tareas.

Las incapacidades que no afecten ninguno de los ítems señalados en el profesiograma, no serán valorizados ni tenidos en cuenta para determinar la incapacidad final.

Ej. La pérdida de la capacidad olfativa no produce menoscabo en ningún aspecto del profesiograma y por lo tanto no se valorizará a los efectos de la incapacidad.

La pérdida de la visión de un ojo tampoco genera déficit en la capacidad laboral mientras el abogado conserve una visión adecuada con el ojo restante.

En cambio, una depresión moderada a severa produce incapacidad transitoria por alteración de los puntos 4, 7, 8 y 9 del profesiograma.

Otro ejemplo sería el de la hipoacusia. Una pérdida auditiva cuya magnitud no afecte las capacidades necesarias para el desempeño de las tareas del abogado, no deberá ser valorizada a los efectos de la incapacidad final.

BAREMO CAJA DE LA ABOGACÍA

CAPITULO II

PIEL

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

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

Las lesiones que afectan seriamente la cara, tienen un importante efecto sobre la capacidad laboral del abogado, ya que producen un impacto ante sus clientes y su desempeño en juicios orales y en todas aquellas circunstancias en las que la presencia del profesional cumple un papel preponderante.

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

ELEMENTOS DE DIAGNÓSTICO

- *Anamnesis*
- *Examen físico-psíquico*
- *Estudios complementarios,* especialmente biopsia de piel (aportadas).

TABLA DE VALORACIONES PARA ENFERMEDADES DE LA PIEL

(De aplicación para afecciones no contempladas en forma explícita)

ESTADÍO I (Sin incapacidad)	*Signos clínicos*: manifestaciones dermatológicas mínimas ocasionales, que ceden con tratamiento local.
ESTADÍO II (Incapacidad desde el 0 hasta el 33%)	*Signos clínicos*: manifestaciones dermatológicas intermitentes, que ceden con tratamiento local y sistémico. Producen desde limitación en una sola ocasión hasta limitación transitoria esporádica de la actividad laboral. *Estudios complementarios*: en relación a la repercusión sistémica, valorar la incapacidad según la especialidad que corresponda. A efectos de ser ponderado este estadío, la Junta Médica deberá acreditar que la enfermedad en cuestión interfiere con las capacidades detalladas en el profesiograma del abogado. Caso contrario no se valorizará la misma. En caso de procederse a la valorización de esta patología, la cuantificación de la misma será proporcional al grado en el que interfiera en la actividad habitual del letrado.

ESTADÍO III (Incapacidad entre el 33 y 66%)	*Signos clínicos*: manifestaciones dermatológicas con remisión incompleta con tratamiento local y sistémico permanente. Producen desde limitación transitoria esporádica hasta frecuente de la actividad laboral. *Estudios complementarios*: en relación a la repercusión sistémica, valorar la incapacidad según la especialidad que corresponda. A efectos de ser ponderado este estadío, la Junta Médica deberá acreditar que la enfermedad en cuestión interfiere con las capacidades detalladas en el profesiograma del abogado. Caso contrario no se valorizará la misma.
ESTADÍO IV (Incapacidad mayor del 66%)	*Signos clínicos*: lesiones severas e irreversibles, que no responden al tratamiento y/u obligan a tratamiento recurrente con aislamiento. Impedimento permanente de la actividad laboral. *Estudios complementarios*: biopsia y/o inmunología y/o baciloscopía positivas.

DERMATOPATÍAS EVALUABLES.

Lesiones de la epidermis y dermis de la queratinización

AFECCION	%
QUERATOSIS ESENCIALES	0 - 10%
ENFERMEDAD DE DARIER	20%
H.A.C.R.E.A. *(Hidroarsenicismo no incluido por ser de naturaleza crónico regional endémico argentino* y no se observa en los abogados de la Capital Federal).	

Pápuloescamosas

AFECCION		%
MICOSIS SUPERFICIALES		Capacitado
LIQUEN ROJO PLANO		Capacitado
LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE CRÓNICO		10 - 20%
PSORIASIS		
En placas:	hasta 10% de sup. corp.	0%
	desde 10% hasta 30% sup. corp.	5 - 7%
	desde 30% hasta 50% sup. corp.	7 - 20%
Generalizada*:	más del 60% de la sup. corp.	40 - 70%

*Psoriasis Generalizada: La incapacidad del 70 % se fundamenta en que se encuentra afectado el 60-70 % de la superficie corporal. Además, si se acompaña por artropatía, completar con evaluación. La afección importante del rostro incrementa en 5 % a 10 % los porcentajes arriba considerados por resultar un impedimento en el aspecto del abogado, lo que influye en su capacidad laboral.

AFECCION	%
Palmoplantar	Hasta 0%
Eritrodérmica	Hasta 70%
Pustulosa	Hasta 70%
MICOSIS FUNGOIDE	
Premicótica (Poiquilodermia vascular atrófica)	0%
Placas con infiltración	2%
Eritrodermia generalizada	70%
Tumoración y/o úlceras cut. y/o comp. sistémico	70%

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

Eczematosas

AFECCION	%
ECZEMA COD. INF.	
Microbiano Capacitado	
Por contacto (según la gravedad de la lesión y su recurrencia)	0 a 5%
Atópico	0 – 5%
Micótico	0%

Eczematosas y vesículoampollosas

AFECCION	%
ENFERMEDAD DE DUHRING O	5 – 30%
DERMATITIS HERPETIFORME	5 – 30%

La incapacidad se fundamenta en la frecuencia de los brotes ampollares

Vesículoampollosas

AFECCION	%
PÉNFIGO VULGAR	Hasta 50%
PORFIRIA CUTÁNEA TARDA	0 - 20%

Con compromiso sistémico evaluar los aparatos afectados.
Lesiones repetidas: acorde a tablas.

Pigmentarias

AFECCION	%
VITILIGO	Capacitado

Poiquilodermias

AFECCION	%
RADIODERMITIS CRÓNICA	
Sin lesiones ulceradas (completar con evaluación osteoarticular)	0 - 10%
Con lesiones ulceradas (según localización y evolución)	10 - 40%
LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE CRÓNICO	Ya evaluado

Tumorales

AFECCION	%
EPITELIOMA BASOCELULAR	
Lobulado quístico o nodular	0%
Plano cicatrizal	0%
Pagetoide, operado sin recidiva	0 - 2%
Ulcus rodens, operado sin recidiva	0 – 2%
Con gran secuela cicatrizal, sin recidiva tumoral	10 – 20%
Incrementar 5 % si la lesión es en cara.	
EPITELIOMA ESPINOCELULAR	0 - 5%

En todas las variantes clínicas de basocelular o espinocelular, en las que se evidencie recidiva reiterada, la incapacidad puede alcanzar hasta 40%.

AFECCION	%
MELANOMA	
Operado sin metástasis o recidivas	0 - 10 %
Recidivado o con ext. ganglionar y/o a otros órganos:	hasta 70 %

Lesiones de la dermis

AFECCION	%
RETICULOSIS ANGIÓGENA DE KAPOSI	
1. Mono u oligolesional, sin compromiso sistémico	0 - 20 %
2. Si es extenso, con manifestación sistémica, o si conforma un signo en el contexto del SIDA	70 %
ESCLERODERMIA EN PLACAS (completar con evaluación osteoarticular)	10 - 20 %
ESCLERODERMIA CON COMPROMISO SISTÉMICO Evaluar por alteraciones de órganos afectados, por ej.: digestivo (esófago), osteoarticular, ver compromiso en los capítulos correspondientes	

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

Granulomatosas

AFECCION	%
LEPRA	
1. Lepromatosa	70 - 80 %
2. Tuberculoide (según compromiso neurológico).	20 %
3. Dimorfa o intermedia	20 - 70 %

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

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

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

AFECCION	%
TUBERCULOSIS: Evaluable por compromiso general.	
SARCOIDOSIS: Evaluable por compromiso general.	
XANTOMA MÚLTIPLE EN SUS DIFERENTES FORMAS	
1. Sin manifestación sistémica	0 %
2. Con compromiso osteotendinoso: evaluación osteoarticular	
3. Con compromiso coronario y/o vascular periférico: evaluación cardiológica. Efectuar estudios de laboratorio para evaluar posible dislipemia familiar.	
4. Con coronariopatía asociada, vasculopatía periférica, compromiso osteotendinoso, dislipemia e historia heredofamiliar	Hasta 70 %
METÁSTASIS TUMORALES (de un primitivo extracutáneo)	70 %

Lesiones de las faneras

AFECCION
MICOSIS SUPERFICIALES (alopecía) Patologías ya evaluadas.
PORFIRÍA CUTÁNEA TARDA
ESCLERODERMIA EN PLACAS
LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE CRÓNICO

Lesiones de la hipodermis

AFECCION	%
FASCITIS EOSINOFÍLICA (completar con evaluación osteoarticular)	30 - 70 %
VASCULITIS Ya comentadas.	
METÁSTASIS TUMORALES Ya evaluadas.	

Lesiones de varias capas

AFECCION	%
QUELOIDE: Sin limitación funcional	0%
QUEMADURAS Se evaluan acorde a cicatrices.	
MORDEDURAS: De animales ponzoñosos o no Se evalúan en base a las cicatrices.	

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

AFECCION	%
CICATRICES DEFORMANTES SEVERAS O QUE ALTEREN SIGNIFICATIVAMENTE LA ANATOMÍA	
Si no incluyen la cara	10 - 20 %
En el caso que la cicatriz deformante severa sea en el rostro, puede llegar	hasta 50 %
ACROPATÍA ÚLCEROMUTILANTE PSEUDO SIRINGOMIÉLICA	hasta 70 %
MADUROMICOSIS (Pie de madura) Corresponde la evaluación por capítulo de osteoarticular.	25 %
LEISHMANIASIS CUTÁNEO-MUCOSA (excepto lesiones secuelares importantes en cara, que se valoran como cicatrices deformantes)	0 %

BAREMO CAJA DE LA ABOGACÍA

CAPITULO III

APARATO RESPIRATORIO

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

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

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

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

Las enfermedades respiratorias de curso agudo no han sido incluidas en este capítulo por considerar que no producen incapacidad permanente o prolongada.

ELEMENTOS DE DIAGNOSTICO

- *Anamnesis*
- *Examen físico*
- *Laboratorio general y específico:* gases en sangre (convencional, oxímetro de pulso), baciloscopía, etc..
- *Diagnóstico por imágenes*:Rx, TAC., RNM, Eco, Centellografía,
- *Pruebas funcionales*: espirometría convencional o computarizada.
- Endoscopías y biopsias.
- Electrocardiograma

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

TABLA DE EVALUACION DE LA DISNEA

Grado 0:
Sin disnea (que corresponde, habitualmente, al desarrollo de tareas laborales): sin incapacidad

Grado I:
a grandes esfuerzos.

Grado II:
a esfuerzos moderados.

Grado III:
a esfuerzos leves.

Grado IV:
a esfuerzos mínimos o en reposo.

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

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

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

TABLA DE VALORACIÓN PARA ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
(De aplicación para afecciones no contempladas en forma explícita)

ESTADÍO I (Sin incapacidad)	*Clínic*a: examen respiratorio normal. Ausencia de disnea durante el trabajo. *Radiologí*a: sin lesiones en actividad. *Espirometrí*a: VEF y CV valores mayores de 80 %. *Oxigenometrí*a: innecesaria.
ESTADÍO II (Incapacidad hasta 20 %)	*Clínic*a: disnea a grandes esfuerzos. *Radiologí*a: acentuación de la trama broncovascular o lesiones de uno o ambos pulmones sin exceder el volumen equivalente al tercio de la playa pulmonar derecha. *Espirometrí*a: VEF y/o CV valores del 80 al 65 %. *Oxigenometrí*a: innecesaria.

ESTADÍO III (Incapacidad del 20 al 55 %)	*Clínica*: disnea a medianos esfuerzos, tos, expectoración. *Radiología*: acentuación de la trama broncovascular, hilios congestivos, horizontalización costal y aplanamiento diafragmático, y/o lesiones de uno o ambos pulmones sin exceder el volumen equivalente a toda la playa pulmonar derecha. *Espirometría*: VEF y/o CV: valores del 65 al 50 %. *Oxigenometría*: saturación mayor del 85 %
ESTADÍO IV (Incapacidad mayor al 66 %)	*Clínica*: tórax en tonel. Disnea a mínimos esfuerzos y/o reposo, tiraje inspiratorio, tos, expectoración mucosa o mucopurulenta, compromiso del estado general y/o signos de insuficiencia cardíaca congestiva con crecimiento auricular derecho e hipertrofia ventricular derecha y/o sobrecarga ventricular derecha. *Radiología*: acentuación de la trama broncovascular, hilios congestivos, horizontalización costal, aplanamiento diafragmático, hiperclaridad, bullas, ensanchamiento de los espacios pre y retrocardíacos, y/o lesión de uno o ambos pulmones que exceden la superficie de la playa pulmonar derecha y/o confluencia de nódulos con formación de opacidades masivas o pseudo-tumorales y/o enfisema severo, engrosamiento o calcificaciones pleurales, distorsión traqueal, desplazamientos de hilios asociados. *Espirometría*: VEF y/o CV: valores menores al 50 %. *Oxigenometría*: saturación menor del 85 % (reiteradas). Se agrupan en: 1. Obstructivas (ej.: asma bronquial) 2. Restrictivas (ej.: tumores, Tuberculosis) 3. Mixtas (ej.: enfisema crónico)

AFECCIONES EVALUABLES

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

Bronquitis crónica

Bronquitis espasmódica

Asma bronquial

Enfisema pulmonar

Neumoconiosis

Fibrosis pulmonar

Infecciosas:	Inespecíficas crónicas Específicas (T.B.C., micóticas) No habituales, en el contexto del SIDA
Tumorales:	Benignas Malignas: primitivas y secundarias
Otras:	Bronquiectasias. Tromboembolismo.

E.B.P.O.C.

- Bronquitis crónica
- Bronquitis espasmódica
- Asma bronquial
- Enfisema pulmonar

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

La repercusión orgánica será considerada:

Leve: cuando existan escasos signos físicos y radiológicos (acentuación de la trama bronquial).

Moderada: cuando la obstrucción bronquial ha causado discretos signos físicos y radiológicos (acentuación de la trama bronquial, hilios congestivos, horizontalización costal y diafragmática).

Severa: cuando la obstrucción bronquial ha causado signos físicos marcados (tórax en tonel o enfisematoso, con la semiología correspondiente) y signos radiológicos también marcados (acentuación de la trama bronquial, hilios congestivos, horizontalización de costillas y diafragma, hiperclaridad pulmonar, bullas, ensanchamiento de los espacios intercostales, precardíaco y retrocardíaco).

La repercusión funcional será catalogada como:

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

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

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

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

BRONQUITIS CRÓNICA:

- Leve (según tablas)
- Moderada (según tablas)
- Severa (según tablas)

BRONQUITIS ESPASMÓDICA:

- Leve (según tablas)
- Moderada (según tablas)
- Severa (según tablas)

ASMA BRONQUIAL:

- Leve (según tablas)
- Moderado (según tablas)
- Severo (según tablas)

ENFISEMA PULMONAR:

- Leve (según tablas)
- Moderado (según tablas)
- Severo (según tablas)

NEUMOCONIOSIS

- Leve (según tablas)
- Moderado (según tablas)
- Severo (según tablas)

La repercusión orgánica se considerará:

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

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

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

La repercusión funcional será catalogada como en el punto anterior.

FIBROSIS PULMONAR:

- Leve (según tablas)
- Moderada (según tablas)
- Severa (según tablas)

La repercusión orgánica será catalogada como en el punto anterior. La incapacidad funcional se evaluará de acuerdo a lo expresado en el punto de Bronquitis crónica.

INFECCIOSAS:

- **Inespecíficas:** se evaluarán sus secuelas orgánicas y funcionales.
- **Específicas:** Tuberculosis pleuro-pulmonar
- **En actividad:** en tratamiento no es invalidante (aún no se han agotado todos los recursos médicos).

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

SECUELAR:

- Leve (según tablas)
- Moderada (según tablas)
- Severa (según tablas)

Se considerará la repercusión orgánica:

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

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

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

Micosis: se evaluarán una vez concluído el tratamiento acorde a sus secuelas anatómicas y funcionales. Se tendrá en cuenta el criterio antedicho. COD. INF. 0380 /0381/0382

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

TUMORALES (Broncopulmonar-pleural-mediastinal)

- Benignos: de acuerdo a las secuelas post-tratamientos
- Malignos primitivos: se evaluará si es operable
- Malignos primitivos: o inoperable

Determinada su operabilidad, se dictaminará de acuerdo a las secuelas anatómicas y funcionales. Se tendrá en cuenta la clasificación de estadío según TNM. Ver capítulo Neoplasias.

Inextirpables y/o recidivados y/o con metástasis locales, regionales y/o a distancia: 70 %
Si la anatomía patológica muestra un tumor a células pequeñas: 70 %
Mesoteliomas malignos de pleura: 70 %

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

Malignos secundarios: 70 %

OTRAS:

BRONQUIECTASIAS CONGÉNITAS:
BRONQUIECTASIAS ADQUIRIDAS
Se evaluarán de acuerdo a su repercusión orgánica y su limitación funcional.

Tromboembolismo pulmonar agudo: no corresponde evaluación.
Tromboembolismo crónico recidivante: hasta 70 %
Antecedente de Tromboembolismo: se evalúa a partir de la enfermedad de base y las secuelas respiratorias.

Nota del Redactor: En la parte respiratoria del Baremo se han conservado prácticamente intactos los conceptos y porcentajes del Baremo de la ley 24.241. Se ha modificado el porcentaje del estadío II de la disnea que fue reducido a 20 % (de los 33 originales) ya que una disnea a grandes esfuerzos no modificaría la capacidad laborable del abogado de manera tan significativa como en el caso de un trabajador que desempeña esfuerzos físicos. Similar criterio fue seguido con la disnea de medianos esfuerzos.

BAREMO CAJA DE LA ABOGACÍA

CAPITULO IV

APARATO CARDIOVASCULAR

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

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

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

ELEMENTOS DE DIAGNÓSTICO

- *Anamnesis*
- *Examen físico*
- *Laboratorio*: General
  Específico: CPK, TGO, TGP, LDH, Dosaje de Catecolaminas, Serología para Chagas-Mazza.
- *Diagnóstico por imágenes*: Rx, Eco., Cámara gamma, TAC, RNM.
- *Electrofisiológicos*: ECG., PEG., Holter, Presurometría.
- *Hemodinámicos. Angiográficos. Biopsia Endocárdica.*
- *Otros*: Fondo de Ojo, Función renal. Funcional respiratorio.

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

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

La disnea se evalúa según:

Grado 0: sin disnea o la que corresponde, habitualmente, al desarrollo de tareas laborales.
Grado I: a grandes esfuerzos.
Grado II: a esfuerzos moderados.
Grado III: a esfuerzos leves.
Grado IV: a esfuerzos mínimos o en reposo.

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

AFECCIONES EVALUABLES

- Cardiopatía coronaria
- Miocardiopatías y Enfermedad de Chagas-Mazza
- Valvulopatías
- Arritmias
- Pericardiopatías y Tumores
- Cardiopatía congénita
- Hipertensión Arterial Sistémica
- Hipertensión Pulmonar
- Aortopatías
- Vasculopatías periféricas: arteriopatías
  flebopatías

Consideración

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

- HTA + Coronariopatía
- HTA + Arritmia
- HTA + ACV
- HTA + Trastorno de la conducción
- HTA + Chagas-Mazza
- HTA + Valvulopatías
- HTA + Miocardiopatía
- Coronariopatía + Arritmia
- Coronariopatía + Chagas-Mazza
- Coronariopatía + Valvulopatías
- Miocardiopatía + Valvulopatías
- Miocardiopatía + Coronariopatía, otras

las mismas serán evaluadas en forma conjunta. La que incida con mayor repercusión orgánica

y/o hemodinámica será la que defina el porcentaje de incapacidad.

Ejemplos:

1) Secuela de IAM basal, PEG normal 30 %
   Hipertensión arterial compensada con medicación y dieta, Rx torax s/p. ECG: secuela de IAM basal, Fondo de ojo grado I 15 %
   Incapacidad final: 30 %

2) Hombre joven.
   Actualmente HTA compensada con medicamentos, ACV sin secuela
   Secuela mínima, Fondo de ojo grado I , Rx torax s/p. ECG s/p.
   Diagn.: HTA s / rep. hemodinámica actual 15 %
   Secuela leve de ACV 15 %
   Incapacidad final: 15 %

3) Hipertensión arterial de larga data, medicado, ACV con secuela leve. Fondo de ojo grado III-IV, Rx. torax: HVI.
   ECG:HVI.
   Diagn.: Secuela leve de ACV 15 %
   HTA con repercusión orgánica 66 %
   Incapacidad final: 66 %

4) Hipertensión arterial + arritmia HTA medicada, compensada.
   Fondo de ojo grado I (0 - 33 %, según tabla), ECG:HVI leve+S. de Wolff Parkinson White, Rx. torax: predominio V I. 20 %
   Arritmia Síndr. de W.P.W. sin rep. hemodinámica 10 %
   Incapacidad final: 20 %

CARDIOPATÍA CORONARIA

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

1. Anamnesis (angor, antecedentes de Infarto Agudo de Miocardio -IAM-, estudios y tratamientos efectuados).
2. Examen clínico
3. Métodos complementarios:
   a) Electrocardiograma (ECG)
   b) Prueba Ergométrica Graduada (PEG): Se entiende por *PEG Anormal* lo siguiente:
      1) PEG positiva (+) para angor y ST
         - Infradesnivel del ST: 2 mm o más.
         - Supradesnivel del ST: 2 mm o más.
      2) Arritmias cardíacas severas
         - Por extrasístoles ventriculares polifocales.
         - Colgajos de taquicardia supraventricular paroxística.
         - Extrasístoles ventriculares apareadas.
         - Fenómeno R/T.
         - Colgajos de taquicardia ventricular.
         - Bloqueo A-V completo y de 2° grado (Tipo Wenkebach)
         - Signos de insuficiencia cardíaca con 3° o 4° ruido (en PEG valorable).
         - Bloqueo completo de rama izquierda taquicárdico dependiente.
           (El bloqueo completo de rama derecha taquicárdico dependiente no tiene valor patológico).
         - Isquemias intraesfuerzo (Onda T negativa en cualquier área).
   c) Holter.
   d) Estudios con cámara gamma. Estudio de la perfusión miocárdica con radioisótopo (Talio y/o Tecnesio) en reposo y/o esfuerzo.
   e) Eco-doppler modo M o Bidimensional. ECO-Stress.
   f) Cinecoronariografía.

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

CARDIOPATÍA CORONARIA

ESTADÍO 0 (sin incapacidad)	*Signos clínicos:* precordialgia sin traducción clínica. *Estudios complementarios:* ECG y otros estudios negativos
ESTADÍO I (0 A 10 %)	*Signos clínicos:* angor típico a los grandes esfuerzos (clase I), con tratamiento farmacológico adecuado. *Estudios complementarios:* de Perfusión miocárdica y/o PEG (aportadas) y/o Holter y/o Ecocardiograma negativo o levemente positivo para hipoquinesia o acinesia o riesgo isquémico, sin alteraciones de la función miocárdica global. ECG puede o no tener datos anormales. Electrocardiograma: con T aplanada o ST rectificado o con BAV de 1° grado o con BIRD o con BCRD o HBAI
ESTADÍO II (10 % A 30 %)	*Signos clínicos:* angor típico a esfuerzos moderados (clase II), sin disnea, con tratamiento farmacológico adecuado. *Estudios complementarios:* de Perfusión miocárdica y/o PEG (aportadas) y/o Holter y/o Ecocardiograma negativo o levemente positivo para hipoquinesia o acinecia o riesgo isquémico, con alteraciones leves de la función miocárdica global. El ECG puede presentar alteraciones. Electrocardiograma: con T aplanada o ST rectificado o con BIRD + BAV de 1° grado o con HBAI + BAV de 1° grado o con HBAI + BCRD o con BCRD+ BAV de 1° grado o con BCRI
ESTADÍO III (30% A 66 %)	*Signos clínicos:* angor a los esfuerzos moderados y pequeños (clase III), con respuesta irregular al tratamiento farmacológico adecuado. *Estudios complementarios:* Perfusión miocárdica y/o PEG (aportadas), electrocardiograma, Holter y ecocardiograma: – Secuela de necrosis de cara inferior, sin isquemia residual y/o con leve isquemia en el electrocardiograma y/o Perfusión Miocárdica y/o PEG, y ecocardiograma que evidencia leve compromiso del área mencionada. – Secuela de necrosis de cara lateral, idem al anterior – Secuela de necrosis septal (V1-V2), idem al anterior. – Secuela de necrosis de cara posterior, idem al anterior. – Cardiopatía coronaria con compromiso de vasos coronarios evidenciados en Cinecoronariografía (aportada), que pone de manifiesto lesiones moderadas de distintas arterias, sin cirugía de revascularización miocárdica, con ECG, estudio radioisotópico y/o PEG (aportados) negativos para isquemia, con buena función ventricular. – Cardiopatía coronaria con Angioplastía Trans-Luminal (ATL) en sus distintas variantes – (“stent” y otros), exitosa o no de tronco de CI y/o DA y/o CX y/o CD y/o Diagonal, con controles ECG y/o Perfusión miocárdica y/o PEG (aportadas) negativas. Cardiopatía coronaria con cirugía de revascularización miocárdica. Cualquiera sea la cantidad de vasos obstruidos previos y puentes efectuados permeables, decidirá la clínica y los estudios complementarios de diagnóstico (ECG, ECO, Holter, PEG y/o estudio radioisotópico actualizado, estos últimos aportados por el peticionante).

