

CAPITULO XII

IMPEDIMENTOS NEOPLÁSICOS MALIGNOS

12.00 IMPEDIMENTOS NEOPLÁSICOS MALIGNOS

INTRODUCCION

El portador de una Enfermedad Neoplásica Maligna o el antecedente de haberla tenido no es sinónimo de invalidez. Se deberán reunir los requisitos y condiciones que se detallan a continuación para considerar invalidante la patología invocada por el paciente.

La determinación del porcentaje de Menoscabo resultante de los tumores malignos se basa en las interferencias en las actividades de la vida diaria determinadas por las características de la enfermedad: ubicación del tumor, tamaño, compromiso tumoral de órganos vecinos, extensión a ganglios linfáticos regionales, metástasis a distancia, histología y el grado de respuesta a cirugía, radiación, hormonas, quimioterapia, y la magnitud de las secuelas post - tratamiento.

En la elaboración de los informes de interconsultores será útil que estos profesionales evalúen las Neoplásias Malignas agrupándolas por localizaciones utilizando la clasificación "TNM" que permite una buena aproximación a aspectos pronósticos, curativos y de complicaciones. Del mismo modo, la escala de Karnofsky que permite la evaluación del estado general del trabajador afectado por una neoplasia maligna.

EVALUACIÓN

CLASIFICACIÓN SEGÚN EL TNM

La clasificación de un Cáncer comprende todas las características y atributos del tumor que definen su historia. El tamaño de un tumor primario no tratado (T) invade progresivamente en un momento dado los linfonodos regionales (N) y finalmente aparecen las metástasis a distancia (M).

Tumor Primario (T)

Tx	:	tumor primario no detectado clínicamente.
TO	:	no hay evidencias clínicas de tumor primario
Tis	:	carcinoma in situ

T1, T2, T3, T4: aumento progresivo en tamaño o extensión local del

tumor primario.

Linfonodos Regionales (N)

Nx : linfonodos regionales no detectados clínicamente.
 NO : linfonodos regionales sin metástasis
 N1, N2, N3 : aumento del compromiso de los linfonodos regionales
 por el cáncer.

La extensión directa del tumor primario a los linfonodos se clasifica como metástasis en ellos.

Las metástasis en cualquier linfonodo distinto de los linfonodos regionales se considera como metástasis a distancia.

Metástasis a Distancia (M)

Mx: presencia de metástasis a distancia que no han sido posible detectarlas
 MO: sin metástasis a distancia
 M1: con metástasis a distancia

Esta clasificación es aplicable a todos los tumores, independiente de su localización.

ESCALA DE KARNOFSKY

Establece el compromiso del estado general del Trabajador, y según ello el grado de menoscabo.

Normal. Sin evidencias de enfermedad. (100)

Presenta síntomas y signos menores de enfermedad. Habilitado para llevar una actividad normal. (90)

Presenta signos y síntomas evidentes de la enfermedad. Realiza actividad normal pero con esfuerzo. (80)

Inhabilitado para llevar una actividad normal o realizar un trabajo activo. Puede cuidarse de sí mismo. (70)

Necesita asistencia ocasional, pero es capaz de satisfacer la mayoría de sus

necesidades básicas. (60)

Necesita gran asistencia y frecuentes cuidados médicos. (50)

Incapacitado. Necesita cuidados y asistencia especiales. (40)

Grave incapacidad. Necesita ser hospitalizado, aunque la muerte no es inminente. (30)

La hospitalización es necesaria. Muy grave. Es necesario un tratamiento activo de apoyo. (20)

Moribundo. En fase terminal. El proceso fatal es irreversible y progresivo. (10)

En las Neoplasias Malignas el impedimento deberá establecerse basándose en anamnesis, síntomas y signos, informes de laboratorio y anatomía patológica. Además deberán considerarse los siguientes aspectos para definir su configuración:

