

**SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES
COMISIÓN TÉCNICA DE INVALIDEZ**

**APRUEBA NORMAS PARA LA EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INVALIDEZ DE
LOS TRABAJADORES AFILIADOS AL NUEVO SISTEMA PREVISIONAL
SEPTIMA EDICIÓN**

Publicadas el 02/01/2016 en el Diario Oficial y vigentes a contar del 01/07/2016.

CAPITULO INTRODUCCION

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

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

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

A la pensión básica solidaria de invalidez, podrán acceder las personas que integren un grupo familiar perteneciente al 60% más pobre de la población de Chile, que tengan 18 años o más y menos de 65 años de edad, que no tengan derecho a pensión en algún régimen previsional y que acrediten residencia en el territorio de la República de Chile por un lapso no inferior a cinco años en los últimos seis años inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud de PBSI.

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

INSTRUCCIONES GENERALES PARA EL USO DE ESTAS NORMAS

Las Normas corresponden a lo que en la terminología internacional se denomina un Baremo de Invalidez, es decir, una escala graduada de referencia que contiene por orden creciente categorías o clases que cuantifican la invalidez.

Surgen de la combinación de conocimientos científicos y el juicio de profesionales que las aplican, teniendo como imperativo resguardar la especificidad que la propia ley les señala. Sus fuentes de origen están en la opinión de los especialistas de cada capítulo, el consenso entre ellos y la práctica médica basada en evidencias. Estas normas adoptan un método que mide las consecuencias que el impedimento físico o mental produce sobre las habilidades laborales. Para ello, relacionan los impedimentos con las dificultades que estos ocasionan en las actividades de la vida diaria. El resultado de esta ponderación refleja la pérdida de capacidad permanente para efectuar cualquier trabajo que exige nuestro Sistema de Pensiones, sin perjuicio de los factores complementarios que se consideren.

Para obtener dictámenes correctos y en sintonía con la normativa, resulta perentorio atender a sus propiedades:

Consistencia: un dictamen es consistente si tiene respaldo objetivo en informes, exámenes o imágenes.

Concordancia: se refleja en el acuerdo de los profesionales integrantes de las Comisiones Médicas con apoyo en la evaluación efectuada por uno de ellos en conformidad con lo dispuesto en estas normas y/o en otros antecedentes técnicos y/o administrativos suficientes disponibles.

Coherencia: el evaluado se desenvuelve en su vida cotidiana en forma coherente con el resultado.

Certeza: la condición física o mental del evaluado se encuentra señalada expresamente.

Ciencia: el dictamen fue elaborado conforme a criterios normativos pertinentes y al estado del arte de la práctica médica.

IMPEDIMENTO Y MENOSCABO LABORAL PERMANENTE

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

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

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

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

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

1. Es **objetivable** según conocimientos médicos validados o evidencia médica.
2. Es **demostrable** por medios clínicos, de laboratorio, pruebas funcionales o imagenología.
3. Las medidas generales y terapias médicas o quirúrgicas **accesibles** por el evaluado están efectuadas o no revertirán el impedimento de acuerdo a la evidencia médica. La falta de acceso a tratamientos por su complejidad o costo está demostrada por peritaje socio-laboral.
4. La evolución según la probabilidad médica se ha **estabilizado o está en agravación** y no existe en el estado actual del arte tratamientos accesibles que reviertan la condición.
5. Los **periodos de observación** clínica indicados en estas normas para las especialidades respectivas están cumplidos. Hará excepción de esto, aquel impedimento cuyo curso clínico sea objetivamente irreversible e inexorable.

El rol evaluador que desempeñan los Médicos Asignados, Interconsultores y Asesores, cuando les corresponda, y demás profesionales del Sistema de Pensiones, tiene como objetivo la acreditación del estado del Impedimento y su condición de configuración o no configuración, aportando los sustentos técnicos que permitan definir el cumplimiento de los requisitos mediante los exámenes o pericias que corresponda y el cumplimiento de los esquemas terapéuticos según los protocolos y plazos establecidos en la práctica médica.

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

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

El dictamen informará en su resultado uno de los cinco estados en que Impedimentos y Menoscabos del solicitante puedan encontrarse:

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

Existiendo posibilidades de acceso a tratamiento a través de Garantías Explícitas de Salud, GES, u otros programas ministeriales de ese ámbito, cumplir con sus protocolos terapéuticos se considerará exigencia mínima para configurar, con excepción de las terapias paliativas. No obstante, la Comisión Médica con apoyo de un peritaje socio-laboral podrá considerar configurable alguno de estos impedimentos si hubiera evidencia de incumplimiento, no factible de corregir por parte del evaluado, tales como tratamientos insuficientes o imposibilidad de derivación a terapias más especializadas, aun con la debida adherencia del evaluado.

Para establecer la real accesibilidad y adherencia a una determinada terapia, la Comisión Médica podrá instruir que por medio de un peritaje socio-laboral se obtenga información de la autoridad del Centro Asistencial que corresponda al solicitante, precisando los tratamientos disponibles y tiempo de latencia o de espera para procedimientos y cirugías; las modificaciones en la conducta terapéutica por parte del tratante, la existencia de redes de apoyo, condiciones de ruralidad, distancia a los centros de atención terciarios u otros y la disposición del evaluado para seguir las indicaciones médicas.

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

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

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

IMPEDIMENTOS COMUNES Y PROFESIONALES

Conocida es la existencia de Impedimentos cuyo origen es de ocurrencia común o natural y otros que provienen de accidentes laborales o enfermedades profesionales. El D.L N° 3.500/80, otorga cobertura sólo a los impedimentos de naturaleza común, y la ley N°16.744 a los de origen laboral o profesional. La Comisión Médica remitirá los antecedentes a los organismos competentes cuando del informe del Médico Asignado o del Interconsultor se desprenda el eventual el origen en un accidente laboral o enfermedad profesional, pudiendo complementar la información con peritajes de expertos en riesgos laborales y sociales a fin de justificar su envío.

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

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

IMPEDIMENTOS DE ORIGEN SISMICO O POR MAREMOTOS

Como consecuencia de sismos o maremotos, los afiliados cubiertos por el Seguro de Invalidez y Supervivencia, SIS, pueden quedar con impedimentos configurados, condición que debe quedar establecida en la evaluación a partir de lo expresado por el afiliado al momento de la solicitud y en conformidad con los antecedentes médicos y

administrativos disponibles. En tales casos, la Comisión Médica debe registrar esta circunstancia en el Dictamen correspondiente, ya que en estas situaciones dicho seguro tiene una forma de financiamiento diferente.

INVALIDEZ PREVIA Y POSTERIOR A LA AFILIACIÓN

A la Comisión Médica Regional y a la Comisión Médica Central, a su turno, les corresponde la determinación de la fecha de ocurrencia de la invalidez. Para los afiliados cuya invalidez se hubiera producido antes de la fecha de afiliación al Sistema de Pensiones o con posterioridad a su incorporación, existen fórmulas distintas de financiamiento. Si en estos casos se dictamina invalidez previa, los afiliados sin derecho a la cobertura del Seguro de Invalidez y Sobrevivencia, no recibirán el aporte de las Compañías Aseguradoras para el cálculo de su pensión, debiendo ser financiada solamente con el fondo de capitalización acumulado a la data de la invalidez, sin perjuicio del aporte del antiguo Sistema Previsional, si correspondiere.

Para los beneficiarios del Sistema de Solidario de Pensiones, esta determinación no resulta procedente.

La invalidez previa o posterior a la afiliación tiene su fundamento en la **comprobación de capacidad de trabajo**. El afiliado podrá encontrarse enfermo o debilitado en sus fuerzas físicas o intelectuales antes de afiliarse al sistema, pero no necesariamente inválido. La comprobación de una real capacidad de trabajo posterior a su ingreso al nuevo Sistema de Pensiones permitirá declarar la invalidez producida con posterioridad a la afiliación.

Para dictaminar estos casos, **el peritaje socio-laboral resulta indispensable**, con profesionales capacitados que elaboren sus informes sobre la base de una historia laboral, que identifique al Empleador, su dirección, la naturaleza de los servicios o puesto de trabajo, el lugar donde se desarrolló el trabajo, la forma y periodo de pago de remuneraciones acordadas, la duración y distribución de la jornada laboral, plazo del contrato, negociación colectiva si la hubiere, beneficios estipulados expresamente, causales de término del contrato, aspectos de calidad en desempeño y productividad, condiciones especiales, subordinación u otros considerandos relevantes para el dictamen o resolución de la Comisión.

Se entenderá como real capacidad de trabajo a la actividad laboral donde la tarea, a juicio médico, resulta coherente con las restricciones en las actividades de la vida diaria provocadas por el o los Impedimentos y su repercusión.

Conocida es la realidad de algunas personas con algunos impedimentos que requieren ayudas especiales y necesarias para el cumplimiento de las exigencias del trabajo, otorgadas por los empleadores y no requeridas por los demás trabajadores para la misma función, situación que no desvirtúa su desempeño laboral.

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

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

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y CAPACIDAD LABORAL

Para calificar el Menoscabo Laboral Permanente, estas normas optan por el criterio de **pérdida en la capacidad general de trabajo** utilizando el método que relaciona los impedimentos físicos o mentales con las interferencias que estos producen sobre las actividades de la vida diaria. Esto permite establecer la similitud entre las dificultades para la vida diaria con las que tiene el trabajador para desarrollar cualquier trabajo.

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

1. Area de actividades esenciales de la vida diaria:

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

2. Area de actividades domésticas de la vida diaria:

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

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

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

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

- Interacción social
- Resolución de problemas
- Memoria
- Comprensión
- Expresión
- Capacidad de mantención y respeto de vínculos socio-culturales.
- Practicar deportes
- Participar de actividades lúdicas

CLASIFICACIÓN DEL MENOSCABO LABORAL PERMANENTE

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

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

La clasificación del Menoscabo Laboral Permanente define a la **INTENSIDAD** de los síntomas y signos del Impedimento, como la magnitud que determina la Clase. Existiendo un impedimento configurado con síntomas o signos de intensidad suficiente para una u otra clase, corresponderá reconocer la clase de aquél que provoca el mayor menoscabo laboral.

En la **intensidad** distinguimos:

Categoría	Descripción	Calificación
Intensidad leve o ligera	los síntomas y signos son una molestia, se controlan por tratamientos circunstanciales, medidas generales como régimen alimenticio o cambios en el ritmo de la actividad.	Clase I
Intensidad moderada o media:	los síntomas y signos requieren tratamientos continuos para su control	Clase II
Intensidad importante:	los síntomas y signos son controlados parcialmente por tratamientos continuos.	Clase III
Intensidad severa:	los síntomas y signos requieren tratamientos especializados o complejos.	Clase IV
Intensidad grave:	los síntomas y signos no se controlan a pesar del tratamiento especializado.	Clase V

La clasificación de menoscabos define a la **FRECUENCIA** con que se comprometen las actividades de la vida diaria, como la categoría que permite discriminar el rango al interior de la clase. Con el objetivo de obtener una mayor precisión en la asignación del rango se definen los valores netos correspondientes a cada categoría, bajo, medio y alto, para cada Clase, descartándose valores intermedios de incierta demostración clínica.

En la **frecuencia** distinguimos:

Categoría	Descripción	Rango	Valor neto según Clase				
			I	II	III	IV	V
Frecuencia intermitente	se manifiestan alternando días sin período definido.	bajo	1%	15%	35%	50%	67%
Frecuencia ocasional	se manifiestan diariamente y en ocasiones conocidas	bajo	1%	15%	35%	50%	67%
Frecuencia habitual	se manifiestan diariamente durante la mitad del día despierto.	medio	7%	25%	42%	58%	74%
Frecuencia constante	se manifiestan diariamente durante todo el día despierto	alto	14%	34%	49%	66%	80%
Frecuencia permanente	se manifiestan diariamente las 24 horas del día, alterando el descanso nocturno	alto	14%	34%	49%	66%	80%

Del mismo modo, para el caso de Retraso mental, por tener sólo cuatro Clases con rangos diferentes al de las Clases de los demás impedimentos, la frecuencia se ajusta del modo siguiente:

Categoría	Descripción	Rango	Valor neto según Clase en Retraso mental			
			I	II	III	IV
Frecuencia intermitente	se manifiestan alternando días sin período definido.	bajo	1%	30%	50%	67%
Frecuencia ocasional	se manifiestan diariamente y en ocasiones conocidas	bajo	1%	30%	50%	67%
Frecuencia habitual	se manifiestan diariamente durante la mitad del día despierto.	medio	15%	40%	58%	74%
Frecuencia constante	se manifiestan diariamente durante todo el día despierto	alto	29%	49%	66%	80%
Frecuencia permanente	se manifiestan diariamente las 24 horas del día, alterando el descanso nocturno	alto	29%	49%	66%	80%

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

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

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

CLASES DE APLICACIÓN GENERAL

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

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

Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%

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

Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%

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

Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%

- Los síntomas y signos funcionales son importantes, pese a tratamientos continuos el control de ellos es parcial.
- El examen clínico muestra anomalías evidentes.
- El estado general tiene compromiso importante.
- La respuesta a exigencias es satisfactoria para demandas medianas sostenidas por períodos limitados.

- La autonomía es total. En algún grupo de las actividades de la vida diaria hay interferencias.

Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50% - 66%

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

Clase V Menoscabo Laboral Permanente 67% - 80%

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

SUMA COMBINADA

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

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

Teniendo presente que por lo general el compromiso de la funcionalidad del evaluado cuando su impedimento califica en Clase I y hasta Clase II en rango bajo de estas Normas, es de intensidad menor, salvo algunas excepciones identificables en el capítulo correspondiente, generando ninguna o pocas interferencias en las AVD, impactando escasa o muy ligeramente en su capacidad de trabajo y, considerando que el objetivo de la evaluación y calificación realizada por la Comisión Médica es emitir un dictamen que dé cuenta del grado de incapacidad global que afecta al evaluado, mediante la suma

combinada de los menoscabos que aporta cada uno de los impedimentos configurados, se advierte que por lo general esto es irrelevante en impedimentos con menoscabo inferior a 25%.

Ello justifica la suma combinada de todos los impedimentos configurados con menoscabo igual o superior a Clase II rango medio, o su equivalente según tabla específica, (25%), quedando excluidos de tal suma aquellos con menoscabos inferiores, no así de la calificación correspondiente a la data de la evaluación, considerando que su evolución clínica por mejoría o empeoramiento podría cambiar su calificación en posteriores solicitudes de evaluación o a la data de la reevaluación.

Por lo tanto, habiendo más de un impedimento configurado y calificado, la suma combinada deberá aplicarse si:

1. Los Impedimentos a sumar afectan distintas áreas de actividades de la vida diaria, y
2. Los Impedimentos a sumar, en conjunto agravan el menoscabo laboral, y
3. Los impedimentos a sumar califican a lo menos en Clase II rango medio o su equivalente por tabla o fórmula específica, o bien, impedimentos pertenecientes a un mismo capítulo que afectan la misma área de actividades de la vida diaria y se potencian entre sí, sumados combinados alcanzan 25% de menoscabo global o más.

Sin perjuicio de lo anterior, habiéndose configurado además alguno de los impedimentos identificados explícitamente en el capítulo correspondiente de estas Normas, que califique con un menoscabo inferior a 25%, y que por su naturaleza pudiese agravar la incapacidad global determinada por otros impedimentos de diferente capítulo, deberá también considerarse en la suma combinada dado que su importancia no se puede soslayar. Sin embargo, si se tratase de más de un impedimento en esta condición se considerará solamente aquél de mayor menoscabo.

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

CALCULO DEL MENOSCABO POR SUMA COMBINADA

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

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

Donde:

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

MI_t = Es el valor del menoscabo que aporta cada impedimento, expresado en tanto por ciento.

Condición:

Para el caso de MI_t siempre asume como valor FI_t , ya que MI_0 es igual a cero debido a que el evaluado está sano.

$$MI_t = (CR_t \times FI_t) / 100$$

CR_t = Corresponde a la capacidad de trabajo residual disponible a causa Todos los impedimentos anteriores a “t”, expresados en tanto por ciento.

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

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

Aplicación práctica:

IMPEDIMENTOS	FI_t	CR_t	MI_t	MSC	MSC (%)
I_1	34	100 (100- MI_0)	34 (1x34)	34	34%
I_2	25	66 (100-34)	16,5 (66x0.25)	50,5 (34+16,5)	50,5%
I_3	25	49,5 (100-50,5)	12,4 (49,5x0.25)	62,9 (50,5+12,4)	62,9%
I_4	14	37,1 (100-62,9)	5,2 (37,1x0.14)	62,9 (62,9+0)	63%

Al Impedimento 1 se asigna 34%; para ser adicionado el Impedimento 2, que asigna 25%, se calcula ese 25% sobre la capacidad residual 66%, significando por tanto 16,5%, que en suma combinada resulta 50,5%, y así sucesivamente. Finalmente, el 5,2%

ponderado aportado por el 14% del cuarto impedimento, no se suma por corresponder a un menoscabo inferior a Clase II rango medio, 25%. El resultado final de la suma combinada se aproxima al entero, quedando en 63%.

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

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

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

Para efectos prácticos, en general **los menoscabos parciales** deberán consignarse hasta con un decimal, considerando para ello la regla de aproximación siguiente: Si el segundo decimal es igual o mayor a 5 se suma 1 al decimal anterior, ej.: 13,46% queda en 13,5%; si el segundo decimal es inferior a 5, se cierra en el decimal anterior, sin alterarlo, ej.: 21,74% queda en 21,7%.

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

FACTORES COMPLEMENTARIOS

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

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

La asignación de estos Factores Complementarios sólo es posible si el menoscabo determinado es a lo menos Clase III (35-49%) ó 35% de Menoscabo Global, según tabla

especial para alguno de los impedimentos evaluados. Corresponderá entonces sumar **aritméticamente** los siguientes valores máximos:

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

Por consideraciones basadas en los principios de la Salud Ocupacional, orientados a procurar el bienestar integral del trabajador en función de las condiciones, equipos, tecnología, ambiente y exigencias inherentes al trabajo, cuando el evaluado que a consecuencia de enfermedad o debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales presuntamente esté incapacitado para retomar su trabajo específico, entendiéndose como tal el que ha venido desarrollando en los últimos 5 años y/o aquél para el que ha obtenido capacitación formal o la ha adquirido en la práctica, se asignará el factor complementario de Trabajo Específico según tabla, que podrá sumarse aritméticamente junto a los otros factores complementarios, en la medida que el impedimento con mayor menoscabo produzca interferencias directas en la tarea principal que realiza o realizaba el evaluado, ponderándolo en consideración de su edad y nivel de educación.

Del mismo modo, si aplicando las reglas de la suma combinada con los menoscabos de dos o más impedimentos no se alcanza la invalidez parcial, se considerará el factor complementario de Trabajo Específico según tabla, siempre que si sumado aritméticamente al impedimento con mayor menoscabo alcance 35% o más, procediéndose entonces también a la suma aritmética de los otros factores complementarios.

Para su correcta aplicación, cuando fuese necesario, deberá indagarse por medio de un peritaje socio-laboral sobre la historia laboral, el trabajo específico y las características de la tarea principal del evaluado, aun cuando la Comisión, con antecedentes fundados, podrá pronunciarse prescindiendo de aquél.

Factor Complementario Trabajo Específico	Componentes		% de Menoscabo
	Edad	Educación	
Relativas probabilidades de reinserción	<46 años	Superior	0
		Media	1
		Básica o analfabeto	2
Bajas probabilidades de reinserción	46 a 55	Superior	1
		Media	2
		Básica o analfabeto	3
Muy bajas probabilidades de reinserción	56 o más	Superior	2
		Media	3
		Básica o analfabeto	3

Se entenderá como relativas probabilidades de reinserción a las condiciones en que el evaluado, debido a su edad menor de 46 años y su nivel educacional, tendrá, (según tabla), razonables expectativas para, con las interferencias funcionales que le provoca el menoscabo de mayor ponderación, adaptarse a las exigencias de la tarea específica que venía desarrollando en su vida laboral activa.