ESTADÍO IV (70 %)	*Signos clínicos:* angor a pequeños esfuerzos y/o de reposo (clase IV), con disnea de esfuerzo, con respuesta irregular al tratamiento farmacológico adecuado y/o quirúrgico. *Estudios complementarios:* Perfusión miocárdica y/o PEG (aportadas), electrocardiograma, Holter y ecocardiograma: – Secuela de necrosis de cara inferior con isquemia residual moderada a severa, en otra área, por electrocardiograma y/o Perfusión miocárdica (aportada) y/o PEG (aportada) y/o ecocardiograma, que evidencian un moderado a severo compromiso del área mencionada. – Secuela de necrosis de cara lateral o posterior con isquemia residual moderada a severa por electrocardiograma y/o Perfusión miocárdica (aportada) y/o PEG (aportada) y/o ecocardiograma, que evidencian un moderado a severo compromiso del área mencionada. – Secuela de necrosis anterior extensa con o sin isquemia residual. – Cardiopatía coronaria con compromiso de dos o más vasos coronarios, evidenciados por Cinecoronariografía (aportada), sin cirugía de revascularización miocárdica, cuyos estudios complementarios (electrocardiograma, perfusión miocárdica, PEG, ecocardiograma) evidencian moderada a severa repercusión orgánica. – Cardiopatía coronaria con ATL, con resultado no exitoso con evidencia en los estudios complementarios de compromiso miocárdico orgánico y/o funcional moderado a severo. Cardiopatía coronaria con cirugía de revascularización miocárdica, con resultado no exitoso, cuyos estudios complementarios denotan un compromiso miocárdico orgánico y/o funcional moderado a severo.

Observaciones y consideraciones a tener en cuenta

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

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

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

Se valorará el compromiso psíquico.

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

MIOCARDIOPATÍAS

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

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

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

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

1) **Miocardiopatía hipertrófica.** Según ecocardiografía:
   a) NO OBSTRUCTIVA 10 - 20 %
   b) OBSTRUCTIVA LEVE 10 - 20 %
   c) MODERADA 30 - 50 %
   d) SEVERA 50 - 80 %
   Con cuadros sincopales frecuentes y arritmias 70 - 80 %
2) **Miocardiopatía dilatada:** Según ecocardiografía:
   LEVE 10 - 20 %
   MODERADA 30 - 50 %
   SEVERA
   Rx: relación cardiotorácica significativamente alterada
   Ecocardiograma: severa dilatación de todas las cavidades, hipoquinesia generalizada.
   Fracción de acortamiento menor del 25 %
   Radiocardiograma: fracción de eyección menor del 40%.
   Incapacidad del 70 - 80 %
3) **Miocardiopatía restrictiva.** Según ecocardiografía:
   LEVE 10 - 20 %
   MODERADA 30 - 50 %
   SEVERA 50 - 80 %
4) **Miocardiopatía infiltrativa** 70 - 80 %
   (Por ejemplo: amiloidosis, linfomas, hemocromatosis, etc.)
5) **Miocardiopatia no dilatada**
   Según ecocardiografia. Se evalua acorde a la repercusión hemodinámica que determinen los posibles trastornos en la conducción y en el ritmo cardíaco.

Transplante cardíaco

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

ENFERMEDAD DE CHAGAS-MAZZA

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

1. Serología para Chagas-Mazza, siguiendo el concepto del Instituto Nacional de Diagnóstico e Investigación de la Enfermedad de Chagas "Dr. Mario Fatala Chaben", se tendrá como positivo si es reactivo a por lo menos dos de las reacciones específicas: a) Inmunofluorescencia (indirecta cuantitativa), b) Inmunoensayo enzimático, c) Hemaglutinación (indirecta cuantitativa)

2. Electrocardiograma.

3. Radiografía de Tórax.

4. Holter.

5. Prueba Ergométrica Graduada.

6. Ecografía y/o Cámara gamma.

7. Estudio Hemodinámico.

CLÍNICA Y EXÁMENES COMPLEMENTARIOS	DIAGNÓSTICO	%
1) SEROLOGÍA (+), ECG NORMAL o BCRD	Infestación chagásica	0 %
2) SEROLOGÍA (+), ECG:		
BIRD + BAV 1° grado		
HBAI + BIRD	Enfermedad de chagas-mazza	
HBAI + BCRD	Sin repercusion hemodinámica	5 a 15 %
BCRD + BAV 1° grado		
BIRI.	Todos con pruebas cardiológicas normales	
3) SEROLOGÍA (+), ECG:		
BCRI o BCRD con ECOCARDIOGRAMA. Compatible con miocardiopatía dilatada.	Miocardiopatía chagásica	70 %
4) SEROLOGÍA (+), ECG:		
HBAI+BCRD+BAV1° grado.	Miocardiopatía chagásica	70 %
5) SEROLOGÍA (+), ECG:		
Bradicardia sinusal+HBAI+ BCRD o Enfermedad del nodo sinusal.	Miocardiopatía chagásica	70 %
6) SEROLOGÍA (+), ECG:		
Extrasístoles supraventriculares monofocales aisladas o frecuentes, sin otras pruebas cardiológicas patológicas.	Enfermedad de chagas-mazza sin repercusion hemodinámica	5 a 15%

CLÍNICA Y EXÁMENES COMPLEMENTARIOS	DIAGNÓSTICO	%
Extrasístoles supraventriculares aisladas o frecuentes, bifocales, sin pruebas cardiológicas patológicas	Enfermedad de chagas-mazza sin repercusion hemodinámica	5 a 15%
Extrasístoles ventriculares monofocales aisladas o frecuentes sin pruebas cardiológicas patológicas	Enfermedad de chagas-mazza sin repercusion hemodinámica	5 a 15%
Extrasístoles ventriculares monofocales aisladas o frecuentes con pruebas cardiológicas levemente patológicas.	Enfermedad de chagas-mazza con leve repercusion hemodinámica	15 a 30%
Extrasístoles supraventriculares aisladas o frecuentes, bifocales, con pruebas cardiológicas levemente patológicas.	Enfermedad de chagas-mazza con leve repercusion hemodinámica	15 a 30%
Extrasístoles ventriculares monofocales aisladas o frecuentes con pruebas cardiológicas patológicas moderadas a severas.	Enfermedad de chagas-mazza con moderada a severa repercusion hemodinámica	30 a 70%
Extrasístoles supraventriculares aisladas o frecuentes, bifocales, con pruebas cardiológicas patológicas moderadas a severas	Enfermedad de chagas-mazza con moderada a severa repercusion hemodinámica	30 a 70%
Extrasístoles ventriculares polifocales aisladas con estudios cardiológicos en límites normales	Enfermedad de chagas-mazza con arritmia sin repercusion hemodinamica	30 a 45%
SEROLOGÍA (+), ECG:		
Extrasístoles ventriculares polifocales frecuentes	Enfermedad de chagas-mazza con arritmia severa	70%
7) SEROLOGÍA (+), Clínica:		
Con signos de falla de bomba	Enfermedad de chagas-mazza con severa repercusion hemodinámica	70 % 0421
8) SEROLOGÍA (+), ECG:		
Microvoltajes generalizados con estudios cardiologicos normales	Enfermedad de chagas-mazza sin repercusion hemodinámica	5 a 15% 0420

Microvoltajes generalizados con estudios cardiológicos patológicos leves:	Enfermedad de chagas-mazza con leve repercusion organica	30 a 45%
Microvoltajes generalizados con estudios cardiológicos patológicos moderados a severos	Enfermedad de chagas-mazza con moderada a severa repercusion organica	45 a 70%
9) SEROLOGÍA (+)		
más aneurisma de VI	Miocardiopatia chagásica con aneurisma del ventrículo izquierdo	70%

VALVULOPATÍAS

Las enfermedades valvulares tienen grados de severidad lesional que pueden ser concordantes con los cuadros clínicos de la patología padecida. Toda alteración audible de los ruidos y silencios cardíacos exige una evaluación complementaria (radiografías, electrocardiogramas, ecocardiografía, gammagrafía) que permita ubicar el tipo y grado de alteración valvular.

Se tendrá en cuenta que:

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

CLÍNICA Y EXÁMENES COMPLEMENTARIOS	DIAGNÓSTICO	%
1) Soplo+ecg normal+rx. Normal eco	Sin cardiopatía valvular normal demostrable	0%
2) Soplo+ecg normal o con leves Trastornos de repolarizacion ventricular + rx normal o con relación cardiotorácica en límites maximos normal + eco con leves alteraciones valvulares	Valvulopatia con leve repercusion organica y/o hemodinámica	0 - 10%

3) Soplo+ecg con leves trastornos de repolarizacion ventricular + RX. Con alteracion moderada de la relacion cardiotoracica. Decide clínica y eco con alteraciones moderadas	Valvulopatía con moderada repercusion organica y/o hemodinámica	10 - 30%
4) Soplo+ecg con trastornos de repola-rizacion y/o arritmia severas + RX Anormal + clínica franca	Valvulopatía con severa repercusion hemodinámica	70%
5) Soplo+ecg patologico y/o RX patologico y/o eco patológico	Valvulopatía con severa repercusion Orgánica	70%
6) Reemplazo valvular con leve a moderada repercusion hemodinámica. Eco con fracción de eyección + 40 %	Valvulopatía con reemplazo valvular con leve a moderada repercusion hemodinámica	20 - 35%
7) Reemplazo valvular con repercusion hemodinamica. Eco con fracción de eyección - 40%	Valvulopatía severa con reemplazo valvular	70%
8) Comisurotomía mitral + exámenes complementarios no significativos	Valvulopatía mitral corregida	10 - 20%
9) comisurotomía mitral + ecg patológico y/o RX con relación cardiotoracica anormal y/o clínica (+) y/o eco patológico	Valvulopatía mitral severa	70 %

ARRITMIAS

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

Las arritmias recurrentes no controlables terapéuticamente y/o acompañadas de cuadros

sincopales pueden llegar a producir una incapacidad permanente, aún sin evidenciar signos de repercusión orgánica y/o funcional al momento del examen. En estos casos es importante el aporte de elementos fehacientes (Historia Clínica y estudios complementarios) que certifiquen dichos episodios.

Consideraciones acerca de la fibrilación auricular

Aguda: desde 24 horas hasta un año.

Crónica: las que persisten más allá de un año.

Etiología:

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

Consideraciones acerca del aleteo auricular

Etiología:

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

Nota: Las fibrilaciones auriculares o aleteos cuya etiopatogenia haya sido tratada exitosamente (por ejemplo: hipertiroidismo, aleteo auricular tratado por ablación por radiofrecuencia), corroborados por historia clínica fehaciente, serán pasibles de ser considerados compensados en la actualidad.

Se valorarán a partir del compromiso o la secuela actual de la enfermedad de base.

CLÍNICA Y EXÁMENES COMPLEMENTARIOS	DIAGNÓSTICO	%
1) TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR PAROXISTICA		
Sin falla hemodinámica	Sin cardiopatia evolutiva demostrable	0%
2) FIBRILACIÓN AURICULAR		
a) De alta o baja respuesta ventricular con moderada a severa repercusion hemodinamica.	Arritmia cardiaca severa	70%

b) Compensada sin o con leve repercusion hemodinamica (tener en cuenta la patología de base y su repercusión orgánica y/o hemodinámica).	Arritmia cardíaca sin o con leve repercusion orgánica y/o hemodinámica	20 - 40 %
3) Ectopías ventriculares monofocales, ligaduras largas, aisladas o frecuentes, bigeminadas (demostrada por Holter y PEG aportado).	Arritmia cardiaca sin cardiopatia evolutiva demostrable	0 - 10%
Idem, con Holter y/o eco y/o PEG aportada) y/o perfusion (aportada) con signos de isquemia	Arritmia cardiaca severa	70%
4) Ectopías ventriculares polifocales aisladas sin cardiopatia demostrable ni estudios complementarios de diagnósticos patológicos	Arritmia cardíaca moderada	40 %
5) Ectopías polifocales frecuentes(duplas, colgajos, taquicárdia ventricular, otras)	Arritmia cardíaca severa	70 %
6) Ectopía ventricular precoz (fenómeno r/t)	arritmia cardíaca severa	70 %
7) Parasistolia sin repercusión hemodinámica	Arritmia cardíaca parasistólica sin repercusion hemodinamica	20 - 35%
PARASISTOLIA CON MODERADA A SEVERA REPERCUSIÓN HEMODINÁMICA	ARRITMIA CARDÍACA PARASISTÓLICA CON MODERADA A SEVERA REPERCUSION	40 - 70%

Trastornos de la conducción

CLÍNICA Y EXÁMENES COMPLEMENTARIOS	DIAGNÓSTICO	%
1) Lown-Ganong-Levine	Síndrome de preexcitacion sin arritmia demostrable	0 - 2 %
2) Wolff parkinson white sin falla hemodinamica sin otra prueba positiva	Síndrome de preexcitacion sin arritmia demostrable	0 - 2%
3) WOLFF PARKINSON WHITE		
A) Sin falla hemodinamica con arritmia severa (Holter)	Arritmia severa	70%
B) Tratamiento exitoso por ablación radiofrecuente	Arritmia compensada terapeuticamente	10-20%

C) Tratamiento no exitoso por ablacion radiofrecuente	Síndrome de preexcitación con arritmia severa	70%
4) WOLFF PARKINSON WHITE CON ARRITMIA I/II LOWN.		
Arritmia I de LOWN: extrasístoles ventriculares monofocales aisladas o frecuentes.		
Arritmia II de LOWN: extrasístoles ventriculares monofocales aisladas o frecuentes c/extrasístoles supraventriculares con o sin conducción aberrante	Síndrome de preexcitación con arritmia leve a moderada	10 - 30%
5) Enfermedad del nódulo sinusal sin marcapasos definitivo	Enfermedad del nódulo sinusal	70 %
6) Enfermedad del nódulo sinusal con marcapaso definitivo	Enfermedad del nódulo sinusal con marcapaso definitivo	15 - 25 %
7) Bloqueo auriculoventricular de 1° grado+ BCRD+HBAI	Miocardiopatía con severos trastornos la conduccion	70%
8) Bloqueo completo de rama izquierda con antecedente demostrable de cardiopatia isquémica	Cardiopatía isquémica con severos trastornos de la conducción	70%
9) Bloqueo completo de rama izquierda con antecedente demostrable de cardiopatia isquémica	Cardiopatía con moderados trastornos de la conducción	25 - 35 %
10) Bloqueo auriculoventricular de 1° grado o bloqueo completo de rama derecha sin clínica	Trastornos leves de conducción	0 %
11) Bloqueo auriculoventricular de 2° grado tipo Wenckebach o Mobitz i	Cardiopatía con moderado a severo trastorno de conducción	30 - 70%
12) Bloqueo auriculoventricular de 2° grado tipo mobitz II o bloqueo auriculoventricular completo	Cardiopatía con severo trastorno de conducción	70 % (hasta colocación del marcapaso)
13) bloqueo completo de rama derecha + hbai rx.normal + holter normal + eco normal, peg normal (aportada)	cardiopatía con trastornos de la conducción sin repercusion hemodinamica	10 a 20%
pruebas patológicas, peg anormal(aportada)	con repercusion hemodinamica	70%

MARCAPASOS

En los portadores de marcapasos, debe evaluarse la patología que dió origen a su colocación, es decir:

1) si se debió sólo a trastornos del ritmo o

2) si existía una miocardiopatía previa.

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

Considerar con detenimiento las tareas a los fines de la rehabilitación y recapacitación,

especialmente aquellas donde se emplearán microondas o que signifiquen riesgo propio o para terceros.

En el segundo caso, están siempre incapacitados.

CLÍNICA Y EXÁMENES COMPLEMENTARIOS	DIAGNÓSTICO	%
1) Con existencia de miocardiopatía previa	Miocardiopatía severa con marcapaso definitivo	70%
2) Con antecedentes de enfermedad del nódulo sinusal	Enfermedad del nódulo sinusal con marcapaso definitivo sin repercusion hemodinámica	20 - 30%
3) Sin antecedentes de enfermedad miocárdica previa	Enfermedad del sistema de conducción con marcapaso definitivo sin repercusion hemodinámica actual	20 - 30 %
4) Marcapaso con desfibrilador	Enfermedad del sistema de conduccion con marcapasos con desfibrilador	70%

PERICARDIOPATÍAS CRÓNICAS

CLÍNICA Y EXÁMENES COMPLEMENTARIOS	DIAGNÓSTICO	%
1) Pericarditis crónica constrictiva	Pericardiopatia crónica con repercusion hemodinámica	70 %
2) Pericarditis crónica operada	Pericardiopatia crónica corregida sin repercusion hemodinámica	5 - 10 %
3) Pericarditis crónica simple	Pericardiopatia crónica sin repercusion hemodinámica	5 - 10 %

TUMORES

CLÍNICA Y EXÁMENES COMPLEMENTARIOS	DIAGNÓSTICO	%
1) Mixoma de aurícula (eco y/o cineangio) no operado	Mixoma de aurícula	70 %

2) Mixoma de aurícula operado sin repercusion hemodinamica	Mixoma de aurícula operado sin repercusion hemodinamica	20 %
3) Mixoma de aurícula operado con repercusion hemodinamica	Mixoma de aurícula operado con repercusion hemodinamica	70 %
4) Tumor benigno de miocardio. Según secuela y reperc. Hemodin.		
5) Tumor maligno o secundario (MTT) de miocardio		70 %
6) Tumor de pericardio operado sin secuela		0 - 10%
7) Tumor de pericardio irresecable o secundario (MTT)		70%

CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS EN EL ADULTO

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

CLÍNICA Y EXÁMENES COMPLEMENTARIOS	DIAGNÓSTICO	%
1) COMUNICACIÓN INTERAURICULAR		
a)-Con cirugía	Sin repercusion hemodinamica	5 A 20%
	Con repercusion hemodinamica	10 A 30%
b)-Sin cirugía		10 A 30%
c)-Con o sin cirugía	Con severa repercusion hemodin	70%
2) COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR		
a)-Con cirugía	C.I.V. operada sin repercusion hemod.	5 A 20%
	C.I.V. con repercusion hemodin	10 A 30%
b)-Sin cirugía		
c)-Con o sin cirugía	C.I.V. con severa repercusion hemodin.	70%
3) TETRALOGÍA DE FALLOT		70 %
4) PUENTE MUSCULAR		
a) Que compromete la irrigación coronaria en forma severa		70%
b) Que compromete la irrigación coronaria en forma leve a moderada		15 A 30%
5) TODAS LAS PATOLOGÍAS CONGÉNITAS NO MENCIONADAS ESPECÍFICAMENTE SERAN EVALUADAS SEGÚN LA REPERCUSIÓN FUNCIONAL.		

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión es una patología frecuente, que no puede evaluarse solamente por las cifras tensionales controladas en oportunidad de los peritajes médicos. Es necesario obtener información de los territorios que puede comprometer. La repercusión orgánica y/o hemodinámica será demostrable

clínicamente y/o mediante los exámenes complementarios y/o de aquellos estudios, fehacientes, que aporte el peticionante.

ELEMENTOS DE DIAGNÓSTICO

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

TABLA DE VALORACIÓN PARA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

ESTADÍO I (Sin Incapacidad)	*Signos clínicos*: tensión arterial por encima de límites fisiológicos. Clínica negativa. *Estudios complementarios*: radiografía, electrocardiograma y/o ecocardiograma dentro de Límites normales. *Fondo de ojo*: dentro de límites normales.
ESTADÍO II (Incapacidad 0 a 20 %)	*Signos clínicos*: hipertensión arterial controlada con terapéutica y dieta, sóla y/o con historia de ACV sin secuelas actuales. *Estudios complementarios*: electrocardiograma y/o ecocardiograma con hipertrofia ventricular izquierda leve a moderada. Radiográficamente: aumento leve a moderado de la silueta cardíaca a expensas del ventrículo izquierdo. *Fondo de ojo*: retinopatía grado I-II.
ESTADÍO III (Incapacidad e/20 y 40 %)	*Signos clínicos*: hipertensión arterial controlada con tratamiento moderado a intensivo, sóla y/o con ACV con secuela leve. *Estudios complementarios*: electrocardiograma y/o ecocardiograma con hipertrofia ventricular izquierda moderada. Radiográficamente: aumento de ventrículo izquierdo moderado. *Fondo de ojo*: retinopatía hipertensiva grado II-III.
ESTADÍO IV (Incapacidad e/40 y 70 %)	*Signos clínicos:* hipertensión arterial controlada con tratamiento intensivo, sóla y/o con ACV con secuelas leves a moderadas. *Estudios complementarios:* electrocardiograma y/o ecocardiograma con HVI franca. Radiográficamente: aumento de la silueta cardíaca. *Fondo de ojo:* retinopatía hipertensiva grado III-IV.
ESTADÍO V (Incapacidad mayor del 70 %)	*Signos clínicos*: hipertensión arterial severa y/o signos de insuficiencia cardíaca y/o posibles lesiones cerebrovasculares y renales y/o antecedentes de reiteradas internaciones por descompensaciones cardíacas. *Estudios complementarios*: electrocardiograma con hipertrofia ventricular izquierda, sobrecarga franca y/o ecocardiograma con hipertrofia y/o dilatación significativa de cavidades. Radiográficamente: cardiomegalia. *Fondo de ojo*: retinopatía hipertensiva severa, grado IV.

HIPERTENSIÓN PULMONAR

Secundaria: Se evaluará acorde a la causa que la determina.

Etiologías:

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

Cualquier etiología con insuficiencia cardíaca derecha: 70 %

Primaria: El diagnóstico es por exclusión de las causas conocidas.

- Leves: Habitualmente indetectables.
- Moderadas o Severas: 70 %

(Presión enclavada normal, con hipertensión arterial pulmonar)

AORTOPATÍAS

a) Aorta Torácica

b) Aorta Abdominal

CLÍNICA Y EXÁMENES COMPLEMENTARIOS	DIAGNÓSTICO	%
1) Aneurisma de aorta torácica, disecante, operado o no		70 %
2) Aneurisma asintomático torácico(aorta ascendente, cayado y/o descendente) y/o aorta abdominal		Hasta70 %
3) Aaneurisma sintomático aorta (aneurisma de ascendente y/o cayado y/o descendente) con repercusion hemodinamica.	Aneurisma de aorta con repercusion hemodinámica	70 %
4) Aneurisma aorta abdominal operado sin trastornos hemodinámicos (arteriopatia perifé-rica y/o compromiso de funcion renal). Reemplazo aórtico sin repercusion hemodinamica	Cirugia de aneurisma aorta ABD sin repercusion hemodinamica	20 a 30%
Aneurisma aorta abdominal operado con prolongación protésica a un miembro inferior	Cirugía de aneurisma de aorta ABD con moderada a severa repercusion hemodinamica	30 A 70%
Aneurisma aorta abdominal operado con prolongación protésica a ambos miembros inferiores	Con severa repercusion hemodinamica	70%
5) Aneurisma aorta abdominal operado con trastornos hemodinam.		70 %

VASCULOPATÍAS PERIFÉRICAS

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

ELEMENTOS DE DIAGNÓSTICO

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

ARTERIOPATÍAS PERIFÉRICAS

ESTADÍO I: (Incapacidad del 0 - 5 %)	Enfermedad vascular asintomática durante la deambulación, que aparece con los esfuerzos intensos. Escasa o nula alteración de los pulsos, pueden encontrarse soplos arteriales.
ESTADÍO II: (Incapacidad del 10 - 20 %)	Claudicación después de los 200 metros (doscientos metros) de marcha. Escasa a moderada alteración de los pulsos periféricos. Trastornos tróficos ausentes o muy leves. Revascularizados asintomáticos y sin signos isquémicos.
ESTADÍO III: (Incapacidad del 20 - 40 %)	Enfermos con o sin procedimientos de revascularización. Claudicación de la marcha entre los 100 y 200 metros (cien y doscientos metros). Pulsos periféricos muy disminuidos. Trastornos tróficos leves a moderados (no incluidos en el estadío siguiente): alteración de la temperatura y color de la piel, caída del vello, retardo del relleno capilar, hiperoniquia, hiperqueratosis.
ESTADÍO IV: (Incapacidad del 40 -70 %)	Con o sin procedimientos de revascularización, con claudicación dentro de los 100 metros (cien metros) de marcha y pulsos periféricos ausentes, o amputación segmentaria en uno o los dos miembros o úlceras de origen arterial (en general externas, dolorosas, profundas). Las amputaciones se evaluarán por osteoarticular.

