

a. **Atender autorización para la celebración de misas o servicios religiosos dentro de cada Cementerio Municipal.**
 b. **Vigilar que las instalaciones se encuentren en perfecto estado de limpieza así como el riego, conservación de los jardines, árboles y todo aquello relacionado con el cumplimiento de las reglas de higiene, ornato y seguridad, prestando especial atención a los depósitos de agua donde se colocan las ofrendas florales, de manera tal que no genere la proliferación de insectos que perjudiquen el medio ambiente.**
 c. **Designar personal que se encargará de recabar diariamente el recibo del Cementerio Municipal comprobando el estado de las obras que se realicen y si se ajustan a las especificaciones técnicas de la licencia concedida, informando a la autoridad superior para que se corrija las deficiencias que sobrevengan por medio de reportes correspondientes.**

Artículo 6. Bitácora y Registros.

Para llevar los controles administrativos de la Administración de los Cementerios Municipales se deben llevar por Cementerio Municipal, una bitácora distinta en los medios adscritos tanto físicos como digitales. En dicha bitácora deberá registrarse lo siguiente:

- Registro de inhumaciones.
- Registro de exhumaciones.
- Registro exhumaciones trasladadas.

Los registros de inhumaciones deben anotarse en orden cronológico y conteniendo los datos siguientes:

- Nombre y apellido completos del fallecido.
- Edad, sexo, estado civil, profesión, nacionalidad, domicilio y vecindad.
- El lugar exacto donde se identificó en el que haya sido sepultado.
- Fecha del fallecimiento y del entierro.
- El número de la partida, folio, libro y fecha de la certificación de defunción, extendida del Registro Nacional de las Personas - RINAP, en donde quedó inscrita la defunción.
- Nombre, apellido, número de Documento Personal de Identificación (DPI), dirección y número telefónico del familiar responsable.

Artículo 7. Indicadores Estadísticos.

La Administración de cada Cementerio Municipal deberá presentar en forma mensual y anual a la Dirección de Servicios Públicos, un cuadro con indicadores estadísticos de las inhumaciones y exhumaciones realizadas, indicando sexo, edad, causa de muerte y si fueron realizadas en nichos, mausoleos o en la tierra.

Artículo 8. Quejas.

Las quejas, tanto verbales como por escrito, deben presentarse ante la Dirección de Servicios Públicos, y cuando se trate de asuntos que no pueda resolver la Dirección, estas deberán trasladarse al Juzgado de Asuntos Municipales y de lo Interno.

CAPÍTULO III

ORDENAMIENTO Y SERVICIOS DE LOS CEMENTERIOS MUNICIPALES

Artículo 9. Sectorización.

Los Cementerios Municipales se dividirán en sectores, debiendo de diferenciarse entre sí. Cada sector estará dividido en lotes numerados según se indican en los Cementerios Municipales existentes con calles y avenidas.

Seerán uniformemente el terreno de parcelas. Las parcelas tendrán de veinte a noventa metros de ancho y su profundidad de treinta metros.

Artículo 10. Servicios a prestar.

Los servicios a prestar en cada Cementerio Municipal serán los siguientes:

- Entierros.
- Mausoleos.
- Exhumaciones.

Artículo 11. Nichos.

En los Cementerios Municipales los nichos se construirán por orden de la Municipalidad en forma de edificios que pueden tener hasta seis niveles. La Municipalidad otorgará el uso por un periodo de siete años y el derecho al uso del terreno podrá renovarse al vencimiento del plazo, previa pago de la cuota que corresponda de acuerdo a la tasa municipal que se fije para el efecto. Este uso será renovable se informará por parte de la Administración de cada Cementerio Municipal a la Dirección registrada que en 30 días se realice el retiro del lugar asignado. Los nichos municipales serán numerados de abajo hacia arriba de izquierda a derecha con el objetivo de tener un mejor control en las inhumaciones que se realicen al facilitar cada inhumación se deberá anotar el nombre del fallecido y la fecha mientras por parte de los familiares se colocará la respectiva lápida. La cual también deberá llevar los nombres apellidos del difunto y fecha del fallecimiento.

Artículo 12. Mausoleos.

Los mausoleos de lote para la construcción de mausoleos, se podrán en menor medida metros (2.00 m) y de largo por dos metros con cincuenta centímetros (2.50 m) de ancho y tampoco mayor a dicha medida y con una extensión de sesenta centímetros (0.60 m) entre cada uno de los lotes contiguos. Cada mausoleo podrá ser un enterramiento con capilla. La Municipalidad podrá hacer uso de un lote para la construcción de un mausoleo en caso una persona haya sido reconocida con el otorgamiento en uso y que no cumpla con lo establecido en el artículo anterior otorgándole a otro solamente que cumpla los requisitos respectivos.

Artículo 13. Osarios.

Cuando la necesidad lo requiera podrán ser construidos osarios temporales en un propiedad privada. Los osarios son elevados para el depósito de restos humanos hasta a una altura de entre 1.20 metros de alto por 4.00 metros de ancho por 3.00 de profundidad, metros por 2.60 metros de altura.

CAPÍTULO IV

CONTRA LOS USOS DE ARRENDAMIENTO

Artículo 14. Contrato.

Una vez el Consejo Municipal haya aprobado el arrendamiento de un lote en cualquier de los Cementerios Municipales, para la construcción de mausoleo se procederá a la firma de un contrato de arrendamiento que se suscribirá por parte del Alcalde Municipal, previa facultad que el Consejo Municipal le otorgue y del terreno que se construya se otorgará un uso por un plazo de siete años. El documento que le sea entregado a cada contratista será un folio para el cual deberá pagar la tasa correspondiente. Si en un caso el titular desea en cualquier momento cancelar el contrato deberá pagar la tasa establecida.

Artículo 15. Requisitos para el arrendamiento de un lote.

Las personas que soliciten el arrendamiento de un lote para la construcción de un mausoleo, deberán de cumplir con los requisitos siguientes:

Personas que de Sufrimiento de Sufrimiento

Artículo 16. Inhumaciones Especiales.

Las inhumaciones con o sin capilla se construyen por orden de los propios interesados, previa autorización del Departamento de Asesoría de la Dirección Municipal de Planificación. Cada mausoleo deberá ser construido dentro de un plazo máximo de seis meses contados a partir de la entrega de la licencia respectiva, caso contrario, quedará sin efecto refrendo notariando, debiendo trasladar al expediente al Juzgado de Asuntos Municipales y de lo Interno para los efectos respectivos.

CAPÍTULO V INHUMACIONES Y EXHUMACIONES

Artículo 17. Inhumaciones Especiales.

En cada Cementerio Municipal, la Dirección Municipal, con autorización de la Municipalidad, podrá autorizar a las personas de estrato porvenir, depositando el cuerpo del difunto en un nicho o mausoleo que se construya en la Dirección de Asesoría Social y el Cementerio de la Municipalidad, tras haber sido la Dirección Municipal y con la autorización otorgada por el Alcalde Municipal, aprobar la inhumación especial.

Artículo 18. Exhumaciones.

Para la exhumación ordinaria de cadáveres o restos humanos, los interesados deberán presentar solicitud escrita a la Administración del Cementerio Municipal, según proceda a su gestión, cumpliendo los requisitos establecidos en el Código de Seguridad, Reglamento de Cementerios Municipales y Tratamiento de Cadáveres del Ministerio de Salud y Asesoría Social, así como la comprobación de la identidad del solicitante que establezca el porcentaje de los gastos de los y proceder a la exhumación del cadáver de no tiene, mediante un registro con archivos respectivos.

Artículo 19. Exhumación de oficio.

Cuando las personas interesadas no paguen los derechos de prerrogativa de los nichos, la Administración de cada Cementerio Municipal podrá elevar las exhumaciones ordinarias de oficio para su autorización del Centro de Salud del municipio.

CAPÍTULO VI TASAS

Artículo 20. Tasas.

Las tasas por la prestación de los servicios en cada Cementerio Municipal serán las siguientes:

Pago anual de arrendamiento de lote	Q. 60.00
Derecho de arrendamiento de Nicho (Adulto)	Q. 1500.00
Derecho de arrendamiento de Nicho (Niño)	Q. 1300.00
Contrato de arrendamiento de lote	Q. 5000.00
Por inhumación	Q. 185.00
Por inhumación especial de adulto o niño en nicho municipal por 1 año	Q. 1500.00
Por exhumaciones	Q. 1500.00

Por construcción de nicho

Por lote de terreno

Por registro en el libro

Por autorización de inhumación especial en el nicho

Artículo 21. Por exhumaciones.

La Administración Municipal podrá autorizar la exhumación

a. No sea permitida el acceso de niños o niñas menores de edad en la compañía de sus padres o abuelos.

b. No se permite la exhumación de cadáveres que hayan sido exhumados en el Cementerio Municipal.

c. Permitir la exhumación de cadáveres que se deba la siguiente:

Artículo 22. Exhumaciones.

Las exhumaciones de los cadáveres exhumados se otorgarán de acuerdo a lo establecido en el Código de Seguridad y Asesoría Social, y en el Reglamento de Cementerios Municipales.

Artículo 23. Casos previos.

Los casos no previstos en el presente Reglamento serán resueltos por el Consejo de Salud y Asesoría Social, de acuerdo a lo establecido en el Código de Seguridad y Asesoría Social, y en el Reglamento de Cementerios Municipales.

Artículo 24. Disposiciones de la Municipalidad. La Municipalidad podrá autorizar la exhumación de cadáveres que se deba la siguiente:

a. No sea permitida la exhumación de cadáveres que hayan sido exhumados en el Cementerio Municipal.

b. No se permite la exhumación de cadáveres que hayan sido exhumados en el Cementerio Municipal.

c. Permitir la exhumación de cadáveres que se deba la siguiente:

a. No sea permitida la exhumación de cadáveres que hayan sido exhumados en el Cementerio Municipal.

b. No se permite la exhumación de cadáveres que hayan sido exhumados en el Cementerio Municipal.

c. Permitir la exhumación de cadáveres que se deba la siguiente:

a. No sea permitida la exhumación de cadáveres que hayan sido exhumados en el Cementerio Municipal.

b. No se permite la exhumación de cadáveres que hayan sido exhumados en el Cementerio Municipal.

c. Permitir la exhumación de cadáveres que se deba la siguiente:

a. No sea permitida la exhumación de cadáveres que hayan sido exhumados en el Cementerio Municipal.

b. No se permite la exhumación de cadáveres que hayan sido exhumados en el Cementerio Municipal.

c. Permitir la exhumación de cadáveres que se deba la siguiente:

a. No sea permitida la exhumación de cadáveres que hayan sido exhumados en el Cementerio Municipal.

b. No se permite la exhumación de cadáveres que hayan sido exhumados en el Cementerio Municipal.

c. Permitir la exhumación de cadáveres que se deba la siguiente:

a. No sea permitida la exhumación de cadáveres que hayan sido exhumados en el Cementerio Municipal.

b. No se permite la exhumación de cadáveres que hayan sido exhumados en el Cementerio Municipal.

c. Permitir la exhumación de cadáveres que se deba la siguiente:

a. No sea permitida la exhumación de cadáveres que hayan sido exhumados en el Cementerio Municipal.

b. No se permite la exhumación de cadáveres que hayan sido exhumados en el Cementerio Municipal.

c. Permitir la exhumación de cadáveres que se deba la siguiente:

a. No sea permitida la exhumación de cadáveres que hayan sido exhumados en el Cementerio Municipal.

b. No se permite la exhumación de cadáveres que hayan sido exhumados en el Cementerio Municipal.

c. Permitir la exhumación de cadáveres que se deba la siguiente:

a. No sea permitida la exhumación de cadáveres que hayan sido exhumados en el Cementerio Municipal.

b. No se permite la exhumación de cadáveres que hayan sido exhumados en el Cementerio Municipal.

c. Permitir la exhumación de cadáveres que se deba la siguiente:

a. No sea permitida la exhumación de cadáveres que hayan sido exhumados en el Cementerio Municipal.

b. No se permite la exhumación de cadáveres que hayan sido exhumados en el Cementerio Municipal.

c. Permitir la exhumación de cadáveres que se deba la siguiente:

a. No sea permitida la exhumación de cadáveres que hayan sido exhumados en el Cementerio Municipal.

b. No se permite la exhumación de cadáveres que hayan sido exhumados en el Cementerio Municipal.

c. Permitir la exhumación de cadáveres que se deba la siguiente:

a. No sea permitida la exhumación de cadáveres que hayan sido exhumados en el Cementerio Municipal.

b. No se permite la exhumación de cadáveres que hayan sido exhumados en el Cementerio Municipal.

c. Permitir la exhumación de cadáveres que se deba la siguiente:

a. No sea permitida la exhumación de cadáveres que hayan sido exhumados en el Cementerio Municipal.

b. No se permite la exhumación de cadáveres que hayan sido exhumados en el Cementerio Municipal.

c. Permitir la exhumación de cadáveres que se deba la siguiente:

a. No sea permitida la exhumación de cadáveres que hayan sido exhumados en el Cementerio Municipal.

b. No se permite la exhumación de cadáveres que hayan sido exhumados en el Cementerio Municipal.

c. Permitir la exhumación de cadáveres que se deba la siguiente:

a. No sea permitida la exhumación de cadáveres que hayan sido exhumados en el Cementerio Municipal.

b. No se permite la exhumación de cadáveres que hayan sido exhumados en el Cementerio Municipal.

c. Permitir la exhumación de cadáveres que se deba la siguiente:

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

ACUERDO NÚMERO 1404

LA JUNTA DIRECTIVA DEL
INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

CONSIDERANDO:

Que el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, tiene como finalidad proteger a sus Afiliados y a sus contingencias que limitan temporal o permanentemente la forma de obtener un ingreso que les permita satisfacer sus principales necesidades, proporcionándoles para ello beneficios en servicios en dinero.

CONSIDERANDO:

Que uno de los beneficios que brinda el Instituto a sus Afiliados, es la protección por el riesgo de invalidez, la cual se otorga al surgir una incapacidad, misma que hace referencia al impedimento que ocasiona a trabajadores complementarios como edad, puesto de trabajo y nivel cultural, produce una pérdida de la capacidad de la persona que le impide realizar un trabajo compatible con sus aptitudes remanentes.

CONSIDERANDO:

Que para optar a la prestación por riesgo de invalidez es requisito fundamental que el Afiliado sea declarado inválido por el Departamento de Medicina Legal y Evaluación de Incapacidades, siendo de suma importancia que los médicos actuantes, cuenten con normas y parámetros aprobados institucionalmente para valorar el grado de incapacidad, mismo que es expresado en porcentajes de pérdida de la capacidad funcional del o de las órganos, sistemas, aparatos o miembros afectados y es complementado con una valoración socioeconómica otorgada por trabajadores sociales del Instituto, quienes también deben contar con parámetros normados para tal fin.

POR TANTO,

Con base en lo que establece el Artículo 124 de la Constitución Política de la República de Guatemala, y el inciso a) del Artículo 71 del Decreto Número 295 del Congreso de la República de Guatemala "Las Órganos del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social".

ACUERDA:

Emitir el siguiente:

BAREMO PARA LA CALIFICACIÓN DEL GRADO DE DEFICIENCIA, DISCAPACIDAD E INVALIDEZ.

ARTÍCULO 1. Objetivo. Se aprueban las normas para la valoración del grado de invalidez denominado BAREMO, las cuales regirán de forma específica la valoración de las deficiencias y la estimación del porcentaje de discapacidad y con ello garantizar la uniformidad de criterios para valorar incapacidades a todos los afiliados del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, que precisen ser evaluados.

ARTÍCULO 2. Definición. Para efectos de la aplicación e interpretación del presente Acuerdo, se entenderá por BAREMO a las normas de clasificación y valoración de diferentes alteraciones o alteraciones funcionales, clasificadas por órganos, sistemas, aparatos o miembros, que sirven para poder determinar el porcentaje de la incapacidad y grado de invalidez de una persona.

El Baremo figura como anexo y forma parte inherente del presente Acuerdo, contenido en doscientas ochenta y ocho (288) hojas tamaño carta impresas solamente en su anverso, rubricadas y selladas por el Secretario de la Gerencia del Instituto.

ARTÍCULO 3. Dependencia Competente. Le compete al Departamento de Medicina Legal y Evaluación de Incapacidades, la aplicación del Baremo médico y social, para determinar la incapacidad o invalidez y su grado, de los Afiliados del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, que precisen ser evaluados. Tal determinación se formalizará mediante la emisión de dictámenes técnicos facultativos vinculantes, los cuales formarán parte del expediente que dio origen a la emisión de los mismos.

ARTÍCULO 4. Ámbito de Aplicación. El presente Acuerdo es de observancia general para todas las unidades médico-administrativas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Asimismo, todas las autoridades, los funcionarios y empleados públicos quedan obligados a prestar la más amplia y eficaz colaboración al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social para la correcta y pronta aplicación de este Acuerdo.

ARTÍCULO 5. Revisión del Baremo. El Departamento de Medicina Legal y Evaluación de Incapacidades, deberá revisar periódicamente el Baremo, de acuerdo a la práctica y experiencia institucional, así como las tendencias técnicas internacionales, y proponer cuando lo considere prudente, por el medio legal respectivo, su actualización, misma que deberá ser aprobada por Acuerdo de la Junta Directiva, para entrar en vigencia.


ARTÍCULO 6. Interpretación. Los casos dudosos o no previstos en el presente Acuerdo, deberán ser interpretados por la Gerencia, previa de consideración necesaria, solicitada las opiniones, criterios o dictámenes correspondientes a las dependencias institucionales que correspondan.

ARTÍCULO 7. Vigencia. El presente Acuerdo empieza a regir el día siguiente de la publicación en el Diario Oficial del Acuerdo Gubernativo que lo aprueba.

El presente Acuerdo deberá elevarse al Organismo Ejecutivo por conducto del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, para los efectos de la literal a) del Artículo 19 del Decreto 295 del Congreso de la República "Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social".


Dado en el Salón de Sesiones de la Junta Directiva del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en la Ciudad de Guatemala, el día cuatro de agosto de dos mil diecinueve.


CARLOS FRANCISCO ANTONIO CONTRERAS SOLÓRZANO
Presidente


EDGAR ALFREDO BALSEZ CONDE
Segundo Vicepresidente


ALLAN JACOBO RIANO FERNÁNDEZ
Vocal I


JOSÉ BERNARDO PINEDA JURADO
Vocal II


ADOLFO JACS SALOMO
Vocal III

CASO SICG: 20190154313

Acuerdo Número 1404 de Junta Directiva

GERENCIA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL: veintitrés de octubre de dos mil diecinueve.

Se ordena la publicación en el Diario Oficial, para los efectos del Artículo 19, inciso a) Párrafo Tercero de la Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.


DRA. ANA MARILYN ORTIZ RUIZ DE JUÁREZ
GERENTE



INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

ACUERDO NÚMERO 1460

LA JUNTA DIRECTIVA DEL
INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

CONSIDERANDO:

Que el baremo constituye una normativa que coadyuva a la aplicación del Acuerdo Número 1424 "Reglamento sobre Protección relativa a Invalidez, Vejez y Sobrevivencia".

CONSIDERANDO:

Que la Junta Directiva, en uso de sus atribuciones como autoridad superior de una institución de Autonomía de rango Constitucional, y para que la normativa de Baremo para la calificación del Grado de Deficiencia, Discapacidad e Invalidez sea del conocimiento de la población derechohabiente en general, como medida de transparencia, puede publicarlo en el Diario Oficial.

PORTANTO,

En uso de las facultades legales y de las que específicamente le confiere el Artículo 19, inciso a) del Decreto Número 295 del Congreso de la República de Guatemala "Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social".

ACUERDA:

ARTÍCULO 1. Reformar el Artículo 7 del Acuerdo Número 1404, que consiste: "BAREMO PARA LA CALIFICACIÓN DEL GRADO DE DEFICIENCIA, DISCAPACIDAD E INVALIDEZ", el cual queda así:

"ARTÍCULO 7. El presente Acuerdo empieza a regir el día siguiente de su publicación en el Diario Oficial"

ARTÍCULO 2. El presente Acuerdo entra en vigor inmediatamente.

Emitido en el Salón de Sesiones de la Junta Directiva del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en la ciudad de Guatemala el tres de octubre del año dos mil diecinueve.

Carlos Francisco
CARLOS FRANCISCO ANTONIO CONTRERAS SOLÓRZANO
Presidente

Edgar Alfredo
EDGAR ALFREDO BALSHESCONDE
Segundo Vicepresidente

Allan Jacobo
ALLAN JACOBO RUANO FERNÁNDEZ
Vocal I

José Bernardo
JOSÉ BERNARDO PINEDA JURADO
Vocal II

Adolfo Lacs
ADOLFO LACS PALOMO
Vocal III

CASO SICCI 20190154313

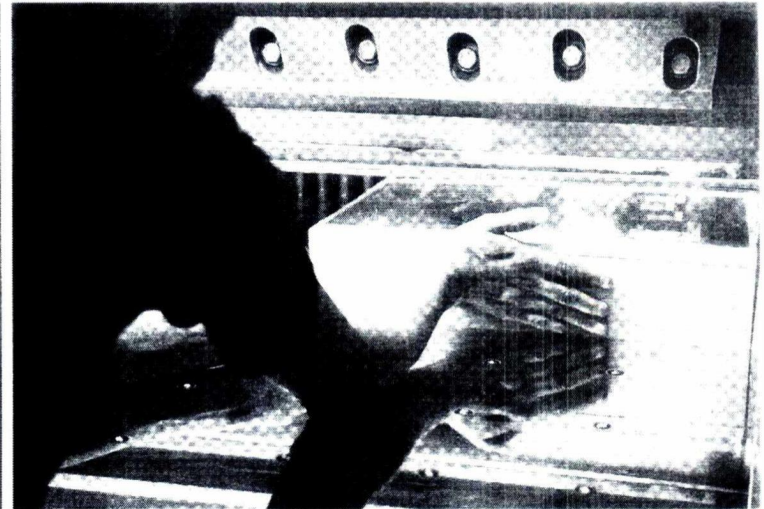
Acuerdo Número 1460 de Junta Directiva

GERENCIA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL: veintitrés de octubre de dos mil diecinueve.

Se ordena la publicación en el Diario Oficial, para los efectos del Artículo 19, inciso a) Párrafo Tercero de la Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad social.

Dra. Ana Marilyn
DRA. ANA MARILYN ORTÍZ RUÍZ DE JUÁREZ
GERENTE

10-19-19 10:04 a.m.



Tú imaginas... NOSOTROS lo creamos



Comunícate con nuestros
ejecutivos de ventas al 1590 o
visítanos en 18 calle 6-72, zona 1.



Un viaje a muchos
escenarios

colecciones
a tu alcance



Pregunta por nuestras colecciones. Comunícate con nosotros al 1590 o
visítanos en 18 calle 6-72, zona 1.



INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
SUBGERENCIA DE PRESTACIONES PECUNIARIAS

BAREMO PARA LA CALIFICACIÓN DEL GRADO
DE DEFICIENCIA, DISCAPACIDAD E INVALIDEZ.

ÁREA MEDICINA LABORAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES

Versión 5, 28 abril 2016









INDICE

<u>Contenido</u>	<u>Página</u>
ANTECEDENTES.....	3
PRESENTACIÓN.....	7
INTRODUCCIÓN	10
SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO	18
REUMATOLOGIA.....	111
SISTEMA NERVIOSO	114
APARATO RESPIRATORIO.....	128
SISTEMA CARDIOVASCULAR	138
SISTEMA HEMATOPOYÉTICO	161
APARATO DIGESTIVO	170
APARATO GENITOURINARIO.....	181
SISTEMA ENDOCRINO.....	185
PIEL Y ANEXOS.....	196
NEOPLASIAS	199
APARATO VISUAL	202
OIDO, GARGANTA Y ESTRUCTURAS RELACIONADAS.....	215
LENGUAJE	222
RETRASO MENTAL.....	242

[Handwritten signature]



[Handwritten signature]



ENFERMEDAD MENTAL	252
TABLA DE VALORES COMBINADOS.....	272
FACTORES COMPLEMENTARIOS.....	276
BIBLIOGRAFÍA.....	288


DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
I. G. S. S.


DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
I. G. S. S.

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
SECRETARÍA DE LA GERENCIA

Antecedentes

El 30 de Octubre de 1946, el Congreso de la República de Guatemala, emite el Decreto número 295, "LA LEY ORGÁNICA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL". Se crea así "Una Institución autónoma, de derecho público de personería jurídica propia y plena capacidad para adquirir derechos y contraer obligaciones, cuya finalidad es aplicar en beneficio del pueblo de Guatemala, un Régimen Nacional, Unitario y Obligatorio de Seguridad Social, de conformidad con el sistema de protección mínima" (Cap. 1º, Art. 1º).

En el inicio del funcionamiento del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social no se contaba con una unidad específica de Medicina Legal, por lo que la totalidad de los requerimientos de informes médicos legales de los afiliados, lesionados, y solicitudes del Organismo Judicial, se delegaron como atribuciones directas de los Directores de las Unidades Médicas existentes.

La Junta Directiva en el año de 1951, nombró al Doctor Francisco Sosa Galicia como Médico Forense, y se le asignó la responsabilidad y la tarea de generar los dictámenes e informes legales de los afiliados. Para 1955, derivado del crecimiento de la demanda en estos aspectos, y con un procedimiento establecido para la atención de los mismos, se le requirió al Doctor Sosa Galicia, organizar un servicio médico forense, estableciendo la sede de ésta nueva Unidad Médica, en el antiguo Hospital de Traumatología y Ortopedia, hoy Unidad de Consulta Externa de Enfermedades: "La Autonomía". La Junta Directiva, por medio del Acuerdo 97, da vida a la Junta Técnica de Incapacidades que fue integrada por: un Médico Forense, el Director del Hospital de Traumatología y Ortopedia y un grupo de


DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
I. G. S. S.


DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
I. G. S. S.

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
SECRETARÍA DE LA GERENCIA
7/1/58

Médicos del Hospital de Rehabilitación, quienes eran los encargados de dictaminar sobre incapacidades postraumáticas que se presentaran. El 6 junio de 1968, por medio del Acuerdo 473 de Junta Directiva, se crea la Sección de Medicina Legal y Evaluación de Incapacidades.

Con la creación del Instituto Nacional de Ciencias Forenses–INACIF-, el 6 de diciembre de 2007, las autopsias médico legales no se efectúan ya en el Departamento de Medicina Legal ni en ninguna Unidad Médica del Instituto. Sin embargo, los informes Médico Forenses se realizan aún, por solicitud expresa de Juez competente.

Por medio del Acuerdo 481 de 1971 de Junta Directiva, entra en vigencia el Plan Piloto del Programa de Invalidez, Vejez y Sobrevivencia –IVS-, que inicialmente incluyó al personal de la Institución; estableciendo tres grados de Incapacidad (Parcial, Total y Gran Invalidez), haciéndose necesaria la intervención de la Sección de Medicina Legal y Evaluación de Incapacidades para dictaminar el grado de la Invalidez.

En enero de 1971, derivado del Acuerdo Gubernativo No. 2-71 M. DE H. y CP; que contiene el Reglamento para la Concesión de Pensiones por grandes servicios prestados a la Patria o a la comunidad; en el Artículo 2 condiciona: “...**la incapacidad física o mental, será calificada por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social extendiendo la constancia respectiva.**” Quedando obligado el Instituto desde esa fecha a realizar las evaluaciones de los trabajadores del Estado; actualmente con base en el Decreto 63-88 del Congreso De la República “Ley de Clases Pasivas del Estado”. (Negrillas y cursivas son nuestras).



En virtud del buen resultado del plan piloto por medio de la aplicación del Acuerdo 481 de Junta Directiva, para los trabajadores del Instituto, este Programa fue extendido a nivel nacional el 1 de marzo de 1977. La Gerencia por medio del Acuerdo 3196 de 1978 (en vigencia) desarrollo el Instructivo que establece las directrices de funcionamiento de la Sección de Medicina Legal y Evaluación de Incapacidades; quedando adscrita en ese entonces al Departamento Médico de Servicios Técnicos de la Dirección General de Servicios Médicos Hospitalarios; cuyo objetivo es la evaluación de incapacidades, autopsias médico legales de los afiliados, además de los informes médico forenses.

El Acuerdo 481, fue sustituido por el Acuerdo 788 ambos de Junta Directiva el 1 marzo de 1988, en el cual se continúa gradificando la invalidez con los tres grados antes citados. El 20 de marzo de 2003, la Junta Directiva, emite el Acuerdo 1124, aún vigente, que deroga al Acuerdo 788 estableciendo solo dos grados de Invalidez: Total y Gran Invalidez.

Con respecto al pago de prestación ulterior, es importante destacar que el Acuerdo 97 de Junta Directiva, genera el inicio del Programa de Accidentes del Instituto y por ende, requiere de evaluaciones de incapacidades permanentes debido a accidentes. El Acuerdo 1002 de Junta Directiva, vigente desde el 1 de junio 1995, sustituyó al Acuerdo 97; que contiene el Reglamento sobre protección relativa a accidentes en general, en donde se norma la evaluación en caso de incapacidad permanente por mutilación, daño físico irreparable o trastorno funcional definitivo debido a accidentes.







Como última referencia histórica, destaca que desde el 12 de marzo de 1,998 la Junta Directiva por medio del Acuerdo 1048, da lineamientos que contienen el Reglamento de Reorganización Administrativa del Instituto; por medio del cual creó la Dirección General de Prestaciones Pecuniarias (hoy Subgerencia de Prestaciones Pecuniarias, conforme el Acuerdo 1164 de Junta Directiva), y elevó a la categoría de Departamento a la Sección de Medicina Legal y Evaluación de Incapacidades, quedando bajo la potestad de la citada Dirección General de Prestaciones Pecuniarias. El Acuerdo de Gerencia 10-99 autoriza el funcionamiento del Departamento de Medicina Legal y Evaluación de Incapacidades y da los lineamientos básicos de su estructura organizacional.

En fecha 04 de agosto del 2014 por medio de las Resoluciones Administrativas No. SPP-RA-005-2014 y SPP-RA-006-2014, el Subgerente de Prestaciones Pecuniarias, en el ejercicio de las facultades que le confiere el Acuerdo 1/2014 del Gerente del Instituto, aprueba el “Manual de Organización del Departamento de Medicina Legal y Evaluación de Incapacidades” y el “Manual de Normas y Procedimientos”, con la finalidad de orientar de manera ordena y precisa sobre las diferentes actividades para su conveniente optimización.



DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
I.G.S.S.



DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
I.G.S.S.



Presentación.

De acuerdo a la referencia histórica que se detalla en la primera parte de este documento, el Departamento de Medicina Legal y Evaluación de Incapacidades, forma parte activa e importante de la Subgerencia de Prestaciones Pecuniarias en relación directa a la elaboración de los dictámenes que respaldan los diferentes tipos de evaluaciones necesarias para los procesos de prestación de servicios pecuniarios a los señores Afiliados y Pensionados de los Programas de Invalidez, Vejez y Sobrevivencia -IVS-, así como también para los Programas de Enfermedad y Accidentes.

Se valida de la misma forma, que éste Departamento, es el único a nivel Institucional que determina el grado de invalidez o discapacidad (que define y entiende la palabra *invalidez* para un programa específico que dará derecho a una pensión, sin menoscabo y/o connotación peyorativa de la palabra en un individuo en singular), que puede tener una persona, con base a Acuerdo 1,124 de Junta Directiva del Instituto y a la Ley Clases Pasivas del Estado.

Con la vigencia de los Acuerdos 410, 1002, 1164 todos de Junta Directiva que le dan vida al Departamento como tal y sus respectivas atribuciones en las áreas de su competencia, los Acuerdos 3196-78 y 10-99 de Gerencia, que contienen los reglamentos de funcionamiento y estructura organizacional del Departamento, y el Decreto 63-88 del Congreso de la República que lo señala como la única entidad para dictaminar la invalidez, procesos y funciones que se realizan en este Departamento, recalcando que son de índole totalmente evaluativo en base a criterios y referencias de uso internacional y donde se toma



DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
I.G.S.S.



DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
I.G.S.S.



INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURO SOCIAL
SECRETARIO DE LA GERENCIA

en consideración decisiones de orden colegial por el análisis y opinión de médicos especialistas, buscando en todo momento brindar un servicio de calidad, apegado a la normativa vigente y al conocimiento científico para beneficio de los señores Afiliados, Pensionados, derechohabientes y Trabajadores Públicos que lo requieren.

Elaborar éste tipo de Dictamen constituye todo un reto para los médicos evaluadores, ya que se debe emplear a fondo los conocimientos médicos de diversas especialidades, como aspectos legales, técnicos, axiológicos y deontológicos, en virtud de que la combinación de padecimientos y la evolución de las enfermedades son múltiples y no hay dos casos iguales, de forma que inclusive desde el punto de vista de la evaluación de incapacidades en el examen de un paciente es diferente de las demás especialidades de la Medicina.

Es importante mencionar que el médico evaluador se apoya en el uso de tablas y recomendaciones técnicas de la literatura médica internacional especializada, se han realizado múltiples intentos de contar con un Baremo Institucionalizado, un sistema objetivo de valoración del daño corporal que sea una guía básica, aunado a la evaluación clínica y revisión exhaustiva de sus antecedentes. Evaluaciones que el Perito Experto que será el Médico evaluador, realizará en conjunto para valorar objetivamente una deficiencia, discapacidad y/o invalidez actual del paciente que lo requiera. La literatura internacional seguirá siendo un pilar importante en la evaluación de incapacidades, como sucede en países como España, Estados Unidos de América, Argentina, Bolivia, Cuba y otros, ya que los Baremos no pueden contener todo el conocimiento actualizado, sino que deberá









someterse a revisión, análisis y actualización periódicamente para estar acorde a las enfermedades, pronósticos y tratamientos actuales.

En el año 2004 el Dr. Marco Antonio Ixcaquic González, Médico Especialista evaluador, fue la primera persona que realizó una recopilación de diferentes baremos para iniciar el proyecto que hoy se consolida, muchas versiones y actualizaciones hemos conformado, La Dra. Ana Fabiola Contreras de la Roca subjefe administrativo y la Dra. Lourdes Aline Salazar Guzmán Jefe del Departamento, han realizado innumerables sesiones sensibilizando a: A) Personal médico sobre los criterios de valoración para incapacidad e invalidez que difieren de los criterios médicos de tratamiento y/o pronóstico, B) Autoridades Gerenciales para evidenciar la necesidad de un sistema de medición, objetivo, imparcial, de aplicabilidad universal y con hallazgos en medicina basada en evidencia. C) A diferentes Jueces y Juzgadores en el ámbito laboral para que enterados del Baremo Institucional, puedan pedir al Perito Experto de la parte demandante en los Juicios, que utilicen la misma medida de valoración.

A la Administración actual: gracias por darle al Instituto herramientas objetivas y de uso internacional adaptadas a la población afiliada y derechohabiente. A las futuras generaciones de Médicos evaluadores: la actualización constante del presente Baremos Institucional debe ser mandatoria en aras de mejora constante.


Dra. Lourdes Aline Salazar Guzmán.

Médico y Cirujano

Especialista en Medicina Interna

Master en Valoración de Discapacidades y Del Daño Corporal.

Jefe Administrativo del Departamento.



INTRODUCCIÓN

Los baremos establecen normas de clasificación y valoración de diferentes secuelas o alteraciones funcionales, clasificadas por órganos, sistemas, aparatos o miembros que sirvan para poder dictaminar en porcentaje la discapacidad y grado de invalidez contenidos en el Reglamento sobre protección relativa a Invalidez Vejez y Sobrevivencia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. El presente baremo está basado en el modelo propuesto por la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), así como los utilizados en otros países y el de la Asociación Americana de Medicina (A. M. A.) etc.

Para los efectos de la utilización del presente instrumento, habrá de entenderse por:

DEFICIENCIA: Cualquier pérdida o anormalidad de la estructura o de la función psicológica, fisiológica o anatómica, puede ser de carácter temporal o permanente y su origen puede ser congénito o adquirido en cualquier momento de la vida. (6)

DISCAPACIDAD: Cualquier restricción o carencia de la capacidad para realizar una actividad de la misma forma que la que se considere normal a una persona sana. (6)









INVALIDEZ: La limitación de la capacidad del individuo para desempeñar una actividad necesaria para su desarrollo, como consecuencia de una limitación orgánica, psicológica y social. (6)

Para la evaluación de los impedimentos de las personas cuyos riesgos de carácter social se encuentran protegidos por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, los médicos peritos actuantes, deben basarse en el contenido de estas normas.

El grado de incapacidad médica originada a partir del impedimento permanente constatado, se expresará en porcentajes de pérdida de la capacidad funcional del o los órganos, sistemas, aparatos o miembros afectados, las afecciones deben ser objetivas a partir de una lesión anatómica evidente, un trastorno funcional medible o una alteración psicológica evaluable.

Los síntomas, sin signos físicos y/o psíquicos evidentes durante el examen, historia o estudios complementarios, deberán ser consignados pero no tenidos en cuenta en la valoración final. Es por tanto la severidad de las limitaciones para las actividades, el criterio fundamental que se ha utilizado en la elaboración de estos baremos.

Al final del baremo se ofrece una tabla de valores combinados, que debe utilizarse siguiendo las indicaciones que se especifican en cada uno de los capítulos, así como también se establecen los criterios para evaluar las circunstancias personales y sociales que pueden influir sobre la persona discapacitada en sentido negativo, agravando la situación de desventaja originada por la propia discapacidad.



El grado de invalidez se determinará sumando al porcentaje de discapacidad resultante de la aplicación del baremo contenido en el apartado de evaluación de las deficiencias permanentes (alteraciones orgánicas o funcionales no recuperables), de los distintos órganos, miembros, aparatos o sistemas y el que se deduzca de aplicar el baremo de factores complementarios. (7)

El proceso patológico que ha dado origen a la deficiencia, bien sea congénito o adquirido, ha de haber sido previamente diagnosticado por los organismos competentes, han de haberse aplicado las medidas terapéuticas indicadas así como agotados los procesos de rehabilitación integral y debe estar documentado.

No serán objeto de valoración las patologías susceptibles a tratamiento quirúrgico y luego de éste se evaluara 6 meses después de la cirugía, si el enfermo no acepta la indicación quirúrgica sin causa justificada no será valorable. (7)

Las pautas de valoración no se fundamentan en el alcance de la deficiencia sino en su efecto sobre la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, es decir, en el grado de discapacidad que ha originado la deficiencia.

La deficiencia ocasionada por enfermedades que cursan en brotes debe ser evaluada en los periodos intercríticos. Sin embargo, la frecuencia y duración de los brotes son factores a tener en cuenta por las interferencias que producen en la realización de las actividades de la vida diaria. (7)



Se entiende por *Actividades de la Vida Diaria* (AVD) aquellas que son comunes a todos los ciudadanos. Utilizando los criterios de discapacidad dentro de una clase y conociendo las actividades que el individuo puede realizar, el médico puede estimar donde ubicarlo en cada clase. Para ello se propone la lista descrita en la guía de la Asociación Médica Americana en su versión más reciente, según la fecha de evaluación:

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

ACTIVIDAD	EJEMPLO
Higiene personal y autocuidado	Orinar, defecar, cepillar los dientes, peinarse, bañarse, , vestirse, comer,
Comunicación	Escribir, ver, oír, hablar, escribir a máquina
Actividad física	Levantarse, sentarse, reclinarse, caminar, subir escaleras.
Función sensorial	Oír, ver, saborear, oler, sensibilidad táctil
Actividades manuales no especializadas	Agarrar, sujetar, apretar, discriminación táctil
Transporte	Manejar, utilizar medios de transporte
Función sexual	Erección, orgasmo, eyaculación, lubricación
Sueño	Descanso, Patrón de sueño nocturno

(1)

Grados de Discapacidad

Grado 1: Discapacidad **nula.**

Los síntomas, signos o secuelas, de existir, son mínimos y no justifican una disminución de la capacidad de la persona para realizar las actividades de la vida diaria.

Grado 2: Discapacidad **leve.**

Los síntomas, signos o secuelas existen y justifican alguna dificultad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, pero son compatibles con la práctica totalidad de las mismas.

Grado 3: Discapacidad **moderada.**

Los síntomas, signos o secuelas causan una disminución importante o imposibilidad de la capacidad de la persona para realizar algunas de las actividades de la vida diaria, siendo independiente en las actividades de autocuidado.

Grado 4: Discapacidad **grave**

Los síntomas, signos o secuelas causan una disminución importante o imposibilidad de la capacidad de la persona para realizar la mayoría de las Actividades de la Vida Diaria, pudiendo estar afectada alguna de las actividades de autocuidado.

Grado 5: Discapacidad **muy grave**

Los síntomas, signos o secuelas imposibilitan la realización de las Actividades Vida Diaria. (7)



Determinación del porcentaje de discapacidad

Tanto los grados de discapacidad como las actividades de la vida diaria descritos constituyen patrones de referencia para la asignación del porcentaje de discapacidad.

Este porcentaje se determinará de acuerdo con los criterios y clases que se especifican en cada uno de los órganos, miembros, aparatos y sistemas.

Con carácter general se establecen cinco categorías o clases, ordenadas de menor a mayor porcentaje, según la importancia de la deficiencia y el grado de discapacidad que origina. (7)

Estas cinco clases se definen de la forma siguiente:

CLASE 1:

Se encuadran en esta clase todas las deficiencias permanentes que han sido diagnosticadas, tratadas adecuadamente, demostradas mediante parámetros objetivos (datos analíticos, radiográficos, etc., que se especifican dentro de cada órgano, aparatos o sistemas), pero que no producen discapacidad.

La calificación de esta clase es **0 %**

CLASE 2:

Incluye las deficiencias permanentes que, cumpliendo los parámetros objetivos que se especifican en cada órgano, aparatos o sistemas, originan una discapacidad **leve**.

A esta clase corresponde un porcentaje comprendido entre el **1 y el 24 %**



CLASE 3:

Incluye las deficiencias permanentes que, cumpliendo los parámetros objetivos que se especifican en cada uno de los órganos, miembros, aparatos o sistemas, originan una discapacidad **moderada**.

A esta clase corresponde un porcentaje comprendido entre el **25% y 49 %**.

CLASE 4:

Incluye las deficiencias permanentes que, cumpliendo los parámetros objetivos que se especifican en cada uno de los órganos, miembros, aparatos o sistemas, producen una discapacidad **grave**.

El porcentaje que corresponde a esta clase está comprendido entre el **50% y 70 %**.

CLASE 5

Incluye las deficiencias permanentes severas que, cumpliendo los parámetros objetivos que se especifican en cada uno de los órganos, miembros aparatos o sistemas, originan una discapacidad **muy grave**.

Esta clase, por sí misma, supone la dependencia de otras personas para realizar las actividades más esenciales de la vida diaria.

A esta categoría se le asigna un porcentaje de **75 %**.

El capítulo en el que se definen los criterios para la evaluación de la discapacidad debida a Retraso Mental constituye una excepción a la regla general, debido a que las deficiencias intelectuales, por leves que sean ocasionan siempre un cierto grado de interferencia con la realización de las Actividades de la Vida Diaria. (7)

Cuando coexistan dos o mas deficiencias en una misma persona - incluidas en las clases II a V- podrán combinarse los porcentajes, utilizando para ello la tabla de valores que aparece al final de este BAREMO, dado que se considera que las consecuencias de esas deficiencias pueden potenciarse, produciendo una mayor interferencia en la realización de las Actividades de la Vida Diaria y, por tanto, un grado de discapacidad superior al que origina cada uno de ellas por separado. Se combinarán los porcentajes obtenidos por deficiencias de distintos aparatos o sistemas, salvo que se especifique lo contrario. (7)



DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
Jefe
I.G.S.S.



DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
Subjefe
I.G.S.S.



INSTITUTO VATEMALTECO DE SEGURIDAD
SECRETARÍA DE LA
GERENCIA
I.G.S.S.

SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

Este capítulo se divide en secciones relativas a la extremidad superior, la extremidad inferior y la columna vertebral. En ellas se describen y recomiendan métodos y técnicas para determinar las deficiencias debidas a amputación, restricción del movimiento, anquilosis, déficit sensorial o motor, neuropatía periférica y vasculopatía periférica. Se incluyen también tablas con estimaciones de deficiencias relacionadas con trastornos específicos de las extremidades superior e inferior y de la columna.

Las tablas de este capítulo se basan en la amplitud de movimiento activo, pero es preciso que sus resultados sean compatibles y concordantes con la presencia o ausencia de signos patológicos u otros datos médicos. Asimismo, puede aportarnos información valiosa la comparación de la amplitud de movimiento activo del paciente con la amplitud de movimiento pasivo.

En cada sección se incluyen además tablas de conversión del porcentaje de deficiencia de cada extremidad a porcentaje de discapacidad de la persona. En columna vertebral estos porcentajes se refieren directamente a porcentaje de discapacidad. (7)


DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
I. G. S. S.


DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
I. G. S. S.

INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD SOCIAL
SECRETARÍA DE LA
GERENCIA

EXTREMIDAD SUPERIOR

En esta sección se aborda la evaluación de las deficiencias del pulgar, los otros dedos de la mano, la muñeca, el codo y el hombro. En cada apartado se incluyen los valores correspondientes a las deficiencias debidas a amputación, pérdida de sensibilidad y limitación de movimiento. Además, se tratan las deficiencias de la extremidad superior debidas a lesiones de los nervios periféricos, el plexo braquial y los nervios raquídeos, problemas vasculares y otros trastornos.

Cuando existen varias deficiencias en una misma región de un miembro, por ejemplo limitación de movimiento, pérdida sensorial y amputación de un dedo, deben combinarse los diferentes porcentajes de deficiencia y posteriormente realizar la conversión a la siguiente unidad mayor, en este caso la mano. (Tablas 1 y 2).


DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
I. G. S. S.


DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
I. G. S. S.

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
SECRETARÍA DE LA GERENCIA

Tabla 1: Deficiencia de los dedos traducido a deficiencia de la mano (7)

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

[Firma]

DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
I.G.S.S.

[Firma]

DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
I.G.S.S.

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURO SOCIAL
SECRETARÍA DE LA GERENCIA
743599

Tabla 2: Deficiencia de la mano traducida a deficiencia de la extremidad superior. (7)

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


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I. G. S. S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
 I. G. S. S.


 INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
 SECRETARÍA DE LA GERENCIA

Las deficiencias regionales múltiples, como las de la mano, la muñeca, el codo y el hombro se expresan como deficiencia de la extremidad superior y se combinan utilizando la tabla de valores combinados. Este último valor se convierte a porcentaje de discapacidad utilizando la tabla 3.

Tabla 3: Deficiencia de la extremidad superior traducida a porcentaje de discapacidad. (7)

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



Es posible que un paciente refiera dolor u otros síntomas en una región de la extremidad superior, pero que no presente signos de deficiencia permanente ya que sus síntomas pueden reducirse al modificar las actividades de la vida diaria o las tareas relacionadas con el trabajo. De acuerdo con estas normas, esa persona no tendría una deficiencia permanente.

Evaluación de una amputación.-

La amputación de toda la extremidad superior, o deficiencia del 100% del miembro, equivale a un porcentaje de discapacidad del 49%.

La amputación por debajo del codo, distal a la inserción del bíceps y proximal a la articulación metacarpofalángica, se considera como una deficiencia del 95% de la extremidad superior que equivale a un porcentaje de discapacidad del 47%. (Tabla 3)

Cada dedo recibe un valor relativo respecto a la mano: el pulgar el 40%, los dedos índice y medio el 20% cada uno, los dedos anular y meñique el 10% cada uno. La amputación a nivel de cada porción de un dedo recibe un valor relativo de pérdida de todo el dedo: articulación metacarpofalángica, 100%; interfalángica del pulgar, 50%, interfalángica proximal de los dedos, 80%; interfalángica distal, 45%.

La amputación de todos los dedos a nivel de la articulación metacarpofalángica se considera como una deficiencia de la mano del 100% o una deficiencia de la extremidad superior del 90% (tabla 2) que equivale a un porcentaje de discapacidad del 44% (tabla 3)



Evaluación de la pérdida sensorial de los dedos.-

Las deficiencias se estiman de acuerdo con la calidad sensorial y con su distribución en la cara palmar de los dedos. La pérdida sensorial en la superficie dorsal no se considera una deficiencia.