- El sitio de la lesión primaria, recurrente o metastásica deberá documentarse en todos los casos de enfermedad neoplásica maligna. Si se ha practicado cirugía se deberá incluir una copia confiable del protocolo operatorio y del informe histopatológico de la pieza o biopsia. Si no se pueden obtener estos documentos, la epicrisis de la hospitalización más el informe del médico tratante deberá incluir detalles de los hallazgos quirúrgicos y los resultados de los exámenes macro y microscópico de los tejidos, realizados por el cirujano y el patólogo.
- Si existe avance de la enfermedad esto deberá ser informado incluyendo antecedentes aportados por el médico tratante con exámenes recientes dirigidos especialmente a verificar recurrencia local, compromiso ganglionar, metástasis a otros órganos y secuelas importantes post-tratamiento.
- El concepto de metástasis ganglionares a distancia se refiere a la invasión tumoral de ganglios más allá de los límites de la resección radical en bloque.
- La recidiva local o regional post cirugía radical o la evidencia anátomo-patológica de una extirpación incompleta en una cirugía radical, se considerará igual a las lesiones "inoperables", cuando no sea posible su corrección quirúrgica o radioterapéutica.
- El diagnóstico de Cáncer es histológico, y debe documentarse con la

presentación del informe emitido por un médico anatomopatólogo; de no existir concordancia entre lo informado y los hallazgos clínicos, de laboratorio o exámenes complementarios, se debe recurrir a la interconsulta de un anatomopatólogo solicitando el envío de placas y tacos de la muestra que originó el diagnóstico. El informe del estudio citológico ya sea de líquidos o masas será considerado cuando se trate de pacientes con enfermedad diseminada, como es el caso de células neoplásicas en líquido ascítico, pleural, etc.

El estudio complementario a solicitar será el correspondiente, teniendo en cuenta el sitio del Cáncer, sus características histológicas, y órganos más frecuentes de metástasis.

Los impactos causados por estas terapias también denominadas **Terapias Oncológicas Primarias**, deben ser considerados individualmente. Estos pueden variar considerablemente de un sujeto a otro. Es importante obtener del médico tratante el plan de tratamiento, incluyendo las drogas, dosis o frecuencia de administración y su duración. Es necesario obtener una descripción de las complicaciones o respuestas adversas a la terapia, como náuseas, vómitos, diarrea, debilidad, trastornos dermatológicos o desórdenes mentales reactivos, ya que la severidad de los efectos en la quimioterapia anticancerígena pueden cambiar durante el período de administración de la droga. La decisión en lo referente al Menoscabo producto de la terapia con drogas o radiaciones deberá aplicarse luego de período establecido según los protocolos actualizados por la especialidad oncológica.

Los trabajadores afectos de Cáncer que reciban o rechacen tratamientos, para su evaluación deberá considerarse su estado según escala de Karnofsky. El Oncólogo precisará su estado transitorio o definitivo.

1. Sin evidencias de enfermedad (100), no provoca menoscabo.
2. Índice 90, determina menoscabo inferior a 50%
3. Índices 80, 70 y 60 determinan menoscabo entre 50% y 66%.
4. Índices 50, 40, 30, 20 y 10 determinan menoscabo de 67% o más.

TERAPIAS QUIRÚRGICAS

Las secuelas post-operatorias importantes, no específicamente incluidas en la categoría de daños por neoplasia maligna deberán ser evaluadas de acuerdo al sistema orgánico afectado. Una gastrectomía ampliada dependerá de la gastrectomía como tal y sus complicaciones derivadas como dumping, desnutrición. Las colostomías deberán considerarse con el porcentaje de menoscabo correspondiente a una ostomía, y las nefrectomía en el porcentaje otorgado en el capítulo para esta patología.

Los trabajadores que hayan recibido tratamientos considerados curativos, su impedimento no estará configurado. Solamente después de un año de finalizados estos se podrá configurar y asignar valor de menoscabo de acuerdo a estas normas.

CARACTERISTICAS DE NEOPLASIAS MALIGNAS QUE CALIFICAN CON 67% DE MENOS CABO LABORAL PERMANENTE

Las Neoplasias Malignas que alcanzan Menoscabos superiores al 67% serán aquellas que cumplan con alguno de los siguientes requisitos:

1. Fuera del alcance terapéutico curativo.
2. No controlada con terapias adecuadas según protocolos oncológicos.
3. Recidivas intratables luego de terapias curativas.
4. Metástasis a distancia fuera del alcance terapéutico curativo.