FLEBOPATÍAS PERIFÉRICAS

ESTADÍO I: (Sin incapacidad - 0%)	Telangiectasias, arañas vasculares, varículas, pigmentación ocre difusa. No necesariamente deben concordar o concurrir todos los elementos que se describen en este estadío.
ESTADÍO II: (Incapacidad del 0 - 5 %)	Telangiectasias, várices esenciales y/o recidivadas del sistema venoso superficial (uni o bilateral), pigmentación ocre difusa, sin trastornos tróficos. Puede haber o no edema blando.
ESTADÍO III: (Incapacidad del 5 - 15 %)	Dilatación venosa (várices), de los dos sistemas superficiales, safeno interno y externo, con o sin edema blando, pigmentación ocre difusa o en placas (uni o bilateral). Puede haber un proceso flogótico, erisipela, proceso agudo que remite. Puede haber úlcera traumática, sobre un terreno sano. Pueden haber golfos venosos. El grado de incapacidad se cuantificará en función de las alteraciones que pueda producir la enfermedad en la actividad habitual del abogado, especialmente por alteración de la capacidad de marcha y dificultades para estar de pié por períodos prolongados.
ESTADÍO IV: (Incapacidad del 15 - 40 %)	Síndrome post-trombótico, con insuficiencia venosa profunda parcial (dermatitis ocre, pigmentaria, manguito escleroretráctil, sin úlceras o con cicatrices), con o sin várices (uni o bilateral). Al igual que en el estadio anterior el grado de incapacidad se cuantificará en función de las alteraciones que pueda producir la enfermedad en la actividad habitual del abogado, especialmente por alteración de la capacidad de marcha y dificultades para estar de pié por períodos prolongados.
ESTADÍO V: (Incapacidad del 40 - 70 %)	Igual al Estadio IV, con ulceraciones y cicatrices en tercio inferior de las piernas, con o sin várices. La valorización máxima solo puede utilizarse en casos en que el abogado esté imposibilitado de deambular
Estadío VI: (Incapacidad del 70 %)	Síndrome post-trombótico, con insuficiencia venosa profunda (fibroedema en bota que incrementa -duplicando- la circunferencia del miembro, dermatitis ocre o no, úlceras que abarquen el tercio interno e inferior o cicatrices que abarquen más de un tercio de la circunferencia), con o sin várices.

BAREMO CAJA DE LA ABOGACÍA

CAPITULO V

APARATO DIGESTIVO

Deberán diferenciarse:

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

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

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

ELEMENTOS DE DIAGNÓSTICO

- *Anamnesis*
- *Examen clínico*
- *Laboratorio:* general
  especializado: Van de Kammer, etc..
- *Diagnóstico por imágenes*: Rx, Eco, TAC, RNM.
- *Endoscopías-Manometrías.*
- *Biopsias*

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

En caso de intervenciones quirúrgicas, se evaluarán las secuelas de las mismas independientemente de su etiología y en particular respecto a las dificultades que pudieran producir en la tarea del abogado.

ESÓFAGO

TABLA DE VALORACIÓN
(De aplicación para afecciones no contempladas en forma explícita)

ESTADÍO I (Sin incapacidad)	*Signos clínicos*: disfagia esporádica para sólidos y líquidos. Ausencia de compromiso del estado general. Sin alteraciones ponderales. *Estudios complementarios*: radiografía y/o endoscopía que no demuestran patología.
ESTADÍO II (Incapacidad hasta el 10%)	*Signos clínicos*: disfagia temporaria. Pérdida de peso corporal (habitual) del 10%. Modificable con dieta y tratamiento médico. *Estudios complementarios*: reflujo demostrable radiográficamente y/o con endoscopía. Signos de esofagitis. Solamente se valorizará este ítem en caso que el proceso interfiera de manera notable en la actividad del abogado. Esta interferencia deberá acreditarse fehacientemente. En caso contrario, no se aceptará como causa de incapacidad.
ESTADÍO III (Incapacidad e/10 y 40%)	*Signos clínicos*: disfagia, síntomas de reflujo. No se modifica con tratamiento médico y/o quirúrgico y dieta continua. Disminución de peso corporal (habitual) entre el 10 y el 15 %. *Estudios complementarios*: alteraciones anatómicas demostrables por radiología y/o endoscopía. Al igual que en el caso anterior, solamente se valorizará este ítem en caso que el proceso interfiera de manera notable en la actividad del abogado. Esta interferencia deberá acreditarse fehacientemente. En caso contrario, no se aceptará como causa de incapacidad.
ESTADÍO IV (Incapacidad e/40 y 66%)	*Signos clínicos*: disfagia permanente para sólidos y líquidos y/o síntomas de reflujo. Dolor. Esofagitis severa. Compromiso del estado general. Pérdida de peso corporal (habitual) entre el 15 y 20 %. *Estudios complementarios*: estenosis esofágica, esofagitis severa, neoplasia. No se modifica con tratamiento médico y/o quirúrgico y dieta continua. *El valor del 66 % se aplicará unicamente en los casos de neoplasia esofágica En las demás situaciones la valoración será inferior al 66%..*

Afecciones esofágicas.

1. Esofagitis por Reflujo:

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

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

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

- Esofagitis herpética o por cándida: 0 - 10 %
- En el contexto del SIDA: hasta 70 %
- Esofagitis post-radiación: evaluar motivo del tratamiento radiante y compromiso funcional hasta 70 %

2. Divertículos:

No son causa por si mismos de invalidez.

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

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

3. Trastornos motores:

- Espasmo difuso de esófago: 0 %
- Acalasia estadío I: 0 %
- Estadío II, III o secuela post-quirúrgica, de acuerdo a compromiso funcional y nutricional según tabla
- Estadío IV: 70 %

4. Várices Esofágicas:

Por si solas no son invalidantes.

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

Derivación quirúrgica de várices:

- S/encefalopatía, de acuerdo a función hepática
- C/encefalopatía manejable, según tabla
- C/encefalopatía frecuente: 70 %

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

5. Hernia Hiatal:

Sin lesiones esofágicas por reflujo 0 %

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

Tratadas quirúrgicamente se evaluará su estado secuelar.

6. Cáncer de Esófago:

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

ESTÓMAGO Y DUODENO

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

ESTADÍO I (Sin incapacidad):	*Signos clínicos*: síntomas y signos esporádicos que ceden sin medicación. No se acompaña de alteraciones orgánicas demostrables. No existe pérdida de peso. *Estudios complementarios*: que no demuestran patología.
ESTADÍO II (Incapacidad hasta el 10%)	*Signos clínicos*: síntomas, signos y alteraciones orgánicas que requieran tratamiento y/o dieta discontinua. Pérdida de peso corporal (habitual) del 10%. *Estudios complementarios*: signos de lesiones mucosas demostrables radiológica y/o endocóspicamente. Solamente se valorizará este ítem en caso que el proceso interfiera de manera notable en la actividad del abogado. Esta interferencia deberá acreditarse fehacientemente. En caso contrario, no se aceptará como causa de incapacidad.
ESTADÍO III (Incapacidad e/10 y 66%)	*Signos clínicos*: síntomas, signos y alteraciones orgánicas que requieran tratamiento y dieta continua. Disminución de peso corporal (habitual) mayor al 10 % . *Estudios complementarios*: lesiones mucosas evidentes por radiología y/o endoscopía. Anemia con hematocrito no menor al 30 % y/o hipoproteinemia no menor a 3 gr. %, que no remiten con tratamiento. Se aplica el mismo criterio anterior: Solamente se valorizará este ítem en caso que el proceso interfiera de manera notable en la actividad del abogado. Esta interferencia deberá acreditarse fehacientemente. En caso contrario, no se aceptará como causa de incapacidad.
ESTADÍO IV (Incapacidad mayor del 66%)	*Signos clínicos*: signos y síntomas de lesión orgánica severa. Compromiso del estado general. Edemas. Escasa o nula respuesta al tratamiento. *Estudios complementarios*: lesiones anatómicas, demostrables por radiología y/o endoscopía (por ej.: neoplasias no extirpables). Anemia (hematocrito menor de 30 %), hipoalbuminemia con valores menores de 3 gr.%, irreductibles con tratamiento.

Afecciones de estómago y duodeno.

1. Úlceras Duodenales:

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

2. Úlcera Gástrica:

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

3. Síndrome Ácido Sensitivo:

   Como síndrome, sin substrato anatómico, no es incapacitante.

4. Gastrectomías parciales y totales:

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

5. Cáncer Gástrico:

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

   a) Gastrectomías parciales (Ver punto 4).
   b) Gastrectomía total (Ver punto anterior).
   c) Inextirpable 70 %
   d) Metástasis regionales o a distancia 70 %
   e) Linfomas sin respuesta al tratamiento 70 %

INTESTINO DELGADO Y GRUESO

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

ESTADÍO I (Sin incapacidad)	*Signos clínicos*: síntomas y signos esporádicos que ceden con tratamiento discontinuo. *Estudios complementarios*: sin lesiones demostrables.
ESTADÍO II (Incapacidad hasta el 10%)	*Signos clínicos*: síntomas, signos y alteraciones orgánicas que requieran tratamiento discontinuo. Disminución del peso corporal (habitual) del 10 %. *Estudios complementarios*: signos de lesiones demostrables radiológica y/o endoscópicamente. Hipoalbuminemia no menor a 3 gr.%. Solamente se valorizará este ítem en caso que el proceso interfiera de manera notable en la actividad del abogado. Esta interferencia deberá acreditarse fehacientemente. En caso contrario, no se aceptará como causa de incapacidad.
ESTADÍO III (Incapacidad e/10 y 50%)	*Signos clínicos*: síntomas, signos y alteraciones orgánicas que requieran tratamiento continuo. Disminución del peso corporal (habitual) entre el 10 y el 15 %. Deposiciones mucosanguinolentas. *Estudios complementarios*: lesiones evidentes por radiología y/o endoscopía. Anemia con hematocrito no menor del 30%, hipoalbuminemia con cifras no menores de 3 gr.%, que no responden al tratamiento.
ESTADÍO IV (Incapacidad mayor del 66%)	*Signos clínicos*: severa repercusión orgánica, que no responde al tratamiento. Pérdida de peso grave. Proctorragias iterativas, diarreas severas. Síndromes subobstructivos y/o fístulas. Incontinencia fecal completa. Colostomía definitiva no rehabilitada. Mal estado general. *Estudios complementarios*: lesiones anatómicas evidentes por radiología y/o endoscopía. Anemia (hematocrito menor de 30 %), hipoalbuminemia con cifras menores de 3 gr.%, que no responden al tratamiento.

INTESTINO DELGADO

1. Divertículo de Meckel:

   No es causa de incapacidad. Es tratable sin secuelas.

2. Enfermedades Vasculares del Intestino Delgado:

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

3. Enfermedad de Crohn:

   Se evalúan de acuerdo a compromiso funcional por tablas.

4. Ileostomías definitivas:

   - Rehabilitada: Valorar de acuerdo al compromiso producido por la patología que dio origen a la ostomía:40 - 70 %
   - No Rehabilitada: 70 %

5. Tumores

   - Extirpables, según secuelas:
   - Inextirpables y/o recidivas y/o con metástasis: 70 %
   - Linfomas sin respuesta al tratamiento: 70 %

COLON Y RECTO

1. Enfermedad Diverticular COD. INF. 0531

- Diverticulosis: no es causal de incapacidad.
- Diverticulitis: no son causal de incapacidad.
- Diverticulitis complicadas: (proctorragias iterativas y severas, tumor inflamatorio con proctorragia y/o diarreas severas y/o adherencias a otros órganos, y/o síndrome subobstructivo, perforación: se agotarán las medidas terapéuticas y se evaluarán según secuela.
- Resecadas: En un tiempo, con anastomosis término-terminal y sin colostomía (raro): no incapacitantes.
- Con colostomía: cierre de colostomía o rehabilitación de colostomía y evaluación: hasta 70 %

2. Colitis Ulcerosa:

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

Con compromiso sistémico, refractario al tratamiento 70 %

Se efectuará evaluación por Psiquiatría.

Las tratables con respuesta terapéutica, según tablas.

3. Adenomas (tubular, túbulovelloso, velloso).

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

4. Poliposis Familiar: (según tablas).

Colectomía con anastomosis iliorectal según tablas.

5. Incontinencia esfinteriana rectal:

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

Se valorará en el contexto de la enfermedad.

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

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

- Defecto oclusivo (controlable con medidas -hipotonía esfinteriana): 25 - 30 %
- Incontinencia total (incontrolable-atonía esfinteriana): Las de origen neurológico se evaluarán en el contexto de la enfermedad en cuestión. 70 %

6. Carcinoma de Intestino grueso:

AFECCION	%
Cáncer Colorectal operado y resecado, sin colostomía:	
a) Sin compromiso del estado nutricional ni funcional Clasificación según Duke:	0 - 10 %
Estadío A	0 - 10 %
Estadío B	hasta 30 %
Estadío C	70 %
c) Con compromiso sistémico (pérdida severa de peso, anemia, síndrome de impregnación neoplásica)	70 %
Amputación abdómino-perineal de Miles	40 - 70 %

7. Colostomías definitivas:

AFECCION	%
Cáncer Colorectal operado y resecado, sin colostomía:	
A) Sin compromiso del estado nutricional ni funcional Clasificación según Duke:	0 - 10 %

AFECCION	%
a) Rehabilitada: Valorar de acuerdo al compromiso producido por la patología que dio origen a la ostomía	40 - 70 %
b) No Rehabilitada:	70 %
En todos los casos de ostomizados se evaluará el factor psicológico.	

HÍGADO

ELEMENTOS DE DIAGNÓSTICO

- *Anamnesis*
- *Examen físico*
- *Laboratorio:* general: hepatograma, proteinograma, gammaGT, protrombina.
  especializado: marcadores virales, alfafetoproteína, arco 5
- *Diagnóstico por imágenes*: Eco, TAC, Centellografía, RNM
- *Endoscopías:* laparoscopías, endoscopías digestivas altas.
- *Biopsia*

Las afecciones agudas no serán evaluadas.

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

1. Signos clínicos de disfunción

a) Signos mayores:
Encefalopatía (obnubilación del sensorio, coma)
Hipertensión portal:
Síndrome ascítico edematoso
Várices esofágicas

b) Signos menores:
Ictericia
Hepatoesplenomegalia
Estigmas periféricos

2. Signos humorales:

Bioquímica de disfunción hepática:

- Aumento de la bilirrubina.
- Alteración de los factores de coagulación: especialmente aumento del tiempo de protrombina
- Colesterolemia disminuída.
- Alteraciones del proteinograma electroforético (disminución de albuminemia - aumento de gammaglobulina) y enzimas hepáticas (TGO, TGP, GammaGT, fosfata alcalina y LDH).

PATOLOGÍAS EVALUABLES

Hepatopatía crónica compensada:

Hepatoesplenomegalia sin otra alteración clínica ni serológica 0 %

Hepatopatía crónica leve:

Cualquiera de los signos menores acompañado de uno o más signos humorales alterados, pero en valores cercanos a los límites normales 10 - 30 %. Esta ponderación no será considerada si la Junta Médica concluye que no interfiere con la actividad habitual del abogado.

Hepatopatía crónica moderada:

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

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

Hepatopatía crónica descompensada:

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

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

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

ÍNDICE DE CHILD

Marcador del compromiso de la función hepática en las hepatopatías crónicas.

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

HIDATIDOSIS

- *No operadas:* se evaluarán de acuerdo al grado de repercusión orgánica y/o funcional y/o complicaciones (abscesos, fístulas): hasta 70 %
- *Operadas:* Son invalidantes cuando presentan secuelas graves (cavidades residuales supuradas, complicacio-nes torácicas con limitación funcional o hidatidosis peritoneal diseminadas): 70 %

TUMORES

1. Benignos:

- Resecables: se evalúan de acuerdo a secuela.
- No resecables: se evalúan de acuerdo a compromiso de la función hepática y/o colestasis crónica.

2. Malignos:

- Primitivos: 70 %
- Secundarios: 70 %

VÍAS BILIARES

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

Las intervenciones de las vías biliares no determinan por sí mismas porcentuales incapacitantes.

Con compromiso hepático como secuela o complicación se evaluará exclusivamente esta afección acorde al criterio aplicado para las hepatopatías. Lesiones irreductibles de la vía biliar, reoperadas o no, con signos y síntomas de obstrucción canalicular 70 %

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

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

CÁNCER DE LA VESÍCULA O VÍAS BILIARES: Incapacidad 70 %

PÁNCREAS

ELEMENTOS DE DIAGNÓSTICO

- *Anamnesis*
- *Examen físico*
- *Laboratorio general específico*: amilasemia, amilasuria, Van de Kammer, hemoglobina glicosilada.
- *Diagnóstico por imágenes*: Eco, TAC., Colangio-pancreatografía endoscópica retrógrada, RNM.
- *Endoscopías*

1. **Pancreatitis Aguda: No corresponde la evaluación.**

   Cuando resulten secuelas de pancreatitis aguda post-tratamiento médico y/o quirúrgico (seudo-quiste de páncreas, fístula), se evaluará acorde a su compromiso orgánico y/o funcional.

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

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

2. **Pancreatitis Recurrente**

   - Alcohólica. Buen estado nutricional, en función de la interferencia que pudiera producir en la actividad habitual del abogado: hasta 30 %

3. **Pancreatitis Crónica y/o Recurrente:**

   - Con manifestaciones clínicas y de laboratorio que demuestren moderado compromiso, con respuesta parcial al tratamiento: hasta 40 %
   - Con manifestaciones clínicas que demuestren severi-dad sintomática con déficit nutricional, severo deterioro del estado general, sin respuesta al tratamiento 70 %

4. **Cáncer de Páncreas:** 70 %

PARED ABDOMINAL

AFECCION	%
1. Hernias Simples:	
Inguinal, umbilical, crural, epigástricas o musculares, no complicadas	0 %
Hernia inguinal o crural bilateral no complicadas	0 %
Hernia inguinal o crural bilateral no complicadas, más algunas de las otras	10 %
Hernia ínguino-escrotal, con leve a moderada deformación regional factible de reparación quirúrgica	5 - 10 %
▪ con contraindicación quirúrgica (de causa local)	10 - 15 %
Hernia ínguino-escrotal, con grosera deformación regional (amplia solución de continuidad músculo aponeuróticas)	
▪ factible de reparación quirúrgica	15 - 20 %
▪ con contraindicación quirúrgica (de causa local)	35 %
Las hernias complicadas serán evaluadas luego de resuelta la complicación y de acuerdo a las secuelas que determine.	

2. Hernia recidivada: Igual al punto 1.	
3. Eventración Abdominal:	
a) Pequeña, con diámetro del anillo y del contenido menor a 6 cms.	1 - 2 %
b) Mediana, con diámetro del anillo y del contenido mayor de 6 y hasta 20 cms.	2 - 10 %
c) Gigante reparable, con diámetro del anillo y del contenido de más de 20 cms.	10 - 20 %
d) Gigante, con contraindicación quirúrgica (de causa local)	50 %
4. Hernias diafragmáticas:	
Se valoran por su compromiso funcional, orgánico y /o secuelas quirúrgicas. Ver patología del Esófago. Grandes eventraciones diafragmáticas, se evaluarán de acuerdo a la repercusión orgánico-funcional y la posibilidad o no de reconstruc-ción quirúrgica.	

OBESIDAD

Esta disfunción metabólica no determina por sí misma incapacidad; se evaluará como factor de riesgo, como signo y/o noxa facilitadora de otras patologías, a través del compromiso que produce en éstas. La cuantificación de la incidencia de esta alteración resultará de aplicar los criterios de evaluación que correspondan a cada especialidad.

DESNUTRICIÓN

Se evaluará en el contexto de la enfermedad que le dio origen. Ejemplo: síndrome de mala absorción, pancreatitis crónica, anorexia, bulimia. Se tendrán en cuenta las alteraciones en los análisis de laboratorio que valoren el estado nutricional.

BAREMO CAJA DE LA ABOGACÍA

CAPITULO VI

RIÑÓN Y VÍAS URINARIAS

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

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

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

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

ELEMENTOS DE DIAGNÓSTICO

- *Anamnesis*
- *Examen físico*
- *Laboratorio general:* hemograma, glucemia, orina, sedimento urinario en fresco, cultivo de orina
- *específico*: urea, creatinina, clearance de creatinina, ácido úrico, dosaje de renina, ionograma en sangre y orina, recuento de Addis.
- *Diagnóstico por imágenes*: Rx, Eco, TAC, RNM, Centellograma radioisotópico,
- *Angiografía selectiva*
- *Endoscopías de vías urinarias*
- *Biopsias.*

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

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

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

Grado	Severo	Moderado	Leve
Cl. de Creatinina	<25 ml	25 - 49 ml	>50 ml.
Creatininemia	>4 mg %	3,9 - 2,5 mg %	<2,5 mg %
Hematocrito	<25 %	-----	>30 %
INCAPACIDAD	40 a 70%	15 a 40%	0%

AFECCIONES EVALUABLES

A - RENALES

Congénitas:

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

En todos los casos se aplicará el siguiente criterio:

CUADRO 1

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

Infecciosas Inespecíficas:

Sólo se evaluarán las afecciones crónicas. El diagnóstico requiere de los siguientes elementos:

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

Humorales: Sedimento urinario con piuria, cilindruria, bacteriuria.

Radiológicos: Alteraciones pielocaliciales, parenquimatosas.

PIELONEFRITIS CRÓNICA

Idem cuadro 1

PIELONEFRITIS CRÓNICA CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Además debe ser evaluado por Capítulo cardiovascular.

Específicas:

TUBERCULOSIS GÉNITO-URINARIA

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

Glomérulonefritis

GLOMÉRULONEFRITIS CRÓNICA COD. INF. 0675/0676/0677/0678

Valorar de acuerdo al grado de insuficiencia renal.

Tumorales

BENIGNOS

Según secuela anatómica y compromiso funcional.

MALIGNOS

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

Este último grupo es equiparable al nefrectomizado por cualquier etiología.

2. Con nefrectomía parcial en riñón único con metástasis 70 % COD. INF. 0610
3. Con nefrectomía parcial en riñón único sin metástasis:
   a) Con función renal conservada 0 %
   b) Con insuficiencia renal leve 0 - 15 %
   c) Con insuficiencia renal moderada 15 - 30 %
   d) Con insuficiencia renal severa 70 %
4. Inextirpables 80 %

Otras

PTOSIS RENAL

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

LITIASIS RENAL:

Valorar las posibilidades de los distintos tratamientos actuales.

1. Calicial única 0 %
2. Piélica primaria sin complicación obstructiva 0 %
3. Piélica primaria c/ fenómeno obstructivo (infección urinaria permanente, pielonefritis) 5 %
4. Piélica recidivante sin complicación 5 %
5. Piélica recidivante con complicación: acorde a funcionamiento renal
6. Coraliforme:

   a) Unilateral

   Ver CUADRO 1

   b) Bilateral

   b.1- Sin insuficiencia renal Hasta 10 %
   b.2- Con insuficiencia renal leve 15 %
   b.3- Con insuficiencia renal moderada 15 - 40 %
   b.4- Con insuficiencia renal severa 70 %

   c) En riñón único:

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

SÍNDROME NEFRÓTICO

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

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

Comentario:

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

NEFRECTOMÍA

Nefrectomía parcial (unilateral)

1. Con riñón contralateral suficiente: 0 %
2. En riñón único:
   a) Con función renal conservada 5 %
   b) Con insuficiencia renal leve hasta 15 %
   c) Con insuficiencia renal moderada 15 - 30 %
   d) Con insuficiencia renal severa 70 %
3. Con función renal conservada 0 %
4. Con insuficiencia renal leve 10 - 30 %
5. Con insuficiencia renal moderada 30 - 60 %
6. Con insuficiencia renal severa 70 %

HIPERTENSIÓN ARTERIAL NEFRÓGENA

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

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

Respecto de la segunda, la misma se valorará de acuerdo a la patología urinaria que le da orígen

(por ej.: pielonefritis crónica, uronefrosis, etc.).

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

B - VÍAS URINARIAS

ESTENOSIS PIELOURETERAL. Se aplica CUADRO 1

INFECCIONES ESPECÍFICAS

Tuberculosis. Se remite al punto de Tuberculosis renal.

TUMORES

1. Benignos: se evalúan según secuela y compromiso funcional residual.
2. Malignos:

a) Neoplasias de Pelvis Renal

a.1. Con nefrouretectomía sin metástasis, con función renal conservada 0 %

a.2. Con insuficiencia renal leve hasta 15 %

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

a.4. Con insuficiencia renal severa 70 %

a.5. Nefrouretectomía con metástasis 70 %

b) Neoplasias de Vejiga

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

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

b.2. Cistectomía parcial sin recidiva 10 %

Después de la segunda o más recidivas s/invasión muscular, operación endoscópica 20/25 %

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

b.3. Cistectomía parcial con metástasis 70 %

b.4. Cistectomía total con derivación urinaria 70 %

INCONTINENCIA DE ORINA

Femenina:

1. Leve (durante esfuerzos y en forma esporádica) 0 %
2. Moderada (a esfuerzos pequeños) Hasta 15 %
3. Grave (a esfuerzos mínimos en la posición horizontal y goteo permanente y lesiones dérmicas amoniacales) Hasta 40 %

Masculina:

1. Por rebosamiento - por prostatismo 0 %
2. Por secuelas post-quirúrgicas:

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

b) Moderado (a esfuerzos pequeños) Hasta 15%

c) Grave (a esfuerzos mín., goteo permanente y lesiones dérmicas amoniacales) Hasta 40 %

d) Ampliación vesical 20 %

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

VEJIGA NEUROGÉNICA

Valorar en el contexto de la afección que la origina.