Se entenderá como bajas probabilidades de reinserción a las condiciones en que el evaluado, debido a su edad entre 46 y 55 años y su nivel educacional tendrá, (según tabla), algunas razonables expectativas para, con las interferencias funcionales que le provoca el menoscabo de mayor ponderación, adaptarse a las exigencias de la tarea específica que venía desarrollando en su vida laboral activa.

Se entenderá como muy bajas probabilidades de reinserción a las condiciones en que el evaluado, debido a su edad 56 años o más y su nivel educacional tendrá, (según tabla), escasas expectativas para, con las interferencias funcionales que le provoca el menoscabo de mayor ponderación, adaptarse a las exigencias de la tarea específica que venía desarrollando en su vida laboral activa.

Cuando se trate de PBSI, la estimación se realizará según la misma tabla.

La aplicación de los factores complementarios es facultativo de la Comisión, con fundamentación que deberá consignarse en el expediente, no obstante se asignarán solamente cuando su adición permita alcanzar la invalidez parcial o total, según corresponda.

CAPITULO I

SISTEMA OSTEOMIOARTICULAR Y TEJIDO CONJUNTIVO

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

Este capítulo comprende los siguientes Impedimentos:

- A. Artropatías: Artropatías infecciosas, Artropatías reactivas, Artropatías por cristales, Poliartropatías inflamatorias, Artrosis, inestabilidades y rigideces articulares y deformidades articulares.

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

EVALUACIÓN

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

En Imagenología: Radiografías, Ecotomografías, Tomografía axial computadas, TAC, Resonancia Nucleare Magnética, RNM, Densitometrías, Cintigrafías.

En Electrodiagnóstico: Electromiografías y Potenciales evocados.

CALIFICACION DEL MENOSCABO LABORAL PERMANENTE

En este capítulo, la calificación del menoscabo permanente, en la capacidad de trabajo producto de impedimentos configurados del sistema osteomioarticular y del tejido conjuntivo, se efectúa usando la sección correspondiente al segmento afectado. De existir más de un segmento alterado, la calificación se ajustará a los requisitos señalados en el procedimiento de suma combinada de las instrucciones generales de estas normas.

- A. Columna Vertebral

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

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

Los Impedimentos osteomioarticulares configurados y únicos de la columna serán calificados conforme a la Clase correspondiente; en tanto que si son múltiples deberán considerarse en conjunto para su calificación, siendo improcedente su valoración individual.

La clase está determinada por la intensidad de los síntomas y signos; el rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso sobre las actividades de la vida diaria. Sus principales componentes se describen a continuación:

Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%

- síntomas y signos ligeros.
- escasa limitación de los movimientos y contracturas musculares pasajeras.
- fuerza muscular conservada y ausencia de alteraciones neurológicas.
- necesidad de tratamiento circunstancial.
- capacidad de esfuerzo normal.
- autonomía completa.
- las imágenes muestran cambios anatómicos mínimos.

Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%

- dolor o rigidez moderada.
- al examen físico hay puntos dolorosos, manifestaciones a distancia en los dermatomos o miótomos correspondientes.
- limitación de movilidad en más de un arco de movimiento, actitud antiálgica.
- fuerza muscular conservada y clínicamente sin alteración neurológica.
- se requiere de medicamentos analgésicos, relajantes musculares y rehabilitación.
- capacidad de esfuerzo reducida, el transporte de pesos está limitado.
- autonomía completa.
- las imágenes revelan cambios anatómicos evidentes.

Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%

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

- dolor y rigidez importante, con dificultad para mantener posturas.
- al examen físico se aprecia disminución importante de la movilidad en todos los arcos explorados, con actitudes viciosas, signología neurológica sensitivo-motora, hiporreflexia.
- se requiere tratamiento continuo con analgésicos, relajantes musculares y rehabilitación. Si ha tenido tratamiento quirúrgico, requiere abordaje terapéutico especializado para manejo del dolor.
- hay interferencias importantes en algunas actividades de la vida diaria. Es posible caminar sólo en terreno llano hasta 1 cuadra, con marcha inestable, con indicación de ayudas técnicas.
- autonomía completa.
- las imágenes demuestran cambios anatómicos evidentes e importantes.
- Cuando se trate de inestabilidad de un segmento de la columna post cirugía, a la que se le atribuyan las limitaciones del evaluado, sin posibilidad terapéutica, debe haber coincidencia entre dos cirujanos ortopédicos.

Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50% - 66%

- dolor y rigidez severa; necesidad de mantener posturas determinadas.
- en la exploración física se observan vicios estáticos, rigidez acentuada, signología neurológica.
- se requiere tratamiento continuo con analgésicos mayores, antiinflamatorios esteroidales, relajantes musculares y rehabilitación.
- hay antecedentes de múltiples cirugías con resultado parcial.
- capacidad de esfuerzo alterada en las actividades de la vida diaria.
- existe autonomía, pero requiere ayudas técnicas.

Clase V Menoscabo Laboral Permanente de 67% - 80%

- el dolor y rigidez es grave.
- al examen físico se advierte severo compromiso neurológico.
- hay antecedentes de múltiples cirugías con resultado frustrado.
- el estado general revela fatigabilidad extrema y pérdida de masa corporal.
- la autonomía está comprometida en diversos grados sin que logre ser independiente en las actividades de la vida diaria.

B. Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos de las Extremidades Superiores (considerada como un todo).

La Clase está determinada por la intensidad de los síntomas y signos, el rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso sobre las actividades de la vida diaria. Los síntomas y/o signos más relevantes de estos impedimentos son el dolor y la dificultad de prehensión, destreza o habilidad de la(s) mano(s) originados en trastornos neurológicos o en alteraciones osteomioarticulares.

Los trastornos neurológicos configurados que afectan la funcionalidad de la cintura escapular y/o puño - pinza, corresponden a los cuadros clínicos que les dan origen, en cuyo caso serán evaluadas de acuerdo al capítulo de Impedimentos Neurológicos.

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

Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%

- dolor ligero.
- función de las extremidades superiores con mínimas alteraciones.
- exploración física con anomalías menores.
- capacidad de esfuerzo que permite realizar esfuerzos importantes.
- autonomía completa.

Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%

- dolor moderado, limitación, torpeza o disminución de fuerzas de intensidad moderada.
- hay pérdida de destreza fina.
- en la exploración física se aprecian limitaciones de rangos articulares, dolor a la movilización, desviación de ejes óseos o trastornos circulatorios.
- la capacidad de esfuerzos está conservada, pero que no puede sostenerse en el tiempo. Transporte de pesos limitado.
- la autonomía es completa.

Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%

- dolor y disminución importante de fuerzas. Hay mala coordinación, alteración de motricidad fina.
- al examen físico se advierten deformaciones, desviaciones, pérdida de masa muscular, rangos articulares muy restringidos.
- hay posibilidad de alteraciones de puño y/o pinza.

- capacidad de esfuerzo limitada a medianos esfuerzos.
- interferencias en algunas áreas de la vida diaria.
- la autonomía completa.

Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50% - 66%

- existe una severa disminución de la eficacia de los movimientos que interfiere en el autocuidado. No es posible tomar y levantar objetos, ni escribir; se requiere ayuda técnica para comer y de terceros para vestirse.
- la exploración física revela anquilosis o rigidez importante de una o más articulaciones mayores con defectuosa estructuración de movimientos y trastornos tróficos.
- la capacidad de esfuerzo está severamente comprometida y no puede sostenerse en el tiempo.
- la autonomía está restringida con adaptaciones.

Clase V Menoscabo Laboral Permanente de 67% - 80%

- hay grave alteración de la estructuración de los movimientos y su precisión.
- la fuerza de las extremidades superiores es mínima.
- con importantes o múltiples limitaciones articulares.
- capacidad de esfuerzo restringida a actos mínimos.
- extremidad no funcional, no útil.
- la autonomía comprometida sin que se logre independencia para las actividades de la vida diaria.

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

La clase está determinada por la intensidad de los síntomas y signos; el rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso sobre las actividades de la vida diaria. Los síntomas y/o signos más relevantes de estos impedimentos son el dolor y la dificultad de la marcha, originados en trastornos neurológicos o en alteraciones osteomioarticulares.

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

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

valoración individualmente.

Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%

- síntomas leves.
- limitación mínima de movimientos.
- capacidad de esfuerzo y rendimiento mantenida, con dificultad en escaleras y desniveles.

Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%

- síntomas moderados.
- al examen físico hay limitaciones de rangos articulares, alteración de ejes menores y trastornos tróficos.
- capacidad de marcha limitada a 2-3 cuadras, y en todo terreno, especialmente en escaleras, necesitando uso de pasamanos; dificultad con rampas y desniveles.

Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%

- síntomas importantes.
- al examen físico se advierte limitación de rangos articulares y alteraciones tróficas concordantes con imágenes radiológicas.
- capacidad de esfuerzo restringida de modo importante.
- dificultad para ascenso y descenso de escaleras. Posturas mantenidas que se hacen difíciles.
- interferencias importantes en algunas actividades de la vida diaria. Autonomía completa. Puede andar sólo en terreno llano hasta 1 cuadra, con marcha inestable, con indicación de ayudas técnicas.
- se ha requerido o se puede requerir procedimientos quirúrgicos mayores.

Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50% - 66%

- síntomas severos.
- al examen físico se aprecian limitaciones articulares severas y múltiples al. Acortamientos mayores de 3 cm. Alteraciones neurológicas.
- capacidad de esfuerzo muy escasa.
- autonomía limitada. Se requiere supervisión o asistencia.
- para la marcha, posible sólo en terreno llano, se requiere apoyos ortésicos, ortopédicos o protésicos, también necesarias para mantener equilibrio y postura de pie.

Clase V Menoscabo Laboral Permanente de 67% - 80%

- síntomas graves.
- severa restricción de la marcha o anulación motriz.
- al examen físico se evidencian limitaciones articulares múltiples, trastornos tróficos importantes, parálisis.
- autonomía muy escasa y con uso obligado de diversos apoyos técnicos.

D. Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos Reumáticos Inflamatorios

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

Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%

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

Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%

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

Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%

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

Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50% - 66%

Existen poliartritis, sinovitis con desviación o deformidad. Rangos articulares severamente limitados. Tiene restricciones de marcha y/o requiere ayuda para el aseo personal y deambulación. No logra controlar su sintomatología a pesar del tratamiento instituido. Exámenes compatibles con Enfermedad articular inflamatoria. Puede tener compromiso sistémico por repercusión secundaria en

otros órganos, (renal, respiratorio, vasculitis), con alteraciones de laboratorio concordantes. Puede requerir altas dosis de inmunosupresores. Autonomía con adaptaciones.

Clase V Menoscabo Laboral Permanente de 67% - 80%

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

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

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

Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%

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

Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%

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

Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%

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

Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50% - 66%

Existen síntomas y signos propios del trastorno sistémico del tejido conjuntivo severos, que no son controlables. La autonomía está conservada con adaptaciones.

Clase V Menoscabo Laboral Permanente de 67% - 80%

El trastorno sistémico del tejido conjuntivo es grave, provoca pérdida de la autonomía en las actividades de la vida diaria. Hay dependencia de terceros o hay confinamiento en domicilio.

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

Síndrome Fibromiálgico

El diagnóstico de Fibromialgia es complejo, de tratamiento multidisciplinario, con respuestas terapéuticas a largo plazo, cuyo eventual menoscabo laboral permanente, está supeditado a la respuesta terapéutica. Corresponde a un trastorno reumatológico de carácter crónico, de respuesta lenta a los tratamientos bien indicados. Puede presentar un trastorno mental concomitante como es frecuente de observar en otras patologías crónicas, que se evaluará por especialista psiquiatra. Para considerar que exista sinergia de menoscabos, esta circunstancia deberá ser confirmada por la opinión coincidente de especialistas reumatólogo y psiquiatra para proceder a la suma combinada. De corresponder, deberán sumarse los menoscabos combinadamente según las reglas definidas para ello en el capítulo de Introducción, en la medida que tales impedimentos estén configurados; o bien considerarse por separado si solo uno de ellos está configurado a la data de la evaluación.

El periodo mínimo de observación de tratamientos bien llevados es de 1 año.

Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%

- existen síntomas y signos leves propios del trastorno fibromiálgico. Dolor, trastorno del sueño.
- interferencias menores en algunas de las AVD.
- respuesta parcial al tratamiento adecuado.

Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%

- existen síntomas y signos moderados propios del trastorno fibromiálgico.
- interferencias moderadas en algunas de las AVD.
- escasa respuesta al tratamiento adecuado, persisten dolores, alteraciones del sueño y algo de fatigabilidad.

Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%

- existen síntomas y signos importantes propios del trastorno fibromiálgico
- interferencias importantes en la mayoría de las AVD.
- con nula respuesta al tratamiento adecuado, persiste dolor sostenido, fatigabilidad, trastorno del sueño.
- la medicación por especialista psiquiatra es permanente.

F. Amputaciones

a) Menoscabo Laboral Permanente por Amputaciones en las Extremidades Superiores

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

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

Las amputaciones bilaterales suman combinados los menoscabos de cada extremidad.

Cuando la extremidad lesionada esté conservada, recaerá en el especialista el diagnóstico de Amputación Funcional para asignar, si corresponde, el menoscabo de acuerdo a los valores referenciales siguientes:

NIVEL DE LA LESION	MENOSCABO LABORAL PERMANENTE
Desarticulación del hombro.	67% ó más
Amputación del brazo por encima de la inserción del deltoides.	67% ó más
Amputación del brazo entre la inserción del deltoides y la articulación del codo.	50%
Desarticulación del codo	50%
Amputación del antebrazo por debajo de la articulación del codo proximal a la inserción del tendón del bíceps.	50%
Amputación del antebrazo por debajo de la articulación del codo, distal a la inserción del tendón del bíceps.	50%
Desarticulación de la muñeca.	50%
Amputación medio carpiana o medio metacarpiana de la mano incluyendo el pulgar	50%
Amputación del pulgar en la MTC-F	25%
Amputación de todos los dedos excepto del pulgar a nivel de las articulaciones metacarpofalángicas.	35%
Amputación del pulgar en la IF	15%
Amputación del dedo índice a nivel de la articulación metacarpofalángica o con resección del metacarpo	14%
Amputación del dedo mediano a nivel de la articulación Metacarpofalángica o con resección del metacarpo.	14%

Amputación del dedo anular a nivel de la articulación metacarpofalángica o con resección del metacarpo.	5%
Amputación del dedo meñique a nivel de la articulación metacarpofalángica o con resección del metacarpo.	5%
Amputación Anular y Meñique	15%
Amputación dedos índice y medio a nivel de IFP	11%
Amputación dedos anular o meñique a nivel de IFP	6%
Amputación dedos índice y medio a nivel de IFD	6%
Amputación dedos anular o meñique a nivel de IFD	3%

b) Menoscabo Laboral Permanente por Amputaciones en las Extremidades Inferiores

Las Extremidades Inferiores son los órganos del desplazamiento esencialmente. Las amputaciones bilaterales suman combinados los menoscabos de cada extremidad. El valor de menoscabo por amputación considera la pérdida de función motora y sensitiva.

Cuando la extremidad lesionada esté conservada, recaerá en el especialista el diagnóstico de Amputación Funcional para asignar, si corresponde, el menoscabo de acuerdo a los valores referenciales siguientes:

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

*El menoscabo de este impedimento, por afectar la fase de despegue de la marcha, podría agravar la incapacidad global determinada por otros impedimentos de diferente capítulo, por lo que deberá también considerarse en la suma combinada dado que su importancia no se puede soslayar.

G. Menoscabo Laboral Permanente por Enfermedades Oseas Metabólicas

Requieren presencia de uno o más daños anátomo-patológicos.

Gota

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

Condrocalcinosis

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

Osteoporosis, Osteomalacia y Enfermedad de Paget

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

CAPITULO II

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y PERIFERICO

I. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

INTRODUCCION

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

Se consideran en este capítulo impedimentos originados en:

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

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

EVALUACIÓN

La evaluación incluye una completa Anamnesis próxima y remota, Examen físico general y segmentario y Examen neurológico con: estudio de funciones superiores, motricidad, sensibilidad, reflejos, tono muscular, pruebas vestibulares, pruebas cerebelosas y de pares craneanos.

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

A. Cerebro

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

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

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

Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos Cerebrales y/o Espinales

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

Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1 - 14%

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

Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%

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

Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%

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

Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50% - 66%

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

Clase V Menoscabo Laboral Permanente 67% - 80%

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

B. Médula Espinal

Calificación según sección anterior.

C. Nervios Craneales

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

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

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

*El menoscabo de este impedimento, debido a que interfiere significativamente las actividades de la vida diaria, podría agravar la incapacidad global determinada por otros impedimentos de diferente capítulo, por lo que en caso de estar configurado deberá también considerarse en la suma combinada dado que su importancia no se puede soslayar.

MENOSCABO LABORAL PERMANENTE EN ALGUNOS IMPEDIMENTOS DEL SNC:

Epilepsia:

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

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

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

Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%

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

Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%

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

Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%

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

Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50% - 66%

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

Clase V Menoscabo Laboral Permanente 67% - 80%

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

Enfermedad o Accidente Cerebral Vascular y Medular Vascular

El Impedimento se configura luego de 12 meses, usando las clases de los impedimentos Cerebrales y/o Espinales de este capítulo, **considerando manifestaciones como:** afasia motora o sensorial, desorganización persistente y significativa de la función motora de extremidades, etc.

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

Enfermedad de Parkinson

El Impedimento por Enfermedad de Parkinson se configura luego de por lo menos

12 meses de tratamiento efectivo con buena adherencia recibiendo Levodopa o el fármaco alternativo, de acuerdo a las guías ministeriales, usando las clases de los Impedimentos Cerebrales y/o Espinales de este capítulo.

Para valorar la progresión y severidad de la enfermedad, se ha propuesto la escala de Hoehn Yarh (Guías Ministeriales):

Estadio	Descripción	Clase
0	no hay signos de enfermedad	---
1	enfermedad unilateral	I
2	enfermedad bilateral, sin alteraciones de equilibrio	II
3	enfermedad bilateral leve a moderada con inestabilidad postural; físicamente independiente	III
4	incapacidad grave, aún capaz de caminar o permanecer de pie sin ayuda	IV
5	permanece en silla de ruedas o en cama si no tiene ayuda	V

Parálisis Cerebral

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

Traumatismo Encéfalo-Craneano

El Impedimento por TEC se configura luego de 12 meses de evolución, según las secuelas motoras y sensoriales y el Deterioro Orgánico Cerebral. El daño motor según las clases de los Impedimentos Cerebrales y/o Espinales de este capítulo. El daño intelectual en el capítulo de Impedimentos Mentales. Si a juicio de un interconsultor especialista o de la Comisión corresponde combinar menoscabos, se efectuará suma combinada según las reglas definidas en el capítulo de Introducción.

Tumores Cerebrales

Tumores cerebrales que según escala OMS son grado III y IV, (malignos) por estudio histopatológico, se configuran en clase V al momento de su diagnóstico. En caso de Metástasis Cerebral única o múltiple corresponde calificar de acuerdo al tumor

primario. Otros tumores cerebrales se califican según las secuelas motoras, sensoriales y el deterioro orgánico cerebral. El daño motor según las clases de los Impedimentos Cerebrales y/o Espinales de este capítulo. El daño intelectual en el capítulo de Impedimentos Mentales. Si a juicio del interconsultor especialista o de la Comisión corresponde combinar menoscabos, se efectuará suma combinada según las reglas definidas en el capítulo de Introducción.