La evaluación de la función sensorial de la mano tiene en cuenta todas las modalidades sensoriales, incluidas la percepción de dolor, calor, frío y tacto. La recuperación sensorial después de una lesión nerviosa se gradúa de la siguiente manera: en primer lugar no existe sensibilidad; a continuación aparece una gama de sensaciones protectoras, que incluyen la percepción de dolor, calor, frío y cierto grado de tacto fino; por último, se produce la recuperación de las funciones del tacto discriminativo fino. Por lo tanto, si un paciente presenta una discriminación de dos puntos normal, no es necesario evaluar las otras submodalidades sensoriales, de hecho, se supone que están presentes.

Una prueba útil para explorar la pérdida sensorial en los dedos es la prueba de discriminación de dos puntos clásica de Weber.

La clasificación de la calidad sensorial y la estimación de la deficiencia del dedo se realizan de la siguiente forma:

- Discriminación de dos puntos mayor de 15 mm: *pérdida sensorial total* o deficiencia sensorial del 100%. No existe respuesta al tacto, el pinchazo, la presión y el estímulo vibratorio.


- Discriminación de dos puntos entre 15 y 7 mm: *pérdida sensorial parcial*, o deficiencia sensorial del 50%. Existe una localización deficiente y una respuesta anormal al tacto, el pinchazo, la presión y el estímulo vibratorio.
- Discriminación de dos puntos igual o inferior a 6 mm: *sensibilidad normal*, o deficiencia sensorial de 0%. Existe una localización y una respuesta normales al tacto, el pinchazo, la presión y el estímulo vibratorio.

La distribución de la pérdida sensorial se determina por el nivel de afectación de uno o los dos nervios colaterales y se clasifica de la siguiente forma:

1. *Pérdida sensorial transversal*: están afectados los dos nervios colaterales.

La *pérdida sensorial transversal total*, es una pérdida sensorial del 100% y se le asigna el 50% del valor de deficiencia por amputación para ese nivel.

La *pérdida sensorial transversal parcial*, es una pérdida sensorial del 50% y se le asigna el 25% del valor de deficiencia por amputación para ese nivel.

2. *Pérdida sensorial longitudinal*: está afectado un nervio colateral, ya sea el de la cara cubital o radial del dedo.

Las deficiencias por *pérdida sensorial longitudinal total* se basan en la importancia relativa de la cara del dedo para la función sensorial en las actividades de la mano: en el pulgar y el dedo meñique, un 40% del dedo para la cara radial y un 60% para la cara cubital; en los dedos índice, medio y anular, un 60% del dedo para la cara radial y un 40% para la cara cubital.


La sensibilidad de la cara externa de uno de los dedos extremos se gradúa de forma mas elevada. Si el dedo anular se convierte en un dedo extremo por amputación del dedo meñique, la pérdida de sensibilidad a lo largo del borde cubital sería del 60% del dedo y la del borde radial del 40%.

Los porcentajes de deficiencia de los dedos en las *pérdidas sensoriales longitudinales parciales* se calculan de acuerdo con el nivel de afectación y el valor relativo de la cara del dedo afectada. (Tablas 4 y 10).

Evaluación de la limitación de movimiento.-

Para la evaluación de la limitación del movimiento de la extremidad superior, el sujeto debe realizar un movimiento activo de la mayor amplitud posible, la cual será medida por el examinador; pueden necesitarse varias determinaciones para obtener resultados fiables.

Si la articulación no puede ser movida de forma activa por el sujeto o de forma pasiva por el examinador, debe registrarse la posición de anquilosis.

La amplitud de movimiento de una articulación es el número total de grados de movimiento trazados por un arco entre los ángulos extremos de movimiento de la articulación, por ejemplo, desde la extensión máxima a la flexión máxima.

La "posición de función" o "posición funcional" de una articulación es la posición que se considera menos limitante cuando dicha articulación está anquilosada. En general, las determinaciones de amplitud de movimiento se redondean a la decena de grados más


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I. G. S. S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
 I. G. S. S.

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
 SECRETARÍA DE LA GERENCIA

cercana. Estas medidas se convierten a porcentajes de deficiencia mediante las tablas correspondientes. (7)

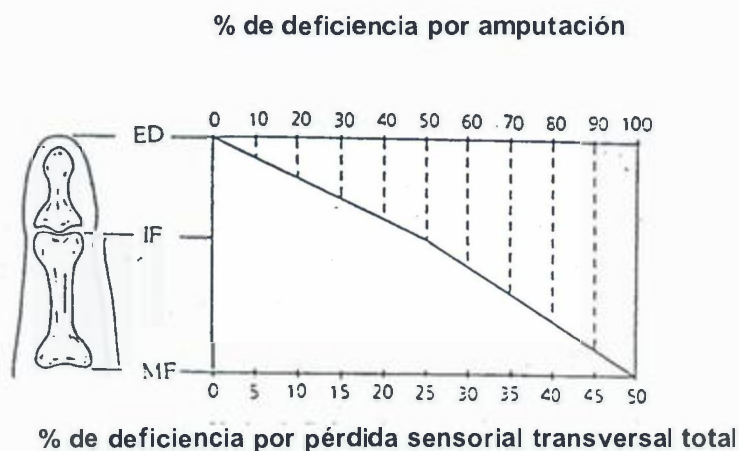
1. EVALUACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS DEL PULGAR

Amputación.

Determine la longitud del pulgar que permanece después de la amputación y consulte la figura 2 en su escala superior para establecer la deficiencia del pulgar.

Las amputaciones a través del hueso metacarpiano se consideran deficiencias del pulgar del 100% y no reciben valores adicionales.

Figura 2: Deficiencia del pulgar debida a amputación a varios niveles (escala superior) o a pérdida sensorial transversal total (escala inferior) (7)



[Firma]

DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
I. G. S. S.

[Firma]

DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
I. G. S. S.

INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD SOCIAL
SECRETARIO DE LA GERENCIA

Pérdida sensorial transversal.

La figura 2 en su escala inferior muestra el porcentaje de deficiencia del pulgar por pérdida sensorial transversal total según el nivel en que tiene lugar.

A la pérdida sensorial transversal parcial se le asigna el 50% de los valores de la escala inferior de la figura 2.

Pérdida sensorial longitudinal.

La tabla 4 muestra el porcentaje de deficiencia del pulgar por pérdida sensorial longitudinal parcial o total según el nivel en que tiene lugar.

Tabla 4: Deficiencia del pulgar y del dedo meñique por pérdida sensorial longitudinal según el porcentaje de longitud del dedo afectado. (7)

% de longitud del dedo	% de pérdida sensorial longitudinal			
	Nervio colateral cubital		Nervio colateral radial	
	Pérdida total	Pérdida parcial	Pérdida total	Pérdida parcial
100	30	15	20	10
90	27	14	18	9
80	24	12	16	8
70	21	11	14	7
60	18	9	12	6
50	15	8	10	5
40	12	6	8	4
30	9	5	6	3
20	6	3	4	2
10	3	2	2	1


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I. G. S. S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
 I. G. S. S.

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
 SECRETARIO DE LA GERENCIA

Limitación de movimiento.

El pulgar posee 5 unidades de movimiento, a cada una de las cuales le corresponde un valor relativo del movimiento del pulgar de la siguiente forma: flexión y extensión de la articulación Interfalángica: 15%; flexión y extensión de la articulación Metacarpo falángica: 10%; aducción: 20%, abducción radial: 10%; oposición: 45%. (7)

• Articulación interfalángica (IF): flexión y extensión

La flexión normal es de 80°, la posición funcional se encuentra en los 20° de flexión.

Deberán sumarse los porcentajes de deficiencia de flexión y extensión para obtener la deficiencia del pulgar por pérdida de movimiento a nivel de la articulación IF. (7)

Tabla 5: Deficiencias del pulgar por limitación de movimiento de la articulación Interfalángica.

extensión				flexión									
V	+30	+20	+10	0	10	20*	30	40	50	60	70	80	V
Dfl	15	13	11	8	6	4	4	3	2	1	1	0	Dfl
Dex	0	0	0	1	2	3	5	7	9	11	13	15	Dex
Da	15	13	11	9	8	7	9	10	11	12	14	15	Da
V	+30	+20	+10	0	10	20*	30	40	50	60	70	80	V

* Posición funcional

V Ángulos de movimiento medido

Dfl Deficiencia debida a pérdida de flexión(%)

Dex Deficiencia debida a pérdida de extensión (%)

Da Deficiencia debida a anquilosis

• Articulación metacarpofalángica (MCF): flexión y extensión

La flexión normal es de 60°. La posición funcional se encuentra en los 20° de flexión.

Deberán sumarse los porcentajes de deficiencia de flexión y extensión para obtener la deficiencia del pulgar por pérdida de movimiento a nivel de la articulación MCF.

Tabla 6: Deficiencias del pulgar por limitación del movimiento de la articulación MCF (7)

extensión					flexión							
V	+40	+30	+20	+10	0	10	20*	30	40	50	60	V
Dfl	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	Dfl
Dex	0	0	0	0	0	1	1	3	5	8	10	Dex
Da	10	9	8	7	6	6	5	6	7	9	10	Da
V	+40	+30	+20	+10	0	10	20*	30	40	50	60	V

* Posición funcional
 V Ángulos de movimiento medido
 Dfl Deficiencia debida a pérdida de flexión(%)
 Dex Deficiencia debida a pérdida de extensión(%)
 Da Deficiencia debida a anquilosis

• **Aducción del pulgar.**

La amplitud de movimiento normal es de 0 a 8 cms.

Tabla7: Deficiencias del pulgar por limitación de aducción y anquilosis (7)

% de deficiencia del pulgar debida a:		
Pérdida de aducción (cm)	Limitación de movimiento	Anquilosis
8	20	20
7	13	19
6	8	17
5	6	15
4	4	10
3	3	15
2	1	17
1	0	19
0	0	20


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I.G.S.S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
 I.G.S.S.

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
 SECRETARIO DE LA GERENCIA

- **Abducción radial del pulgar.**

La amplitud de movimiento normal es de 0 a 50°. La anquilosis en cualquier posición de abducción radial corresponde a una deficiencia completa de esta función (10% del pulgar), puesto que la prensión no es posible sin un cierto componente de abducción.

Tabla 8: Deficiencias del pulgar por limitación de abducción y anquilosis (7)

% de deficiencia del pulgar debida a:		
abducción radial(°)	Limitación de movimiento	Anquilosis
0	10	10
10	9	10
20	7	10
30	3	10
40	1	10
50	0	10

- **Oposición del pulgar.**

La amplitud de movimiento normal de oposición es de 0 a 8 cms.

Tabla 9: Deficiencias del pulgar por limitación de oposición y anquilosis (7)

% de deficiencia del pulgar debida a:		
Oposición medida en cm	Limitación de movimiento	Anquilosis
0	45	45
1	31	40
2	22	36
3	13	31
4	9	27
5	5	22
6	3	24
7	1	27
8	0	29


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I. G. S. S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
 I. G. S. S.
 INSTITUTO VENEZOLANO DE SEGURIDAD SOCIAL
 SECRETARÍA DE LA GERENCIA

Dos o más movimientos del pulgar limitados.

1. Mida y anote las deficiencias de movimiento del pulgar de flexión y extensión, aducción, abducción radial y oposición como se describió anteriormente.
2. Sume estos valores para determinar la deficiencia del pulgar por limitación de movimiento.

Debido a que se ha tenido en cuenta el valor relativo de cada unidad funcional del pulgar en los valores de deficiencia de todo el pulgar, las deficiencias de los movimientos del pulgar se suman, mientras que las de los otros dedos de la mano se combinan. Si existiera una deficiencia máxima de cada tipo de movimiento del pulgar, la suma de las deficiencias sería el 100%.

Combinación de las deficiencias por amputación, pérdida sensorial y limitación de movimiento del pulgar.

1. Mida por separado y anote las deficiencias del pulgar debidas a amputación, pérdida sensorial y limitación de movimiento.

Si una amputación afecta a la medición del movimiento, sólo se valorará la deficiencia por amputación.

Ejemplo: una amputación proximal a la articulación MCF afectará a las mediciones de la aducción y la oposición; sin embargo, sólo se tiene en cuenta la deficiencia debida a amputación.

2. Combine los valores de deficiencia utilizando la tabla de valores combinados para obtener la deficiencia del pulgar.



3. Utilice las tablas 1, 2 y 3 para relacionar la deficiencia del pulgar con las deficiencias de la mano, la extremidad superior y el porcentaje de discapacidad (7)

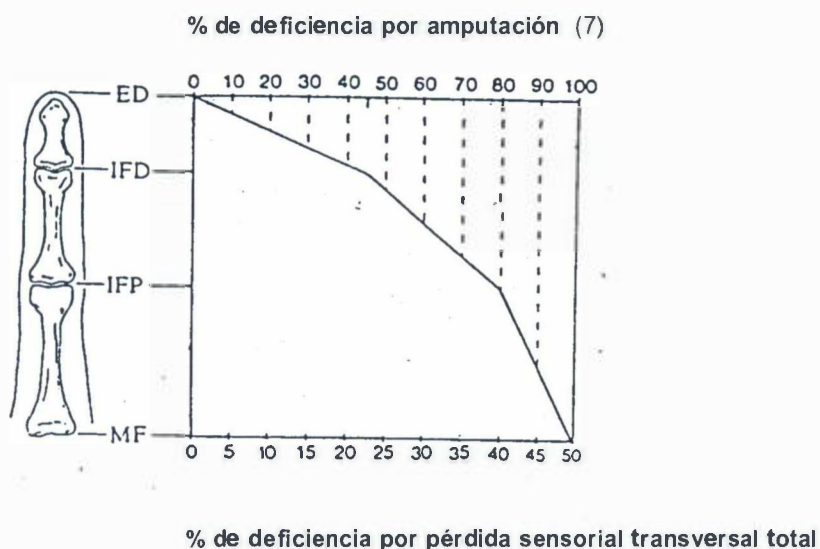
2. EVALUACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS DEL RESTO DE LOS DEDOS

Amputación.

Determine la longitud del dedo que permanece después de la amputación y consulte la figura 3 en su escala superior, para establecer la deficiencia del dedo.

Las amputaciones a través del hueso metacarpiano se consideran deficiencias del dedo del 100% y no reciben valores adicionales.

Figura 3: Deficiencia de los dedos debida a amputación a varios niveles (escala superior) o a pérdida sensorial transversal total (escala inferior).



[Firma]

DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
I. G. S. S.

[Firma]

DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
I. G. S. S.

SECRETARÍA DE LA GERENCIA

Pérdida sensorial transversal.

La figura 3 en su escala inferior muestra el porcentaje de deficiencia del dedo por pérdida sensorial transversal total según el nivel en que tiene lugar.

A la pérdida sensorial transversal parcial se le asigna el 50% de los valores de la escala inferior de la figura 3.

Pérdida sensorial longitudinal.

Determine los valores de deficiencia del dedo para la pérdida sensorial longitudinal parcial o total según el porcentaje de longitud del dedo afectada utilizando la tabla 4 para el dedo meñique y la tabla 10 para los dedos índice, medio y anular.

Tabla 10: Deficiencia de los dedos índice, medio y anular por pérdida sensorial longitudinal según el porcentaje de longitud del dedo afectado. (7)

% de longitud del dedo	% de pérdida sensorial longitudinal			
	Nervio colateral cubital		Nervio colateral radial	
	Pérdida total	Pérdida parcial	Pérdida total	Pérdida parcial
100	20	10	30	15
90	18	9	27	14
80	16	8	24	12
70	14	7	21	11
60	12	6	18	9
50	10	5	15	8
40	8	4	12	6
30	6	3	9	5
20	4	2	6	3
10	2	1	3	2


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I. G. S. S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
 I. G. S. S.
 INSTITUTO VENEZOLANO DE SEGURIDAD SOCIAL
 SECRETARÍA DE LA GERENCIA

Limitación de movimiento.

Los dedos poseen 3 unidades funcionales de movimiento, cada una de las cuales tiene el mismo valor relativo que el de las deficiencias por amputación: Interfalángica Distal: 45%; Interfalángica Proximal: 80%; Metacarpofalángica: 100%.

• Articulación interfalángica distal (IFD): flexión y extensión

La flexión normal es de 70°, la posición funcional se encuentra en los 20° de flexión.

Deberán sumarse los porcentajes de deficiencia de flexión y extensión para obtener la deficiencia estimada del dedo por pérdida de movimiento a nivel de la articulación interfalángica distal.

Tabla 11: Deficiencias de los dedos por limitación de movimiento de la articulación IFD (7)

extensión				flexión								
V	+30	+20	+10	0	10	20*	30	40	50	60	70	V
Dfl	45	42	39	36	31	26	21	15	10	5	0	Dfl
Dex	0	0	0	0	2	4	12	20	29	37	45	Dex
Da	45	42	39	36	33	30	33	35	39	42	45	Da
V	+30	+20	+10	0	10	20*	30	40	50	60	70	V

* Posición funcional
 V Ángulos de movimiento medido
 Df Deficiencia debida a pérdida de flexión(%)
 Dex Deficiencia debida a pérdida de extensión(%)
 Da Deficiencia debida a anquilosis

• Articulación interfalángica proximal (IFP): flexión y extensión

La flexión normal es de 100°, la posición funcional se encuentra en los 40° de flexión.

Deberán sumarse los porcentajes de deficiencia de flexión y extensión para obtener la deficiencia estimada del dedo por pérdida de movimiento a nivel de la articulación interfalángica proximal.

Tabla 12: Deficiencias de los dedos por limitación de movimiento de la articulación IFP (7)

extensión				flexión											
V	+30	+20	+10	0	10	20	30	40*	50	60	70	80	90	100	V
Dfl	80	73	66	60	54	48	42	36	30	24	18	12	6	0	Dfl
Dex	0	0	0	0	3	7	11	14	25	36	47	58	69	80	Dex
Da	80	73	66	60	57	55	53	50	55	60	65	70	75	80	Da
V	+30	+20	+10	0	10	20	30	40*	50	60	70	80	90	100	V

*

Posición funcional

V

Ángulos de movimiento medido

Dex

Deficiencia debida a pérdida de extensión(%)

Dfl. Deficiencia debida a pérdida de flexión(%)

Da Deficiencia debida a anquilosis

• Articulación metacarpofalángica (MCF): flexión y extensión

La flexión normal es de 90°. La posición funcional se encuentra en los 30° de flexión.

Deberán sumarse los porcentajes de deficiencia de flexión y extensión para obtener la deficiencia del dedo por pérdida de movimiento a nivel de la articulación MCF.

Tabla 13: Deficiencias de los dedos debidas a limitación de movimiento de la articulación MCF (7)

Extensión				flexión									
V	+20	+10	0	10	20	30*	40	50	60	70	80	90	V
Dfl	60	54	49	44	38	33	27	22	17	11	6	0	Dfl
Dex	0	3	5	7	10	12	27	41	56	71	85	100	Dex
Da	60	57	54	51	48	45	54	63	73	82	91	100	Da
V	+20	+10	0	10	20	30*	40	50	60	70	80	90	V

*

Posición funcional

V

Ángulos de movimiento medido

Dex

Deficiencia debida a pérdida de extensión(%)

Dfl

Deficiencia debida a pérdida de flexión(%)

Da

Deficiencia debida a anquilosis


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I. G. S. S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
 I. G. S. S.
 INSTITUTO VENEZOLANO DE SEGURIDAD SOCIAL
 SECRETARÍA DE LA GERENCIA

Limitación de movimiento de más de una articulación de un dedo.



1. Mida y anote las deficiencias de movimiento de flexión y extensión de cada articulación tal como se describió anteriormente.
2. Combine las deficiencias de cada articulación para estimar la deficiencia de todo el dedo.
3. Exprese la deficiencia del dedo como deficiencias de la mano, la extremidad superior y porcentaje de discapacidad (tablas 1 a 3).

Combinación de las deficiencias por amputación, pérdida sensorial y limitación de movimiento de los dedos.

1. Mida por separado y anote las deficiencias de los dedos debidas a amputación, pérdida sensorial y limitación de movimiento.
2. Combine los valores de deficiencia utilizando la tabla de valores combinados para obtener la deficiencia total del dedo.
3. Utilice las tablas 1, 2 y 3 para relacionar la deficiencia del dedo con las deficiencias de la mano, la extremidad superior y el porcentaje de discapacidad.

Deficiencias de varios dedos.

1. Evalúe la deficiencia de cada dedo por separado.
2. Determine la deficiencia de la mano debida a cada dedo.
3. Sume las deficiencias de la mano debidas a cada dedo para obtener la deficiencia total de la mano.
4. Relacione la deficiencia de la mano con las deficiencias de la extremidad superior y el porcentaje de discapacidad.



3. EVALUACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS DE LA ARTICULACION DE LA MUÑECA.

Amputación.

Una amputación por debajo de la inserción del bíceps y proximal a la articulación Metacarpofalángica equivale a una deficiencia de la extremidad superior del 90 al 95%, dependiendo de su localización.

Limitación de movimiento.

La unidad funcional de la muñeca representa el 60% de la función de la extremidad superior. Posee dos unidades de movimiento, a cada una de las cuales le corresponde un valor relativo de su función:

1. La flexión y extensión representan el 70% de la función de la muñeca, lo que corresponde al 42% de la función de la extremidad superior.
2. Las desviaciones radial y cubital de la muñeca representan el 30% de la función de la muñeca, que corresponde a un 18% de la función de la extremidad superior.

● **Flexión y extensión**

La amplitud de movimiento normal está entre los 60° de extensión y los 60° de flexión.

La posición funcional se encuentra entre los 10° de extensión y los 10° de flexión.

Deberán sumarse los porcentajes de deficiencia de flexión y extensión para obtener el porcentaje de deficiencia de la extremidad superior.









Tabla 14: Deficiencias de la extremidad superior debidas a pérdida de flexión-extensión de la muñeca (7)

extensión							flexión							
V	60	50	40	30	20	10*	0*	10*	20	30	40	50	60	V
Dfl	42	34	25	21	17	13	10	8	7	5	3	2	0	Dfl
Dex	0	2	4	5	7	8	11	13	18	24	30	36	42	Dex
Da	42	36	29	26	24	21	21	21	25	29	33	38	42	Da
V	60	50	40	30	20	10*	0*	10*	20	30	40	50	60	V

*

V

Dex

Posición funcional

Ángulos de movimiento medido

Deficiencia debida a pérdida de extensión(%)

Dfl

Da

Deficiencia debida a pérdida de flexión(%)

Deficiencia debida a anquilosis

- Desviación radial y cubital.**

La amplitud de movimiento normal está entre los 20° de desviación radial y los 30° de desviación cubital. La posición funcional se encuentra entre los 0° y los 10° de desviación cubital.

Deberán sumarse los porcentajes de deficiencia de desviación radial y cubital para obtener el porcentaje de deficiencia de la extremidad superior.

Tabla15: Deficiencias de la extremidad superior debidas a pérdida de desviación radial y cubital de la muñeca (7)

desviación radial				desviación cubital								
V	20	15	10	5	0*	5*	10*	15	20	25	30	V
Ddr	0	1	2	3	4	5	5	9	12	15	18	Ddr
Ddc	18	15	12	9	5	4	4	3	2	1	0	Ddc
Da	18	16	14	12	9	9	9	12	14	16	18	Da
V	20	15	10	5	0*	5*	10*	15	20	25	30	V

*

V

Ddc

Posición funcional

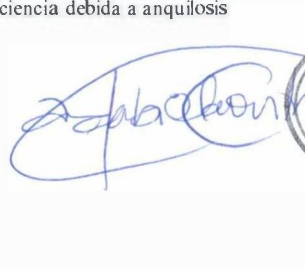

Ángulos de movimiento medido

Deficiencia debida a pérdida de desviación cubital(%)

Ddr Deficiencia debida a pérdida de desviación radial(%)

Da Deficiencia debida a anquilosis



Determinación de deficiencias debidas a limitación de movimiento de la articulación de la muñeca.

1. Determine las deficiencias de la extremidad superior debidas a limitación de movimiento de la muñeca relacionados con la flexión-extensión y con la desviación radial-cubital.
(Las deficiencias de pronación y supinación se atribuyen al codo, puesto que los principales músculos responsables de esta función se insertan en el codo).
2. Sume las correspondientes deficiencias para determinar la deficiencia de la extremidad superior por movimiento anormal de la muñeca.
3. Utilice la tabla 3 para relacionar la deficiencia de la extremidad superior con el porcentaje de discapacidad.

4. EVALUACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS DE LA ARTICULACION DEL CODO.

Amputación.

Una amputación por debajo de la axila y proximal a la inserción del bíceps equivale a una deficiencia de la extremidad superior del 95 al 100%, dependiendo de su localización.

Limitación de movimiento.

La unidad funcional del codo representa el 70% de la función de la extremidad superior.

El codo posee dos unidades de movimiento, a cada una de las cuales le corresponde un valor relativo de su función:







1. La flexión y extensión representan el 60% de la función del codo, lo que corresponde al 42% de la función de la extremidad superior.
2. La pronación y supinación del codo representan el 40% de la función del mismo, que corresponde a un 28% de la función de la extremidad superior.

• Flexión y extensión

La amplitud de movimiento normal está entre los 140° de flexión y 0° de extensión. La posición funcional se encuentra en los 80° de flexión.

Suma los porcentajes de deficiencia de flexión y extensión para obtener el porcentaje de deficiencia de la extremidad superior.

Tabla 16: Deficiencias de la extremidad superior debidas a falta de flexión-extensión del codo (7)

V	140	130	120	110	100	90	80*	70	60	50	40	30	20	10	0	V
Dfl	0	1	2	4	6	8	10	15	19	23	27	31	34	37	42	Dfl
Dex	42	37	32	27	21	17	11	8	6	5	4	3	2	1	0	Dex
Da	42	38	34	31	27	25	21	23	25	28	31	34	36	38	42	Da
V	140	130	120	110	100	90	80*	70	60	50	40	30	20	10	0	V

*

Posición funcional

V

Ángulos de movimiento medido

Dex

Deficiencia debida a pérdida de extensión(%)

Dfl Deficiencia debida a pérdida de flexión(%)

Da Deficiencia debida a anquilosis

• Pronación y supinación.

La amplitud de movimiento normal está entre los 80° de supinación y los 80° de pronación. La posición funcional se encuentra en los 20° de pronación.







Sume los porcentajes de deficiencia correspondientes para obtener el porcentaje de deficiencia de la extremidad superior.

Tabla 17: Deficiencias de la extremidad superior debidas a falta de pronación y supinación de la articulación del codo. (7)

Supinación									Pronación									
V	80	70	60	50	40	30	20	10	0	10	20*	30	40	50	60	70	80	V
Ds	0	0	1	1	2	2	3	3	3	4	4	6	8	13	18	22	28	Ds
Dp	28	27	25	24	22	21	19	15	12	8	4	3	3	2	1	1	0	Dp
Da	28	27	26	25	24	23	22	18	15	12	8	9	11	15	19	23	28	Da
V	80	70	60	50	40	30	20	10	0	10	20*	30	40	50	60	70	80	V

* Posición funcional
 V Ángulos de movimiento medido
 Ds Deficiencia debida a pérdida de supinación (%)
 Dp Deficiencia debida a pérdida de pronación (%)
 Da Deficiencia debida a anquilosis

Determinación de deficiencias debidas a limitación de movimiento de la articulación del codo.

1. Determine las deficiencias de la extremidad superior debidas a limitación de movimiento del codo relacionados con la flexión-extensión y con la pronación-supinación.
2. Sume las correspondientes deficiencias para determinar la deficiencia de la extremidad superior por limitación de movimiento del codo.
3. Utilice la tabla 3 para relacionar la deficiencia de la extremidad superior con el porcentaje de discapacidad.





5. EVALUACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS DE LA ARTICULACION DEL HOMBRO.

Amputación.

Una amputación a nivel de la articulación del hombro, se considera una deficiencia de la extremidad superior del 100% y un porcentaje de discapacidad del 49%.

Limitación de movimiento.

La unidad funcional del hombro representa el 60% de la función de la extremidad superior.

El hombro posee tres unidades de movimiento, a cada una de las cuales le corresponde un valor relativo de su función:

1. La flexión y extensión representan el 50% de la función del hombro (40% para la flexión y 10% para la extensión), lo que corresponde al 30% de la función de la extremidad superior.
2. La aducción y abducción del hombro representan el 30% de la función del mismo (10% para la aducción y 20% para la abducción), que corresponde a un 18% de la función de la extremidad superior.
3. La rotación interna y externa representan el 20% de la función del hombro (10% para la rotación interna y 10% para la rotación externa), que corresponde a un 12% de la función de la extremidad superior.

● Flexión y extensión

La amplitud de movimiento normal está entre los 180° de flexión y 50° de extensión. La posición funcional se encuentra entre los 40 y 20° de flexión.



Deberán sumarse los porcentajes de deficiencia de flexión y extensión para obtener el porcentaje de deficiencia de la extremidad superior. (7)

Tabla 18: Deficiencias de la extremidad superior debidas a falta de flexión-extensión del hombro

Flexión															Extensión												
V	180	170	160	150	140	130	120	110	100	90	80	70	60	50	40*	30*	20*	10	0	10	20	30	40	50	V		
Dfl	0	1	1	2	3	3	4	5	5	6	7	7	8	9	10	10	11	16	21	23	24	26	28	30	Dfl		
Dex	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	18	15	12	8	5	5	4	3	3	2	2	1	1	0	Dex		
Da	30	30	29	29	29	28	28	28	27	27	25	22	20	17	15	15	15	19	24	25	26	27	29	30	Da		
V	180	170	160	150	140	130	120	110	100	90	80	70	60	50	40*	30*	20*	10	0	10	20	30	40	50	V		

* Posición funcional
 V Ángulos de movimiento medido
 Dex Deficiencia debida a pérdida de extensión(%)
 Df Deficiencia debida a pérdida de flexión (%)
 Da Deficiencia debida a anquilosis

• Abducción y aducción.

La amplitud de movimiento normal está entre los 180° de abducción y los 50° de aducción.

La posición funcional se encuentra entre los 50 y los 20° de abducción.

Deberán sumarse los porcentajes de deficiencia de abducción y aducción para obtener el porcentaje de deficiencia de la extremidad superior.




Tabla 19: Deficiencias de la extremidad superior debidas a falta de abducción y aducción de la articulación del hombro. (7)

Abducción														Aducción													
V	180	170	160	150	140	130	120	110	100	90	80	70	60	50*	40*	30*	20*	10	0	10	20	30	40	50	V		
Dab	0	0	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	6	7	7	10	12	14	15	16	17	18	Dab		
Dad	18	18	16	16	15	15	14	13	12	12	9	7	5	3	3	2	2	2	2	1	1	1	0	0	Dad		
Da	18	18	17	17	17	17	17	16	16	16	14	12	11	9	9	9	9	12	14	15	16	17	17	18	Da		
V	180	170	160	150	140	130	120	110	100	90	80	70	60	50*	40*	30*	20*	10	0	10	20	30	40	50	V		

* Posición funcional
 V Ángulos de movimiento medido
 Dab Deficiencia debida a pérdida de abducción(%)
 Dad Deficiencia debida a pérdida de aducción(%)
 Da Deficiencia debida a anquilosis

● Rotación interna y externa.

La amplitud de movimiento normal está entre los 90° de rotación interna y los 90° de rotación externa. La posición funcional se encuentra entre los 30 y los 50° de rotación interna.

Deberán sumarse los porcentajes de deficiencia de rotación interna y externa para obtener el porcentaje de deficiencia de la extremidad superior.





Tabla 20: Deficiencias de la extremidad superior debidas a falta de rotación interna y externa de la articulación del hombro. (7)

Rotación interna									Rotación externa											
V	90	80	70	60	50*	40*	30*	20	10	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	V
Dri	0	0	1	2	2	3	4	4	5	5	6	7	8	8	9	10	11	11	12	Dri
Dre	12	10	8	5	4	3	2	2	2	2	2	1	1	1	1	0	0	0	0	Dre
Da	12	10	9	7	6	6	6	6	7	7	8	8	9	9	10	10	11	11	12	Da
V	90	80	70	60	50*	40*	30*	20	10	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	V

* Posición funcional
 V Ángulos de movimiento medido
 Dri Deficiencia debida a pérdida de rotación interna(%)
 Dre Deficiencia debida a pérdida de rotación externa(%)
 Da Deficiencia debida a anquilosis

Determinación de deficiencias debidas a limitación de movimiento de la articulación del hombro.

1. Determine las deficiencias de la extremidad superior debidas a limitación de movimiento del hombro relacionados con la flexión-extensión, abducción-aducción y rotación interna-externa.
2. Suma las correspondientes deficiencias para determinar la deficiencia de la extremidad superior por movimiento anormal del hombro.
3. Utilice la tabla 3 para relacionar la deficiencia de la extremidad superior con el porcentaje de discapacidad.



6. EVALUACIÓN DE LAS NEUROPATÍAS PERIFÉRICAS.

En este apartado se evalúan las deficiencias de la extremidad superior relacionadas con los trastornos de los nervios raquídeos (C5 a D1), el plexo braquial y los nervios periféricos principales.

Para evaluar una deficiencia debida a los efectos de lesiones de los nervios periféricos es necesario determinar la gravedad de la pérdida de función debida a déficit sensorial o dolor y la debida a déficit motor.


Los porcentajes de deficiencia estimados ya tienen en cuenta las manifestaciones debidas a lesiones de los nervios periféricos, como la limitación del movimiento, atrofia y alteraciones vasomotoras tróficas y de los reflejos. Por lo tanto, si una deficiencia deriva rigurosamente de una lesión de un nervio periférico, el evaluador no deberá aplicar los porcentajes de deficiencia de los apartados anteriores de esta sección junto con los porcentajes de deficiencia de este apartado, puesto que se podría producir un aumento injustificado de la valoración.

Sin embargo, si una limitación de movimiento no puede ser atribuida a una lesión de nervio periférico, la deficiencia de movimiento se evaluará de acuerdo con los apartados anteriores correspondientes y la deficiencia nerviosa de acuerdo con este apartado, combinándose posteriormente ambas valoraciones. (7)

Déficit sensorial o dolor

Las lesiones de los nervios periféricos que producen déficit sensorial pueden asociarse a una amplia gama de sensaciones anormales como: anestesia, disestesia, parestesia, hiperestesia, intolerancia al frío y dolor urente intenso.






Sólo el dolor o las molestias persistentes que causan una pérdida de función permanente, a pesar de un esfuerzo máximo en la rehabilitación médica y de haber transcurrido un periodo óptimo de tiempo para la adaptación psicológica deben considerarse como una deficiencia establecida. El dolor que no cumple uno o más de los criterios anteriores no se considera valorable.

La gravedad de la pérdida de función debida a déficit sensorial se gradúa con la tabla 21 y se relaciona con la estructura anatómica afectada y los porcentajes máximos de deficiencia por déficit sensorial de los nervios raquídeos (tabla 23), el plexo braquial (tabla 24) y los nervios periféricos principales (tabla 25). (7)

Déficit motor y pérdida de fuerza.

La función motora de nervios específicos se explora mediante pruebas musculares; en general estas pruebas gradúan la capacidad de una persona para mover un segmento del cuerpo en toda su amplitud de movimiento contra gravedad y contra resistencia.

La función motora de cada músculo se evalúa y gradúa de acuerdo con la tabla 22 y se relaciona con la estructura anatómica afectada y los porcentajes máximos de deficiencia por déficit motor de los nervios raquídeos (tabla 23) el plexo braquial (tabla 24) y los nervios periféricos principales (tabla 25)



Tabla 21: Determinación de las deficiencias debidas a dolor o déficit sensorial causados por trastornos de los nervios periféricos. (7)

Clasificación		
Grado	Descripción del déficit sensorial o dolor	% déficit sensorial
1	No existe pérdida de la sensibilidad, sensación anormal o dolor	0
2	Disminución de la sensibilidad con o sin sensación anormal o dolor, que se olvida durante la actividad.	1-25
3	Disminución de la sensibilidad con o sin sensación anormal o dolor, que interfiere con la actividad.	26-60
4	Disminución de la sensibilidad con o sin sensación anormal o dolor, que puede impedir la actividad, o causalgia menor.	61-80
5	Disminución de la sensibilidad con sensaciones anormales y dolor intenso que impide la actividad, o causalgia mayor.	81-100
Procedimiento de evaluación		
1	Identifique el área de afectación.	
2	Identifique el o los nervios que inervan el área.	
3	Gradúe la gravedad del déficit sensorial o dolor de acuerdo con la clasificación anterior.	
4	Determine la deficiencia máxima de la extremidad superior debida a déficit sensorial o dolor del nervio afectado: nervios raquídeos (tabla 23), plexo braquial (tabla 24) y nervios periféricos principales (tabla 25)	
5	Multiplique la gravedad del déficit sensorial por el valor de deficiencia máximo, para obtener la deficiencia de la extremidad superior respecto a cada estructura afectada	


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I. G. S. S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
 I. G. S. S.

Tabla 22: Determinación de las deficiencias debidas a pérdida de fuerza y a déficit motores causados por trastornos de los nervios periféricos. (7)

Clasificación		
Grado	Descripción de la función muscular	% déficit motor
5	Movimiento activo contra la gravedad con resistencia total.	0
4	Movimiento activo contra la gravedad con cierto grado de resistencia.	1-25
3	Movimiento activo sólo contra la gravedad, sin resistencia.	26-50
2	Movimiento activo sin gravedad.	51-75
1	Leve contracción sin movimiento.	76-99
0	Ausencia de contracción.	100
Procedimiento de evaluación		
1	Identifique el movimiento afectado.	
2	Identifique el músculo o músculos que ejecutan dicha acción y el nervio afectado.	
3	Gradúe la gravedad del déficit motor de cada músculo de acuerdo con la clasificación anterior.	
4	Determine la deficiencia máxima de la extremidad superior debida a déficit motor del nervio afectado: nervios raquídeos (tabla 23), plexo braquial (tabla 24) y nervios periféricos principales (tabla 25)	
5	Multiplique la gravedad del déficit motor por el valor de deficiencia máximo para obtener la deficiencia de la extremidad superior respecto a cada estructura afectada.	


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I. G. S. S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
 I. G. S. S.

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
 SECRETARÍA DE LA GERENCIA

NERVIOS RAQUÍDEOS.

La evaluación de la deficiencia de los nervios raquídeos debida a lesiones o enfermedades se basa en la gravedad de la pérdida funcional de los nervios periféricos que reciben fibras de dichos nervios raquídeos.

Puesto que los nervios periféricos reciben fibras de mas de un nervio raquídeo, la afectación de dos o mas nervios raquídeos que dan fibras al mismo nervio periférico produce una pérdida funcional mayor que la afectación de un único nervio raquídeo; por lo tanto, la deficiencia en estos casos se evaluará de acuerdo con los porcentajes de deficiencia del plexo braquial y no combinando los porcentajes de deficiencia de las raíces de los nervios raquídeos.

La tabla 23 muestra los porcentajes de deficiencia de los nervios raquídeos. Estos porcentajes sólo hacen referencia a afectaciones unilaterales de la extremidad superior. Si la afectación es bilateral, se determina la deficiencia de cada lado de forma independiente y se convierte a porcentaje de discapacidad. A continuación estos porcentajes unilaterales se combinan mediante la tabla de valores combinados.



DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
I. G. S. S.



DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
I. G. S. S.

Tabla 23: Deficiencias máximas de la extremidad superior debidas a déficit sensorial o motor unilateral de nervios raquídeos. (7)

Nervio raquídeo	% deficiencia máximo de la extremidad superior debido a		
	Déficit sensorial o dolor	Déficit motor	Déficit sensitivo-motor combinado
C5	5	30	34
C6	8	35	40
C7	5	35	38
C8	5	45	48
D1	5	20	24

Evaluación de la deficiencia de un nervio raquídeo.

1. Estime la gravedad del déficit sensorial o dolor de acuerdo con la tabla 21 y del déficit motor de acuerdo con la tabla 22.
2. Busque los valores de deficiencia máxima de la extremidad superior debida a déficit sensorial o motor de cada nervio raquídeo utilizando la tabla 23.
3. Multiplique la gravedad del déficit sensorial o motor por el porcentaje correspondiente de la tabla 23 para determinar el porcentaje de deficiencia de la extremidad superior.
4. Combine los porcentajes de deficiencia sensorial y motora para obtener la deficiencia total de la extremidad superior.
5. Convierta la deficiencia de la extremidad superior a porcentaje de discapacidad tabla 3


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I. G. S. S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
 I. G. S. S.

INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD SOCIAL
 SECRETARÍA DE LA GERENCIA

PLEXO BRAQUIAL

Está formado por tres troncos primarios:

- Tronco superior: C5 y C6
- Tronco medio: C7
- Tronco inferior: C8 y D1

La tabla 24 muestra los porcentajes máximos de deficiencia que corresponden al plexo braquial o sus troncos. Estos porcentajes sólo hacen referencia a afectaciones unilaterales de la extremidad superior. Si la afectación es bilateral, se determina la deficiencia de cada lado de forma independiente y se convierte a porcentaje de discapacidad. A continuación los porcentajes unilaterales se combinan mediante la tabla de valores combinados.

Tabla 24: Deficiencias máximas de la extremidad superior debidas a déficit sensorial o motor unilateral del plexo braquial. (7)

	% máximo de la extremidad superior debido a		
	Déficit sensorial o dolor	Déficit motor	Déficit sensitivo-motor combinado
Plexo braquial (C5 a D1)	100	100	100
Tronco superior (C5-C6) Erb-Duchenne	25	75	81
Tronco medio (C7)	5	35	38
Tronco inferior (C8-D1) Dejerine Klumpke	20	70	76

Evaluación de la deficiencia del plexo braquial

1. Estime la gravedad del déficit sensorial o dolor de acuerdo con la tabla 21 y del déficit motor de acuerdo con la tabla 22.


2. Busque los valores de deficiencia máxima de la extremidad superior debida a déficit sensoriales o motores del plexo braquial y sus troncos utilizando la tabla número 24.
3. Multiplique la gravedad del déficit sensorial o motor por el porcentaje correspondiente de la tabla 24 para determinar el porcentaje de deficiencia de la extremidad superior.
4. Combine los porcentajes de deficiencia sensorial y motora para obtener la deficiencia total de la extremidad superior.
5. Convierta la deficiencia de la extremidad superior a porcentaje de discapacidad tabla 3

NERVIOS PERIFÉRICOS PRINCIPALES

La tabla 25 muestra los porcentajes máximos de deficiencia que corresponden a los nervios periféricos que se asocian con mayor frecuencia a deficiencias de la extremidad superior. Estos porcentajes sólo hacen referencia a afectaciones unilaterales de la extremidad superior. Si la afectación es bilateral, se determina la deficiencia de cada lado de forma independiente y se convierte a porcentaje de discapacidad. A continuación los porcentajes unilaterales se combinan mediante la tabla de valores combinados.



Tabla 25: Deficiencias máximas de la extremidad superior debidas a déficit sensorial o motor unilateral de los nervios periféricos principales. (7)

Nervio	% máximo de la extremidad superior debido a:		
	Déficit sensorial o dolor	Déficit motor	Déficit sensitivo-motor combinado
Pectorales (mayor y menor)	0	5	5
Circunflejo	5	35	38
Dorsal de la escápula	0	5	5
Torácico largo	5	0	5
Braquial cutáneo interno	0	15	15
Accesorio del braquial cutáneo interno	5	0	5
Mediano (por encima del punto medio del antebrazo)	38	44	65
Mediano (interóseo anterior)	0	15	15
Mediano (por debajo del punto medio del antebrazo)	38	10	44
Colateral palmar radial del pulgar	7	0	7
Colateral palmar cubital del pulgar	11	0	11
Colateral palmar radial del dedo índice	5	0	5
Colateral palmar cubital del dedo índice	4	0	4
Colateral palmar radial del dedo medio	5	0	5
Colateral palmar cubital del dedo medio	4	0	4
Colateral palmar radial del dedo anular	2	0	2
Musculocutáneo	5	25	29
Radial (región sup. del brazo con pérdida del tríceps)	5	42	45
Radial (codo sin afectación del tríceps)	5	35	38
Subescapulares (superior e inferior)	0	5	5
Supraescapular	5	16	20
Toracodorsal	0	10	10
Cubital (por encima del punto medio del antebrazo)	7	46	50
Cubital (por debajo del punto medio del antebrazo)	7	35	40
Colateral palmar cubital del dedo anular	2	0	2
Colateral palmar radial del dedo meñique	2	0	2
Colateral palmar cubital del dedo meñique	3	0	3


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I. G. S. S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
 I. G. S. S.
 INSTITUTO MATEMATICO DE SEGURIDAD SOCIAL
 SECRETARIO DE LA GERENCIA

Evaluación de la deficiencia de los nervios periféricos principales.

1. Estime la gravedad del déficit sensorial o dolor de acuerdo con la tabla 21 y del déficit motor de acuerdo con la tabla 22.
2. Busque los valores de deficiencia máxima de la extremidad superior debida a déficit sensoriales o motores de los nervios periféricos principales utilizando la tabla 25.
3. Multiplique la gravedad del déficit sensorial o motor (tablas 21 y 22) por el porcentaje correspondiente de la tabla 25 para determinar el porcentaje de deficiencia de la extremidad superior.
4. Combine los porcentajes de deficiencia sensorial y motora para obtener la deficiencia total de la extremidad superior.
5. Convierta la deficiencia de la extremidad superior a porcentaje de discapacidad tabla 3

NEUROPATÍAS POR ATRAPAMIENTO

Las deficiencias de la extremidad superior secundarias a neuropatías por atrapamiento pueden calcularse midiendo los déficit sensorial y motor tal y como se describen en los apartados anteriores.

La Tabla 26 proporciona un método alternativo en el que la deficiencia de la extremidad superior se estima de acuerdo con la gravedad de la afectación de cada nervio principal en cada punto de atrapamiento. El evaluador utilizará uno u otro método, pero nunca ambos.

(7)







Tabla 26: Deficiencias máximas de la extremidad superior debida a neuropatía por atrapamiento. (7)

Nervio Afectado	Lugar de Atrapamiento	Gravedad del atrapamiento y % de deficiencia de la extremidad superior		
		Leve	Moderado	Severo
Supraescapular		5	10	20
Circunflejo		10	20	38
Radial	Región superior del brazo	15	25	45
Interóseo posterior	Antebrazo	10	20	35
Mediano	Codo	15	5	55
Interóseo anterior	Región proximal del antebrazo	5	10	15
Mediano	Muñeca	10	20	40
Cubital	Codo	10	30	50
Cubital	Muñeca	10	30	40

7. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS VASCULARES.

Las vasculopatías periféricas de la extremidad superior se valorarán de acuerdo con el capítulo correspondiente al Sistema Cardiovascular: sistema vascular periférico.

Cuando exista una amputación debida a vasculopatía periférica, la deficiencia debida a amputación se valorará de acuerdo con el apartado correspondiente de este capítulo y posteriormente se combinará su porcentaje de discapacidad con el que corresponda por la deficiencia vascular periférica, si persiste. (7)

8. EVALUACIÓN DE ARTROPLASTIAS.

La artroplastia de una articulación puede realizarse con o sin la colocación de un implante.

La artroplastia con resección simple recibe un 40% del valor relativo de la articulación con







respecto a la extremidad superior. La artroplastia con implante recibe un 50% del valor relativo de la articulación.

Las estimaciones de deficiencia de la extremidad superior para cada articulación se muestran en la tabla 27.

Tabla 27: Deficiencia de la extremidad superior después de artroplastia de huesos o articulaciones específicas. (7)

Nivel de la artroplastia	% de deficiencia de la extremidad superior	
	Artroplastia con resección (40%)	Artroplastia con implante (50%)
Todo el hombro	24	30
Porción distal de la clavícula (aislada)	10	-
Todo el codo	28	35
Cabeza del radio (aislada)	8	10
Toda la muñeca	24	30
Cabeza del cubito (aislada)	8	10
Fila proximal del carpo	12	15
Huesos del carpo	12	15
Pulgar		
Carpometacarpiana	11	13
Metacarpofalángica	1	2
Interfalángica	2	3
Dedos índice o medio		
Metacarpofalángica	7	9
Interfalángica proximal	6	7
Interfalángica distal	3	4
Dedos anular o meñique		
Metacarpofalángica	3	4
Interfalángica proximal	3	3
Interfalángica distal	2	2


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I. G. S. S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
 I. G. S. S.

INSTITUTO VENEZOLANO DE SEGURIDAD SOCIAL
 SECRETARÍA DE LA GERENCIA

Si existe limitación del movimiento, la deficiencia se calcula de forma independiente y se combina con la deficiencia correspondiente por artroplastia. Si existe artrodesis, la deficiencia sólo se estima de acuerdo con las normas para la deficiencia por anquilosis de cada articulación.