1. Compensada (incontinencia manejable) 30/40 %. Evaluar etiología por la esp. correspondiente
2. No compensada , con sonda permanente 40 - 70 %

FÍSTULAS

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

ESTRECHEZ

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

URETEROSTOMÍAS, SONDAS Y TALLAS VESICALES

Permanentes: Valorar de acuerdo al compromiso producido por la causa de origen 40/70 %

BAREMO CAJA DE LA ABOGACÍA

CAPITULO VII

APARATO GENITAL MASCULINO

Afecciones prostáticas

HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA

1. Sin repercusión urinaria: 0 %
2. Con repercusión urinaria por obstrucción, evaluar compromiso funcional.
3. Con repercusión urinaria severa (uréterouronefrosis bilateral) valorar según grado de insuficiencia

CÁNCER DE PRÓSTATA

1. Foco microscópico como hallazgo quirúrgico: 0 %
2. Prostatectomía radical sin complicaciones y sin metástasis: 5 %
3. Tumor comprobado por tacto y biopsia, debe tenerse en cuenta la respuesta al tratamiento (quirúrgico u hormonal)
   - sin metástasis: 10 %
   - con metástasis: 70 %
4. Tumor invasor de cápsula, vesículas seminales, pelvis y metástasis óseas: 70 %

LESIÓN POST-QUIRÚRGICA ESFINTERIANA CON INCONTINENCIA DE ORINA

(post-cirugía prostática)

1. Leve y moderada se evaluará igual que el punto de Incontinencia de Orina.
2. Grave: se evaluará según secuela de cirugía.

Afecciones testiculares

HIDROCELE, QUISTE DE CORDÓN, etc. No incapacitante

VARICOCELE No incapacitante

TUMORES DE TESTÍCULO

1. Seminomas:
   a) sin metástasis 0 - 5 %
   b) con metástasis 70 %

2. Teratomas:
   a) sin metástasis 0 - 5 %
   b) con metástasis 70 %

3. Coriocarcinomas:
   a) sin metástasis 0 - 5 %
   b) con metástasis 70 %

Evaluar la respuesta a los tratamientos oncológicos efectuados.

ORQUIECTOMÍA SIMPLE

2. Unilateral 0 %
3. Bilateral 0 %

Afecciones peneanas

CÁNCER DE PENE

4. Tratado, sin evidencia de metástasis 0 - 5 %
   Se evaluará el compromiso urinario.
   4. Con metástasis: 70 %

Se evaluará componente psicológico.

PENECTOMÍA POST-TRAUMÁTICA

Evaluar el compromiso urinario y el componente psicológico.

BAREMO CAJA DE LA ABOGACÍA

CAPITULO VIII

APARATO GENITAL FEMENINO

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

Patología Mamaria

1. SECUELA DE OPERACIÓN PLÁSTICA MAMARIA 0 %
2. DISPLASIA MAMARIA OPERADA (NODULECTOMÍA/ADENOMASTECTOMÍA) 0 %
3. SECUELAS DE MASTECTOMÍA
   a) Simple no Oncológica 0 %
   b) Simple Oncológica ("toilette" por presencia de metástasis) 70 %
   c) Sub-radical y radical:
      - Mastectomía radical y sub-radical con:
      - Disminución de movilidad braquial homolateral 10%
      - Presencia de Linfedema Braquial que limite la función del miembro 10%
      - Retracción axilar y/o axilo-pectoral severas 30 %
      - Lesiones de actinoterapia , radiodermitis o neumopatía actínica 30 %
      - Adenopatías regionales de características malignas no extirpadas, presencia de recidiva local y/o metástasis a distancia 70 %

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

4. CARCINOMA AVANZADO DE MAMA:

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

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

Patología de Utero

1. DISPLASIA CERVICAL UTERINA: Leve, moderada o grave Sin Incapacidad.
2. CARCINOMA DE CUELLO UTERINO:
   a) Carcinoma in situ tratado 0 %
   b) Sin metástasis 0 %
   c) Con propagación local, regional o a distancia 70 - 80 %
   d) Con complicaciones quirúrgicas y/o post-actínicas, acorde a compromiso Hasta 70 %

3. CARCINOMA DE CUELLO EN MUÑÓN CERVICAL UTERINO REMANENTE:
   a) In situ 0 %
   b) Propagación local, regional y/o a distancia 70 %
   (evaluar después del tratamiento).
4. MIOMATOSIS UTERINA: Con fenómenos compresivos y/o metrorragias pasible de cirugía 0 %
5. MIOMATOSIS UTERINA OPERADA: Miomectomía simple o múltiple, histerectomía subtotal y total, anexohisterectomía 0 %
6. CARCINOMA DE ENDOMETRIO:
   a) Operado sin complicaciones o metástasis 0 %
   b) Con metástasis local, regional y/o a distancia 70 %
7. SECUELA DE TELECOBALTOTERAPIA Y/O RADIOTERAPIA
   Evaluar de acuerdo a complicación (enteritis, rectitis, cistitis, fístulas vulvares, etc).

Patología de Ovario y Anexos

1. ANEXITIS CRÓNICA 0 %
2. CARCINOMA DE OVARIO
   a) Sin metástasis o signos de enfermedad generalizada 0 %
   b) Con metástasis 70 %

Otras patologías

1. METRORRAGIA DISFUNCIONAL 0 %
2. SÍNDROME CLIMATÉRICO 0 %
3. SECUELAS DE VULVECTOMÍA RADICAL
   Valorar complicaciones quirúrgicas y secuelas 20 - 70 %
4. DISTOPÍAS GENITALES:
   a) Uretrocele-Cistocele-Rectocele de grado I a IV: 0 %
   b) Histerocele de grado I a IV: 0 %
   c) Prolapso genital operado sin complicaciones: 0 %
   (Evaluar incontinencia urinaria).
   Fístula urogenitales o rectogenitales, según posibilidad quirúrgica y etiología: (reevaluar después de operada).

BAREMO CAJA DE LA ABOGACÍA

CAPITULO IX

SISTEMA NERVIOSO

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

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

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

La patología del sistema nervioso, por su potencial limitación de la actividad intelectual y física puede tener un peso importante en la incapacidad del profesional que ejerce la abogacía.

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

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

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

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

ELEMENTOS DE DIAGNÓSTICO

- *Anamnesis*
- *Examen físico-psíquico*
- *Laboratorio*
- *Diagnóstico por imágenes*: Rx, TAC, RNM, Ecodoppler, Arteriografías, AngioRNM.
- *Electrofisiológicos*: EEG, EMG, Velocidad de conducción, Potenciales evocados, Somnoelectroencéfalograma/ Holter electroencéfalográfico.

AFECCIONES EVALUABLES

1. CENTRALES: Cerebro, cerebelo y tronco
2. MEDULARES
3. NEUROPÁTICAS

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

1. CENTRALES: cerebro, cerebelo y tronco

   Insuficiencia vascular:- Síndrome Vertiginoso

   - Insuficiencia Vértebro-basilar
   - Insuficiencia circulatoria cerebral
   - ACV

   Traumáticas.

   Alteraciones bioeléctricas

   - Epilepsias
   - Trastorno del sueño

   Alteraciones degenerativas:

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

   Tumores

   Secuela de cirugía cráneo-cerebral por afecciones:

   - Vasculares (hematomas y aneurismas)
   - Neoplasias

   Afasias

   Válvulas

   Sindrome talámico

   Parálisis cerebral

2. MEDULARES:

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

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

CEREBRO, CEREBELO Y TRONCO

Insuficiencia vascular

SÍNDROME VERTIGINOSO:

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

*Con signos objetivo*s: desequilibrio en la marcha, Romberg positivo, Nistagmus, etc.

(será evaluado por Garganta, Nariz y Oído y Neurología)

1. Si es periférico: (se compensa en pocas semanas) 0 %
2. Si es central: en el contexto de la enfermedad de origen.

INSUFICIENCIA VÉRTEBRO BASILAR:

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

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

1. Leve: puede hacer vida practicamente normal, autoabastecerse 5 - 10 %
2. Moderado: necesita control periódico, a veces compañía 10 - 40 %
3. Severo: debe estar acompañado y controlado permanentemente 40 - 70 %

INSUFICIENCIA CIRCULATORIA CEREBRAL O ENCEFÁLICA:

1. Con síntomas psicológicos o de carácter vago, sin signos neurológicos objetivos (signos deficitarios de foco o difusos) ni déficit intelectual 0 %
2. Con los mismos síntomas, con antecedentes fehacientes - historia clínica - y tratamiento pero con pruebas dinámicas indicando un déficit circulatorio (centellograma dinámico o angiografía radioisotópica, ecodoppler vascular, mapeo cerebral, u otro medio conducente) Leve: 5 - 10 %
3. Con signos neurológicos objetivos, por ej.: piramidalismo, palmomentoniano, déficit intelectual, parkinsonismo. De acuerdo a la persistencia de la afección, expresión semiológica focal extrapiramidal o psiquiátrica.

   Moderado: necesita control periódico, a veces compañía 20 - 40 %

   Severo: debe estar acompañado y controlado permanentemente 70 %

ACCIDENTES CEREBRO-VASCULARES

1. *Hemiparesia facio-braquio-crural reciente*: se evaluará según secuelas anátomo-funcionales, luego del período clínico-neurológico de estabilización (un año).
2. Antecedentes fehacientes - historia clínica - y tratamiento de Hemiparesia/plejía facio-braquio-crural (TIA), sin secuela, con TAC+ Leve: hace vida practicamente normal 0 - 10 %
3. Antecedentes fehacientes - historia clínica - y tratamiento de Hemiparesia/plejía facio-braquio-crural (TIA), con síntomas menores (mareos) y TAC+ Leve: hace vida casi normal 5 - 10 %
4. TAC+, sin antecedente de ACV, sin secuela: No corresponde valorar. (Correspondería el estudio de la imagen por médico tratante).
5. Hemiparesia/plejía facio-braquio-crural: En base a: rango de conservación de la deambulación, fuerza muscular, independencia para el autocuidado y actividades cotidianas, capacidad para efectuar tareas redituables (por adaptación)
   Con secuela leve: 15 - 25 %
   Con secuela moderada: 25 - 40 %
   Con secuela severa: 40 - 70 %

Traumáticas

TRAUMATISMO CRÁNEO ENCÉFALICO: COD. INF. 0913

1. *Síndrome Subjetivo, por ej.*: cefalea, mareos, trastornos mnésicos 0 %. Evaluar psiquismo.
2. *Con signos objetivos*: según secuela, se remite al ítem correspondiente.
3. *Epilepsia post-traumática*: analizadas de acuerdo con lo normatizado en el apartado de Epilepsia.
4. *Las secuelas psicológicas o psiquiátricas*: evaluar psiquismo.

Alteraciones bioeléctricas

EPILEPSIA:

En las disritmias demostradas, se tendrá en cuenta la respuesta a la medicación (podrá ser útil el

dosaje de drogas en sangre) y la evaluación del psiquismo. Si el compromiso es físico y psíquico, serán evaluados en forma conjunta, el que incida con mayor repercusión será el que defina el porcentaje de incapacidad.

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

1. Antecedentes, sin elementos electroencefalográficos paroxísticos ni sintomatología clínica actual 0 %
2. Con electroencefalograma con signos de disfunción bioeléctrica, pero sin manifestaciones clínicas actuales, con historia clínica y tratamiento 5 %
3. Con electroencefalograma patológico y crisis debidamente constatadas 10 - 20 %
4. Epilepsia refractaria 40 al 70 %
5. Epilepsia centroencefálica de crisis periódicas 40 al 70 %

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

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

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

- Epilepsia focal post-traumática, compensada con tratamiento, E.E.G. patológico, sin manifestación clínica actual, pero con crisis debidamente constatadas 15 %
- Epilepsia post-traumática, con mal convulsivo 70 %
- Epilepsia post-resección de tumor maligno de cerebro (glioma estadío III), con tratamiento anticonvulsivante, sin manifestación clínica actual 70 %

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

NARCOLEPSIA

Estudiada mediante polisomnografía y electroóculograma. Son característicos de ella períodos REM en el comienzo del sueño. Deberá ser calificada en el contexto de su etiopatogenia. Descartada la causa neurológica y/o medicamentosa, se evaluará por Psiquiatría.

Alteraciones degenerativas

DEGENERACIÓN ESPINO-CEREBELOSA

Se evaluará de acuerdo al compromiso orgánico-funcional

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

SÍNDROME EXTRAPIRAMIDAL

Extrapiramidalismo, Síndrome o Enfermedad de Parkinson.

ESCALA DE WEBSTER

Bradiquinesia de la mano

0. Sin síntoma.
1. Ligera disminución de la velocidad de supinación-pronación. Ligera dificultad para emplear útiles de trabajo, abotonarse la ropa de trabajo y escribir.
2. Moderada disminución de los movimientos señalados.
3. Gran dificultad para escribir y abotonarse la ropa. Notoria dificultad para manipular utensilios.

Rigidez

0. Sin síntoma.
1. Ligera rigidez en cuello y hombros, constante en uno o en ambos brazos.
2. Moderada rigidez en cuello y hombros, constante con medicación.
3. Intensa en cuello y hombros, irreversible.

Postura

0. Normal.
1. Cabeza inclinada hasta 12,5 cm. Rigidez de columna.
2. Comienzo de la flexión de brazos pero permanecen por debajo de la cadera. Cabeza inclinada hasta 15 cms.
3. Postura simiesca. La cabeza se inclina más de 15 cms. Los brazos se elevan por encima de la cadera. Comienza la flexión de las rodillas.

Miembros superiores

0. Normales.
1. Uno de los brazos muestra una marcada reducción del balanceo.
2. Cesa el balanceo de un brazo.
3. Ambos brazos carecen de balanceo.

Marcha

0. Pasos de 46 a 76 cms. Gira sin dificultad.
1. Pasos entre 30 y 46 cms. Se apoyan sonoramente los talones. El giro es lento y requiere varios pasos.
2. Pasos entre 15 y 30 cms.
3. Pasos menores de 7,5 cms. Camina sobre la punta de los dedos del pie. La marcha es vacilante. El giro es muy lento.

Expresión facial

0. Normal y animada. No hay fijeza en la mirada.
1. Ligera movilidad. La boca permanece cerrada. Primeros signos de angustia y depresión.
2. Moderada inmovilidad. La emoción se evidencia a un umbral elevado.
3. Rostro “congelado”. La boca está abierta 0,6 cms o más. Sialorrea.

Temblor

0. No detectable.
1. Temblor con oscilaciones menores de 2,5 cms en extremidades, cabeza o manos al intentar tocar la nariz con un dedo.
2. Oscilaciones hasta 10 cms. Temblor intenso pero inconstante. Hay control sobre las manos.
3. Temblor mayor a 10 cms. constante e intenso. No se puede escribir ni comer por sí mismo.

Seborrea

0. No se observa.
1. Aumento de la transpiración, pero la secreción es fluída.
2. Piel visiblemente aceitosa. Secreción espesa.
3. Seborrea evidente con secreción espesa en rostro y cabeza.

Lenguaje

0. Claro y comprensible.
1. Afónico, con disminución de la modulación y resonancia; volumen de la voz disminuido. Se entiende con dificultad.
2. Dislalia, hesitación y tartamudeo. Difícil de entender.
3. Afonía y disfonía marcadas. Gran dificultad para entender y escuchar.

Autonomía

0. Normal.
1. Ciertas dificultades para vestirse.
2. Requiere ayuda para darse vuelta en la cama y levantarse de la silla. Realiza la mayoría de las actividades pero tomándose mucho tiempo.
3. Invalidez permanente. Incapacidad para vestirse, comer o caminar solo.

ESCALA DE WEBSTER PARA LA EVALUACIÓN DE ENF. O SÍNDROME DE PÁRKINSON

NOMBRE DEL PACIENTE	1	2	3	4	5	6
SEXO						
FECHA CONSULTA						
EDAD						
MEDICACIÓN						
FECHA DE EVALUACIÓN CLÍNICA						
BRADIQUINESIA						
RIGIDEZ						
POSTURA						
BALANCEO DE MIEMBROS SUPERIORES						
MARCHA						
EXPRESIÓN FACIAL						
TEMBLOR						
SEBORREA						
LENGUAJE						
AUTONOMÍA						
TOTAL						

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

0: NORMAL

DE 1 a 10 PUNTOS: ESTADÍO LEVE

DE 11 a 20 PUNTOS: ESTADÍO MEDIO (MODERADO)

DE 21 a 30 PUNTOS: ESTADÍO GRAVE (SEVERO)

a) Síndrome de Parkinson leve: (con tratamiento) Puntaje 1 a 10 Escala de Webster 0 - 10 %

b) Síndrome de Parkinson moderado: (con tratamiento) Puntaje 11 a 20 Escala de Webster 10 - 40 %

c) Síndrome de Parkinson manifiesto: (con tratamiento) Puntaje 21 a 30 Escala de Webster 40 - 70 %

ESCLEROSIS EN PLACAS

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

1. Sin secuelas al momento del examen: 0 - 30 % con Historia Clínica y estudios complementarios positivos
2. Con secuelas:
   a) Leves 30 - 40 %
   b) Moderadas 40 - 50 %
   c) Severas 50 - 70 %
3. Con signo/sintomatología florida: 70 %

COREAS

1. Corea de orígen reumático (Sydenham): no se evalúa por ser aguda y reversible.
2. Corea de Huntington: acorde al compromiso funcional y estado psíquico:
   a) Leve 30 - 40 %
   b) Moderada 40 - 50 %
   c) Severa 50 - 70 %
   d) Con sintomatología florida 70 %

HEMIBALISMO

Acorde al compromiso funcional: Hasta 70 %

ATETOSIS

Acorde al compromiso funcional: Hasta 70 %

DISTONÍAS

Acorde al compromiso funcional:

a) Leve 0 - 10 %

b) Moderada 10 - 40 %

c) Severa 40 - 70 %

Tumores

1. Neoformaciones de estirpe histológica benigna:

   Ejemplos: Meningioma

   Acorde a secuelas.

2. Neoformaciones de estirpe histológica maligna:

   *Gliomas de la serie astroblástic*a:

   - Grado I y II: Acorde a manifestación neurológica. (baja malignidad y posible respuesta al tratamiento oncológico)
   - Grado III y IV: 70 %

   *Gliomas de la serie neuroblástic*a: 70 %

   *Gliomas de la serie microblástic*a: 70 %

3. Malignos secundarios: 70 %

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

SECUELA DE CIRUGÍA CRÁNEO-ENCEFÁLICA

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

Secuelas funcionales

AFASIAS

Defecto de la función comunicativa del lenguaje.

Valorable a través de ciertas características: longitud de las oraciones, agilidad articulatoria, linea melódica (disprosodia o aprosodia), formas gramaticales utilizadas, parafasias (transposición y/o sustitución de fonemas, palabras, números, tiempos verbales, pronombres),conductas de aproximación en la búsqueda de los términos adecuados, dificultad para nombrar objetos, categorías, cualidades, evaluación de la repetición de frases (test objetivo para valorar conducción), comprensión de lo hablado y/o escrito, anosognosia electiva (desconocimiento o inconsciencia de déficit de lenguaje: algo en su habla es erróneo y no se da cuenta).

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

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

- Afasia de expresión, con conservación del lenguaje interior 66 %
- Afasia de expresión, sin conservación del lenguaje interior 70 %
- Afasia de comprensión 70 %
- Afasia mixta 70 %

VÁLVULAS

Válvulodependiente sin complicaciones 0 %

Con complicaciones: acorde al compromiso funcional neurológico.

SÍNDROME TALÁMICO 70 %

PARÁLISIS CEREBRAL

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

MEDULARES

PATOLOGÍA VERTEBRO MEDULAR:

*Síndrome parapléjic*o:

a) dependientes 70 %

b) independientes 40 - 70 %

*Síndrome paraparétic*o:

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

a) Grado Leve: 10 - 30 %

b) Grado Moderado: 30 - 50 %

c) Grado Severo: 50 - 70 %

Cuadriparesias/plejías: 70 %

AMIOTROFIAS Y MIOPATÍAS:

Distrofias musculares, por ej.: Duchenne, Steinert.

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

a) Grado Leve: 10 - 30 %

b) Grado Moderado: 30 - 50 %

c) Grado Severo: 50 - 70 %

Esclerosis lateral amiotrófica:

a) Grado Leve: 10 - 30 %

b) Grado Moderado: 30 - 50 %

c) Grado Severo: 50 - 70 %

Poliomielitis anterior crónica:

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

Amiotrofia de Charcot-Marie:

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

a) Grado Leve: 10 - 30 %

b) Grado Moderado: 30 - 50 %

c) Grado Severo: 50 - 70 %

Miastenia Gravis:

a) Con respuesta total al tratamiento y asintomático: 10 %

b) Con respuesta parcial al tratamiento y síntomas leves: 10 - 40 %

c) Con respuesta parcial al tratamiento y síntomas moderados: 40 - 60 %

d) Con trastornos respiratorios y/o deglutorios: 70 %

NEUROPATÍAS

POLINEUROPATÍAS:

Guillain-Barré agudo:

Se evaluarán secuelas fuera de la "pousse".

*Guillain-Barré con forma crónica o a recaída*s:

Con signos de denervación actual 70 %

Sin signos de denervación actual, según secuelas:

a) Leve 5 - 10 %

b) Moderada 10 - 40 %

c) Severa 40 - 70 %

*Neuropatías tóxicas o metabólica*s:

De acuerdo con la noxa.

a) Leve 5 - 10 %

b) Moderada 10 - 40 %

c) Severa 40 - 70 %

NEURALGIA DEL TRIGÉMINO:

*Esencial o Primari*a:

a) Neuralgia típica, controlable 0 - 15 %

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

c) Neuralgia típica, incontrolable 30 - 50 %

Se completará con evaluación psíquica.

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

PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA:

1. Unilateral 0 - 10 %
2. Hemiespasmo facial frecuentemente secundario a parálisis periférica: 20 - 30 %
3. En casos severos: Hasta 70 %

COMPROMISO NERVIOSO PERIFÉRICO

Será evaluado en función de la limitación que produzca en el funcionamiento del miembro, miembros o tronco y particularmente teniendo en cuenta la alteración que dicha limitación pueda producir en la actividad del abogado.

Leve: 5 a 10%

Moderado: 10 a 40%

Severo: 60%

ELEMENTOS DE DIAGNÓSTICO

Anamnesis

Examen físico

Evaluación psicológica

Diagnóstico por imágenes

Electrofisiológicos: electromiograma, velocidad de conducción, potenciales evocados.

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

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

- Pérdida de movilidad de la mano dominante: 30%
- Idem mano no dominante: 20%
- Pérdida de movilidad de ambas manos: 66%
- Pérdida de movilidad del brazo y mano dominante: 45%
- Idem brazo y mano no dominante: 35%
- Pérdida de movilidad de un miembro inferior sin incapacidad para la marcha: 30 %
- Pérdida de movilidad de un miembro inferior con incapacidad para la marcha: 70%

BAREMO CAJA DE LA ABOGACÍA

CAPITULO X

OJOS

En el capítulo oftalmológico, el Baremo Cassaba se apartará sustancialmente del Baremo de la Ley 24.241 ya que sus conceptos deben específicamente contemplar la capacidad visual necesaria para una profesión única que es la del abogado.

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

En la medida en que el abogado conserve una capacidad visual adecuada (corregida con lentes), para la lectura de texto del tamaño como el de un diario o el Boletín Oficial, no se valorizará la incapacidad. En cambio si carece de dicha capacidad, la valorización será del 70% de incapacidad.

Por lo tanto la tarea de la Junta Médica consistirá fundamentalmente en determinar si el abogado puede leer tipografía como la mencionada. El especialista, por otro lado, deberá determinar si la patología ocular del solicitante del beneficio guarda correlación con la incapacidad visual aparente.

ELEMENTOS DE DIAGNÓSTICO

Anamnesis

Examen físico: Oftalmológico: Medios transparentes, Biomicroscopía, Tonometría, Agudeza visual, Campo visual computarizado (octopus y similares), Movilidad ocular, Fondo de Ojo

Neurológico (eventualmente)

Laboratorio: Glucemia

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

Electrofisiológicos: Potenciales evocados, Electroretinografía, Electroóculografía

AGUDEZA VISUAL

Utilización básica de la tabla de J. Sená (ver Anexo I) aprobada por el Consejo Argentino de Oftalmología y recomendada para su aplicación a todos los oculistas del país, previa corrección, con lentes, del vicio de refracción que pudiera existir. Siendo ésta de aplicación en las pericias laborales, se adecúa a los fines previsionales.

La tabla de Sená será considerada únicamente para valorizar la incapacidad visual superior al 50% y en particular en los casos en los que el abogado prima facie pareciera no poder leer adecuadamente la tipografía mencionada. En aquellos casos en los que la pérdida de agudeza no afecte sustancialmente la capacidad de lectura, no se determinará incapacidad.

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

El abogado requiere una visión adecuada para el desempeño de su tarea que se ubica entre 7/10 y 3/10.