Malformaciones Arteriales, Venosas, mixtas y de Senos Cavernosos.

El riesgo de rotura define la intensidad o gravedad del impedimento. La morbimortalidad y las condiciones técnicas para el tratamiento complementan la clasificación. Existiendo rotura, el impedimento se califica según el daño mayor, motor o intelectual luego de a lo menos 12 meses de observación. El daño motor según las clases de los Impedimentos Cerebrales y/o Espinales de este capítulo. El daño intelectual en el capítulo de Impedimentos Mentales. Si a juicio del interconsultor especialista o de la Comisión corresponde combinar menoscabos, se efectuará suma combinada según las reglas definidas en el capítulo de Introducción. En caso que produzcan otra enfermedad neurológica, serán evaluados además según las pautas para la enfermedad a que den origen, ejemplo: Epilepsia.

Miastenia Gravis

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

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

II. SISTEMA NERVIOSO PERIFERICO

INTRODUCCION

Estas Normas establecen los criterios para evaluar los impedimentos del Sistema Nervioso Periférico, su configuración y el Menoscabo Laboral Permanente en la capacidad

general de trabajo expresado en un porcentaje que representa las interferencias que producen sobre las áreas de actividades esenciales, domésticas y de desplazamiento en la vida diaria.

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

En esta área, el diagnóstico puede efectuarse clínicamente o por electrodiagnóstico, sin embargo, la manifestación clínica primará sobre aquél.

Se consideran en esta sección Impedimentos originados en:

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

EVALUACIÓN

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

1. Alteraciones Sensitivas: dolor, distesias, astereognosis, parestesias, propiocepción, otros.
2. Alteraciones Motrices: paresia, plejia, temblor, atetosis, corea, balismo, ataxia, aquinesia, disquinesia, otros.
3. Exámenes auxiliares: electromiograma, velocidad de conducción nerviosa, potenciales evocados.

A. Raíces de Nervios Espinales

Menoscabo Parcial por Raíz de Nervio Espinal

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

L-4	0% - 5%	0% - 34%	0% - 37%
L-5	0% - 5%	0% - 37%	0% - 40%
S-1	0% - 5%	0% - 20%	0% - 24%

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

B. Plexos de Nervios Espinales

Menoscabo Parcial por Plexo Braquial

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

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

Menoscabo Parcial por Plexo Lumbosacro

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

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

C. Nervios Espinales Periféricos

1. Cabeza, Cuello, Diafragma

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

Nervio	Alteración de función debida a déficit sensorial,	Alteración de función debida a	Menoscabo
--------	---	--------------------------------	-----------

	dolor o parestesias	pérdida de fuerza	parcial
Occipital mayor	0%-5%	0%	0%-5%
Occipital menor	0%-3%	0%	0%-3%
Gran auricular	0%-3%	0%	0%-3%
Secundario o accesorio (Secundario espinal)	0%	0%-10%	0%-10%

La Parálisis Frénica se analiza en capítulo de Sistema Respiratorio.

2. Extremidad Superior

Menoscabo Parcial del Nervio Espinal que afecta a la Extremidad Superior

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

3. Extremidad Inferior

Menoscabo Parcial del Nervio Espinal que afecta a la Extremidad Inferior

Nervio	Menoscabo debido a déficit sensorial, dolor o malestar	Menoscabo debido a pérdida de la fuerza	Menoscabo parcial de extremidad inferior
Femoral	0%-5%	0%-35%	0%-38%
Genitofemoral	0%-5%	0%	0%-5%
Glúteo Inferior	0%	0%-25%	0%-25%
Fémoro cutáneo	0%-10%	0%	0%-10%
Nervio del músculo obturador interno	0%	0%-10%	0%-10%
Nervio del músculo piriforme	0%	0%-10%	0%-10%
Obturador	0%	0%-10%	0%-10%
Cutáneo posterior del muslo	0%-5%	0%	0%-5%
Glúteo Superior	0%	0%-20%	0%-20%
Ciático	0%-25%	0%-75%	0%-81%
Peroneo Común	0%-5%	0%-35%	0%-38%
Peroneo Profundo	0%	0%-25%	0%-25%
Peroneo Superficial	0%-5%	0%-10%	0%-14%
Nervio tibial Anterior	0%-15%	0%-35%	0%-45%
Nervio Tibial posterior	0%-15%	0%-25%	0%-33%
Nervio Sural	0%-5%	0%	0%-5%

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

Extrem. Superior	Persona global	Extrem. Superior	Persona global	Extrem. Superior	Persona global	Extrem. Superior	Persona global	Extrem. Superior	Persona global
								80%	48%
0%	0%	20%	12%	40%	24%	60%	36%	81%	49%
1%	1%	21%	13%	41%	25%	61%	37%	82%	49%
2%	1%	22%	13%	42%	25%	62%	37%	83%	50%
3%	2%	23%	14%	43%	26%	63%	38%	84%	50%
4%	2%	24%	14%	44%	26%	64%	38%	85%	51%
5%	3%	25%	15%	45%	27%	65%	39%	86%	52%
6%	4%	26%	16%	46%	28%	66%	40%	87%	52%
7%	4%	27%	16%	47%	28%	67%	40%	88%	53%
8%	5%	28%	17%	48%	29%	68%	41%	89%	53%
9%	5%	29%	17%	49%	29%	69%	41%	90%	54%
10%	6%	30%	18%	50%	30%	70%	42%	91%	55%
11%	7%	31%	19%	51%	31%	71%	43%	92%	55%

12%	7%	32%	19%	52%	31%	72%	43%	93%	56%
13%	8%	33%	20%	53%	32%	73%	44%	94%	56%
14%	8%	34%	20%	54%	32%	74%	44%	95%	57%
15%	9%	35%	21%	55%	33%	75%	45%	96%	58%
16%	10%	35%	22%	56%	34%	76%	46%	97%	58%
17%	10%	37%	22%	57%	34%	77%	46%	98%	59%
18%	11%	38%	23%	58%	35%	78%	47%	99%	59%
19%	11%	39%	23%	59%	35%	79%	47%	100%	60%

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

Menoscabo Parcial Extremidad inferior	Persona Global	Menoscabo Parcial Extremidad inferior	Persona Global
1%	0%	51%	20%
2%	1%	52%	21%
3%	1%	53%	21%
4%	2%	54%	22%
5%	2%	55%	22%
6%	2%	56%	22%
7%	3%	57%	23%
8%	3%	58%	23%
9%	4%	59%	24%
10%	4%	60%	24%
11%	4%	61%	24%
12%	5%	62%	25%
13%	5%	63%	25%
14%	6%	64%	26%
15%	6%	65%	26%
16%	6%	66%	26%
17%	7%	67%	27%
18%	7%	68%	27%
19%	8%	69%	28%
20%	8%	70%	28%
21%	8%	71%	28%
22%	9%	72%	29%
23%	9%	73%	29%
24%	10%	74%	30%
25%	10%	75%	30%
26%	10%	76%	30%
27%	11%	77%	31%
28%	11%	78%	31%
29%	12%	79%	32%
30%	12%	80%	32%
31%	12%	81%	32%
32%	13%	82%	33%
33%	13%	83%	33%
34%	14%	84%	34%

35%	14%	85%	34%
36%	14%	86%	34%
37%	15%	87%	35%
38%	15%	88%	35%
39%	16%	89%	36%
40%	16%	90%	36%
41%	16%	91%	36%
42%	17%	92%	37%
43%	17%	93%	37%
44%	18%	94%	38%
45%	18%	95%	38%
46%	18%	96%	38%
47%	19%	97%	39%
48%	19%	98%	39%
49%	20%	99%	40%
50%	20%	100%	40%

4. Polineuropatías

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

CAPITULO III

SISTEMA RESPIRATORIO

INTRODUCCION

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

La principal función del Sistema Respiratorio es la mantención del intercambio alveolo-capilar que asegura el aporte adecuado de Oxígeno a los tejidos y la eliminación del exceso de Dióxido de Carbono procedente de la combustión interna tisular.

El impedimento respiratorio estará configurado cuando se encuentre estabilizado, alejado de un episodio agudo o recurrente, las pruebas funcionales se hayan efectuado distantes de una crisis, a lo menos 2 meses y que se encuentren agotados los recursos terapéuticos según los protocolos actuales de la especialidad, durante un período mínimo de seis meses. En patologías con cobertura GES, deberán considerarse las terapias de los protocolos respectivos y las condiciones reales en que estas garantías se verifican para cada solicitante.

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

EVALUACION

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

tales como saturación de Oxígeno, test de marcha, difusión de CO o volúmenes pulmonares.

La disnea se puede categorizar del modo siguiente:

grado	Escala de disnea modificada del Medical Research Council (mMRC)
0	Sólo ante actividad física muy intensa
I	Al caminar muy rápido o subir una cuesta poco pronunciada
II	Incapacidad para andar al mismo paso de personas de la misma edad
III	La disnea obliga a parar antes de los 100 m a pesar de caminar a su paso en terreno llano
IV	Disnea con mínimos esfuerzos como vestirse, que impide salir de su domicilio

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

1. Radiografías de Tórax AP y lateral, tomadas en inspiración profunda.
2. Espirometría basal y con broncodilatadores.
3. Oximetría de Pulso (reposo, ejercicios, nocturna)
4. Tomografía Axial Computada
5. Test de provocación bronquial.
6. Gases Arteriales (reposo y ejercicios)
7. Electrocardiograma
8. Hemograma
9. Hemoglobina
10. Polisomnografía
11. Test de latencia múltiple del sueño.
12. Test de marcha de seis minutos
13. Test de difusión de CO
14. Test cardiopulmonar
15. Poligrafía respiratoria
16. Volúmenes pulmonares por pletismografía o Helio
17. Presión inspiratoria y espiratoria máxima
18. Otros exámenes determinados por el especialista.

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

Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos del Sistema Respiratorio.

La configuración de menoscabo requiere de tratamiento accesible apropiado durante 6 meses. Excepciones a esto son las secuelas de Tuberculosis pulmonar, en que puede considerarse configurada al término del tratamiento, así como EPOC y Fibrosis pulmonar Idiopática en que el interconsultor especialista y/o la Comisión considere que el tratamiento no modificará el menoscabo por estar en etapa irreversible.

La disnea es un síntoma subjetivo, por lo tanto su manifestación clínica debe tomarse solo como referencia y no es suficiente por sí misma para determinar la Clase, siendo de utilidad para determinar el rango dentro de aquella. Para homogeneizar su apreciación especialmente en el Asma bronquial, se debe aplicar el cuestionario ACT adjunto.

La siguiente es una clasificación general del menoscabo respiratorio que puede ser suficiente para la evaluación de muchos pacientes, sin embargo en algunos de ellos, especialmente los asmáticos, se requerirá el uso de las tablas específicas propuestas más adelante para cada grupo de patologías respiratorias que dan cuenta de parámetros clínicos, de laboratorio e imágenes objetivables para la calificación del impedimento configurado.

CLASES GENERALES EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

CLASE I Menoscabo laboral permanente 1% - 14%

- Disnea en grado 0.
- Espirometría: VEF1 o CVF igual o superior al 80% de lo normal post BD.
- Difusión de CO igual o mayor a 80%.

CLASE II Menoscabo laboral permanente 15% - 34%

- Disnea en grado I.
- Espirometría: VEF1 entre 70% y 79% de lo normal post BD. Si hay Enfermedad restrictiva, CVF entre 75% y 80% de lo normal post BD.
- Oximetría de reposo y ejercicio normal.
- Difusión de CO > 60% de lo normal.

CLASE III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%

- Disnea en grado II.
- Espirometría: VEF1 entre 60% y 69% de lo normal post BD. Si hay Enfermedad restrictiva, CVF entre 65% y 74% de lo normal post BD.
- Difusión de CO entre 51% y 60% de lo normal.
- Desaturación entre 4 y 9 puntos en ejercicio (Test de marcha).

CLASE IV Menoscabo Laboral Permanente 50% - 66%:

- Disnea en grado III.
- Espirometría: VEF1 entre 50% y 59% de lo normal con BD. Si hay Enfermedad restrictiva, CVF entre 60% y 64% de lo normal con BD.
- Difusión de CO entre 40% y 50% de lo normal.
- Desaturación entre 10 y 14 puntos en ejercicio (Test de marcha).
- Puede haber Hipercapnia.

Clase V Menoscabo Laboral Permanente 67% - 80%

- Disnea en grado IV.
- Espirometría: VEF1 inferior al 50% de lo normal post BD. Si hay Enfermedad Restrictiva, CVF inferior a 60% de lo normal post BD.
- Difusión de CO < 40% de lo normal.
- Desaturación mayor a 14 puntos en ejercicio (Test de marcha).
- Hipoxemia de Reposo < 90%.
- Hipercapnia de Reposo > 45 mm Hg.
- Oxígeno dependientes.

Las enfermedades respiratorias principales pueden agruparse con fines de evaluación de menoscabo en tres grupos: Asma bronquial, Limitación crónica del flujo aéreo, LCFA, y Enfermedades Restrictivas.

A continuación se presentan las tres tablas fundamentales para evaluar el impedimento en los tres grupos mencionados:

Tabla 1: Evaluación de menoscabo en Asma Bronquial					
	CLASE I	CLASE II	CLASE III	CLASE IV	CLASE V
ACT (puntos)	>22	>20	16-19	<16	<16
Consultas en S. U.*			SI	SI	SI
Hospitalizaciones*				SI	SI
Exacerbaciones**				0 a 5/año	≥ 6 / año
Tratamiento	BD ocasional	BD diarios + CI dosis bajas	BD diarios + CI dosis altas	BD diarios + CI dosis altas + COr. ocasional	Requiere además COr. permanentes
VEF1 post BD	> 80%	70% -79%	60% - 69%	50% - 59%	< 50%
PC 20 (en mg/ml de metacolina)	> 8	8 - 0,5	0,5 > 0,2	< = 0,1	< = 0,1
Reversibilidad VEF1	< 10%	10% - 19%	20% - 29%	> 30%	

ACT (Asma Control Test adaptado).										puntaje
Este cuestionario debe ser consultado al/la paciente anotando en la columna de puntaje el dígito correspondiente a su respuesta, luego sumar y obtener el total que debe ser consignado en el informe. Esta tabla pretende objetivar un hecho anamnéstico, con los cuidados que se han comentado en la evaluación de la disnea. Se sugiere obtener las respuestas de cada pregunta en forma intermitente durante el proceso de la anamnesis y no como un interrogatorio continuo.										
a). En las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo le ha impedido su asma hacer todo lo que quería en el trabajo, en la casa o en otro sitio habitual?										
siempre	1	La mayoría del tiempo	2	Algo del tiempo	3	Un poco del tiempo	4	Nunca	5	
b). Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia le ha faltado aire?										
Más de una vez al día	1	Una vez por día	2	De 3 a 6 veces por semana	3	Una o dos veces por semana	4	Nunca	5	
c). Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia sus síntomas del asma lo/la despertaron durante la noche o más temprano de lo usual en la mañana?										
4 o más noches por semana	1	2 ó 3 veces por semana	2	Una vez por semana	3	Una o dos veces	4	Nunca	5	
d). Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha usado su inhalador de rescate o medicamento en nebulizador (como albuterol)?										
3 o más veces al día	1	1 ó 2 veces al día	2	2 ó 3 veces por semana	3	Una vez por Semana o menos	4	Nunca	5	
e). ¿Cómo evaluaría el control de su asma durante las últimas 4 semanas?										
No controlada, en absoluto	1	Mal controlada	2	Algo controlada	3	Bien controlada	4	Completamente controlada	5	
TOTAL										

Tabla 2 : Evaluación de menoscabo en Limitación Crónica del Flujo Aéreo, LCFA.					
	CLASE I	CLASE II	CLASE III	CLASE IV	CLASE V
Consultas en S. U. *			SI	SI	SI
Hospitalizaciones *				SI	SI
Exacerbaciones**			1 a 2/año	3 /año	4 o +/ año
VEF1 post BD	>80%	70% -79%	60% - 69%	50% - 59%	<50%
Distancia en 6 min. (en metros)	Normal	Normal	<70%	<60%	<50%
Desaturación en ejercicio	No	No	4-9 puntos	10-14 puntos	>14 puntos
VR/CPT			>120	>130	>140
DLCO	> 80%	> 60%	51% - 60%	40% - 50%	<40%
PAPS (mmHg)				>35	>50

Tabla 3: Evaluación de menoscabo en Enfermedades Restrictivas					
	Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV	Clase V

Disnea	0-I	I	II	III	IV
CVF	> 80%	75% - 80%	65% - 74%	60% - 64%	< 60%
DLCO	> 80%	> 60%	51% - 60%	40% - 50%	< 40%
Distancia en 6 min. (en metros)	Normal	Normal	< 70%	< 60%	< 50%
Desaturación en ejercicio	No	No	4 - 9 puntos	10- 14 puntos	> 14 puntos
TAC de tórax #	Alteraciones mínimas	Alteraciones mínimas	Alteraciones moderadas	Alteraciones más que moderadas	Alteraciones graves
PAPS (mmHg)				> 35	> 50

ACT: puntaje del "Asma Control Test" adaptado, cuestionario de 5 preguntas que el paciente debe responder.

BD: broncodilatador

CI: Corticoides inhalables

COr.: Corticoides orales

VEF 1: volumen espiratorio forzado en el primer segundo, post broncodilatador

CVF: capacidad vital forzada post broncodilatador

DLCO: capacidad de difusión del monóxido de carbono

Distancia en 6 minutos: Test de caminata en 6 minutos en metros.

PC20 Concentración de metacolina que produce caída del 20% del VEF1

* Certificación con evidencias disponibles (certificados, recetas, etc.) o mejor aún con peritaje socio-laboral.

**exacerbaciones relacionadas requiere evidencia de haber recibido atención y alguna terapia concordante

VR/CPT: relación volumen residual dividido por capacidad pulmonar total

PAPS: presión arterial pulmonar sistólica medida por ecocardiograma

# CLASIFICACION DE COMPROMISO RADIOLOGICO EN TAC DE TORAX DE ENFERMEDADES PULMONARES DIFUSAS (RESTRICTIVAS):				
Aspecto radiológico	Alteraciones mínimas	Alteraciones moderadas	Alteraciones más que moderadas	Alteraciones avanzadas
Organización	Compromiso muy discreto, volumen conservado, arquitectura no afectada, sin patrón definido	Compromiso claro, patrón definido, fibrosis inicial, arquitectura preservada, moderada disminu-	Patrón definido, distorsión de arquitectura, disminución significativa de volumen	Organización fibrosa y distorsión de la arquitectura, difícil definir patrón característico,

		ción de volumen		dilatación bronquios, quistes y panal
Extensión	No definible	30% - 50%	>50%	>70%

Las Enfermedades pulmonares restrictivas o difusas comprenden un gran número de patologías que comprometen en mayor o menor grado todo el parénquima pulmonar. Es importante desde un punto de vista diagnóstico atender a la distribución predominante del compromiso pulmonar en superior, media o inferior y cortical (relación al conectivo alveolar) y central o peribroncovascular (relación con vía aérea y/o vascularización). La clasificación según el grado de compromiso debe atender a su grado de organización (implica el depósito de colágeno) y su extensión. Esta última es muy empírica y no siempre tiene relación con la severidad de la enfermedad.

Ningún rubro define la clase por sí mismo. Esta se determina por el análisis de todas las características. Mientras más criterios se cumplan, mayor es la certeza de la clase escogida. Sin embargo, el estudio del menoscabo no exige necesariamente la realización de todos los exámenes propuestos, con que debe categorizarse, dejando para una segunda etapa aquellos exámenes más sofisticados que pueden ser necesarios en casos especiales (Test de caminata en 6 minutos, respuesta a broncodilatadores, medición de volúmenes pulmonares, cálculo de PAPS etc.)