9. COMBINACIÓN DE DEFICIENCIAS REGIONALES PARA OBTENER EL PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD.

1. Determine las deficiencias de cada región (mano, muñeca, codo, hombro) tal como se describe en los apartados anteriores.
2. Combine, mediante la tabla de valores combinados, las deficiencias de la extremidad superior debidas a cada región.

Las deficiencias de los dedos deben convertirse a deficiencia de la mano y ésta a su vez, a deficiencia de la extremidad superior antes de combinar las deficiencias regionales.

3. Utilice la tabla 3 para convertir la deficiencia de la extremidad superior en porcentaje de discapacidad. (7)




EXTREMIDAD INFERIOR

En esta sección se aborda la evaluación de las deficiencias del pie, el retropié, el tobillo, la pierna, la rodilla y la cadera. En cada apartado se incluyen los valores correspondientes a las deficiencias debidas a amputación, lesión de nervios periféricos, problemas vasculares y otros trastornos.

Para facilitar la consulta de ésta sección las tablas que se incluyen muestran los porcentajes de deficiencia de la extremidad inferior indicados entre paréntesis () y los porcentajes de deficiencia de las diferentes regiones indicados entre corchetes [].

Si el paciente presenta varias deficiencias en la misma región, como por ejemplo la pierna, o deficiencias en diferentes regiones, como el tobillo y un dedo del pie, deben calcularse por separado los porcentajes de deficiencia de la extremidad inferior correspondientes a cada región y mediante la tabla de valores combinados obtener la deficiencia total de la extremidad inferior; éste último valor se convierte a porcentaje de discapacidad utilizando la tabla 28.

Si están afectadas las dos extremidades, se debe evaluar la deficiencia de cada una de ellas de forma independiente y transformarlas a porcentaje de discapacidad, combinándose posteriormente los dos porcentajes. (7)






Tabla 28: Relación de la deficiencia de la extremidad inferior con el porcentaje de discapacidad
(7)

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



[Handwritten signature]



[Handwritten signature]



1. Desigualdad de longitud de las extremidades inferiores.

La determinación de la longitud de las extremidades inferiores con una cinta métrica o la determinación del nivel de la cresta iliaca con el sujeto en bipedestación, no son medidas fiables e incluso a veces resultan complicadas, por lo que se recomienda la telerradiografía para estimar éstas deficiencias.

Tabla 29: Deficiencias por desigualdad de longitud de las extremidades inferiores (7)

Desigualdad en cms	Deficiencia extremidad inferior
0 - 1,9	(0)
2 - 2,9	(5 - 9)
3 - 3,9	(10 - 14)
4 - 4,9	(15 - 19)
5 ó mas	(20)

2. Alteración de la marcha.

La tabla 30, referida a la deficiencia de la extremidad inferior por alteración de la marcha, puede servir como guía general para la estimación de muchas de las deficiencias del miembro inferior. Siempre que sea utilizado este método de evaluación no podrá emplearse ningún otro de los reseñados en esta sección.

Los porcentajes mostrados en la tabla corresponden a deficiencias permanentes compatibles con hallazgos patológicos o con la dependencia de dispositivos adaptativos,


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
 JEFE
 I. G. S. S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
 SUBJEFE
 I. G. S. S.
 INSTITUTO VENEZOLANO DE SEGURIDAD SOCIAL
 SECRETARIO DE LA GERENCIA

por lo tanto no se emplearán cuando las deficiencias se basen únicamente en factores subjetivos, como el dolor o el colapso súbito; este sería el caso de un paciente con molestias en la región inferior de la espalda que decide utilizar un bastón para facilitar la deambulaci6n.

Tabla 30: Deficiencias de la extremidad inferior por alteraci6n de la marcha (expresadas en porcentaje de discapacidad) (7)

Gravedad	Signos del paciente	% de discapacidad
Leve	a. Cojera ant6lgica con acortamiento de la fase de estaci6n y alteraciones artr6ticas moderadas a avanzadas demostradas de cadera, rodilla o tobillo	7
	b. Signo de Trendelenburg positivo y artrosis moderada a avanzada de la cadera.	10
	c. Igual que los grados anteriores, pero el paciente requiere la utilizaci6n parcial de un bast6n o muleta para caminar recorridos largos pero no generalmente en el hogar o en el trabajo	15
	d. Requiere la utilizaci6n habitual de un corrector corto del miembro inferior (ortosis tobillo-pie [OTP])	15
Moderada	e. Requiere la utilizaci6n habitual de un bast6n, muleta o corrector largo del miembro inferior (ortosis rodilla-tobillo-pie [ORTP])	20
	f. Requiere la utilizaci6n habitual de un bast6n o muleta y un corrector corto del miembro inferior.	30
	g. Requiere la utilizaci6n habitual de dos bastones o dos muletas.	40
Grave	h. Requiere la utilizaci6n habitual de dos bastones o dos muletas y un corrector corto del miembro inferior (OTP)	50
	i. Requiere la utilizaci6n habitual de dos bastones o dos muletas y un corrector largo del miembro inferior (ORTP)	60
	j. Requiere la utilizaci6n habitual de dos bastones o dos muletas y dos correctores del miembro inferior (OTP u ORTP)	60
	k. Necesita una silla de ruedas	65

3. Funci6n muscular.

La disminuci6n de la funci6n muscular debe estimarse s6lo mediante una de las diferentes partes de esta secci6n relativas a: alteraci6n de la marcha (tabla 30), atrofia muscular (tabla 31), prueba muscular manual (tabla 32) o lesi6n de un nervio perif6rico (tabla 48).








El evaluador deberá determinar qué método se ajusta mejor a la deficiencia del paciente y utilizar el que sea mas objetivo.

Para evaluar la **atrofia muscular**, es necesario que la región correspondiente de la otra extremidad sea normal, utilizándola como elemento de comparación. Ninguno de los miembros debe presentar inflamación o varices.

La medida en el muslo se realiza 10 cms por encima de la rótula, con la rodilla totalmente extendida.

Tabla 31: Deficiencias por atrofia muscular del muslo y la pantorrilla. (7)

Diferencia de circunferencia en cms	Grado de Deficiencia	% de deficiencia de la Extremidad inferior
0 - 0,9	Ausente	(0)
1 - 1,9	Leve	(3 - 7)
2 - 2,9	Moderada	(8 - 11)
3 o mas	Grave	(12)

La **Prueba muscular manual** gradúa la capacidad de una persona para mover un segmento de la extremidad inferior en toda su amplitud de movimiento contra la gravedad y mantener dicho segmento contra resistencia. Se realiza por grupos musculares principales y no es una prueba útil cuando la actividad de los pacientes está inhibida por el dolor o el miedo al dolor.







Tabla 32: Deficiencias por debilidad muscular de la extremidad inferior (7)

		(% de deficiencia extremidad inferior) [% de deficiencia pie]				
Grupo muscular		Grado 0	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4
Cadera	Flexión	(15)	(15)	(15)	(10)	(5)
	Extensión	(37)	(37)	(37)	(37)	(17)
	Abducción	(62)	(62)	(62)	(27)	(25)
	Rotación interna	(10)	(10)	(10)	(5)	(2)
	Rotación externa	(10)	(10)	(10)	(5)	(2)
Rodilla	Flexión	(25)	(25)	(25)	(17)	(12)
	Extensión	(25)	(25)	(25)	(17)	(12)
Tobillo	Flexión (flexión plantar)	(37) [53]	(37) [53]	(37) [53]	(25) [35]	(17)[24]
	Extensión (flexión dorsal)	(25) [35]	(35) [35]	(35) [35]	(25) [35]	(12) [17]
	Inversión	(12) [17]	(12)[17]	(12) [17]	(12) [17]	(5) [7]
	Eversión	(12) [17]	(12)[17]	(12) [17]	(12)[17]	(5) [7]
1erdedo del pie	Extensión	(7)[10]	(7) [10]	(7) [10]	(7) [10]	(2) [3]
	Flexión	(12)[17]	(12) [17]	(12) [17]	(12) [17]	(5) [7]

La debilidad de aducción de la cadera se evalúa como deficiencia del nervio obturador (tabla 49). Para obtener el porcentaje debe combinarse el grado de fuerza obtenida en cada movimiento de la extremidad inferior.

Grado 0: Ausencia de contracción

Grado 1: Leve contracción sin movimiento

Grado 2: Movimiento activo sin gravedad

Grado 3: Movimiento activo sólo contra gravedad, sin resistencia

Grado 4: Movimiento activo contra gravedad con cierto grado de resistencia

DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
I.G.S.S.S.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
I.G.S.S.S.

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURO SOCIAL
SECRETARÍA DE LA
GERENCIA

4. Amplitud de movimiento.

Al igual que en el miembro superior, la amplitud de movimiento del miembro inferior se medirá, para cada arco de movimiento de una articulación, partiendo desde los 0° como posición inicial y añadiendo el número total de grados recorridos desde ese punto.

Las mediciones obtenidas se transformarán en porcentajes de deficiencia mediante las tablas correspondientes a cada articulación, que especifican los arcos de movimiento medidos en forma de deficiencias leves, moderadas y graves. (7)

CADERA

La cadera posee tres unidades funcionales de movimiento:

- Flexión-Extensión: 130° de amplitud media (100° flexión, 30° extensión)
- Abducción-aducción: 60° de amplitud media (40° abducción, 20° aducción)
- Rotación interna-externa: 90° de amplitud media (40° R. interna, 50° R. externa)

Limitación de movimiento

En la tabla 33 viene reflejado el porcentaje de deficiencia de la extremidad inferior por limitación de movimiento de la cadera.

Deberán combinarse los porcentajes de deficiencia de los distintos arcos de movimiento para obtener la deficiencia de la extremidad inferior.








Tabla 33: Limitación de movimiento de la cadera. (7)

Movimiento	% deficiencia extremidad inferior		
	Leve: (5%)	Moderada: (10%)	Grave: (20%)
Flexión	menor de 100°	menor de 80°	menor de 50°
Extensión	contractura en flexión de:		
	10 - 19°	20 - 29°	30°
Rotación interna	10 - 20°	0 - 9°	
Rotación externa	20 - 30°	0 - 19°	
Abducción	15 - 25°	5 - 14°	menor de 5°
Aducción	0 - 15°		
Contractura en Abducción (1)	0 - 15°	6 - 10°	11 - 20°

(1) Una contractura en abducción mayor de 20° representa una deficiencia de la extremidad inferior del 38%.

Anquilosis

La posición óptima de anquilosis en la cadera es de 25 a 40° de flexión y posición neutral para el resto de los movimientos. A esta posición de anquilosis le corresponde una deficiencia de la extremidad inferior del 50%.

Cuando la cadera esté anquilosada en una posición diferente, se determinará la posición de anquilosis y se sumará el porcentaje de deficiencia correspondiente, según la tabla 34, al de la posición óptima (50%).

Si existe anquilosis en más de una posición, el porcentaje de deficiencia debido a la posición óptima se sumará a sólo una de las posiciones de anquilosis, combinándose posteriormente con el que corresponda a las otras posiciones.







Tabla 34: Deficiencia de la extremidad inferior por anquilosis de cadera (7)

Deficiencia Extremidad inferior (%)	Anquilosis en:					Deficiencia Extremidad inferior (%)
	Flexión(°)	Rotación interna (°)	Rotación externa(°)	Abducción (°)	Aducción (°)	
37	0 – 9					37
25	10 – 19					25
12	20 – 24					12
12	40 – 49	5 - 9	10 - 19			12
25	50 – 59	10 - 19	20 - 29	5 - 14	5 - 9	25
37	60 – 69	20 - 29	30 - 39	15 - 24	10 - 14	37
50	+ de 70	+ de 30	+ de 40	+ de 25	+ de 15	50

RODILLA

La rodilla posee una unidad funcional de movimiento:

- Flexión - extensión: 140° de amplitud media (140° flexión, 0° extensión)

Limitación de movimiento

En la tabla 35 viene reflejado el porcentaje de deficiencia de la extremidad inferior por movimiento anormal de la rodilla

Deberán combinarse los porcentajes de deficiencia de los distintos arcos de movimiento para obtener la deficiencia de la extremidad inferior.

Tabla 35: Deficiencia de movimiento de la rodilla. (7)

Movimiento	% deficiencia extremidad inferior		
	Leve: (10%)	Moderada: (20%)	Grave: (35%)
Flexión	menor de 110°	menor de 80°	menor de 60°. + 2% por cada 10° menor de 60°
Contractura en Flexión	5° - 9°	10° - 19°	20° o más


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
 JEFE
 I.G.S.S.S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
 SUBJEFE
 I.G.S.S.S.
 INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURO SOCIAL
 SECRETARIO DE LA GERENCIA

Anquilosis

La posición óptima de anquilosis en la rodilla es de 10 a 15° de flexión con un buen alineamiento. Esta posición representa una deficiencia de la extremidad inferior del 67%.

Las deficiencias por anquilosis en posición diferente, incluidos varo-valgo y deformidades por defecto de rotación, deben evaluarse según la tabla 36 y sumarse al porcentaje de deficiencia correspondiente a la posición óptima.

Si existe anquilosis en más de una posición, el porcentaje de deficiencia debido a la posición óptima se sumará a sólo una de las posiciones de anquilosis, combinándose posteriormente con el que corresponda a las otras posiciones.

Tabla 36: Deficiencia de la extremidad inferior por anquilosis de rodilla (7)

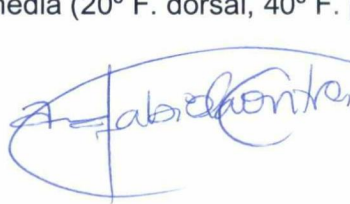
Deficiencia Extremidad inferior (%)	Anquilosis en:					Deficiencia Extremidad inferior (%)
	Flexión(°)	Rotación interna(°)	Rotación externa(°)	Varo(°)	Valgo(°)	
12	20-29	10-19	10-19	0-9	10-19	12
25	30-39	20-29	20-29	10-19	20-29	25
33	más de 40	más de 30	más de 30	más de 20	más de 30	33

TOBILLO Y RETROPIE

El tobillo posee dos unidades funcionales de movimiento:

- Flexión dorsal-plantar: 60° de amplitud media (20° F. dorsal, 40° F. plantar)


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I. G. S. S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
 I. G. S. S.

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
 SECRETARÍA DE LA GERENCIA

- Inversión - eversión: 50° de amplitud media (30° inversión, 20° eversión)

Limitación de movimiento

En la tabla 37 viene reflejado el porcentaje de deficiencia de la extremidad inferior por movimiento anormal del tobillo.

Deberán combinarse los porcentajes de deficiencia de los distintos arcos de movimiento para obtener la deficiencia de la extremidad inferior.

Tabla 37: Limitación de movimiento del tobillo y retropié. (7)

Movimiento	(% deficiencia extremidad inferior) [% deficiencia pie]		
	Leve: (7%) [10%]	Moderada: (15%) [21%]	Grave: (30%) [43%]
Flexión plantar	11 - 20°	1 - 10°	Ausente
Flexión dorsal	10 - 0°	---	---
Contractura en Flexión	---	10°	20°
Movimiento	Leve: (2%) [3%]	Moderada y grave: (5%) [7%]	
Inversión	10 - 20°	0 - 9°	
Eversión	0 - 10°	---	
Movimiento	Leve: (12%) [17%]	Moderada: (25%) [35%]	Grave: (50%) [72%]
Varo	10 - 14°	15 - 24°	25° ó más
Valgo	10 - 20°	---	---

Anquilosis

La posición óptima de anquilosis en el tobillo es la posición neutral sin flexión, extensión, varo o valgo. Esta posición representa una deficiencia del pie del 14% y una deficiencia de la extremidad inferior del 10%.







Las deficiencias por anquilosis en posición diferente, deben evaluarse de acuerdo con la tabla 38 y sumarse al porcentaje de deficiencia correspondiente a la posición óptima.

Si existe anquilosis en más de una posición, el porcentaje de deficiencia debido a la posición óptima se sumará a sólo una de las posiciones de anquilosis, combinándose posteriormente con el que corresponda a las otras posiciones.

Tabla 38: Deficiencia de la extremidad inferior por anquilosis de tobillo (7)

Deficiencia Extremidad inferior(%) Pie[%]	Anquilosis en:						Deficiencia Extremidad inferior(%) Pie[%]
	Flexión dorsal(°)	Flexión plantar(°)	Rotación interna(°)	Rotación externa(°)	Varo(°)	Valgo(°)	
(12)[17]			0 - 9°	15 - 19°			(12) [17]
(17)[24]	10 - 19°	10 - 19°					(17)[24]
(25) [35]			10 - 19°	20 - 29°	5 - 9°	10 - 19°	(25) [35]
(37) [53]	+ de 20°	20 - 29°	20 - 29°	30 - 39	10 - 19°	20 - 30°	(37) [53]
(43) [61]					20 - 29°		(43) [61]
(52) [74]		+ de 30°	+ de 30°	+ de 40°	+ de 30°	+ de 30°	(52) [74]

DEDOS DEL PIE

Limitación de movimiento

En la tabla 39 viene reflejado el porcentaje de deficiencia de la extremidad inferior por limitación de movimiento de los dedos del pie.






Si existe deficiencia en más de un arco de movimiento o en más de un dedo, deberán combinarse las deficiencias del pie antes de pasar a deficiencia de la extremidad inferior.

Tabla 39: Limitación de movimiento de los dedos del pie. (7)

Movimiento	(% deficiencia extremidad inferior) [% deficiencia pie]	
	Leve: (2%) [3%]	Moderada y grave: (5%) [7%]
Primer dedo MTF IF	15° - 30° < 20°	< 15°
Dedos 2° a 5° MTF	< 10°	

Anquilosis

Las deficiencias por anquilosis de uno o más dedos se reflejan en la tabla 40.

Tabla 40: Deficiencia de la (extremidad inferior) y [pie] por anquilosis de los dedos. (7)

DEDOS AFECTADOS	EXTENSION COMPLETA	POSICIÓN FUNCIONAL	FLEXIÓN COMPLETA
Primer dedo	(10) [14]	(9) [13]	(13) [18]
2° a 5° dedo	(2) [3]	(1) [2]	(2) [3]

Si existe más de un dedo anquilosado, sume el porcentaje de deficiencia del pie correspondiente a cada dedo y posteriormente convierta a porcentaje de deficiencia de extremidad inferior.







Tabla 41: Relación de la deficiencia del pie con la deficiencia de la extremidad inferior. (7)

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

5. Artrosis

La mayoría de los pacientes con artrosis presentan una deficiencia mayor por dolor y debilidad secundarios a degeneración de la superficie articular, que por pérdida de movimiento, por lo que en estos casos, la graduación radiográfica es un método más objetivo y válido para valorar la deficiencia que la determinación de la amplitud de movimiento.

El signo característico de todos los tipos de artrosis es el adelgazamiento del cartílago articular, que se correlaciona con la progresión de la enfermedad, por lo tanto, el mejor indicador radiográfico de deficiencia funcional en un paciente con artrosis es el intervalo cartilaginoso o espacio articular. (7)



Tabla 42: deficiencias por artrosis

Articulación (Intervalos cartilaginosos normales entre paréntesis)	(% Deficiencia extremidad inferior) [% deficiencia pie]			
	Intervalo cartilaginoso			
	3 mm	2 mm	1 mm	0 mm
Sacroilíaca (3 mm)	—	(2)	(7)	(7)
Cadera (4 mm)	(7)	(20)	(25)	(50)
Rodilla (4 mm)	(7)	(20)	(25)	(50)
Femororrotuliana (**)	—	(10)	(15)	(20)
Tobillo	(5) [7]	(15) [21]	(20) [28]	(30) [43]
Subastragalina	—	(5) [7]	(15) [21]	(25) [35]
Astragaloescapoidea	—		(10) [14]	(20) [28]
Calcaneocuboidea	—		(10) [14]	(20) [28]
Primera metatarsofalángica	—		(5) [7]	(12) [17]
Demás metatarsofalángicas	—		(2) [3]	(7) [10]

(**): En un paciente con historia de traumatismo directo, síntoma de dolor femororrotuliano y crepitación en la exploración física, pero sin estrechamiento del espacio articular en las radiografías, se asigna una deficiencia de la extremidad inferior del 5%.

6. Amputaciones.

Las deficiencias de la extremidad inferior debidas a amputación se estiman de acuerdo con la siguiente tabla:





Tabla 43: Estimaciones de deficiencia por amputación. (7)

Amputación	(% deficiencia extremidad inferior) [% deficiencia pie]	
Desarticulación de cadera	(100)	
Encima de rodilla		
Proximal	(100)	
Región media del muslo	(90)	
Distal	(80)	
Desarticulación de rodilla	(80)	
Debajo de rodilla		
< 7,5 cms	(80)	
> o = 7,5 cms	(70)	
De Syme (pie)	(62)	[100]
Mesopie	(45)	[64]
Transmetatarsiana	(40)	[57]
Primer metatarso	(20)	[28]
Otros metatarsos	(5)	[7]
Todos los dedos a nivel de la Art. Metatarsofalángica	(22)	[31]
Primer dedo a nivel de la Art. Metatarsofalángica	(12)	[17]
Primer dedo a nivel de la articulación. Interfalángica	(5)	[7]
Dedos 2º a 5º a nivel de la Art. Metatarsofalángica	(2)	[3] cada uno

Por hemipelvectomy se asigna un porcentaje de discapacidad del 50%.

7. Estimaciones basadas en el diagnóstico.

Algunas deficiencias se determinan de forma más correcta sobre la base de un diagnóstico que en función de los hallazgos exploratorios.

El evaluador debe decidir cual de los criterios: diagnóstico o de exploración, describe mejor la deficiencia de un paciente concreto y utilizar sólo uno de ellos para la valoración de cada región anatómica.

En general, se recomienda seguir los criterios de la sección que proporcione la mayor estimación de deficiencia.








Tabla 44: Deficiencias de la extremidad inferior y pie según estimaciones basadas en el diagnóstico (7)

Región y trastorno	Extremidad inferior (%)	Región y trastorno	Extremidad inferior (%)
Pelvis		Cadera	
Fractura pélvica:		Sustitución total de la cadera: (tabla 45)	
No desplazada, no articular, consolidada, sin déficit neurológico ni otros signos	0	Resultado bueno, 85 -100 puntos	37
Desplazada, no articular: evaluación mediante acortamiento y debilidad.	---	Resultado regular, 50 - 84 puntos	50
Fractura acetabular: evaluación según movimiento y alteraciones articulares.	---	Resultado malo, < 50 puntos	75
Fractura de articulación Sacroilíaca	2 - 7	Fractura cuello del fémur consolidada en:	
Bursitis isquial	7	Buena posición: Evaluación según la exploración.	---
Diáfisis femoral		Mala unión (combinar con la deficiencia correspondiente por amplitud de movimiento).	30
Fractura consolidada con angulación o defecto de rotación de:		Ausencia de unión (combinar con la deficiencia correspondiente por amplitud de movimiento).	37
10 - 14°	25	Artroplastia de Girdlestone (si se evalúa según los hallazgos de la exploración se utilizará la puntuación mayor)	
15 - 19°	45	Bursitis trocantérica crónica con marcha anormal.	7
+ de 20° (aumentar 2% por grado)	62 máximo		




Tabla 44 (continuación)

Región y trastorno	Extremidad inferior(%)	Región y trastorno	Extremidad inferior(%) Pie[%]
Rodilla		Tobillo	
Subluxación o luxación rotuliana con inestabilidad residual	(7)	Inestabilidad ligamentosa (basada en Rx de esfuerzo):	
Fractura rotuliana		Leve (exceso de apertura de 2-3 mm)	(5) [7]
No desplazada, consolidada	(7)	Moderada (4-6 mm)	(10) [14]
Desplazamiento mayor de 3mm	(12)	Grave (> de 6 mm)	(15) [21]
Desplazada con ausencia de unión	(17)	Fractura extraarticular con angulación	
Rotulectomía:		10 - 14°	(15) [21]
Parcial	(7)	15 - 19°	(25) [35]
Total	(22)	+ de 20° :aumentar (2) [3] % por cada grado hasta un máximo de	(37) [53]
Meniscectomía, medial o lateral:		Fractura intraarticular con desplazamiento	(20) [28]
Parcial	(2)		
Total	(3)		
Meniscectomía, medial y lateral:		Retropié	
Parcial	(10)	Fractura extraarticular:	(12) [17]
Total	(22)	· Con angulación en varo de 10 - 19°	
Laxitud de lig. cruzados o colaterales		· Con angulación en varo de + de 20°:	
Leve	(7)	aumentar (1) [1]% por cada grado hasta un máximo de:	(25) [35]
Moderada	(17)	· Con angulación en valgo de 10 - 19°	(7) [11]
Grave	(25)	· Con angulación en valgo > de 20°:	
Laxitud de lig. cruzados y colaterales		aumentar (1) [1]% por cada grado hasta un máximo de:	(25) [35]
Moderada	(25)		
Grave	(37)	Pérdida del ángulo tibiocalcáneo	
Fractura de la meseta tibial		· Ángulo de 120 - 110°	(12) [17]
No desplazada	(5)	· Ángulo de 100 - 90°	(20) [28]
Desplazada:		· Ángulo < 90°. aumentar (2) [3]% por grado hasta un máximo de:	(37) [54]
5 - 9° de angulación	(12)	Fractura intraarticular con desplazamiento	
10 - 19° de angulación	(25)	· Subastragalina	(15) [21]
+20° (aumentar 2% por grado)	Máximo 50	· Astragaloescapoidea	(7) [10]
Fractura supra o intercondilea		· Calcaneocuboidea	(7) [10]
No desplazada	(5)		
Desplazada		Deformidad del mesopié	
5 - 9° de angulación	(12)	Cavo:	
10 - 19° de angulación	(25)	· Leve	(2) [3]
+20° (aumentar 2% por grado)	Máximo 50	· Moderada	(7) [10]
Sustitución total de la rodilla (tabla 45):		"Pie en mecedora"	
Resultado bueno: 85-100 puntos	(37)	· Leve	(5) [7]
Resultado regular: 50-84 puntos	(50)	· Moderada	(10) [14]
Resultado malo: <50 puntos	(75)	· Grave	(20) [28]
Osteotomía tibial proximal		Necrosis avascular del astrágalo	
Resultado bueno	(25)	· Sin hundimiento	(7) [10]
Resultado malo: Estime la deficiencia según la exploración.	---	· Con hundimiento	(15) [21]
Tibia		Deformidad del antepié	
Fractura de diáfisis tibial con defecto de alineamiento de:		Fractura metatarsiana con desplazamiento dorsal de la cabeza > 5 mm:	
10 - 14°	20	· Primer metatarsiano	(10) [14]
15 - 19°	30	· Quinto metatarsiano	(5) [7]
+de 20° (aumentar 2% por cada grado)	Máx.50	· Otros metatarsianos	(2) [3]
		Fractura metatarsiana con angulación plantar y metatarsalgia:	
		· Primer metatarsiano	(10) [14]
		· Quinto metatarsiano	(5) [7]
		Otros metatarsianos	(2) [3]


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I. G. S. S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
 I. G. S. S.
 INSTITUTO VENEZOLANO DE SEGURIDAD SOCIAL
 SECRETARÍA DE LA GERENCIA

Tabla 45: Graduación de los resultados de la sustitución de cadera y rodilla. (7)

Cadera (*)	Puntos	Rodilla (**)	Puntos
a. Dolor		a. Dolor	
Ausente	44	Ausente	50
Leve	40	Leve o esporádico	45
Moderado esporádico	30	Sólo al subir escaleras	40
Moderado continuo	20	Al caminar y subir escaleras	30
Intenso	10	Moderado	
b. Función		Esporádico	20
Cojera:		Continuo	10
Ausente	11	Intenso	0
Leve	8	b. Amplitud de movimiento	
Moderada	5	Suma 1 punto por cada 5°	25
Intensa	0	c. Estabilidad (movimiento máximo en cualquier posición)	
Dispositivo de ayuda:		Anteroposterior:	
Ninguno	11	< 5 mm	10
Bastón para recorridos largos	7	5 - 9 mm	5
Bastón	5	> 9 mm	0
Una muleta	3	Mediolateral:	
Dos bastones	2	5°	15
Dos muletas	0	6 - 9°	10
Distancia recorrida:		10 - 14°	5
Ilimitada	11	> 15°	0
Seis edificios	8	Suma de puntos a + b + c	
Tres edificios	5		
Interiores	2	d. Contractura en flexión:	
En cama o silla de ruedas	0	5 - 9°	2
c. Actividades		10 - 15°	5
Subir escaleras:		16 - 20	10
Normal	4	> 20°	20
Utiliza pasamanos	2	e. Alineación:	
Dificultad para subir	1	0 - 4°	0
Incapaz de subir	0	5 - 10°	3 / grado
Ponerse zapatos y calcetines:		11 - 15°	3 / grado
Con facilidad	4	> 15°	20
Con dificultad	2	Suma de puntos d + e	
Incapaz de hacerlo	0		
Estar sentado:			
Cualquier silla, 1 hora	4		
Silla alta	2		
Incapaz de sentarse cómodo	0		
Trasporte público:			
Puede utilizarlo	1		
No puede utilizarlo	0		
d. Deformidad			
Fijación en aducción: < 10°	1	(*) La puntuación total para la estimación de los resultados de la sustitución de cadera es la suma de los puntos de los apartados a, b, c, d y e.	
> ó = 10°	0	(**) La puntuación total para la estimación de los resultados de la sustitución de rodilla es la suma de los puntos de los apartados a, b y c menos la suma de los puntos de los apartados d, e y f.	
Fijación en rotación interna: < 10°	1		
> ó = 10°	0		
Fijación en rotación externa: < 10°	1		
> ó = 10°	0		
Contractura en flexión: < 15°	1		
> ó = 15°	0		
Desigualdad de longitud de EELI: < 1,5 cm	1		
> ó = 1,5 cm	0		
e. Amplitud de movimiento			
Flexión: > 90°	1		
< ó = 90°	0		
Abducción: > 15°	1		
< ó = 15°	0		
Aducción: > 15°	1		
< ó = 15°	0		
Rotación externa: > 30°	1		
< ó = 30°	0		
Rotación interna: > 15°	1		
< ó = 15°	0		

[Firma]

DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
I.G.S.S.

[Firma]

DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
I.G.S.S.



7. Pérdida de piel

La pérdida de piel en todo su grosor en ciertas áreas de la extremidad inferior puede ser causa de deficiencia importante, como muestra la tabla 46, aun cuando las áreas sean recubiertas de forma satisfactoria con un injerto cutáneo. (7)

Tabla 46: Deficiencias por pérdida de piel

	% deficiencia: (Extremidad inferior) [Pie]
· Recubrimiento isquiático que requiere una descarga frecuente y la limitación del tiempo en la posición sentada	(12)
· Recubrimiento de la tuberosidad tibial que limita la acción de arrodillarse	(5)
· Recubrimiento del talón que limita el tiempo de bipedestación y de deambulación	(25) [35]
· Recubrimiento de la superficie plantar de la cabeza metatarsiana que limita el tiempo de bipedestación y de deambulación	
Primer metatarsiano	(12) [17]
Quinto metatarsiano	(12) [17]
· Osteomielitis crónica con secreción activa	
Del fémur	(7) [10]
De la tibia	(7) [10]
Del pie, que requiere la sustitución periódica de los apósitos y la limitación del tiempo de utilización de calzado	(25) [35]


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
 JEFE
 G. S. S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
 SUBJEFE
 G. S. S.
 INSTITUTO VENEZOLANO DE SEGURIDAD SOCIAL

8. Lesiones de los nervios periféricos

Las lesiones de los nervios periféricos se dividen en tres componentes: déficit motor, déficit sensorial y disestesia o alteración de la sensibilidad.

La tabla 47 indica las estimaciones de deficiencia correspondientes a pérdidas sensoriales y motoras completas de los nervios periféricos correspondientes. El déficit motor parcial deberá evaluarse de acuerdo con los criterios correspondientes a función muscular:

Los porcentajes de deficiencia de la extremidad inferior debidos a déficit motor, sensorial y disestesia deben combinarse entre si, y a su vez con otras deficiencias de la extremidad inferior, excepto las debidas a debilidad y atrofia muscular; posteriormente se realiza la conversión a porcentaje de discapacidad. (7)

Tabla 47: Deficiencias por déficit neurológico	% Deficiencia: (extremidad inferior) [pie]	
	Motora	Sensitiva
Crural	(37)	(9)
Obturador	(7)	0
Glúteo superior	(62)	0
Glúteo inferior	(37)	0
Femorocutáneo	0	(9)
Ciático	(75)	(27)
Ciático poplíteo externo	(42)	(10)
Musculocutáneo de la pierna	0	(10)
Safeno externo	0	(7)
Plantar interno	(5)	(10) [14]
Plantar externo	(5) [7]	(10)[14]


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I. G. S. S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
 I. G. S. S.



9. Causalgia y distrofia simpática refleja

La causalgia es un dolor urente debido a la lesión de un nervio periférico.

La distrofia simpática refleja es un trastorno del sistema nervioso simpático caracterizado por dolor, inflamación, rigidez y coloración anormal, que puede tener lugar después de un esguince, una fractura o una lesión vascular o nerviosa.

Cuando estos trastornos se desarrollan en la extremidad inferior, deben evaluarse como en el caso de la extremidad superior. (7)

COLUMNA VERTEBRAL

En esta sección se aborda la evaluación de las deficiencias que afectan a la columna cervical, dorsal, lumbar o sacra, que serán expresadas siempre en porcentaje de discapacidad.

Existen dos métodos de evaluación:

1. **Modelo de la lesión**, también denominado "modelo de las Estimaciones Basadas en el Diagnóstico" (EBD), que se aplica fundamentalmente en el caso de lesiones traumáticas y que incluye la deficiencia del paciente en uno de los 8 grados EBD específicos para cada región.
2. **Modelo de la amplitud de movimiento**, que se utilizará sólo cuando no pueda realizarse la evaluación de la deficiencia mediante el modelo de la lesión y que combina un porcentaje de deficiencia por trastornos específicos de la columna con otro basado en


DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
I.G.S.S.


DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
I.G.S.S.
INSTITUTO VENEZOLANO DE SEGURIDAD SOCIAL
SECRETARIO DE LA GERENCIA

la limitación de movimiento o anquilosis y con un tercero basado en la deficiencia neurológica.

En cualquier caso deberá utilizarse uno de estos dos métodos, sin pasar en ningún momento de uno a otro. (7)

MODELO DE LA LESIÓN O ESTIMACIONES BASADAS EN EL DIAGNÓSTICO (EBD)

Este modelo depende de la historia clínica, la exploración física, y de datos médicos de la amplitud de movimiento, especialmente con signos de déficit neurológicos y con deficiencias fisiológicas y estructurales relacionadas con lesiones diferentes a los hallazgos habituales del envejecimiento como: espondilolisis, espondilolistesis, hernia discal, fracturas, luxaciones y pérdida de integridad del segmento de movimiento.

La historia clínica, la exploración física y los estudios clínicos que se describen a continuación guiarán al evaluador a incluir la deficiencia del paciente en uno de los 8 grados específicos de este método:

Los grados EBD I y II implican una afectación leve de la columna vertebral y se consideran déficit menores.

Los grados EBD III a VIII están relacionados con hallazgos específicos y demostrables más graves que incluyen: radiculopatía, pérdida de integridad de un segmento de movimiento,








fracturas de los cuerpos vertebrales potencialmente inestables, luxaciones, disfunción neurológica a varios niveles y déficit neurológicos graves. En el último grado EBD se encuadran los síndromes de la cola de caballo asociados a pérdida de la función de la extremidad inferior, disfunción vesical e intestinal y paraplejía. (7)

Factores diferenciadores del grado EBD de deficiencia.

Al aplicar el "modelo de la lesión", el evaluador puede utilizar ciertos procedimientos o determinaciones clínicas para asignar la deficiencia de un paciente al grado EBD correcto. Si el evaluador no puede ubicar la deficiencia de un paciente en uno de los grados EBD, o si existen dudas sobre el grado más adecuado, deberá utilizar para la evaluación el modelo de la amplitud de movimiento.

1. Defensa muscular

Existe defensa o espasmo muscular paravertebral o una pérdida no uniforme de la amplitud de movimiento.

Las molestias radicales que siguen una distribución anatómica, pero que no pueden verificarse mediante hallazgos neurológicos, corresponden a este tipo de factor diferenciador.

2. Pérdida de reflejos

Existe una pérdida de los reflejos del brazo o de la pierna relacionada con una lesión de la columna. Este hecho puede ser comprobado por el factor diferenciador 4, comentado posteriormente.

3. Reducción de la circunferencia, atrofia

Las determinaciones circunferenciales relacionadas con lesiones de la columna muestran una pérdida de circunferencia de 2 cm o mayor por encima o por debajo del codo o la rodilla. Este hecho puede ser comprobado por el factor diferenciador 4, comentado posteriormente.

4*. Signos electrodiagnósticos*

Son signos inequívocos de afectación radicular:

- Múltiples ondas agudas positivas
- Potenciales de fibrilación
- Ausencia de la onda H
- Retraso mayor de 3 mm/seg
- Ondas polifásicas en los músculos periféricos

5. Pérdida de integridad del segmento de movimiento*

Cada segmento de movimiento de la columna está constituido por dos vértebras contiguas, un disco interpuesto y las articulaciones interapofisarias vertebrales.

La pérdida de un segmento de movimiento se define como el movimiento anormal en el plano horizontal (traslación) o como el movimiento angular anormal del mismo respecto de un segmento de movimiento contiguo.



La pérdida de integridad del segmento de movimiento se define radiográficamente como el movimiento o deslizamiento anteroposterior de una vértebra sobre otra mayor de 3,5 mm en la región cervical o mayor de 5 mm en las regiones dorsal o lumbar, o como la diferencia en el movimiento angular de dos segmentos de movimiento contiguos, en respuesta a la flexión y la extensión de la columna, mayor de 15° a nivel de la unión lumbosacra, o mayor de 11° en cualquier otra articulación.

6. Pérdida del control intestinal o vesical

La exploración rectal indica una pérdida del tono del esfínter, o existe una pérdida del control vesical que requiere de un dispositivo adaptativo, como una sonda.

7*. Estudios vesicales *

Los cistometrogramas muestran una afectación neurológica inequívoca de la vejiga que causa incontinencia. (7)

* Factores diferenciadores más objetivos e importantes

Inclusiones estructurales

1. Compresión vertebral
2. Fractura del elemento posterior
3. Fractura de apófisis espinosa o transversa

Algunos patrones de fractura vertebral pueden ocasionar una deficiencia importante y sin embargo no manifestarse ninguno de los hallazgos relacionados con los factores



diferenciadores. En este método las inclusiones estructurales que se incluyen en alguno de los grados EBD son definitorias de dicho grado y no será necesario determinar si se cumplen los demás criterios.

Si el paciente presenta inclusiones estructurales de dos grados, el evaluador deberá asignar al paciente el grado EBD que tenga el porcentaje de deficiencia más alto. (7)

REGIÓN LUMBOSACRA

Grado EBD lumbosacro I: molestias o síntomas.

Descripción y comprobación: el paciente no presenta signos clínicos importantes, ni defensa muscular, ni deficiencia neurológica demostrable, ni pérdida importante de la integridad estructural, ni signos de deficiencia relacionada con alguna lesión o enfermedad.

Inclusiones estructurales: ninguna

Porcentaje de discapacidad: 0%

Grado EBD lumbosacro II: deficiencia menor.

Descripción y comprobación: La historia clínica y los hallazgos de la exploración son compatibles con una lesión o enfermedad específica. Los hallazgos clínicos pueden ser: defensa muscular importante intermitente o continuada, pérdida no uniforme de la amplitud de movimiento (factor diferenciador nº 1) o molestias radiculares no verificables. No existen signos objetivos de radiculopatía ni pérdida de la integridad estructural.

Inclusiones estructurales:

- 1.- Compresión de un cuerpo vertebral menor del 25%.







- 2.- Fractura del elemento posterior sin luxación (espondilolisis evolutiva); la fractura está consolidada y no existe pérdida de la integridad del segmento de movimiento.

Porcentaje de discapacidad: 5%

Grado EBD lumbosacro III: radiculopatía.

Descripción y comprobación: El paciente presenta signos importantes de radiculopatía, como pérdida de reflejos o atrofia unilateral mayor de 2 cm por encima o debajo de la rodilla. La deficiencia puede comprobarse por los hallazgos electrodiagnósticos. (Factores diferenciadores 2, 3 y 4).

Inclusiones estructurales:

- 1.- Compresión de un cuerpo vertebral entre el 25 y el 50%.
- 2.- Fractura del elemento posterior, pero no fractura de apófisis trasversas o espinosas, con desplazamiento hacia el conducto vertebral, reparada sin pérdida de la integridad estructural. Puede existir o no radiculopatía.

Porcentaje de discapacidad: 10%

Grado EBD lumbosacro IV: pérdida de integridad del segmento de movimiento.

Descripción y comprobación: el paciente presenta una pérdida de integridad del segmento de movimiento (factor diferenciador 5). Existe una historia documentada de defensa muscular y dolor. No es necesaria la presencia de anomalías neurológicas; si están presentes, el evaluador debe considerarlas en función del grado V.

Inclusiones estructurales:

- 1.- Compresión de un cuerpo vertebral mayor del 50% sin afectación neurológica

residual






2.- Afectación estructural segmentaria de la columna a varios niveles, como fracturas o luxaciones, sin afectación neurológica motora residual.

Porcentaje de discapacidad: 20%

Grado EBD lumbosacro V: radiculopatía y pérdida de la integridad del segmento de movimiento.

Descripción y comprobación: el paciente reúne los criterios de los grados EBD III y IV, es decir: existe una radiculopatía y una pérdida de la integridad del segmento de movimiento.

Inclusiones estructurales: existe una afectación estructural así como una afectación neurológica motora documentada.

Porcentaje de discapacidad: 25%

Grado EBD lumbosacro VI: síndrome de la cola de caballo sin signos intestinales o vesicales.

Descripción y comprobación: el paciente presenta un síndrome de la cola de caballo con una pérdida parcial, bilateral y objetivamente demostrada de la función de las extremidades inferiores. Puede existir o no una pérdida de la integridad del segmento de movimiento. No se ha demostrado de una forma objetiva una deficiencia intestinal o vesical.

Inclusiones estructurales: no existe ninguna definitiva de este grado.

Porcentaje de discapacidad: 40%

Grado EBD lumbosacro VII: síndrome de la cola de caballo con deficiencia intestinal o vesical.

Descripción y comprobación: existe un síndrome de la cola de caballo como se define en el grado VI y el paciente presenta una afectación intestinal y vesical que requiere un dispositivo adaptativo.

Inclusiones estructurales: no existe ninguna definitiva de este grado.

Porcentaje de discapacidad: 60%

Grado EBD lumbosacro VIII: paraplejía, pérdida total de la función de la región lumbosacra de la médula espinal.

Descripción y comprobación: el paciente presenta una paraplejía completa o casi completa debida a compresión neural en la región lumbar de la columna.

Inclusiones estructurales: no existe ninguna definitiva de este grado.

Porcentaje de discapacidad: 75% (7)



REGIÓN DORSOLUMBAR

Grado EBD dorsolumbar I: molestias o síntomas.

Descripción y comprobación: el paciente no presenta signos clínicos importantes, ni defensa muscular, ni deficiencia neurológica demostrable, ni pérdida importante de la integridad estructural, ni signos de deficiencia relacionada con alguna lesión o enfermedad.

Inclusiones estructurales: ninguna

Porcentaje de discapacidad: 0%





Grado EBD dorsolumbar II: deficiencia menor.

Descripción y comprobación: La historia clínica y los hallazgos de la exploración son compatibles con una lesión o enfermedad específica y pueden incluir defensa muscular importante intermitente o continuada, pérdida no uniforme de la amplitud de movimiento (factor diferenciador nº 1) o molestias radiculares no verificables. No existen signos objetivos de radiculopatía ni pérdida de la integridad estructural.

Inclusiones estructurales:

- 1.- Compresión de un cuerpo vertebral menor del 25%.
- 2.- Fractura del elemento posterior sin luxación y no debida a espondilolisis evolutiva que está consolidando sin pérdida de la integridad estructural o radiculopatía.

Porcentaje de discapacidad: 5%

Si el paciente es clasificado en el grado dorsolumbar II debido a la presencia de una inclusión estructural y presenta signos de fascículos largos, el evaluador debe consultar los grados dorsolumbares VI, VII u VIII y combinar ambas valoraciones.

Grado EBD dorsolumbar III: radiculopatía.

Descripción y comprobación: El paciente presenta una deficiencia neurológica menor de la extremidad inferior relacionada con una lesión dorsolumbar. Esta deficiencia se demuestra mediante la exploración de los reflejos y los hallazgos de atrofia unilateral mayor de 2 cm por encima o debajo de la rodilla y puede comprobarse mediante un estudio electrodiagnósticos. (factores diferenciadores 2, 3 y 4).

Inclusiones estructurales:

- 1.- Compresión de un cuerpo vertebral entre el 25 y el 50%.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I. G. S. S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
 I. G. S. S.


 INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
SECRETARIO DE LA GERENCIA

- 2.- Fractura del elemento posterior, pero no fractura de apófisis trasversas o espinosas, con un desplazamiento leve que reduce el diámetro del conducto vertebral y consolidado sin pérdida de la integridad estructural. Puede existir o no radiculopatía.

Porcentaje de discapacidad: 15%

Si el paciente es clasificado en el grado dorsolumbar III debido a la presencia de una inclusión estructural y presenta signos de fascículos largos, el evaluador debe consultar los grados dorsolumbares VI, VII u VIII y combinar ambas valoraciones.

Grado EBD dorsolumbar IV: pérdida de integridad del segmento de movimiento o afectación neurológica a varios niveles.

Descripción y comprobación: el paciente presenta una pérdida de un segmento de movimiento o de la integridad estructural. Existe una historia documentada de defensa muscular y dolor.

Si existe una pérdida de la integridad de un segmento de movimiento, no es necesaria la presencia de una radiculopatía tal como se define en el grado III dorsolumbar. Para que un paciente sea asignado al grado dorsolumbar IV debido a una radiculopatía, esta debe ser bilateral o afectar a varios niveles.

Los factores diferenciadores de este grado son los números 2, 3 y 4.

Inclusiones estructurales:

- 1.- Compresión de un cuerpo vertebral mayor del 50% sin afectación neurológica residual.
- 2.- Afectación de un segmento de movimiento a varios niveles, como una luxación o una fractura a varios niveles.

Porcentaje de discapacidad: 20%








Si el paciente es clasificado en el grado dorsolumbar IV debido a la presencia de signos dorsales y también presenta signos de fascículos largos, el evaluador debe consultar los grados dorsolumbares VI, VII u VIII y combinar ambas valoraciones.

Grado EBD dorsolumbar V: radiculopatía y pérdida de la integridad del segmento de movimiento.

Descripción y comprobación: el paciente presenta una deficiencia de las extremidades inferiores, tal como se define en el grado EBD III e indicada por los factores diferenciadores 2, 3, y 4, y una pérdida de la integridad estructural (factor diferenciador 5) tal como se define en el grado EBD IV.

Inclusiones estructurales: existe una afectación estructural que causa un déficit neurológico motor pero no un síndrome de la cola de caballo.

Porcentaje de discapacidad: 25%

Una estimación de deficiencia del grado EBD dorsolumbar V que incluye deficiencias de los sistemas musculoesquelético y nervioso no debe combinarse con una estimación de los grados dorsolumbares VI a VIII, ya que se magnificaría la deficiencia estimada.

Si el evaluador considera adecuado complementar una deficiencia dorsolumbar de grado V con una deficiencia dorsolumbar de los grados VI, VII u VIII relacionada con signos de fascículos largos, el examinador debe combinar la estimación del 20% del grado IV (pérdida de la integridad de un segmento de movimiento) o la estimación del 15% del grado III (radiculopatía) con el porcentaje adecuado que represente los signos de fascículos largos de los grados VI, VII u VIII.



Grado EBD dorsolumbar VI: síndrome de la cola de caballo sin signos intestinales o vesicales.

Descripción y comprobación: el paciente presenta un síndrome de la cola de caballo con afectación grave y demostrada objetivamente, con pérdida parcial de la utilización de una o las dos extremidades inferiores que requiere el uso de un dispositivo externo para la deambulaci3n. No existe deficiencia intestinal o vesical.

Si no se requiere la utilizaci3n de un dispositivo externo para la deambulaci3n se debe asignar al paciente al grado V.