Consideraciones médicas respecto de la monocularidad

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

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

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

Dado que en la monocularidad adquirida luego de los 45 años la adaptación visual es más dificultosa, corresponde evaluar la incapacidad por tabla de Sená modificada a los fines previsionales, en base al valor visión -0.1 para el ojo ciego. Pero si el ojo restante permite la lectura, entonces no se valorizará la incapacidad resultante.

CAMPO VISUAL

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

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

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

Eje temporal superior 55°
Eje temporal 85°
Eje temporal inferior 85°
Eje inferior 65°
Eje nasal inferior 50°
Eje nasal 60°
Eje nasal superior 55°
Eje superior 45°
Total 500°

Excepto en tareas que requieren óptima función visual , para los que se exige un campo visual de 500 grados conservados, en el caso del abogado se estimará en relación a un campo visual conservado de 320° (es decir 8 cuadrantes de 40°)

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

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

Si la disminución del campo visual no impide la lectura en los términos ya explicados, no se cuantificará para la incapacidad.

HEMIANOPSIAS

Las hemianopsias se nombran de acuerdo a la pérdida del área evidenciada en el gráfico de campimetría. Es decir, cuando se habla de nasal o temporal se refiere a la ubicación graficada.

Homónimo se refiere a lesión de un mismo lado, derecho o izquierdo.

Heterónimo se refiere a lesión en dos lados, derecho e izquierdo.

- Hemianopsia homónima derecha (no se ven los hemicampos derechos, por ej. lesión de cintilla óptica izquierda) 40 %
- Hemianopsia homónima izquierda (no se ven los hemicampos izquierdos, por ej. lesión de cintilla óptica derecha) 40 %
- Heterónima bitemporal (no se ven los hemicampos externos, por ej. lesión en el quiasma óptico) 40 %
- Heterónima binasal (no se ven los hemicampos internos, por ej. lesiones que involucran ambos lados externos del quiasma) 70 %
- Hemianopsia horizontal o altitudinal superior 30 %
- Hemianopsia horizontal o altitudinal inferior 60 %

CUADRANTOPSIAS

Las cuadrantopsias se nombran de acuerdo a la pérdida del área evidenciada en el gráfico de campimetría. Es decir, cuando se habla de nasal o temporal se refiere a la ubicación graficada.

Homónimo se refiere a lesión de un mismo lado, derecho o izquierdo.

Heterónimo se refiere a lesión en dos lados, derecho e izquierdo.

- Cuadrantopsia superior temporal unilateral 10 %
- Cuadrantopsia superior nasal unilateral 5 %
- Cuadrantopsia inferior temporal unilateral 15 %
- Cuadrantopsia inferior nasal unilateral 8 %
- Cuadrantopsia superior bilateral homónima derecha o izquierda 20 %
- Cuadrantopsia superior bilateral bitemporal 25 %
- Cuadrantopsia superior bilateral binasal 20 %
- Cuadrantopsia inferior bilateral homónima derecha o izquierda 30 %
- Cuadrantopsia inferior bilateral bitemporal 30 %
- Cuadrantopsia inferior bilateral binasal 25 %

MOTILIDAD OCULAR

Constituye la tercera función importante en la valoración de la eficiencia ocular. Se sumará por

el método de la CR o R a otros compromisos visuales.

La motilidad extrínseca, que permite dirigir la mirada, es fundamental para abarcar el campo visual sin movilizar la cabeza. Es útil mientras no aparezca diplopía.

La diplopía a partir de los 30° del centro de fijación, rara vez produce gran compromiso en la capacidad visual, excepto en la mirada hacia abajo.

Si la diplopía aparece dentro de los 20° centrales prácticamente la visión es siempre doble y para desempeñarse tiene que taparse un ojo.

Diplopía: Se valorará siempre que impida la lectura, lo que no suele suceder ya que puede corregirse tapando la visión de uno de los ojos.

BAREMO CAJA DE LA ABOGACÍA

CAPITULO XI

SISTEMA GARGANTA, NARIZ Y OIDO

Las patologías que motivan con mayor frecuencia la solicitud de evaluación de una incapacidad laboral a esta especialidad se refieren a la alteración de la audición y del equilibrio.

ELEMENTOS DE DIAGNÓSTICO

Anamnesis

Examen físico: Otorrinolaringológico

Neurológico (eventualmente)

Diagnóstico por imágenes: Rx, TAC, RNM

Electrofisiológicos: Audiometría, Logoaudiometría, Electronistagmografía, Potenciales evocados.

PATOLOGÍAS EVALUABLES

1. Oído: vestibulares y laberínticas auditivas
2. Rinosinusal
3. Laríngea y traqueal
4. Glándulas salivales

OIDO

Trastornos vestibulares y laberínticos

VÉRTIGO

En la evaluación del vértigo se considerarán las alteraciones producidas por lesiones del aparato vestibular, laberinto y de sus vías.

LESIONES DEL LABERINTO Y VESTÍBULO

La persona subjetivamente siente vértigo acompañado o no de otros síntomas de tipo neurovegetativo (ej.: náuseas, vómitos).

El origen de la lesión puede ser uni o bilateral. Cuando es unilateral el equilibrio suele restablecerse, por efecto compensador del vestíbulo sano.

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

CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA INCAPACIDAD A CONSECUENCIA DE VÉRTIGO DE ORIGEN VESTIBULAR

ESTADÍO I:	La persona siente vértigo y/o presenta historia clínica con antecedentes repetidos, fehacientes en ese sentido. Coordinación vestíbulo-espinal y cerebelo-espinal: compatible con ambulación normal. Electronistagmograma: respuestas normales. 0 %
ESTADÍO II:	La persona siente vértigo. Coordinación vestíbulo-espinal y cerebelo-espinal: compatible con ambulación normal. Compensado con medicación. Electronistagmograma: respuestas anormales. 5 %
ESTADÍO III:	La persona siente vértigo. Coordinación vestíbulo-espinal y cerebelo-espinal: compatible con ambulación inestable, sin riesgo para sí o terceros. En tratamiento. Electronistagmograma: respuestas anormales. 10-30 %
ESTADÍO IV	La persona siente vértigo. Coordinación vestíbulo-espinal y cerebelo-espinal: la ambulación es inestable, con riesgo para sí o para terceros. En tratamiento. Electronistagmograma: respuestas anormales. 35-70 % Cuando a la alteración del equilibrio se le agregue una disminución de la agudeza auditiva, ésta también será evaluada.

Trastornos auditivos

EVALUACIÓN DE LA AUDICIÓN

La medición de la audición se efectuará con audiómetro, con el paciente en cámara sonoamortiguada, previo examen otoscópico con el objeto de descartar tapones ceruminosos o perforaciones timpánicas.

Se medirá la pérdida auditiva por vía aérea y vía ósea en las frecuencia 500, 1.000, 2.000 y 4.000 ciclos por segundo.

En los casos en que el compromiso funcional derivado de la patología de base pudiera mejorar con el uso de otoamplificador, las pruebas audiométricas deberán incluir esta valoración (audiometría con otoamplificador).

Se deberá realizar examen audiométrico, con reposo de ambiente ruidoso de dieciseis horas, por fonoaudiólogo con supervisión del especialista. En el informe se deberá calificar el grado de colaboración del solicitante durante el examen.

Se completará con exámen logoaudiométrico y pruebas para descartar simulación (Ej. Test Lombard, Harris Lauberer).

Se efectuará prueba de reclutamiento (S.I.S.I.) con objeto de diagnosticar daño coclear (trauma acústico), en los casos que se sospeche el mismo.

En caso de no obtener curvas audiométricas confiables se solicitará examen de Potenciales Evocados Auditívos y Audiometría por Potenciales Evocados.

Si de la valoración con otoamplificador resultara una mejoría mayor del 20 % en los niveles de audición respecto de la audiometría sin éste, se determinará el grado de incapacidad en base a los valores del estudio con este implemento, según metodología general utilizada.

PÉRDIDA AUDITIVA UNILATERAL

Dado que no impide la actividad del abogado, la pérdida auditiva unilateral no produce incapacidad valorizable.

CÁLCULO DE PÉRDIDA AUDITIVA BILATERAL

Se suma la pérdida en decibeles de la vía aérea de los tonos 500, 1.000, 2.000 y 4.000 de cada

oído y se lo traslada a la tabla de la A.M.A./84 - A.A.O MAY/79 (modificada por Fleurent).

La sumatoria de pérdida en decibeles por debajo de 100 para cada oído no se tomará en cuenta al carecer de importancia previsional.

En esta Tabla se debe buscar en su eje horizontal el mejor oído y en su eje vertical el peor; de la intersección de ambos ejes surge la pérdida auditiva bilateral en porcentajes. Dicha pérdida multiplicada por 0.42 da como resultado la incapacidad final. La incapacidad final solamente será valorizada si la incapacidad determinada supera el 60%.

HIPOACUSIAS PROFUNDAS

- Hipoacúsico profundo con fonación reeducada y labio-lectura 45 %
- Hipoacúsico profundo sin fonación reeducada y con labio-lectura 50 %
- Hipoacúsico profundo sin fonación reeducada o insuficientemente reeducada y sin labio-lectura 70 %

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

(% Oído mejor x 5) + (% Oído peor x 1) x 0,42/6 = Incapacidad final.

RINOSINUSAL OLFATO Y GUSTO

1. Pérdida total del olfato (anosmia) 0 %
2. Pérdida total del gusto (ageucia) 0 %

NARIZ Y SENOS PARANASALES

1. Sinusitis alérgica 0 %
2. Tumoral
   a) benigna: se evaluará acorde a secuelas y/o compromiso funcional.
   b) maligna: se evaluará, cumplidas todas las medidas terapéuticas que correspondan, acorde a secuela orgánica y/o repercusión funcional.

LARÍNGEA Y TRAQUEAL

HABLA

Pérdida del habla.

La afectación del habla puede estar determinada por lesiones de orígen neurológico, del aparato de la fonación y/o de orden psíquico. En este capítulo se evaluarán aquellas que se producen en los órganos de emisión de la voz. Las otras serán valoradas por las respectivas especialidades.

Se tendrán en cuenta: el volumen de la voz, la articulación y claridad de la palabra y la posibilidad de mantener un diálogo. La Junta Médica deberá especialmente considerar la importancia del habla en el trabajo del abogado.

EVALUACIÓN

ESTADÍO I 0 %	Tiene suficiente volumen de voz, buena articulación, claridad en el discurso, y mantiene un diálogo fluído
ESTADÍO II 5-10 %	Tiene volumen de voz levemente disminuido y/o articulación levemente afectada y/o discurso discretamente alterado. Se lo entiende con cierta dificultad en ambientes ruidosos
ESTADÍO III 10-30 %	Volumen de voz moderadamente disminuido y/o articulación moderadamente afectada y/o discurso moderadamente alterado. Se lo entiende con dificultad en ambientes ruidosos; repite para aclarar su discurso
ESTADÍO IV Hasta 60 %	Volumen de voz muy disminuido, con dificultad para hacerse oir y/o articulación muy afectada, que requiere repeticiones y/o discurso dificultoso de seguir
ESTADÍO V 70 %	Susurra, balbucea palabras sueltas o sin voz

PARÁLISIS RECURRENCIAL

1. *Paresia recurrencial unilatera*l: se evaluará de acuerdo al compromiso de la voz.
2. *Paresia recurrencial bilateral con espirometría de obstrucción leve*: ídem.
3. *Paresia recurrencial bilateral con espirometría de obstrucción moderada o severa*: se evaluarán de acuerdo al compromiso de la voz y a la repercusión funcional respiratoria.

TUMORES DE LARINGE

1. Inflamatorio y/o benigno 0 %
2. Neoplásico inextirpable y/o con fracaso terapéutico 70 %
3. Neoplásico extirpable y/o con buena evolución post-terapéutica, se evaluará de acuerdo a secuela orgánica y funcional.

LARINGECTOMÍA

1. Laringectomía parcial con evolución superior a un año: acorde a secuela orgánica y alteración de la voz.
2. Laringectomía total 35-70 %

TRAQUEOSTOMÍAS

1. Temporales: se evaluarán una vez resuelta la patología de orígen.
2. Permanentes: según la adaptación 35-70 %

GLÁNDULAS SALIVALES

1. Afecciones inflamatorias crónicas (ej. Sjögren) evaluar de acuerdo al compromiso sistémico, "per se" no son incapacitantes.
2. Tumores:
   a) Benignos: evaluables según secuela y repercusión funcional (ej.: Parálisis facial residual). Malignos: Extirpables y/o con buena respuesta al tratamiento, de acuerdo a secuelas.
   b) No extirpables y/o con mala respuesta al tratamiento y/o con metástasis 70 %

BAREMO CAJA DE LA ABOGACÍA

CAPITULO XII

SANGRE

El sistema hematopoyético, presente en todo el organismo, es complejo y polimorfo. Sus afecciones determinan distintos compromisos orgánicos y repercusión funcional. Pueden ser focalizadas o generalizadas, limitadas a un componente del sistema o afectar a varios.

Las medidas terapéuticas actuales permiten obtener distintas respuestas dependiendo las mismas de:

1. Genio de la afección en cuestión
2. Oportunidad de inicio del tratamiento
3. Susceptibilidad del afectado

Por lo tanto, para la evaluación de las incapacidades se tendrá en cuenta no sólo la etiología de la afección, sino también el tiempo de evolución, el tipo de tratamiento, la respuesta y eventuales efectos secundarios del mismo y la posibilidad de seguimiento (esquemas poliquimioterápicos cumplidos y/o agotados).

Se pondrá énfasis en el estado clínico-hematológico en el momento del examen y su incidencia para el desenvolvimiento, con mayor o menor esfuerzo, de las tareas del abogado.

ELEMENTOS DE DIAGNÓSTICO

Anamnesis

Examen físico

Laboratorio: general

hematológico: Hemograma con recuento de plaquetas, Frotis de sangre periférica, Corrida electroforética de hemoglobinas, Metabolismo del Fe, Estudio completo de coagulación.

Diagnóstico por imágenes: Rx, TAC, RNM, Centellograma, Eco

Biopsias: ganglionar, hepática, punción de médula ósea.

AFECCIONES EVALUABLES

Primarias:

a) Sistema Retículo Endotelial

b) Serie Roja

c) Serie Blanca

d) Hemostasia

Secundarias

a) Transplante de Médula Ósea

b) Inmunosupresión

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

Primarias

SISTEMA RETÍCULOENDOTELIAL

Es el encargado de la defensa del organismo por medio de la fagocitosis, los anticuerpos humorales y la mediada por células. Además, da origen a los elementos formes de la sangre.

MIELOMA:

POLIOSTÓTICO 70 %

MONOSTÓTICO 5 - 70 %

Teniendo en cuenta:

1. Localización de la lesión (hueso corto-calota-esternón-costillas-columna-huesos largos de sostén -ilíacos).
2. Respuesta al tratamiento y tiempo de evolución.
3. Compromiso renal.

GAMMAPATÍA MONOCLONAL BENIGNA:

Con paraproteína, con infiltración medular sin signos de progresión de enfermedad 5 %

HIPOPLASIA Y APLASIA:

1. Mínima: (Menos del 10 % de hipofunción medular, con sangre periférica normal) 0 %
2. Leves: (Del 10 al 25 % de hipofunción medular, con alteraciones leves del hemograma) 10 %
3. Moderadas: (Del 25 al 50 % de hipofunción medular, con alteraciones moderadas en el hemograma) 10 - 40 %
4. Severas: (Cuando existe supresión de más de 60 % del tejido hematopoyético) 50 - 70 %

MIELOFIBROSIS

Evaluar según repercusión, de acuerdo al mismo criterio utilizado para hipoplasia.

ESPLENECTOMÍA

Considerar edad, causa, alteración inmunológica; valorar la repercusión de las posibles infecciones recurrentes 0 - 5 %

RETÍCULOENDOTELIOSIS LEUCÉMICA

"Leucemia de células vellosas", ver item correspondiente.

HIPERESPLENISMO

Evaluar la patología de orígen y su repercusión en las distintas series hemáticas.

SERIE ROJA

ANEMIAS CRÓNICAS

Se habla de anemia crónica severa, independientemente de su etiología, en los casos en los cuales, con las medidas terapéuticas, no se puede mantener el hematocrito por arriba del 27 % y la hemoglobina por arriba de 7 gr %. Se tendrá en cuenta la adaptación a estos valores y el origen de dicho trastorno para el cálculo de la incapacidad global.

Primarias:

1. Microesferocítica 5 %
2. Talasemia mínima y menor 0 %
3. Talasemia mayor 70 %
4. Talasemia intermedia: incapacidad variable de acuerdo a la evolución clínica *(ver hemolítica*s)
5. Hemolíticas: se evaluarán según respondan al tratamiento:
   a) las que responden 1 - 5 %
   b) las que no responden 70 %

(cuando cumplido el tratamiento mantengan valores de hemoglobina por debajo de los 7gr%, aun habiendo sido politransfundido).

Secundarias:

Se deberá evaluar la causa de origen.

POLICITEMIAS

Primarias: relativas y absolutas

POLICITEMIA POR STRESS (relativa): disminución del volumen plasmático, en general no reviste carácter incapacitante.

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

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

1. Si responde al tratamiento 30 - 40 %
2. Si no responde al tratamiento médico y las sangrías son frecuentes (una a dos por mes): 70 %

Por debajo de esos valores:

Si responde al tratamiento médico y las sangrías son espaciadas (una a dos por semestre): 0 %

Frecuentemente se acompañan de alteraciones de la irrigación a nivel periférico, cardíaco y cerebral (por hiperviscosidad y fenómenos trombóticos). Asimismo, se evaluarán alteraciones a nivel de la perfusión pulmonar.

Secundarias:

POLIGLOBULIAS SECUNDARIAS: deberá evaluarse la etiología (cardíaca, pulmonar, renal).

SERIE BLANCA

NEUTROPENIA SEVERA IDIOPÁTICA CON POLIMORFONUCLEARES MENOR DE 1000:

1. Sin infecciones bacterianas recurrentes
   No responde al tratamiento 70 %
   Responde al tratamiento 10 - 20 %
2. Con infecciones bacterianas recurrentes (4 o más en 5 meses)
   No responde al tratamiento 70 %
   Responde al tratamiento, de la infección y de la neutropenia 15 - 25 %

LEUCEMIAS

Agudas: 30 - 70 %

Dependerá la evaluación acorde al tipo de Leucemia (Mieloide, Linfoide), al genio de la enfermedad, al tiempo de evolución, al tratamiento y la respuesta al mismo, recaídas, posibilidad o no de transplante.

Crónicas:

LEUCEMIAS LINFÁTICAS:

Estadíos 0, I y II (RAI): 1 - 5 %

Estadíos III y IV (RAI): 30 - 70 %

Se remite a lo comentado para las Leucemias agudas.

Tener en cuenta la clasificación empleada, ya que existen varias. Como ejemplo y guía se consignan las de RAI y del International LLC Workshop que tienen en cuenta la estadificación clínica y evaluación pronóstica.

CLASIFICACIÓN DE RAI Y SUS COLABORADORES (1975)

ESTADÍO O	Linfocitosis periférica mayor de 15.000 por milímetro cúbico e infiltración linfática medular mayor del 40% de linfocitos maduros, sin adenovisceromegalias, sin anemia, sin trombocitopenia.
ESTADÍO I	Sangre y médula ósea similar al estadio 0, más agrandamiento ganglionar.
ESTADÍO II	Sangre y médula ósea similar al estadio 0 ó I, con agregado de esplenomegalia y/o hepatomegalia. Los ganglios linfáticos pueden o no estar agrandados.
ESTADÍO III	Sangre y médula ósea similar al estadio 0, I ó II, más anemia (hemoglobina menor de 11 gr.% y hematocrito menor de 33 %). Los ganglios linfáticos, el bazo y el hígado pueden o no estar agrandados.
ESTADÍO IV	Sangre y médula ósea igual al estadio 0, I, II ó III con el agregado de trombocitopenia (número de plaquetas menor de l00.000 por milímetro cúbico). La anemia, las adenopatías y las organomegalias pueden o no estar presentes.

CLASIFICACIÓN DEL INTERNATIONAL LLC WORKSHOP

Establece una estadificación de 0 a 10, para lo que adjudica un punto a los siguientes valores:

Edad mayor de 60 años, más de tres territorios ganglionares comprometidos, esplenomegalia menor de 10 cms.

Dos puntos a los siguientes valores: esplenomegalia mayor de 10 cms., linfocitosis mayor de 50.000, hemoglobina menor de 11 gr.%, trombocitopenia menor de 100.000.

LEUCEMIA A CÉLULAS VELLOSAS

Acorde a evolución, se valorará la respuesta al tratamiento y el compromiso del estado general.

Buena respuesta al tratamiento, sin o con escaso compromiso del estado general, atribuible al tratamiento o a la enfermedad de base Hasta 40 %

Respuesta al tratamiento incompleta o nula, con moderado a severo compromiso del estado general, atribuible al tratamiento o a la enfermedad de base Hasta 70 %

LEUCEMIAS MIELOIDES: acorde a evolución:

Aproximadamente el 10 % son cromosomas Filadelfia (Ph) negativas, tienen peor pronóstico y responden menos al tratamiento.

1. Sin crisis blásticas Hasta 40 %
2. Con crisis blásticas (historia clínica fehaciente de crisis blásticas durante la evolución) 70 %
3. Con mielofibrosis, evaluar según repercusión Hasta 70 %

LINFOMAS

Deberá tenerse en cuenta la estadificación y el agrupamiento en HODGKIN Y NO HODGKIN.

ESTADÍO I	Compromiso de una sola región linfática (ganglios, bazo, timo, anillo de Waldeyer, placas de Peyer) o de un solo órgano o sitio extralinfático (I-E).
ESTADÍO II	Compromiso de dos o más regiones linfáticas en un mismo lado del diafragma. Puede acompañarse de compromiso localizado por contigüidad de un órgano o sitio extralinfático (II-E).
ESTADÍO III	Compromiso de regiones linfáticas en ambos lados del diafragma, lo cual puede también ser acompañado de compromiso localizado por contigüidad de un órgano o sitio extralinfático (III-E), o de ambas estructuras (III-ES).
ESTADÍO IV	Afección difusa o diseminada de uno o más órganos o sitios extralinfáticos sin relación de contigüidad con regiones ganglionares comprometidas o sin ellas.

LINFOMA HODGKIN

CLASIFICACIÓN MORFOLÓGICA DE LOS LINFOMAS HODGKIN

1. Predominio linfocitario:

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

2. Esclerosis nodular:

   Tejido linfoide con bandas de tejido colágeno. Pueden estar ausentes las células de Reed-Sternberg.

   Suele ser un estadío temprano.

3. Celularidad mixta:

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

4. Depleción linfocitaria:

   Pocos linfocitos maduros, más abundantes los histiocitos, fibrosis. Frecuentes células de Reed-Sternberg.

   Suele ser un estadío avanzado.

Estadíos I y II 5 %

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

1. Ausencia de signología general 10 - 30 %
2. Con signología general (pérdida de peso superior al 10% en los últimos 6 meses, fiebre inexplicada con temperatura superior a 38°, hipercrinia), acorde a respuesta al tratamiento Hasta 70 %

LINFOMAS NO HODGKIN

CLASIFICACIÓN MORFOLÓGICA SEGÚN EL NATIONAL CÁNCER INSTITUTE

Bajo Grado

1. Linfoma maligno (linfocítico o células pequeñas coincidente con leucemia linfocítica crónica plasmocitoide).
2. Linfoma maligno folicular (predominantemente a células pequeñas hendidas, áreas difusas, esclerosis).
3. Linfoma maligno folicular (mixto, a células pequeñas hendidas y células grandes, áreas difusas, esclerosis).

Grado Intermedio

1. Linfoma maligno folicular (predominantemente a células grandes, áreas difusas, esclerosis).
2. Linfoma maligno difuso (células pequeñas, hendidas, esclerosis).
3. Linfoma maligno difuso (mixto, células pequeñas y grandes, esclerosis, componentes celular epiteloide).
4. Linfoma maligno difuso (células grandes, células hendidas, células no hendidas, esclerosis).

Alto Grado

1. Linfoma maligno (células grandes, inmunoblástico, plasmocitoide, células claras, polimorfo, componente celular epiteloide).
2. Linfoma maligno (linfoblástico, células cerebriformes, células no cerebriformes).
3. Linfoma maligno (células pequeñas no hendidas, Burkitt, áreas foliculares).

MISCELÁNEAS

Compuesto.

Micosis fungoide (ver capítulo de Piel).

Histiocítico.

Plasmocitoma extramedular.

Inclasificable.

Otros.

- De alto grado de malignidad con remisión post-tratamiento: 5 - 10 %
- De alto grado de malignidad con recidiva: 70 %
- De bajo grado de malignidad: 1 - 5 %
- De grado intermedio de malignidad: la incapacidad es variable de acuerdo con el estado clínico general, tiempo de evolución de la enfermedad y respuesta al tratamiento: 5 - 70 %

CRITERIOS DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

1. Remisión completa: desaparición de todos los síntomas de enfermedad, además del retorno a la normalidad de los signos físicos, parámetros bioquímicos y radiológicos e histopatología ósea y hepática.
2. Remisión parcial: reducción en más del 50% de los diámetros perpendiculares de todas las lesiones medibles.
3. Respuesta mínima: reducción en menos del 50% de los diámetros perpendiculares de todas las lesiones medibles.
4. Fracaso de la inducción (refractariedad): pacientes que fallaron en responder a la terapia desde el principio o pacientes que responden inicialmente pero que desarrollan progresión o estancamiento de la enfermedad mientras permanecen en tratamiento.
5. Recaída: aparición de manifestaciones de enfermedad luego de haber obtenido remisión completa.