MENOSCABO LABORAL PERMANENTE EN ALGUNOS IMPEDIMENTOS RESPIRATORIOS

Asma bronquial

La clasificación del Asma Bronquial no puede basarse exclusivamente en la Espirometría por tener grandes variaciones en estos enfermos y resulta más adecuada la presencia sintomática y su frecuencia. En todos los casos, la calificación sólo podrá efectuarse sobre impedimentos configurados a lo menos con seis meses de tratamiento de acuerdo al grado del Asma y protocolos de la especialidad. La frecuencia e intensidad de las crisis deben objetivarse mediante peritaje socio-laboral, informe de revisión de ficha clínica, boletines de atención en Servicios de Urgencia y otros medios que acrediten tal condición. Deben utilizarse los parámetros de la tabla 1, para precisar la clase y el rango.

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

En casos seleccionados se usarán los Gases Arteriales. La Capacidad Inspiratoria y la medición de Fuerza Muscular Inspiratoria y Espiratoria (PIM y PEM) puede ayudar a aclarar las discrepancias Espirometría - Disnea. El VEF1 es el índice que mejor da cuenta del grado de incapacidad en EPOC. Para determinar la clase, deben utilizarse los

parámetros de la tabla 1 complementado con la tabla 2, cuando sea necesario, por ser la tabla específica para estas patologías, considerándose la disnea para precisar el rango.

Bronquiectasias

Deberán considerarse adicionalmente a la clase asignada, el volumen de la Broncorrea diaria, el carácter y frecuencia de las Hemoptisis. Broncorreas mayores de 50 ml en período mayor de seis meses, fracasado tratamiento médico y/o quirúrgico, asignar menoscabo Clase V. Similares condiciones para las Fístulas Pleurocutáneas. En caso que no se cumpla los criterios de broncorrea pueden considerarse la frecuencia de importantes exacerbaciones certificadas, que hayan recibido terapia antibiótica. Si son 2/año será clase IV y ≥ 3 /año clase V.

Enfermedad Pulmonar Difusa (Restricitiva)

Se evalúa según la clasificación del menoscabo por Impedimentos del Sistema Respiratorio y la tabla 3. Generalmente la Oximetría de pulso es suficiente, pero en algunos casos podría necesitarse medición de Gases Arteriales. Debe tenerse presente que la oximetría de pulso puede ocasionalmente dar valores falsos como ocurre en individuos de piel oscura (valores erróneamente altos), presencia de hipoperfusión (esclerodermia), anemia muy intensa, ambientes muy fríos, etc.

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

Tuberculosis Pulmonar

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

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

Cor Pulmonale

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

Síndrome Apnea Obstructiva del Sueño

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

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

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

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

Es importante diferenciar entre intolerancia y rechazo del procedimiento de evaluación. El rechazo debe considerarse cuando el paciente definitivamente no colabora en el procedimiento ni con el uso de diferentes mascarillas necesarias para realizarlo. En estos casos el impedimento podría considerarse como no configurado si el especialista interconsultor así lo determina. La real intolerancia se cumple cuando el análisis del registro nos indica el fracaso del procedimiento pese a que el evaluado ha aceptado la prueba con CPAP, permitiendo probar los distintos tipos de mascarillas en el curso de la noche. En este caso hay una real configuración del impedimento.

Trasplante Pulmonar

Este método quirúrgico por sus limitaciones y elevado índice de morbilidad y mortalidad, asignará Menoscabo Laboral Permanente Clase V.

Estenosis Traqueal y Traqueostomizados

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

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

Parálisis Diafragmática Uni o Bilateral

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

Neumonectomías

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

CAPITULO IV

SISTEMA DIGESTIVO

INTRODUCCION

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

Los Impedimentos digestivos son:

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

EVALUACIÓN

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

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

A. TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR

Esófago

Los síntomas y signos del impedimento esofágico incluyen, disfagia, pirosis, dolor subesternal, regurgitación, sangrado, índice de masa corporal, IMC. Su evaluación se complementa con radiografías, TAC, RNM, ecografías, endoscopías, biopsias, citología, manometrías y otros exámenes determinados por el especialista.

Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos esofágicos

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

Clase I: Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%

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

Clase II: Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%

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

Clase III: Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%

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

Clase IV: Menoscabo Laboral Permanente 50% - 66%

Existen síntomas y signos de Impedimento esofágico, severos, con alteraciones anatómicas que los medicamentos, dieta o cirugía no logran controlar. El IMC se encuentra en el rango de desnutrición moderada a severa. Requiere de uso de sonda nasoyeyunal.

Clase V: Menoscabo Laboral Permanente 67% – 80%

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

Estómago, Duodeno e Intestino Delgado

Los síntomas y signos del Impedimento gástrico-duodenal incluyen náuseas, vómitos, dolor, sangrado, diarreas, mala absorción, obstrucción y pérdida de masa corporal, dumping precoz o tardío.

La evaluación se complementa con radiografías, TAC, RNM, ecografías, endoscopia, citología, biopsias, estudios de secreción, absorción, motilidad, deposiciones, enteroscopías y enteroclis.

Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos Gástrico-Duodenales

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

Clase I: Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%

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

Clase II: Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%

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

Clase III: Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%

Existen síntomas y signos de Impedimento gastro-duodenal importantes. La dieta y medicamentos logran controlar parcialmente los síntomas. Tiene alteraciones anatómicas, somnolencia post prandial, astenia y sudoración fría y el IMC está en desnutrición moderada, o bien leve, si se requiere apoyo nutricional enteral especial. Los pacientes con dumping corresponden a la Clase III aun cuando presenten desnutrición leve.

Clase IV: Menoscabo Laboral Permanente 50% - 66%

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

Clase V: Menoscabo Laboral Permanente 67% - 80%

Existen síntomas y signos de Impedimento gastro-duodenal graves, alteraciones anatómicas, tratamientos que no logran controlar síntomas, el compromiso nutricional es de desnutrición severa y requiere auxilio de terceros o nutrición parenteral o requiere del uso de sonda nasoyeyunal o gastro o yeyunostomía permanente.

B. PÁNCREAS

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

Los síntomas y signos incluyen dolor, náuseas, vómitos, diarreas, esteatorrea, sangramiento intestinal, ictericia y compromiso nutricional. La evaluación se completa con radiografías, TAC, RNM, ecografías, angiografía, colangiopancreatografía endoscópica retrógrada, estudio de deposiciones, tolerancia a la glucosa, enzimas pancreáticas, absorción de grasas, proteínas y vitaminas liposolubles y endosonografía.

Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos Pancreáticos

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

Clase I: Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%

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

Clase II: Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%

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

Clase III: Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%

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

Clase IV: Menoscabo Laboral Permanente 50% - 66%

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

Clase V: Menoscabo Laboral Permanente 67% - 80%

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

C. HÍGADO Y VÍAS BILIARES

Los síntomas y signos derivados del Impedimento hepático y de las vías biliares son los siguientes: dolor, ictericia, anorexia, náuseas, vómitos, astenia, adinamia, pérdida de masa corporal, hematemesis, ascitis, alteraciones de conciencia.

Se evalúan con estudios radiológicos, colangiografías, endoscopías, biopsias, exámenes de laboratorio, cintigrafías, TAC, RNM, ecografías.

Clasificación de CHILD – PUGH

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

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

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

Encefalopatía Hepática	
Grado 1	Confusión leve, con alteración del comportamiento, Test psicométrico alterado. Asterixis (-). Ritmo del sueño alterado.
Grado 2	Conducta inapropiada, mantiene lenguaje aunque lento. Obedece órdenes. Asterixis siempre presente. Alteración franca del ritmo del sueño.
	Marcadamente confuso, sólo obedece órdenes simples. Hablar inarticulado.

Grado 3	Duerme pero puede ser despertado. Asterixis presente si el paciente puede cooperar.
Grado 4	Coma, no puede ser despertado. Puede responder a estímulos dolorosos. Asterixis no evocable.

Hígado

Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos Hepáticos

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

Clase I: Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%

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

Clase II: Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%

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

Clase III: Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%

Existen síntomas y signos importantes de enfermedad hepática crónica, y se controlan parcialmente con el tratamiento. Las pruebas bioquímicas indican mal funcionamiento hepático. La astenia, fatigabilidad o prurito es importante. Hay evidencia de recidiva de várices esófago-gástricas luego de tratamiento exitoso de erradicación. Child 8-9 puntos o encefalopatía grado 1.

Clase IV: Menoscabo Laboral Permanente 50% - 66%

Existen síntomas y signos severos de enfermedad hepática crónica. Astenia, fatigabilidad o prurito son severos. Incluyen a lo menos un episodio de sangramiento digestivo o intoxicación amoniacal por año. Várices esófago-gástricas con 3 o más episodios de sangrado en un año con acciones terapéuticas acreditadas. El tratamiento difícilmente controla los síntomas. Child 10 - 11 puntos o encefalopatía grado 2.

Clase V: Menoscabo Laboral Permanente 67% – 80%

Existen síntomas y signos graves de enfermedad crónica y progresiva del Hígado. El tratamiento no controla los síntomas. La astenia es severa. Child = 12 puntos o más o encefalopatía grado 3 o más.

Vías Biliares

Menoscabo Laboral Permanente por Impedimento de las Vías Biliares

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

Clase I: Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%

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

Clase II: Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%

Existen episodios moderados de obstrucción de las vías biliares que demanda tratamiento continuo.

Clase III: Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%

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

Clase IV: Menoscabo Laboral Permanente 50% - 66%

Existe obstrucción severa, de las vías biliares que ocasiona colangitis recurrente.

Clase V: Menoscabo Laboral Permanente 67% – 80%

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

D. TRACTO DIGESTIVO INFERIOR

Colon y Recto

Los síntomas y signos del Impedimento colo-rectal incluyen, diarreas, constipación, alteración en frecuencia de evacuaciones, escapes fecales, requerimiento de uso de pañales, dolor, tenesmo, mucus, pus y sangre en las deposiciones, pérdida de peso, fiebre, anemia.

El estudio del Impedimento incluye endoscopías, ecografías, examen de deposiciones, biopsia y enema baritado.

Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos Colo-Rectales

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

Clase I: Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%

Los síntomas y signos del impedimento colo-rectal son leves. No requieren tratamiento continuo y medidas generales. IMC normal.

Clase II: Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%

Los síntomas y signos del impedimento colo-rectal son moderados. Necesitan dieta y terapia sistémica continua. IMC en desnutrición leve.

Clase III: Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%

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

Clase IV: Menoscabo Laboral Permanente 50% - 66%

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

Clase V: Menoscabo Laboral Permanente 67% – 80%

Los síntomas y signos del Impedimento colo-rectal son graves, incluso imponen el confinamiento. Necesitan estricta dieta y terapia sistémica. Anemia, y déficit nutricional severo.

E. CONDUCTO ANAL

Los síntomas y signos por impedimento del conducto anal incluyen alteraciones de la continencia, urgencia defecatoria, dolor, tenesmo, rectorragia, constipación, diarreas, requerimiento de uso de pañales.

La evaluación se complementa con tacto, anoscopía, rectoscopia, biopsia, TAC, RNM, manometría ano-rectal.

Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos del Conducto Anal

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

Clase I: Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%

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

Clase II: Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%

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

Clase III: Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%

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

Clase IV: Menoscabo laboral permanente 50% - 66%

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

F. ESTOMAS QUIRÚRGICOS Y PARED ABDOMINAL

Menoscabo Laboral Permanente por Estomas Quirúrgicos y Defectos de Pared Abdominal.

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

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

G. TRASPLANTES DIGESTIVOS

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

CAPITULO V

SISTEMA URINARIO

INTRODUCCION

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

- A. Tracto Urinario Superior
- B. Tracto Urinario Inferior

A. TRACTO URINARIO SUPERIOR

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

Enfermedad Renal Crónica

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

Por las dificultades en la medición directa de Clearance de Creatinina, una aproximación válida puede efectuarse aplicando la fórmula MDRD-4 para determinar la Filtración Glomerular, FG:

FG VARONES:	$186 \times (\text{Creatinina plasmática})^{-1.154} \times (\text{edad})^{-0.203}$
FG MUJERES:	resultado en varones x 0.742

Síndrome Nefrótico

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

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal o Trasplante Renal

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

Monorrenos y Derivaciones Urinarias

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

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

Sin perjuicio de lo anterior, las urostomías definitivas calificarán como sigue:

Urostoma continente cateterizable: 35% de menoscabo global

Urostoma no continente (derivación tipo Bricker o conducto ileal): 50% de menoscabo global.

Menoscabo Laboral Permanente por Deterioro del Tracto Urinario Superior

La clase está determinada por la intensidad del compromiso funcional, el rango al interior de la clase por la depuración de creatinina MDRD-4:

Clase I: Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%

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

Clase II: Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%

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

Clase III: Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%

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

Clase IV: Menoscabo Laboral Permanente 50% - 66%

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

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

Patologías Renales Crónicas que alcanzan 80% de Menoscabo Laboral Permanente

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

B. TRACTO URINARIO INFERIOR

La funcionalidad de este nivel que permite el adecuado control de la micción depende de la capacidad de almacenamiento de la orina, brindada por una vejiga distensible y un esfínter cerrado, y el vaciado voluntario que requiere de una vejiga

contráctil y un esfínter relajado, con indemnidad del conducto evacuador, la uretra. La alteración del almacenamiento genera incontinencia urinaria y la alteración del vaciamiento implica alteración del esfínter y/u obstrucción del tracto de salida.

La valoración del impedimento implica evaluar ambas condiciones por medio de anamnesis, examen físico, exámenes de laboratorio, imágenes y pruebas funcionales, según corresponda, que deberá considerar utilización o no de protectores, presencia de complicaciones, necesidad de cateterismo urinario intermitente o permanente, infecciones urinarias a repetición, presencia de divertículos vesicales, presencia de litiasis vesical, insuficiencia renal postrenal, necesidad de dilataciones uretrales, respuesta a terapias farmacológicas, procedimientos quirúrgicos anteriores y/o recientes, etc.

Menoscabo Laboral Permanente por deterioro del tracto Urinario inferior

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

Clase I: Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%

Hay síntomas y signos de trastornos leves, que requieren tratamiento circunstancial o medidas generales.

Clase II: Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%

Hay síntomas y signos, de trastornos moderados, que requieren de tratamiento continuo. Autonomía completa.

Clase III: Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%

Hay síntomas y signos evidentes con manifestaciones importantes que interfieren en algunas actividades de la vida diaria, a pesar del tratamiento continuo adecuado. Existe restricción parcial de la autonomía.

Clase IV: Menoscabo Laboral Permanente 50% - 66%

Hay síntomas y signos severos con compromiso significativo de la mayor parte de las Actividades de la vida diaria, sin mejoría con el tratamiento accesible, sin requerir confinamiento.

Clase V: Menoscabo Laboral Permanente 67% - 80%

Los síntomas y signos implican interferencia grave en las actividades de la vida diaria en confinamiento.

CAPITULO VI

SISTEMA CARDIOVASCULAR

INTRODUCCION

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

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

El implante de marcapaso cardíaco, los procedimientos angioplásticos y la electrofulguración no serán considerados cirugía mayor cardíaca y deberán cumplir seis meses para su configuración. Se considerará un resultado definitivo cuando esto sea refrendado por el cardiólogo interconsultor o integrante de la Comisión que así lo estime.

EVALUACION

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

La capacidad funcional deberá ser evaluada con una cuidadosa anamnesis y objetivada por medio de un test de esfuerzo o de marcha, debiendo ser justificada por el especialista evaluador su no realización, considerando los riesgos que ello implica. Ante la imposibilidad de efectuarlos, se considerarán imágenes y valores de presión sistólica de arteria pulmonar.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabla N° 1, CORRELACION ECOCARDIOGRAFICA Y MENOS CABO CARDIOVASCULAR						
Parámetros / grado	Género masculino			Género femenino		
	Leve	Moderado	Severo	Leve	Moderado	Severo
Volumen indexado Aurícula izq. (mm ² /m ²)	35-41	42-48	>48	35-41	42-48	>48
Área de Aurícula izq. (mm ²)	20-30	31-40	>40	20-30	31-40	>40
Diámetro diastólico V.I. (mm)	59-63	64-68	>68	53-56	57-61	>61
Diámetro diastólico V.I. indexado V.I. (mm/m ²)	31-33	34-36	>36	32-34	35-37	>37
Diámetro sistólico V.I. (mm)	41-43	44-45	>45	36-38	39-41	>41
Diámetro sistólico V.I. indexado (mm/m ²)	22-23	24-25	>25	22-23	24-26	>26
Grosor septal (mm)	11-13	14-16	>16	10-12	13-15	>15
Grosor pared posterior (mm)	11-13	14-16	>16	10-12	13-15	>15
Índice masa ventricular (modo M) (g/m ²)	116-131	132-148	>148	96-108	109-121	>121
Fracción de eyección VI (%) Simpson	41-51	30-40	<30	41-53	30-40	<30
Función Diastólica	Tipo I Relajación retardada	Tipo II Pseudo-normalizado	Tipo III Restrictivo	Tipo I Relajación retardada	Tipo II Pseudo-normalizado	Tipo III Restrictivo

Los impedimentos cardiovasculares están ordenados en cuatro grupos de patologías que afectan este sistema:

A. Enfermedades Orgánicas del Corazón:

Enfermedades cardíacas reumáticas crónicas, Enfermedades isquémicas del Corazón, Enfermedades cardiopulmonares y de la circulación pulmonar, Enfermedades del pericardio, miocardiopatías, valvulopatías, cardiomiopatías, Cardiopatías congénitas, Arritmias.

B. Enfermedad Vascular Hipertensiva:

Hipertensión esencial, Enfermedad cardíaca hipertensiva, Enfermedad cardio-renal hipertensiva, Hipertensión secundaria.

C. Enfermedades Vasculares de las Extremidades:

C.1 Enfermedad arterial periférica y claudicación intermitente.

C.2 Insuficiencia venosa de extremidades inferiores

D. Enfermedades de la Aorta.

A. Menoscabo Laboral Permanente por Enfermedades Orgánicas del Corazón

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

Aquellos pacientes portadores de un desfibrilador automático implantable (DAI), requerirán de un informe cardiológico actualizado en que consten las indicaciones del implante, y si ha presentado o no descargas.

Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%

Deben coexistir dos componentes de esta clase como mínimo:

- Se desplaza sobre cualquier terreno sin restricciones, correspondiendo a Capacidad Funcional en Clase I según la NYHA.
- Existen hallazgos ecocardiográficos leves de Enfermedad orgánica del corazón (criterio necesario).
- Requiere de tratamiento farmacológico continuo.
- La condición de ser portador de Marcapaso definitivo corresponderá a rango medio de esta Clase.

Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%

Deben coexistir dos componentes de esta clase como mínimo:

- Se desplaza sobre terrenos llanos sin restricciones, en cuestas o escaleras presenta dificultades y síntomas, correspondiendo a capacidad funcional en Clase II según la NYHA a pesar de tratamiento óptimo accesible.
- Existe compromiso ecocardiográfico moderado según tabla Nº1, (criterio necesario).
- El rango dentro de la clase se distinguirá de acuerdo al informe

ecocardiográfico, si la FE es entre 30 y 34% para el rango alto; si la FE es entre 35 y 39%, para el rango medio; y si la FE es 40% o más, para el rango bajo; y/o su equivalente, según sexo, en grosor septal o de pared posterior de VI.

Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%

Deben coexistir dos componentes de esta clase como mínimo:

- Se desplaza sobre terrenos llanos no más de una a dos cuadras correspondiendo a Capacidad Funcional clase III intermitente según la NYHA, a pesar de tratamiento óptimo accesible.
- Existe disfunción sistólica moderada al ecocardiograma según tabla N°1.
- Presencia de hipertensión pulmonar moderada en el eco-Doppler no reversible con la terapia.

Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50% - 66%

- Tiene severo deterioro de la capacidad funcional demostrable con pruebas objetivas, estando bajo tratamiento óptimo accesible.
- Existe compromiso ecocardiográfico severo sistólico y/o diastólico restrictivo, según tabla N°1.
- Corresponderán a esta clase las Arritmias complejas de difícil control o con resultados parciales a la terapia.

Clase V Menoscabo Laboral Permanente 67% - 80%

- Su Capacidad Funcional según la NYHA es Clase IV.
- Hipertensión pulmonar severa en el eco-Doppler.
- Demostración efectiva de enfermedades como Pericarditis constrictiva, Miocardiopatía hipertrófica con obstrucción severa al tracto de salida sin acceso a terapia.
- Trasplantados cardíacos, (incluye terapia inmunosupresora).

B. Menoscabo Laboral Permanente por Enfermedad Vascular Hipertensiva.

Hipertensión Arterial

La clase está determinada por la intensidad del compromiso de órganos blanco. El estadio de Hipertensión Arterial (HTA) según JNC7 se utilizará para fundamentar el diagnóstico de la enfermedad.

Para configurar un impedimento debe certificarse el diagnóstico y la adhesión a un tratamiento farmacológico continuo. Es necesario destacar que en muchos casos con severo compromiso sistémico la sintomatología y signología clínica es escasa.

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

Siendo la HTA un importante factor de riesgo de enfermedad cerebrovascular isquémica o hemorrágica, su cronicidad provoca infartos lacunares y/o microangiopatía. Las lesiones inducidas por HTA pueden afectar cualquier región encefálica. En consecuencia, el peritaje neurológico, junto a los antecedentes mórbidos aportados o solicitados, en el evaluado hipertenso, con daño cerebrovascular, debe establecer en sus conclusiones, si el impedimento neurológico es de naturaleza hipertensiva. Del mismo modo, los informes de peritajes de otros órganos o sistemas eventualmente comprometidos, tales como cardiovascular o renal, deben explícitamente establecer la relación causal atribuible a la HTA.

Los impedimentos se consideraran configurados solo después de haber cumplido al menos 6 meses del último esquema terapéutico considerado como óptimo accesible para el evaluado, salvo la presencia de secuelas consideradas irreversibles por el especialista evaluador.

Existirá potenciación entre Hipertensión arterial y Cardiopatía coronaria si ambos impedimentos configurados califican en clase II rango alto.

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

El rango se definirá según el número de criterios confirmados pertenecientes a la Clase correspondiente.

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

- Existe leve hipertrofia concéntrica o excéntrica ventricular izquierda al ecocardiograma, en lo posible informando adicionalmente la masa indexada.

- Fondo de ojo en G°I – II.
- Hay evidencia de daño vascular encefálico sin secuelas.

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

- Existe moderada hipertrofia concéntrica o excéntrica ventricular izquierda al ecocardiograma, en lo posible informando adicionalmente la masa indexada.
- Hay evidencia de daño vascular encefálico con secuelas en clase I del capítulo neurológico.
- Hay evidencia de Hipertensión Arterial en estadio II resistente a la terapia máxima accesible.
- Fondo de ojo G°III con exudados, microaneurismas y microhemorragias.

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

- Existe severa hipertrofia concéntrica o excéntrica ventricular izquierda al ecocardiograma, en lo posible informando adicionalmente la masa indexada; la n función sistólica está conservada o existe disfunción leve.
- Hay evidencia de daño vascular encefálico con secuelas en clase II del capítulo neurológico.
- Clearance de creatinina entre 30 y 59 ml/min, (clase II de daño renal).

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

- Existe severa hipertrofia concéntrica o excéntrica ventricular izquierda al ecocardiograma, en lo posible informando adicionalmente la masa indexada; la función sistólica está moderadamente disminuida o existe disfunción diastólica restrictiva.
- Hay evidencia de daño vascular encefálico con secuelas en clase III del capítulo neurológico.
- Clearance de creatinina entre 29 y 15 ml/min, (clase III de daño renal).

Clase V Menoscabo Global de la Persona 67% - 80%

- Existe severa hipertrofia concéntrica o excéntrica ventricular izquierda al ecocardiograma, en lo posible informando adicionalmente la masa indexada; la función sistólica está severamente disminuida y existe disfunción diastólica restrictiva.
- Fondo de ojo G°IV con edema de papila.
- Hay evidencia de daño vascular encefálico con secuelas en clase IV del capítulo neurológico.
- Clearance de creatinina < 15 ml/min, (clase IV de daño renal).

C.1 Menoscabo Laboral Permanente por Enfermedades Vasculares Arteriales de las Extremidades.

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

Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%

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

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

Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%

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

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

Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%

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

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

- Pueden existir amputaciones por el impedimento vascular que afectan de modo importante las AVD.

Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50% - 66%

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

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

Clase V Menoscabo Laboral Permanente 67% - 80%

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

C.2 Menoscabo Laboral Permanente por Enfermedades Vasculares Periféricas de las Extremidades. (Venas y Linfáticos)

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

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

El informe del interconsultor debe incluir fotografías del segmento afectado.

Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%

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

Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%

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

Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%

- Existe impedimento vascular venoso o linfático de las extremidades de intensidad importante en el Doppler venoso.
- Existen úlceras superficiales persistentes.
- Edema o linfedema importante, a pesar de tratamiento
- Síndrome post flebítico moderado que no responde a terapia médica.

Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50% - 66%

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

Clase V Menoscabo Laboral Permanente 67% - 80%

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

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

D. Menoscabo Laboral Permanente por Enfermedades Vasculares de la Aorta

a) Patología de Aorta Torácica

- **Aneurismas**
 - Aneurisma confirmado por medio de Angio-TAC o Angio-RNM, sin indicación de cirugía o terapia endovascular, se configura en clase II rango medio.
 - Aneurisma con terapia farmacológica especializada, fuera de alcance quirúrgico o con resultado insatisfactorio de la cirugía corresponde configurar con menoscabo global en Clase V.
 - Aneurisma operado o con tratamiento de endoprótesis con resultado satisfactorio, corresponde configurar con menoscabo global de 50%.

- **Disección tipo A:**
 - Disección que recibió cirugía o endo-protesis como tratamiento, además de tratamiento médico farmacológico, corresponde menoscabo global de 50%
 - Disección sin posibilidad de tratamiento quirúrgico, o de prótesis endovascular, y con tratamiento médico farmacológico especializado, corresponde menoscabo global en Clase V.

- **Disección tipo B:**
 - Lesiones con terapia médica y/o terapia endovascular corresponde a menoscabo global 50%.
 - Lesiones con procedimientos percutáneos y resultados insatisfactorios, corresponde a Clase IV
 - Lesiones complicadas, sin indicación de cirugía por elevado riesgo o falta de acceso, corresponde a Clase V.

b) Patología de Aorta Abdominal

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

CAPITULO VII

SISTEMA ENDOCRINO

INTRODUCCION

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

EVALUACIÓN

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

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

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

Este capítulo está dividido en impedimentos de:

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

A. Eje Hipotálamo - Hipofisiario

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

El informe del especialista podrá objetivar sus trastornos con radiografías de cráneo y manos, evaluación de función tiroidea y suprarrenal, gonadotrofinas plasmáticas, hormona de crecimiento, TAC de cráneo, prolactinemia, RNM, angiografía y angio-RNM, según sea necesario para la configuración, así como también solicitar complementación con peritaje oftalmológico, neurológico u otros.

Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos Hipofisiarios Anteriores

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

Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%

Existe alteración en hipo o hiperfunción leve del eje hipotálamo-hipofisiario, con presencia tumoral que no afecta tejidos vecinos ni a órganos blanco. El tratamiento controla los síntomas.

Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%

Existe alteración en hipo o hiperfunción moderado del eje hipotálamo-hipofisiario, con presencia tumoral que afecta tejidos vecinos (quiasma óptico), o a órganos blanco por la secreción hormonal. El tratamiento consigue controlar los síntomas parcialmente. El menoscabo por compromiso del quiasma debe sumarse en forma combinada con la clase pertinente del capítulo oftalmológico.

Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%

Existe alteración en hipo o hiperfunción importante del eje hipotálamo-hipofisiario, con presencia tumoral que afecta a tejidos vecinos irreversiblemente y a órganos blanco por la secreción hormonal. El tratamiento no consigue controlar los síntomas y existen secuelas importantes. El menoscabo por compromiso de quiasma debe sumarse en forma combinada con la clase pertinente del capítulo oftalmológico.

Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50% - 66%

Existe alteración en hipo o hiperfunción importante del eje hipotálamo-hipofisiario, con presencia tumoral que afecta a tejidos vecinos irreversiblemente y a órganos blanco por la secreción hormonal. El tratamiento no consigue controlar los síntomas y existen secuelas graves. El menoscabo por compromiso de

quiasma debe sumarse en forma combinada con la clase pertinente del capítulo oftalmológico.

Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos Hipofisarios Posteriores. (Diabetes Insípida)

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

Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%

Existe impedimento diabético insípido, pero sus síntomas leves se controlan parcialmente. La diuresis de 24 horas no excede los 5.000 ml.

Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%

Existe impedimento diabético insípido moderado, las diuresis de 24 horas sobrepasa los 5.000 ml.

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

B. TIROIDES

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

El estudio incluye T3, T4, TSH, TRH, ecografía, cintigrafía, según decisión del especialista interconsultor, informe oftalmológico, de evaluación quirúrgica u otros.

Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos Tiroideos

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

Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%

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

Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%

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

C. PARATIROIDES

El Hipoparatiroidismo se evalúa por estudio de hormona paratiroidea, calcemia, fosfemia, proteínas séricas y densitometría ósea.

Menoscabo Laboral Permanente por Hipoparatiroidismo

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

Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%

Existe hipofunción paratiroidea leve y la calcemia logra ser controlada adecuadamente por la terapia. Tiene síntomas que se controlan.

Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%

Existe hipofunción paratiroidea moderada y calcemia baja a pesar de la terapia. Los síntomas se controlan parcialmente.
Crisis de Tetania ocasional que se controla fácilmente.

Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%

Existe hipofunción paratiroidea importante y calcemia baja a pesar de terapia. Tiene episodios de Tetania recurrente, convulsiones o catarata lenticular.

Menoscabo Laboral Permanente por Hiperparatiroidismo

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

D. GLÁNDULAS SUPRARRENALES

Se consideran en esta sección los impedimentos suprarrenales de la corteza. Los impedimentos suprarrenales de la médula deben calificarse según los criterios de la Enfermedad Vasculor Hipertensiva y su estudio correspondiente.

La hipo o hipersecreción de la corteza suprarrenal puede comprometer otros sistemas y provocar Impedimentos secundarios que se evaluarán en el capítulo respectivo. Por tanto en esta sección se califican el Síndrome de Cushing, la Enfermedad de Cushing, el Síndrome Adrenogenital y el Aldosteronismo primario.

Las personas bajo **Tratamiento Esteroidal Permanente** reciben asignación de menoscabo de 10% en su capacidad de trabajo, el cual debe considerarse independientemente en la suma combinada.

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

Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos Suprarrenales

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

Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%

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

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

Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%

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

Existe **hiperfunción** suprarrenal con manifestaciones de Cushing moderadas, en clase I o en la misma clase en el caso de Feocromocitomas o Hiperaldosteronismo, a pesar de tratamiento médico o quirúrgico.

Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%

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

Existe **hiperfunción** suprarrenal importante que afecta irreversiblemente a órganos blanco en clase II o más. El tratamiento no consigue controlar los síntomas y existen secuelas importantes. Se debe sumar el menoscabo ocasionado por las repercusiones en órganos blanco producto de la hiperfunción dado que en estos casos son de mal pronóstico.

E. Glándulas Mamarias y Gónadas

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

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

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

Las Neoplasias, en el capítulo respectivo.

E. PÁNCREAS

Se distinguen los impedimentos derivados de la Diabetes Mellitus y del Hiperinsulinismo. El informe del especialista, según sea el caso, podrá incluir: Glicemia, Test de tolerancia a la glucosa, Hemoglobina glicosilada, Anticuerpos anti-islotos (ICA), Antidescarboxilasa del ácido glutámico (GAD), Microalbuminuria, Doppler carotideo y/o femoral, péptido C, colesterol y lípidos en sangre, electrocardiograma, fondo de ojos, estudio de función renal y examen neurológico.

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

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

Menoscabo Laboral Permanente por Diabetes Mellitus

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

El daño retinal se registrará de acuerdo a la siguiente tabla:

CLASIFICACION DE RETINOPATIA DIABETICA		
Nivel de severidad	Hallazgo al examen con midriasis	Clase
Sin retinopatía aparente	Sin alteraciones	
Retinopatía no proliferativa leve	Sólo microaneurismas	I
Retinopatía no proliferativa moderada	Más que sólo microaneurismas pero menos que no proliferativa severa	II
Retinopatía no proliferativa severa	Cualquiera de las siguientes: más de 20 hemorragias en cada uno de los cuatro cuadrantes, arrosamiento venoso en 2 cuadrantes, ausencia de signos de retinopatía proliferativa	III
Retinopatía diabética proliferativa	Uno o más de los siguientes: neovasos, hemorragia vítrea o preretinal	IV

Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%

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

Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%

Presencia de Diabetes Mellitus, que requiere dieta, o dieta e hipoglicemiantes orales y/o Insulina para su adecuado control. Además, se detecta impedimento leve por daño retinal que ocasiona impedimento por visión (sumados agudeza visual y compromiso de campo visual), renal o neurológico configurado en Clase I. Las personas con doble dosis de Insulina y presencia de complicaciones crónicas en Clase I, tienen el rango alto de la clase.

Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%

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

Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50% - 66%

Diabetes Mellitus que puede requerir Insulina en más de una dosis diaria y refuerzos y tiene inestabilidad metabólica con hiper o hipoglicemias que requieren manejo médico en Servicios de Urgencias, que deben ser objetivados por revisión de ficha clínica o reportes de tales Servicios.

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

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

Clase V Menoscabo Laboral Permanente 67% - 80%

Diabetes Mellitus cuya característica básica es el severo daño funcional a nivel sistémico, configurado en Clase IV o superior: retinal, renal, neurológico, vascular cardíaco, periférico u otros. Califican en esta Clase los solicitantes con amputaciones secundarias a macro o microangiopatía diabética verificadas que provoquen un daño funcional a lo menos en clase II y/o úlceras necróticas profundas persistentes refractarias a tratamiento. Puede o no estar con insulino terapia. Presencia de Artropatía de Charcot.

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

Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%

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

Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%

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

Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%

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

F. ENFERMEDADES METABÓLICAS OSEAS

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

G. ENFERMEDAD ENDOCRINA MÚLTIPLE

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

Menoscabo Laboral Permanente por Síndrome Poliglandular Autoimune.

Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%

Enfermedad endocrina múltiple que requiere tratamiento en altas dosis para controlar síntomas.

Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%

Enfermedad endocrina múltiple que requiere tratamiento en altas dosis que logra controlar parcialmente los síntomas.

Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%

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

I. Enfermedades Nutricionales: Obesidad y Desnutrición

La **Obesidad** constituye Impedimento configurado cuando:

1. Presenta a lo menos 1 año de evolución y
2. Se comprueba refractariedad a tratamientos médicos y quirúrgicos accesibles por el afiliado, y
3. Determina sinergia con otros impedimentos configurados en las interferencias sobre las AVD, o
4. IMC igual o mayor de 50.

Para asignar menoscabo por **Obesidad** el evaluado con IMC igual o superior a 35 e inferior a 45, deberá necesariamente presentar a lo menos uno de los siguientes

impedimentos configurados en clase III. En evaluados con IMC igual o superior a 45 y menor de 50, deberá necesariamente presentar a lo menos uno de los siguientes **impedimentos configurados en clase II rango medio:**

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

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

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

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

Relación entre IMC y Menoscabo Laboral Permanente:

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

CAPITULO VIII

SISTEMA HEMATOPOYETICO E INMUNITARIO

INTRODUCCIÓN

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

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

El impedimento configurado en este capítulo requiere un período mínimo de seis meses de observación y tratamientos según los protocolos de la especialidad, GES, y evaluación por especialista hematólogo.

EVALUACIÓN

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

Los exámenes serán definidos por el especialista interconsultor y podrán incluir: hemograma, recuento plaquetario, mielograma, biopsia medular, Hierro sérico, electrofóresis de hemoglobina, Test de hemólisis, recuento de glóbulos blancos, biopsia ganglionar, estudios imagenológicos, citometría de flujo, estudio de coagulación, linfografías, recuento linfocitario CD4, carga viral y otros.

Los Impedimentos Hematopoyéticos e Inmunitarios son los siguientes:

- A. Anemias de diverso origen.
- B. Defectos de hemostasia y coagulación, trastornos hereditarios como Hemofilias, von Willebrand, trastornos adquiridos como Púrpuras, Trombocitopenias, Defectos primarios de hemostasia, Trombofilias.
- C. Menoscabo laboral permanente por defectos de los leucocitos.
- D. Neoplasias hematológicas malignas y otros Síndromes:
 - 1. Síndromes Mieloproliferativos (Policitemia Vera, Leucemia Mieloide Crónica, Trombocitemia esencial, Mielofibrosis.
 - 2. Síndromes Linfoproliferativos (Linfomas, Leucemia linfática Crónica, Mieloma)
 - 3. Leucemias agudas
- E. Defectos del Sistema Inmunitario

A. Menoscabo Laboral Permanente por Anemias

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

Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%

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

Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%

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

Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%

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

Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50% - 66%

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

B. Menoscabo Laboral Permanente por Defectos de Hemostasia y Coagulación

a) Menoscabo Laboral Permanente por Hemofilia y otros defectos de factores de la coagulación

Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%

Presenta Hemofilia u otros trastornos permanentes de la hemostasia.

Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%

Presenta Hemofilia complicada u otros trastornos permanentes de la hemostasia en otros sistemas orgánicos, como hemorragias espontáneas que deben evaluarse en capítulo correspondiente del órgano afectado, según compromiso de las actividades de la vida diaria.

Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%

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

b) Menoscabo Laboral Permanente por Púrpuras y Trombocitopenias

Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%

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

Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%

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

Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%

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

c) Menoscabo Laboral Permanente por Síndromes Trombofílicos

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

Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%

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

Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%

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

Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%

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

C. Menoscabo laboral permanente por defectos de los leucocitos

El Menoscabo en la capacidad de trabajo por defectos leucocitarios, se basa en las infecciones recurrentes, compromiso del estado general, granulocitopenia o granulocitosis.

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

Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%

Existen síntomas y signos leves de anormalidad leucocitaria con valores de neutrófilos inferiores a $1.500 \times \text{mm}^3$, requiere tratamientos circunstanciales.

Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%

Existen síntomas y signos moderados de anormalidad leucocitaria con valores de neutrófilos inferiores a $1.000 \times \text{mm}^3$, requiere tratamientos continuos que controlan los síntomas.

Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%

Existen síntomas y signos importantes, de anormalidad leucocitaria con valores de neutrófilos inferiores a $500 \times \text{mm}^3$, requiere tratamiento que no logra controlar los síntomas.

Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50% - 66%

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

Clase V Menoscabo Laboral Permanente 67% - 80%

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

D. Neoplasias hematológicas malignas y otros Síndromes:

Menoscabo Laboral Permanente por Policitemias

Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%

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

Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%

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

Características de Neoplasias Hematológicas Malignas que asignan menoscabo Laboral Permanente 80%.