Inclusiones estructurales: no existe ninguna definitiva de este grado.

Porcentaje de discapacidad: 40 %

Las estimaciones de deficiencia del grado dorsolumbar VI deben combinarse con la estimaci3n correspondiente de los grados dorsolumbares II, III o IV.

Grado EBD dorso lumbar VII: síndrome de la cola de caballo con deficiencia grave de la funci3n intestinal o vesical.

Descripci3n y comprobaci3n: existe una deficiencia grave de la extremidad inferior como se define en el grado VI y una afectaci3n intestinal y vesical permanente que requiere un dispositivo adaptativo externo.

Inclusiones estructurales: no existe ninguna definitiva de este grado.

Porcentaje de discapacidad: 60%

Las estimaciones de deficiencia del grado dorsolumbar VII deben combinarse con la estimaci3n correspondiente de los grados dorsolumbares II, III o IV.



 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACI3N DE INCAPACIDADES
 JEFE
 I. G. S. S.



 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACI3N DE INCAPACIDADES
 SUBJEFE
 I. G. S. S.


 INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
 SECRETARÍO DE LA GERENCIA

Grado EBD dorso lumbar VIII: paraplejía.

Descripción y comprobación: el paciente presenta una pérdida total o casi total de la función de las extremidades inferiores con o sin pérdida de la función intestinal o vesical.

Inclusiones estructurales: no existe ninguna definitiva de este grado.

Porcentaje de discapacidad: 75%

Las estimaciones de deficiencia del grado dorsolumbar VIII deben combinarse con la estimación correspondiente de los grados dorsolumbares II, III o IV. (7)

REGIÓN CERVICODORSAL

Grado EBD cervicodorsal I: molestias o síntomas.

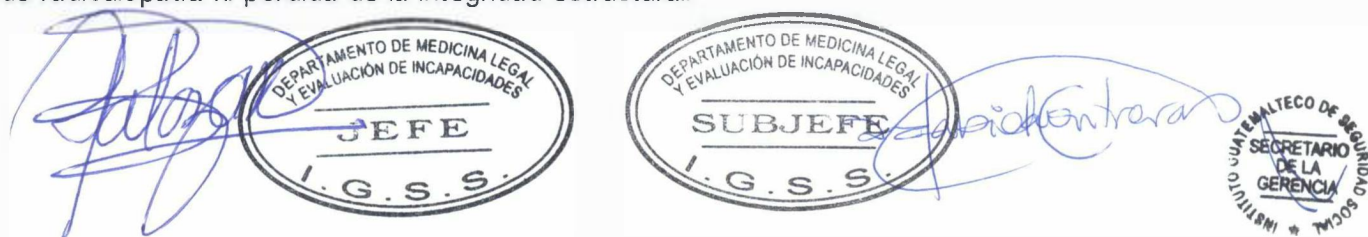
Descripción y comprobación: el paciente no presenta signos clínicos importantes, ni defensa muscular, ni deficiencia neurológica demostrable, ni pérdida importante de la integridad estructural, ni signos de deficiencia relacionada con alguna lesión o enfermedad.

Inclusiones estructurales: ninguna

Porcentaje de discapacidad: 0%

Grado EBD cervicodorsal II: deficiencia menor.

Descripción y comprobación: La historia clínica y los hallazgos de la exploración son compatibles con una lesión o enfermedad específica y pueden incluir defensa muscular importante intermitente o continuada, pérdida no uniforme de la amplitud de movimiento (factor diferenciador nº 1) o molestias radiculares no verificables. No existen signos objetivos de radiculopatía ni pérdida de la integridad estructural.



Inclusiones estructurales:

- 1.- Compresión de un cuerpo vertebral menor del 25%.
- 2.- Fractura del elemento posterior sin luxación y no debida a espondilolisis evolutiva, consolidada sin pérdida de la integridad estructural o radiculopatía.

Porcentaje de discapacidad: 5%

Si el paciente es clasificado en el grado cervicodorsal II y también presenta signos de fascículos largos, el evaluador debe consultar los grados cervicodorsales VI, VII u VIII y combinar ambas valoraciones.

Grado EBD cervicodorsal III: radiculopatía.

Descripción y comprobación: El paciente presenta signos importantes de radiculopatía como: pérdida de reflejos importante o atrofia unilateral mayor de 2 cm por encima o debajo del codo que puede comprobarse mediante un estudio electrodiagnóstico. (factores diferenciadores 2, 3 y 4).

Inclusiones estructurales:

- 1.- Compresión de un cuerpo vertebral entre el 25 y el 50%.
- 2.- Fractura del elemento posterior, pero no fractura de apófisis trasversas o espinosas, con desplazamiento leve que reduce el diámetro del conducto vertebral y consolidada sin pérdida de la integridad estructural. Puede existir o no radiculopatía.

Porcentaje de discapacidad: 15%

Si el paciente es clasificado en el grado cervicodorsal III debido a la presencia de una inclusión estructural y presenta signos de fascículos largos, el evaluador debe consultar los grados cervicodorsales VI, VII u VIII y combinar ambas valoraciones.







Grado EBD cervicodorsal IV: pérdida de integridad del segmento de movimiento o afectación neurológica a varios niveles.

Descripción y comprobación: el paciente presenta una pérdida de integridad del segmento de movimiento o una radiculopatía que debe ser bilateral o afectar a varios niveles. Debe existir una historia documentada de defensa muscular y dolor.

Los factores diferenciadores de este grado son los números 2, 3, 4 y 5.

Inclusiones estructurales:

- 1.- Compresión de un cuerpo vertebral mayor del 50% sin afectación neurológica residual.
- 2.- Afectación estructural de un segmento de movimiento a varios niveles, como una luxación o una fractura a varios niveles, sin afectación neurológica motora residual.

Porcentaje de discapacidad: 25%

Si el paciente es clasificado en el grado cervicodorsal IV y también presenta signos de fascículos largos, el evaluador debe consultar los grados cervicodorsales VI, VII u VIII y combinar ambas valoraciones.

Grado EBD cervicodorsal V: afectación neurológica grave de la extremidad superior.

Descripción y comprobación: el paciente presenta una deficiencia de la extremidad superior importante que requiere la utilización de un dispositivo externo funcional o adaptativo de la extremidad superior. Puede existir una pérdida neurológica total a un solo nivel o una pérdida neurológica grave a varios niveles.



Inclusiones estructurales: existe una afectación estructural que causa un déficit motor grave de la extremidad superior pero sin afectación grave de la extremidad inferior.

Porcentaje de discapacidad: 35%

Si el paciente es clasificado en el grado cervicodorsal V y también presenta signos de fascículos largos, el evaluador debe consultar los grados cervicodorsales VI, VII u VIII y combinar ambas valoraciones.

Grado EBD cervicodorsal VI: síndrome de la cola de caballo sin signos intestinales o vesicales.

Descripción y comprobación: el paciente presenta un síndrome de la cola de caballo con afectación grave y demostrada objetivamente con pérdida parcial de la utilización de una o las dos extremidades inferiores que requiere el uso de un dispositivo externo para la deambulación. No existe deficiencia intestinal o vesical.

Si no se requiere la utilización de un dispositivo externo para la deambulación se debe asignar al paciente al grado cervicodorsal V.

Inclusiones estructurales: no existe ninguna definitoria de este grado.

Porcentaje de discapacidad: 40%

Las estimaciones de deficiencia del grado cervicodorsal VI deben combinarse con la estimación correspondiente de los grados cervicodorsales II, III, IV o V.








Grado EBD cervicodorsal VII: síndrome de la cola de caballo con afectación intestinal o vesical.

Descripción y comprobación: existe una deficiencia grave de la extremidad inferior como se define en el grado VI y una afectación intestinal y vesical permanente que requiere un dispositivo adaptativo externo.

Inclusiones estructurales: no existe ninguna definitiva de este grado.

Porcentaje de discapacidad: 60%

Las estimaciones de deficiencia del grado cervicodorsal VII deben combinarse con la estimación correspondiente de los grados cervicodorsales II, III, IV o V.

Grado EBD cervicodorsal VIII: paraplejía, pérdida total de la función de la extremidad inferior.

Descripción y comprobación: el paciente presenta una pérdida total o casi total de la función de la extremidad inferior con o sin pérdida de la función intestinal o vesical.

Inclusiones estructurales: no existe ninguna definitiva de este grado.

Porcentaje de discapacidad: 75%

Las estimaciones de deficiencia del grado cervicodorsal VIII deben combinarse con la estimación correspondiente de los grados cervicodorsales II, III, IV o V.



Tabla 48: Grados EBD de deficiencia de la columna vertebral (7)

Grado EBD de deficiencia	Descripción	porcentaje de discapacidad	Combinación con fascículos largos VI VII VIII
Lumbosacra:			
I	Molestias o síntomas.	0	
II	Deficiencia menor: signos clínicos de lesión lumbar sin radiculopatía ni pérdida de integridad del segmento de movimiento.	5	
III	Radiculopatía.	10	
IV	Pérdida de integridad del segmento de movimiento.	20	
V	Radiculopatía y pérdida de integridad del segmento de movimiento.	25	
VI	Síndrome de la cola de caballo sin deficiencia intestinal o vesical.	40	
VII	Síndrome de la cola de caballo con deficiencia intestinal o vesical.	60	
VIII	Paraplejía	75	
Dorsolumbar:			
I	Molestias o síntomas.	0	
II	Deficiencia menor: A. signos clínicos de lesión dorsolumbar sin radiculopatía ni pérdida de integridad del segmento de movimiento. B. Inclusiones estructurales: compresión de cuerpo vertebral < del 25% o fractura del elemento posterior sin luxación.	5	43 62 76
III	Radiculopatía: A. Signos neurológicos de deficiencia del miembro B. Inclusiones estructurales: compresión de cuerpo vertebral entre 25 y 50% o fractura del elemento posterior que interrumpe el conducto vertebral.	15	43 66 76
IV	Pérdida de integridad del segmento de movimiento o afectación neurológica a varios niveles.	20	49 66 79
V	Radiculopatía y pérdida de integridad del segmento de movimiento.	25	49 66 79
VI	Síndrome de la cola de caballo sin deficiencia intestinal o vesical.	40	52 68 80
VII	Síndrome de la cola de caballo con deficiencia intestinal o vesical.	60	
VIII	Paraplejía	75	
Cervicodorsal:			
I	Molestias o síntomas.	0	
II	Deficiencia menor: signos clínicos de lesión cervical sin radiculopatía ni pérdida de integridad del segmento de movimiento	5	43 62 76
III	Radiculopatía.	15	49 66 79
IV	Pérdida de integridad del segmento de movimiento o afectación neurológica a varios niveles.	25	55 70 81
V	Afectación neurológica grave de extremidad superior: pérdida de función a uno o varios niveles.	35	61 74 84
VI	Síndrome de la cola de caballo sin deficiencia intestinal o vesical.	40	
VII	Síndrome de la cola de caballo con deficiencia intestinal o vesical.	60	
VIII	Paraplejía	75	






MODELO DE LA AMPLITUD DE MOVIMIENTO

Este método representa el segundo de los recomendados para la evaluación de la deficiencia de la columna y deberá utilizarse sólo en caso de que no se pueda aplicar el “modelo de la lesión”.

Para la evaluación de la columna mediante el modelo de la amplitud de movimiento se combinan los porcentajes de discapacidad resultantes de la valoración de 3 componentes:

1. Deficiencia por trastornos específicos de la columna (tabla 49).
2. Deficiencia por limitación de movimiento (tablas 50 a 53).
3. Deficiencia neurológica (tabla 54).

ESTIMACIÓN DEL PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD

1. Seleccione la región cervical, dorsal o lumbar afectada principalmente y utilizando la tabla 49 determine el porcentaje de discapacidad correspondiente al trastorno específico de columna.


DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
I. G. S. S.


DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
I. G. S. S.


INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD SOCIAL
SECRETARÍA DE LA GERENCIA

Sólo debe tenerse en cuenta el diagnóstico más importante.

2. Evalúe la amplitud de movimiento en los planos sagital, frontal y transversal, según se especifica mas adelante y determine el porcentaje de discapacidad mediante las tablas correspondiente.
3. Combine los porcentajes de discapacidad correspondientes al trastorno específico y a la limitación de movimiento.
4. Repita los pasos 1 a 3 para las otras dos regiones si existe en ellas afectación.
5. Combine los porcentajes de discapacidad obtenidos en cada región, si existen.
6. Determine la discapacidad debida a déficit neurológico según la sección 6 de la extremidad superior y la tabla 54 sobre deficiencias de las raíces nerviosas lumbares.
7. Combine el porcentaje de discapacidad obtenido en el punto 5, con el correspondiente al déficit neurológico. (7)

Deficiencias por trastornos específicos de la columna

Se evaluarán según la siguiente tabla: (7)



Tabla 49

Trastorno	Cervical	Dorsal	Lumbar
I. Fracturas:			
A. Compresión de un cuerpo vertebral			
0 - 25 %	4	2	5
26 - 50 %	6	3	7
> 50 %	10	5	12
B. Fractura de un elemento posterior (pedículo, lámina, apófisis articulares, apófisis transversa)	4	2	5
Una deficiencia debida a compresión de una vértebra y una debida a fractura de cuerpo vertebral se combinan.			
Las fracturas o compresiones de varias vértebras se combinan			
C. Luxación reducida de una vértebra	5	3	6
Si se luxan y reducen dos o más vértebras, combine las estimaciones de deficiencia.			
Si no es posible la reducción, la deficiencia se evalúa en función de la amplitud de movimiento y de los hallazgos neurológicos			
II. Lesión del disco intervertebral o de otros tejidos blandos			
A. No operada, sin signos o síntomas residuales	0	0	0
B. No operada, estable, con lesión dolor y rigidez asociados a alteraciones degenerativas <i>ausentes a mínimas</i> en las pruebas estructurales, como la Rx y la Resonancia.	4	2	5
C. No operada, estable, con lesión dolor y rigidez asociados a alteraciones degenerativas <i>moderadas a graves</i> en las pruebas estructurales; incluye hernia del núcleo pulposo con o sin radiculopatía.	6	3	7
D. Lesión discal tratada quirúrgicamente sin signos o síntomas residuales; incluye la inyección del disco.	7	4	8
E. Lesión discal tratada quirúrgicamente con dolor y rigidez residuales documentadas médicamente.	9	5	10
F. Lesión a múltiples niveles, con o sin operaciones y con o sin signos o síntomas residuales.	Sume un 1% por cada nivel		
G. Operaciones múltiples con o sin síntomas residuales:			
Segunda operación	Sume un 2%		
Tercera o posteriores operaciones	Sume 1% por cada operación		
III. Espondilolisis y espondilolistesis, no operadas			
A. Espondilolisis o espondilolistesis de grado I (deslizamiento entre 1-25%) o II (deslizamiento entre 26-50%) acompañada de lesión estable documentada y de dolor y rigidez con o sin espasmo muscular	6	3	7
B. Espondilolisis o espondilolistesis de grado III (deslizamiento entre 51-75%) o IV (deslizamiento entre 76-100%) acompañada de lesión estable documentada y de dolor y rigidez con o sin espasmo muscular.	8	4	9
IV Estenosis vertebral, inestabilidad segmentaria, espondilolistesis, fractura o luxación operada			
A. Descompresión a un nivel sin artrodesis vertebral y sin síntomas residuales	7	4	8
B. Descompresión a un nivel con signos o síntomas residuales	9	5	10
C. artrodesis vertebral a un nivel con o sin descompresión sin signos o síntomas residuales	8	4	9
D. Artrodesis vertebral a un nivel con o sin descompresión con signos o síntomas residuales.	10	5	12
E. Lesión a múltiples niveles, operada, con dolor y rigidez residuales con o sin espasmo muscular	Sume 1% por cada nivel		
Segunda operación	Sume un 2%		
Tercera o posteriores operaciones	Sume 1% por cada operación		


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I. G. S. S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
 I. G. S. S.


 INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL
 SECRETARÍA DE LA GERENCIA

Deficiencias por limitación de movimiento y anquilosis

La columna vertebral está caracterizada por una pluralidad de segmentos de movimiento en cada región, con vértebras que se desplazan de forma conjunta e independiente; esto hace que la ausencia total de movimiento sea poco frecuente; así pues se considerará que existe anquilosis cuando el sujeto no pueda alcanzar la posición neutral de 0° y se tomará como posición de anquilosis, la posición o ángulo de restricción más cercano a la posición neutral. En este caso no se realizará valoración por limitación de movimiento en ese plano. (10)

Si el movimiento de la articulación o región examinada cruza en algún plano la posición neutral de 0° , el evaluador debe utilizar la sección de limitación de movimiento de la tabla correspondiente.

Una deficiencia basada en la pérdida de movilidad sólo será válida si existen datos médicos de lesión o enfermedad documentada con una secuela fisiológica.

Si una región presenta deficiencias de la amplitud de movimiento en más de un plano y además deficiencia por anquilosis se suman aquellas y el total se combina con esta última. (7)

REGIÓN CERVICAL

• Flexión y extensión.-

La amplitud media de flexión-extensión es de 110° (50° flexión, 60° extensión)

1. Obtenga los ángulos de flexión y extensión cervical y consulte la sección limitación de movimiento de la tabla 50 para determinar el porcentaje de discapacidad.



2. Sume los porcentajes de discapacidad correspondientes a limitación de flexión y extensión.
3. Si existe anquilosis, determine si es en flexión o extensión, obtenga el ángulo de anquilosis y consulte el porcentaje de deficiencia en la sección anquilosis de la tabla 50.

• **Flexión lateral.**

La amplitud media de flexión lateral es de 90° (45° flexión lateral derecha, 45° flexión lateral izquierda)




1. Obtenga los ángulos de flexión lateral cervical y consulte la sección limitación de movimiento o anquilosis de la tabla 50 para determinar el porcentaje de discapacidad.
2. Sume los porcentajes de discapacidad correspondientes a limitación de la flexión lateral derecha e izquierda.
3. Si existe anquilosis, determine si es en flexión lateral derecha o izquierda, obtenga el ángulo de anquilosis y consulte el porcentaje de deficiencia en la sección anquilosis de la tabla 50.

• **Rotación**

La amplitud media de rotación cervical es de 160° (80° R. Derecha, 80° R. Izquierda).

1. Obtenga los ángulos de rotación cervical derecha e izquierda y consulte la sección limitación de movimiento o anquilosis de la tabla 50 para determinar el porcentaje de discapacidad.
2. Sume los porcentajes de discapacidad correspondientes a la limitación de la rotación derecha e izquierda.



3. Si existe anquilosis, determine si es en rotación derecha o izquierda, obtenga el ángulo de anquilosis y consulte el porcentaje de discapacidad en la sección anquilosis de la tabla 50.

Tabla 50: Deficiencia de la región cervical debida a limitación de movimiento y anquilosis (7)

Limitación de movimiento	Grados de movimiento cervical		Porcentaje de discapacidad	Anquilosis	Porcentaje de discapacidad
	Perdidos	Conservados			
a) Flexión:				a) flexión:	
0°	50	0	5	0° (posición neutral)	12
15°	30	15	4	15°	20
30°	15	30	2	30°	30
50°	0	50	0	50° (flexión máxima)	40
b) Extensión:				b) extensión:	
0°	60	0	6	0° (posición neutral)	12
20°	40	20	4	20°	20
40°	20	40	2	40°	30
60°	0	60	0	60° (extensión máxima)	40
c) Flexión lateral:				c) Flexión lateral:	
0°	45	0	4	0° (posición neutral)	8
15°	30	15	2	15°	20
30°	15	30	1	30°	30
45°	0	45	0	45° (flexión máxima)	40
d) Rotación:				d) Rotación:	
0°	80	0	6	0° (posición neutral)	12
20°	60	20	4	20°	20
40°	40	40	2	40°	30
60°	20	60	1	60°	40
80°	0	80	0	80° (rotación máxima)	50

REGIÓN DORSAL

• Flexión y extensión.-

La amplitud media de flexión-extensión es de 50° (50° flexión, 0° extensión)

La flexo-extensión dorsal es un movimiento relativamente limitado. El grado de extensión está determinado principalmente por la postura del sujeto y por el grado de cifosis o curvatura fija de la región dorsal.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I. G. S. S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
 I. G. S. S.

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURO SOCIAL
 SECRETARÍA DE LA GERENCIA

1. Obtenga los ángulos de cifosis mínima y flexión dorsal y consulte la sección limitación de movimiento de la tabla 51 para determinar el porcentaje de discapacidad.
2. Si existe anquilosis, determine su ángulo y consulte el porcentaje de deficiencia en la sección anquilosis de la tabla 51.

• Rotación

La amplitud media de rotación dorsal es de 60° (30° rotación derecha, 30° rotación izquierda).

1. Obtenga los ángulos de rotación dorsal derecha e izquierda y consulte la sección limitación de movimiento o anquilosis de la tabla 51 para determinar el porcentaje de discapacidad.
2. Sume los porcentajes de discapacidad correspondientes a limitación de la rotación derecha e izquierda.
3. Si existe anquilosis, determine si es en rotación derecha o izquierda, obtenga su ángulo y consulte el porcentaje de deficiencia en la sección anquilosis de la tabla 51
4. La escoliosis dorsal se evaluará como anquilosis en rotación derecha o izquierda. (7)



Tabla 51: Deficiencia de la región dorsal debido a limitación de movimiento y anquilosis.

Limitación de movimiento	Grados de movimiento dorsal		Porcentaje de discapacidad
	Perdidos	Conservados	
a) Flexión hasta:			
0°	50	0	4
15°	35	15	2
30°	20	30	1
50°	0	50	0
b) Rotación derecha o izquierda hasta:			
0°	30	0	3
10°	20	10	2
20°	10	20	1
30°	0	30	0
Anquilosis y escoliosis			
a) Flexión:			
- 30° (lordosis dorsal)			20
0° (posición neutral)			0
60°			5
80°			20
100°			40
b) Rotación:			
0° (posición neutral)			6
5°			10
25°			20
35° (rotación derecha o izquierda máxima)			30

REGIÓN LUMBOSACRA

• Flexión y extensión

La flexión lumbar es un movimiento compuesto de la columna lumbar y las caderas determinado a nivel del sacro, en el que la flexión a nivel sacro o de las caderas supone al menos el 50% de la flexión total, mientras que la flexión de la columna representa el resto.

La amplitud media de flexión-extensión es 120° (90° flexión, 30° extensión)



1. Obtenga los ángulos de flexión y extensión lumbar y consulte la sección limitación de movimiento de la tabla 52 para determinar el porcentaje de discapacidad.
2. Suma los porcentajes de discapacidad correspondientes a limitación de la flexión y extensión
3. Si existe anquilosis, determine su ángulo y consulte el porcentaje de discapacidad en la sección anquilosis de la tabla 52.

Tabla 52: Deficiencia de la región lumbosacra debida a limitación de flexión-extensión. (7)

La proporción de la flexión y la extensión respecto a la totalidad del movimiento lumbosacro es del 75%				
Ángulo de flexión sacra (cadera)	Ángulo de flexión real lumbar	porcentaje de discapacidad	Extensión real lumbar	porcentaje de discapacidad
+ de 45°	+ de 60°	0	0°	7
	45°	2	10°	5
	30°	4	15°	3
	15°	7	20°	2
	0°	10	25°	0
30 - 45°	+ de 40°	4		
	20°	7		
	0°	10		
0 - 29°	+ de 30°	5		
	15°	8		
	0°	11		

Flexión lateral

La amplitud media de flexión lateral es de 50° (25° flexión lateral derecha, 25° flexión lateral izquierda)

1. Obtenga los ángulos de flexión lateral lumbosacra consulte la sección limitación de movimiento o anquilosis de la tabla 53 para determinar el porcentaje de discapacidad.
2. Suma los porcentajes de discapacidad correspondientes a la limitación de la flexión lateral derecha e izquierda.



3. Si existe anquilosis, determine si es en flexión lateral derecha o izquierda, obtenga su ángulo y consulte el porcentaje de deficiencia en la sección anquilosis de la tabla 53.
4. La escoliosis lumbar se evaluará como anquilosis en flexión lateral derecha o izquierda.

Tabla 53: Deficiencia de la región lumbosacra debida a limitación de flexión lateral y anquilosis. (7)

Limitación de movimiento	Grados de movimiento lumbosacro		Porcentaje de discapacidad
	Perdidos	Conservados	
a) Flexión lateral derecha o izquierda hasta:			
0°	25	0	5
10°	15	10	3
15°	10	15	2
20°	5	20	1
25°	0	25	0
d) Anquilosis en:			
0° (posición neutral)			10
30°			20
45°			30
60°			40
75° (flexión máxima)			50

Componente basado en el déficit neurológico

Las raíces nerviosas que se asocian con mayor frecuencia a las deficiencias de la extremidad inferior se relacionan en la tabla 54, la cual ofrece estimaciones de deficiencia máxima de la extremidad inferior por déficit sensorial y motor unilateral.

Para graduar la deficiencia el evaluador debe seguir los procedimientos descritos en las tablas 21 y 22.




Si la deficiencia de una raíz es tanto sensorial como motora, se determinan los porcentajes de deficiencia de los dos tipos y se combinan para determinar la deficiencia de la extremidad inferior.

Si están afectadas las dos extremidades inferiores se determina el porcentaje de discapacidad de cada una de ellas por separado y posteriormente se combinan los porcentajes. (10)

Tabla 54: Deficiencia radicular unilateral (7)

Raíz nerviosa	% máximo por pérdida de la función		
	Déficit sensorial	Déficit motor	Deficiencia extremidad inferior
L3	5	20	0-24
L4	5	34	0-37
L5	5	37	0-40
L6	5	20	0-24



REUMATOLOGIA

Para evaluar el menoscabo en la capacidad de trabajo de los Impedimentos por causa Reumatológica es fundamental tener presente que el diagnóstico de estas patologías se debe realizar en base a criterios clínicos, estudios imagenológicos y exámenes de laboratorio. Debe asegurarse que el trabajador haya recibido tratamiento suficiente y adecuado, de acuerdo a planes terapéuticos actuales. (2)

La discapacidad debe tener como mínimo un año de evolución para determinar que no habrá recuperación funcional parcial o total, así como posterior a tratamientos quirúrgicos se debe esperar por lo menos un período de 6 meses para evaluar y cuantificar dicha discapacidad.

CRITERIOS PARA LA ASIGNACIÓN DE GRADOS DE DISCAPACIDAD GLOBAL CAUSADO POR ENFERMEDADES REUMÁTICAS INFLAMATORIAS (2)

Clase 1

0% -10% Disc.

- Existen síntomas de inflamación articular o colágeno vascular consistentes en artralgas migratorias, rigidez articular matutina, sin signos de sinovitis, deformaciones o compromiso del estado general.
- Los exámenes de laboratorio y gabinete no tienen alteraciones significativas.
- Estos síntomas tienen al menos seis meses de evolución y no ocasionan limitación en las actividades laborales.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I. G. S. S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
 I. G. S. S.

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
 SECRETARIO DE LA GERENCIA

Clase 2**11% - 25% Disc.**

- Existen síntomas y signos de inflamación articulares o colágeno vascular consistente en: poliartralgias, poliartritis simétricas o migratoria, rigidez matutina de las articulaciones, sinovitis, sin deformaciones ni desviaciones.
 - No hay limitación para las actividades laborales.
-

Clase 3**26% - 45% Disc.**

- Existen síntomas y signos de inflamación articular o colágeno vascular con poliartralgias, poliartritis simétricas o migratorias, rigidez articular matutina, sinovitis articular sin deformaciones o desviaciones.
 - Los rangos de movilidad articular están limitados en sus últimos grados y existe limitación en las actividades laborales que requieren gran demanda física.
 - Las radiografías demuestran pinzamiento articular y pequeñas erosiones.
-

Clase 4**46% - 65% Disc.**

- Existen síntomas y signos de inflamación articular o colágeno vascular y se agrega la existencia de deformaciones, desviaciones articulares, o ambas. Exámenes de laboratorio y por imágenes concluyentes de daño cartilaginoso.
- No existe compromiso de otros órganos (riñón, corazón etc.)
- El tratamiento continuo controla parcialmente los síntomas y existe una limitación de la capacidad funcional para realizar las actividades laborales.



Clase 5**66% - 80% Disc.**

- Existe impedimento inflamatorio poliarticular o colagenovascular con severas secuelas osteoarticulares, musculares o cutáneas (artrosis secundaria, subluxaciones, anquilosis fibrosa y ósea, atrofia muscular, fibrosis cutánea etcétera), que permite el desarrollo mínimo de las actividades personales de la vida diaria, pero no la realización de las actividades laborales.
- Existe además compromiso multisistémico comprobable por los exámenes correspondientes. (2)

VALORACION DEL MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTOS REUMATICOS DEGENERATIVOS

La valoración de los menoscabos por Artrosis debe basarse en la existencia propia de la enfermedad, en las limitaciones de las articulaciones y los procesos compresivos neurales. Con tal objetivo hay que remitirse a la sección del Sistema Musculoesquelético que le corresponda.



SISTEMA NERVIOSO

Este capítulo proporciona la metodología para evaluar los impedimentos del sistema nervioso. La valoración de incapacidad que una enfermedad del sistema nervioso produzca en la capacidad de trabajo, será evaluada luego que se hallan aplicado las correspondientes medidas terapéuticas (medicamentosas, quirúrgicas y de rehabilitación); o después de un tiempo de ocurrido él o los episodios agudos. (2)

ENCÉFALO(CEREBRO).

Las deficiencias que derivan con mayor frecuencia de anomalías encefálicas son:

- 1) **Alteraciones del estado mental y de la función integradora.**
- 2) **Alteraciones emocionales o conductuales.**
- 3) **Afasia o alteraciones de la comunicación.**
- 4) **Alteraciones del nivel de consciencia y vigilia.**
- 5) Trastornos del sueño y del despertar (o de la alerta y el sueño)
- 6) Trastornos neurológicos episódicos (epilepsias).
- 7) Anomalías motoras o sensoriales y trastornos del movimiento (ataxias, etc.)

Un mismo paciente puede presentar varios tipos de disfunción cerebral señalados. Para evaluar la discapacidad debe utilizarse sólo la más grave de las cuatro primeras. Las discapacidades originadas por las tres últimas clases de deficiencias pueden combinarse entre si y con la más grave de las cuatro primeras, mediante la tabla de valores combinados.



Alteraciones del estado mental y de la función integradora. Alteraciones emocionales o conductuales.

La valoración de la discapacidad derivada de estas anomalías se realizará de acuerdo con los criterios definidos en el capítulo de trastornos mentales.

Afasia o alteraciones de la comunicación.

Para la valoración de la discapacidad originada por este tipo de deficiencia se utilizarán los criterios definidos en el capítulo de lenguaje.



Alteraciones del nivel de consciencia y vigilia.

Serán objeto de valoración las alteraciones de nivel de consciencia, obnubilación, somnolencia, estupor y coma.

Se considerará la alteración de la consciencia como crónica cuando su evolución sea superior a 3 meses. (7)

Cuando las alteraciones aquí contempladas sean continuas, es decir, no cursen por brotes, la alteración de la consciencia, incluso en sus formas más leves como la obnubilación, incapacitan al paciente para las actividades de la vida diaria. Por este motivo estas alteraciones serán valoradas con un porcentaje de discapacidad igual a 75%. (7)

La evaluación de la discapacidad originada por estos trastornos se realizará aplicando los criterios definidos en la Tabla 1.



Trastornos de la alerta y el sueño

El trastorno del sueño deberá haber sido comprobado mediante pruebas objetivas.

La valoración requerirá que el trastorno sea crónico y no responda al tratamiento. Se considerará que se encuentra en esta condición cuando hayan transcurrido seis meses desde la instauración terapéutica adecuada. (7)

Trastornos neurológicos episódicos (epilepsias).

Criterios generales.

El diagnóstico y tipificación de la epilepsia se efectúa en virtud de datos clínicos sobre el comienzo, frecuencia, duración y manifestaciones clínicas. Es una enfermedad primaria o secundaria que habitualmente se controla con tratamiento adecuado, no limitando las actividades del sujeto. En algunas ocasiones y de modo transitorio pueden aparecer crisis comiciales por indisciplina terapéutica, interacciones farmacológicas o por la aparición de enfermedades intercurrentes. En casos poco frecuentes, los pacientes pueden permanecer con crisis repetidas, a pesar del tratamiento correcto (epilepsia refractaria). Sólo serán objeto de valoración este último grupo de pacientes. De un modo general puede señalarse que las epilepsias que cursan con crisis generalizadas (principalmente ausencias y convulsiones tónico-clónicas) siempre del mismo tipo, tendrán una buena respuesta terapéutica. (7)

Para considerar que un paciente se encuentra adecuadamente tratado se precisa la demostración de una correcta dosificación de fármacos antiepilépticos, mediante determinación de niveles plasmáticos de fármacos que deberán encontrarse en rangos terapéuticos.



Será necesario que el paciente haya permanecido con crisis, a pesar del tratamiento correcto, durante más de un año antes de proceder a la valoración.

La discapacidad que produzca la epilepsia dependerá fundamentalmente del número y tipo de crisis. Las crisis generalizadas tipo ausencias y las parciales simples son menos discapacitantes que las restantes crisis generalizadas (mioclónicas, tónicas, tónico-clónicas y atónicas) y que las crisis parciales complejas. Por este motivo, las ausencias y crisis parciales simples sólo serán incluidas en clase 1 o clase II.

Dado que muchas epilepsias aparecidas en la infancia tienen tendencia a estabilizarse con la edad, en estos casos se realizarán revisiones cada 5 años.

La evaluación de las limitaciones en la actividad originada por epilepsias se llevará a cabo aplicando los criterios definidos en la Tabla 1.

Tabla 1: Criterios para la asignación del grado de discapacidad originado por las alteraciones crónicas episódicas del nivel de conciencia y la vigilia, de la alerta y el sueño, y de la epilepsia. (7)

Clase 1: 0%

Paciente con alteración episódica de la consciencia, vigilia, alerta, sueño o epilepsia, correctamente tratado, y/o

El grado de discapacidad es nulo.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I. G. S. S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
 I. G. S. S.

Clase 2: 1 - 24%

Paciente con alteración episódica de la consciencia, vigilia, alerta, el sueño o epilepsia, correctamente tratado, y presenta menos de un episodio mensual (*). El grado de discapacidad es leve.

Clase 3: 25 - 49%

Paciente con alteración episódica de la consciencia, vigilia, alerta, el sueño o epilepsia (excepto ausencias y crisis parciales simples), correctamente tratado y/o presenta de 1 a 3 episodios mensuales que, en situaciones diferentes de la epilepsia, deberán tener la siguiente característica:

Los episodios, incluida la reacción postconfusional, se presentan de modo continuado o intermitente con una duración superior a 4 horas diurnas por día y/o

El grado de discapacidad es moderado.

Clase 4: 50 - 70%

Paciente con alteración episódica de la consciencia, vigilia, alerta, el sueño o epilepsia (excepto ausencias y crisis parciales) correctamente tratado, y/o presenta 4 ó más episodios mensuales que en situaciones diferentes a la epilepsia, deberá tener la siguiente característica:

Los episodios, incluida la reacción postconfusional, se presentan de modo continuado o intermitente, con una duración superior a 4 horas diurnas / día, y/o

El grado de discapacidad es grave.


DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
I. G. S. S.


DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
I. G. S. S.

Clase 5: 75%

Paciente con alteración episódica de la conciencia, la vigilia, la alerta, el sueño o epilepsia correctamente tratado, el grado de discapacidad es Muy grave y depende de otra persona para realizar las actividades de autocuidado.

(*) Con excepción de las ausencias y crisis parciales simples, en las que la frecuencia podrá ser superior a una crisis al día. Estas formas clínicas tendrán una valoración máxima de 24%.

Alteraciones motoras y sensoriales.

Las alteraciones motoras sin paresia o debilidad pueden afectar a las actividades de la vida diaria y causar una discapacidad permanente. Entre ellas, sin que esta enumeración sea exhaustiva, figuran las siguientes: 1) Movimientos involuntarios como temblores, corea, atetosis y hemibalismo; 2) Alteraciones del tono y la postura; 3) Diversas formas de limitación de los movimientos voluntarios, como parkinsonismo con o sin bradicinesia; 4) Deficiencia de movimientos asociados y sinérgicos, como trastornos del sistema extrapiramidal, cerebelo y ganglios basales; 5) Alteraciones de la marcha compleja y de la destreza manual (ataxia).

La evaluación de las deficiencias sensoriales y motoras debidas a trastornos del sistema nervioso central debe documentarse en función de cómo afectan a la capacidad del paciente para realizar las actividades de la vida diaria. Dichas alteraciones se valorarán siguiendo los criterios descritos en las Tablas 3, 4 y 5.

En el supuesto de que la deficiencia del sistema nervioso hubiera producido alteraciones en otros aparatos o sistemas, deberá combinarse las limitaciones en la actividad producida por



las alteraciones motoras y sensoriales con la consecuente al déficit de los otros sistemas afectados.

PARES CRANEALES

Primer par craneal o nervio olfatorio:

La falta de sentido del olfato se valorará con 0%.

Segundo par o nervio óptico:

La valoración de la discapacidad producida por afecciones del nervio óptico se realizará según los criterios especificados en el capítulo de Sistema Visual.

III, IV Y VI Pares craneales (motor ocular común, patético y motor ocular externo)

Inervan los músculos que mueven los ojos y controlan el tamaño de la pupila, deberán valorarse según los criterios descritos en el capítulo correspondiente a Sistema Visual.

V Par craneal ó trigémino:

Es un nervio mixto que posee fibras sensoriales para la cara, la córnea, parte anterior del cuero cabelludo, cavidades nasales, cavidad oral y duramadre supratentorial. Y fibras motoras para los músculos de la masticación.

La neuralgia del trigémino puede ser grave e incontrolable. Si cumple los criterios para ser considerada como permanente, habiéndose agotado toda posible medida terapéutica, la valoración se hará según los criterios siguientes:



Dolor neurálgico facial leve o moderado no controlado: 1 a 24%

Dolor neurálgico intenso uni o bilateral, no controlado: 25 a 35%

El déficit motor puede afectar a la masticación, deglución y fonación. La valoración se efectuará siguiendo los criterios descritos en los capítulos correspondientes.

VII Par o facial:

Es un nervio mixto cuya parte motora inerva los músculos faciales de la expresión y los músculos accesorios de la masticación y deglución. La **pérdida sensorial** no interfiere con las actividades de la vida diaria del paciente, por lo que se asignará un porcentaje de **discapacidad de 0%**. La pérdida del gusto no se considera una deficiencia discapacitante.

La valoración de la discapacidad debida a deficiencia facial motora, se realizará siguiendo los criterios de la tabla 2.

Tabla 2. Criterios para la valoración de la discapacidad por deficiencia del VII par craneal (facial) y región adyacente.

	% de discapacidad
Debilidad facial unilateral leve	1 - 4
Debilidad facial bilateral leve	5 - 19
Parálisis facial <i>unilateral</i> grave con una afectación facial $> \text{ó} = 75 \%$	5 - 19
Parálisis facial <i>bilateral</i> grave con una afectación facial $> \text{ó} = 75 \%$	20 - 45



VIII Par o Auditivo:

Su componente coclear tiene relación con la audición y su componente vestibular con el vértigo, sentido de la posición y la orientación espacial.

Los trastornos auditivos y vértigo, serán valorados siguiendo los criterios descritos en el capítulo correspondiente.

IX Y X Par (Glossofaríngeo y Vago)

Son nervios mixtos que envían fibras al tercio posterior de la lengua, faringe, laringe y traquea, por lo que sus alteraciones pueden dificultar la respiración, deglución, habla y funciones viscerales. La discapacidad originada por estas deficiencias se valorará según los criterios descritos en los capítulos correspondientes.

La neuralgia glossofaríngea persistente a pesar del tratamiento, se valorará con los mismos porcentajes que se adjudican a la neuralgia del trigémino.

XI Par o espinal:

Participa junto al vago, en la innervación de músculos laringeos, pudiendo verse afectada la deglución y el habla cuya valoración se trata en otros capítulos.

También inerva músculos cervicales, esternocleidomastoideo y trapecio, pudiendo afectar al giro de la cabeza y movimiento de los hombros. En este caso se valorará la discapacidad secundaria a estas deficiencias siguiendo los criterios expuestos en el capítulo correspondiente a Sistema Musculoesquelético.



XII Par o Hipogloso:

Es un nervio motor que inerva la musculatura de la lengua, por lo que su déficit bilateral podría causar alteraciones en la deglución, respiración y fonación, debiéndose valorar la discapacidad en los capítulos correspondientes. (7)



MEDULA ESPINAL

La médula espinal conduce impulsos nerviosos relacionados con las funciones motora, sensorial y visceral. (7)

Entre las deficiencias debidas a lesiones medulares figuran las relacionadas con la bipedestación y la marcha, la utilización de las extremidades superiores, las alteraciones de la respiración, la función de la vejiga urinaria y función anorrectal.

Cuando el paciente presente alteraciones en más de una función **motora**, como, por ejemplo, la bipedestación y la marcha y la utilización de miembros superiores, deberán combinarse los porcentajes de discapacidad correspondientes a cada una de ellas. Asimismo, si existe afectación de otros aparatos o sistemas, también serán combinadas sus valoraciones. Las alteraciones **sensoriales**, como la pérdida del tacto, dolor, percepción de la temperatura y sentido vibratorio, posición articular, parestesias, disestesias y la sensibilidad de los miembros fantasma, pueden indicar una disfunción medular. La discapacidad se determina en función de su interferencia con las Actividades de la Vida Diaria.

Bipedestación y marcha

La capacidad para mantener la bipedestación y caminar de forma segura es el criterio que se aplica para la evaluación de diversos síndromes neurológicos que afectan al cerebro, el tronco del encéfalo, la médula espinal y el sistema nervioso periférico. La asignación del porcentaje de discapacidad debido a la alteración de estas funciones, se detallan en la **tabla**

3. (7)

Tabla 3. Criterios de valoración de discapacidad por alteración de la bipedestación y la marcha.	% de discapacidad
El paciente puede levantarse a la posición en bipedestación y caminar, pero tiene dificultad con las elevaciones, desniveles, escaleras, sillas profundas y para caminar largas distancias	1 - 15
El paciente puede levantarse a la posición en bipedestación y caminar cierta distancia con dificultad y sin ayuda, pero sólo en las superficies a nivel	16 - 25
El paciente puede levantarse a la posición en bipedestación y mantenerla con dificultad, pero no puede caminar sin ayuda	26 - 40
El paciente no se puede levantar sin la ayuda de otras personas, un soporte mecánico o una prótesis	41 - 65

Utilización de las extremidades superiores

Las tareas básicas de la vida diaria dependen de la destreza en el uso de las extremidades superiores. Cuando se afecte una sola extremidad, deberán aplicarse los criterios que se describen en la **tabla 4**.

Tabla 4. Criterios para la evaluación de la discapacidad por alteración de una extremidad superior. (7)

	% de discapacidad
El paciente puede utilizar el miembro afectado para el autocuidado, para las actividades diarias y para sujetar, pero tiene dificultad con la destreza de los dedos	1 - 9
El paciente puede utilizar el miembro afectado para el autocuidado, para la prensión y para sujetar objetos con dificultad, pero <i>no</i> tiene destreza con los dedos	10 - 20
El paciente no puede utilizar el miembro afectado para las AVD y tiene dificultad con algunas de las de autocuidado.	21 - 39
El paciente no puede utilizar el miembro afectado para las actividades diarias y de autocuidado.	40 - 49


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I. G. S. S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
 I. G. S. S.

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
 SECRETARÍA DE LA GERENCIA

Cuando el trastorno afecta a las dos extremidades superiores por igual, la discapacidad resultante es mayor que la simple combinación de ambas. Los criterios de valoración en estos casos son los descritos en la **tabla 5**. Cuando estén afectadas ambas extremidades superiores, pero exista clara diferencia en la capacidad conservada entre ellas, se valorarán por separado (Tabla 4), combinándose entre sí estos valores.

Tabla 5. Criterios para valorar la discapacidad por alteración de las dos extremidades superiores. (7)

	% de discapacidad
El paciente puede utilizar las dos extremidades superiores para el autocuidado, para la prensión y para sujetar objetos, pero tiene dificultad con la destreza de los dedos	1 - 24
El paciente puede utilizar las dos extremidades superiores para el autocuidado, para la prensión y para sujetar objetos con dificultad, pero <i>no</i> tiene destreza de los dedos	25 - 49
El paciente no puede utilizar las extremidades superiores para las AVD y tiene dificultad con algunas de las actividades de autocuidado	50 - 70
El paciente no puede utilizar las extremidades superiores para las actividades diarias y de autocuidado	75


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I.G.S.S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJE
 I.G.S.S.

Respiración, Disfunción vesical y anorrectal.

Cuando la deficiencia neurológica afecte dichas funciones, se aplicarán los criterios descritos en el capítulo correspondiente del aparato respiratorio, genitourinario o digestivo.

SISTEMA MUSCULAR Y SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO

Las características y las funciones de estos grupos se describen en el capítulo correspondiente de aparatos y sistemas así como músculoesquelético. (7)

SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO

SNA influye en el funcionamiento de todos los aparatos y sistemas, por lo que las discapacidades que deriven de afecciones disautonómicas, deberán valorarse según los criterios que se describen en cada uno de ellos.



APARATO RESPIRATORIO

En este capítulo se proporcionan criterios para la valoración de la discapacidad producida por deficiencias del aparato respiratorio, consideradas desde el punto de vista de la alteración de la función respiratoria, en la mayor parte de los casos cuantificable mediante pruebas objetivas. (7)

Normas Generales:

1. Sólo serán objeto de valoración aquellos pacientes que padezcan enfermedades crónicas consideradas no recuperables en cuanto a la función, con un curso clínico no inferior a 6 meses desde el diagnóstico e inicio del tratamiento. (7)
2. La valoración de la deficiencia se fundamentará en el resultado de pruebas funcionales objetivas (Espirometría Forzada, Capacidad de Difusión del Monóxido de Carbono y medida de la Capacidad de Ejercicio), complementadas con criterios clínicos.

No deben ser consideradas las alteraciones funcionales transitorias y reversibles de forma espontánea o con tratamiento.

3. En los estados clínicos que, como consecuencia de fases de agudización puedan sufrir un aumento de la disfunción respiratoria, no se realizará una nueva evaluación hasta que la situación se haya estabilizado.

Quando la enfermedad respiratoria curse en brotes, la evaluación de las limitaciones en la actividad que pueda producir se realizará en los periodos intercríticos. Para la evaluación de estas situaciones se ha introducido un criterio de temporalidad según la frecuencia y duración de los episodios, debiendo estar éstos documentados médicamente.

4. Las normas y criterios para la valoración de personas que padecen enfermedades que, por sus características, requieren ser consideradas de forma diferente al resto de la patología del



aparato respiratorio se contemplan en el apartado denominado criterios para la valoración de situaciones específicas.

5. Si la afección respiratoria forma parte de una entidad patológica con manifestaciones en otros órganos y sistemas, se combinarán los porcentajes de discapacidad correspondientes a todas las partes afectadas.

CRITERIOS PARA LA ASIGNACIÓN DEL PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD ATRIBUIBLE A DEFICIENCIAS DEL APARATO RESPIRATORIO. (7)

Clase 1: 0%

El paciente presenta patología respiratoria y se cumplen estas condiciones:

- FVC igual o superior a 65% y
- FEV1 igual o superior a 65% y
- FEV1/FVC igual o superior al 63% y
- DLCO igual o superior al 65 % y
- VO2 máxima superior a 23 ml/Kg/mm

Clase 2: 1 a 24%

El paciente presenta patología respiratoria y cumple al menos dos de las siguientes condiciones

- FVC entre 60 y 64% o
- FEV1 entre 60 y 64% o
- FEV1/FVC entre 60 y 62% o
- DLCO entre 60 y 64% o
- VO2 máxima entre 21 - 22 ml/Kg/mm o
- METS > 7 y
- Las manifestaciones clínicas son compatibles con los parámetros anteriores.