   La recaída puede ser:

   a) *Margina*l: Inmediatamente adyacente a los campos tratados.
   b) *Loca*l: En un área previamente tratada.
   c) *Regiona*l: En un área fuera de la tratada pero confinada a una zona del mismo lado del diafragma.
   d) *Transdiafragmátic*a: En ganglios linfáticos y/o bazo pero del lado del diafragma contrario al de origen.
   e) *Extranoda*l: Aparición de enfermedad en sitios extraganglionares o extraesplénicos.

HEMOSTASIA

Alteraciones de los factores de coagulación

HEMOFILIA

La patología será reconocida en base al examen clínico y a las certificaciones de médicos especialistas y de Institutos especializados.

El compromiso articular, de existir, debe ser evaluado acorde al capítulo osteoarticular.

Desde el punto de vista práctico y general, según lo postulado por el Instituto de Investigaciones Hematológicas de la Academia Nacional de Medicina y la Fundación de la Hemofilia, se considera Hemofilia Severa a aquella que en los adultos ha determinado la aparición de secuelas articulares importantes.

En caso de tener que evaluar a niños o jóvenes puede que no existan secuelas, por haber mantenido tratamiento profiláctico.

1. Hemofilia severa 70 %
2. Hemofilia leve o moderada Hasta 40 %

ENFERMEDAD DE VON WILLEBRAND

(Anomalía primaria del Factor de Von Willebrand y/o alteración del Complejo Factor Activo Procoagulante del Factor VIII).

Se valorará con el mismo criterio que la Hemofilia.

1. Severa.
2. Leve o moderada

ANTICOAGULACIÓN (tratamiento con anticoagulantes)

Acorde a la adaptación (además evaluar la patología motivo de la misma) Hasta 2%

Alteración de las Plaquetas

PÚRPURAS

1. TROMBOCITOPÉNICA: con o sin esplenectomía
   a) Compensada con tratamiento 5 %
   b) No compensada con tratamiento Hasta 70 % (acorde a estado clínico y hematológico)
2. NO TROMBOCITOPÉNICA:
   a) Si presentan cuadros hemorrágicos reiterados con afectación variable del órgano afectado, la incapacidad será evaluada de acuerdo al compromiso del órgano dañado Hasta 70 %
   b) Enfermedad de Rendú Osler: sin complicaciones severas 5 - 30 %
      con complicaciones severas Hasta 70 %

TROMBOCITOSIS ESENCIAL

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

Secundarias

TRANSPLANTE DE MÉDULA ÓSEA

1. Compensado 40 - 45 %
2. Con alteración inmunológica actual 70 % (y control en un año)
3. Con alteración inmunológica permanente 70 %

INMUNOSUPRESIÓN

a) En el contexto de la infección por H.I.V. se remite al capítulo correspondiente.
b) De otra etiología: acorde al cuadro clínico, las complicaciones y los estudios complementarios Hasta 70 %

BAREMO CAJA DE LA ABOGACÍA

CAPITULO XIII

GLÁNDULAS DE SECRECIÓN INTERNA

PÁNCREAS

Diabetes

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

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

Exámenes Complementarios: creatininemia, uremia, glucemia, hemoglobina glicosilada, densidad y sedimento urinario, electrocardiograma, retinofluoresceinografía, electromiograma.

TABLA DE VALORACIÓN

ESTADÍO I **0 %**	Diabetes que se compensa con dieta o dieta e hipoglucemiantes orales, que no presenta ningún trastorno orgánico demostrable. Fondo de ojo normal.
ESTADÍO II **0 %**	Diabetes que requiera, además de la dieta, la administración de hipoglucemiantes o insulina en forma permanente, que no presenta ningún trastorno orgánico detectable. Fondo de ojo normal
ESTADÍO III **10 %**	Diabetes que requiera, además de la dieta, hipoglucemiantes orales o insulina y presente signos mínimos a leves de repercusión orgánica: alteraciones sensitivas de los miembros inferiores sugestivas de polineuritis y/o signos iniciales de vasculopatía periférica, pero sin alteraciones tróficas, y/o elevación discreta de los valores de urea y creatinina en sangre, y/o eventualmente sospecha de isquemia de miocardio, con electrocardiograma que demostrase alteraciones inespecíficas o isquémicas mínimas y/o retinopatía no proliferativa leve (microhemorragias y microaneurismas, dispersos en uno o dos cuadrantes)
ESTADÍO IV **10 – 25%**	Cualquiera de los estadíos anteriores, acompañado de: trastornos arteriopáticos periféricos con trastornos tróficos mínimos y/o polineuritis diabética moderada y/o cifras humorales moderadamente elevadas de urea o creatinina y/o retinopatía no proliferativa moderada (hemorragias, aneurismas en los cuatro cuadrantes, no demasiado numerosos y exudados duros)

ESTADÍO V 70%	Cualquiera de los estadíos anteriores, acompañado de repercusión severa en uno o más órganos: polineuritis marcada (mal perforante plantar, hipotrofia muscular, etc.), vasculopatías con alteraciones tróficas de importancia (amputaciones de dedos de los pies o más amplias, claudicación intermitente a menos de 100 metros con otros signos de isquemia, clínicos y/o demostrados por exámenes complementarios, etc.), insuficiencia renal severa con cifras de uremia y/o creatininemia marcadamente patológicas y/o retinopatía no proliferativa severa (hemorragias, exudados duros y aneurismas numerosos, exudados blandos y arrosariamiento venoso) o muy severa (igual a la anterior más microangiopatía intrarretinal) o retinopatía proliferativa (1-neovascularización, 2-neovascularización de papila, 3-hemorragia subhialoidea o prerretinal, 4-hemorragia vítrea y/o desprendimiento de retina) . Se evaluará la repercusión orgánica correspondiente a los órganos involucrados.

INSULINOMAS

Se evaluarán acorde a secuelas determinadas por el tratamiento.

TIROIDES

Los bocios se evaluarán de acuerdo a su funcionalismo (hipotiroidismo, eutiroidismo o hipertiroidismo). La mayoría son controlables con medicamentos. Se examinará la posible repercusión en otros órganos (ej.: arritmias cardíacas del hipertiroidismo).

NÓDULOS TIROIDEOS

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

TIROIDITIS

Se evaluarán según el grado de disfunción tiroidea que determinen.

CÁNCER TIROIDEO OPERADO

Si no existe evidencia de persistencia post-tratamiento, recidiva, metástasis regionales (adenopatías) y/o a distancia 0 %

Si la operación fue acompañada por una disección radical, se evaluará la posibilidad de secuelas o morbilidad atribuible a la operación (hipotiroidismo, hipoparatiroidismo o tetania paratiroideopriva controlable médicamente, lesión recurrencial y lesión estética) Hasta 30 %

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

HIPÓFISIS

En la patología benigna de hipófisis sin signos ni sintomatología 0 %

Con repercusión orgánica y/o funcional, se evaluará según el órgano comprometido.

SUPRARRENAL

ENFERMEDAD DE ADDISON-INSUF.CORTICOSUPRARRENAL CRÓNICA

Compensada médicamente Hasta 10 % (no interfiere con la actividad del abogado)

Con signos y sintomatología florida, no controlable 70 %

Se evaluará la etiología.

SÍNDROME DE CUSHING

Compensado Hasta 10 % (no interfiere con la actividad del abogado)

Con manifestaciones clínicas y estudios complementarios significativos, no controlable 70 %

FEOCROMOCITOMA

Se evaluará acorde a secuelas post-tratamiento, extirpabilidad del tumor y repercusión cardiovascular.

HIPERALDOSTERONISMO (Síndrome de Conn)

Compensado Hasta 10 %

Con manifestaciones clínicas, se evaluará la repercusión cardiovascular.

Tumor unilateral operado: se evaluará según secuela.

BAREMO CAJA DE LA ABOGACÍA

CAPITULO XIV

PSIQUISMO

En este capítulo se valorarán exclusivamente aquellas enfermedades que puedan ser padecidas por el abogado y se dejaran de lado aquellas que por sus características impiden al individuo graduarse como tal.

Para su diagnóstico se deberá tener en cuenta la psicosemiología y el psicodiagnóstico completo y eventualmente la evaluación neuro-cognitiva como elementos objetivos de diagnóstico.

AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE TRASTORNO DE ANGUSTIA: DSM IV: F.40. CIE 10: 300.22

Muy leve (Solo aparecen manifestaciones relacionadas con el tema generador de la reacción, no hay alteración de las relaciones laborales ni la vida familiar, no hay alteración de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, no requiere tratamiento psicoterapéutico continuo): 2-10%

Leve (Aparecen manifestaciones ligadas a situaciones cotidianas pero con algún grado de relación con el conflicto generador de la reacción, no hay alteración de las relaciones laborales pero si incide en la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, puede ser tratado mediante terapias breves): 10-20%

Moderada (Aparecen manifestaciones relacionadas con situaciones cotidianas totalmente ajenas al conflicto generador de la reacción, hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, requiere terapias prolongadas pero no tratamiento farmacológico): 20-35%

Grave (Aparecen manifestaciones relacionadas con situaciones cotidianas totalmente ajenas al conflicto generador de la reacción, hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta alteración de la personalidad de base, hay trastornos de la memoria y la concentración, requiere terapias prolongadas y tratamiento farmacológico): 35-55%

AMNESIA DISOCIATIVA: DSM IV: F44. CIE10: 300.12

Muy leve (No hay alteración de las relaciones laborales ni la vida familiar, leve alteración de la personalidad de base, no hay trastornos de la concentración, presenta olvidos esporádicos, no requiere tratamiento): 2-8%

Leve (No hay alteración de las relaciones laborales pero si incide en la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la concentración, puede ser tratado mediante terapias breves):8-15%

Moderado (Hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la concentración, presenta olvidos frecuentes, requiere terapias prolongadas): 15-35%

Grave (Hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta alteración de la personalidad de base, hay trastornos de la concentración y olvidos de aspectos esenciales y/o muy habituales de la vida, requiere terapias prolongadas y tratamiento farmacológico):35-55%

Muy grave (Requiere una asistencia o supervisión permanente, no puede trabajar ni hacer una vida independiente): 55-80%.

CAMBIO DE PERSONALIDAD DEBIDO A ENFERMEDAD MEDICA: DSM IV: F.O7. CIE 10: 310.1

Con enfermedad médica en evolución: será evaluada una vez finalizada la evolución de la enfermedad.

Crónico muy leve (Solo aparecen manifestaciones relacionadas con el conflicto generador de la reacción, no hay alteración de las relaciones laborales ni la vida familiar, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, no requiere tratamiento): 3-8%.

Crónico leve (Aparecen manifestaciones ligadas a situaciones cotidianas pero con algún grado de relación con el conflicto generador de la reacción, no hay alteración de las relaciones laborales pero si incide en la vida familiar, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, puede ser tratado mediante terapias breves):8-15%

Crónico moderado (Aparecen manifestaciones relacionadas con situaciones cotidianas totalmente ajenas al conflicto generador de la reacción, hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, requiere terapias prolongadas pero no tratamiento farmacológico): 15-30%

Crónico grave (Aparecen manifestaciones relacionadas con situaciones cotidianas totalmente ajenas al conflicto generador de la reacción, hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, hay trastornos de la memoria y la concentración, requiere terapias prolongadas y tratamiento farmacológico): 30-60%.

DELIRIUM DEBIDO A ENFERMEDAD MEDICA: DSM IV: F.05 CIE-10: 293.0:

Con enfermedad médica en evolución: Se evalúa una vez finalizada la evolución de la enfermedad.

Crónico muy leve (Solo aparecen manifestaciones relacionadas con el conflicto generador de la reacción, no hay alteración de las relaciones laborales ni la vida familiar, no hay alteración de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, no requiere tratamiento): 5-10%.

Crónico leve (Aparecen manifestaciones ligadas a situaciones cotidianas pero con algún grado de relación con el conflicto generador de la reacción, no hay alteración de las relaciones laborales pero si incide en la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de

base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, puede ser tratado mediante terapias breves): 10-20%.

Crónico moderado (Aparecen manifestaciones relacionadas con situaciones cotidianas totalmente ajenas al conflicto generador de la reacción, hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, requiere terapias prolongadas pero no tratamiento farmacológico):20-45%.

Crónico grave (Aparecen manifestaciones relacionadas con situaciones cotidianas totalmente ajenas al conflicto generador de la reacción, hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta alteración de la personalidad de base, hay trastornos de la memoria y la concentración, requiere terapias prolongadas y tratamiento farmacológico): 45-70%.

Crónico muy grave (Requiere una asistencia o supervisión permanente, no puede trabajar ni hacer una vida independiente); 70-100%.

DEMENCIA DEBIDA A ENFERMEDAD NEUROLOGICA: DSM IV: F.02, 1, 2, 3, 4, 8, 03. CIE-10: 290.10, 294.1, 294,9, 294.8:

Leve (Incide en forma escasa en la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la concentración): 15-25%.

Moderada (Hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, hay trastornos de la concentración): 25-45%.

Grave (Hay alteración marcada de la vida familiar, relaciones laborales imposibles. presenta alteración de la personalidad de base, hay trastornos de la concentración, requiere tratamiento farmacológico permanente): 45-65%.

Muy grave (Requiere una asistencia o supervisión permanente, no puede trabajar ni hacer una vida independiente): 70-100%.

DEMENCIA TIPO ALZHEIMER DE INICIO TEMPRANO: 65 AÑOS O ANTES: DSM IV. F.00, F00.01, F.00.03. CIE 10: 290.10, 290.12, 290.13:

Leve (Incide en forma escasa en la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la concentración). 30-45%

Moderada (Hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, hay trastornos de la concentración):45-60%

Grave (Hay alteración marcada de la vida familiar, relaciones laborales imposibles. presenta alteración de la personalidad de base, hay trastornos de la concentración, requiere tratamiento farmacológico permanente): 60-80%

Muy grave (Requiere una asistencia o supervisión permanente, no puede trabajar ni hacer una vida independiente): 80-100%.

DEMENCIA TIPO ALZHEIMER TARDIA DESPUES DEL LOS 65 AÑOS: DSM IV: F00.10, F00.11, F00.13. CIE 10: 290.10, 290.20, 290.21:

Leve (Incide en forma escasa en la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la concentración)20-35%

Moderada (Hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, hay trastornos de la concentración); 45-60%.

Grave (Hay alteración marcada de la vida familiar, relaciones laborales imposibles. presenta alteración de la personalidad de base, hay trastornos de la concentración, requiere tratamiento farmacológico permanente): 50-70%.

Muy grave (Requiere una asistencia o supervisión permanente, no puede trabajar ni hacer una vida independiente): 70-100%.

DEMENCIA VASCULAR: DSMIV: F01, F01.80, F01.81 Y 83. CIE 10: 290.10, 42, 43 Y 44:

Leve (Incide en forma escasa en la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la concentración): 20-35%

Moderada (Hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, hay trastornos de la concentración): 35-40%

Grave (Hay alteración marcada de la vida familiar, relaciones laborales imposibles. presenta alteración de la personalidad de base, hay trastornos de la concentración, requiere tratamiento farmacológico permanente). 35-50%

Muy grave (Requiere una asistencia o supervisión permanente, no puede trabajar ni hacer una vida independiente). 70-100%.

ESQUIZOFRENIA: DSM IV: F 20.0, .1, .2 Y .3. CIE 10: 295.10, 20, 30, 90:

Episodio único en remisión total. 3-10%

Episódica en brote: Se evalúa por la sintomatología residual una vez finalizado del brote.

Continua o episódica con síntomas residuales leves (No hay alteración de las relaciones laborales, pero si incide en la vida familiar, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración): 10-20%.

Continua o episódica con síntomas residuales moderados (Hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, pero puede realizar algunos trabajos):20-40%

Continua o episódica con síntomas residuales graves (Hay alteración marcada de la vida familiar e imposibilidad de trabajar). 40-70%

Continua o episódica con síntomas residuales muy graves (Requiere una asistencia o supervisión permanente, no puede trabajar ni hacer una vida independiente): 70-100%

ESQUIZOFRENIA RESIDUAL: DSM IV: F.20.5 CIE 10: 295.60

Muy leve (Episódica alteración de las relaciones laborales y/o vida familiar, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, no requiere tratamiento continuo): 5-20%.

Leve (Episódica alteración de las relaciones laborales y/o vida familiar, leves trastornos de la memoria y de la concentración): 20-30%.

Moderada (Hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, pero puede realizar algunos trabajos): 30-45%

Grave (Hay alteración marcada de la vida familiar e imposibilidad de trabajar): 45-65%.

Muy grave (Requiere una asistencia o supervisión permanente, no puede trabajar ni hacer una vida independiente): 65-100%.

FOBIA ESPECIFICA: DSM IV: F.40.2 CIE-10: 300.29:

Muy leve (Solo aparecen manifestaciones relacionadas con el conflicto generador de la reacción, no hay alteración de las relaciones laborales ni la vida familiar, no hay alteración de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, no requiere tratamiento psicoterapéutico continuo): 3-10%.

Leve (Aparecen manifestaciones ligadas a situaciones cotidianas pero con algún grado de relación con el conflicto generador de la reacción, no hay alteración de las relaciones laborales pero si incide en la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, puede ser tratado mediante terapias breves): 10-20%.

Moderado (Aparecen manifestaciones relacionadas con situaciones cotidianas totalmente ajenas al conflicto generador de la reacción, hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, requiere terapias prolongadas pero no tratamiento farmacológico): 20-35%.

Grave (Aparecen manifestaciones relacionadas con situaciones cotidianas totalmente ajenas al conflicto generador de la reacción, hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta alteración de la personalidad de base, hay trastornos de la memoria y la concentración, requiere terapias prolongadas y tratamiento farmacológico): 35-55%.

FOBIA SOCIAL: DSM IV: F.40.1 CIE-10: 300.23:

Muy leve (Solo aparecen manifestaciones relacionadas con el conflicto generador de la reacción, no hay alteración de las relaciones laborales ni la vida familiar, no hay alteración de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, no requiere tratamiento psicoterapéutico continuo): 2-6%.

Leve (Aparecen manifestaciones ligadas a situaciones cotidianas pero con algún grado de relación con el conflicto generador de la reacción, no hay alteración de las relaciones laborales pero si incide en la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, puede ser tratado mediante terapias breves): 6-15%.

Moderado (Aparecen manifestaciones relacionadas con situaciones cotidianas totalmente ajenas al conflicto generador de la reacción, hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, requiere terapias prolongadas pero no tratamiento farmacológico): 15-28%.

Grave (Aparecen manifestaciones relacionadas con situaciones cotidianas totalmente ajenas al conflicto generador de la reacción, hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta alteración de la personalidad de base, hay trastornos de la memoria y la concentración, requiere terapias prolongadas y tratamiento farmacológico): 28-50%.

FUGA DISOCIATIVA: DSM IV: F.44.1 CIE-10: 300.13:

Muy leve (Solo aparecen manifestaciones relacionadas con el conflicto generador de la reacción, no hay alteración de las relaciones laborales ni la vida familiar, leve alteración de la personalidad de base, no hay trastornos de la concentración, no requiere tratamiento): 0-10%.

Leve (No hay alteración de las relaciones laborales pero si incide en la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la concentración, puede ser tratado mediante terapias breves): 10-20%.

Moderado (Hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la concentración, presenta olvidos frecuentes, requiere terapias prolongadas): 20-35%.

Grave (Hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta alteración de la personalidad de base, hay trastornos de la concentración y olvidos de aspectos esenciales y/o muy habituales de la vida, requiere terapias prolongadas y tratamiento farmacológico): 35-65%.

Muy grave (Requiere una asistencia o supervisión permanente, no puede trabajar ni hacer una vida independiente): 65-80%.

TRASTORNO ADAPTATIVO: DSM IV: F.43.20, 22, 24,25, 28,9. CIE 10: 309.0, 3, 4,9, 24, 28:

Agudo. Se evalúa una vez finalizado el episodio.

Crónico, muy leve (Solo aparecen manifestaciones relacionadas con el conflicto generador de la reacción, no hay alteración de las relaciones laborales ni la vida familiar, leve alteración de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, no requiere tratamiento): 2-10%.

Crónico, leve (Aparecen manifestaciones ligadas a situaciones cotidianas pero con algún grado de relación con el conflicto generador de la reacción, no hay alteración de las relaciones laborales pero si incide en la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, puede ser tratado mediante terapias breves): 10-20%.

Crónico, moderado (Aparecen manifestaciones relacionadas con situaciones cotidianas totalmente ajenas al conflicto generador de la reacción, hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, requiere terapias prolongadas pero no tratamiento farmacológico): 20-35%.

Crónico, grave (Aparecen manifestaciones relacionadas con situaciones cotidianas totalmente ajenas al conflicto generador de la reacción, hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta alteración de la personalidad de base, hay trastornos de la memoria y la concentración, requiere terapias prolongadas y tratamiento farmacológico): 35-55%.

TRASTORNO AMNESICO SECUNDARIO A ENFERMEDAD MEDICA: DSM IV: F.04 CIE 10: 294.0:

Con enfermedad en evolución: se evalúa una vez finalizada la misma.

Crónico muy leve (No hay alteración de las relaciones laborales ni la vida familiar, leve alteración de la personalidad de base, no hay trastornos de la concentración, presenta olvidos esporádicos, no requiere tratamiento): 3-8%

Crónico leve (No hay alteración de las relaciones laborales pero si incide en la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la concentración, presenta olvidos frecuentes pero respecto a temas poco trascendentes para la vida de relación, puede ser tratado mediante terapias breves): 8-15%.

Crónico moderado (Hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la concentración, presenta olvidos frecuentes, requiere terapias prolongadas): 15-40%.

Crónico grave (Hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta alteración de la personalidad de base, hay trastornos de la concentración y olvidos de aspectos esenciales y/o muy habituales de la vida, requiere terapias prolongadas y tratamiento farmacológico): 40-70%.

Crónico muy grave (Requiere una asistencia o supervisión permanente, no puede trabajar ni hacer una vida independiente): 70-100%.

TRASTORNO BIPOLAR I: DSM IV: F.30, F.31, F31.6 CIE-10: 296.0 296.40 296.4X:

Episodio único: 2-10%.

Leve (Aparecen manifestaciones ligadas a situaciones cotidianas pero con algún grado de relación con el conflicto generador de la reacción, no hay alteración de las relaciones laborales pero si incide en la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, puede ser tratado mediante terapias breves): 10-25%.

Moderado (Aparecen manifestaciones relacionadas con situaciones cotidianas totalmente ajenas al conflicto generador de la reacción, hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, requiere terapias prolongadas pero no tratamiento farmacológico): 25-40%.

Grave (Aparecen manifestaciones relacionadas con situaciones cotidianas totalmente ajenas al conflicto generador de la reacción, hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta alteración de la personalidad de base, hay trastornos de la memoria y la concentración, requiere terapias prolongadas y tratamiento farmacológico): 40-50%.

Muy grave (Requiere una asistencia o supervisión permanente, no puede trabajar ni hacer una vida independiente): 70-100%

TRASTORNO BIPOLAR II: DSM IV: F.31.8 CIE-10: 296.89:

Leve (Aparecen manifestaciones ligadas a situaciones cotidianas pero con algún grado de relación con el conflicto generador de la reacción, no hay alteración de las relaciones laborales pero si incide en la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, puede ser tratado mediante terapias breves): 15-25%.

Moderado (Aparecen manifestaciones relacionadas con situaciones cotidianas totalmente ajenas al conflicto generador de la reacción, hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, requiere terapias prolongadas pero no tratamiento farmacológico)25-40%.

Grave (Aparecen manifestaciones relacionadas con situaciones cotidianas totalmente ajenas al conflicto generador de la reacción, hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta alteración de la personalidad de base, hay trastornos de la memoria y la concentración, requiere terapias prolongadas y tratamiento farmacológico)40-50%.

Muy grave (Requiere una asistencia o supervisión permanente, no puede trabajar ni hacer una vida independiente): 70-100%.

TRASTORNO DE ANGUSTIA CON AGORAFOBIA: DSM IV: F.40.01 CIE-10: 300.21:

Muy leve (Solo aparecen manifestaciones relacionadas con el tema generador de la reacción, no hay alteración de las relaciones laborales ni la vida familiar, no hay alteración de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, no requiere tratamiento psicoterapéutico continuo): 2-10%.

Leve (Aparecen manifestaciones ligadas a situaciones cotidianas pero con algún grado de relación con el conflicto generador de la reacción, no hay alteración de las relaciones laborales pero si incide en la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, puede ser tratado mediante terapias breves): 10-25%.

Moderado (Aparecen manifestaciones relacionadas con situaciones cotidianas totalmente ajenas al conflicto generador de la reacción, hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, requiere terapias prolongadas pero no tratamiento farmacológico): 25-40%.