LINFOMAS

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

LEUCEMIAS

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

MIELOMA MULTIPLE

- Complicaciones óseas con osteoalgias intratables o fracturas patológicas, o
- Evidencia de daño renal, o
- Hipercalcemia con niveles de calcio en el suero persistentes de 11 mg/100 ml durante al menos 1 mes a pesar de la terapia prescrita, o
- Células plasmáticas: 100 o más por ml, en sangre periférica.

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

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

Clasificación de la Etapa de Infección CDC

Categoría Clínica A: Infección por VIH, pacientes asintomáticos, con linfadenopatías generalizadas persistentes o sin ellas.

Categoría Clínica B: Pacientes con enfermedades ubicables en la Tabla N° 2, relacionadas con infección VIH en su manejo y tratamiento.

Categoría Clínica C: Pacientes con enfermedades y complicaciones pertenecientes a la Tabla N° 3.

Tabla N° 1 Recuento Linfocitario y categoría clínica

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

Tabla N° 2 Categoría Clínica B

1	EBSA
2	MENINGITIS
3	SEPSIS
4	CANDIDIASIS VULVOVAGINAL PERSISTENTE
5	CANDIDIASIS OROFARINGEA
6	DISPLASIA CERVICAL O CARCINOMA
7	FIEBRE > 38.5° C > 1 MES
8	DIARREA > 1 MES
9	LEUCOPLAQUIA ORAL VELLOSA
10	HERPES ZOSTER > 2 EPISODIOS
11	PÚRPURA TROMBOCITOPENICO IDIOPÁTICO
12	LISTERIOSIS
13	NOCARDIOSIS
14	ENF. INFLAMATORIA PÉLVICA
15	NEUROPATÍA PERIFERICA

Tabla Nº 3 Categoría Clínica C

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

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

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

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

1. Solicitante sin indicación de tratamiento.
2. Solicitante bajo observación y tratamiento.
3. Solicitante con indicación de terapia pero no asequible.
4. solicitante con terapia fracasada por falla severa de adherencia.
5. Solicitante con terapia exitosa.
6. Solicitante con terapia fracasada.
7. Solicitante con daño tóxico mitocondrial por terapia.

1. Los trabajadores sin indicación de tratamiento por no cumplir requisitos para iniciar terapia. Impedimento no configurado.
2. Los trabajadores bajo observación y tratamiento son los que no cumplen con el período mínimo de nueve meses para evaluar resultados de la terapia y debe posponerse la calificación. El informe del especialista fundamentará esta condición. Impedimento no configurado.
3. Trabajadores sin terapia por dificultades de acceso a ella, que deberá verificar el peritaje socio-laboral.
Se clasifican CDC (NADIR) en etapa A3, B1 y B2 con menoscabo global 50%. Los afiliados en etapa B3 y C con menoscabo global de 80%.
4. Los trabajadores sin terapia por falla severa en la adherencia a tratamiento.
Se clasifican CDC (Nadir) en etapas A3, B1 y B2 con menoscabo global de 50%. Los trabajadores en etapa B3 y C con menoscabo global de 80%.
5. Los trabajadores con terapia exitosa serán clasificados según CDC y CD4 luego de completados nueve meses de terapia según protocolo actualizado. la terapia exitosa estará definida de acuerdo a criterios clínicos y de laboratorio.
Para efectos de calificación se determinará CD4 al momento de la presentación y serán consideradas las patologías B o C ocurridas una vez completados 9 meses de terapia, que se hayan presentado durante los 12 meses precedentes a la calificación.

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

A1 = 10%
 A2 = 20%
 A3 y B1 – B2 = 50%
 B3 y C = 80%

6. Los trabajadores con terapia fracasada son aquellos en que la TARV no logra suprimir la replicación viral a niveles de indetectabilidad después de 9 meses de terapia

ininterrumpida, o bien cuando después de haberla logrado reaparece CV en niveles significativos, teniéndose la certeza que existe adherencia al tratamiento por parte del afiliado, deberán estar certificados por genotipificación, clasificados según CDC pero se subclasifican según la Viremia. Si la Viremia es >10.000 copias suben de 2 a 3 y si es <10.000 mantienen su clase.

7. Los trabajadores con daño tóxico mitocondrial de la terapia antiretroviral se pueden presentar con daño permanente sobre los sistemas Músculo-esquelético, Cardiovascular, Neurológico, Nefrológico, Gastroenterológico y Linforreticular. Estos se califican según la Clase del capítulo correspondiente y en Suma Combinada a esta clasificación.

Tipo de solicitante	Requisito	Configuración de Impedimento	Clasificación CDC y CD4	Clasificación y menoscabo		observaciones
1. sin indicación de iniciar terapia		No configurado				
2. con indicación de tratamiento, sin completar aún 9 meses de terapia		No configurado				
3. con indicación de terapia, con dificultades de acceso a ella	Peritaje asistente social que certifica imposibilidad de acceso a terapia	Configurado	Nadir	A1	10%	De existir posibilidades de acceso a la terapia se considerará Impedimento no configurado
				A2	20%	
				A3	50%	
				B1	50%	
				B2	50%	
				B3	80%	
				C1-2-3	80%	
4. con imposibilidad de terapia por falla severa de adherencia a ella	Informe interconsultor que acredita imposibilidad de recibir tratamiento	Configurado	Nadir	A1	10%	De existir posibilidades de adherencia a la terapia se considerará Impedimento no configurado
				A2	20%	
				A3	50%	
				B1	50%	
				B2	50%	
				B3	80%	
				C1-2-3	80%	
5. con terapia exitosa	Informe interconsultor que acredita 9	Configurado . Considerand	Según CDC y CD4	A1	10%	
				A2	20%	
				A3	50%	
				B1	50%	
				B2	50%	
				B3	80%	

	meses de terapia según protocolo actualizado	o las manifestaciones clínicas 12 meses antes de la calificación	habiendo completa do 9 meses de terapia según protocolo actualizado	C1-2-3	80%	
6. con terapia fracasada	Informe interconsultor acredita fracaso de terapia, certificada por genotipificación	Configurado una vez acreditada certeza de adherencia a terapia	Nadir	A1	10%	
				A2	20%	Si viremia >10.000: 50%
				A3	50%	
				B1	50%	
				B2	50%	Si viremia >10.000: 80%
				B3	80%	
				C1-2-3	80%	
7. con daño tóxico mitocondrial de la terapia	Informe interconsultor de especialidad según sistema afectado		Según correspon da de acuerdo a respuesta a terapia	A1	10%	
				A2	20%	Si viremia >10.000: 50%
				A3	50%	
				B1	50%	
				B2	50%	Si viremia >10.000: 80%
				B3	80%	
				C1-2-3	80%	

CAPITULO IX

SISTEMA VISUAL

INTRODUCCION

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

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

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

El especialista interconsultor en su informe deberá señalar los diagnósticos y sus fundamentos, señalando las alteraciones del examen oftalmológico que permiten acreditar la demostración objetiva del impedimento. En particular, deberá pronunciarse sobre la concordancia entre el déficit visual registrado y las alteraciones objetivas del examen; además, deberá señalar si existen tratamientos pendientes que pudieran modificar la magnitud del menoscabo. La accesibilidad a las terapias deberá ser evaluada por las comisiones de acuerdo al criterio general establecido en estas normas.

EVALUACIÓN

La evaluación del Impedimento visual se establece sobre las tres funciones básicas y los daños oculares que se sumarán por modalidad de suma combinada, a condición que ello no represente una doble ponderación de menoscabos.

- A. Agudeza Visual Central
- B. Campo Visual Periférico
- C. Motilidad Ocular
- D. Daños Oculares varios

A. Agudeza Visual Central

Su estudio debe considerar agudeza visual para lejos, con la mejor corrección posible, incluyendo lentes de contacto. Empleando el sistema inglés o el métrico; se aporta la siguiente Tabla de equivalencias:

TABLA DE EQUIVALENCIAS		
Medidas inglesas	Medidas métricas	Medidas decimales
20/20	5/5-6/6	1.00
20/25	5/7.5-6/7.5	0.67-0.80
20/32	6/10	0.60
20/40	5/10-6/12	0.50
20/50	6/15	0.40
20/64	5/15-6/20	0.33 - 0.30
20/100	5/20-6/30	0.25 - 0.20
20/125	5/40-6/48	0.15 - 0.13
20/200	5/50-6/60	0.10
20/400	5/100-6/120	0.05
20/800	6/240	0.03

B. Campo Visual Periférico

La evaluación de la visión periférica se determina por estudio del campo visual realizado con la mejor corrección de la agudeza visual y examen oftalmológico previo. Especialmente en trabajadores con patología retinal diabética fotocoagulada, desprendimientos retinales operados, y cicatrices retinales extensas. También en glaucomas, patología neurológica del nervio óptico y cerebro-vascular, altas miopías, astigmatismos miópicos altos, astigmatismos hipermetrópicos altos, astigmatismos mixtos altos, pupilas arrefléxicas, queratocono, trasplantes o injertos corneales, tumores hipofisarios, tumores cerebrales, neurocirugías, cirugías refractivas, y en todo impedimento en que el especialista lo considere indicado. No se efectuará frente a opacidad de medios o menoscabo en agudeza visual de 0.05 o menos.

El campímetro de Goldman será de elección, frente al computarizado de Humphrey. El método perimétrico contemplará distancia de 33 cms con iluminación o índice intensidad I/4.

Se efectuarán a lo menos dos campos visuales con máxima corrección, opcionalmente con aplicación de verificación con índices equivalentes: I/4 y II/ 3, que coincidan dentro de un límite de 15° en cada meridiano. El informe deberá considerar la extensión del campo desde el punto normal de fijación en los 8 meridianos: temporal, temporal inferior, inferior, nasal inferior, nasal, nasal superior, superior y temporal superior. El resultado será expresado como grados conservados sumando las cifras de los 8 meridianos.

Diferencias mayores de 15º restan valor genuino al examen de campo visual y debe considerarse no objetivo para efectos de configuración del Impedimento.

C. Motilidad Ocular

El daño de la función muscular generalmente no es causa de pérdida de visión, excepto al mirar hacia abajo o cuando la diplopia está presente dentro de los 30° del punto de fijación. Para determinar la pérdida de la motilidad ocular de un ojo, se debe juntar gráficamente la separación de dos imágenes en un diagrama de Campo Visual o por diploscopia.

Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos Visuales

Se considera la suma combinada de las alteraciones registradas en las tres funciones:

A. Agudeza Visual Central

Tabla de Menoscabo Parcial por Agudeza Visual

Agudeza Visual (decimales)	0.8	0.7	0.6	0.5	0.4	0.3	0.2	0.1	0.05	0.0	Enucleación, evisceración o Ptisis bulbi
0.8	0	4	6	8	10	12	15	18	23	25	30
0.7	4	6	8	10	12	15	18	23	25	30	35
0.6	6	8	10	12	15	18	23	25	30	35	40
0.5	8	10	12	15	18	23	25	30	35	45	50
0.4	10	12	15	18	23	25	30	35	45	50	60
0.3	12	15	18	23	25	30	35	45	50	60	65
0.2	15	18	23	25	30	35	45	50	60	65	70
0.1	18	23	25	30	35	45	50	60	65	70	75
0.05	23	25	30	35	45	50	60	65	70	75	80
0.0 (ojo ciego)	25	30	35	45	50	60	65	70	75	80	85
Enucleación, evisceración o Ptisis bulbi	30	35	40	50	60	65	70	75	80	85	90

En casos de pérdida o disminución de la agudeza visual unilateral, estando el otro ojo sano, el menoscabo se encuentra en la primera línea horizontal.

En casos de pérdida o disminución de la agudeza visual bilateral, el menoscabo se encuentra en la intersección de las columnas horizontal con la vertical de las visiones correspondientes a OD y OI.

Cuando el menoscabo permanente por impedimentos visuales esté representado solamente por alteración de la agudeza visual desde 23%, debido a que podría agravar la incapacidad global determinada por otros impedimentos de diferente capítulo,

corresponderá considerarlo en la suma combinada dado que su importancia no se puede soslayar.

B. Campo Visual Periférico

Menoscabos Parciales por Campo Visual Periférico en visión binocular:

	450º	400º	350º	300º	250º	200º	150º	100º	50º	0º
450º	0	4	6	8	10	12	15	18	23	25
400º	4	6	8	10	12	15	18	23	25	30
350º	6	8	10	12	15	18	23	25	30	35
300º	8	10	12	15	18	23	25	30	35	40
250º	10	12	15	18	23	25	30	35	40	50
200º	12	15	18	23	25	30	35	40	50	60
150º	15	18	23	25	30	35	40	50	60	65
100º	18	23	25	30	35	40	50	60	65	70
50º	23	25	30	35	40	50	60	65	70	75
0º	25	30	35	40	50	60	65	70	75	80

Menoscabos Parciales por Agudeza y Campo Visual en Ojo Ciego o con visión <0.05 en un Ojo. (Determina directamente el menoscabo combinado por agudeza y campo visual en ambos ojos):

Agudeza visual ojo peor	Agudeza Visual Ojo mejor	Grados conservados con 1/4 en ojo mejor									
		450º	400º	350º	300º	250º	200º	150º	100º	50º	0º
<0.05	0.8	25	30	35	40	50	60	65	70	75	80
<0.05	0.7	30	35	40	45	55	65	70	75	80	80
<0.05	0.6	35	40	45	50	60	70	75	80	80	80
<0.05	0.5	40	45	50	55	65	75	80	80	80	80
<0.05	0.4	50	55	60	65	75	80	80	80	80	80
<0.05	0.3	60	65	70	75	80	80	80	80	80	80
<0.05	0.2	65	70	75	80	80	80	80	80	80	80
<0.05	0.1	70	75	80	80	80	80	80	80	80	80
<0.05	0.05	75	80	80	80	80	80	80	80	80	80
<0.05	<0.05	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80

En caso que ojo ciego corresponda a enucleación, evisceración o ptisis bulbi, se adicionará aritméticamente 5% a la cifra entregada por este cuadro y en caso de exanteración orbitaria, 10%.

C. Motilidad Ocular

Diplopías	Menoscabo Parcial
En mirada superior	25%
En mirada lateral	40%
En mirada inferior	50%
En PPM (paso por punto medio)	60%
En mirada central al interior de 30° (equivale a visión monocular)	60%

El Menoscabo Laboral Permanente máximo por pérdida funcional de un ojo corresponde a 25%, sea por Agudeza, Campo o Diplopía, salvo en caso de exanteración orbitaria, enucleación, evisceración o ptisis bulbi, como se ha expresado anteriormente.

D. Daños Oculares Varios

Menoscabo Parcial Persona por Hemianopsias y Cuadrantopsias. (reemplaza a Tabla de Campo visual si el daño es neurológico)

Hemianopsias verticales	Homónima der. e Izq.	50%
	Heteronónimas binasales	40%
	Heteronónimas bitemporales	60%
Hemianopsias horizontales	Superiores	35%
	Inferiores	50%
Cuadrantopsias	Superiores	30%
	Inferiores	40%
Hemianopsias en sujetos monoculares	Nasal	50%
	Inferior	60%
	Temporal	60%

Nota: Para el cálculo del Menoscabo Laboral Permanente se elegirá el menoscabo campimétrico o el de las cuadrantopsias y hemianopsias, el que resulte mayor y no ambos.

En caso de pérdida de campo visual central, debe ser medido focalizadamente con el mismo método del campo visual periférico.

Otros daños oculares varios :		Menoscabo parcial
Oftalmoplejia interna total unilateral		30%
Oftalmoplejia interna total bilateral		60%
Midriasis Parálitica unilateral		5%
Midriasis Parálitica bilateral		10%
Ptosis Palpebral, pupila descubierta		10%
Ptosis Palpebral, pupila cubierta unilateral		20%
Ptosis Palpebral, pupila cubierta bilateral		70%
Deformación Palpebral unilateral		20%
Deformación Palpebral bilateral		30%
Epífora unilateral		10%
Epífora bilateral		15%
Hipolacrimia con Queratitis sicca moderada		30%
Hipolacrimia con Queratitis sicca severa		50%
Fístulas Lagrimales unilateral		20%
Fístulas Lagrimales Bilaterales		30%
Exoftalmoplejia maligna mono o binocular		50%
Estrabismos Monoculares fuera del alcance Terapéutico	Desviación > 25°	15%
	Desviación > 35°	25%

En evaluaciones de visión monocular los daños oculares varios sólo afectarán al ojo útil.

CAPITULO X

SISTEMA AUDITIVO, EQUILIBRIO Y FONACIÓN

INTRODUCCION

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

Corresponde al interconsultor Otorrinolaringólogo pronunciarse sobre la naturaleza común o profesional de los impedimentos.

El impedimento configurado de estos sistemas implica un período mínimo de seis meses de observación y tratamientos completos, sin revertir a la mejoría.

Se subdivide en:

- A. Audición
- B. Equilibrio
- C. Fonación

A. AUDICIÓN

La capacidad de audición debe ser medida en cámara silente con certificación ISO y capacidad de efectuar audiometría tonal, audiometría con logaudiometría para evaluar discriminación auditiva y audiometría en campo libre en frecuencias de 500, 1000, 2000, 4000 ciclos por segundo (Hz), para evaluar la necesaria compensación con prótesis auditivas. En impedimentos de origen profesional se deberán agregar similares capacidades para la frecuencia 6000 Hz. Esta última frecuencia no se considerará para la determinación del menoscabo por morbilidad común pero da opción al especialista de disponer de información adicional útil para pronunciarse sobre el eventual origen laboral del impedimento.

La correcta evaluación audiológica inicial debe incluir como exámenes básicos, Audiometrías seriadas en las condiciones ya descritas y puede requerir de manera complementaria Impedanciometrías, Otoemisiones acústicas, Potenciales evocados auditivos del Tronco Cerebral (PEATC), Prueba de audífonos, Naso-faringo-Laringo-Fibroscopía, TAC, RNM, etc.

Deberán efectuarse a lo menos 2 Audiometrías separadas por 1 hora, previo reposo de ambiente ruidoso por 12 horas para la primera. Las mediciones de los umbrales auditivos deberán considerar vía aérea, vía ósea y ser expresadas en dB con referencia al cero audiométrico de ANSI, (American National Standards Institute).

En presencia de impedimentos neurológicos asociados o ante situaciones en las

cuales el paciente no logre comprender las instrucciones de una audiometría tonal y no responda a los estímulos auditivos, es posible establecer dichos umbrales utilizando dispositivos de medición auditiva que no requieran de la voluntariedad o comprensión de las indicaciones entregadas, empleando equipos convencionales de potenciales evocados auditivos, o no convencionales, por medio equipos inalámbricos, que permitan evaluaciones en aquellos casos en que la patología neurológica recomiende el empleo de sedación, como una alternativa válida para evitar este procedimiento de riesgo.

De igual manera, estos exámenes permiten medir la respuesta en términos de umbrales, de manera involuntaria, si el solicitante entrega respuestas consideradas poco congruentes entre los umbrales auditivos y su historia clínica, la calidad del lenguaje que emplea o la calidad de conversación durante la entrevista, de manera objetiva y demostrable, debiendo ser el examen de elección cuando se enfrentes estas situaciones.

Los solicitantes que presenten una sordera profunda bilateral, requerirán efectuar igualmente dos audiometrías tonales, adicionando en estos casos una impedanciometría y un potencial evocado auditivo de tronco cerebral, exámenes destinados a confirmar el grado de sordera basado en umbrales auditivos objetivos. La impedanciometría debe entenderse como un examen objetivo de evaluación de patologías del oído medio, las cuales potencialmente puedan distorsionar el umbral de los potenciales auditivos de tronco cerebral modificando su umbral de respuesta; el potencial evocado auditivo de tronco cerebral, a su vez, debe entenderse como un examen que permite establecer los umbrales auditivos de manera objetiva entre las frecuencias 2000 y 4000 cps, del todo independientes de la voluntad o intencionalidad de las respuestas por parte del paciente, como ocurre en la audiometría tonal y en la audiometría verbal o logoaudiometría, asegurando en consecuencia umbrales confiables dentro de los rangos mencionados. Posibilita además y, particularmente en estos casos, evaluar la integridad de las vías auditivas centrales. Corresponderá al especialista la interpretación de estos exámenes cuando esta información le sea específicamente requerida o sea necesaria de comentar para una mejor evaluación del caso por parte de los integrantes de la Comisión Médica.