Clase 3: 25 a 49%

El paciente presenta patología respiratoria y cumple al menos dos de las siguientes condiciones

- FVC entre 59 y 51% o
- FEV1 entre 59 y 41% o
- FEV1/FVC entre 59 y 41% o
- DLCO entre 59 y 41% o
- VO2 máxima entre 20 y 15 ml/Kg/mm, o
- METS igual o > 3 y menor o igual a 7 y
- Las manifestaciones clínicas son compatibles con los parámetros anteriores

Clase 4: 50 a 70%

El paciente presenta patología respiratoria y cumple al menos dos de las siguientes condiciones:

- FVC inferior o igual a 50% o
- FEV1 inferior o igual a 40% o
- FEV1/FVC inferior o igual a 40% o
- DLCO inferior o igual a 40% o
- VO2 máxima inferior a 15 ml/Kg/mm o
- PaO2 basal (sin oxigenoterapia) inferior a 60 mm Hg en presencia de: Hipertensión pulmonar, *Cor Pulmonale*, incremento de la hipoxemia después del ejercicio o poliglobulia, o
- PaO2 basal (sin oxigenoterapia) inferior a 50 mm Hg confirmada en al menos tres determinaciones. En niños será suficiente una sola determinación, o
- METS < 3 y
- Las manifestaciones clínicas son compatibles con los criterios anteriores

Clase 5: 75%

El paciente presenta patología respiratoria, se cumplen los parámetros objetivos de la clase 4 y depende de otra persona para realizar las actividades de autocuidado.

En ocasiones los informes espirométricos, no facilitan valores cuantitativos, sino que expresan el grado de afectación respiratoria. La equivalencia entre valoraciones cuantitativas y cualitativas de la espirometría en grados de afectación (Dis Chest 1967; 52:270-271) es la siguiente: (7)

GRADO DE AFECTACIÓN	Ligera	Moderada	Grave (Severa)	Muy Grave (Muy Severa)
FVC, FEV1	80-65 %	64-50%	49-35%	<35%
CLASE VALORATIVA	Clase 1	Clase 2 y 3	Clase 4 y 5	Clase 4 y 5

* FVC = Capacidad Vital Forzada FEV1 = Volumen Espiratorio Forzado en 1 minuto
 DCO = Difusión Del Monóxido de Carbono VO2 = Volumen de Oxígeno Máximo
 PAO2 = Presión Arterial de Oxígeno.

CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DEL PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD EN SITUACIONES ESPECÍFICAS (7)

1. Asma y neumonitis por hipersensibilidad

La valoración de la función ventilatoria en situaciones de asma crónico, se efectuará después de la administración de fármacos broncodilatadores, especialmente agonistas beta.

En caso de neumonitis por hipersensibilidad, la valoración deberá realizarse una vez eliminado el factor desencadenante, caso de que sea posible.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I. G. S. S.


 INSTITUTO MATEMATICO DE SEGURIDAD SOCIAL
 SECRETARIO DE LA GERENCIA
 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
 I. G. S. S.

Cuando existan frecuentes episodios de agudización deberán tenerse en cuenta los siguientes criterios complementarios:

- El paciente con situación basal ínter crisis incluido en clase 1 ó 2 que sufra episodios de agudización cada 2 meses o una media de 6 episodios al año, que requieran tratamiento hospitalario de al menos 24 horas, **será valorado con un porcentaje de discapacidad de 33%.**
- Cuando el paciente cumpla esos mismos criterios de frecuencia y su situación basal esté incluida en clase 3 su **porcentaje de discapacidad mínimo será de 60 %.**

2. Bronquiectasias.

El paciente que, como complicación de las bronquiectasias, presente un grado de discapacidad moderado e infecciones bronco pulmonares con una periodicidad igual o superior a una cada 2 meses o una media de 6 al año, **será incluido en clase 3 (25-49%).**

Si el paciente presenta la misma frecuencia de neumonías y su grado de las limitaciones en la actividad es grave será incluido en **clase 4 (50-70 %).**

Estas situaciones deberán estar documentadas médicamente, precisándose un año de mantenimiento de la situación clínica, para efectuar la valoración

3. Mucoviscidosis o fibrosis quística de páncreas.

El porcentaje de discapacidad asignado por la deficiencia respiratoria se combinará con el correspondiente a la afectación de otros aparatos y sistemas: gastrointestinal, endocrinológico, enfermedades metabólicas óseas, etc.

En caso de que existan neumonías de repetición, serán de aplicación los mismos criterios que los definidos para las bronquiectasias.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I. G. S. S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
 I. G. S. S.

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
 SECRETARÍA
 DE LA
 GERENCIA

4. Síndrome de apnea del sueño.

El síndrome de apnea del sueño se define como una detención intermitente del flujo aéreo por boca y nariz durante el sueño que supera los 10 segundos de duración.

El diagnóstico definitivo se realiza mediante polisomnografía o, caso de no disponer de esta, mediante la realización de oximetría nocturna que demuestre la desaturación de O₂ arterial durante las apneas.

La valoración se efectuará de acuerdo con el grado de insuficiencia respiratoria basal, combinándose a ésta la discapacidad originada por la afectación de otros aparatos y sistemas, una vez aplicadas las medidas terapéuticas.

5. Alteraciones circulatorias pulmonares: Embolismo pulmonar, hipertensión arterial pulmonar:

Las alteraciones de la circulación pulmonar pueden causar disfunción respiratoria. El porcentaje de discapacidad producido por esta disfunción deberá combinarse con el originado por la insuficiencia cardíaca derecha, en aquellos pacientes que la presenten.

6. Enfermedades extra pulmonares con deterioro de la función respiratoria:

Las enfermedades pleurales, deformidades torácicas y enfermedades neuromusculares pueden cursar con una alteración ventilatoria restrictiva. El porcentaje de discapacidad producido por esta deficiencia deberá combinarse con el correspondiente a otros aparatos y sistemas.



7. Trasplante de pulmón:

Se mantendrá la valoración que previamente tuviera el paciente, si la hubiere, durante los 6 meses posteriores al trasplante.

Una vez transcurrido este periodo, deberá procederse a una nueva valoración. Se asignará el porcentaje de discapacidad originado por la deficiencia respiratoria residual que presente el paciente.

The stamp is oval-shaped with a double border. The text inside the stamp reads: "DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL" at the top, "EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES" at the bottom, "JEFE" in the center, and "I. G. S. S." at the very bottom.

The first stamp is oval-shaped with a double border. The text inside reads: "DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL" at the top, "EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES" at the bottom, "SUBJEFE" in the center, and "I. G. S. S." at the very bottom. The second stamp is circular with a double border. The text inside reads: "INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL" around the perimeter, "SECRETARIO DE LA GERENCIA" in the center, and "I. G. S. S." at the bottom.

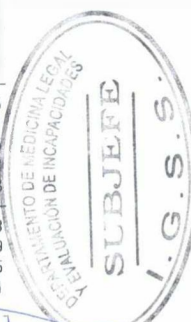
Tabla 1: Adultos. Valores esperados en la EF según sexo, edad y talla.

Hombres. FEV1

Edad	Altura (cm)																		
	146	148	150	152	154	156	158	160	162	164	166	168	170	172	174	176	178	180	182
18	3,42	3,50	3,58	3,66	3,75	3,83	3,91	3,99	4,08	4,16	4,24	4,33	4,41	4,49	4,57	4,66	4,74	4,82	4,91
20	3,37	3,45	3,53	3,61	3,70	3,78	3,86	3,95	4,03	4,11	4,19	4,28	4,36	4,44	4,53	4,61	4,69	4,77	4,86
22	3,32	3,40	3,48	3,57	3,65	3,73	3,81	3,90	3,98	4,06	4,15	4,23	4,31	4,39	4,48	4,56	4,64	4,73	4,81
24	3,27	3,35	3,43	3,52	3,60	3,68	3,77	3,85	3,93	4,01	4,10	4,18	4,26	4,35	4,43	4,51	4,59	4,68	4,76
26	3,22	3,30	3,39	3,47	3,55	3,63	3,72	3,80	3,88	3,97	4,05	4,13	4,21	4,30	4,38	4,46	4,54	4,63	4,71
28	3,17	3,25	3,34	3,42	3,50	3,59	3,67	3,75	3,83	3,92	4,00	4,08	4,16	4,25	4,33	4,41	4,50	4,58	4,66
30	3,12	3,21	3,29	3,37	3,45	3,54	3,62	3,70	3,78	3,87	3,95	4,03	4,12	4,20	4,28	4,36	4,45	4,53	4,61
32	3,07	3,16	3,24	3,32	3,40	3,49	3,57	3,65	3,74	3,82	3,90	3,98	4,07	4,15	4,23	4,32	4,40	4,48	4,56
34	3,02	3,11	3,19	3,27	3,36	3,44	3,52	3,60	3,69	3,77	3,85	3,94	4,02	4,10	4,18	4,27	4,35	4,43	4,52
36	2,98	3,06	3,14	3,22	3,31	3,39	3,47	3,56	3,64	3,72	3,80	3,89	3,97	4,05	4,14	4,22	4,30	4,38	4,47
38	2,93	3,01	3,09	3,18	3,26	3,34	3,42	3,51	3,59	3,67	3,76	3,84	3,92	4,00	4,09	4,17	4,25	4,33	4,42
40	2,88	2,96	3,04	3,13	3,21	3,29	3,38	3,46	3,54	3,62	3,71	3,79	3,87	3,95	4,04	4,12	4,20	4,29	4,37
42	2,83	2,91	3,00	3,08	3,16	3,24	3,33	3,41	3,49	3,57	3,66	3,74	3,82	3,91	3,99	4,07	4,15	4,24	4,32
44	2,78	2,86	2,95	3,03	3,11	3,19	3,28	3,36	3,44	3,53	3,61	3,69	3,77	3,86	3,94	4,02	4,11	4,19	4,27
46	2,73	2,81	2,90	2,98	3,06	3,15	3,23	3,31	3,39	3,48	3,56	3,64	3,73	3,81	3,89	3,97	4,06	4,14	4,22
48	2,68	2,77	2,85	2,93	3,01	3,10	3,18	3,26	3,35	3,43	3,51	3,59	3,68	3,76	3,84	3,93	4,01	4,09	4,17
50	2,63	2,72	2,80	2,88	2,97	3,05	3,13	3,21	3,30	3,38	3,46	3,55	3,63	3,71	3,79	3,88	3,96	4,04	4,12
52	2,59	2,67	2,75	2,83	2,92	3,00	3,08	3,17	3,25	3,33	3,41	3,50	3,58	3,66	3,74	3,83	3,91	3,99	4,08
54	2,54	2,62	2,70	2,79	2,87	2,95	3,03	3,12	3,20	3,28	3,36	3,45	3,53	3,61	3,70	3,78	3,86	3,94	4,03
56	2,49	2,57	2,65	2,74	2,82	2,90	2,98	3,07	3,15	3,23	3,32	3,40	3,48	3,56	3,65	3,73	3,81	3,90	3,98
58	2,44	2,52	2,60	2,69	2,77	2,85	2,94	3,02	3,10	3,18	3,27	3,35	3,43	3,52	3,60	3,68	3,76	3,85	3,93
60	2,39	2,47	2,55	2,64	2,72	2,80	2,89	2,97	3,05	3,14	3,22	3,30	3,38	3,47	3,55	3,63	3,72	3,80	3,88
62	2,34	2,42	2,51	2,59	2,67	2,76	2,84	2,92	3,00	3,09	3,17	3,25	3,34	3,42	3,50	3,58	3,67	3,75	3,83
64	2,29	2,38	2,46	2,54	2,62	2,71	2,79	2,87	2,96	3,04	3,12	3,20	3,29	3,37	3,45	3,53	3,62	3,70	3,78
66	2,24	2,33	2,41	2,49	2,58	2,66	2,74	2,82	2,91	2,99	3,07	3,15	3,24	3,32	3,40	3,49	3,57	3,65	3,73
68	2,20	2,28	2,36	2,44	2,53	2,61	2,69	2,77	2,86	2,94	3,02	3,11	3,19	3,27	3,35	3,44	3,52	3,60	3,69
70	2,15	2,23	2,31	2,39	2,48	2,56	2,64	2,73	2,81	2,89	2,97	3,06	3,14	3,22	3,31	3,39	3,47	3,55	3,64
72	2,10	2,18	2,26	2,35	2,43	2,51	2,59	2,68	2,76	2,84	2,93	3,01	3,09	3,17	3,26	3,34	3,42	3,51	3,59
74	2,05	2,13	2,21	2,30	2,38	2,46	2,55	2,63	2,71	2,79	2,88	2,96	3,04	3,13	3,21	3,29	3,37	3,46	3,54

Hombres. FVC

Edad	Altura (cm)																		
	146	148	150	152	154	156	158	160	162	164	166	168	170	172	174	176	178	180	182
18	3,72	3,84	3,96	4,08	4,20	4,32	4,44	4,56	4,68	4,80	4,92	5,04	5,16	5,28	5,40	5,52	5,64	5,76	5,88
20	3,68	3,80	3,92	4,04	4,16	4,28	4,40	4,52	4,64	4,76	4,88	5,00	5,12	5,24	5,36	5,48	5,60	5,72	5,84
22	3,64	3,76	3,88	4,00	4,12	4,24	4,36	4,48	4,60	4,72	4,84	4,96	5,08	5,20	5,32	5,44	5,56	5,68	5,80
24	3,60	3,72	3,84	3,95	4,08	4,20	4,32	4,44	4,56	4,68	4,80	4,92	5,04	5,16	5,28	5,40	5,52	5,64	5,76
26	3,55	3,67	3,79	3,91	4,03	4,15	4,27	4,39	4,51	4,63	4,75	4,87	4,99	5,11	5,23	5,35	5,47	5,59	5,71
28	3,51	3,63	3,75	3,87	3,99	4,11	4,23	4,35	4,47	4,59	4,71	4,83	4,95	5,07	5,19	5,31	5,43	5,55	5,67
30	3,47	3,59	3,71	3,83	3,95	4,07	4,19	4,31	4,43	4,55	4,67	4,79	4,91	5,03	5,15	5,27	5,39	5,51	5,63
32	3,43	3,55	3,67	3,79	3,91	4,03	4,15	4,27	4,39	4,51	4,63	4,75	4,87	4,99	5,11	5,23	5,35	5,47	5,59
34	3,38	3,50	3,62	3,74	3,86	3,98	4,10	4,22	4,34	4,46	4,58	4,70	4,82	4,94	5,06	5,18	5,30	5,42	5,54
36	3,34	3,46	3,58	3,70	3,82	3,94	4,06	4,18	4,30	4,42	4,54	4,66	4,78	4,90	5,02	5,14	5,26	5,38	5,50
38	3,30	3,42	3,54	3,66	3,78	3,90	4,02	4,14	4,26	4,38	4,50	4,62	4,74	4,86	4,98	5,10	5,22	5,34	5,46
40	3,25	3,37	3,49	3,61	3,73	3,85	3,97	4,09	4,21	4,33	4,45	4,57	4,69	4,81	4,93	5,05	5,17	5,29	5,41
42	3,21	3,33	3,45	3,57	3,69	3,81	3,93	4,05	4,17	4,29	4,41	4,53	4,65	4,77	4,89	5,01	5,13	5,25	5,37
44	3,17	3,29	3,41	3,53	3,65	3,77	3,89	4,01	4,13	4,25	4,37	4,49	4,61	4,73	4,85	4,97	5,09	5,21	5,33
46	3,13	3,25	3,37	3,49	3,61	3,73	3,85	3,97	4,09	4,21	4,33	4,45	4,57	4,69	4,81	4,93	5,05	5,17	5,29
48	3,08	3,20	3,32	3,44	3,56	3,68	3,80	3,92	4,04	4,16	4,28	4,40	4,52	4,64	4,76	4,88	5,00	5,12	5,24
50	3,04	3,16	3,28	3,40	3,52	3,64	3,76	3,88	4,00	4,12	4,24	4,36	4,48	4,60	4,72	4,84	4,96	5,08	5,20
52	3,00	3,12	3,24	3,36	3,48	3,60	3,72	3,84	3,96	4,08	4,20	4,32	4,44	4,56	4,68	4,80	4,92	5,04	5,16
54	2,95	3,07	3,19	3,31	3,43	3,55	3,67	3,79	3,91	4,03	4,15	4,27	4,39	4,51	4,63	4,75	4,87	4,99	5,11
56	2,91	3,03	3,15	3,27	3,39	3,51	3,63	3,75	3,87	3,99	4,11	4,23	4,35	4,47	4,59	4,71	4,83	4,95	5,07
58	2,87	2,99	3,11	3,23	3,35	3,47	3,59	3,71	3,83	3,95	4,07	4,19	4,31	4,43	4,55	4,67	4,79	4,91	5,03
60	2,83	2,95	3,07	3,19	3,31	3,43	3,55	3,67	3,79	3,91	4,03	4,15	4,27	4,39	4,51	4,63	4,75	4,87	4,99
62	2,78	2,90	3,02	3,14	3,26	3,38	3,50	3,62	3,74	3,86	3,98	4,10	4,22	4,34	4,46	4,58	4,70	4,82	4,94
64	2,74	2,86	2,98	3,10	3,22	3,34	3,46	3,58	3,70	3,82	3,94	4,06	4,18	4,30	4,42	4,54	4,66	4,78	4,90
66	2,70	2,82	2,94	3,06	3,18	3,30	3,42	3,54	3,66	3,78	3,90	4,02	4,14	4,26	4,38	4,50	4,62	4,74	4,86
68	2,65	2,77	2,89	3,01	3,13	3,25	3,37	3,49	3,61	3,73	3,85	3,97	4,09	4,21	4,33	4,45	4,57	4,69	4,81
70	2,61	2,73	2,85	2,97	3,09	3,21	3,33	3,45	3,57	3,69	3,81	3,93	4,05	4,17	4,29	4,41	4,53	4,65	4,77
72	2,57	2,69	2,81	2,93	3,05	3,17	3,29	3,41	3,53	3,65	3,77	3,89	4,01	4,13	4,25	4,37	4,49	4,61	4,73
74	2,53	2,65	2,77	2,89	3,01	3,13	3,25	3,37	3,49	3,61	3,73	3,85	3,97	4,09	4,21	4,33	4,45	4,57	4,69



Mujeres. FEV1

Edad	Altura (cm)																		
	146	148	150	152	154	156	158	160	162	164	166	168	170	172	174	176	178	180	182
18	2,96	3,02	3,09	3,16	3,23	3,30	3,37	3,43	3,50	3,57	3,64	3,71	3,78	3,85	3,91	3,98	4,05	4,12	4,19
20	2,91	2,97	3,04	3,11	3,18	3,25	3,32	3,38	3,45	3,52	3,59	3,66	3,73	3,79	3,86	3,93	4,00	4,07	4,14
22	2,85	2,92	2,99	3,06	3,13	3,20	3,26	3,33	3,40	3,47	3,54	3,61	3,67	3,74	3,81	3,88	3,95	4,02	4,09
24	2,80	2,87	2,94	3,01	3,08	3,15	3,21	3,28	3,35	3,42	3,49	3,56	3,62	3,69	3,76	3,83	3,90	3,97	4,03
26	2,75	2,82	2,89	2,96	3,03	3,09	3,16	3,23	3,30	3,37	3,44	3,50	3,57	3,64	3,71	3,78	3,85	3,91	3,98
28	2,70	2,77	2,84	2,91	2,97	3,04	3,11	3,18	3,25	3,32	3,39	3,45	3,52	3,59	3,66	3,73	3,80	3,86	3,93
30	2,65	2,72	2,79	2,86	2,92	2,99	3,06	3,13	3,20	3,27	3,33	3,40	3,47	3,54	3,61	3,68	3,74	3,81	3,88
32	2,60	2,67	2,74	2,80	2,87	2,94	3,01	3,08	3,15	3,21	3,28	3,35	3,42	3,49	3,56	3,63	3,69	3,76	3,83
34	2,55	2,62	2,68	2,75	2,82	2,89	2,96	3,03	3,10	3,16	3,23	3,30	3,37	3,44	3,51	3,57	3,64	3,71	3,78
36	2,50	2,57	2,63	2,70	2,77	2,84	2,91	2,98	3,04	3,11	3,18	3,25	3,32	3,39	3,45	3,52	3,59	3,66	3,73
38	2,45	2,51	2,58	2,65	2,72	2,79	2,86	2,92	2,99	3,06	3,13	3,20	3,27	3,34	3,40	3,47	3,54	3,61	3,68
40	2,40	2,46	2,53	2,60	2,67	2,74	2,81	2,87	2,94	3,01	3,08	3,15	3,22	3,28	3,35	3,42	3,49	3,56	3,63
42	2,34	2,41	2,48	2,55	2,62	2,69	2,75	2,82	2,89	2,96	3,03	3,10	3,17	3,23	3,30	3,37	3,44	3,51	3,58
44	2,29	2,36	2,43	2,50	2,57	2,64	2,70	2,77	2,84	2,91	2,98	3,05	3,11	3,18	3,25	3,32	3,39	3,46	3,52
46	2,24	2,31	2,38	2,45	2,52	2,58	2,65	2,72	2,79	2,86	2,93	2,99	3,06	3,13	3,20	3,27	3,34	3,41	3,47
48	2,19	2,26	2,33	2,40	2,46	2,53	2,60	2,67	2,74	2,81	2,88	2,94	3,01	3,08	3,15	3,22	3,29	3,35	3,42
50	2,14	2,21	2,28	2,35	2,41	2,48	2,55	2,62	2,69	2,76	2,82	2,89	2,96	3,03	3,10	3,17	3,23	3,30	3,37
52	2,09	2,16	2,23	2,29	2,36	2,43	2,50	2,57	2,64	2,70	2,77	2,84	2,91	2,98	3,05	3,12	3,18	3,25	3,32
54	2,04	2,11	2,18	2,24	2,31	2,38	2,45	2,52	2,59	2,65	2,72	2,79	2,86	2,93	3,00	3,06	3,13	3,20	3,27
56	1,99	2,06	2,12	2,19	2,26	2,33	2,40	2,47	2,53	2,60	2,67	2,74	2,81	2,88	2,94	3,01	3,08	3,15	3,22
58	1,94	2,00	2,07	2,14	2,21	2,28	2,35	2,42	2,48	2,55	2,62	2,69	2,76	2,83	2,89	2,96	3,03	3,10	3,17
60	1,89	1,95	2,02	2,09	2,16	2,23	2,30	2,36	2,43	2,50	2,57	2,64	2,71	2,77	2,84	2,91	2,98	3,05	3,12
62	1,83	1,90	1,97	2,04	2,11	2,18	2,24	2,31	2,38	2,45	2,52	2,59	2,66	2,72	2,79	2,86	2,93	3,00	3,07
64	1,78	1,85	1,92	1,99	2,06	2,13	2,19	2,26	2,33	2,40	2,47	2,54	2,60	2,67	2,74	2,81	2,88	2,95	3,01
66	1,73	1,80	1,87	1,94	2,01	2,07	2,14	2,21	2,28	2,35	2,42	2,48	2,55	2,62	2,69	2,76	2,83	2,90	2,96
68	1,68	1,75	1,82	1,89	1,95	2,02	2,09	2,16	2,23	2,30	2,37	2,43	2,50	2,57	2,64	2,71	2,78	2,84	2,91
70	1,63	1,70	1,77	1,84	1,90	1,97	2,04	2,11	2,18	2,25	2,31	2,38	2,45	2,52	2,59	2,66	2,72	2,79	2,86
72	1,58	1,65	1,72	1,78	1,85	1,92	1,99	2,06	2,13	2,19	2,26	2,33	2,40	2,47	2,54	2,61	2,67	2,74	2,81
74	1,53	1,60	1,67	1,73	1,80	1,87	1,94	2,01	2,08	2,14	2,21	2,28	2,35	2,42	2,49	2,55	2,62	2,69	2,76

Mujeres. FVC

Edad	Altura (cm)																		
	146	148	150	152	154	156	158	160	162	164	166	168	170	172	174	176	178	180	182
18	3,19	3,29	3,39	3,48	3,58	3,68	3,78	3,88	3,98	4,07	4,17	4,27	4,37	4,47	4,56	4,66	4,76	4,86	4,96
20	3,15	3,24	3,34	3,44	3,54	3,64	3,74	3,83	3,93	4,03	4,13	4,23	4,32	4,42	4,52	4,62	4,72	4,82	4,91
22	3,10	3,20	3,30	3,40	3,50	3,59	3,69	3,79	3,89	3,99	4,09	4,18	4,28	4,38	4,48	4,58	4,67	4,77	4,87
24	3,06	3,16	3,26	3,35	3,45	3,55	3,65	3,75	3,85	3,94	4,04	4,14	4,24	4,34	4,43	4,53	4,63	4,73	4,83
26	3,02	3,12	3,21	3,31	3,41	3,51	3,61	3,70	3,80	3,90	4,00	4,10	4,20	4,29	4,39	4,49	4,59	4,69	4,78
28	2,97	3,07	3,17	3,27	3,37	3,46	3,56	3,66	3,76	3,86	3,96	4,05	4,15	4,25	4,35	4,45	4,54	4,64	4,74
30	2,93	3,03	3,13	3,23	3,32	3,42	3,52	3,62	3,72	3,81	3,91	4,01	4,11	4,21	4,31	4,40	4,50	4,60	4,70
32	2,89	2,99	3,08	3,18	3,28	3,38	3,48	3,57	3,67	3,77	3,87	3,97	4,07	4,16	4,26	4,36	4,46	4,56	4,65
34	2,84	2,94	3,04	3,14	3,24	3,34	3,43	3,53	3,63	3,73	3,83	3,92	4,02	4,12	4,22	4,32	4,42	4,51	4,61
36	2,80	2,90	3,00	3,10	3,19	3,29	3,39	3,49	3,59	3,68	3,78	3,88	3,98	4,08	4,18	4,27	4,37	4,47	4,57
38	2,76	2,86	2,95	3,05	3,15	3,25	3,35	3,45	3,54	3,64	3,74	3,84	3,94	4,03	4,13	4,23	4,33	4,43	4,53
40	2,71	2,81	2,91	3,01	3,11	3,21	3,30	3,40	3,50	3,60	3,70	3,79	3,89	3,99	4,09	4,19	4,29	4,38	4,48
42	2,67	2,77	2,87	2,97	3,06	3,16	3,26	3,36	3,46	3,56	3,65	3,75	3,85	3,95	4,05	4,14	4,24	4,34	4,44
44	2,63	2,73	2,82	2,92	3,02	3,12	3,22	3,32	3,41	3,51	3,61	3,71	3,81	3,90	4,00	4,10	4,20	4,30	4,40
46	2,58	2,68	2,78	2,88	2,98	3,08	3,17	3,27	3,37	3,47	3,57	3,67	3,76	3,86	3,96	4,06	4,16	4,25	4,35
48	2,54	2,64	2,74	2,84	2,93	3,03	3,13	3,23	3,33	3,43	3,52	3,62	3,72	3,82	3,92	4,01	4,11	4,21	4,31
50	2,50	2,60	2,69	2,79	2,89	2,99	3,09	3,19	3,28	3,38	3,48	3,58	3,68	3,78	3,87	3,97	4,07	4,17	4,27
52	2,46	2,55	2,65	2,75	2,85	2,95	3,04	3,14	3,24	3,34	3,44	3,54	3,63	3,73	3,83	3,93	4,03	4,12	4,22
54	2,41	2,51	2,61	2,71	2,80	2,90	3,00	3,10	3,20	3,30	3,39	3,49	3,59	3,69	3,79	3,89	3,98	4,08	4,18
56	2,37	2,47	2,57	2,66	2,76	2,86	2,96	3,06	3,15	3,25	3,35	3,45	3,55	3,65	3,74	3,84	3,94	4,04	4,14
58	2,33	2,42	2,52	2,62	2,72	2,82	2,91	3,01	3,11	3,21	3,31	3,41	3,50	3,60	3,70	3,80	3,90	4,00	4,09
60	2,28	2,38	2,48	2,58	2,68	2,77	2,87	2,97	3,07	3,17	3,26	3,36	3,46	3,56	3,66	3,76	3,85	3,95	4,05
62	2,24	2,34	2,44	2,53	2,63	2,73	2,83	2,93	3,02	3,12	3,22	3,32	3,42	3,52	3,61	3,71	3,81	3,91	4,01
64	2,20	2,29	2,39	2,49	2,59	2,69	2,79	2,88	2,98	3,08	3,18	3,28	3,37	3,47	3,57	3,67	3,77	3,87	3,96
66	2,15	2,25	2,35	2,45	2,55	2,64	2,74	2,84	2,94	3,04	3,14	3,23	3,33	3,43	3,53	3,63	3,72	3,82	3,92
68	2,11	2,21	2,31	2,40	2,50	2,60	2,70	2,80	2,90	2,99	3,09	3,19	3,29	3,39	3,48	3,58	3,68	3,78	3,88
70	2,07	2,16	2,26	2,36	2,46	2,56	2,66	2,75	2,85	2,95	3,05	3,15	3,24	3,34	3,44	3,54	3,64	3,74	3,83
72	2,02	2,12	2,22	2,32	2,42	2,51	2,61	2,71	2,81	2,91	3,01	3,10	3,20	3,30	3,40	3,50	3,59	3,69	3,79
74	1,98	2,08	2,18	2,27	2,37	2,47	2,57	2,67	2,77	2,86	2,96	3,06	3,16	3,26	3,36	3,45	3,55	3,65	3,75

NOTA: Estas tablas son los valores normales esperados en una Espirometría Forzada para hombres y mujeres relacionado con la edad y la talla.

[Firma]
 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I.G.S.S.

[Firma]
 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
 I.G.S.S.

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
 SECRETARÍA DE LA GERENCIA

Hombres. DLco

Edad	Altura (cm)																		
	146	148	150	152	154	156	158	160	162	164	166	168	170	172	174	176	178	180	182
18	29,8	30,6	31,4	32,2	33,1	33,9	34,7	35,5	36,3	37,1	38,0	38,8	39,6	40,4	41,2	42,1	42,9	43,7	44,5
20	29,3	30,2	31,0	31,8	32,6	33,4	34,3	35,1	35,9	36,7	37,5	38,4	39,2	40,0	40,8	41,6	42,5	43,3	44,1
22	28,9	29,7	30,6	31,4	32,2	33,0	33,8	34,7	35,5	36,3	37,1	37,9	38,8	39,6	40,4	41,2	42,0	42,9	43,7
24	28,5	29,3	30,1	31,0	31,8	32,6	33,4	34,2	35,1	35,9	36,7	37,5	38,3	39,2	40,0	40,8	41,6	42,4	43,3
26	28,1	28,9	29,7	30,5	31,4	32,2	33,0	33,8	34,6	35,5	36,3	37,1	37,9	38,7	39,6	40,4	41,2	42,0	42,8
28	27,7	28,5	29,3	30,1	30,9	31,8	32,6	33,4	34,2	35,0	35,9	36,7	37,5	38,3	39,1	40,0	40,8	41,6	42,4
30	27,2	28,1	28,9	29,7	30,5	31,3	32,2	33,0	33,8	34,6	35,4	36,3	37,1	37,9	38,7	39,6	40,4	41,2	42,0
32	26,8	27,6	28,5	29,3	30,1	30,9	31,7	32,6	33,4	34,2	35,0	35,8	36,7	37,5	38,3	39,1	39,9	40,8	41,6
34	26,4	27,2	28,1	28,9	29,7	30,5	31,3	32,1	33,0	33,8	34,6	35,4	36,2	37,1	37,9	38,7	39,5	40,4	41,2
36	26,0	26,8	27,6	28,4	29,3	30,1	30,9	31,7	32,5	33,4	34,2	35,0	35,8	36,6	37,5	38,3	39,1	39,9	40,7
38	25,6	26,4	27,2	28,0	28,8	29,7	30,5	31,3	32,1	32,9	33,8	34,6	35,4	36,2	37,0	37,9	38,7	39,5	40,3
40	25,1	26,0	26,8	27,6	28,4	29,2	30,1	30,9	31,7	32,5	33,3	34,2	35,0	35,8	36,6	37,4	38,3	39,1	39,9
42	24,7	25,5	26,4	27,2	28,0	28,8	29,6	30,5	31,3	32,1	32,9	33,7	34,6	35,4	36,2	37,0	37,8	38,7	39,5
44	24,3	25,1	25,9	26,8	27,6	28,4	29,2	30,0	30,9	31,7	32,5	33,3	34,1	35,0	35,8	36,6	37,4	38,2	39,1
46	23,9	24,7	25,5	26,3	27,2	28,0	28,8	29,6	30,4	31,3	32,1	32,9	33,7	34,6	35,4	36,2	37,0	37,8	38,6
48	23,5	24,3	25,1	25,9	26,7	27,6	28,4	29,2	30,0	30,8	31,7	32,5	33,3	34,1	34,9	35,8	36,6	37,4	38,2
50	23,1	23,9	24,7	25,5	26,3	27,1	28,0	28,8	29,6	30,4	31,2	32,1	32,9	33,7	34,5	35,4	36,2	37,0	37,8
52	22,6	23,4	24,3	25,1	25,9	26,7	27,6	28,4	29,2	30,0	30,8	31,6	32,5	33,3	34,1	34,9	35,7	36,6	37,4
54	22,2	23,0	23,8	24,7	25,5	26,3	27,1	27,9	28,8	29,6	30,4	31,2	32,0	32,9	33,7	34,5	35,3	36,1	37,0
56	21,8	22,6	23,4	24,2	25,1	25,9	26,7	27,5	28,3	29,2	30,0	30,8	31,6	32,4	33,3	34,1	34,9	35,7	36,5
58	21,4	22,2	23,0	23,8	24,6	25,5	26,3	27,1	27,9	28,7	29,6	30,4	31,2	32,0	32,8	33,7	34,5	35,3	36,1
60	20,9	21,8	22,6	23,4	24,2	25,0	25,9	26,7	27,5	28,3	29,1	30,0	30,8	31,6	32,4	33,2	34,1	34,9	35,7
62	20,5	21,3	22,2	23,0	23,8	24,6	25,4	26,3	27,1	27,9	28,7	29,5	30,4	31,2	32,0	32,8	33,6	34,5	35,3
64	20,1	20,9	21,7	22,6	23,4	24,2	25,0	25,8	26,7	27,5	28,3	29,1	29,9	30,8	31,6	32,4	33,2	34,1	34,9
66	19,7	20,5	21,3	22,1	23,0	23,8	24,6	25,4	26,2	27,1	27,9	28,7	29,5	30,4	31,2	32,0	32,8	33,6	34,4
68	19,3	20,1	20,9	21,7	22,6	23,4	24,2	25,0	25,8	26,6	27,5	28,3	29,1	29,9	30,7	31,6	32,4	33,2	34,0
70	18,8	19,7	20,5	21,3	22,1	22,9	23,8	24,6	25,4	26,2	27,0	27,9	28,7	29,5	30,3	31,1	32,0	32,8	33,6
72	18,4	19,2	20,1	20,9	21,7	22,5	23,3	24,2	25,0	25,8	26,6	27,4	28,3	29,1	29,9	30,7	31,5	32,4	33,2
74	18,0	18,8	19,6	20,5	21,3	22,1	22,9	23,7	24,6	25,4	26,2	27,0	27,8	28,7	29,5	30,3	31,1	31,9	32,8

Mujeres. DLco

Edad	Altura (cm)																		
	146	148	150	152	154	156	158	160	162	164	166	168	170	172	174	176	178	180	182
18	26,0	26,5	27,0	27,6	28,1	28,6	29,2	29,7	30,2	30,8	31,3	31,9	32,4	32,9	33,5	34,0	34,5	35,1	35,6
20	25,7	26,2	26,7	27,3	27,8	28,4	28,9	29,4	30,0	30,5	31,0	31,6	32,1	32,6	33,2	33,7	34,2	34,8	35,3
22	25,4	25,9	26,5	27,0	27,5	28,1	28,6	29,1	29,7	30,2	30,7	31,3	31,8	32,3	32,9	33,4	33,9	34,5	35,0
24	25,1	25,6	26,2	26,7	27,2	27,8	28,3	28,8	29,4	29,9	30,4	31,0	31,5	32,0	32,6	33,1	33,6	34,2	34,7
26	24,8	25,3	25,9	26,4	26,9	27,5	28,0	28,5	29,1	29,6	30,1	30,7	31,2	31,7	32,3	32,8	33,3	33,9	34,4
28	24,5	25,0	25,6	26,1	26,6	27,2	27,7	28,2	28,8	29,3	29,8	30,4	30,9	31,4	32,0	32,5	33,0	33,6	34,1
30	24,2	24,7	25,3	25,8	26,3	26,9	27,4	27,9	28,5	29,0	29,5	30,1	30,6	31,1	31,7	32,2	32,7	33,3	33,8
32	23,9	24,4	25,0	25,5	26,0	26,6	27,1	27,6	28,2	28,7	29,2	29,8	30,3	30,8	31,4	31,9	32,4	33,0	33,5
34	23,6	24,1	24,7	25,2	25,7	26,3	26,8	27,3	27,9	28,4	28,9	29,5	30,0	30,6	31,1	31,6	32,2	32,7	33,2
36	23,3	23,8	24,4	24,9	25,4	26,0	26,5	27,1	27,6	28,1	28,7	29,2	29,7	30,3	30,8	31,3	31,9	32,4	32,9
38	23,0	23,6	24,1	24,6	25,2	25,7	26,2	26,8	27,3	27,8	28,4	28,9	29,4	30,0	30,5	31,0	31,6	32,1	32,6
40	22,7	23,3	23,8	24,3	24,9	25,4	25,9	26,5	27,0	27,5	28,1	28,6	29,1	29,7	30,2	30,7	31,3	31,8	32,3
42	22,4	23,0	23,5	24,0	24,6	25,1	25,6	26,2	26,7	27,2	27,8	28,3	28,8	29,4	29,9	30,4	31,0	31,5	32,0
44	22,1	22,7	23,2	23,7	24,3	24,8	25,3	25,9	26,4	26,9	27,5	28,0	28,5	29,1	29,6	30,1	30,7	31,2	31,7
46	21,8	22,4	22,9	23,4	24,0	24,5	25,0	25,6	26,1	26,6	27,2	27,7	28,2	28,8	29,3	29,8	30,4	30,9	31,4
48	21,5	22,1	22,6	23,1	23,7	24,2	24,7	25,3	25,8	26,3	26,9	27,4	27,9	28,5	29,0	29,5	30,1	30,6	31,1
50	21,2	21,8	22,3	22,8	23,4	23,9	24,4	25,0	25,5	26,0	26,6	27,1	27,6	28,2	28,7	29,3	29,8	30,3	30,9
52	20,9	21,5	22,0	22,5	23,1	23,6	24,1	24,7	25,2	25,8	26,3	26,8	27,4	27,9	28,4	29,0	29,5	30,0	30,6
54	20,6	21,2	21,7	22,3	22,8	23,3	23,9	24,4	24,9	25,5	26,0	26,5	27,1	27,6	28,1	28,7	29,2	29,7	30,3
56	20,4	20,9	21,4	22,0	22,5	23,0	23,6	24,1	24,6	25,2	25,7	26,2	26,8	27,3	27,8	28,4	28,9	29,4	30,0
58	20,1	20,6	21,1	21,7	22,2	22,7	23,3	23,8	24,3	24,9	25,4	25,9	26,5	27,0	27,5	28,1	28,6	29,1	29,7
60	19,8	20,3	20,8	21,4	21,9	22,4	23,0	23,5	24,0	24,6	25,1	25,6	26,2	26,7	27,2	27,8	28,3	28,8	29,4
62	19,5	20,0	20,5	21,1	21,6	22,1	22,7	23,2	23,7	24,3	24,8	25,3	25,9	26,4	26,9	27,5	28,0	28,5	29,1
64	19,2	19,7	20,2	20,8	21,3	21,8	22,4	22,9	23,4	24,0	24,5	25,0	25,6	26,1	26,6	27,2	27,7	28,2	28,8
66	18,9	19,4	19,9	20,5	21,0	21,5	22,1	22,6	23,1	23,7	24,2	24,7	25,3	25,8	26,3	26,9	27,4	28,0	28,5
68	18,6	19,1	19,6	20,2	20,7	21,2	21,8	22,3	22,8	23,4	23,9	24,5	25,0	25,5	26,1	26,6	27,1	27,7	28,2
70	18,3	18,8	19,3	19,9	20,4	21,0	21,5	22,0	22,6	23,1	23,6	24,2	24,7	25,2	25,8	26,3	26,8	27,4	27,9
72	18,0	18,5	19,1	19,6	20,1	20,7	21,2	21,7	22,3	22,8	23,3	23,9	24,4	24,9	25,5	26,0	26,5	27,1	27,6
74	17,7	18,2	18,8	19,3	19,8	20,4	20,9	21,4	22,0	22,5	23,0	23,6	24,1	24,6	25,2	25,7	26,2	26,8	27,3

NOTA: Las tablas presentan los valores esperados en una prueba de Difusión de monóxido de Carbono.

[Firma]
 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I. G. S. S.

[Firma]
 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
 I. G. S. S.

[Firma]
 INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
SECRETARIO DE LA GERENCIA

SISTEMA CARDIOVASCULAR

En este capítulo se establecen los criterios para la asignación del porcentaje de discapacidad originado por deficiencias del sistema cardiovascular.

En primer lugar se establecen normas sobre cómo y en qué supuestos deben ser valoradas las cardiopatías y a continuación se aportan los criterios que asignan el porcentaje de limitaciones en la actividad a cada una de las siguientes deficiencias cardíacas:

- Cardiopatías valvulares.
- Cardiopatía isquémica.
- Cardiopatías congénitas.
- Miocardiopatías y *cor pulmonale*.
- Cardiopatías mixtas.
- Enfermedades del pericardio.
- Arritmias.

En segundo lugar se establecen las normas para la valoración de la hipertensión arterial y se dan los criterios para la asignación del porcentaje de limitaciones en la actividad derivado de esta patología.

Por último se delimitan las normas para valorar deficiencias del sistema vascular periférico, así como los criterios que asignan un porcentaje de limitaciones en la actividad.









NORMAS DE CARÁCTER GENERAL PARA LA VALORACIÓN DE LA DEFICIENCIA ORIGINADA POR CARDIOPATÍAS (7)

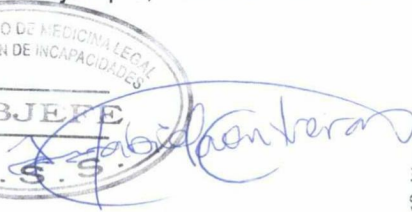
1. Únicamente serán objeto de valoración aquellas personas que padezcan una afección cardíaca con un curso clínico de al menos 6 meses desde el diagnóstico e inicio del tratamiento.
2. Cuando esté indicado el tratamiento quirúrgico, la valoración se realizará a partir de los seis meses del postoperatorio. Si el enfermo rechaza dicho tratamiento sin motivo justificado, no será valorable.
3. En el caso de enfermos sometidos a trasplante cardíaco, la valoración se efectuará 6 meses después del mismo, de acuerdo con la función residual. Durante esos seis meses se mantendrá la valoración que previamente tuviera el enfermo. Se combinarán a ésta los efectos del tratamiento inmunosupresor, si los hubiere, siguiendo los criterios del capítulo correspondiente.
4. En determinadas patologías (por ejemplo cardiopatía isquémica), se tendrá en cuenta el riesgo de empeoramiento súbito de la situación clínica del enfermo a pesar del tratamiento adecuado de la enfermedad base.

La mayor o menor frecuencia con que aparecen los episodios agudos, condiciona el grado de limitación para realizar las actividades de la vida diaria, por lo que ha de incluirse como criterio de valoración. Los episodios deberán estar documentados médicamente.



5. La discapacidad no siempre está en relación directa con los datos exploratorios o pruebas complementarias.
6. En caso de miocardiopatías secundarias no se combinarán los porcentajes correspondientes al proceso base, caso de ser conocido, con los de la miocardiopatía, sino que se adjudicará el mayor porcentaje obtenido en cualquiera de ellos. Cuando la miocardiopatía secundaria sea consecuencia de un proceso tratable (por ejemplo miocardiopatía hipertiroides) no se realizará la valoración hasta al menos seis meses después de haberse comenzado el tratamiento etiológico.
7. El porcentaje de limitaciones en la actividad originado por *Cor Pulmonale* Crónico, se combinará con el derivado de la enfermedad respiratoria asociada. Debido a que las enfermedades respiratorias son la causa más frecuente de *Cor Pulmonale* Crónico, la disnea no se considerará manifestación de este; sólo se tendrá en cuenta la presencia de datos clínicos de insuficiencia cardíaca congestiva y la evidencia electrocardiográfica, radiológica o ecocardiográfica de crecimiento o dilatación de ventrículo derecho.
8. En la valoración de las arritmias, el porcentaje alcanzado no se combinará con el correspondiente a la enfermedad cardíaca base, caso de que ésta exista. En aquellas arritmias de causa no cardíaca potencialmente tratable (por ejemplo, hipertiroidismo) la valoración no se realizará hasta al menos seis meses después de haberse iniciado el tratamiento etiológico. En cardiopatías arritmógenas con posibilidad de tratamiento médico o quirúrgico (por ejemplo, síndromes de


DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
I. G. S. S.


DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
I. G. S. S.

INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD SOCIAL
SECRETARÍA DE LA
GERENCIA

preexcitación, síndromes de QT largo) no se realizará la valoración hasta pasados al menos seis meses desde el inicio del tratamiento.

La descripción subjetiva del enfermo de los síntomas y limitaciones que padece deberá ser contrastada con las pruebas objetivas adecuadas: ECG o monitorización Holter.

Únicamente se valorarán las arritmias paroxísticas sintomáticas en las que no exista indicación de tratamiento con marcapasos o desfibrilador permanentes.

9. En la valoración de la repercusión funcional de una cardiopatía la ergometría permite evaluar la capacidad de trabajo aeróbico del enfermo. Existen en la actualidad múltiples protocolos que relacionan la clase funcional con el exceso de energía consumida durante el ejercicio, expresado en unidades denominadas MET (término que representa múltiplos de la energía metabólica consumida en reposo, y que sirve para valorar el consumo energético durante el ejercicio) (tabla 1)

Es importante recalcar que un estudio ergométrico informa únicamente de la capacidad de ejercicio del enfermo en un momento determinado, pudiendo estar influido por causas independientes de la cardiopatía en sí, como por ejemplo medicación concomitante, colaboración del enfermo o entrenamiento. Estos factores deben tenerse en cuenta a la hora de valorar un diagnóstico ergométrico.


DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
I. G. S. S.


DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJE
I. G. S. S.



Tabla 1: Relación de los METS y de las clases funcionales de la N.Y.H.A. según cinco protocolos con tapiz rodante.

METS	1.6	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
ELLESTAD																
millas/hora					1,7	3,0			4,0						5,0	
grado en %					10	10			10						10	
BRUCE																
millas/hora					1,7		2,5		3,4				4,2			
grado en %					10		12		14				16			
BALKE																
millas/hora				3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4
grado en %				2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26
BALKE																
millas/hora			3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4
grado en %			6	6	6	6	6	6	6	6	16	16	16	16	16	16
NAUGHTON																
millas/hora		2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0									
grado en %		4	4	4	4	4	4									
METS	1.6	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
ESTADO	Pacientes sintomáticos															
CLÍNICO	Enfermos recuperados															
	Sanos sedentarios															
	Físicamente activos															
GRADO FUNCIONAL	IV	III		II			I y normal									

METS	1.6	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
ESTADO	Pacientes sintomáticos															
CLÍNICO	Enfermos recuperados															
	Sanos sedentarios															
	Físicamente activos															
GRADO FUNCIONAL	IV	III		II			I y normal									

Fox SM, Naughton JP, Haskell WL. Physical activity and the prevention of coronary heart disease. Ann Clin Res 1971; 3: 404-32. American College of Sports Medicine: Guidelines for graded exercise testing and exercise prescription. Philadelphia: Lea and Febiger, 1975: 17). 1METS = 1 equivalente metabólico= 3.5 MI/Min/Kg = Vol.De 02 de reposo de 250 MI/Min en una persona de 70 Kg.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I. G. S. S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
 I. G. S. S.


 INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
 SECRETARIO DE LA GERENCIA

10. Se considerarán signos objetivos de insuficiencia cardíaca congestiva: ingurgitación yugular, edemas y derrames serosos.
11. Las clases funcionales a las que se hace referencia en los criterios para la asignación de grado de las limitaciones en la actividad son las definidas por la New York Heart Association (Criteria Committee of the New York Heart Association: Nomenclature and criteria for diagnosis of diseases of the heart and great vessels, 7th ed. Boston: Little, Brown & Co., 1973).

Clase funcional 1. El paciente tiene enfermedad cardíaca pero no existe limitación de su actividad física.

Clase funcional 2. El paciente tiene una enfermedad cardíaca que produce una limitación leve de su actividad física. El enfermo permanece asintomático en reposo o durante sus actividades habituales. La actividad física superior a la habitual desencadena fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso.