Grave (Aparecen manifestaciones relacionadas con situaciones cotidianas totalmente ajenas al conflicto generador de la reacción, hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta alteración de la personalidad de base, hay trastornos de la memoria y la concentración, requiere terapias prolongadas y tratamiento farmacológico): 40-60%.

Muy grave (Requiere una asistencia o supervisión permanente, no puede trabajar ni hacer una vida independiente): 60-100%.

TRASTORNO DE ANGUSTIA SIN AGORAFOBIA: DSM IV: F.41.0 CIE-10: 300.01:

Muy leve (Solo aparecen manifestaciones relacionadas con el conflicto generador de la reacción, no hay alteración de las relaciones laborales ni la vida familiar, no hay alteración de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, no requiere tratamiento psicoterapéutico continuo): 2-8%.

Leve (Aparecen manifestaciones ligadas a situaciones cotidianas pero con algún grado de relación con el conflicto generador de la reacción, no hay alteración de las relaciones laborales pero si incide en la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, puede ser tratado mediante terapias breves): 8-18%.

Moderado (Aparecen manifestaciones relacionadas con situaciones cotidianas totalmente ajenas al conflicto generador de la reacción, hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, requiere terapias prolongadas pero no tratamiento farmacológico): 18-30%.

Grave (Aparecen manifestaciones relacionadas con situaciones cotidianas totalmente ajenas al conflicto generador de la reacción, hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta alteración de la personalidad de base, hay trastornos de la memoria y la concentración, requiere terapias prolongadas y tratamiento farmacológico): 30-50%.

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA: DSM IV: F.41.1 CIE-10: 300.02:

Muy leve (Solo aparecen manifestaciones relacionadas con el conflicto generador de la reacción, no hay alteración de las relaciones laborales ni la vida familiar, no hay alteración de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, no requiere tratamiento psicoterapéutico continuo): 2-8%.

Leve (Aparecen manifestaciones ligadas a situaciones cotidianas pero con algún grado de relación con el conflicto generador de la reacción, no hay alteración de las relaciones laborales pero si incide en la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, puede ser tratado mediante terapias breves): 8-20%.

Moderado (Aparecen manifestaciones relacionadas con situaciones cotidianas totalmente ajenas al conflicto generador de la reacción, hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, requiere terapias prolongadas pero no tratamiento farmacológico): 20-35%.

Grave (Aparecen manifestaciones relacionadas con situaciones cotidianas totalmente ajenas al conflicto generador de la reacción, hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta alteración de la personalidad de base, hay trastornos de la memoria y la concentración, requiere terapias prolongadas y tratamiento farmacológico): 35-55%.

TRASTORNO DE CONVERSION: **DSM IV: F.44.X CIE-10: 300.11:**

Muy leve (Solo aparecen manifestaciones relacionadas con el conflicto generador de la reacción, no hay alteración de las relaciones laborales ni la vida familiar, leve alteración de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, no requiere tratamiento): 3-10%.

Leve (Aparecen manifestaciones ligadas a situaciones cotidianas pero con algún grado de relación con el conflicto generador de la reacción, no hay alteración de las relaciones laborales pero si incide en la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, puede ser tratado mediante terapias breves): 10-25%.

Moderado (Aparecen manifestaciones relacionadas con situaciones cotidianas totalmente ajenas al conflicto generador de la reacción, hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos

de la memoria ni de la concentración, requiere terapias prolongadas pero no tratamiento farmacológico): 25-45%.

Grave (Aparecen manifestaciones relacionadas con situaciones cotidianas totalmente ajenas al conflicto generador de la reacción, hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta alteración de la personalidad de base, hay trastornos de la memoria y la concentración, requiere terapias prolongadas y tratamiento farmacológico): 45-65%.

Muy grave (Requiere una asistencia o supervisión permanente, no puede trabajar ni hacer una vida independiente): 65-100%.

TRASTORNO DE PERSONALIDAD: **DSM IV; F.60.0, 1, 2, 31, 4. CIE-10: 301.0, 20, 50, 7, 83:**

Muy leve (Solo aparecen manifestaciones relacionadas con el conflicto generador de la reacción, no hay alteración de las relaciones laborales ni la vida familiar, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, no requiere tratamiento): 0-8%.

Leve (Aparecen manifestaciones ligadas a situaciones cotidianas pero con algún grado de relación con el conflicto generador de la reacción, no hay alteración de las relaciones laborales pero si incide en la vida familiar, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, puede ser tratado mediante terapias breves): 8-20%.

Moderado (Aparecen manifestaciones relacionadas con situaciones cotidianas totalmente ajenas al conflicto generador de la reacción, hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, requiere terapias prolongadas pero no tratamiento farmacológico): 20-40%.

Grave (Aparecen manifestaciones relacionadas con situaciones cotidianas totalmente ajenas al conflicto generador de la reacción, hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, hay trastornos de la memoria y la concentración, requiere terapias prolongadas y tratamiento farmacológico): 40-70%.

Muy grave (Requiere una asistencia o supervisión permanente, no puede trabajar ni hacer una vida independiente): 70-80%.

TRASTORNO DEL SUEÑO: **DSM IV: F.51.0, 1 CIE-10: 307.42, 44:**

Muy leve (No hay alteración de las relaciones laborales ni la vida familiar, leve alteración de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración): 0-5%.

Leve (No hay alteración de las relaciones laborales pero si incide en la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, requiere tratamiento farmacológico esporádico): 5-15%.

Moderado (Hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, requiere tratamiento farmacológico continuo): 15-30%.

Grave (Hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta alteración de la personalidad de base, hay trastornos de la memoria y la concentración, requiere terapias prolongadas y tratamiento farmacológico continuo: 30-55%.

TRASTORNO DELIRANTE: DSM IV: F.22 CIE-10: 297.1:

Muy leve (Solo aparecen manifestaciones relacionadas con el conflicto generador de la reacción, no hay alteración de las relaciones laborales ni la vida familiar, no hay alteración de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, no requiere tratamiento): 5-10%.

Leve (Aparecen manifestaciones ligadas a situaciones cotidianas pero con algún grado de relación con el conflicto generador de la reacción, no hay alteración de las relaciones laborales pero si incide en la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, puede ser tratado mediante terapias breves): 10-25%.

Moderado (Aparecen manifestaciones relacionadas con situaciones cotidianas totalmente ajenas al conflicto generador de la reacción, hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, requiere terapias prolongadas pero no tratamiento farmacológico): 25-45%.

Grave (Aparecen manifestaciones relacionadas con situaciones cotidianas totalmente ajenas al conflicto generador de la reacción, hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta alteración de la personalidad de base, hay trastornos de la memoria y la concentración, requiere terapias prolongadas y tratamiento farmacológico): 45-70%.

Muy grave (Requiere una asistencia o supervisión permanente, no puede trabajar ni hacer una vida independiente): 70-100%.

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, EPISODIO UNICO: DSM IV: F.32 CIE-10: 296.2:

Leve (Aparecen manifestaciones ligadas a situaciones cotidianas pero con algún grado de relación con el conflicto generador de la reacción, no hay alteración de las relaciones laborales pero si incide en la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, puede ser tratado mediante terapias breves): 10-20%.

Moderado (Aparecen manifestaciones relacionadas con situaciones cotidianas totalmente ajenas al conflicto generador de la reacción, hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, requiere terapias prolongadas pero no tratamiento farmacológico): 20-35%.

Grave (Aparecen manifestaciones relacionadas con situaciones cotidianas totalmente ajenas al conflicto generador de la reacción, hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta alteración de la personalidad de base, hay trastornos de la memoria y la concentración, requiere terapias prolongadas y tratamiento farmacológico): 35-60%.

Muy grave (Requiere una asistencia o supervisión permanente, no puede trabajar ni hacer una vida independiente): 60-100%.

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE: DSM IV: F.33 CIE-10: 296.3:

Leve (Aparecen manifestaciones ligadas a situaciones cotidianas pero con algún grado de relación con el conflicto generador de la reacción, no hay alteración de las relaciones laborales pero si incide en la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, puede ser tratado mediante terapias breves): 15-25%.

Moderado (Aparecen manifestaciones relacionadas con situaciones cotidianas totalmente ajenas al conflicto generador de la reacción, hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, requiere terapias prolongadas pero no tratamiento farmacológico): 25-50%.

Grave (Aparecen manifestaciones relacionadas con situaciones cotidianas totalmente ajenas al conflicto generador de la reacción, hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta alteración de la personalidad de base, hay trastornos de la memoria y la concentración, requiere terapias prolongadas y tratamiento farmacológico): 50-70%.

Muy grave (Requiere una asistencia o supervisión permanente, no puede trabajar ni hacer una vida independiente):70-100%.

TRASTORNO DISTIMICO: DSM IV: F.34.1 CIE-10: 300.4:

Muy leve (Solo aparecen manifestaciones relacionadas con el conflicto generador de la reacción, no hay alteración de las relaciones laborales ni la vida familiar, no hay alteración de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, no requiere tratamiento): 2-8%.

Leve (Aparecen manifestaciones ligadas a situaciones cotidianas pero con algún grado de relación con el conflicto generador de la reacción, no hay alteración de las relaciones laborales pero si incide en la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, puede ser tratado mediante terapias breves): 8-15%.

Moderado (Aparecen manifestaciones relacionadas con situaciones cotidianas totalmente ajenas al conflicto generador de la reacción, hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos

de la memoria ni de la concentración, requiere terapias prolongadas pero no tratamiento farmacológico): 15-35%.

Grave (Aparecen manifestaciones relacionadas con situaciones cotidianas totalmente ajenas al conflicto generador de la reacción, hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta alteración de la personalidad de base, hay trastornos de la memoria y la concentración, requiere terapias prolongadas y tratamiento farmacológico): 35-55%.

TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO: DSM IV: F.25 CIE-10: 295.70:

Muy leve (Episódica alteración de las relaciones laborales y/o familiar, no hay alteración de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, no requiere tratamiento continuo): 3-10%.

Leve (No hay alteración de las relaciones laborales pero si incide en la vida familiar, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración): 10-25%.

Moderado (Hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, pero puede realizar algunos trabajos): 25-40%.

Grave (Hay alteración marcada de la vida familiar e imposibilidad de trabajar): 40-65%.

Muy grave (Requiere una asistencia o supervisión permanente, no puede trabajar ni hacer una vida independiente): 65-100%.

TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME: DSM IV: F.20.8 CIE-10: 295.40:

Muy leve (Episódica alteración de las relaciones laborales y/o familiar, no hay alteración de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, no requiere tratamiento continuo): 3-10%.

Leve (No hay alteración de las relaciones laborales pero si incide en la vida familiar, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración): 10-25%.

Moderado (Hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, pero puede realizar algunos trabajos): 25-40%.

Grave (Hay alteración marcada de la vida familiar e imposibilidad de trabajar): 40-65%.

Muy grave (Requiere una asistencia o supervisión permanente, no puede trabajar ni hacer una vida independiente): 65-100%.

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO: DSM IV: F.42.8 CIE-10: 300.23:

Muy leve (Solo aparecen manifestaciones relacionadas con el conflicto generador de la reacción, no hay alteración de las relaciones laborales ni la vida familiar, no hay alteración de la personalidad de

base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, no requiere tratamiento psicoterapéutico continuo): 5-10%.

Leve (Aparecen manifestaciones ligadas a situaciones cotidianas pero con algún grado de relación con el conflicto generador de la reacción, no hay alteración de las relaciones laborales pero si incide en la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, puede ser tratado mediante terapias breves): 10-25%.

Moderado (Aparecen manifestaciones relacionadas con situaciones cotidianas totalmente ajenas al conflicto generador de la reacción, hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, requiere terapias prolongadas pero no tratamiento farmacológico): 25-40%.

Grave (Aparecen manifestaciones relacionadas con situaciones cotidianas totalmente ajenas al conflicto generador de la reacción, hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta alteración de la personalidad de base, hay trastornos de la memoria y la concentración, requiere terapias prolongadas y tratamiento farmacológico): 45-65%.

TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO: DSM IV: F.43.0 CIE-10: 308.3:

Se evalúa según la secuela residual al finalizar el episodio agudo.

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMATICO: DSM IV: F.43.1 CIE-10: 309.81:

AGUDO: se evalúa tres meses después del acontecimiento.

CRONICO: Muy leve (Solo aparecen manifestaciones relacionadas con el conflicto generador de la reacción, no hay alteración de las relaciones laborales ni la vida familiar, leve alteración de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, no requiere tratamiento): 2-7%.

Leve (Aparecen manifestaciones ligadas a situaciones cotidianas pero con algún grado de relación con el conflicto generador de la reacción, no hay alteración de las relaciones laborales pero si incide en la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, puede ser tratado mediante terapias breves): 7-15%.

Moderado (Aparecen manifestaciones relacionadas con situaciones cotidianas totalmente ajenas al conflicto generador de la reacción, hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, requiere terapias prolongadas pero no tratamiento farmacológico): 15-30%.

Grave (Aparecen manifestaciones relacionadas con situaciones cotidianas totalmente ajenas al conflicto generador de la reacción, hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta alteración de la personalidad de base, hay trastornos de la memoria y la concentración, requiere terapias prolongadas y tratamiento farmacológico): 30-50%.

TRASTORNO PSICOTICO BREVE: DSM IV: 23.8 CIE-10: 298.8:

Se evalúa según el estado del paciente al finalizar el brote.

TRASTORNO PSICOTICO COMPARTIDO: **DSM IV: F.24 CIE-10: 297.3:**

Muy leve (Solo aparecen manifestaciones relacionadas con el conflicto generador de la reacción, no hay alteración de las relaciones laborales ni la vida familiar, no hay alteración de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, no requiere tratamiento): 5-10%.

Leve (Aparecen manifestaciones ligadas a situaciones cotidianas pero con algún grado de relación con el conflicto generador de la reacción, no hay alteración de las relaciones laborales pero si incide en la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, puede ser tratado mediante terapias breves): 10-25%.

Moderado (Aparecen manifestaciones relacionadas con situaciones cotidianas totalmente ajenas al conflicto generador de la reacción, hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, requiere terapias prolongadas pero no tratamiento farmacológico): 25-45%.

Grave (Aparecen manifestaciones relacionadas con situaciones cotidianas totalmente ajenas al conflicto generador de la reacción, hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta alteración de la personalidad de base, hay trastornos de la memoria y la concentración, requiere terapias prolongadas y tratamiento farmacológico): 45-70%.

Muy grave (Requiere una asistencia o supervisión permanente, no puede trabajar ni hacer una vida independiente): 70-100%.

TRASTORNO PSICOTICO REACTIVO A ENFERMEDAD MEDICA: **DSM IV: F.06 CIE-10: 293.8:**

Con enfermedad médica en evolución: Se evalúa una vez finalizada la evolución de la enfermedad.

Crónico muy leve (Solo aparecen manifestaciones relacionadas con el conflicto generador de la reacción, no hay alteración de las relaciones laborales ni la vida familiar, no hay alteración de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, no requiere tratamiento): 5-10%.

Crónico leve (Aparecen manifestaciones ligadas a situaciones cotidianas pero con algún grado de relación con el conflicto generador de la reacción, no hay alteración de las relaciones laborales pero si incide en la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, puede ser tratado mediante terapias breves): 10-20%.

Crónico moderado (Aparecen manifestaciones relacionadas con situaciones cotidianas totalmente ajenas al conflicto generador de la reacción, hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, requiere terapias prolongadas pero no tratamiento farmacológico): 20-45%.

Crónico grave (Aparecen manifestaciones relacionadas con situaciones cotidianas totalmente ajenas al conflicto generador de la reacción, hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta alteración de la personalidad de base, hay trastornos de la memoria y la concentración, requiere terapias prolongadas y tratamiento farmacológico): 45-70%.

Crónico muy grave (Requiere una asistencia o supervisión permanente, no puede trabajar ni hacer una vida independiente): 70-100%.

DESARROLLO REACTIVO NO PSICOTICO: REACCION VIVENCIAL ANORMAL NEUROTICA:

Muy leve (Solo aparecen manifestaciones relacionadas con el tema generador de la reacción, no hay alteración de las relaciones laborales ni la vida familiar, no hay alteración de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, no requiere tratamiento psicoterapéutico continuo): 2-5%.

Leve (Aparecen manifestaciones ligadas a situaciones cotidianas pero con algún grado de relación con el conflicto generador de la reacción, no hay alteración de las relaciones laborales pero si incide en la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, puede ser tratado mediante terapias breves): 5-10%.

Moderada (Aparecen manifestaciones relacionadas con situaciones cotidianas totalmente ajenas al conflicto generador de la reacción, hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta acentuación de los rasgos más característicos de la personalidad de base, no hay trastornos de la memoria ni de la concentración, requiere terapias prolongadas pero no tratamiento farmacológico: 10-20%.

Grave (Aparecen manifestaciones relacionadas con situaciones cotidianas totalmente ajenas al conflicto generador de la reacción, hay alteración de las relaciones laborales y de la vida familiar, presenta alteración de la personalidad de base, hay trastornos de la memoria y la concentración, requiere terapias prolongadas y tratamiento farmacológico): 20-40%.

BAREMO CAJA DE LA ABOGACÍA

CAPITULO XV

DEFICIENCIA DEL SÍSTEMA INMUNÓLOGICO SEVERA (Infección por H.I.V. y S.I.D.A.)

TABLA DE INCAPACIDAD

Ante la evaluación de pacientes con esta patología debe tenerse en cuenta la repercusión psíquica de la misma y por consiguiente, deberá adicionarse, si existiera, la incapacidad de origen psiquiátrico.

PERÍODO PREPATOGÉNICO: En este período podemos incluir a las personas pertenecientes a los grupos de alto riesgo y que presentan factores que favorecen los mecanismos de transmisión:

1. Homosexuales, promiscuos, pasivos y con enfermedades de transmisión sexual.
2. Toxicómanos, los que utilizan drogas IV con aguja compartida.
3. Hemofílicos y politransfundidos, que utilizan hemoderivados no testados para HIV.
4. Personas que han recibido transfusiones en los últimos años o hijos de madres portadoras.

ESTADÍO I	▪ Factor de riesgo presente o ausente. ▪ Infección asintomática. ▪ Sin alteraciones inmunohematológicas. ▪ Con alteraciones inmunohematológicas. ▪ Reacciones serológicas positivas (Elisa - IF) semicuantitativas, cualitativas para confirmación: Inmunoblot. ▪ Puede ser portador asintomático sin pasar a otros estadíos. ▪ CD4 > 500 células por milímetro cúbico. ▪ CD4 200-499 células por milímetro cúbico 0 - 10 %.
ESTADÍO II	▪ Factor de riesgo presente o ausente. ▪ Serología positiva para HIV. ▪ Linfoadenopatía generalizada persistente (LGP): se define como el aumento de ganglios palpables de más de 1cm. de diámetro, generalmente de distribución simétrica, por lo menos en 2 ó más localizaciones extrainguinales, que persistan durante al menos 3 meses y que no son explicables por ninguna causa. ▪ Axilares, Cervicales posteriores, Supraclaviculares, Inguinales, Epitrocleares. ▪ Hiliares. ▪ A veces, este cuadro se acompaña de leucoplasia oral. ▪ CD4 > 500 células por milímetro cúbico. ▪ CD4 200-499 células por milímetro cúbico 0 – 10% ▪ CD4 < 200 células por milímetro cúbico 10 - 40 %.

ESTADÍO III	▪ Complejo relacionado con el SIDA (C.R.S. o A.R.S.). ▪ El diagnóstico se realiza mediante la clínica y laboratorio. EXCLUSIÓN DE INFECCIÓN POR GERMEN OPORTUNISTA Y DE TUMOR. Una persona debe tener para cumplir con la definición: ▪ Linfadenopatías mayores de 1cm. en dos cadenas extrainguinales, más 2 o más signos o síntomas, más 2 o más valores analíticos anormales. ▪ Signosíntomatología clínica: ▪ Presentes por 3 o más meses. Pérdida de peso: más de 7 kg. ó 10 % del peso. ▪ Fiebre: más de 38° C, intermitente o continua. ▪ Diarrea de más de un mes. ▪ Fatiga muscular. ▪ Sudores nocturnos. ▪ Patologías sintomáticas: que se atribuyen a la infección por H.I.V. o indican falla en la inmunidad celular o que tienen un curso clínico o requieren un manejo más complicado, que el habitual, por la infección por H.I.V.: ▪ Candidiasis vulvovaginal persistente, frecuente o refractaria al tratamiento. ▪ Leucoplasia oral pilosa. ▪ Herpes Zoster extenso o repetido. ▪ Neuropatía periférica. ▪ Angiomatosis bacilar. ▪ Displasia cervical moderada o severa. ▪ Carcinoma cervical in situ. ▪ Estudios de Laboratorio: ▪ CD4 > 500 células por milímetro cúbico. ▪ CD4 200-499 células por milímetro cúbico. ▪ CD4 < 200 células por milímetro cúbico. ▪ Indice OKT 4 - OKT 8 por debajo de 1, alrededor de 0.5. ▪ Anemia o leucopenia o trombopenia o linfopenia. ▪ Hipergammaglobulinemia. ▪ Anergia cutánea a múltiples antígenos. ▪ Niveles de inmunocomplejos elevados. 40 - 70 % ACLARACIÓN: No todos los pacientes afectados de SIDA han pasado previamente a través de un estado prodrómico ostensible como CRS o LGP ya que la mayoría debutan sin fase sintomática de signos clínicos pero "NO ASÍ DE LABORATORIO".

ESTADÍO IV	Esta situación queda definida por la aparición de infecciones oportunistas graves y repetitivas y/o aparición de tumores poco frecuentes en la clínica. ▪ Alteraciones neurológicas: demencia - neuropatía - mielopatía no justificada, asociada al H.I.V. positivo. (*) ▪ Candidiasis del esófago, tráquea, bronquios o pulmón, diagnosticada por inspección microscópica, por endoscopía, histología o citología sobre una muestra obtenida directamente de los tejidos afectados (incluyendo raspado de la superficie de la mucosa), no a partir del cultivo. ▪ Criptosporidiasis, con diarrea persistente más de 1 mes, diagnosticada por microscopía (Citología o Histología). ▪ Criptococosis extrapulmonar, diagnosticada por microscopio (Histología o Citología). ▪ Enfermedad Citomegálica de un órgano que no sea hígado, bazo o ganglios linfáticos, en un enfermo de más de 1 mes de edad, diagnosticada por microscopía. ▪ Infección por virus herpes simple, que causa úlcera mucocutánea persistente más de un mes, o bronquitis, neumonitis o esofagitis de cualquier duración en un enfermo de más de un mes de edad, diagnosticada por microscopía (Histologia o Citología), cultivo o detección de antígenos en una muestra obtenida a partir de tejidos afectados o en un fluído procedente de sus tejidos. ▪ Sarcoma de Kaposi en un enfermo con menos de 60 años (o mayor de 60 años con serología positiva para H.I.V.). ▪ Linfoma de cerebro primario en un enfermo de menos de 60 años (o mayor de 60 años con serología positiva para H.I.V.). ▪ Enfermedad por el Complejo de Micobacterium avium o Kansasii, diseminada, en una localización que no sea pulmón, piel o ganglios linfáticos cervicales o hiliares, diagnosticada por cultivo. ▪ Neumonía por Pneumocystis Carini progresiva, diagnosticada por cultivo. ▪ Toxoplasmosis visceral. ▪ Neumonía intersticial linfoide pulmonar (Complejo LIP/PL-H), diagnosticada por microscopía. ▪ Cáncer cervical invasivo con serología positiva para H.I.V. ▪ Caquexia asociada a H.I.V. positivo (pérdida de peso involuntaria mayor del 10 %, más diarrea crónica por más de 30 días y/o astenia crónica y/o fiebre sin causa documentada por más de 30 días). ▪ Coccidioidomicosis extrapulmonar. ▪ Estrongiloidiasis extraintestinal. ▪ Histoplasmosis extrapulmonar. ▪ Isosporosis con diarrea más de un mes. ▪ Leucoencefalopatía multifocal progresiva. ▪ Linfoma no Hodkin de células B o fenotipo inmunológico desconocido y linfoma a células pequeñas, no clivadas, o sarcoma inmunoblástico. ▪ Mycobacterium tuberculosis pulmonar y/o diseminado, con serología positiva para H.I.V. ▪ Neumonía bacteriana recurrente, con serología positiva para H.I.V. ▪ Nocardiosis, con serología positiva para H.I.V. ▪ Septicemia por salmonella (no tifoidea), recurrente, con serología positiva para H.I.V. 70 - 80 % (*) Diferenciar de las neuropatías de origen nutricional o medicamentosas, que pueden ser reversibles.

BAREMO CAJA DE LA ABOGACÍA

CAPITULO XVI

NEOPLASIAS

Ser portador, en la actualidad, de una neoplasia, no tiene las implicancias de antaño. Un mayor conocimiento popular y los avances tecnológicos que permiten un diagnóstico más temprano y certero, han cambiado el pronóstico de estas afecciones.

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

El grado de incapacidad producido por las mismas depende de su ubicación, extensión,

compromiso ganglionar local y regional, respuesta al tratamiento quirúrgico, radiante, químico, hormonal y las secuelas del mismo.