Evaluación Audiométrica

La discriminación auditiva deberá siempre ser considerada por el especialista para configurar el compromiso auditivo funcional en concordancia con el resultado de las Audiometrías.

Deberá considerarse como oído con valor funcional nulo, o sea, como 100 % de daño, independientemente del umbral auditivo, cuando la discriminación sea inferior o igual a 30 % en la audiometría de bisilábicas (logoaudiometria). Sobre esos valores deberá mantenerse el umbral auditivo como criterio de daño.

El promedio de los umbrales de audición a 500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz y 4000 Hz debe ser calculado para cada oído. El porcentaje de menoscabo parcial de la audición de cada oído, se calcula multiplicando por 1.5 la cantidad por la cual el umbral promedio de

audición excede los 25 dB, que es el límite bajo, hasta un máximo de 100% que se alcanza a los 92 dB, que es el límite alto. Cuando no hay audición a una determinada frecuencia, se le asigna el valor máximo, es decir 92 dB.

Por convención se denomina SDU o suma decibeles umbral auditivo, a la suma promedio de los dB perdidos.

Menoscabo Laboral Permanente por Impedimento Auditivo Monoaural

SDU	%	SDU	%	SDU	%
100	0.0	190	33.8	280	67.5
105	1.9	195	35.6	285	69.3
110	3.8	200	37.5	290	71.2
115	5.6	205	39.4	295	73.1
120	7.5	210	41.2	300	75.0
125	9.4	215	43.1	305	76.9
130	11.2	220	45.0	310	78.8
135	13.1	225	46.9	315	80.6
140	15.0	230	48.9	320	82.5
145	16.9	235	50.6	325	84.4
150	18.8	240	52.5	330	86.2
155	20.6	245	54.4	335	88.1
160	22.5	250	56.2	340	90.0
165	24.4	255	58.1	345	90.9
170	26.2	260	60.0	350	93.8
175	28.1	265	61.9	355	95.6
180	30.0	270	63.8	360	97.5
185	31.9	275	65.6	365	99.4
				370 o más	100.0

Para determinar el Menoscabo Parcial por audición binaural y el efecto sobre el Menoscabo Laboral Permanente por audición se procede del modo siguiente:

El menoscabo por pérdida de audición binaural se determina por la fórmula:

$$\frac{(\% \text{ oído mejor} \times 5) + (\% \text{ oído peor} \times 1)}{6} = \% \text{ menoscabo auditivo binaural}$$

El Menoscabo Laboral Permanente por Audición:

$$\% \text{ menoscabo auditivo binaural} \times 0.5 = \% \text{ menoscabo laboral permanente por audición}$$

Convencionalmente, las hipoacusias se dividen en leves, entre 25 y menos de 40 decibeles (<20%); moderadas, entre 40 y menos de 70 decibeles (20% a <35%); severas, entre 70 y 90 decibeles (35% a <45%); y profundas, si superan los 90 decibeles (45% o más de menoscabo laboral permanente).

El menoscabo laboral permanente por audición igual o superior a 20%, podría agravar la incapacidad global determinada por otros impedimentos de diferente capítulo, por lo que deberá considerarse en la suma combinada dado que su importancia no se puede soslayar. Sin perjuicio de lo anterior, habiendo hipoacusia severa o profunda de un oído, por estar comprometida la estereofonía, también deberá considerarse valores de menoscabo laboral permanente inferiores a dicho porcentaje para la suma combinada.

SITUACIONES ESPECIALES

El Sordo total, SDU 368 bilateral, tiene un 100 % de menoscabo parcial auditivo, lo que corresponde a un 50% de Menoscabo Laboral Permanente por audición.

El paciente con hipoacusia que presente umbrales auditivos entre 40 y 70 dB, debe ser evaluado en términos del resultado de la compensación de su sordera con el uso de audífonos bilaterales o unilaterales, en este último caso, en su peor oído. En estas condiciones le corresponderá el menoscabo calculado por la evaluación audiométrica usando el o los dispositivos. El especialista señalará, en forma objetiva, empleando las mismas fórmulas de cálculo ya comentadas, la utilidad práctica de esta ayuda auditiva en cada caso particular. El uso de audífonos no es de utilidad en hipoacusias entre 25 y 40 decibeles pues en tal rango no hay compromiso funcional, siendo innecesario complementar la evaluación audiométrica con uso de los mencionados dispositivos.

El paciente sordo profundo total bilateral prelingual congénito, o que adquirió la sordera antes de los seis años de edad, tiene:

Sordera total	50%
Mudez total	50%
Suma Combinada	75% Menoscabo Laboral Permanente

El paciente con hipoacusia profunda bilateral prelingual con sordera casi total y lenguaje oral básico monosilábico tiene:

Sordera casi total	40%
Lenguaje básico	50%

Suma Combinada

70% Menoscabo
Laboral Permanente

TINNITUS

El Tinnitus demostrado y objetivado por el interconsultor especialista si es unilateral, asigna un menoscabo de 5%; si es bilateral, asigna un menoscabo de 10%, aun en presencia de hipoacusia.

Impedimentos secundarios no asignan menoscabo.

EQUILIBRIO

Los Impedimentos del Equilibrio considerados en este capítulo corresponden a aquellos derivados de patologías que afectan, anatómicamente, al Laberinto posterior del oído interno, en sus áreas superior e inferior, sus respectivas vías nerviosas y sus centros neurales vestibulares centrales, (núcleos vestibulares centrales).

Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos Vertiginosos

Los Impedimentos laberínticos exclusivos son temporales y no asignan menoscabo permanente, salvo que sean bilaterales.

La pérdida completa de la función vestibular puede ser uni o bilateral. En las unilaterales, el vértigo es temporal y no asigna menoscabo permanente. Aun así, de persistir después de un año deberá configurarse.

El Impedimento vertiginoso se caracteriza por alucinación motora, pérdidas de posición, constantes o paroxísticas, náuseas, vómitos, ataxia, tinnitus, pérdidas fluctuantes de la audición.

Las pérdidas de función vestibular bilateral podrían tener compensación neurológica central en períodos de doce meses, lapso en que deberán estar en observación previo a su configuración.

La clase está determinada por la intensidad de los síntomas y la objetividad de los signos; el rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso sobre las actividades de la vida diaria en la medida de que sus signos sean coherentes con ello. En casos de incongruencia, deberán primar los signos objetivos.

Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%

Los síntomas y signos son leves, controlables por tratamiento circunstancial.

Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%

Los síntomas y signos son moderados, controlables por tratamiento continuo y restringen algunas actividades que pueden ocasionar peligro personal o para otros.

Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%

Los síntomas y signos son importantes, parcialmente controlables, tiene importantes limitaciones para actividades que pueden ocasionar peligro personal o para otros.

Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50% - 66%

Los síntomas y signos son severos, tienen control precario, las actividades de la vida diaria tienen que ser supervisadas y ayudadas. No tienen autonomía.

Clase V Menoscabo Laboral Permanente 67% – 80%

Los síntomas y signos son graves, no tienen control, tiene necesidad de asistencia permanente y están confinados.

FONACIÓN

Esta sección considera los impedimentos que dan por resultado la pérdida de la producción de la voz por sus medios normales. La evaluación de la pérdida del lenguaje orgánico incluye la incapacidad de producirlo por cualquier medio, incluidos la rehabilitación foniátrica, dispositivos mecánicos o electrónicos.

Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos de la Fonación

El menoscabo considera la pérdida de audibilidad, inteligibilidad y eficiencia funcional del habla.

Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%

La audibilidad del habla es mala en autobuses, restaurantes. Es inteligible, pero comete errores. La eficiencia funcional encuentra dificultades, tiene interrupciones, o lo hace despacio.

Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%

Puede hacerse oír sólo en conversación con otra persona, no es audible en sitios ruidosos. Personas extrañas encuentran dificultades para entenderle. Se fatiga rápidamente, conversa sólo breves períodos.

Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%

Puede hacerse oír en pocas ocasiones, la voz es susurrada, no puede hablar por teléfono. Algunas unidades fonéticas no se le entienden. Le cuesta trabajo hablar y lo hace despacio.

CAPÍTULO XI IMPEDIMENTOS MENTALES

INTRODUCCION

Estas normas entregan los criterios para evaluar y calificar los impedimentos mentales. Los requisitos para su configuración, el grado de menoscabo en la capacidad de trabajo, expresado en las interferencias que producen sobre las actividades de la vida diaria, teniendo presente que, dada la naturaleza de las afecciones en salud mental, el impacto en tales interferencias no es homogéneo, tendiendo a ser más evidentes en el área social, donde se manifiestan con mayor intensidad, adquiriendo mayor peso relativo al momento de calificar, aun cuando otras áreas tengan una menor afectación.

La comprensión de los fenómenos psíquicos ha sido abordada por diversas escuelas psiquiátricas las que pueden sistematizarse como: Biológica, Psicodinámica, Conductual, Fenomenológica-existencial y Socio-cultural. Sin embargo, se debe concordar en la identidad de los trastornos mentales en base a sus manifestaciones clínicas, aunque existan diferencias en la interpretación de los mecanismos que provocan las alteraciones. No obstante, la etiopatogenia de la mayoría de los trastornos mentales sigue siendo desconocida.

Los trastornos mentales han sido agrupados por la Organización Mundial de la Salud, a través de su décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), de 1992.

El desarrollo de la mente y la personalidad es individual, alcanzando algunas personas un mayor grado de madurez. Cada individuo tiene un nivel de ajuste “premórbido” que debe considerarse referencialmente para establecer su particular menoscabo en la capacidad de trabajo debido al impedimento mental.

La clasificación no agrupa a los individuos, sino a los trastornos mentales que ellos presentan. Aunque todas las personas afectadas por un mismo trastorno mental presenten iguales síntomas, serán diferentes en su evolución, el método de tratamiento y el compromiso de las actividades de su vida diaria.

Corresponde al interconsultor especialista y a la Comisión Médica, evaluar el origen profesional del Impedimento.

El impedimento mental estará configurado cuando se trate de un trastorno mental permanente, de curso inexorable y conocido que no tiene tratamiento en el estado actual de la medicina, por tanto no requiere período de observación y tratamiento para asignar menoscabo en la capacidad de trabajo.

Del mismo modo, estarán configurados aquellos trastornos mentales con diagnóstico establecido, tratados según los conocimientos de la especialidad, por un período mínimo de doce meses, con buena adherencia al tratamiento, accesible por el trabajador evaluado, con

recurrencia cuya gravedad, frecuencia o persistencia de la intensidad de los síntomas lo estime el especialista, y que no han logrado remitir, o sólo la remisión sea parcial.

Se considerarán referencias determinantes tanto para criterios diagnósticos como para tratamientos las guías ministeriales de la ley de garantías explícitas en salud, documentos de consenso y acuerdos validados.

Los impedimentos recurrentes, persistentes o refractarios serán configurados según la opinión coincidente de dos o más especialistas, y el menoscabo asignado luego de efectuados tratamientos con aceptable adherencia de acuerdo a la conciencia de enfermedad.

La coexistencia de dos o más trastornos mentales en un mismo individuo no dará lugar a suma combinada de menoscabos. Si dos especialistas acreditan su potenciación se aplicará la suma combinada observando los requisitos señalados para ese procedimiento en las instrucciones generales de estas normas.

La segunda opinión en psiquiatría puede corresponder, a juicio de la Comisión, a la coincidencia del interconsultor con el especialista tratante y/o con el especialista integrante de la Comisión, si lo hubiera.

EVALUACIÓN

La evaluación de los impedimentos mentales se efectuará mediante entrevista psiquiátrica que podrá incluir: anamnesis próxima y remota, historia laboral, examen mental y de laboratorio, revisión de fichas clínicas, test psicométricos y Peritaje socio-laboral.

Los Impedimentos mentales se dividen según la CIE-10 en:

A. Trastornos Mentales Orgánicos y Trastornos Somáticos: Demencia de Alzheimer, Demencia Vasculare, otras Demencias, Síndrome Amnésico Orgánico, Síndrome Orgánico Cerebral, Trastornos mentales por lesión, disfunción o Enfermedad Física, Trastornos Orgánico de la Personalidad o Enfermedad, lesión o disfunción, Trastorno Mental Orgánico o Somático.

B. Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al uso de sustancias Psicoactivas: Trastorno Mental por uso de Alcohol, Trastorno mental por uso de Opiáceos, Trastorno Mental por uso de Cannabinoides, Trastornos Mentales por uso de Sedantes o Hipnóticos, Trastornos Mentales por uso de Cocaína, Trastornos Mentales por uso de Cafeína, Trastornos Mentales por uso de Alucinógenos, Trastornos Mentales por uso de Tabaco, Trastornos Mentales por uso de Disolventes Volátiles, Trastornos Mentales por uso de múltiples drogas.

C. Esquizofrenia, Trastornos Esquizotípicos y Trastornos delirantes: Esquizofrenia, Trastorno Esquizotípico, Trastornos delirantes persistentes, Trastornos psicóticos, Trastorno delirante inducido, Trastornos esquizoafectivos, Psicosis no orgánicas.

D. **Trastornos del Humor:** Episodios Maníacos, Trastorno Afectivo Bipolar, Episodios Depresivos, Trastorno Depresivo Recurrente, Trastornos del Humor persistentes, Distimias, Ciclotimias, otros Trastornos del Humor.

E. **Trastornos Neuróticos, Trastornos relacionados a Estrés, Trastornos Somatomorfos:** Trastornos Fóbicos de Ansiedad, Trastornos de Ansiedad, Trastornos Obsesivo-Compulsivos, Reacción al Estrés grave, Trastornos de Adaptación, Trastornos Disociativos o de Conversión, Trastornos Somatomorfos, Trastornos de la ingestión de Alimentos, Trastornos no orgánicos del Sueño, Disfunciones Sexuales y Trastornos Mentales Puerperales.

F. **Trastornos de la Personalidad y del Comportamiento en Adultos:** Trastornos específicos de la personalidad, Trastornos Mixtos de la personalidad, Cambios de personalidad, Trastorno de los Hábitos e Impulsos, Trastornos Facticios.

G. **Retraso Mental:** Retraso Mental Leve, Moderado, Grave, Profundo.

Menoscabo Laboral Permanente por Trastornos Mentales Orgánicos y Trastornos Somáticos (Grupo A).

El menoscabo laboral permanente de estos impedimentos está determinado por el compromiso de las Funciones Complejas Integradas del Cerebro: orientación temporal, espacial y autopsíquica, comprensión, memoria próxima y remota, juicio, decisiones, atención y concentración, introspección, comportamiento social y su reflejo en la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria determina el rango al interior de la clase.

La evaluación necesariamente deberá descartar causas neurológicas reversibles o tratables por el Neurólogo, ello implica contar con evaluación neurológica, examen psicométrico, de laboratorio y neuroimágenes correspondientes.

Los trastornos depresivos concomitantes deberán estar tratados convenientemente cuando se plantee el impedimento Trastorno mental orgánico sin causal definida.

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

La persona presenta daño leve en las funciones complejas integradas del cerebro, comparativamente a sus capacidades pre-mórbidas. La interferencia en las actividades de la vida diaria es mínima. Compromiso leve de la memoria de trabajo.

Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%

Existe compromiso de memoria reciente, mayor dificultad y lentificación de la organización del pensamiento, disminución de la capacidad de atención y comprensión. Compromiso moderado de la memoria de trabajo. Procesa mal las informaciones nuevas. Las actividades de la vida diaria que requieren destreza están interferidas. Descuida el aspecto personal. Controla impulsos.

Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%

La persona presenta daño importante en las funciones complejas integradas del Cerebro y tiene dificultades con la mayoría de las actividades de la vida diaria, pudiendo requerir supervisión. En el rango alto de la clase requiere supervisión frecuente pero no permanente para algunas actividades de la vida diaria como aseo personal, vestimenta y desplazamiento.

Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50%-66%

El compromiso de las funciones complejas integradas del Cerebro es severo y obligan a supervisión y cuidado para las actividades de la vida diaria.

Clase V Menoscabo Laboral Permanente 67% – 80%

El compromiso de las funciones complejas integradas del Cerebro es grave, obligan a asistirlo en todas las actividades de la vida diaria. Permanece confinado.

Menoscabo Laboral Permanente por Trastornos Mentales y del Comportamiento debido al Uso de Sustancias Psicoactivas (Grupo B)

El menoscabo laboral permanente de estos impedimentos está determinado por: uso de una o más sustancias psicoactivas con patrón de consumo que daña la salud en lo físico o mental; síndrome de dependencia, abstinencia, alucinosis, celotipia, paranoia, psicosis, síndrome amnésico, demencias. El rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso en las actividades de la vida diaria.

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

Existe un patrón de consumo nocivo con intoxicaciones frecuentes. No tiene dependencia. La interferencia con las actividades de la vida diaria es mínima y ocasional, mantiene eficiencia social y laboral, requiere control médico ambulatorio.

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

Existe un patrón de consumo nocivo con intoxicación diaria. Puede o no tener dependencia. Las actividades de la vida diaria que requieren destrezas están interferidas en forma moderada.

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

Existe un patrón de consumo nocivo con intoxicaciones inveteradas o intermitentes de una frecuencia que interfiere con la realización del trabajo. Tiene dependencia, ha presentado síndrome de abstinencia. En el rango alto de la clase presenta complicaciones físicas o mentales importantes. Las actividades de la vida diaria, familiar, laboral y social están interferidas en forma importante pudiendo requerir supervisión. Ausentismo laboral reiterado.

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

Existe un patrón de consumo nocivo que ha llevado a un síndrome de dependencia grave con psicosis o epilepsia. Tiene complicaciones físicas y mentales severas. Las actividades de la vida diaria requieren supervisión constante.

Para el estudio de estos impedimentos deberá considerarse en su evaluación y ponderación la existencia de las características siguientes, verificables por medio de PSL:

1. Antecedentes de tratamientos frustrados, con recaídas
2. Eventual existencia de comorbilidad asociada al consumo excesivo de alcohol u otras sustancias adictivas.
3. Correlato socio-familiar desfavorable que debe incluir inestabilidad laboral significativa.

En el rango alto de la clase, las actividades de la vida diaria necesitan supervisión constante.

Menoscabo Laboral Permanente por Esquizofrenia, Trastornos Esquizotípicos, Trastornos Delirantes (Grupos C)

El menoscabo laboral permanente de estos impedimentos está determinado por: síntomas de percepción desordenada, alteraciones del pensamiento, desorden en el comportamiento social, pérdida de control emocional, defectualidad o síntomas negativos. El rango al interior de la clase por la frecuencia con que interfieren las actividades de la vida diaria habiéndose descartado cuadros psicóticos transitorios.

Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%

Existen alteraciones leves de la percepción y del curso formal del pensamiento. No perturba su entorno, puede cumplir actividades de la vida diaria con interferencias. Control médico ambulatorio.

Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%

Existen alteraciones moderadas de la percepción y del pensamiento. La conducta se desordena con frecuencia. Descuida su aspecto personal. Controla bien sus impulsos. Tiene disminuidas sus destrezas sociales y de comunicación. Requiere control médico ambulatorio.

Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%

Existen alteraciones importantes en el pensamiento y percepción de la realidad. Tiene descuido en hábitos y vocabulario. Tiene incontinencia emocional manifiesta dificultades en la expresión e interacción social, con pérdida de las destrezas sociales y de comunicación pudiendo requerir supervisión.

Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50% - 66%

El pensamiento está desestructurado y percibe erróneamente la realidad. Hay severo desajuste conductual, mal cuidado personal y debe ser vigilado por cuidado de sí mismo o los demás. Las cuatro áreas de actividades de la vida diaria están severamente interferidas.

Clase V Menoscabo Laboral Permanente 67% - 80%

El desorden del pensar, el juicio de realidad, el comportamiento social y el control emocional, están totalmente fuera de manejo ambulatorio y requiere supervisión permanente y/o confinamiento. Los cuatro grupos de actividades de la vida diaria están gravemente interferidas.

Menoscabo Laboral Permanente por Trastornos del Humor (Grupo D)

El menoscabo laboral permanente de estos impedimentos está determinado por alteración del humor o de la afectividad que tiende a la depresión o la euforia, modificaciones del nivel general de actividad, síntomas asociados a los cambios de ánimo y actividad, recurrencia de los mismos. El rango al interior de la clase por la frecuencia con que se interfieren las actividades de la vida diaria.

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

Síndrome hipomaniaco y/o depresión leve, con normalidad entre los episodios. Una vez por año. Con respuesta parcial a tratamiento permanente que provoca leve interferencia en las actividades de la vida diaria.

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

Síndrome hipomaniaco moderado y/o depresión moderada, con normalidad entre los episodios. Hasta dos veces por año. Con respuesta parcial a tratamiento permanente que provoca moderada interferencia con las actividades de la vida diaria.

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

Depresión y/o síndrome mixto importante, requiere supervisión en las crisis, con normalidad entre los episodios, los que se presentan hasta tres veces por año. Trastorno que provoca interferencia importante en las actividades de la vida diaria. En el rango alto de la Clase están aquellas personas en que la interferencia social y laboral es frecuente y presentan síntomas gran parte del año o la sintomatología es permanente e importante a pesar de tener tratamiento continuo y a dosis máxima accesible.

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

Depresión, manía y/o síndrome mixto severo. No hay síntomas psicóticos. Periodos cortos de normalidad entre episodios. Interferencias severas en las actividades de la vida diaria. En el rango alto de la Clase las actividades de la vida diaria requieren supervisión constante.

Clase V Menoscabo Laboral Permanente 67% - 80%

Depresión grave con síntomas psicóticos y/o síndrome maniaco grave y/o síndrome mixto grave con síntomas psicóticos. No hay normalidad entre episodios. No tiene autonomía.

Menoscabo Laboral Permanente por Trastornos Neuróticos, Trastornos relacionados a Estrés, Trastornos Somatomorfos (Grupo E)

El menoscabo laboral permanente de estos impedimentos está determinado por: distorsión del programa y dirección de las actividades diarias del individuo, ansiedad paralizante, depresión aislante, miedo a la rutina diaria, disfunción somática, pensamiento repetitivo y emocionalmente dirigido, negación de las capacidades corporales, regresión a formas inadecuadas de adaptación. El rango al interior de la clase por la frecuencia con que interfiere sobre las actividades de la vida diaria.

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

La persona usa mecanismos de protección regresivos psiconeuróticos frente a las tensiones del diario vivir, sin perder eficiencia personal y social, requiere controles periódicos de la especialidad.

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

Las reacciones psiconeuróticas en la adaptación personal a las tensiones del diario vivir son moderadas y/o estructuran patologías en órganos o miembros que comprometen en forma ocasional su eficiencia personal y social. Presenta interferencia moderada y ocasional en lo laboral. Requiere controles periódicos de la especialidad.

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

Las reacciones psiconeuróticas son importantes y/o pueden inducir patologías en órganos o miembros. Requiere control continuo de la especialidad. En el rango alto de la Clase las actividades de la vida diaria están restringidas y puede requerir apoyo continuo o supervisión en situaciones complejas como resolución de conflictos, adaptación a situaciones de tensión, etc.

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

Las reacciones psiconeuróticas son severas, catastróficas, existen patologías en órganos o miembros que están fuera de control, puede haber depresión y desinterés, ideación suicida, aislamiento. En el rango alto de la Clase necesita supervisión, es dependiente de terceros en actividades de desplazamiento y en algunas otras esenciales domésticas y se encuentra incapacitado para realizar cualquier trabajo.

Menoscabo Laboral Permanente por Trastornos de la Personalidad y del Comportamiento en adultos (Grupo F)

El menoscabo laboral permanente de estos impedimentos está determinado por la expresión del estilo de vida característico de la persona, su relación consigo mismo y con los demás.

Se incluyen diversas alteraciones y modos de comportamiento que tienen relevancia por sí mismos, abarcan formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas en el sujeto. Se manifiestan como modalidades estables de respuesta en amplio espectro de

situaciones individuales y sociales. Representan desviaciones extremas o significativas del modo como el individuo normal y de una cultura determinada, piensa siente y se relaciona con los demás.

El impedimento para configurarse debe necesariamente apoyarse en psicodiagnóstico y se debe considerar que el trastorno puede o no incidir en la refractariedad de otros impedimentos neuróticos o del humor, pudiendo modificar el rango de la clase de dichos impedimentos sin ser configurado por sí mismo. La clase está determinada por la intensidad de los síntomas y signos; el rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso sobre las actividades de la vida diaria.

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

Es una persona con discernimiento pobre, dificultad para el control y juicio de su comportamiento personal. Tiene habilidad para evitar perturbaciones serias en sus relaciones con la comunidad y no se daña significativamente a sí mismo. La historia afectiva y laboral ha sido de estabilidad, ha logrado estabilidad en las relaciones interpersonales y ha desarrollado trabajo(s) en forma adecuada.

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

Permanente pérdida del auto control, no consigue aprender de la experiencia, puede causar daño a los que lo rodean y puede dañarse a sí mismo de modo continuo e importante. La historia afectiva y laboral ha sido de inestabilidad, con quiebres afectivos y cambios de trabajo frecuentes y de escaso tiempo de duración. Progresiva rigidez e incapacidad de conductas adaptativas laborales y personales.

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

Irresponsabilidad por normas, reglas y responsabilidades sociales. Descargos de agresividad y conductas violentas. Con historia afectiva de alta inestabilidad con cambios frecuentes de relación de pareja, trabajos inestables y de corta duración con despidos frecuentes por conflictos interpersonales. Desajustes conductuales importantes, inestabilidad afectiva y descontrol de impulsos que puede o no estar asociado a consumo de sustancias, trasgresión a normas sociales.

Menoscabo Laboral Permanente por Retraso Mental (Grupo G)

El menoscabo laboral permanente de este impedimento se estima, de manera convencional a través de exámenes de inteligencia estandarizados, considerándose **la funcionalidad y la adaptación social adquirida por educación y rehabilitación lo más relevante** para la calificación, siendo deseable contar con Peritaje socio-laboral, especialmente en Clases I y II. Debe considerarse que a lo largo de los años puede asociarse con deterioro debiendo constar tal hallazgo en el informe.

Dadas las características propias de este impedimento, para la suma combinada, se considerará el menoscabo a partir de 29% cuando existan impedimentos de otros capítulos que pudieran verse agravados por el Retraso mental así calificado.

Clase I Menoscabo Global de la Persona 1% - 29%

Presencia de retraso mental de tipo leve. Existe deficiencia intelectual referencial de 50 a 70 de C.I., puede presentar dificultad en la expresión del lenguaje, sin interferir en su funcionalidad. Tiene capacidad de relacionarse socialmente. Conoce el valor del dinero, utiliza celular, e-mail u otros aparatos electrónicos. Es independiente en sus desplazamientos, cuidado personal y puede desarrollar actividad manual no especializada. Logra estabilidad en las relaciones interpersonales pudiendo formar una familia.

Clase II Menoscabo Global de la Persona 30% - 49%

Presencia de retraso mental de tipo moderado con deficiencia intelectual referencial de 35 a 49 de C.I., tiene capacidad de relacionarse socialmente, conoce el valor del dinero. Requiere alguna supervisión, especialmente que sus desplazamientos le sean indicados o que en su trabajo le sean asignadas y supervisadas sus tareas con relativa frecuencia y en el cual desarrolla actividades manuales repetitivas. Logra trabajos simples, esporádicos y bajo supervisión de terceros.

Clase III Menoscabo Global de la Persona 50% - 66%

Presencia de retraso mental grave. Existe déficit intelectual con C.I. inferior a 35. Requiere supervisión o instigación para las actividades del diario vivir. No conocen el valor del dinero y no pueden actuar ante situaciones de peligro ni de protección de sí mismos.

Clase IV Menoscabo Global de la Persona 67% - 80%

Presencia de retraso mental profundo, existe déficit intelectual con C.I. inferior a 20. Escaso desarrollo de lenguaje y comunicación básica; Incapacidad para comprender instrucciones. No puede preocuparse de su cuidado personal, es totalmente dependiente. Habitualmente está confinado en su hogar o en una institución. Solo comprende órdenes básicas y hace peticiones simples. Necesita vigilancia.

CAPITULO XII

IMPEDIMENTOS NEOPLÁSICOS MALIGNOS

INTRODUCCION

Ser 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 evaluado.

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

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

Para la calificación del menoscabo producido por una neoplasia maligna es indispensable contar con los antecedentes de todas las atenciones que ha recibido, muy especialmente biopsias, procedimientos quirúrgicos u otros. Además los antecedentes de fichas clínicas obtenidos a través de los interconsultores domiciliarios y peritajes socio-laborales.

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.

Condición del paciente	Índice
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	20

tratamiento activo de apoyo.	
Moribundo, en fase terminal. El proceso fatal es irreversible y progresivo.	10

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

- El sitio de la lesión primaria, recurrente o metastásica deberá documentarse en todos los casos de enfermedad neoplásica maligna. Si se ha practicado cirugía se deberá incluir una copia confiable del protocolo operatorio y del informe histopatológico de la pieza o biopsia. Si no se pueden obtener estos documentos, la epicrisis de la hospitalización más el informe del médico tratante deberá incluir detalles de los hallazgos quirúrgicos y los resultados de los exámenes macro y microscópico de los tejidos, realizados por el cirujano y el patólogo.
- Si existe avance de la enfermedad esto deberá ser informado incluyendo antecedentes aportados por el médico tratante con exámenes recientes dirigidos especialmente a verificar recurrencia local, compromiso ganglionar, metástasis a otros órganos y secuelas importantes post-tratamiento.
- El concepto de metástasis ganglionares a distancia se refiere a la invasión tumoral de ganglios más allá de los límites de la resección radical en bloque.
- La recidiva local o regional post cirugía radical o la evidencia anatomopatológica de una extirpación incompleta en una cirugía radical, se considerará igual a las lesiones "inoperables", cuando no sea posible su corrección quirúrgica o radioterapéutica.
- El diagnóstico de Cáncer es histológico, y debe documentarse con la presentación del informe emitido por un médico anatomatólogo; de no existir concordancia entre lo informado y los hallazgos clínicos, de laboratorio o exámenes complementarios, se debe recurrir a la interconsulta de un anatomatólogo solicitando el envío de placas y tacos de la muestra que originó el diagnóstico. El informe del estudio citológico ya sea de líquidos o masas será considerado cuando se trate de pacientes con enfermedad diseminada, como es el caso de células neoplásicas en líquido ascítico, pleural, etc.. El estudio complementario a solicitar será el correspondiente, teniendo en cuenta el sitio del Cáncer, sus características histológicas, y órganos más frecuentes de metástasis.

Los impactos causados por estas terapias también denominadas **Terapias Oncológicas Primarias**, deben ser considerados individualmente. Estos pueden variar considerablemente de un sujeto a otro. Es importante obtener del médico tratante el plan de tratamiento, incluyendo las drogas, dosis o frecuencia de administración y su

duración. En aquellos diagnósticos con cobertura GES se exigirá el cumplimiento del esquema terapéutico señalado en el protocolo respectivo, antes de considerar completadas las terapias. Es necesario obtener una descripción de las complicaciones o respuestas adversas a la terapia, como náuseas, vómitos, diarrea, debilidad, trastornos dermatológicos o desórdenes mentales reactivos, ya que la severidad de los efectos en la quimioterapia anticancerígena pueden cambiar durante el período de administración de la droga. La decisión en lo referente al Menoscabo producto de la terapia con drogas o radiaciones deberá aplicarse luego de período establecido según los protocolos actualizados por la especialidad oncológica.

En los trabajadores afectos de Cáncer que reciban tratamientos con fines curativos, para su evaluación deberá considerarse su estado según **escala de Karnofsky**, al completar la terapia, estableciéndose la siguiente relación, correspondiendo al Oncólogo precisar su estado transitorio o definitivo.

Indice	Condición del paciente	Clase
100	Sin menoscabo	----
90	Síntomas y signos menores	I
80	Síntomas y signos evidentes con limitaciones en AVD	II
70	Autonomía conservada, compromiso importante de las AVD	III
60	Con síntomas y signos importantes. Requiere asistencia ocasional para las AVD	IV
50 o menos	Autonomía parcial o totalmente perdida. Requiere asistencia frecuente o permanente. Síntomas y signos severos.	V

Se considerarán impedimentos no configurados a aquellos que presenten algunas de las siguientes condiciones:

- 1) Rechazo de tratamientos curativos, en cuyo caso deberán ser evaluados de acuerdo al criterio general establecido en el Capítulo Instrucciones de estas Normas y se estimará no configurado hasta completar 12 meses de conocido el rechazo por la Comisión.
- 2) Los que estén recibiendo tratamiento con intención curativa.
- 3) Sin evidencia de actividad tumoral luego de haber sido tratados.
- 4) Los que estén recibiendo tratamientos susceptibles de mejorar el grado de incapacidad provocado por las secuelas de la terapia.
En los solicitantes que no muestren signos de actividad de la enfermedad oncológica después de haber completado la terapia y presenten impedimento configurado por secuelas de los tratamientos efectuados, el menoscabo estará determinado por dichas

secuelas, calificadas conforme a los Capítulos que correspondan, calculado de acuerdo a los principios de suma combinada señalados en las Instrucciones de estas Normas.

TERAPIAS QUIRÚRGICAS

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

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

CARACTERISTICAS DE NEOPLASIAS MALIGNAS QUE CALIFICAN CON 80% DE MENOSCABO LABORAL PERMANENTE

Las Neoplasias Malignas que alcanzan Menoscabo de **80%** serán aquellas que cumplan con alguno de los siguientes requisitos:

1. Fuera del alcance terapéutico curativo.
2. Compromiso severo del estado general **con índice de Karnofsky igual o menor de 50** por evolución de la enfermedad no controlada con terapias adecuadas según protocolos oncológicos.
3. Recidivas intratables luego de terapias curativas.
4. Metástasis a distancia fuera del alcance terapéutico curativo.

CAPITULO XIII

IMPEDIMENTOS DERMATOLOGICOS

INTRODUCCION

Estas normas señalan los criterios para la evaluación del Impedimento configurado de la Piel y sus apéndices y el efecto que éste tiene sobre el Menoscabo Laboral Permanente expresado en las interferencias que produce sobre las actividades esenciales y de eficiencia social en la vida diaria.

El informe del interconsultor dermatológico deberá ceñirse a las instrucciones y formato del mismo. Especial relevancia en estas afecciones adquiere el discernimiento en lo relativo al origen del Impedimento dermatológico, vale decir, origen natural o común y origen profesional.

Las lesiones de la piel pueden producir un daño severo y prolongado al comprometer áreas extensas del cuerpo, o áreas críticas como las manos y pies, si se vuelven resistentes al tratamiento. Estas lesiones deben haber persistido por un período de tiempo suficiente, a pesar de la terapia adecuada y bien llevada, de acuerdo a los protocolos y al conocimiento actual de la especialidad. Se presumirá un plazo razonable cuando su duración se prolongue por un período de, a lo menos, 12 meses. El especialista interconsultor podrá solicitar a la Comisión la revisión de fichas clínicas en las instituciones donde se controle el solicitante. El tratamiento para alguna de las enfermedades de la piel enumeradas en esta sección puede requerir el uso de altas dosis de drogas, con posibles efectos colaterales, éstos deberán ser considerados en la evaluación total del menoscabo.

Cuando los impedimentos de la piel están asociados a una enfermedad sistémica, la evaluación deberá hacerse de acuerdo al criterio aplicado en la sección pertinente. El Lupus Eritematoso Diseminado Sistémico, y la Esclerodermia, generalmente comprometen más de un sistema orgánico y deberán ser evaluados según los capítulos respectivos. Los impedimentos neoplásicos de la piel deberán ser evaluados de acuerdo a lo establecido en el capítulo de Neoplasias Malignas. Cuando la piel se afecte por quemaduras y éstas lleven a contracturas o limitaciones motoras de articulaciones, dicho daño deberá ser evaluado según el capítulo del Sistema Osteomioarticular.

Los exámenes complementarios que objetivan el impedimento y su configuración de origen dermatológico incluyen: anatomía patológica por biopsias, exámenes inmunológicos específicos, test de parche, exámenes micológicos, dermatoscopia manual y digital y/o fotografías.

Algunas anormalidades cutáneas como nevos pigmentados, angiomas, hiperpigmentación o despigmentación, vitiligo, las cicatrices cutáneas como resultado de la curación de quemaduras, traumatismos o procesos quirúrgicos extensos que pueden

llevar a la desfiguración, producen menoscabo laboral por sí mismas. Su magnitud es determinante en el aislamiento individual o social de quien las padece y comprometerá su capacidad laboral en un 50%.

Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos de la Piel

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

Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%

Existen síntomas y signos leves, de Impedimento en la piel. Ciertos agentes físicos, químicos, o ambos, puedan temporalmente aumentar la extensión de la lesión. Tratamiento circunstancial o medidas generales.

Clase II: Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%

Existen síntomas y signos moderados, de Impedimento en la piel. Se necesita tratamiento continuo de la afección.

Clase III: Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%

Existen síntomas y signos importantes en la piel. Se necesita tratamiento continuo y existen limitaciones en la realización de muchas de las tareas de la vida diaria.

Clase IV: Menoscabo Laboral Permanente 50% - 66%

Existen síntomas y signos severos de la piel. Se necesita tratamiento continuo, que puede implicar dependencia para sus propios cuidados y/o necesidad de permanencia obligada en determinados ambientes.

Clase V: Menoscabo Laboral Permanente 67% - 80%

Existen síntomas y signos graves de la piel. Se necesita tratamiento continuo que hace necesario el confinamiento permanente en el hogar u otra residencia.

ENFERMEDADES DE LA PIEL QUE CALIFICAN CON 80% DE MENOSCABO LABORAL PERMANENTE

1. Dermatitis Exfoliativa, Ictiosis, Eritrodermia, con lesiones extensas que no responden a tratamiento prescrito y bien llevado.
2. Pénfigo, Eritema Exudativo Multiforme, Exudado Penfigoide, Dermatitis Herpetiforme, con lesiones extensas que no responden a tratamiento prescrito y bien llevado.
3. Infección Micótica Profunda, con importantes y extensas lesiones fungosas ulcerativas, que no responden a tratamiento indicado y bien llevado.
4. Psoriasis Palmo-Plantar o Artropatía Psoriática, Dermatitis Atópica, Deshidrosis, con lesiones extensas que incluyen complicaciones de las manos o pies, que imponen una severa limitación de función y que no responden a tratamiento prescrito y bien llevado.
5. Hidradenitis Supurativa, Acné Conglobata, con lesiones extensas que comprometen las axilas y el perineo y que no responden a tratamiento médico prescrito y bien llevado, y no están sujetas a corrección quirúrgica.