Clase funcional 3. El paciente tiene una enfermedad cardíaca que produce una limitación marcada de su actividad física. Se mantiene asintomático en reposo. La actividad física moderada desencadena fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso, pero puede desarrollar actividad manteniéndose en reposo o con pequeños esfuerzos.


DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
I. G. S. S.


DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
I. G. S. S.

INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD SOCIAL
SECRETARÍA DE LA
GERENCIA

Clase funcional 4. El paciente tiene una enfermedad cardíaca que conduce a una imposibilidad de realizar actividades físicas sin molestias. Pueden aparecer síntomas de bajo gasto cardíaco, congestión pulmonar o sistémica o angina de pecho incluso en reposo. Cualquier tipo de actividad física incrementa la sintomatología.

CRITERIOS PARA LA ASIGNACIÓN DEL PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD ATRIBUIBLE A DEFICIENCIAS CARDIACAS.

CARDIOPATÍAS VALVULARES (7)



Clase 1: 0 %

- El paciente padece enfermedad valvular cardíaca, manteniéndose en clase funcional 1 de la N. Y. H. A. con o sin tratamiento. Se incluirá en esta clase el paciente que haya sido sometido a cirugía y cumpla con dicho criterio.

Clase 2: 1 a 24%

- El paciente padece enfermedad valvular cardíaca, manteniéndose en clase funcional 2 de la N. Y. H. A. a pesar del tratamiento con restricción salina y medicación para impedir el desarrollo de síntomas. Se incluirá en esta clase el paciente que haya sido sometido a cirugía y cumpla los criterios anteriores.





Clase 3: 25 a 49%

- El paciente padece enfermedad valvular cardíaca, manteniéndose en clase funcional 2 ó 3 de la N. Y. H. A. Requiere tratamiento continuado medicación pese a lo cual no se evita la aparición de síntomas, y se da una de las siguientes circunstancias:
 - Existen signos de afectación de cavidades (hipertrofia o dilatación).
 - Grado de estenosis o insuficiencia valvular es de moderado a grave sin que esté indicada su corrección quirúrgica.
 - METS <6 y >3

Se incluirá en esta clase el paciente que haya sido sometido a cirugía y cumpla los criterios anteriores

Clase 4: 50 a 70%.

- El paciente padece enfermedad valvular cardíaca, manteniéndose en clase funcional 4 de la N. Y. H. A. Requiere tratamiento continuado con medicación pese a lo cual se mantiene en insuficiencia cardíaca congestiva refractaria. o;
- Ha sido sometido a cirugía y continúa en clase funcional 4 de la N. Y. H. A.

Clase 5: 75%.

- El paciente presenta patología valvular cardíaca, cumple los parámetros objetivos de la clase 4 y su discapacidad es muy grave dependiendo de otra persona para realizar las actividades de autocuidado.



CARDIOPATÍA ISQUÉMICA. (1)**Clase 1: 0 - 9 %**

- La persona presenta síntomas dudosos de angina a quienes se realizó coronariografía o aquellos a quienes se les realizó coronariografía por otras razones y en quienes se encuentre menos del 50% de reducción del área de sección transversal de la arteria coronaria con examen físico normal.

Clase 2: 10 a 29%.

- Historia de Infarto al Miocardio o *Angina Pectoris*, documentada por estudios adecuados, sin síntomas al ejecutar las actividades de la vida diaria y se encuentra en clase funcional 1 y
- Prueba de esfuerzo alcanza el 90% de su frecuencia cardiaca máxima teórica sin depresión del segmento ST, taquicardia ventricular o hipotensión; METS Mayor de 7.
- O el enfermo sometido a cirugía coronaria o angioplastia y que permanezca asintomático al ejecutar las actividades de la vida diaria y capaz de realizar el ejercicio indicado arriba.

Clase 3: 30 a 49%.

- Historia de Infarto al Miocardio o *Angina Pectoris* documentados por estudios apropiados,
- Obstrucción focal, dinámica o reparada de por lo menos 50% de arteria coronaria en angiografía o test funcional.



- Requiere tratamiento continuado para impedir la aparición de angina o de insuficiencia cardíaca, pero desarrolla angina pectoris después de moderado ejercicio físico, clase funcional 2, METS mayor de 5 pero menos de 7.
- Se incluirá en ésta clase el enfermo sometido a cirugía coronaria o angioplastia y continúa requiriendo tratamiento y presenta los síntomas descritos arriba.

Clase 4: 50 a 100%.

- Historia de Infarto al Miocardio o *angina pectoris*, documentados por estudios apropiados, u
- Obstrucción focal, dinámica o reparada de por lo menos 50% de arteria coronaria en angiografía o test funcional.
- Y requiere tratamiento medicamentoso continuado para prevenir angina o mantenerse libre de síntomas de insuficiencia cardíaca, pero desarrolla con actividades de la vida diaria de angina o de insuficiencia cardíaca; Clase funcional 3 o 4; METS menos de 5.
- Se incluirá en ésta clase el enfermo sometido a cirugía coronaria o angioplastia y continúa requiriendo tratamiento y presenta los síntomas descritos arriba.



CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS. (7)**Clase 1: 0 %**

El paciente está diagnosticado de una cardiopatía congénita mediante la historia clínica y las pruebas complementarias adecuadas, manteniéndose en clase funcional 1 de la N.Y.H.A.

o

Ha sido sometido a tratamiento quirúrgico y se encuentra en clase funcional 1 de la N.Y.H.A.

Clase 2: 1 a 24 %

El paciente está diagnosticado de una cardiopatía congénita mediante la historia clínica y pruebas complementarias adecuadas, manteniéndose en clase funcional 2 de la N.Y.H.A.

y

Precisa tratamiento dietético y medicamentoso continuado

y

Existe dilatación de las cámaras cardíacas sin datos de cortocircuito derecha-izquierda; o hay evidencia de cortocircuito izquierda-derecha con Q_p/Q_s 2:1; o la resistencia vascular pulmonar está elevada hasta un máximo de la mitad de la sistémica, o la afectación valvular es moderada.

Se incluirá en esta clase el paciente que haya sido sometido a cirugía y cumpla los criterios anteriores.



Clase 3: 25 a 49 %

El paciente está diagnosticado de una cardiopatía congénita mediante la historia clínica y pruebas complementarias adecuadas, manteniéndose en clase funcional 2 ó 3 de la N.Y.H.A.

y

Precisa tratamiento dietético y medicamentoso continuado

y

Existen datos de cortocircuito derecha-izquierda; o hay evidencia de cortocircuito izquierda-derecha con Qp/Qs 2:1, o la resistencia vascular pulmonar está elevada por encima de la mitad de la sistémica, o la afectación valvular (estenosis o regurgitación) es moderada o grave.

Se incluirá en esta clase el paciente que haya sido sometido a cirugía y cumpla los criterios anteriores.

Clase 4: 50 a 70 %

El paciente está diagnosticado de una cardiopatía congénita mediante historia clínica y pruebas complementarias adecuadas, manteniéndose en clase funcional 4 de la N.Y.H.A.

y

Precisa tratamiento dietético y medicamentoso continuado pese a lo cual está sintomático de continuo,

y

Existen datos de cortocircuito derecha-izquierda; o hay evidencia de cortocircuito izquierda-derecha con Qp/Qs 2:1; o la resistencia vascular pulmonar está elevada por encima de la mitad de la sistémica, o la afectación valvular (estenosis o regurgitación) es moderada o grave.


DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
I. G. S. S.


DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
I. G. S. S.


INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
SECRETARIO DE LA GERENCIA

Se incluirá en esta clase el paciente que haya sido sometido a cirugía y cumpla los criterios anteriores.

Clase 5: 75%

El paciente presenta cardiopatía congénita, cumple los parámetros objetivos de la clase 4 y su discapacidad es muy grave, dependiendo de otra persona para realizar las actividades de autocuidado.

MIOCARDIOPATÍAS Y COR PULMONALECRÓNICO. (7)

Se incluyen en este apartado tanto las miocardiopatías idiopáticas (miocardiopatías hipertrófica asimétrica, dilatada y restrictiva primarias) como las secundarias (por ejemplo cardiopatía esclerosa del anciano, cardiopatía hipertensiva en fase dilatada).

Clase 1: 0 %

El paciente padece miocardiopatía o cor pulmonale crónico detectados mediante la exploración física o pruebas complementarias, manteniéndose en clase funcional 1 de la N.Y.H.A con o sin tratamiento

y

No presenta signos de insuficiencia cardíaca congestiva.

Clase 2: 1 a 24 %

El paciente padece miocardiopatía o cor pulmonale crónico detectados mediante la exploración física o pruebas complementarias, manteniéndose en clase funcional 2 de la N.Y.H.A.

y



Requiere tratamiento continuado con restricción salina o medicación.

Se incluirá en esta clase el enfermo que haya sido sometido a cirugía (caso de miocardiopatía hipertrófica idiopática) y cumpla los criterios anteriores.

Clase 3: 25 a 49 %

El paciente padece miocardiopatía o *cor pulmonale* crónico detectados mediante la exploración física o pruebas complementarias, manteniéndose en clase funcional 2 ó 3 de la N.Y.H.A.

y

Requiere tratamiento continuado con restricción salina o medicación pese a lo que no se evita la aparición de síntomas.

Se incluirá en esta clase el enfermo que haya sido sometido a cirugía (caso de miocardiopatía hipertrófica idiopática) y cumpla los criterios anteriores.

Clase 4: 50 a 70 %

El paciente padece miocardiopatía o *cor pulmonale* crónico detectados mediante la exploración física o pruebas complementarias, manteniéndose de forma crónica en clase funcional 4 de la N.Y.H.A, a pesar del tratamiento continuado.

Se incluirá en esta clase el enfermo que haya sido sometido a cirugía (caso de miocardiopatía hipertrófica idiopática) y cumpla el criterio anterior.

Clase 5: 75 %

El paciente padece miocardiopatía o *cor pulmonale* crónico, cumple los criterios objetivos de la clase 4 y la discapacidad es muy grave, dependiendo de otra persona para realizar las actividades de autocuidado.








CARDIOPATÍAS MIXTAS.

En estos supuestos se asignará el mayor porcentaje de discapacidad alcanzado en la valoración de cada uno de los componentes de la cardiopatía.

ENFEMEDADES DEL PERICARDIO (7)**Clase 1: 0%.**

El paciente padece enfermedad pericárdica detectada mediante la exploración física o pruebas complementarias
y

No presenta signos de insuficiencia cardíaca congestiva.

Se incluirá en esta clase el enfermo que haya sido sometido a cirugía y cumpla los criterios anteriores.

Clase 2: 1 a 24 %

El paciente padece enfermedad pericárdica detectada mediante la exploración física y pruebas complementarias, manteniéndose en clase funcional 2 de la N.Y.H.A.
y

Presenta signos de insuficiencia cardíaca congestiva y precisa tratamiento continuado sin que se corrija totalmente la insuficiencia.

Se incluirá en esta clase el enfermo que haya sido sometido a cirugía y cumpla los criterios anteriores.



Clase 3: 25 a 49 %

El paciente padece enfermedad pericárdica detectada mediante la exploración física y pruebas complementarias, manteniéndose en clase funcional 2 ó 3 de la N.Y.H.A.

y

Presenta signos objetivos de insuficiencia cardíaca congestiva (ver punto 10 de normas generales)

y

Precisa tratamiento continuado sin que se corrija totalmente la insuficiencia cardíaca congestiva.

Se incluirá en ésta clase el paciente que haya recibido tratamiento quirúrgico y cumpla los criterios anteriores.

Clase 4: 50 a 70 %.

El paciente padece enfermedad pericárdica detectada mediante la exploración física y pruebas complementarias, manteniéndose en clase funcional 4 de la N.Y.H.A.

y

Presenta insuficiencia cardíaca congestiva de forma continuada,

y

Precisa tratamiento continuado sin que se corrija totalmente la insuficiencia cardíaca congestiva.

Se incluirá en ésta clase el paciente que haya recibido tratamiento quirúrgico y cumpla los criterios anteriores.



Clase 5: 75 %

El paciente padece enfermedad pericárdica, cumple los criterios objetivos de la clase 4 y la discapacidad es muy grave, dependiendo de otra persona para realizar las actividades de autocuidado.

ARRITMIAS (1)**Clase 1: 0 a 9%**

- Asintomático durante las actividades ordinarias siendo documentada arritmia cardíaca por electrocardiograma o a tenido un episodio de síncope aislado, y
- No se documenta 3 o mas latidos ectópicos o periodos de asistolia mayor de 1,5 segundos y a la vez una frecuencia cardíaca de 50 a 100 latidos por minuto y
- No evidencia enfermedad Cardíaca orgánica, o
- Recuperado de cirugía o cateterismo y llena los criterios anteriores.

Clase 2: 10 a 29%.

- Asintomático durante las actividades ordinarias siendo documentada arritmia cardíaca por electrocardiograma o a tenido un episodio de síncope aislado, y
- Requiere ajuste moderado de la dieta, uso de medicamentos o un marcapaso artificial para prevenir síntomas relacionados con la arritmia o,
- Arritmia persistente y enfermedad cardíaca orgánica
- Recuperado de cirugía, cateterismo o colocación de cardiovertor-desfibrilador para tratar la arritmia y llena los criterios anteriores.

Clase 3: 30% a 49%.

- Síntomas a pesar de utilizar terapia dietética o medicamentos o marcapaso artificial y arritmia cardíaca es documentada con electrocardiograma.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I. G. S. S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
 I. G. S. S.

INSTITUTO VENEZOLANO DE SEGURIDAD SOCIAL
SECRETARIO DE LA GERENCIA

- Es capaz de realizar una vida activa, los síntomas de arritmia son limitadas infrecuentes las palpitaciones, mareos, presíncopes o inadecuado gasto cardíaco temporal.
- Recuperado de cirugía, cateterismo o colocación de cardiovertor-desfibrilador para tratar la arritmia y llena los criterios anteriores.

Clase 4: 50 a 100%

- Los síntomas de arritmia cardíaca son constantes e interfieren con las actividades de la vida diaria (clase funcional 3 o 4) o,
- Síntomas frecuentes de gasto cardíaco inadecuado documentado que lleva a episodios frecuentes de arritmia cardíaca, o
- Continúa con episodios de síncope relacionado a la arritmia, los síntomas están presentes a pesar de utilizar dieta, medicamentos o haberle colocado marcapaso artificial o,
- Se incluirá al enfermo recuperado de cirugía, cateterismo o colocación de cardiovertor-desfibrilador para tratar la arritmia y llena los criterios anteriores.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Únicamente serán objeto de valoración aquellas personas diagnosticadas de Hipertensión arterial con un curso clínico no inferior a seis meses desde el diagnóstico e inicio del tratamiento.

La discapacidad originada por deficiencias de otros aparatos o sistemas consecuencia de la Hipertensión arterial tales como retinopatía, cardiopatía, secuelas neurológicas o nefropatía,


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I. G. S. S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
 I. G. S. S.

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
 SECRETARÍA DE LA GERENCIA

serán evaluadas siguiendo los criterios establecidos en los capítulos correspondientes y deberán combinarse, si procede, a la valoración dada a la H.T.A.

CRITERIOS PARA LA ASIGNACIÓN DEL PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD ATRIBUIBLE A HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Clase 1: 0 %

El paciente presenta Hipertensión arterial definida, manteniéndose asintomático, y

Precisa restricción dietética o medicación de forma continuada, y

No presenta anomalías en la función renal ni análisis de orina, ni historia de enfermedad vascular cerebral, ni datos de crecimiento e hipertrofia de ventrículo izquierdo.

Clase 2: 1 a 24 %

El paciente presenta hipertensión arterial definida, manteniéndose asintomático y

Precisa restricción dietética o medicación de forma continuada, y

Presenta de forma crónica alguna de las siguientes alteraciones:

- Anomalías en el análisis de orina (proteinuria, sedimento patológico) sin alteración de la función renal evidenciada por disminución del aclaramiento de creatinina, o
- Historia de enfermedad vascular cerebral previa sin sintomatología residual crónica, o
- Crecimiento e hipertrofia de ventrículo izquierdo detectados mediante ECG, radiología o ecocardiografía, sin clínica de insuficiencia cardíaca, o
- Cambios hipertensivos en el fondo de ojo sin exudados ni hemorragias, o
- Cifras tensionales crónicamente superiores a 200 mm Hg de sistólica y 120 de diastólica, a pesar de adecuado tratamiento dietético (restricción salina y, caso de obesidad, calórica) y medicamentoso.









SISTEMA VASCULAR PERIFÉRICO (1)

La enfermedad vascular periférica incluye; Desordenes Arteriales, Venosos y linfáticos.

Criterios para medir Daño permanente en Extremidad Superior

Clase 1: 0 a 9%.

- No tiene claudicación intermitente ni dolor en reposo, solo edema transitorio y,
- Al examen físico no presenta más de los siguientes hallazgos: pérdida de pulsos, mínima pérdida del tejido subcutáneo, calcificación arterial detectada radiológicamente, dilatación asintomática de arterias o venas, no requiere cirugía y no limita sus actividades, o
- Síntomas de Raynaud con o sin fisiología obstructiva que responde completamente a cambios al estilo de vida y/o terapia médica.

Clase 2: 10 a 39%.

- Claudicación intermitente en la utilización severa de la extremidad, o
- Edema persistente en grado moderado controlado con soporte elástico, o,
- Daño vascular evidenciado por una cicatriz de muñón indolora por amputación de un dedo, evidenciando enfermedad vascular persistente o una úlcera cicatrizada o,
- Síntomas de Raynaud con o sin fisiología obstructiva que responde parcialmente completamente a cambios al estilo de vida y/o terapia médica.



Clase 3: 40 a 69%.

- Claudicación intermitente con poca utilización de la extremidad, o
- Marcado edema que es parcialmente controlado por soporte elástico y,
- Daño vascular evidenciado por una cicatriz de amputación de dos o más dedos de una extremidad, con evidencia de enfermedad vascular persistente o úlcera superficial.



Clase 4: 70 a 89 %.

- Claudicación intermitente con poca utilización de la extremidad, o
- Edema marcado que no se controla con soporte elástico, o
- Daño vascular persistente evidenciado por signos como amputación por arriba de la muñeca o amputación de dos o más dedos de ambas extremidades, con evidencia de enfermedad vascular persistente, o ulceración profunda extensa persistente que involucra una extremidad.

Clase 5: 90 a 100%

- Dolor severo y constante en reposo, o
- Daño vascular evidenciado por signos de amputación por encima de la muñeca de dos extremidades o, amputación de todos los dedos de ambas extremidades, o evidencia de ulceración profunda y extensa persistente que involucra ambas extremidades.

Criterios para medir Daño permanente en Extremidad Inferior**Clase 1: 0 a 9%.**

- No tiene claudicación intermitente ni dolor en reposo, solo edema transitorio y,
- Al examen físico no presenta más de los siguientes hallazgos: pérdida de pulsos, mínima pérdida del tejido subcutáneo, calcificación arterial detectada radiológicamente, dilatación asintomática de arterias o venas, no requiere cirugía y no limita sus actividades.

Clase 2: 10 a 39%.

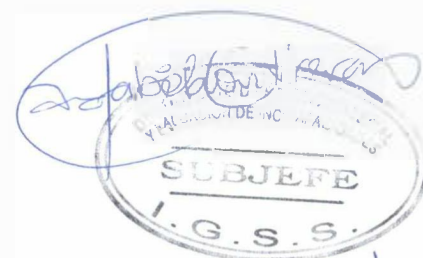
- Claudicación intermitente en la utilización severa de la extremidad, o
- Edema persistente en grado moderado controlado con soporte elástico, o
- Daño vascular evidenciado por una cicatriz de muñón indolora por amputación de un dedo, evidenciando enfermedad vascular persistente o una úlcera cicatrizada o,

Clase 3: 40 a 69%.

- Claudicación intermitente cuando camina en llano a paso normal una distancia de por lo menos 23 metros y no mayor a 92 metros, o
- Marcado edema que es parcialmente controlado por soporte elástico y,
- Daño vascular evidenciado por una cicatriz de amputación de dos o más dedos de una extremidad, con evidencia de enfermedad vascular persistente o úlcera superficial.



DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
I.G.S.S.



DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
I.G.S.S.

Clase 4: 70 a 89 %.

- Claudicación intermitente cuando camina en llano a paso normal una distancia inferior a 23 metros o dolor intermitente en reposo, o
- Edema marcado que no se controla con soporte elástico, o
- Daño vascular persistente evidenciado por signos como amputación por arriba del tobillo o amputación de dos o más dedos de dos extremidades, o ulceración profunda extensa persistente que involucra una extremidad.

Clase 5: 90 a 100%

- Dolor severo y constante en reposo, o
- Daño vascular evidenciado por signos de amputación por arriba del tobillo de dos extremidades o,
- Amputación de todos los dedos de dos o más extremidades, o evidencia de ulceración profunda y extensa persistente que involucra dos o más extremidades.




SISTEMA HEMATOPOYÉTICO

En este capítulo se proporcionan criterios para la valoración de la discapacidad producida por enfermedades que afectan a los glóbulos rojos, los polimorfonucleares, el sistema linfóide, el sistema monocito-macrofágico, las plaquetas y la coagulación.

DISCAPACIDAD ORIGINADA POR ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS:

1. Únicamente se evaluarán pacientes con enfermedades hematológicas crónicas, definiendo como tales aquellas que persisten más de seis meses tras su diagnóstico e inicio del tratamiento.
2. En caso de enfermedades hematológicas que cursen en brotes, la evaluación se realizará en los períodos intercríticos. En estos supuestos se ha introducido un criterio de temporalidad para la valoración de la discapacidad según la frecuencia y duración de los episodios, debiendo estar éstos documentados médicamente.
3. Cuando la enfermedad hematológica produzca manifestaciones en otros órganos o sistemas, se combinarán los resultados de las diferentes valoraciones. Es importante señalar que el grado de discapacidad imputable a una enfermedad hematológica nunca será el de sus secuelas, sino el derivado directamente de la situación hematológica.
4. Los enfermos hematológicos sometidos a tratamientos potencialmente curativos deberán ser evaluados una vez finalizados los mismos. Durante el período de aplicación de tratamientos poliquímico y radioterapéuticos se mantendrá la valoración de la discapacidad que previamente tuviera el enfermo, si la hubiere.

En caso de enfermos sometidos a trasplante de médula ósea, la valoración se mantendrá hasta 6 meses después de realizado el trasplante, procediéndose entonces a su reevaluación.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I. G. S. S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
 I. G. S. S.


 INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD SOCIAL
 SECRETARÍA DE LA GERENCIA
 T.M.C.S.

Cuando el tratamiento sea únicamente paliativo deberán tenerse en cuenta los efectos de éste y podrá realizarse la valoración en el momento de la solicitud, sin necesidad de esperar 6 meses.

El porcentaje de discapacidad atribuible a los efectos del tratamiento inmunosupresor o a la enfermedad injerto contra huésped, si los hubiere, se combinarán con el correspondiente al de la propia enfermedad hematológica.

5. En pocos sistemas es tan evidente como en el hematopoyético, la discordancia entre un pronóstico grave a medio plazo y una discapacidad mínima durante prolongados períodos de tiempo. Por ejemplo, un enfermo afecto de leucemia mieloide crónica puede permanecer oligo o asintomático durante años hasta el desarrollo de la crisis blástica. En estos casos puede presumirse que se produzca un empeoramiento de la situación clínica posterior a la fecha de valoración. Sin embargo, las revisiones no serán programadas sino a demanda del enfermo, que deberá ser informado de esta posibilidad.
6. El grado de discapacidad a que se hace referencia en los criterios para la asignación de porcentaje, está basado en la repercusión de la patología sobre las actividades de la vida diaria. (7)



DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
I. G. S. S.



DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
I. G. S. S.



INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD SOCIAL
SECRETARÍA DE LA GERENCIA

PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD POR DEFICIENCIAS HEMATOLÓGICAS

ANEMIAS CRÓNICAS

Los efectos de la anemia crónica dependen del grado de respuesta compensatoria del sistema cardiovascular. Los síntomas incluyen disnea al ejercicio, mareos, cefalea palpitante, y fatiga.

La velocidad con que se desarrolla la anemia se relaciona con la complejidad de los síntomas.

(1)

Clase 1 0 a 10%	Clase 2 11 a 30%	Clase 3 31 a 70%	Clase 4 71 a 100%
No síntomas y, Hemoglobina de 10 a 12 g/dl y, No requiere transfusión	Síntomas mínimos y, Hemoglobina de 8 a 10 g/dl y, No requiere transfusión	Moderada y marcada Sintomatología y, Hemoglobina de 5 a 8 g/dl* y, Requiere transfusiones 2 a 3 U. cada 4-6 semanas	Moderada y marcada Sintomatología y, Hemoglobina de 5 a 8 g/dl* y, Requiere transfusiones 2 a 3 U. cada 2 semanas

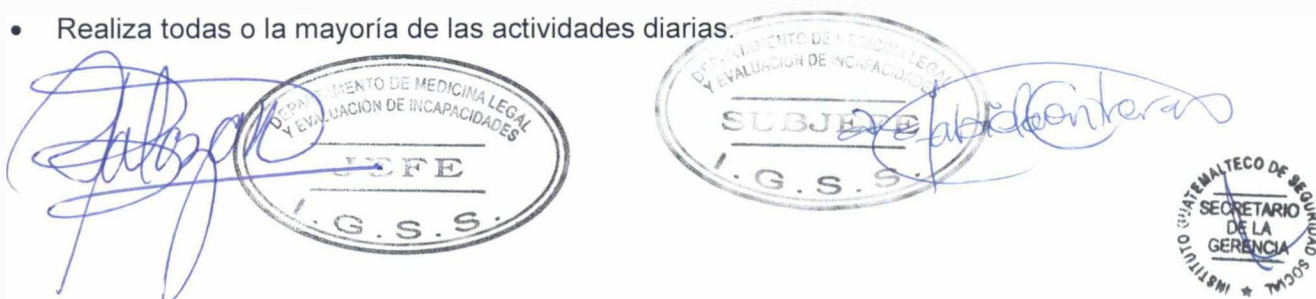
(1)

* Nivel antes de la transfusión.

ENFERMEDADES DE LAS CELULAS BLANCAS SANGUÍNEAS (1)

Clase 1: 0 a 15%.

- Síntomas o signos de anormalidad de leucocitos y
- no necesita tratamiento o lo necesita infrecuentemente y,
- Realiza todas o la mayoría de las actividades diarias.



Clase 2: 16 a 30%

- Presenta síntomas y signos de enfermedad de leucocitos y,
- Realiza la mayoría de las actividades diarias aunque requiere tratamiento continuo.

Clase 3: 31 a 55%

- Requiere tratamiento continuo y,
- Interfiere con la habilidad de realizar las actividades diarias, requiriendo ocasionalmente la asistencia de otros.

Clase 4: 56 a 100%

- Presenta signos y síntomas de enfermedad de leucocitos y,
- Requiere tratamiento continuo y,
- Experimenta dificultad en realizar las actividades de la vida diaria, requiere continuamente la ayuda de otros.

SÍNDROME HIPEREOSINOFILICO.

Únicamente se valorará la discapacidad derivada de sus secuelas orgánicas, fundamentalmente respiratorias, neurológicas y/o cardiovasculares. (7)

APLASIA MEDULAR.

Se asignará el mayor porcentaje de discapacidad que corresponda a las citopenias de la serie roja, blanca y megacariocítica. (7)



SÍNDROMES MIELODISPLÁSICOS.

La valoración de la discapacidad producida por los síndromes mielo displásicos se realizará aplicando los mismos criterios que los descritos para anemias. (7)

TRASTORNOS HEMORRAGICOS Y DESORDENES PLAQUETARIOS. (1)

Clase 1: 0 a 15%

- Presenta síntomas o signos de anormalidad hemorrágica y de plaquetas y,
- No precisa tratamiento o es infrecuente y,
- Realiza todas o la mayoría de las actividades diarias.

Clase 2: 16 a 30%

- Presenta síntomas y signos de anormalidades hemorrágicas y de plaquetas y,
- Precisa tratamiento continuo y,
- Realiza las actividades de la vida diaria.

Clase 3: 31 a 55%

- Presenta síntomas y signos de anormalidades hemorrágicas y de plaquetas y,
- Requiere tratamiento continuo y,
- Interfiere con las actividades diarias requiriendo asistencia ocasionalmente.

Clase 4: 56 a 100%

- Presenta síntomas y signos de anormalidades hemorrágicas y de plaquetas y,
- Requiere tratamiento continuo y,
- Presenta dificultad para realizar las actividades diarias y requiere ayuda continua.



LINFOMAS. (2)

Linfoma Hodgkin	Porcentaje de discapacidad
Estadios I y II	10 %
Estadios III y IV	
a) Con escasos o ningún signo general	30 %
b) Con signos generales (perdida de peso >10%, fiebre, etc.	
Acorde a la respuesta al tratamiento	70 %

Linfoma no Hodgkin	Porcentaje de discapacidad
a) De bajo grado de malignidad	10 %
b) De grado intermedio de malignidad, la incapacidad es variable de acuerdo a estado clínico general, tiempo de evolución y respuesta al tratamiento.	70 %
c) De alto grado de malignidad pero con remisión postratamiento	10 %
d) De alto grado de malignidad, con recidiva.	70%

INFECCIÓN POR VIH. (7)

La actual clasificación de la infección por VIH está basada en circunstancias clínicas muy heterogéneas y en marcadores inmunológicos indirectos, entre otros, el recuento de linfocitos CD4 positivos.

Es frecuente que en una misma categoría clínica e inmunológica estén incluidos enfermos con grado de discapacidad muy diferentes; por ejemplo, la categoría C3 de adultos infectados se refiere tanto a enfermos que han sufrido enfermedades definitorias de SIDA curables


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I. G. S. S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
 I. G. S. S.

INSTITUTO MATEMATICO DE SEGURIDAD SOCIAL
 SECRETARIO DE LA GERENCIA

(tuberculosis pulmonar, candidiasis esofágicas) como a enfermos con ceguera por retinitis debida a citomegalovirus o enfermos hemipléjicos por una encefalitis por toxoplasma.

Por ello, y al igual que en otras patologías, la valoración de la infección por SIDA no ha de restringirse a este capítulo específico en el que se describe la inmunodeficiencia. Todas las afecciones discapacitantes que concurren en una persona con infección por VIH deben ser valoradas en su capítulo correspondiente y combinadas con la valoración de infección por VIH.

Dadas las especiales características que concurren en las personas con infección VIH, se considera fundamental que la valoración sea multidisciplinar y realizada en todos los casos por los tres técnicos del equipo de valoración: médico, psicólogo y trabajador social.

Aunque la situación clínica de estos pacientes ha variado con los nuevos tratamientos, aquellos adultos cuyas cifras de CD4 sean menores de 200 en el último año y aquellos niños en clase C3, tendrán un porcentaje mínimo de **discapacidad del 33%**. Asimismo y dada la complejidad terapéutica que adquiere la situación de coinfección de VIH y virus C de Hepatitis, estos casos también han de valorarse con un **mínimo de 33%**.

CRITERIOS DE VALORACIÓN EN INFECCIÓN POR VIH

Clase 1: 0%

El paciente está diagnosticado de infección por VIH y

El grado de discapacidad es nulo y

Precisa o no tratamiento.



DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
I.G.S.S.



DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
I.G.S.S.



Clase 2: 1 a 24%

El paciente está diagnosticado de infección por VIH y

El grado de discapacidad es leve y

Precisa tratamiento continuado y

Presenta menos de tres episodios anuales de enfermedades relacionadas con su inmunodeficiencia, que precisan atención médica hospitalaria (*) durante al menos 24 horas cada uno o durante menos de 30 días al año.

Clase 3: 25 a 49%

El paciente está diagnosticado de infección por VIH y

El grado de discapacidad es moderado y

Precisa tratamiento continuado y

Presenta de tres a seis episodios anuales de enfermedades relacionadas con su inmunodeficiencia, que precisan atención médica hospitalaria (*) durante al menos 24 horas cada uno o durante más de 30 días al año.

Clase 4: de 50 a 70%

El paciente está diagnosticado de infección por VIH y

Precisa tratamiento continuado y

Se da una de las siguientes circunstancias:

- El grado de discapacidad es moderado y presenta más de seis episodios anuales de enfermedades relacionadas con su inmunodeficiencia que precisan atención médica hospitalaria (*) durante al menos 24 horas o durante más de 60 días al año o
- El grado de discapacidad es grave.



DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
I. G. S. S.



DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJE
I. G. S. S.

MINISTERIO DE SALUD
SECRETARÍA DE LA
GERENCIA
TODOS LOS DIAS

Clase 5: 75%


El paciente está diagnosticado de infección por VIH y

Precisa tratamiento continuado y

El grado de discapacidad es muy grave.

(*) Debe entenderse como atención médica hospitalaria cualquier atención realizada en servicios relacionados con el hospital de referencia, incluyéndose en ellos el hospital de día, hospitalización domiciliaria, servicios de urgencia, unidades de estancia corta, etc.





APARATO DIGESTIVO

En este capítulo se proporcionan normas y criterios para la valoración de la discapacidad originada por deficiencias del aparato digestivo: tubo digestivo, páncreas, hígado, vías biliares e hipertensión portal. (7)

Cuando la enfermedad digestiva produzca manifestaciones extraintestinales deberá combinarse el porcentaje de discapacidad originado por la deficiencia del tubo digestivo con el porcentaje correspondiente a las otras manifestaciones. (7)

NORMAS DE CARÁCTER GENERAL PARA LA VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD ORIGINADA POR ENFERMEDADES DEL TUBO DIGESTIVO Y PÁNCREAS EXOCRINO.

1. Sólo serán objeto de valoración aquellas personas que padezcan enfermedades digestivas crónicas con un curso clínico de al menos seis meses tras el diagnóstico y el inicio del tratamiento.
2. En caso de enfermedades del aparato digestivo que clínicamente cursen en brotes, la evaluación de la discapacidad que puedan producir se realizará en los períodos intercríticos. En estos supuestos se ha introducido un criterio de temporalidad, que evalúa el grado de discapacidad según la frecuencia y duración de estos brotes, que deberán estar documentados médicamente.
3. Dado que el tubo digestivo es asiento frecuente de alteraciones funcionales sin evidencia de lesión orgánica, es importante en estos casos la evaluación de su posible origen psicógeno.


DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
I. G. S. S.


DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
I. G. S. S.

INSTITUTO MATEMATICO DE SEGURIDAD SOCIAL
SECRETARIO DE LA GERENCIA

4. No serán objeto de valoración aquellas patologías susceptibles de tratamiento quirúrgico mientras éste no se lleve a cabo. En estos casos la valoración deberá realizarse al menos seis meses después de la cirugía. En el supuesto de que el enfermo no acepte la indicación quirúrgica sin causa justificada, no será valorable.

5. Cuando la enfermedad digestiva produzca manifestaciones extraintestinales no sistémicas (caso de la colangitis esclerosante primaria en la colitis ulcerosa) deberá combinarse el porcentaje de discapacidad originado por la deficiencia del tubo digestivo con el porcentaje correspondiente a las otras manifestaciones.

DISCAPACIDAD POR ENFERMEDADES DEL TRACTO DIGESTIVO DIGESTIVO Y PÁNCREAS EXOCRINO.

Clase 1: 0%

- El paciente presenta clínica de afectación del tubo digestivo o páncreas, o hay evidencia de alteración anatómica y,
- Con o sin tratamiento dietético y/o médico, se controlan los síntomas, signos o el estado nutricional y,
- Mantiene un peso corporal adecuado (hasta un 10% inferior al peso ideal para su sexo, talla y edad).
- Se incluirá en esta clase al paciente que haya sido sometido a cirugía y cumpla los criterios anteriores

Clase 2: 1 a 24%

- El paciente presenta clínica de afectación del tubo digestivo o páncreas, o hay evidencia de alteración anatómica y


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I. G. S. S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
 I. G. S. S.


 INSTITUTO VENEZOLANO DE SEGURIDAD SOCIAL
 SECRETARÍA
 DE LA
 GERENCIA

- Precisa tratamiento continuado, sin que se logre el control completo de los síntomas, signos o estado nutricional y,
- Se detectan manifestaciones sistémicas de su enfermedad (anemia, fiebre o pérdida de peso corporal) que justifican alguna dificultad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, pero son compatibles con la realización de la práctica totalidad de las mismas o,
- Durante los brotes de la enfermedad es necesaria la restricción de la actividad física, siendo los periodos de remisión de los brotes superiores a 6 meses.
- Se incluirá en esta clase el paciente que haya sido sometido a cirugía y cumpla los criterios anteriores.

Clase 3: 25 a 49%

- El paciente presenta clínica de afectación del tubo digestivo o páncreas, o hay evidencia de alteración anatómica y
- El tratamiento continuado no logra el control de los síntomas y signos o el estado nutricional y,
- Se detectan manifestaciones sistémicas de su enfermedad (anemia, fiebre o pérdida de peso corporal) que causan una disminución importante de la capacidad del sujeto para realizar algunas de las actividades de la vida diaria, siendo independiente en las actividades de autocuidado o,
- Durante los brotes de la enfermedad es necesaria la restricción de la actividad física, siendo los periodos de remisión de los brotes inferiores a 6 meses.
- Se incluirá en esta clase el paciente que haya sido sometido a cirugía y cumpla los criterios anteriores

The stamp is circular with the text "DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES" around the top edge. In the center, it says "JEFE" and "I.G.S.S." at the bottom.

The stamp is circular with the text "DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES" around the top edge. In the center, it says "SUBJE" and "I.G.S.S." at the bottom. To the right of the stamp is a rectangular stamp that reads "INSTITUTO VENEZOLANO DE SEGURIDAD SOCIAL" and "SECRETARIO DE LA GERENCIA".

Clase 4: 50 a 70%

- El paciente presenta clínica de afectación del tubo digestivo o páncreas, o hay evidencia de alteración anatómica y
- El tratamiento continuado no logra el control de los síntomas y signos o el estado nutricional y,
- Se detectan manifestaciones sistémicas de su enfermedad (anemia, fiebre o pérdida de peso corporal) que causan una disminución importante o imposibilidad de la capacidad del sujeto para realizar la mayoría de las actividades de la vida diaria, pudiendo estar afectada alguna de las actividades de autocuidado o,
- No hay remisiones de su patología de base, manteniéndose de forma crónica con disminución o imposibilidad de su capacidad para realizar la mayoría de las actividades de la vida diaria, pudiendo estar afectada alguna de las actividades de autocuidado.
- Se incluirá en esta clase el paciente que haya sido sometido a cirugía y cumpla los criterios anteriores

Clase 5: 75%

- El paciente cumple los criterios objetivos de la clase 4 y depende de otra persona para realizar las actividades de autocuidado. (7)



INCONTINENCIA FECAL

Las enfermedades orgánicas del ano susceptibles de tratamiento quirúrgico sólo podrán ser objeto de valoración transcurridos seis meses desde la cirugía.

En caso de que el paciente rechace el tratamiento quirúrgico sin causa justificada, no será valorable.

Clase 1: 0%.

Hay incontinencia de grado 1 (incontinencia para gases, urgencia rectal) de forma intermitente o controlable parcialmente con tratamiento.

Clase 2: 1 a 24 %.

Hay incontinencia de grado 2 (incontinencia para gases y para heces líquidas o pastosas) o grado 3 (incontinencia total). y

Los síntomas no son continuos y no responden por completo al tratamiento, precisando pañales de incontinencia menos de dos meses al año.


Clase 3: la valoración de la discapacidad tendrá un máximo de 40 %.

Hay incontinencia de grado 2 ó 3 que precisa el uso de pañales durante más de dos meses al año, no existiendo respuesta al tratamiento. (7)

FISTULAS ENTEROCUTANEAS PERMANENTES.

Las fístulas enterocutáneas permanentes de origen quirúrgico serán valoradas de forma combinada con las deficiencias producidas por la enfermedad base que motivó la indicación quirúrgica. Las fístulas enterocutáneas espontáneas aparecidas en el curso de una enfermedad del tracto gastrointestinal no se valorarán si son susceptibles de tratamiento quirúrgico corrector.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I. G. S. S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
 I. G. S. S.

INSTITUTO VENEZOLANO DE SEGURIDAD SOCIAL
 SECRETARÍA DE LA GERENCIA

Las personas que presenten fistulas enterocutáneas permanentes se considerarán en clase 2, atribuyéndose el porcentaje que a continuación se especifica. Este porcentaje de discapacidad no se combinará con el que corresponde por la incontinencia fecal.

Estas mismas normas y puntuación se aplicarán para la valoración de fistulas enterovaginales, recto-vaginales y perianales.

Fístulas aferentes:

Esofagostomía, gastrostomía: 20 %.

Yeyunostomía: 20 %

Fístulas eferentes:

Ileostomía: 24 %.

Colostomía: 24 %.(7)

The stamp is oval-shaped with the text "DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES" around the top edge. In the center, it says "JEFE" and "I.G.S.S.S." at the bottom.

The stamp is oval-shaped with the text "DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES" around the top edge. In the center, it says "SUBJEFE" and "I.G.S.S.S." at the bottom.

A circular stamp with the text "INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL" around the perimeter. In the center, it says "SECRETARIO DE LA GERENCIA".

DEFECTOS DE LA PARED ABDOMINAL (hernias-eventraciones).

Las herniaciones de la pared abdominal sólo podrán ser objeto de valoración una vez transcurridos seis meses desde su tratamiento quirúrgico, excepto en aquellos casos en que exista contraindicación o imposibilidad para el mismo. (7)

Clase 1: 0 - 9 %	Clase 2: 10-19 %	Clase 3: 20- 30 %
<ul style="list-style-type: none"> - Defecto palpable en las estructuras de pared abdominal, y - Protrusión leve, en el sitio del defecto, con presión abdominal aumentada y es rápidamente reducible, o - Leve discomfort en el sitio del defecto pero sin afectar la mayoría de actividades diarias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Defecto palpable en las estructuras de pared abdominal, y - Protrusión frecuente o persistente, en el sitio del defecto, con presión abdominal aumentada y es manualmente reducible, o - Discomfort frecuente que interfiere en cargas pesadas fuertes pero no afecta algunas actividades diarias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Defecto palpable en las estructuras de pared abdominal, y - Protrusión persistente, irreducible e irreparable en el sitio del defecto, y - Hay limitación en las actividades de la vida diaria.

(1)

ENFERMEDADES DEL HIGADO VÍAS BILIARES E HIPERTENSIÓN PORTAL. (7)

NORMAS DE CARÁCTER GENERAL PARA LA VALORACIÓN DE LA DEFICIENCIA

1. Únicamente serán objeto de valoración aquellas personas que padezcan enfermedades de hígado, vías biliares o hipertensión portal con un curso clínico de al menos 6 meses desde el diagnóstico e inicio del tratamiento.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I.G.S.S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
 I.G.S.S.


 INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
SECRETARIO DE LA GERENCIA

2. En el caso de que el enfermo sea susceptible de tratamiento quirúrgico, el grado de discapacidad será reevaluado a los 6 meses de haberlo realizado.
3. Si el enfermo es portador de hepatopatía crónica susceptible de tratamiento con corticoides, inmunosupresores o con inmunomoduladores, el grado de discapacidad será reevaluado a los 6 meses de finalizar el mismo o, en el caso de tratamientos crónicos, a los 6 meses de su inicio.
4. En enfermos sometidos a trasplante hepático se mantendrá la valoración que previamente tuviera el paciente, si la hubiere, durante los 6 meses posteriores al trasplante. Una vez transcurrido este período, deberá procederse a una nueva valoración de acuerdo con la función residual. Se combinaren a ésta los efectos del tratamiento inmunosupresor siguiendo los criterios definidos en el capítulo correspondiente.
5. Cuando la patología biliar produzca afectación hepática, la valoración se realizará según los criterios definidos para las enfermedades del hígado, **no combinándose** ambos porcentajes.
6. La obstrucción crónica de la vía biliar, quedará definida por la presencia de colestasis crónica (elevación de fosfatasa alcalina aislada o asociada a la de bilirrubina directa), o por la demostración directa mediante métodos de imagen (TAC, RNM, colangiografía intravenosa o retrógrada endoscópica) de la alteración irreversible de la vía biliar.


DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
I. G. S. S.


SUBJETO
I. G. S. S.


7. Por ser frecuente en patología biliar la aparición de episodios agudos recidivantes, se ha introducido para estos casos un criterio de temporalidad que evalúe el porcentaje de discapacidad según la frecuencia y duración de estos episodios, que deberán estar documentados médicamente. (7)

CRITERIOS PARA ASIGNACION DE PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD

Clase 1: 0 %

- El enfermo únicamente presenta alteraciones persistentes de la bioquímica hepática y,
- Se mantiene asintomático o,
- Presenta un trastorno primario del metabolismo de la bilirrubina.

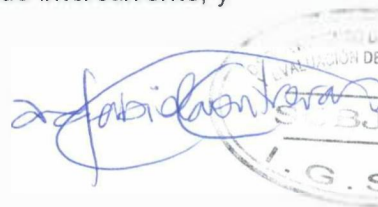

Clase 2: 1 a 24%.

- El enfermo presenta alteraciones persistentes de la bioquímica hepática y,
- Se mantiene asintomático y,
- Hay evidencia anatomopatológica de lesiones cirrógicas (hepatitis crónica activa, esteatohepatitis, fibrosis portal o fibrosis centrolobulillar) o cirrosis hepática, manteniéndose en la clase **A** de la clasificación de **Child-Plugh** o,
- Precisa tratamiento con corticoides, inmunosupresores o con inmunomoduladores de manera continuada.

Clase 3: 25 a 49%.

- El enfermo presenta alteraciones persistentes de la bioquímica hepática y,
- En los últimos dos años ha presentado síntomas de insuficiencia hepática y/o de hipertensión portal, no desencadenados por proceso agudo intercurrente, y



- Hay evidencia anatomopatológica de lesiones cirrógicas (hepatitis crónica activa, esteatohepatitis, fibrosis portal o fibrosis centrolobulillar) o cirrosis hepática, y
- Padece hepatopatía crónica que se encuentra en clase **B** o **C** de la clasificación de **Child-Plugh**.

Clase 4: 50 a 70%

- El enfermo presenta alteraciones persistentes de la bioquímica hepática y,
- Presenta de forma continua síntomas de insuficiencia hepática y/o de hipertensión portal a pesar de recibir tratamiento, con disminución importante o imposibilidad de la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria, pudiendo estar afectada alguna de las actividades de autocuidado y,
- Padece hepatopatía crónica que se encuentra en clase **C** en la escala de **Child-Plugh**.

Clase 5: 75%

- El paciente cumple los criterios objetivos de la clase 4 y depende de otra persona para realizar las actividades de autocuidado.

Clasificación de Child-Plugh

Puntos ponderables atribuibles a cada parámetro:			
	1	2	3
Encefalopatía	Ausente	Presente	Presente
Ascitis	Ausente	Leve	Moderada
Bilirrubina sérica	< 2 mg/dl	2-3 mg/dl	>3 mg/dl
Albúmina sérica	> 35 g/l	28-35 g/l	<28 g/l
Pro-trombina (prolongada)	1-4	4-6	> 6
Bilirrubina (en cirrosis biliar primaria)	< 4 mg/dl	4-10 mg/dl	> 10 mg/dl

Child A = 5-6 puntos.

Child B = 7-9 puntos.

Child C = 10-15 puntos.

Plugh, R. N. H.; Murray-Lyon, I. M.; Dawson, J. L.; Pietroni, M. C.; Williams, R.: Transection of the esophagus for bleeding oesophageal varices, Brit J. Surg., 1973; 60: 646-9.

Infante Rivard, C.; Esnaola, S. Villeneuve, J. P.: Clinica and statistical validity of conventional prognostic factors in predicting short-term survival among cirrhotics, Hepatology, 1987; 7: 660-4.

PATOLOGÍA BILIAR

CRITERIOS PARA LA ASIGNACIÓN DEL PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD

Clase 1: 0 %

El enfermo presenta episodios aislados de enfermedad de vías biliares (menos de 6 al año o menos de 30 días con síntomas agudos al año).