La inextirpabilidad del tumor, las metástasis a distancia y las recidivas modifican sustancialmente su pronóstico.

ELEMENTOS DE DIAGNÓSTICO	
Anamnesis	
Examen físico:	general especializado
Laboratorio:	general especializado
Diagnóstico por imágenes: Rx, Eco, TAC, RNM, Centellograma, Angiografía	
Biopsias: endoscópicas, quirúrgicas	

SISTEMA DE CLASIFICACIÓN TNM

T: Tumor primitivo (profundidad de la invasión del cáncer)
Tx: No evaluable
T0: Sin evidencia clínica de tumor primitivo
Tis: Tumor in situ o pequeño
T1: Invasión de la submucosa
T2: Invasión de la muscularis propia
T3: Invasión de la subserosa
T4: Invasión del peritoneo visceral, otros órganos, otras estructuras
N: Metástasis en ganglios linfáticos
Nx: No evaluable
N0: Ninguna metástasis en ganglios linfáticos
N1: Metástasis en uno a tres ganglios regionales
N2: Metástasis en cuatro o más ganglios regionales
N3: Metástasis a lo largo de un tronco vascular
M: Metástasis a distancia (enfermedad metastásica)
Mx: No evaluables
M0: Sin evidencia de metástasis distal
M1: Existencia de metástasis demostradas

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

RELACIÓN ENTRE LA CLASIFICACIÓN POR LA ESCALA DE DUKES Y LA ESCALA TNM PROPUESTA POR EL AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER Y LA INTERNACIONAL UNION AGAINST CANCER

	T	N	M	Dukes
Estadío 0	Tis	N0	M0	
Estadío I	T1 T2	N0 N0	M0 M0	A
Estadía II	T3 T4	N0 N0	M0 M0	B
Estadío III	Cualquier T Cualquier T	N1 N2, N3	M0 M0	C
Estadío IV	Cualquier T	Cualquier N	M1	

Algunas neoplasias tiene una estadificación específica a la que se remite (ej.: Linfomas, en el capítulo de Sangre).

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

ESCALA DE KARNOFSKY

(De aplicación en los casos no explicitados en los capítulos precedentes).

Grado 0: Con actividad normal y capacidad para realizar todas las actividades que realizaba previamente. 0 - 30 %

Grado I: Con restricción para el ejercicio físico intenso, pero con capacidad para el trabajo ligero y la deambulación. 30 - 60 %

Grado II: Con capacidad para valerse por sí mismo y para la deambulación pero con incapacidad para cualquier clase de trabajo. Permanece en cama o sentado menos del 50% del tiempo diurno. 70 %

Grado III: Con capacidad limitada para valerse por sí mismo; pasa en cama o sentado más del 50% del tiempo diurno. 70 - 80 %

Grado IV: Completamente incapacitado. 80 %

BAREMO CAJA DE LA ABOGACÍA

CAPITULO XVII

OSTEOARTICULAR

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

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

En las patologías osteoarticulomusculares, la Junta Médica deberá especialmente considerar de que manera afectan el profesiograma del abogado, especialmente en los puntos vinculados con las capacidades físicas que requiere un letrado para el desempeño de su actividad.

A pesar que la tarea del abogado es eminentemente intelectual, requiere no obstante de habilidades físicas que le permitan llevar a cabo su función: capacidad de deambulación, subir escaleras, escribir a mano, a máquina o con computadora, etc.

ELEMENTOS DE DIAGNÓSTICO

Anamnesis

Examen físico-psíquico

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

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

Electrofisiológicos: electromiograma, velocidad de conducción, potenciales evocados.

Otros: artroscopías, biopsia (sinovial, renal).

AFECCIONES REUMÁTICAS

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

Las podemos agrupar en:

1. Inflamatorias
2. Degenerativas
3. Metabólicas
4. Extraarticulares

1. Inflamatorias

- Artritis séptica
- Artritis post-traumática
- Artritis reumatoidea
- Artritis reumatoidea juvenil
- Lupus eritematoso sistémico
- Esclerodermia sistémica
- Dermatomiositis y Polimiositis
- Vasculitis (ej.: Periarteritis nudosa)
- Síndrome de Sjögren
- Síndromes de superposición

2. Degenerativas

- Artrosis

3 Metabólicas

- Osteoporosis
- Cristálicas:
- Gota
- Enfermedad por depósito de pirofosfato de Calcio
- Enfermedad por depósito de hidroxiapatita

4. Extraarticulares

- Bursitis, Periartritis, etc.

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

1. Tratamiento medicamentoso.

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

2. Tratamiento quirúrgico.

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

3. Terapias de rehabilitación.

Se agotarán las posibilidades de terapia física y rehabilitación.

Incapacidad en afecciones inflamatorias

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

a) compromiso articular

b) compromiso sistémico.

En el caso de existir exclusivamente compromiso articular, limitado a pocas articulaciones, la Junta Médica deberá establecer si la afección permite el normal desempeño de la actividad del abogado (0% de incapacidad), si medianamente la dificulta (hasta33% de incapacidad) o directamente la impide en forma total (70% de incapacidad).

Si el compromiso articular es marcado y generalizado, comprometiendo muchas articulaciones, se valorará en forma global, como afección de todo el sistema y siguiendo los parámetros de incapacidad mencionados. A tal efecto deberá emplearse la Tabla HAD-QI: Tabla que mide el compromiso articular en particular para la A. reumatoidea, pero que se ajusta a las demás afecciones inflamatorias. (se adjunta dicha tabla por separado). (Ver anexo I)

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

Incapacidad en afecciones degenerativas

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

Incapacidad en afecciones metabólicas

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

Hay afecciones que tienen expresión fuera del ámbito íntimo de la articulación produciendo alteraciones funcionales de otras estructuras. Se evaluarán según el criterio general de estas normas.

Por ej.: la afectación neurológica local producida en el Síndrome del Túnel Carpiano, la limitación funcional del codo y/o rodillas producida por los tofos gotosos.

AFECCIONES ORTOPÉDICAS Y TRAUMÁTICAS

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

La investigación de estas lesiones se evaluará en conjunto respecto a la función de la incapacidad que puede generar en la actividad normal del abogado:

El dolor es un síntoma siempre presente en este tipo de afecciones. Es individual, difícil de cuantificar y dependiente, en gran parte, del estado emocional de la persona. Sin embargo su ubicación, las limitaciones que ocasiona y la respuesta a los analgésicos comunes son formas de valorar la coherencia del mismo con respecto a la patología en cuestión. En

algunos casos se podrán encontrar elementos objetivos que le dan mayor veracidad, (por ej. hipotrofias, posiciones antálgicas).

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

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

COLUMNA VERTEBRAL

ANQUILOSIS O ARTRODESIS DE COLUMNA CERVICAL:

En posición funcional: 10-20%.
Hasta 10º de deseje en cualquier plano: 20-25%.
De 11 a 20º de deseje en cualquier plano: 25-30%
De 21 a 30º de deseje en cualquier plano: 30-40%.
Más de 30º de deseje en cualquier plano: 40-50%.

ANQUILOSIS O ARTRODESIS DE COLUMNA DORSOLUMBAR:

En posición funcional: 10-15%.
Hasta 10º de deseje en cualquier plano: 15-20%.
Hasta 11 a 20º de deseje en cualquier plano: 20-25%.
De 21 a 30º de deseje en cualquier plano: 25-35%.
De 31 a 40º de deseje en cualquier plano: 35-45%.
De 41 a 50º de deseje en cualquier plano: 45-55%.
Más de 50º de deseje en cualquier plano: 50-60%.

CANAL ESTRECHO COLUMNA VERTEBRAL:

No operado, comprobado por tomografía computada y/o resonancia nuclear magnética, con electromiograma normal o con alteraciones leves: 10-15%.
No operado, comprobado por tomografía computada y/o resonancia nuclear magnética, con electromiograma con alteraciones moderadas a severas: 15-30%
Operado, con electromiograma con alteraciones leves o normal: 10-20%
Operado, con electromiograma con alteraciones moderadas a severas: 20-30%.
Operado, con compromiso medular y/o radicular importante pero menor a paraparesia: 30-50%.
Operado con paraparesia residual: 50-70%.
Operado con cuadriparesia residual: 50-80%.
Operado con paraplejía o cuadriplejía residual: 60-90%.

ESPONDILITIS ANQUILOPOYETICA:

Sin manifestaciones clínicas ni neurológicas (electromiograma normal): 0%.
Con manifestaciones clínicas sin manifestaciones neurológicas (electromiograma normal): 4-8%.
Con manifestaciones clínicas y neurológicas (electromiograma alterado): 10-25%.

Con alteraciones respiratorias (insuficiencia respiratoria): Suma 5 % al monto de incapacidad correspondiente al grado de insuficiencia respiratoria según el resultado de la prueba funcional respiratoria con un mínimo del 10 %.

ESPONDILOLISTESIS NO OPERADA:

Desplazamiento vertebral menor a 1/3 del diámetro vertebral, sin alteración en el electromiograma: 5-8%.
Desplazamiento vertebral de 1/3 a 2/3 del diámetro vertebral, sin alteración en el electromiograma: 8-12%.
Desplazamiento vertebral mayor a 2/3 del diámetro vertebral, sin alteración en el electromiograma: 12-15%.
Con alteraciones leves en el electromiograma: Suma 5 % a la incapacidad derivada del grado de desplazamiento.
Con alteraciones moderadas a severas en el electromiograma: Suma 10 % a la incapacidad derivada del grado de desplazamiento.

ESPONDILOLISTESIS OPERADA:

Con buena evolución postoperatoria, con electromiograma normal: 12-17%.
Con regular o mala evolución postoperatoria, con compromiso medular y/o radicular importante pero menor a paraparesia: 30-50%.
Con paraparesia residual: 50-70%.
Con paraplejía residual: 60-80%.

HERNIA DE DISCO INTERVERTEBRAL

No operada, comprobada por tomografía computada y/o resonancia nuclear magnética, con electromiograma con alteraciones leves o normal: 10-15%.
No operada, comprobada por tomografía computada y/o resonancia nuclear magnética, con electromiograma con alteraciones moderadas a severas: 15-30%.
Operada, con electromiograma normal o con alteraciones leves: 10-20%.
Operada, con compromiso medular y/o radicular importante pero menor a paraparesia: 30-50%.
Operada con paraparesia residual: 50-70%.
Operada con cuadriparesia residual: 50-80%.
Operada con paraplejía o cuadriplejía residual: 60-90%.

INFECCION DE DISCO INTERVERTEBRAL (DISCITIS) NO OPERADA

Con signos clínicos, hematológicos, tomográficos y/o por resonancia nuclear magnética de infección del disco intervertebral, sin afectación de raíces nerviosas ni órganos vecinos: 5-10%.
Con signos clínicos, hematológicos, tomográficos y/o por resonancia nuclear magnética de infección del disco intervertebral, con afectación leve a moderada de raíces nerviosas y/u órganos vecinos: 10-20%.
Con signos clínicos, hematológicos, tomográficos y/o por resonancia nuclear magnética de infección del disco intervertebral, con afectación importante de raíces nerviosas y/u órganos vecinos: 20-30%.

INFECCION DE DISCO INTERVERTEBRAL (DISCITIS) OPERADA

Signos clínicos postoperatorios y hematológicos de infección persistente del disco intervertebral con cultivo positivo, sin afectación de raíces nerviosas ni órganos vecinos. 10-20%.
Signos clínicos postoperatorios y hematológicos de infección persistente del disco intervertebral con cultivo positivo, con afectación leve a moderada de raíces nerviosas y/u órganos vecinos: 20-30%.
Signos clínicos postoperatorios y hematológicos de infección persistente del disco intervertebral con cultivo positivo, con afectación importante de raíces nerviosas y/u órganos vecinos: 30-40%.

LAMINECTOMIA

Unilateral parcial: 2-5%
Unilateral total; 6-8%.
Bilateral o de más de un espacio parcial: 9-12%.
Bilateral o de más de un espacio total: 15-20%.

MIEMBRO SUPERIOR

ANQUILOSIS O ARTRODESIS DEDO ANULAR

Con conservación de la pinza: Dominante 5 a 7 %, no dominante 4 a 6 %.
Con pérdida de la pinza: Dominante 7 a 9 %, no dominante 6 a 8 %.

ANQUILOSIS O ARTRODESIS DEDO INDICE

Con conservación de la pinza: Dominante 10 a 15 %, no dominante 8 a 12 %.
Con pérdida de la pinza: Dominante 15 a 20 %, no dominante 12 a 15 %.

ANQUILOSIS O ARTRODESIS DEDO MAYOR

Con conservación de la pinza: Dominante 7 a 10 %, no dominante 6 a 9 %.
Con pérdida de la pinza: Dominante 10 a 15 %, no dominante 9 a 14 %.

ANQUILOSIS O ARTRODESIS DEDO MEÑIQUE

Con conservación de la pinza: Dominante 6 a 10 %, no dominante 5 a 9 %.
Con pérdida de la pinza: Dominante 10 a 14 %, no dominante 9 a 13 %.

ANQUILOSIS O ARTRODESIS DEO PULGAR

Con conservación de la oposición: Dominante 10 a 15 %, no dominante 8 a 12 %.
Con pérdida de la oposición: Dominante 18 a 23 %, no dominante 15 a 20 %.

ENFERMEDAD DE DE QUERVAIN

No operada que solamente limita la realización de esfuerzos con la mano: Dominante 4 a 7 %, no dominante 3 a 6 %.
No operada que limita la movilidad de la mano: Dominante 7 a 15 %, no dominante 6 a 13 %.
Operada: Se valora según las secuelas.

ENFERMEDAD DE DUPUYTREN

Con nódulos palmares: Dominante 5 a 15 %, no dominante 3 a 12 %.
Con retracción de 4° y 5° dedos: Dominante 15 a 25 %, no dominante 12 a 22 %.
Con retracción de 2° a 5° dedos: Dominante 20 a 40 %, no dominante 22 a 37 %.

ENFERMEDAD DE KIENBOCK

Dominante 10 a 15 %, no dominante 8 a 12 %.

ENFERMEDAD DE SUDECK

Se valora según el grado de limitación funcional residual.

GANGLION

De miembro superior: 4-10%.
De miembro inferior: 3-8%.

INESTABILIDAD DEL 2º AL 5º DEDO

De los dedos 2° a 4°: Dominante 1 a 5 %, no dominante 0 a 4 %.
Del 5° dedo: Dominante 2 a 6 %, no dominante 1 a 5 %.

ANQUILOSIS O ARTRODESIS ACROMIOCLAVICULAR

4-8%

ANQUILOSIS O ARTRODESIS DE CODO

Se valorará de acuerdo la limitación funcional.

ANQUILOSIS ARTRODESIS DE MUÑECA

Se valorará de acuerdo a la limitación funcional.

ARTROPLASTIA DE CODO

De todo el codo por resección: Dominante 30 a 50 %, no dominante 25 a 45 %.
De todo el codo con prótesis: Dominante 25 a 40 %, no dominante 20 a 35 %.
De cúpula radial por resección (Cupulectomia): Dominante 3 a 6 %, no dominante 2 a 5 %.
De cúpula radial con prótesis: Dominante 5 a 8 %, no dominante 4 a 7 %.

ARTROPLASTIA DE HOMBRO

Por resección: Dominante 40 a 60 %, no dominante 35 a 55 %.
Con prótesis parcial: Dominante 25 a 35 %, no dominante 20 a 30 %.
Con prótesis total: Dominante 30 a 40 %, no dominante 25 a 35 %.

MIEMBRO INFERIOR

ANQUILOSIS O ARTRODESIS DE RODILLA

Rodilla fija en 0° a 5°: 25 A 27%
Rodilla fija en 10° a 15°: 32-36%
Rodilla fija en 20° a 25°: 40-43%
Rodilla fija en 30° a 35°: 46-50%.
Rodilla fija en 40° a 45°: 53-57%.
Rodilla fija en 50° o más: 60%

ARTROPLASTIA DE CADERA

Por resección de cabeza femoral (Operación de Girdlestone): 40-60%.
Parcial o total con prótesis estable y buena evolución: 20-40%.
Parcial o total con complicaciones mecánicas (dolor, movilidad de la prótesis, protrusión acetabular): 30-50%.
Parcial o total infectada: 60-80%.

ARTROPLASTIA DE RODILLA

Por resección ósea o retiro de prótesis: 40-60%.
Con prótesis estable y buena evolución: 10-25%.
Con prótesis y complicaciones mecánicas (dolor, protrusión o movilidad de la prótesis): 25-35%.
Con prótesis e infectada: 50-60%.

ARTROSIS DE CADERA

Pinzamiento incipiente de la luz articular u osteofitosis marginal incipiente sin esclerosis subcondral: 5-10%.
Pinzamiento parcial de la luz articular con osteofitosis marginal y esclerosis subcondral incipiente: 10-20%.
Pinzamiento total de la luz articular con osteofitosis marginal avanzada, esclerosis subcondral y/o geodas. 20-30%.

ARTROSIS DE RODILLA

Unicompartimental con pinzamiento incipiente de la luz articular u osteofitosis marginal incipiente sin esclerosis subcondral: 3-6%.
Bicompartimental con pinzamiento incipiente de la luz articular u osteofitosis marginal incipiente sin esclerosis subcondral: 5-8%.
Unicompartimental con pinzamiento parcial de la luz articular con osteofitosis marginal y esclerosis subcondral incipiente: 7-15%.
Bicompartimental con pinzamiento parcial de la luz articular con osteofitosis marginal y esclerosis subcondral incipiente: 9-20%.
Uni o bicompartimental con pinzamiento total de la luz articular con osteofitosis marginal avanzada, esclerosis subcondral y/o geodas: 21-30% .

ARTROSIS DE TOBILLO

Pinzamiento incipiente de la luz articular u osteofitosis marginal incipiente sin esclerosis subcondral: 3-6%.
Pinzamiento parcial de la luz articular con osteofitosis marginal y esclerosis subcondral incipiente: 7-12%.
Pinzamiento total de la luz articular con osteofitosis marginal avanzada, esclerosis subcondral y/o geodas: 13-20%.

ASTRAGALECTOMIA

Parcial por resección de la cabeza del astrágalo: 15-25%.
Total: 30-40%.

CALCANECTOMIA

Parcial: 20-30%.
Total: 30-40%.

INESTABILIDAD DE RODILLA

Simple, interna, sin hipotrofia ni hidrartrosis: 10-15%.
Simple, interna, con hipotrofia e hidrartrosis: 16-25%.
Simple, externa, sin hipotrofia ni hidrartrosis: 5-10%.
Simple, externa, con hipotrofia e hidrartrosis: 11-20%.
Simple, anterior o posterior, sin hipotrofia ni hidrartrosis: 7-12%.
Simple, anterior o posterior, con hipotrofia e hidrartrosis: 13-22%.
Combinada, sin hipotrofia ni hidrartrosis: 20-30%.
Combinada, con hipotrofia e hidrartrosis: 31-40%.
Crónica por extracción de prótesis de rodilla o resección ósea amplia: 40-60%.
Inestabilidad post cirugía de ligamentos de rodilla (excepto por retiro de prótesis): Suma 10 % a la inestabilidad residual.

INESTABILIDAD DE ROTULA

Inestabilidad crónica comprobada por maniobras semiológicas: 5-10%.
Luxación recidivante. 11-20%.

INESTABILIDAD DE TOBILLO

Laxitud de ligamentos laterales con bostezo y/o cajón positivo, con edema local: 5-10%.
Laxitud de ligamentos laterales con bostezo y/o cajón positivo y alteraciones artrósicas del tobillo: 11-20%.

LINFEDEMA

Crónico sin fibrosis ni alteraciones tróficas: 1-8%.
Crónico con fibrosis, sin alteraciones tróficas: 8-15%.
Crónico con fibrosis y alteraciones tróficas leves a moderadas, sin úlceras ni infecciones: 15-22%.
Crónico con alteraciones tróficas importantes y/o úlceras: 22-35%.
Complicado con infección: Se evalúa según la secuela una vez curada la infección.

LUXACION DE CADERA

Luxación traumática sin fractura marginal de cotilo ni necrosis de cabeza femoral: 10-20%.
Luxación traumática con fractura marginal de cotilo sin necrosis de cabeza femoral: 21-30%.
Luxación traumática con necrosis de cabeza femoral: 31-40%.
Inestabilidad crónica secundaria a resección de cabeza femoral: 40-60%.

LUXACION TARSO-METATARSIANA (LISFRANC)

Secuela de luxación de la articulación de Lisfranc bien reducida, sin cambios artrósicos: 5-10%.
Secuela de luxación de la articulación de Lisfranc incompletamente reducida, sin cambios artrósicos: 11-18%.
Secuela de luxación de la articulación de Lisfranc bien reducida, con cambios artrósicos: 11-20%.
Secuela de luxación de la articulación de Lisfranc incompletamente reducida, con cambios artrósicos: 21-30%.

OSTEOMIELITIS CRONICA DE MIEMBRO INFERIOR PRIMARIA

Sin afectación de nervios ni articulaciones vecinas: 10-20%.
Con afectación leve a moderada de nervios y/o articulaciones vecinas: 20-35%.
Con afectación importante de nervios y/o articulaciones vecinas: 35-50%.
Cualquiera de las anteriores ya operada (limpieza quirúrgica fracasada): Suma 10 % a la incapacidad derivada del grado de lesión.

OSTEOMIELITIS CRONICA DE MIEBRO INFERIOR SECUNDARIA

Sin afectación de nervios ni articulaciones vecinas: Suma 10 % a la incapacidad derivada de la causa de la infección hasta un máximo de 60 %.
Con afectación leve a moderada de nervios y/o articulaciones vecinas: Suma 20 % a la incapacidad derivada de la causa de la infección hasta un máximo de 60 %.
Con afectación importante de nervios y/o articulaciones vecinas: Suma 35 % a la incapacidad derivada de la causa de la infección hasta un máximo de 60 %.

SINDROME MENISCAL

No operado con signos objetivos (hidrartrosis, bloqueo, atrofia y/o maniobras) y/o estudios complementarios que certifiquen el diagnóstico: 8-12%.
Menisectomía total interna: 8-12%.
Menisectomía total externa: 10-15%.
Menisectomía parcial interna artroscópica: 3-6%.
Menisectomía parcial externa artroscópica: 5-8%.

<u>AMPUTACIONES Y ORTESIS</u>

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

ANEXO I

HAQ DI:
Este índice lo completa el paciente y mide su capacidad funcional.
Para el cálculo se toma el puntaje mayor como representativo de cada uno de los 8 subgrupos, se suma todos los parciales y se divide por 8.
Este índice varía de 0 a 3.

HAQ-DI en español versión argentina (Health Assessment Questionnaire Disability Index)

Evaluación de pacientes con Artritis Reumatoidea (Citera, G. y col. J Clin Rheumatology; 10: 110-115)

Marque con una X la opción que mejor describa su situación actual

	¿ Puede Usted ?	Sin dificultad	Con algo de dificultad	Con mucha dificultad	No puedo hacerlo	Puntaje
Vestirse y arreglarse	-¿Vestirse solo(a), incluyendo atarse los cordones de los zapatos, abotonarse y desabotonarse la ropa? -¿Lavarse el cabello?	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	
Levantarse	-¿Levantarse de una silla sin ayudarse con los brazos? -¿Entrar y salir de la cama?	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	
Comer	-¿Cortar la carne? -¿Levantar una taza o un vaso llenos y llevárselos a la boca? -¿Abrir un cartón de leche?	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	
Caminar	-¿Caminar fuera de su casa sobre un terreno plano? -¿Subir 5 escalones?	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	
Higiene	-¿Lavarse y secarse su cuerpo? -¿Bañarse en la bañadera? -¿Sentarse y levantarse del inodoro?	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	
Alcanzar	-¿Alcanzar y bajar un objeto de 2 kilos (como 2 bolsas de azúcar) desde una altura por encima de su cabeza? -¿Agacharse para levantar ropa del piso?	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	
Agarrar	-¿Abrir las puertas de un auto? -¿Abrir frascos no por primera vez, sino que ya hayan sido abiertos previamente? -¿Abrir y cerrar las canillas?	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	
Actividades	-¿Hacer mandados o ir de compras? -¿Entrar y salir de un auto? -¿Hacer tareas domésticas, como pasar la aspiradora, barrer, o limpiar un patio?	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	

Puntaje: 0: Sin dificultad; 1: Con algo de dificultad; 2: Con mucha dificultad; 3: No puedo hacerlo

Puntaje total ☐

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN 2

PIEL 7

APARATO RESPIRATORIO 13

APARATO CARDIOVASCULAR 19

APARATO DIGESTIVO 39

RIÑÓN Y VÍAS URINARIAS 51

APARATO GENITAL MASCULINO 58

APARATO GENITAL FEMENINO 60

SISTEMA NERVIOSO 62

OJOS 75

SISTEMA GARGANTA, NARIZ Y OIDO 79

SANGRE 84

GLÁNDULAS DE SECRECIÓN INTERNA 93

PSIQUISMO 96

S.I.D.A. 113

NEOPLASIAS 116

OSTEOARTICULAR 118

ANEXO I: Tabla HAQ-DI evaluación pacientes artitis reumatoidea 128