Clase 2: 1 a 24 %

El enfermo presenta episodios aislados de enfermedad de vías biliares (más de 6 al año o más de 30 días con síntomas agudos al año)

y

Está contraindicado o es imposible el tratamiento con cirugía laparotómica, endoscópica o percutánea. (7)



APARATO GENITOURINARIO

APARATO URINARIO SUPERIOR:

La depuración de creatinina es el más acertado reflejo de la función renal, es un criterio importante en cada clase porque cuantifica el grado de alteración de la función renal. (1)

Desde el punto de vista fisiológico con un riñón funcionante puede tener una función renal normal, aunque está perdido el factor de seguridad. Se considera que el individuo con un solo riñón funcionante tiene 10 % de discapacidad global debido a la pérdida de un órgano esencial. Deberá combinarse este porcentaje con el de otra deficiencia permanente. (1)

En enfermos sometidos a trasplante renal, la valoración se efectuará a partir de 6 meses de realizado el mismo, de acuerdo con la función renal residual. Se combinarán a ésta los efectos del tratamiento inmunosupresor siguiendo los criterios del capítulo correspondiente. (7)

DISCAPACIDAD ATRIBUIBLE A DEFICIENCIAS DEL APARATO URINARIO SUPERIOR (1)

Clase 1: 0 a 14%

- Disminución de la función del tracto urinario superior evidenciado por depuración de creatinina de 75 - 90 l/24 h (52 - 62 ml / min.) o,
- Síntomas y signos intermitentes de disfunción del tracto urinario superior que no requiere tratamiento continuo o vigilancia o,
- Solo es funcional un riñón.

Clase 2: 15 a 34%

- Disminución de la función del tracto urinario superior evidenciado por depuración de creatinina de 60 - 75 L/ 24 h (42 - 52 ml / min.) o,








- Síntomas y signos que necesitan continua vigilancia y frecuente tratamiento aunque la depuración de creatinina sea mayor de 75L/ 24 h (52 ml/min) o,
- Trasplante renal exitoso con marcada mejoría de la función renal.

Clase 3: 35 a 59%

- Disminución de la función del tracto urinario superior evidenciado por depuración de creatinina de 40 – 60 L/24 h. (28 – 42 ml /min.) o,
- Síntomas y signos no controlados por completo con cirugía o tratamiento médico continuo, aunque la depuración de creatinina sea de 60 – 75 L/ 24 h (42 – 52 ml / min.)

Clase 4: 60 a 95%

- Disminución de la función del tracto urinario superior evidenciado por Depuración de creatinina por debajo de 40 L / 24 h. (28 ml / min.) o,
 - Síntomas y signos del tracto urinario superior o disfunción persiste a pesar de la cirugía realizada o el tratamiento médico continuo aunque la depuración de creatinina sea 40 – 60 L/24 h. (28 – 42 ml /min.) o,
 - El deterioro de la función de ambos riñones que requiere diálisis peritoneal o hemodiálisis.
- (1)

DERIVACIONES URINARIAS.

Este dato se combinará con el porcentaje debido a la enfermedad por la que fue intervenido quirúrgicamente el paciente. (1)

Tipo	% de discapacidad
Ureterointestinal	10 %
Ureterostomía cutánea	10 %
Nefrostomía	15 %

INCONTINENCIA URINARIA

Los enfermos que padezcan incontinencia urinaria completa deberán ser valorados con un porcentaje de discapacidad de 20 a 24 % que será combinada con el correspondiente a la enfermedad causal.

La discapacidad consecuente a la incontinencia urinaria parcial deberá ser valorada con un porcentaje de 20-24 % únicamente cuando sea preciso el uso continuado de pañales.

La valoración se realizará después del tratamiento médico o quirúrgico adecuado a partir de los 6 meses de cirugía correctora.


Si el enfermo rechaza el tratamiento quirúrgico sin causa justificada, no será valorable. (7)


SONDAJE URETRAL PERMANENTE

Los enfermos portadores de sondaje uretral permanente serán valorados con un porcentaje de discapacidad de 20-24 % que se combinará con el correspondiente a la enfermedad por la que fue indicada la sonda uretral permanente, excepto en el caso de que se trate de una incontinencia urinaria.

Si existe indicación de tratamiento quirúrgico el enfermo será valorado a partir de los tres meses de la intervención. Si el enfermo rechaza el tratamiento quirúrgico sin causa justificada, no será valorable. (7)


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I. G. S. S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
 I. G. S. S.


 INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
 SECRETARIO DE LA GERENCIA

ENFERMEDADES DEL APARATO GENITAL Y MAMA.

A las deficiencias de causa no neoplásica de aparato genital o mama, se les asignará un porcentaje de discapacidad de 0 a 5 %. Las repercusiones sobre aparato urinario, intestino, estructuras pélvicas, así como las psicológicas, serán valoradas de acuerdo con los criterios descritos en su capítulo correspondiente.

La patología neoplásica será valorada según los criterios que se especifican en el capítulo de Neoplasias. (7)


DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
I. G. S. S.


DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
I. G. S. S.


INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD SOCIAL
SECRETARÍA DE LA GERENCIA

SISTEMA ENDOCRINO

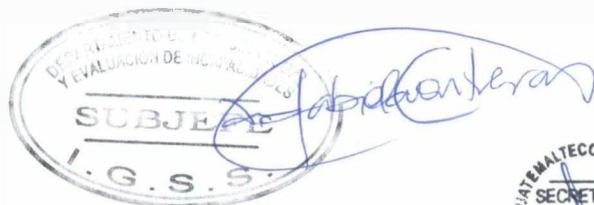
En este capítulo se proporcionan criterios para la valoración de la discapacidad originada por deficiencias del sistema endocrino, compuesto por el eje hipotálamo-hipófisis, tiroides, paratiroides, suprarrenales y tejido insular pancreático.

En primer lugar, se establecen normas de carácter general sobre cómo y en qué supuestos debe realizarse la valoración.

En segundo lugar se establecen los criterios para la asignación del porcentaje de discapacidad que corresponde a cada deficiencia del sistema Endocrino-metabólico.

NORMAS PARA LA VALORACIÓN DE LA DEFICIENCIA ORIGINADA POR ENFERMEDADES ENDOCRINO-METABÓLICAS:

1. Únicamente serán objeto de valoración las alteraciones endocrinas-metabólicas crónicas persistentes, constatadas mediante técnicas complementarias y pruebas funcionales, una vez conseguido el adecuado control terapéutico. La valoración se realizará al menos 6 meses después de considerarse finalizado el intento de control terapéutico.
2. Una vez conseguido el adecuado control terapéutico algunos enfermos pueden sufrir descompensaciones agudas de su cuadro debido a enfermedades intercurrentes o incumplimientos terapéuticos. Estas situaciones suelen



controlarse nuevamente una vez corregida la causa por lo que no serán objeto de valoración.

3. En este capítulo se valoran únicamente las manifestaciones clínicas no atribuibles a la alteración de otros órganos y sistemas, como serían la fatiga, astenia, debilidad y pérdida de peso propia del panhipopituitarismo.

Aquellas otras manifestaciones debidas a trastornos locales o a distancia, se valorarán siguiendo los criterios del capítulo correspondiente al órgano, sistema o función alterada, debiéndose combinar posteriormente ambos porcentajes.




4. Algunas deficiencias del sistema endocrino son originadas por tumores malignos desarrollados a partir de células glandulares. Estos tumores se valorarán de acuerdo con los criterios generales definidos en el capítulo correspondiente a enfermedades neoplásicas.

5. Únicamente serán valoradas las hipoglucemias persistentes, consecuencia de enfermedades no tratables o con fracaso del tratamiento correctamente instaurado, cuando las crisis persistan 6 meses después de iniciado el tratamiento de su causa.

En el caso de hipoglucemias secundarias a insuficiencia hepática o gastrectomía deberá combinarse el porcentaje de discapacidad que corresponda por la hipoglucemia con el debido a la enfermedad inicial.

Las personas que sufran, como consecuencia de la hipoglucemia, convulsiones repetidas y lesión neurológica persistente deberán ser evaluadas según los



criterios definidos en el capítulo dedicado al Sistema Nervioso Central; el porcentaje de discapacidad que les corresponda por estas deficiencias deberá combinarse con el debido a la hipoglucemia. (7)

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR HIPOSECRECION DE LA HIPOFISIS ANTERIOR

Clase 1: < a 15 %

- Existe un panhipopituitarismo (compromiso de dos hormonas hipotálamo - hipofisarias demostrado por paraclínica)
- La enfermedad se controla correctamente con tratamiento de sustitución hormonal

Clase 2: 16 – 25 %

- Están comprometidas todas las hormonas y la enfermedad no logra compensarse con tratamiento de sustitución hormonal o lo hace parcialmente, por asociación con otras patologías

Clase 3: 26 – 50 %

- Están comprometidas todas las líneas de hipófisis
- Necesita tratamiento de sustitución hormonal continuo
- La enfermedad persiste a pesar del tratamiento continuo de sustitución hormonal
- Hay síntomas y signos clínicos de déficit hormonales (2)



DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
I.G.S.S.



DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJE
I.G.S.S.



INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
SECRETARÍA DE LA GERENCIA

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR HIPERSECRECION DE LA HIPOFISIS ANTERIOR **Prolactinoma, Acromegalia y otros**

Clase 1: < 20 %

- Hay comprobación de enfermedad hipersecretora de la hipófisis anterior
- No hay síntomas y signos clínicos de enfermedad
- La enfermedad se encuentra controlada por el tratamiento médico, quirúrgico o radiante
- No hay elementos sugestivos de crecimiento del tumor; el mismo se encuentra estable

Clase 2: 21 – 50 %

- La enfermedad no fue controlada por tratamiento médico, quirúrgico o radiante
- Hay persistencia de síntomas y signos clínicos de enfermedad que limitan levemente la actividad laboral.
- Presenta asociado déficits hormonales que requiere de terapia de sustitución hormonal
- No ha disminuido el tamaño del tumor

Clase 3: 51 – 70 %

- La enfermedad no ha sido controlada por ningún tratamiento
- Requiere tratamiento médico continuo que no logra remisión de la sintomatología
- Existen síntomas y signos clínicos que limitan severamente la actividad laboral
- Presenta asociado déficit que requiere terapia de sustitución hormonal
- Hay evidencia de crecimiento del tumor








VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR DISFUNCION SECRETORA DEL EJE HIPOTALAMO - HIPOFISIS POSTERIOR

Clase 1: < a 15 %

- Existe diagnóstico comprobado de diabetes insípida y ésta es definitiva
- Existe un balance hídrico adecuado (según ingresos y egresos)
- El ionograma (sodio, potasio y cloro) y la densidad urinaria está dentro de límites normales al igual que la osmolaridad en plasma y en orina.
- La enfermedad se controla con tratamiento médico continuo

Clase 2: 16 a 25%

- Existe diagnóstico de enfermedad
- No se logra un balance hídrico adecuado
- El ionograma está levemente alterado, la densidad urinaria se encuentra baja. Hay disminución de la osmolaridad plasmática y urinaria
- La enfermedad no se controla adecuadamente con tratamiento médico

Clase 3: 26 a 40%

- Existe diagnóstico de enfermedad
- El ionograma está alterado, la densidad urinaria se encuentra muy baja, hay disminución de la osmolaridad plasmática y urinaria de forma importante.
- La enfermedad no se controla adecuadamente con tratamiento médico
- Puede haber signos de deshidratación persistente (2)








ENFERMEDADES DE LA TIROIDES

El hipertiroidismo independientemente de la causa que lo genere habitualmente no genera menoscabo permanente, ya que los síntomas y signos que produce pueden controlarse adecuadamente con el uso de antitiroideos de síntesis, radioyodo (I^{131}) o cirugía. Sólo en ocasiones especiales cuando se asocia a otras patologías puede generar un cierto menoscabo, que debe considerarse de grado leve, llegando a un **porcentaje máximo de 10%**, situación excepcional que será valorada por endocrinólogo. El hipotiroidismo puede manifestarse por bradipsiquia, astenia-psicofísica, alteraciones en la termorregulación con intolerancia al frío, anemia, piel seca, constipación y el grado máximo que corresponde al mixedema. Las complicaciones tardías incluyen insuficiencia cardíaca y coma. (2)

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR HIPOTIROIDISMO

Clase 1 < a 10 %

- La sustitución hormonal corrige la insuficiencia tiroidea
- Hay mantenimiento de la normalidad anatómica y funcional
- No hay contraindicaciones para el tratamiento hormonal

Clase 2 11 – 25 %

- Hay síntomas y signos de hipotiroidismo
- Puede existir alteración anatómica
- La insuficiencia tiroidea requiere terapia continua, pero ésta no puede ser administrada a niveles útiles por la presencia de otras enfermedades.

(cardiopatía isquémica)



VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR DISFUNCION DE LAS GLANDULAS PARATIROIDES

Clase 1 < a 10 %

- La enfermedad altera el funcionamiento de las paratiroides
- No hay síntomas ni signos clínicos
- El tratamiento mantiene normal el nivel de calcio

Clase 2 11 – 30 %

- La enfermedad produce pérdida del funcionamiento de las paratiroides
- No hay síntomas ni signos clínicos
- El tratamiento no logra mantener los niveles de calcio o son variables, con descompensaciones ocasionales


Clase 3: 31 – 40 %

- Puede tener signos clínicos de hipocalcemia
- Los niveles séricos de calcio son inferiores a 8 mgs/100 ml a pesar de una correcta adherencia al tratamiento.

Clase 4: 41 – 70 %

- Presenta tetania frecuentemente, los niveles séricos de calcio son siempre inferiores a 8 mgs/100 ml
- Para compensarse requiere altas dosis de calcio que superen lo habitual, más de 4 grs/día con dosis de vitamina D apropiada


DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
I.G.S.S.


DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
I.G.S.S.

INSTITUTO VENEZOLANO DE SEGURIDAD SOCIAL
SECRETARÍA DE LA GERENCIA

- Puede presentar repercusiones de la hipocalcemia: convulsiones generalizadas, catarata lenticular.

En caso de calcificaciones de núcleos grises de la base (complicación de hipocalcemia) será evaluado en el capítulo correspondiente al menoscabo neurológico.

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR HIPOSECRECION DE HORMONAS ADRENO-CORTICALES

Clase 1 < a 10 %

- La enfermedad produce disminución parcial de hormonas adreno-corticales
- Requiere tratamiento de sustitución hormonal continuo
- Hay control adecuado de los síntomas y signos clínicos

Clase 2 11 – 30 %

- La enfermedad produce disminución total de hormonas adreno-corticales
- Requiere tratamiento de sustitución hormonal continuo
- Hay persistencia de síntomas y signos clínicos

Clase 3 31 – 50 %

- La enfermedad produce disminución total de adreno-corticales
- Requiere tratamiento de sustitución hormonal continuo
- Hay persistencia de síntomas y signos clínicos
- Hay existencia de episodios de insuficiencia suprarrenal aguda y secuelas en otros sistemas.



Clase 4 51-70 %

- La enfermedad produce disminución total de hormonas adreno-corticales
- Requiere tratamiento de sustitución hormonal continuo
- Presenta gran labilidad, con más de tres hospitalizaciones al año por descompensación, que requieren sustitución parenteral
- Pueden evidenciarse signos clínicos de Cushing iatrógeno (2)

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR HIPERSECRECION DE HORMONAS ADRENO CORTICALES Y/O ADMINISTRACION EXOGENA (SINDROME DE CUSHING) (2)

Clase 1 < 10 % El hiper-adrenocortisismo ha sido corregido por tratamiento quirúrgico sobre la hipófisis o la glándula suprarrenal

- La enfermedad requiere tratamiento corticoide permanente
- La enfermedad de base está controlada
- No existen signos de Cushing

Clase 2 11 - 30 %

- La enfermedad requiere tratamiento corticoide permanente
- Existen signos de Cushing de grado leve



Clase 3 31 – 50%

- La enfermedad requiere tratamiento corticoide permanente
- Existe síndrome de Cushing de grado severo, (debilidad muscular, obesidad de tipo central, diabetes insulinoresistencia, osteoporosis con o sin fracturas) (2)

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR HIPERFUNCION DE LA MEDULA SUPRARRENAL

Clase1. < a 10 %

- La enfermedad produjo aumento de la secreción medular
- Requirió tratamiento quirúrgico del cual evolucionó asintomático
- Existe necesidad de tratamiento continuo
- La presión arterial está controlada

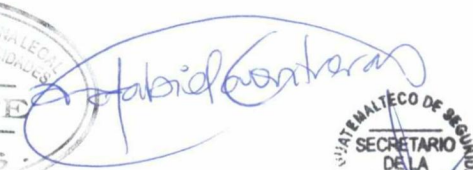


Clase 2 11 – 30 %

- La enfermedad produce aumento de la secreción medular
- Requirió tratamiento quirúrgico y se mantiene hipertenso, con cifras de presión arterial diastólica igual o mayor a 100 mm/Hg.
- No hay signos clínicos de daño hipertensivo sistémico

Clase 3 31 – 50 %

- Requirió tratamiento quirúrgico y se mantiene hipertenso, con cifras de presión arterial diastólica igual o mayor a 120 mm/Hg.
- Hay signos clínicos de daño hipertensivo sistémico (angioesclerosis, hipertrofia de VI).

DIABETES MELLITUS (7)

Clase 1: 0 %

El paciente está diagnosticado de Diabetes Mellitus, y

Se mantiene asintomático, y

Precisa tratamiento farmacológico y/o dietético.

Clase 2: 1 a 24 %

El paciente está diagnosticado de Diabetes Mellitus, y

Se mantiene asintomático, y

El tratamiento correcto, dietético y farmacológico, no es capaz de mantener repetidamente un adecuado control metabólico, o

Hay evidencia de microangiopatía diabética definida por retinopatía o albuminuria persistente superior a 30 mg/dl. (7)


SITUACIONES ESPECIALES


A todo paciente que, por causas distintas a un inadecuado control terapéutico, requiera hospitalizaciones periódicas por descompensaciones agudas de su Diabetes, con una periodicidad de hasta tres al año y con una duración de más de 48 horas cada una, se le atribuirá un porcentaje de discapacidad del 25 al 49 % (clase 3).

En caso de que el número de hospitalizaciones de iguales características sea superior a 3/año, se atribuirá un porcentaje de discapacidad del 50 al 70 % (clase 4). (7)

Las deficiencias originadas a otros aparatos o sistemas (retinopatía, nefropatía, neuropatía etc.) se evaluarán según el capítulo correspondiente de las mismas, debiendo combinarse los porcentajes de discapacidad en la tabla de valores combinados.


DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
I. G. S. S.


DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
I. G. S. S.


INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
SECRETARÍA DE LA GERENCIA

PIEL Y ANEXOS

NORMAS DE CARÁCTER GENERAL PARA LA VALORACIÓN DE LA DEFICIENCIA ORIGINADA POR ENFERMEDADES DE LA PIEL

1. Únicamente serán objeto de valoración aquellas enfermedades crónicas de la piel consideradas no recuperables en cualquiera de sus funciones, después de realizado el tratamiento adecuado y cuyo curso clínico sea de al menos seis meses desde su diagnóstico e inicio de tratamiento. (7)
2. Debido a que el prurito es una sensación subjetiva no cuantificable, deberá tenerse en cuenta para su evaluación la existencia o no de lesiones secundarias: de rascado, hiperpigmentación y liquenificación. Según la intensidad de estas lesiones el prurito se clasifica en:
 - **Leve:** No provoca la aparición de lesiones secundarias,
 - **Moderado:** Provoca lesiones de rascado de forma inconstante; la liquenificación o hiperpigmentación sólo aparecen después de años de evolución,
 - **Severo:** Provoca numerosas y continuas lesiones de rascado; la liquenificación o hiperpigmentación son de aparición precoz.
3. El porcentaje de superficie corporal afectado es uno de los parámetros necesarios para incluir a un paciente en una u otra clase.

Puede medirse de una forma aproximada este porcentaje, mediante la denominada regla de los nueve, que asigna un 9 % de la superficie corporal a la cabeza y cuello, un 9 % a cada extremidad superior (la palma de la mano representa el 1 %), y un 18 % a cada una de las restantes partes: cada una de las extremidades inferiores, parte anterior del tronco y parte posterior del tronco. El 1 lo restante se atribuye a la zona genital.

En niños estos porcentajes se distribuyen de la siguiente forma: cabeza y cuello: 18 %, parte anterior del tronco: 15 %, cada una de las extremidades inferiores: 15 %; el resto de la superficie corporal se distribuye de igual forma que en los adultos.

4. Las alteraciones estéticas, en general, no conllevan alteraciones funcionales, cifrándose su importancia en la repercusión psicológica que puedan originar. En estos casos la valoración deberá ser realizada por el psicólogo.
5. Cuando la enfermedad dermatológica produzca manifestaciones en otros órganos o sistemas, el porcentaje de discapacidad originado por la deficiencia dermatológica se combinará con el porcentaje correspondiente a las otras manifestaciones. (7)
6. Por su posible evolución hacia la mejoría, la urticaria crónica se revisará cada dos años, la psoriasis y la dermatitis atópica cada 5 años. (7)

CRITERIOS PARA LA ASIGNACIÓN DEL PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD ATRIBUIBLE A DEFICIENCIAS DE LA PIEL

Clase 1: 0 %

El paciente padece enfermedad dermatológica crónica, y

Precisa o no tratamiento, y

Se mantiene asintomático, o

Presenta prurito leve, y

El grado de discapacidad es nulo.



Clase 2: 1 a 24 %

El paciente padece enfermedad dermatológica crónica, y

Presenta prurito moderado intermitente, o

Se encuentra afectada menos del 25 % de superficie corporal, y

El grado de discapacidad es leve.

Clase 3: 25 a 49 %

El paciente padece enfermedad dermatológica crónica, y

Presenta prurito moderado persistente o intenso intermitente, o

Se encuentra afectada entre el 25 y el 50 % de la superficie cutánea, y

El grado de discapacidad es moderado.

Clase 4: 50 a 70 %.

El paciente padece enfermedad dermatológica crónica, y

Presenta prurito intenso persistente, o

Se encuentra afectada más del 50 % de la superficie cutánea, o

Requiere hospitalizaciones con una periodicidad igual o superior a 1 cada 2 meses, y

El grado de discapacidad es grave.

Clase 5: 75 %

El paciente padece enfermedad dermatológica crónica, se cumplen los parámetros objetivos de la clase 4 y el grado de discapacidad es muy grave, dependiendo de otra persona para realizar las actividades de autocuidado.

(7)



NEOPLASIAS

En este capítulo se proporcionan criterios para la valoración de la discapacidad producida por neoplasias.

El grado de discapacidad a que se hace referencia en los criterios para la asignación de porcentaje, está basado en la repercusión de la patología sobre las Actividades de la Vida Diaria.

Los enfermos neoplásicos sometidos a tratamientos potencialmente curativos deberán ser evaluados una vez finalizados los mismos. En los casos de tratamiento quirúrgico aislado, el grado de discapacidad será evaluado transcurridos seis meses desde la intervención. Durante el periodo de aplicación de tratamientos poliquimio y radioterapéuticos, se mantendrá la valoración de la discapacidad que previamente tuviera el enfermo si la hubiere. En el caso de enfermos sometidos a trasplante de médula ósea, la valoración, si la hubiere, se mantendrá hasta 6 meses después de realizado el trasplante, procediéndose entonces a su reevaluación.

Cuando el tratamiento sea únicamente paliativo o sintomático, deberán tenerse en cuenta los efectos de éste y podrá realizarse la valoración en el momento de la solicitud sin necesidad de esperar 6 meses.

Un mal pronóstico a medio o largo plazo no se acompaña necesariamente de un grado de discapacidad importante en el momento de la valoración. En estos casos puede


DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
I. G. S. S.


DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
I. G. S. S.


INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURO SOCIAL
SECRETARÍA DE LA GERENCIA

presumirse que se produzca un empeoramiento de la situación clínica posterior a la fecha de valoración.

El porcentaje de discapacidad debido a secuelas del tratamiento recibido, se combinará con el correspondiente a la propia enfermedad neoplásica.

Cuando en un enfermo neoplásico exista evidencia objetiva de metástasis, deberá ser calificado con el porcentaje de discapacidad que corresponda a la clase inmediatamente superior a la que se encuentre según su situación clínica. (7)

CRITERIOS PARA LA ASIGNACIÓN DEL PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD ATRIBUIBLE A NEOPLASIAS

Clase 1: 0 %

El paciente está diagnosticado de una enfermedad neoplásica, y

El grado de discapacidad es nulo, y

Precisa o no tratamiento.

Clase 2: 1 a 24 %

El paciente está diagnosticado de una enfermedad neoplásica, y

El grado de discapacidad es leve, y

Precisa tratamiento continuado.



DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
I.G.S.S.S.



DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
I.G.S.S.S.

Clase 3: 25 a 49 %

El paciente está diagnosticado de una enfermedad neoplásica, y

El grado de discapacidad es moderado, y

Precisa tratamiento continuado.

Clase 4: 50 a 70 %

El paciente está diagnosticado de una enfermedad neoplásica, y


El grado de discapacidad es grave.


Clase 5: 75 %

El paciente está diagnosticado de enfermedad neoplásica, el grado de discapacidad es

Muy grave y depende de otra persona para realizar las actividades de autocuidado.


DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
I. G. S. S.


DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
I. G. S. S.


INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL
SECRETARÍA DE GERENCIA

APARATO VISUAL

En este capítulo se proporcionan criterios para la valoración de la discapacidad originada por las deficiencias visuales que pueden existir como consecuencia de padecer afecciones o enfermedades oculares y/o neurooftalmológicas. (7)

Sólo serán objeto de valoración los déficits visuales definitivos, es decir, aquellos no susceptibles de tratamiento y recuperación o aquellos en los que ya se hayan realizado todos los mecanismos de tratamiento existentes.

La función visual viene determinada, fundamentalmente, por la agudeza visual y el campo visual:

2.1. La agudeza visual (es decir, el máximo u óptimo poder visual del ojo) puede poseerla el ojo espontáneamente o con corrección óptica.

La agudeza visual deriva de la función macular y la mácula es la zona central de la retina en la que radica la posibilidad de la discriminación visual fina perfecta; desde este centro de la retina hasta su periferia la sensibilidad retiniana va disminuyendo.

La visión cercana siempre es buena si existe una buena agudeza visual de lejos. Sus defectos, si los hubiese, dependerían de una falta de enfoque en la retina y éste se puede lograr con tratamiento o corrección óptica.

El campo visual es el espacio en el que están situados todos los objetos que pueden ser percibidos por el ojo estando éste fijo en un punto delante de él, sus límites máximos son de alrededor de 60° en el sector superior, 60° en el sector nasal, 70° en el sector inferior y 90° en el sector temporal. (7)


DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
I. G. S. S.


DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
I. G. S. S.


INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD SOCIAL
SECRETARÍA DE LA GERENCIA

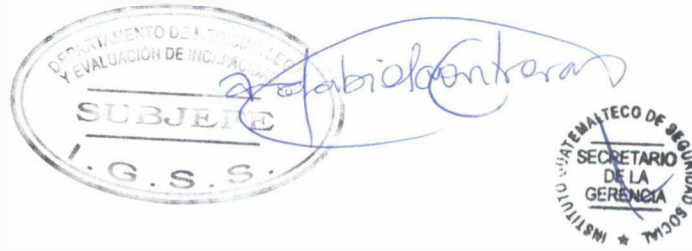
El campo visual normal tiene dos zonas fundamentales de significación diferente: La zona central o campo visual central (corresponde a la superficie contenida o limitada por la isóptera de alrededor de 30°) y la zona periférica (descrita a partir del final de los 30° de la zona central y los límites periféricos). (7)

Los déficits en el campo visual vienen determinados por la disminución de la isóptera periférica, por pérdidas sectoriales o por la existencia de escotomas. (7)

La disminución de la isóptera periférica, o la disminución concéntrica del campo visual pueden ir apareciendo con la edad y no necesariamente ha de considerarse patológica. Para interpretar una disminución concéntrica del campo visual como patológica ha de existir una isóptera periférica inferior a 45 ó 40° en sector superior, lo mismo en el nasal, 50° en sector inferior, 70° en sector temporal y, además, corresponderse con una situación patológica ocular o neuroftalmológica.

Las pérdidas o disminuciones sectoriales del campo visual **siempre son patológicas** y los escotomas, si existen en la zona central del campo visual (escotomas centrales), pueden determinar un gran déficit de la agudeza visual.

Tanto la agudeza visual como el campo visual pueden referirse a un solo ojo (uni-ocular) o a los dos ojos (binocular). Normalmente la función visual es binocular, sin embargo, en términos generales, la función visual **uni-ocular es compatible con las actividades cotidianas comunes.**



Otro factor que influye en la eficiencia de la visión es la **motilidad ocular**. En visión binocular, sólo es compatible con las actividades normales de la persona la existencia de un perfecto equilibrio oculomotor, es decir, existencia de paralelismo de los ejes visuales al mirar a un determinado punto. Si este paralelismo no está presente en ojos con buena agudeza visual, da lugar a la diplopía que puede dificultar las actividades habituales. Pero la diplopía no existe si un ojo no ve o su agudeza visual es muy inferior a la del ojo congénere, aunque sus ejes visuales estén desviados. En este caso, la desviación de un ojo no dificulta la función visual. (7)

Cuando la diplopía aparece sólo en alguna de las posiciones de la mirada, la persona pone en marcha elementos compensadores que eliminan la diplopía (por ejemplo giro o inclinación de la cabeza en esas situaciones), por lo que estos casos son compatibles con el desarrollo de una actividad normal.

Otros aspectos de la función visual, como son la visión de los colores y la visión nocturna, pueden presentar alteraciones que, aunque en la práctica no son frecuentes, es necesario contemplar. Pueden ser congénitas o adquiridas. Las discromatopsias adquiridas acompañen siempre a afecciones oculares de las que constituyen parte de su sintomatología, por lo que evolucionan como la enfermedad ocular que las origina.

La alteración de la visión nocturna -hemeralopía-, puede ser esencial, pero con frecuencia es síntoma de alteraciones degenerativas retinianas o de avitaminosis.



A.CRITERIOS DE VALORACIÓN DE DEFICIENCIAS VISUALES

1. Sólo será objeto de valoración el déficit de la agudeza visual (A. V.) después de la corrección óptica correspondiente. La valoración en porcentaje de estas deficiencias se recoge en el **cuadro nº 1**.

El porcentaje de deficiencia de la visión debida a disminución de la A. V. en ambos ojos se obtiene aplicando **la tabla 1**

2. Las deficiencias visuales debidas a defectos del campo visual (C. V.) pueden existir con A. V. normal ó con A. V. disminuida.

2.1) Las deficiencias visuales por defectos del C. V. binocular (hemianopsias o cuadrantanopsias) con A. V. normal, se recogen en el **cuadro 2.0**.

2.1.1) En el caso de que la hemianopsia o cuadrantanopsia coexistan con disminución de A. V., el porcentaje de deficiencia de la visión se halla combinando, mediante la tabla de valores combinados que se ofrece al final del Anexo I-a., el porcentaje de deficiencia producido por la disminución de A. V. binocular (**tabla 1**) con el generado por el defecto de campo (**cuadro 2.0**).

Ejemplo: Una persona presenta una hemianopsia homónima y una A. V. de 0.2 en ojo derecho y de 0.6 en el ojo izquierdo.

Porcentaje de deficiencia de visión debido a defecto de A. V. en **ojo derecho**: 75% (cuadro1).

Porcentaje de deficiencia debido a defecto de A. V. en **ojo izquierdo**: 16% (cuadro 1).


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I. G. S. S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUJETO
 I. G. S. S.

INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD SOCIAL
 SECRETARÍA DE LA
 GERENCIA

Porcentaje de deficiencia visual correspondiente a la deficiencia de **A. V. binocular**: 31% (tabla 1).

Porcentaje de deficiencia visual correspondiente a la **hemianopsia**: 45% (cuadro 2.).

Aplicando la tabla de valores combinados que se ofrece al final del Anexo I-a (31% debido a la agudeza visual binocular y 45% secundario a hemianopsia), se obtiene un porcentaje de deficiencia de la visión de 62%.

2.2) La disminución **concéntrica** del C. V. con A. V. normal en cada ojo, da lugar a deficiencias visuales que se recogen en el cuadro 2.1. La deficiencia visual por déficit concéntrico del C. V. en los dos ojos se halla en la tabla 1.

2.2.1) Cuando la disminución **concéntrica** del C. V. aparece en ojos que también presentan **déficit** de A. V., el porcentaje de deficiencia de la visión se determinará calculando, por una parte, la deficiencia debida a la disminución de A. V. binocular (tabla 1) y, por otra, la originada por el defecto de campo, también binocular (tabla 1). Los valores hallados se combinarán utilizando la tabla de valores combinados que se ofrece al final del Anexo I-a.

Ejemplo:

Ojo derecho: Agudeza visual de 0,4. Campo visual, disminución concéntrica de 25°.

Ojo izquierdo: A. V. de 0,7. Campo visual con disminución de 35°.

Deficiencia de ojo derecho originada por la A. V. 48%. (cuadro 1).

Deficiencia de ojo izquierdo originada por la A. V. 8% (cuadro 1).

Porcentaje de deficiencia de A. V. binocular: 18% (tabla 1).

Deficiencia de ojo derecho originada por C. V. 30% (cuadro 2.1).

Deficiencia de ojo izquierdo originada por C. V. 16% (cuadro 2.1).



Porcentaje de deficiencia por disminución de campo en ambos ojos 20% (tab.1).

Aplicando la tabla de valores combinados que se ofrece al final del Anexo I-a, resulta (18% por deficiencia de A. V. binocular combinado con 20% por deficiencia de C. V.) un porcentaje de deficiencia de la visión de 34%.

Si el déficit concéntrico del C. V. existiera en ojos con hemianopsia o cuadrantanopsia (déficit binocular del C. V.) la deficiencia visual total por déficit de campo la hallaríamos en la tabla de valores combinados. Esta situación en la práctica se presenta muy rara vez.

2.3) Cuando en el C. V. existen alteraciones (déficit sectoriales) diferentes de los señalados anteriormente, la valoración de la deficiencia visual existente se recoge en el cuadro 2.2. La deficiencia visual por déficit sectorial del C. V. de los dos ojos se halla en la tabla 1.

2.3.1) Cuando la disminución sectorial del C. V. se da en ojos que también presenten déficit de A. V., la deficiencia visual total se determinará según lo establecido en el apartado 2.2.1.

2.4) La existencia de escotoma central bilateral origina una disminución de la A. V. por lo que la valoración se realizará según este parámetro mediante el cuadro nº 1 y la tabla 1.

3. La existencia de **diplopía** supone que la agudeza visual es buena (normal) en cada ojo, o que, aún existiendo una discreta disminución, no hay entre ambos ojos una diferencia de



A. V. superior a 3/10. **Sólo en esos casos** la diplopía genera **deficiencia visual** cifrada en **40%**.

4. La discromatopsia congénita, que siempre es bilateral, supone una deficiencia visual de **25%**. La adquirida, puede presentarse en un solo ojo; en este caso la deficiencia visual se valora con un **15%**. En ambos casos, estos valores deben combinarse con las deficiencias que puedan existir como consecuencia de déficits en A. V ó C. V.

5. La presencia de hemeralopia da lugar a una deficiencia visual de **30%**, valor que ha de combinarse con las deficiencias visuales que puedan existir por los motivos mencionados en el punto anterior.

6. El porcentaje de discapacidad debido a la deficiencia de la visión se obtiene aplicando la tabla 2.



CUADRO 1: DEFICIENCIA VISUAL POR DÉFICIT DE A. V. (7)

Agudeza visual corregida (a)	Deficiencia visual(%) de un solo ojo (b)
1	0
0.9	2
0.8	4
0.7	8
0.6	16
0.5	32
0.4	48
0.3	60
0.2	75
0.1	85
0.05	90
Bultos	95%
Luz	98%
Ceguera	100%

(a) Después de la corrección óptica correspondiente, si fuera necesaria

(b) La deficiencia visual por déficit de A. V. en los dos ojos se obtiene aplicando la **tabla 1**.

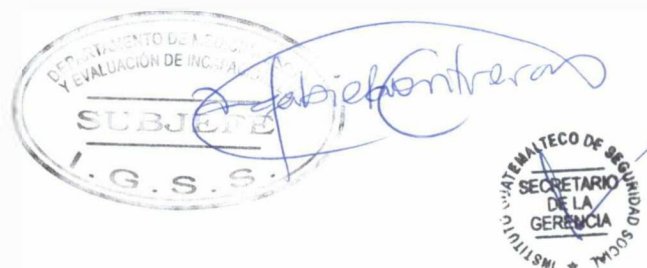
CUADRO 2.0: DEFICIENCIA VISUAL POR DÉFICIT DEL C. V. BINOCULAR (a)
(7)


Déficit de Campo visual.	Déficit visual(%) (b)
Hemianopsia homónima (derecha o izquierda)	45
Hemianopsia bitemporal o binasal	20
Cuadrantanopsia homónima (derecha o izquierda)	15
Cuadrantanopsia bitemporal o binasal	10
Déficits sensoriales inferiores a cuadrantanopsia	5

(a) C. V. binocular explorado con pupila normal y con corrección óptica

(b) Se trata de déficit exclusivo de C. V. con A. V. normal en cada ojo.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I. G. S. S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
 I. G. S. S.


 INSTITUTO MATEMÁTICO DE SEGURIDAD SOCIAL
 SECRETARIO DE LA GERENCIA

CUADRO 2.1 DEFICIENCIA VISUAL POR DÉFICIT CONCÉNTRICO DEL C. V. UNIOULAR (a)

Déficit concéntrico de Campo Visual	Deficiencia(%) (b)
60 - 40°	0 -10
35°	16
30°	20
25°	30
20°	48
15°	70
10°	85
inferior a 10°	95

(a) C. V. explorado con pupila normal y con corrección óptica.

(b) La deficiencia visual por déficit concéntrico del C. V. de los dos ojos se obtiene aplicando la **tabla 1**.

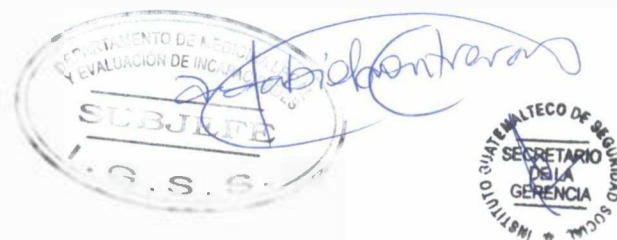
(7)

CUADRO 2.2: DEFICIENCIA VISUAL POR DÉFICIT SECTORIAL DEL C. V. UNIOULAR (a)

Déficit sectorial	Deficiencia % (b)
pérdida inferior a un cuadrante	5
pérdida de un cuadrante	15
pérdida superior a un cuadrante	30
pérdida de 1/2 campo	45
pérdida superior a 1/2 campo	60
pérdida de 3 cuadrantes	75
pérdida superior a 3 cuadrantes	90
Ceguera	100

(a) C. V. explorado con pupila normal y con corrección óptica.

(b) La deficiencia visual total por déficit sectorial del C. V. de los dos ojos se obtiene aplicando la **tabla 1**.



La existencia de escotoma anular se valorará con una deficiencia visual uni-ocular del 30%. (7)

TABLA 1: DEFICIENCIA VISUAL BINOCULAR

Los valores de esta tabla se basan en la fórmula siguiente:

$$3X \text{ deficiencia en el ojo mejor (\%)} + \text{deficiencia del ojo peor}$$

4

% de deficiencia en el ojo peor										% de deficiencia en el ojo mejor									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37
29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38
30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41
33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43
35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44
36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46
38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47
39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48
40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
41	42	43	44	45	46	47	48	49		41	42	43	44	45	46	47	48	49	
42	43	44	45	46	47	48	49			42	43	44	45	46	47	48	49		
43	44	45	46	47	48	49				43	44	45	46	47	48	49			
44	45	46	47	48	49					44	45	46	47	48	49				
45	46	47	48	49						45	46	47	48	49					
46	47	48	49							46	47	48	49						
47	48	49								47	48	49							
48	49									48	49								
49										49									

% de deficiencia en el ojo peor

% de deficiencia en el ojo mejor

[Firma]
 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I. G. S. S.

[Firma]
 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
 I. G. S. S.

INSTITUTO VENEZOLANO DE SEGURIDAD SOCIAL
 SECRETARÍA DE LA GERENCIA

% de deficiencia en el ojo peor

Falozano

DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES

JFFE

I. G. S. S.

SECRET
GUATEMALTECO
SECRET
OR

50	50	51	51	51	52	53	53	53	54	55	55	56	56	57	58	58	59	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
51	52	53	54	54	55	55	56	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100							
52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100											
53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100												
54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100													
55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100														
56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100															
57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																
58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																	
59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																		
60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																			
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																				
62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																					
63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																						
64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																							
65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																								
66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																									
67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																										
68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																											
69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																												
70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																													
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																														
72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																															
73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																																
74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																																	
75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																																		
76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																																			
77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																																				
78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																																					
79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																																						
80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																																							
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																																								
82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																																									
83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																																										
84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																																											
85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																																												
86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																																													
87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																																														
88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																																															
89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																																																
90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																																																	
91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																																																		
92	93	94	95	96	97	98	99	100																																																			
93	94	95	96	97	98	99	100																																																				
94	95	96	97	98	99	100																																																					
95	96	97	98	99	100																																																						
96	97	98	99	100																																																							
97	98	99	100																																																								
98	99	100																																																									
99	100																																																										
100																																																											

% de deficiencia en el ojo mejor

TABLA 2: CONVERSIÓN DE LA DEFICIENCIA VISUAL EN PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD (7)

deficien- cia visual	discapa- cidad %	deficien- cia visual	discapa- cidad %	deficien- cia visual	discapa- cidad %	deficien- cia visual	discapa- cidad %
0 -15	0 -5	34	22	53	40	72	58
16	6	35	23	54	41	73	59
17	6	36	24	55	42	74	60
18	7	37	25	56	43	75	61
19	8	38	26	57	44	76	62
20	9	39	27	58	45	77	63
21	10	40	28	59	46	78	64
22	11	41	29	60	47	79	65
23	12	42	30	61	48	80	66
24	13	43	31	62	49	81	66
25	14	44	32	63	49	82	67
26	15	45	32	64	50	83	68
27	15	46	33	65	51	84	69
28	16	47	34	66	52	>=85	75
29	17	48	35	67	53		
30	18	49	36	68	54		
31	19	50	37	69	55		
32	20	51	38	70	56		
33	21	52	39	71	57		

OIDO, GARGANTA Y ESTRUCTURAS RELACIONADAS

En este capítulo se proporcionan criterios para la valoración de las discapacidades provocadas por pérdida de audición y alteraciones del equilibrio. (7)

PERDIDA DE AUDICIÓN

Únicamente serán objeto de valoración los trastornos permanentes de la audición.

El porcentaje de deficiencia por pérdida auditiva se basará en la pérdida de audición biaural.

Cuando al paciente le haya sido aplicado un implante coclear, la valoración de la deficiencia se realizará de acuerdo con la función auditiva residual que presente una vez concluida la rehabilitación, teniendo en cuenta que el porcentaje de discapacidad asignado **nunca podrá ser inferior al 33%**. (7)

El porcentaje de discapacidad asignado por la deficiencia auditiva será combinado con el que corresponda a la deficiencia del lenguaje, en el caso de que ésta exista.

PERDIDA DE AUDICIÓN MONOAURAL

No se considerará pérdida auditiva cuando el umbral de audición sea de 25 Decibelios o menor. A partir de esta cifra, a cada Decibelio de pérdida se le aplicará un porcentaje del 1,5% de disminución de audición; por lo tanto, una hipoacusia con un nivel de audición de 91,7 Decibelios se considerará ya una pérdida del **100%**. (7)



Para la determinación de la **pérdida de audición monoaural** se sumarán los umbrales de audición en las frecuencias 500, 1000, 2000 y 3000, obteniéndose por medio de la **tabla 1** las correspondencias, en porcentaje, de pérdida auditiva.

TABLA 1: Conversión del nivel estimado de audición en porcentaje de pérdida auditiva monoaural. (7)

SDNA*	%	SDNA	%	SDNA	%	SDNA	%	SDNA*	%
		*		*		*			
100	0.0	155	20.6	210	41.2	265	61.9	320	82.5
105	1.9	160	22.5	215	43.1	270	63.8	325	84.4
110	3.8	165	24.4	220	45.0	275	65.6	330	86.2
115	5.6	170	26.2	225	46.9	280	67.5	335	88.1
120	7.5	175	28.1	230	48.9	285	69.3	340	90.0
125	9.4	180	30.0	235	50.5	290	71.2	345	90.9
130	11.2	185	31.9	240	52.5	295	73.1	350	93.8
135	13.1	190	33.8	245	54.4	300	75.0	355	95.6
140	15.0	195	35.6	250	56.2	305	76.9	360	97.5
145	16.9	200	37.5	255	58.1	310	78.8	365	99.4
150	18.8	205	39.4	260	60.0	315	80.6	368 o	100.0
								>	

* Suma en Decibelios de los niveles de audición en las frecuencias 500, 1000, 2000 y 3000.

PERDIDA DE AUDICIÓN BINAURAL

Se determinará por la **fórmula** siguiente:

$$\frac{5 \times (\% \text{ pérdida en el mejor oído}) + \% \text{ pérdida en el peor oído}}{6}$$

Derivada de esta fórmula se obtiene la **tabla 2** en la que se considera la suma de umbral de las **frecuencias** antes citadas **en el mejor y peor oído**. La conversión del porcentaje de deficiencia auditiva binaural en porcentaje de **discapacidad** se obtendrá aplicando la **tabla**

3.

TABLA 3: Correspondencia entre la pérdida de audición binaural y el porcentaje de discapacidad (7)

% pérdida de audición binaural	% discapacidad	% pérdida de audición binaural	% discapacidad	% pérdida de audición binaural	% discapacidad	% pérdida de audición binaural	% discapacidad
0-1,6	1	16,1-17,6	11	32,6-35	21	59,6-64	31
1,7-3,2	2	17,7-19,2	12	35,1-37,5	22	64,1-68,5	32
3,3-4,8	3	19,3-20,8	13	37,6-40	23	68,6-73	33
4,9-6,4	4	20,9-22,4	14	40,1-42,5	24	73,1-77,5	34
6,5-8	5	22,5-23,9	15	42,6-45	25	77,6-81,9	35
8,1-9,6	6	24-25,4	16	45,1-47,5	26	82-85,6	36
9,7-11,2	7	25,5-26,9	17	47,6-50	27	85,7-89,2	37
11,3-12,8	8	27-28,4	18	50,1-52,5	28	89,3-92,8	38
12,9-14,4	9	28,5-29,9	19	52,6-54,9	29	92,9-96,4	39
14,5-16	10	30-32,5	20	55-59,5	30	96,5-100	40

ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO.

Serán objeto de valoración los pacientes que presenten sensación vertiginosa acompañada de signos objetivos de alteración vestibular, siendo el nistagmo el dato objetivo fundamental.

En las enfermedades vertiginosas que cursan en crisis, la mayor o menor frecuencia con que éstas aparecen condiciona el grado de interferencia en las actividades de la vida diaria, por lo que el número de crisis se incluye como criterio para la asignación del porcentaje de discapacidad. Estas crisis deberán estar documentadas médicamente.

Cuando la patología vestibular va acompañada de pérdida de audición, se combinarán los porcentajes de discapacidad originados por cada una de estas deficiencias. (7)


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I. G. S. S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
 I. G. S. S.


 INSTITUTO MATEO SALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
SECRETARIO DE LA GERENCIA

Clase 1: 0 %

Paciente con clínica compatible con patología vestibular sin existencia de signos objetivos

Clase 2: 1 a 24 %

El paciente presente patología vestibular acompañada de signos objetivos y

El grado de discapacidad es leve, presentando imposibilidad para llevar a cabo actividades complejas, tales como deportes de notables esfuerzo y/o equilibrio (por ejemplo, montar en bicicleta) o

Tiene crisis de vértigo con una frecuencia de 6 - 10 anuales

Clase 3: 25 a 49 %

El paciente presenta patología vestibular con signos objetivos y

El grado de discapacidad es moderado, presentando dificultades para realizar actividades fuera del domicilio (por ejemplo, gran impedimento para cruzar la calle por dificultad en los giros rápidos de cabeza o dificultad para bajar escaleras de inclinación normal) o

Tiene crisis vertiginosas con una frecuencia de más de una al mes

Clase 4: 50 a 70 %

Existe evidencia de signos objetivos de disfunción vestibular y

El grado de discapacidad es grave, necesitando ayuda para realizar actividades incluso en su domicilio.

PATOLOGÍA TUMORAL

La valoración de pacientes diagnosticados de neoplasia cervicofacial se realizará de acuerdo con las normas generales que aparecen en el capítulo correspondiente a Neoplasias

El porcentaje de Discapacidad consecuente a deficiencias específicas ORL, como, por ejemplo, las deglutorias y las derivadas de la existencia de una traqueostomía permanente, deberán combinarse con el atribuido a Neoplasia.

The stamp is circular with the text "DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES" around the top edge, "JEFE" in the center, and "I. G. S. S." at the bottom.

The stamp is circular with the text "DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES" around the top edge, "SUBJE" in the center, and "I. G. S. S." at the bottom.



CRITERIOS PARA LA ASIGNACIÓN DEL PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD ORIGINADO POR DEFICIENCIAS DE ORIGEN TUMORAL

Se asignará un porcentaje de discapacidad del **20 %** a aquellos pacientes con alteración de la deglución que estén obligados de forma permanente a la ingesta exclusiva de alimentos líquidos o pastosos.

Se asignará un porcentaje de discapacidad del **25 %** a los pacientes con laringectomía total y portadores de un traqueostomía permanente.

El porcentaje de discapacidad secundado a las deficiencias del lenguaje producidas por el traqueostoma permanente será asignado siguiendo los criterios establecidos en el capítulo correspondiente y se combinará con el derivado del propio estoma.


DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
I. G. S. S.


DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
I. G. S. S.

LENGUAJE

En este capítulo se proporcionan criterios para la valoración de la discapacidad producida por los trastornos del lenguaje, considerándose la audibilidad, inteligibilidad y eficiencia funcional del habla, así como el lenguaje escrito. (7)

Cuando en un mismo paciente coexistan limitaciones a varios niveles (lenguaje, habla, voz) será necesario simultanear el uso de varias tablas para orientar y facilitar la valoración. No obstante al final sólo deberá existir una única valoración de limitación para la comunicación ocasionada por el conjunto de deficiencias que presente un sujeto.

El porcentaje de discapacidad originada por deficiencias del lenguaje se combinará con el derivado de otras deficiencias neurológicas si las hubiere, siguiendo los criterios descritos en el capítulo correspondiente a Sistema Nervioso. (7)

NORMAS PARA LA VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD PRODUCIDA POR LOS TRASTORNOS PRIMARIOS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE

Dislalia

- En este trastorno se presenta una alteración en la emisión de un fonema o grupos de fonemas aislados (ejemplo: rotacismo).
- Es de carácter leve y pronóstico favorable, aunque será conveniente su rehabilitación si se superan edades consideradas límites para la adquisición espontánea y correcta de cada fonema. Por ello, la primera exploración no se hará hasta la edad de cinco años.

- No se considera causa de discapacidad permanente del lenguaje, por lo que una vez confirmado este diagnóstico: (dislalia funcional), no se precisarán nuevas evaluaciones.

Retraso leve del habla

- En este trastorno se observa un ligero retraso en la adquisición o maduración del código fonológico. El patrón de errores del habla muestra una escasa desviación respecto a la normalidad.
- La primera exploración puede hacerse después de los tres o cuatro años de edad, debiéndose confirmar a los seis meses de la misma.
- Suele remitir totalmente entre los seis y siete años. Su pronóstico es favorable y su recuperación incluso sin intervención terapéutica, es completa, por lo que no se considera que cause discapacidad permanente del lenguaje.

Retraso moderado del habla

- En este caso el patrón de errores del habla (fono-lógicos y/o fonéticos), son claramente patológicos, estando la evolución ligada al tratamiento rehabilitador.
- La primera exploración puede hacerse después de los tres o cuatro años, debiéndose confirmar a los seis meses de la misma.
- La inteligibilidad del habla estará marcadamente limitada en edades tempranas, pero es un trastorno transitorio.
- En algunos casos, dentro de esta categoría diagnóstica, puede llegarse a una discapacidad leve pero permanente de la capacidad oral, si coexisten otros factores.
- Esta valoración sería provisional, debiéndose revisar hacia los siete años de edad, en las que el niño habrá superado las dificultades más relevantes, pudiendo persistir escasos errores del habla, sin gran repercusión sobre la inteligibilidad o eficiencia funcional de la expresión oral.

- La valoración de las posibles aunque poco probables secuelas permanentes de un retraso moderado del habla deberá hacerse de forma definitiva a partir de los 14 años.

Retraso leve del lenguaje

- El retraso diagnosticado como leve supone un retardo en la adquisición de la habilidad comprensiva o expresiva, teniendo en cuenta la que correspondería por la edad.
- Su pronóstico es bueno y suele haber una resolución íntegra sin secuelas.
- La primera exploración debe hacerse a la edad más temprana posible a fin de instaurar un precoz tratamiento, debiéndose confirmar el diagnóstico a los seis meses de la primera valoración.

Retraso moderado del lenguaje

- Son significativos, sistemáticos y patológicos los errores, limitando la capacidad receptiva y/o expresiva. En el caso de estar afectadas las dos vertientes, la limitación en el desarrollo de las habilidades lingüísticas es más acusada e implica una mayor limitación en la comunicación, pudiéndose afectar secundariamente el desarrollo cognitivo, afectivo y social del niño. Para evitar secuelas importantes, debe establecerse un tratamiento temprano.
- Dependiendo del nivel especialmente afectado, se distinguen diferentes subgrupos: fonológico, sintáctico, mixto, semántico-pragmático o léxico-sintáctico.
- La primera exploración deberá hacerse lo antes posible, debiéndose confirmar el diagnóstico a los seis meses de la primera exploración.
- Puede haber remisión total o parcial a los siete años, pero la valoración de las secuelas definitivas deberá hacerse a partir de los catorce.

Disfasia

- El término disfasia, dentro del marco de los trastornos del desarrollo del lenguaje, designa los retrasos más graves y duraderos que de forma sistemática, por su mala evolución, determinan una limitación permanente en el desarrollo cognitivo y en la capacidad para adquirir y manejar otros códigos lingüísticos (lenguaje lecto-escrito).

Con referencia a este trastorno, se habla de disfunción en los mecanismos o sistemas cerebrales implicados en la comprensión, elaboración y producción del lenguaje.

- En la disfasia receptivo-expresiva el trastorno primario asienta en la dificultad para la decodificación del mensaje verbal que suele acompañarse de un déficit equivalente en la expresión. En la disfasia expresiva, la dificultad estriba en una alteración de los mecanismos implicados en la codificación, encontrándose preservada al menos parcialmente, la comprensión.

- Dependiendo del nivel afectado se pueden distinguir diferentes subtipos: fonológico-sintáctico mixto, semántico-pragmático o léxico-sintáctico. Aunque no sean exactamente trastornos difásicos, incluimos aquí por su gravedad extrema la agnosia auditivo-verbal y la apraxia del habla. En el primer caso, el proceso alterado es la decodificación fonológica y en el segundo la programación fonológica y codificación del programa motor que sustenta el habla.

- En muchas ocasiones, el niño disfásico tiene un primer diagnóstico de retraso moderado o grave del lenguaje, retardándose hasta los cinco o siete años la confirmación de disfasia.

- Las secuelas permanentes derivadas de este trastorno deben valorarse a partir de los catorce años.



Afasia infantil

- Para definir, diagnosticar o valorar esta patología debemos basarnos en la existencia previa de lenguaje antes de producirse el proceso patológico. Es un trastorno del lenguaje consecutivo a una afección objetiva del SNC y producido en un sujeto que ya había adquirido un cierto nivel de comprensión y expresión verbal
- La valoración se hará siguiendo los criterios de trastornos del desarrollo del lenguaje hasta la edad de 10 años (tabla I). Si el cuadro se inicia con posterioridad, se aplicarán los criterios de afasia en el adulto (tabla II).

NORMAS PARA LA VALORACIÓN DE LOS TRASTORNOS SECUNDARIOS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE

Secundario a Hipoacusia:

La evolución más frecuente de una sordera profunda prelocutiva es hacia una discapacidad del desarrollo del lenguaje de grados III, IV o V. Aun así este dato es sólo orientativo, debiéndose aplicar en cada caso los criterios expuestos en la tabla I.

La valoración de la discapacidad para la comunicación verbal en sorderas post-locutivas del adulto, se hará aplicando los criterios descritos en la tabla III.

Secundario a Retraso Mental

Dado que en baremos de retraso mental se ha tenido en cuenta el nivel de eficiencia lingüística para incluir a la persona en una u otra clase valorativa, no se deberá combinar los trastornos del desarrollo del lenguaje que se den en el marco de un retraso mental.

Secundario a trastorno psiquiátrico

Se valorará según los criterios del capítulo dedicado a la valoración de los trastornos mentales.

Secundario a alteración neurológica (encefalopatía):

Disartria del desarrollo:

- En las encefalopatías pueden presentarse alteraciones motóricas, cognitivas o intelectivas, auditivas, etc., pudiendo influir cada una de ellas en el desarrollo del lenguaje. Por ello, la posible asociación de diferentes complicaciones muestra una gran variabilidad de unos pacientes a otros, debiéndose efectuar la valoración de forma individualizada.
- El porcentaje de discapacidad originada por deficiencias del lenguaje se combinará con el derivado de otras deficiencias neurológicas si las hubiere, siguiendo los criterios descritos en el capítulo correspondiente a Sistema Nervioso.
- La valoración de la discapacidad derivada de la disartria en el niño se efectuará aplicando la tabla de trastornos del desarrollo del lenguaje (tabla 1)
- Si la expresión clínica de la encefalopatía cursa con retraso mental, la valoración se hará de forma global aplicando los criterios descritos en los capítulos correspondientes.
- En el caso de que la valoración se lleve a cabo en un adulto, con sólo trastorno del habla secundario a una encefalopatía perinatal, se aplicarán las tablas de valoración de trastornos del habla-articulación (tabla V).
- Si en el adulto hubiese evidencia de trastorno del habla y lenguaje como consecuencia de una encefalopatía perinatal, se aplicaren la tabla de trastorno del desarrollo (tabla 1).
- La primera evaluación de la discapacidad por trastorno disártrico se efectuará a partir de los seis años de edad, confirmando el diagnóstico a los seis meses de la misma. Esta primera

evaluación será provisional, debiéndose esperar hasta los 14 años para valorar las secuelas permanentes.

Secundario a alteración morfológica: disglosia

- Las disglosias son alteraciones del habla o en su caso del lenguaje, secundarias a alteraciones morfológicas de órganos articulatorios. Teniendo en cuenta las técnicas actuales, la mayoría de los casos mejoraren tras el tratamiento quirúrgico y rehabilitador.
- Únicamente en malformaciones graves y no tratadas o cuando se añaden otros factores individuales o sociales, podría afectarse el Desarrollo del lenguaje, con repercusiones a nivel sintáctico, semántico o pragmático. En este caso, tendríamos que considerar el trastorno del habla y del lenguaje para la valoración de la discapacidad.
- Para la evaluación en adultos, se aplicaren los criterios descritos en la tabla 5. En el caso de los niños se evaluará el trastorno según los criterios señalados en trastornos del desarrollo del lenguaje (tabla 1) (7)

Trastorno del lenguaje escrito

Se considera que la limitación de la lecto-escritura forma parte del trastorno del lenguaje, pudiendo ser secuela de retrasos en el desarrollo del lenguaje o disfasias. Al considerarse un síntoma dentro de un síndrome, no requerirá valoración específica.

Los trastornos adquiridos del lenguaje escrito suelen acompañar a las afasias y se valoran como trastornos del lenguaje establecido (7)



AFASIA

- La afasia es un trastorno del lenguaje, como forma de la función simbólica, que puede afectar tanto a la expresión como a la comprensión verbal o gráfica (lecto-escritura). La valoración de la discapacidad lingüística se sustentará en los resultados obtenidos en las diferentes pruebas aplicadas para el diagnóstico de la afasia.
- La valoración sólo se dará como definitiva al año de haberse instaurado el cuadro afásico, salvo en pacientes mayores de 65 años, en los que puede establecerse la discapacidad permanente a los tres meses.
- En el caso de trastornos afásicos secundarios a traumatismos craneoencefálicos, procesos vasculares, tumorales, etc., en los que la alteración afásica es el núcleo del problema, será necesario combinar esta discapacidad a otras posibles discapacidades neurológicas, según las normas expuestas en el capítulo de Sistema Nervioso.
- Los cuadros afásicos pueden formar parte de un síndrome de deterioro neuropsicológico, en cuyo caso la valoración de la discapacidad se deberá establecer en base al trastorno del que forma parte. En estos casos, las tablas de valoración de los trastornos afásicos serán sólo orientativas. (7)

Trastornos del lenguaje asociados a síndromes psiquiátricos o neuropsicológicos (demencias)

- En estos casos la valoración se hará según los criterios del capítulo Enfermedad mental.

Disfonías

Se habla de disfonía cuando únicamente se encuentran alteradas las características acústicas de la voz: intensidad, tono o timbre. La falta total de emisión vocal sonora se denomina afonía. Pueden ser orgánicas, funcionales ó psicógenas.



- Una vez considerados estos trastornos como permanentes, habiéndose aplicado las medidas terapéuticas y rehabilitadoras, la discapacidad que derive se valorará según los criterios especificados en la tabla IV. (7)

CRITERIOS PARA LA ASIGNACIÓN DEL GRADO DE DISCAPACIDAD

Tabla I:

Grados de Discapacidad para la Comunicación Verbal en los trastornos del desarrollo del Lenguaje:

Dicho porcentaje corresponde al de discapacidad para la comunicación verbal, debiéndose trasladar al correspondiente global persona:

Grado I: mínima limitación para comprender o expresarse:

Discapacidad para la comunicación verbal de 0 a 14 %

El paciente, puede resolver la demanda de la vida diaria para comprender o expresar. Ocasionalmente, puede presentar errores en la articulación, leve limitación en la precisión del vocablo o la sintaxis, o leve dificultad de comprensión de expresiones más complejas. No hay limitación en la inteligibilidad

Grado II: moderada limitación para comprender o expresarse.

Discapacidad para la comunicación verbal de 15 a 34 %

El paciente puede resolver la demanda de la vida diaria para comprender y expresar.

Algunas veces, puede presentar errores en la articulación, leve limitación en la precisión del







vocablo o la sintaxis, o leve dificultad de comprensión de expresiones complejas, evidenciándose discontinuidad, duda, lentitud o dificultad. El habla (si asienta aquí la dificultad), puede ser ininteligible para extraños en temas descontextualizados.

Grado III: severa limitación para comprender o expresarse.

Discapacidad para la comunicación verbal de 35 a 59%

Puede resolver con poca ayuda o sin ella la práctica totalidad de las situaciones de la vida, pero los errores fonológicos y/o fonéticos, o la reducción sintáctica y/o semántica determinan una dificultad obvia para referirse a temas específicos. El habla (si asienta aquí su dificultad) es ininteligible para extraños e incluso para personas cercanas en temas fuera de contexto. Si el lenguaje es gestual, puede comunicarse en el entorno lingüístico que le es afín, pero encuentra dificultades relevantes para comunicarse en medios exclusivos de lenguaje oral.

Grado IV: grave limitación para comprender o expresarse.

Discapacidad para la comunicación verbal de 60 a 84 %.

El paciente puede con ayuda y cierta limitación, resolver las situaciones de la vida normal, pero los errores fonológicos, fonéticos, sintácticos o semánticos, determinan una dificultad marcada para referirse a temas específicos. Hay fracasos frecuentes al intentar expresar una idea y para ello depende en gran medida del oyente. El habla (si asienta aquí su dificultad), es ininteligible para extraños o incluso difícil de entender para personas cercanas en temas coloquiales. Si éste fuera el problema, puede no ajustarse a la situación comunicativa, usar estereotipias o repeticiones ecológicas y expresar ideas sin relación con el contexto, sólo para mantener la comunicación.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I. G. S. S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
 I. G. S. S.

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
 SECRETARÍA
 DE LA
 GERENCIA

Si utiliza el gesto, sólo le sirve para referirse a aspectos concretos estrechamente ligados al contexto en el entorno lingüístico que le es afín.

Grado V: total limitación para comprender o expresarse.

Discapacidad para la comunicación verbal de 85 a 100 %

Existe una completa limitación para comprender o expresarse en la vida normal, tanto a nivel oral como gestual. La comunicación, si se efectúa, es sólo a partir de expresiones incompletas o ininteligibles, que obligan al oyente a inferir o extraer el contenido comunicativo a partir de preguntas continuas, debiendo a veces adivinarlo. Puede no ajustarse en absoluto a la situación comunicativa, incluso aunque pueda reproducir a la perfección frases o secuencias de habla aparentemente complejas.

Tabla II

Grados de discapacidad para la comunicación verbal secundarios a afasias:

Grado 1 o mínima limitación para comprender o expresarse:

Discapacidad para la comunicación verbal de 0 a 14 %

- Mínimos deterioros observables en el habla.
- Ocasionalmente manifiesta leves alteraciones en la articulación, vocablos poco precisos, ligeras alteraciones de la sintaxis o leve dificultad de comprensión de expresiones complejas.
- El paciente puede presentar dificultades subjetivas no evidentes para el oyente.

- La escritura puede estar deformada pero es legible. La organización del relato escrito se imita a varias ideas descriptivas conexas con frases identificables aún con errores gramaticales y paragráficos.
- Muestra dificultades para la comprensión de oraciones o textos de relativa complejidad integrados por al menos dos frases compuestas menos complejas (yuxtapuestas y copulativas).

Grado II o moderada limitación para comprender o expresarse:

Discapacidad para la comunicación verbal de 15 a 34 %

- Hay alguna pérdida evidente en la fluidez del habla o facilidad de comprensión, sin limitación significativa de las ideas expresadas o su forma de expresión.
- Tiene dificultades para encontrar la palabra adecuada, haciendo un discurso impreciso, presentando a veces una articulación lenta, torpe y distorsionada.
- A veces, las dificultades de comprensión se hacen patentes.
- Todos los problemas que se presentan pueden ser compensados con la ayuda del interlocutor y las diferentes estrategias utilizadas por el paciente.
- La escritura se imita a una o más frases en las que se observa una combinación de palabras formando un núcleo sintáctico, o consigue una lista extensa (cinco o más) de palabras de significado (sustantivo y verbos).
- Muestra dificultades para la comprensión en lectura de oraciones simples.

Grado III o severa limitación para comprender o expresarse:

Discapacidad para la comunicación verbal de 35 a 59 %

- El paciente puede referirse a todos los problemas de la vida diaria con muy pequeña ayuda o sin ella, sin embargo la reducción del habla y/o la comprensión, hacen sumamente difícil o


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I. G. S. S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
 I. G. S. S.

INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD SOCIAL
 SECRETARÍA DE LA GERENCIA

imposible la conversación sobre cierto tipo de temas. Toda conversación que se aleje de temas familiares o muy contextualizados, será imposible de mantener.

- La comunicación está severamente alterada con interlocutores no familiarizados con su problemática.
- La grafía apenas es legible y la escritura se limita a palabras mal deletreadas, aisladas y sin estructuración en la frase, pero se identifican uno o más sustantivos o verbos.
- Muestra dificultades para la comprensión de lectura de palabras aisladas (asociación palabra-imagen).

Grado IV o grave limitación para comprender o expresarse:

Discapacidad para la comunicación verbal de 60 a 84 %

- El paciente puede, con la ayuda del examinador, mantener una conversación sobre temas familiares.
- Hay frecuente fracaso al intentar expresar una idea, pero comparte el peso de la comunicación con el examinador.
- Su lenguaje puede estar reducido a palabras aisladas mal emitidas, bien por problemas articulatorios o por la existencia de parafraxias que pueden dar lugar a una jerga.
- La comprensión en estos casos está muy limitada, reduciéndose a tareas de designación y comprensión de órdenes de un elemento.
- Total limitación para comprender o expresar mensajes escritos.

Grado V o total limitación para comprender o expresarse:

Discapacidad global de la persona 75 %

- La comunicación se efectúa totalmente a partir de expresiones incompletas; necesidad de inferencia, preguntas y adivinación por parte del oyente. El caudal de información que puede ser intercambiado es mínimo y el peso recae sobre el oyente.
- En ocasiones ausencia total de habla o producción de estereotipias verbales. En otros casos se de una jerga logorreica con nula comprensión auditiva. El paciente es incapaz de realizar órdenes sencillas o designar partes del cuerpo, objetos o imágenes.

Tabla III

Grados de discapacidad para la comunicación verbal en sorderas postilocutivas del adulto

Grado I o mínima limitación para la recepción-articulación:

Discapacidad para la comunicación verbal de 0 a 11%

- El paciente es capaz de expresar con claridad y de comprender los mensajes en la mayoría de las situaciones normales de comunicación de cada día con lenguaje oral. El habla puede presentar leves alteraciones en la articulación o en la prosodia, pero no llega a determinar limitaciones relevantes en la inteligibilidad. Aprovecha la ayuda protésica convencional y puede mantener una conversación con propios y extraños si se tiene en cuenta su problema.

Grado II A o moderada limitación para la recepción-articulación:

Discapacidad para la Comunicación Verbal de 12 a 23 %

- El paciente es capaz de expresar con claridad y de comprender los mensajes en muchas de las situaciones normales de comunicación de cada día con el lenguaje oral. El habla puede presentar alteraciones en la articulación y en la prosodia, pero no llegan a determinar limitaciones relevantes en la inteligibilidad. Complementa con lectura labial y otras


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I. G. S. S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
 I. G. S. S.


 INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD SOCIAL
 SECRETARÍA DE LA GERENCIA

estrategias de tal manera que es capaz de mantener con esfuerzo una conversación con propios y extraños sobre temas conocidos, siempre que el hablante tenga en cuenta su problema.

Grado II B o severa limitación para la recepción-articulación:

Discapacidad para la Comunicación Verbal de 24 a 35 %

- El paciente puede expresar con claridad y comprender los mensajes en algunas de las situaciones normales de cada día con lenguaje oral o gestual. El habla presenta alteraciones en la articulación y en la prosodia que dificultan levemente la inteligibilidad.
- Si utiliza implante coclear, le permite mantener una conversación con personas conocidas en ambientes adecuados que tengan en cuenta su limitación
- Si su lenguaje es gestual, puede comunicarse plenamente en el entorno lingüístico que le es afín, pero encuentra dificultades relevantes para comunicarse en medios exclusivos de lenguaje oral.

Grado III A o grave limitación para la recepción-articulación:

Discapacidad para la comunicación verbal de 36 a 47 %

- Puede expresar y comprender los mensajes en pocas situaciones normales de comunicación de cada día con lenguaje oral o gestual. El habla presenta alteraciones en la articulación y la prosodia que dificultan de forma relevante la inteligibilidad en circunstancias desfavorables.
- Si utiliza un implante coclear, le permita con dificultad y de forma limitada mantener una conversación con personas conocidas en ambiente adecuado, apoyándose en lectura labial, sobre temas conocidos y siempre que se tenga en cuenta su limitación.



- Si su lenguaje es gestual, puede comunicarse con limitaciones en el entorno lingüístico que le es afín, pero encuentra dificultades graves para comunicarse en medios exclusivos de lenguaje oral.

Grado IIIB o muy grave limitación para la recepción-articulación:

Discapacidad para la comunicación verbal de 48 a 59 %

- El paciente no es capaz de expresar con claridad y de comprender los mensajes en ninguna de las situaciones normales de comunicación de cada día, con lenguaje oral o gestual. No es posible conseguir un mínimo rendimiento del tratamiento protésico y el paciente, si utiliza el gesto en su comunicación, sólo le sirve para referirse a aspectos concretos estrechamente ligados al contexto en el entorno lingüístico que le es afín.

Tabla IV

Grados de discapacidad secundarios a trastornos de la voz

Grado 1 o limitación mínima:

Discapacidad para la comunicación verbal de 0 a 11%

- Ronquera, monotonía, etc., que no limita la eficacia de la emisión vocal para la comunicación.
- Puede que exija esfuerzo

Grado II A o limitación moderada:

Discapacidad para la comunicación verbal de 12 a 23 %

- Fatiga fácil, voz siempre alterada.
- Especial dificultad en ambientes ruidosos comunes.




- Buena inteligibilidad en ambiente adecuado.
- Tiempo de fonación menor de 5 segundos

Grado II B o limitación severa:

Discapacidad para la comunicación verbal de 24 a 35 %

- No puede hacerse oír en ambientes ruidosos.
- Puede con dificultad hacerse oír en ambientes normales, cortos períodos de tiempo.
- La voz erigimofónica u otros métodos técnicos alternativos, permiten una emisión eficaz.

(Hay que tener en cuenta que al paciente laringectomizado que usa erigimofonía u otras técnicas alternativas, habrá que combinar a ésta, otras discapacidades que deriven de su deficiencia laríngea y al traqueostomía, según criterios descritos en el capítulo ORL).

Grado III A o limitación grave:

Discapacidad para la comunicación verbal de 36 a 47 %

- Voz siempre áfona, entrecortada y con esfuerzo.
- Tiempo de fonación de uno o dos segundos, que apenas permite emisión incluso áfona de palabras aisladas.
- La voz erigimofónica u otros métodos alternativos apenas compensan la limitación, pudiendo sólo emitir palabras aisladas con ruido y esfuerzo.

Grado III B o muy grave:

Discapacidad para la comunicación verbal de 48 a 59 %

- No puede emitir ningún sonido articulado sonoro.

(Sería el caso de un paciente con laringectomía total que no consigue emisión erigimofónica de monosílabos, y no puede usar electrolaringe por empastamiento y edemas de tejidos cervicales).

Tabla V

Grados de discapacidad secundarios a trastornos del habla-articulación**Grado 1 o mínima limitación:****Discapacidad para la comunicación verbal de 0 a 11%**

- Puede ejecutar la mayoría de los actos articulatorios necesarios para la comunicación oral de cada día con la suficiente intensidad, claridad, velocidad y facilidad, aunque le pueda significar cierto esfuerzo o pueda tener dificultades para producir algunas unidades fonéticas o mantener una velocidad eficaz. En ocasiones el oyente puede precisar que el paciente repita.

Grado II A o limitación moderada:**Discapacidad para la comunicación verbal de 12 a 23 %**

- Puede ejecutar muchos de los actos articulatorios necesarios para la comunicación oral de cada día con la suficiente intensidad, claridad, velocidad y facilidad aunque el habla es casi continuamente débil, imprecisa, lenta o interrumpida de tal manera que se hace difícil la inteligibilidad en los ambientes ruidosos comunes en la vida normal (estaciones, restaurantes, trenes, vehículos, etc.). Le entienden propios y extraños en ambientes normales (conversaciones en grupos no numerosos, conversaciones reposadas y en entornos sin ruido excesivo).

Grado II B o limitación severa:**Discapacidad para la comunicación verbal de 24 a 35 %**

- Puede ejecutar algunos de los actos articulatorios necesarios para la comunicación oral de cada día con la suficiente intensidad, claridad, velocidad y facilidad aunque tienen







considerables dificultades para hacerse entender en ambientes ruidosos, se cansa rápidamente y apenas puede mantener una articulación fluida, audible e inteligible breves períodos de tiempo. Puede conversar con personas conocidas pero los extraños le entienden con dificultad incluso en ambientes normales.

Grado III A o limitación grave:

Discapacidad para la comunicación verbal de 36 a 47 %

- Puede ejecutar pocos de los actos articulatorios necesarios para la comunicación oral de cada día con la suficiente intensidad, claridad, velocidad y facilidad. Sólo puede emitir palabras aisladas o frases cortas o la intensidad es tan débil que apenas le oye un oyente cercano o la articulación es tan imprecisa que solamente se le entienden expresiones ligadas al contexto.

Grado III B o limitación muy grave:

Discapacidad para la comunicación verbal de 48 a 59 %

- No puede ejecutar ninguno de los actos articulatorios necesarios para la comunicación oral de cada día con la suficiente intensidad, claridad, velocidad y facilidad.

(7)



CONVERSIÓN DE DISCAPACIDAD PARA LA COMUNICACIÓN EN
DISCAPACIDAD GLOBAL DE LA PERSONA.

Discapacidad para la Comunicación	Discapacidad Global Persona
0 - 11	0 - 6%
12 - 23	7 - 14%
24 - 35	15 - 20 %
36 - 47	21 - 27%
48 - 59	28 - 35 %
60 - 84	36 - 50 %
85 - 100	60 - 65%

(7)








RETRASO MENTAL

En este capítulo se establecen las normas generales para la valoración de la discapacidad derivada del Retraso Mental, definido como capacidad intelectual general significativamente inferior al promedio, que se acompaña de limitaciones de la capacidad adaptativa referidas a cómo afrontan los sujetos las actividades de la vida diaria y cómo cumplen las normas de autonomía personal esperables de su grupo de edad, origen sociocultural y ubicación comunitaria. (7)

Será el criterio de profesional el que determine la puntuación a otorgar teniendo en cuenta que la no posibilidad de sociabilidad, formación y adaptación condicionarán la posible minusvalía: La no posibilidad de desempeñar un trabajo competitivo llevará a la percepción del Subsidio de Garantía de Ingresos Mínimos. La necesidad de Ayuda de Tercera Persona vendrá condicionada por el grado de autonomía personal adquirida para las actividades de la vida diaria. (7)

CAPACIDAD INTELECTUAL LÍMITE

Coeficiente Intelectual = 70 – 80

UNIDADES= 15 – 29%

PSICOMOTRICIDAD - LENGUAJE

- Puede observarse en edades tempranas un ligero retraso en el desarrollo motor.
- Torpeza en aquellas habilidades mototas que impliquen gran precisión.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I. G. S. S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
 I. G. S. S.


 INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
 SECRETARÍA DE LA GERENCIA

- Puede observarse retraso en la adquisición del lenguaje.
- Uso del lenguaje como instrumento práctico e inmediato.
- Pensamiento lento y subordinado a la acción.
- Utiliza un lenguaje muy usual con escaso grado de abstracción.
- En el lenguaje oral, tanto expresivo como comprensivo, presenta leve retraso a nivel sintáctico y semántico.

HABILIDADES DE AUTONOMIA PERSONAL Y SOCIAL

- Total autonomía personal.
- Poca habilidad para establecer relaciones sociales.
- Capacidad para organizar su rutina diaria.
- Adaptación lenta a lugares ajenos a su entorno social.
- Utiliza recursos que ofrece la comunidad con asesoramiento.
- Mantiene relaciones de amistad.
- Respeta las normas sociales establecidas.

PROCESO EDUCATIVO

- Consigue con lentitud los procesos de aprendizaje sensorio-motriz, preoperacional, operacional concreto y puede esbozar aprendizajes formales.
- Presenta atención dispersa y baja concentración y motivación en actividades de aprendizaje.
- Dificultades funcionales en la utilización de técnicas instrumentales básicas.
- Presenta fracaso e inadaptación en niveles avanzados de la escolaridad.
- Puede conseguir el graduado escolar o equivalente con apoyo pedagógico.

[Firma manuscrita]



[Firma manuscrita]



- Tiene capacidad para acceder a los contenidos propios de la Formación Profesional Especial Adaptada.

PROCESO OCUPACIONAL LABORAL

- Graves dificultades para acceder al mercado de trabajo competitivo.
- Desarrolla actividades que no impliquen responsabilidad ni toma de iniciativas.
- Bajo rendimiento en actividades laborales mejorando éste cuando trabaja en Centros Especiales de Empleo
- Independencia en la utilización de su tiempo libre.

CONDUCTA

- Generalmente, buen nivel de conducta adaptativa.
- Inestabilidad emocional, fácilmente influenciable por el medio.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Inseguridad y escasa iniciativa ante la realización de actividades.
- Requiere un discreto control en su conducta.

RETRASO MENTAL LEVE

Coeficiente Intelectual = 51 – 69

UNIDADES = 30 a 59%

PSICOMOTRICIDAD - LENGUAJE

- Retraso evolutivo senso-motriz.
- Las etapas del desarrollo motor se cubren en edades más avanzadas.
- Poca precisión en las tareas que exigen destreza y/o coordinación.







- No logra una buena integración del esquema corporal.
- Retraso en la adquisición y evolución del lenguaje.
- Puede presentar problemas del habla.
- Lentitud o precipitación tanto en el pensamiento como en la acción.
- Lenguaje funcional, con pobreza de vocabulario y nutrido de referencias cotidianas.
- Comprende órdenes complejas, dentro de su marco referencial.

HABILIDADES DE AUTONOMIA PERSONAL Y SOCIAL

- Ocasional supervisión en actividades de la vida diaria.
- Se desenvuelve por sí solo en lugares habituales de forma rutinaria.
- Colabora en tareas del núcleo familiar.
- Dificultad para anticiparse a los peligros, no existiendo reacción adecuada ante los mismos.
- Sus demandas de atención y aprobación pueden ser elemento distorsionador en la familia.
- Asesoramiento para realizar actividades no habituales y utilizar los recursos sociales.
- Su núcleo de referencia social se restringe frecuentemente a la familia, barrio o círculo laboral, si existe.
- Preferencia por relacionarse con personas de menor edad.

PROCESO EDUCATIVO

- Consigue o supera los procesos de aprendizaje sensorio-motriz y preoperacional, pudiendo alcanzar las primeras etapas del período operacional concreto.
- Déficit de atención y concentración que limita el aprendizaje.

- Adquisición de técnicas instrumentales.
- Lectura-escritura comprensiva limitada a niveles muy elementales.
- Necesita permanentemente apoyo pedagógico durante el proceso educativo.
- Ritmo inconstante en el aprendizaje.
- Adquiere habilidades manipulativas básicas en aulas de Formación Profesional Especial.

PROCESO OCUPACIONAL LABORAL

- Integración laboral en Centros Ocupacionales o Centros Especiales de Empleo.
- Desarrollo de tareas manipulativas rutinarias.
- Ritmo inconstante en la ejecución de actividades.
- Incapacidad de organización y planificación de su tiempo libre.

CONDUCTA

- Inseguridad y falta de iniciativa en la realización de actividades.
- Actitudes de reiteración y obcecación en lo que supone dificultad.
- Expresa su frustración a través de conductas heteroagresivas, generalmente verbales.
- Labilidad emocional.

RETRASO MENTAL MODERADO

Coeficiente Intelectual = 35 – 50

UNIDADES = 60 a 75%

PSICOMOTRICIDAD - LENGUAJE

- No llega a la plena consecución de adquisiciones motrices.



- Adquiere en edad tardía control postural adecuado.
- Poca destreza manual, necesitando ayuda para actividades que requieran movimientos finos.
- Adquiere conceptos espaciales, siendo estos los referidos a cualidades del objeto, no a su integración.
- Predominio de la acción sobre el lenguaje y el pensamiento.
- El habla aparece tardíamente y presenta abundantes trastornos.
- Comprensión de órdenes verbales sencillas.
- Reconocimiento de imágenes y objetos habituales.
- Lenguaje sembrado de errores semánticos y sintácticos.
- Vocabulario reducido y reiterativo.

HABILIDADES DE AUTONOMIA PERSONAL Y SOCIAL

- Necesita supervisión para la realización de actividades de la vida diaria.
- Colabora en tareas muy sencillas de la casa.
- No tiene autonomía suficiente para desplazarse solo fuera del entorno habitual.
- Relación social con iguales en edad mental o adultos que le proporcionen seguridad.
- No existe anticipación ni sentido de peligro en situaciones no habituales.
- Sus relaciones interpersonales se limitan al ámbito familiar y ocupacional.
- Dificultad para aceptar normas sociales.

PROCESO EDUCATIVO

- Supera el proceso de aprendizaje sensorio-motriz y alcanza tardíamente el período preoperacional.



- Aprendizaje de conceptos básicos elementales referidos a situaciones concretas (color, forma, tamaño).
- Consigue, mediante adiestramiento, centrar y mantener la atención en la adquisición de aprendizajes.
- Se integra, con apoyo educativo en un Centro ordinario o en Centros específicos.
- Se inicia en habilidades manipulativas básicas en aulas de aprendizaje de tareas.

PROCESO OCUPACIONAL LABORAL

- Integración en el marco de un Centro Ocupacional.
- Desarrolla tareas con supervisión y ayuda ocasional.
- Ritmo lento y ejecución repetitiva de las tareas.
- Necesita asistencia para la utilización de su tiempo libre.

CONDUCTA

- Solicita constantes demostraciones de atención y cariño.
- Afectividad ciclotímica y voluble.
- Los cambios en sus hábitos diarios pueden originar trastornos de adaptación.
- Conductas heteroagresivas y ocasionalmente auto agresivas.
- Conductas afectivas y sexuales desinhibidas.


DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
I.G.S.S.S.


DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
I.G.S.S.S.


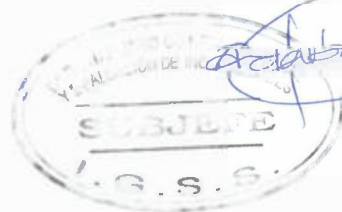
RETRASO MENTAL GRAVE Y/O PROFUNDO**Coeficiente Intelectual = 34 A 20****UNIDADES = 76%****PSICOMOTRICIDAD - LENGUAJE****SEVEROS**

- Adquiere la marcha.
- Sentido cenestésico poco evolucionado y equilibrio deficiente.
- Manipula objetos cotidianos con carácter funcional.
- Comunicación a través de palabra-frase, uniones de palabras sin estructura sintáctica, comprensiva sólo para sus habituales.
- Comprende y responde a órdenes imperativas que impliquen una o dos acciones.

PROFUNDOS

- Puede llegar a adquirir la bipedestación o la marcha.
- Alcanza la aprehensión y manipulación burda de objetos.
- Comunicación muy primaria (gestos, gritos, llantos, sonidos inarticulados...).
- Comprende órdenes sencillas cuando van acompañadas de gestualización.
- Dificultades para mantener el contacto visual.



HABILIDADES DE AUTONOMIA PERSONAL Y SOCIAL

SEVEROS

- Dependencia en actividades de la vida diaria, aunque pueda realizar alguna de forma incompleta.
- Parcial control de esfínteres.
- Desplazamientos con fin utilitario en ambientes controlados.
- Reconoce a las personas habituales de su entorno y mantiene una interrelación básica.

PROFUNDOS

- Dependencia total en actividades de la vida diaria.
- Ausencia de control de esfínteres.
- Reconocimiento de los miembros de la familia muy habituales.
- No existe relación social.

PROCESO EDUCATIVO

SEVEROS

- Consigue o supera el período de aprendizaje sensorio-motriz.
- Se inicia con adiestramiento en adquisiciones básicas de tipo pre-conceptual
- Se integra en Centros específicos de Educación Especial.
- Iniciación en las actividades de pre-taller de los Centros específicos de Educación Especial.

PROFUNDOS

- Las habilidades logradas son de tipo sensorio-motriz.
- Permanencia en Centros asistenciales.






PROCESO OCUPACIONAL LABORAL

SEVEROS

- Puede llegar a integrarse en actividades de pre-talleres de los Centros Ocupacionales.
- Requiere apoyo del adulto en la ejecución de tareas sencillas.
- Realiza tareas de forma mecánica y durante breves períodos de tiempo.
- Dependencia de otra persona para la utilización de su tiempo.

PROFUNDOS

- Permanece en Centros Asistenciales.

CONDUCTA

SEVEROS

- Gran dependencia afectiva.
- Frecuentes manifestaciones de auto y heteroagresividad.
- Manifiesta conductas bruscas e impulsivas.
- Presenta estereotipias.
- Distanciamiento ocasional de la realidad.
- Graves problemas de conducta asociados.
- Presenta conductas de auto estimulación sexual.

PROFUNDOS

- Desconexión ambiental.
- Frecuentes conductas autolesivas y autoestimulatorias.
- Presenta estereotipias. (7)




ENFERMEDAD MENTAL

La valoración de la Enfermedad Mental se realizará de acuerdo con los grandes grupos de Trastornos Mentales incluidos en los sistemas de clasificación universalmente aceptados - CIE-10, DSM-IV-. Teniendo como referencia estos manuales, los grandes grupos psicopatológicos susceptibles de valoración son: Trastornos Mentales Orgánicos, Esquizofrenias y Trastornos Sicóticos, Trastornos de Estado de Ánimo, Trastornos de Ansiedad, Adaptativos y Somatomorfos, Disociativos y de Personalidad. (7)

Partiendo del hecho reconocido de que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto "Trastorno Mental", entendemos como tal el conjunto de síntomas psicopatológicos identificables que, interfieren el desarrollo personal, laboral y social de la persona, de manera diferente en intensidad y duración. (7)


La valoración de la discapacidad se realizará en base ha:

1. Disminución de la capacidad del individuo para llevar a cabo una vida autónoma.

Vendrá dada por el estudio de las actividades que incluyen:

- a. Relación con el entorno: comunicación y manejo de la información general que le rodea, uso del teléfono, relación social y comportamiento de su entorno próximo y desconocido, aspecto físico y vestimenta, capacidad psíquica para dirigir su movilidad, uso de transporte, realización de encargos, tareas del hogar, manejo del dinero, actividades de ocio y, en general, la capacidad de iniciativa, voluntad y enjuiciamiento crítico de su actividad y la actividad de otros.
- b. Actividades de cuidado personal; desplazamiento, comida, aseo, vestido y evitación de lesiones y riesgos.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I. G. S. S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
 I. G. S. S.

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
 SECRETARÍA DE LA GERENCIA

2. Disminución de la capacidad laboral

Vendrá dada por:

- a. El déficit en el mantenimiento de la concentración, la continuidad y el ritmo en la ejecución de tareas. Esta función hace referencia a la capacidad para mantener una atención focalizada de modo que la finalización de las tareas laborales se lleve a cabo en un tiempo razonable.

En la realización de las tareas domésticas, la concentración puede reflejarse en la capacidad y tiempo necesario utilizado para realizar las tareas rutinarias necesarias para el mantenimiento de la casa.

- b. El deterioro o descompensación en la actividad laboral debido al fracaso en adaptarse a circunstancias estresantes, entendiendo como tales la toma de decisiones, el planificar y finalizar a tiempo los trabajos, la interacción con jefes y compañeros, etc.

El fracaso puede ponerse de manifiesto en forma de retraimiento y/o evitación de dichas circunstancias, también por la aparición o exacerbación de los síntomas del trastorno en cuestión.

Se tendrá igualmente en cuenta la capacidad del sujeto para adaptarse a las distintas posibilidades que el trabajo adaptado presenta: Centros Especiales de Empleo y Centros Ocupacionales, teniendo en cuenta que lo que se valora es la capacidad del individuo, no la existencia de recursos laborales, de uno u otro tipo, que serán valorados, en su caso, a través del Baremo de Factores Sociales.

También se ponderará que la relación entre valoración y posible correspondencia con una prestación económica sea positiva en la rehabilitación terapéutica del individuo, tendiendo a evitar una valoración que favorezca la concesión de prestación económica en los casos

en que existan posibilidades de carácter laboral, dejando aquella sólo para los casos en que el Trastorno Mental interfiera con cualquier tipo de actividad productiva.

3. Presencia y estudio de los síntomas y signos constituyentes de criterios diagnósticos.

Se ajustará a la contenida en los sistemas de clasificación reseñados, teniendo en cuenta que no todo individuo que padece un trastorno mental está totalmente limitado, algunos presentan limitaciones específicas que no imposibilitan todas las actividades de la vida diaria. Así, y desde el punto de vista del tercer criterio objetivo a tener en cuenta en la valoración de la discapacidad generada por un trastorno mental se considerará:

- a. Evidencia razonable de síntomas ajustados a los criterios diagnósticos definidos en los citados Manuales.
- b. Posibilidad de establecer criterios de provisionalidad y/o temporalidad en función del grado de evolución del trastorno o de la carencia de datos en el momento de la valoración. Ante una cronicidad clara y estable la calificación ha de ser definitiva.
- c. Posibilidad de solicitar informes psiquiátricos y/o psicológicos complementarios que permitan conocer la historia clínica previa del individuo, medidas terapéuticas y el posible pronóstico del trastorno.
- d. Ajuste de la valoración al tipo de trastorno, teniendo en cuenta el criterio de gravedad del mismo. Así, aun cuando a nivel teórico no se establecen límites en las posibilidades de valoración de cada uno de los trastornos, es obvio que no todos presentan el mismo abanico de deterioro, siendo en algunos invariable -psicosis o depresiones mayores- y en otros, muy estrecho distimias o trastornos de personalidad.



En la práctica habrá que tener como punto de referencia la prevalencia estadística que proporcionan los estudios de la población general (DSM IV, etc.), distinguiendo entre rasgos y trastorno. Los rasgos sólo se constituirán en trastorno cuando sean inflexibles, desadaptativos y persistentes.

- e. La dependencia a Sustancias Psicoactivas no se valorará en sí misma, sino las patologías asociadas, tanto previas y predisponentes, como las secuelas que originen.

(7)

CRITERIOS DE VALORACIÓN PARA LAS ENFERMEDADES MENTALES (7)

En relación con la asignación del grado de discapacidad se tendrá en cuenta:

Para incluir a la persona en alguna de las clases que sí suponen disminución de su capacidad funcional (II, III, IV y V) tendrá que cumplir los tres requisitos reseñados en cada una de ellas, descritos anteriormente, de acuerdo con los criterios especificados a continuación:

CLASE I: 0 %

- Presenta sintomatología psicopatológica aislada, que no supone disminución alguna de su capacidad funcional.

CLASE II: DISCAPACIDAD LEVE 1 a 24% (a+b+c)

La capacidad para llevar a cabo una vida autónoma está conservada o levemente disminuida, de acuerdo a lo esperable para la persona de su edad y condición, excepto en periodos recortados de crisis o descompensación y.



- a) Puede mantener una actividad laboral normalizada y productiva excepto en los períodos de importante aumento del estrés psicosocial o descompensación, durante los que puede ser necesario un tiempo de reposo laboral junto a una intervención terapéutica adecuada y.
- b) Cumplen los criterios diagnósticos requeridos, sin que existan síntomas que excedan los mismos.

CLASE III: DISCAPACIDAD MODERADA (25 a 59%) (a+b+c)

- a) Restricción moderada en las actividades de la vida cotidiana (la cual incluye los contactos sociales) y en la capacidad para desempeñar un trabajo remunerado en el mercado laboral.

La medicación y/o el tratamiento son necesarios de forma habitual

Si a pesar de ello persiste la sintomatología clínicamente evidente:

- ☐ Que interfiere notablemente en las actividades del paciente: tendencia al extremo superior del intervalo.
- ☐ Que no interfiere notablemente en las actividades del paciente: tendencia al extremo inferior del intervalo, y
- b) Las dificultades y síntomas pueden agudizarse en períodos de crisis o descompensación. Fuera de los períodos de crisis:
 - ☐ El individuo sólo puede realizar tareas ocupacionales con supervisión mínima en centros ocupacionales (tendencia al extremo superior del intervalo)
 - ☐ La persona es capaz de desarrollar una actividad laboral normalizada en un puesto de trabajo adaptado o en un centro especial de empleo (tendencia al extremo inferior del intervalo) y

- c) Presenta algunos síntomas que exceden los criterios diagnósticos requeridos, situándose la repercusión funcional de los mismos entre leve y grave.

CLASE IV: DISCAPACIDAD GRAVE (60 a 74%) (a+b+c)

- a) Grave Restricción de las actividades de la vida cotidiana. Precisa supervisión intermitente en ambientes protegidos y total fuera de ellos y,
- b) Grave disminución de su capacidad laboral, puesta de manifiesto por deficiencias importantes en la capacidad para mantener la concentración, continuidad y ritmo en la ejecución de las tareas y repetidos episodios de deterioro o descompensación asociados a las actividades laborales, como consecuencia del proceso en adaptarse a circunstancias estresantes. No puede mantener una actividad laboral normalizada.

Puede acceder a centros y/o actividades ocupacionales, aunque incluso con supervisión el rendimiento suele ser pobre o irregular, y

- c) Se constatan todos o casi todos los síntomas que exceden los criterios requeridos para el diagnóstico, o alguno de ellos son especialmente graves.

CLASE V: DISCAPACIDAD MUY GRAVE 75%

- a) Repercusión extrema de la enfermedad o trastorno sobre el individuo, manifestado por incapacidad para cuidar de sí mismo ni siquiera en las actividades básicas de la vida cotidiana. Por ello, necesitan de otra u otras personas de forma constante.



- b) No existen posibilidades de realizar trabajo alguno, ni aún en Centros Ocupacionales supervisados, aunque puede integrarse en centros de actividad que promuevan, en su caso, el paso al centro ocupacional.
- c) Presencia de algunos de los siguientes síntomas; Alteración de la esfera instintivo-afectiva, perseveración ideativa, deterioro cognitivo. (7)

BAREMO DE ENFERMEDAD MENTAL

1. Trastornos Mentales Orgánicos:

Clase I: (0 %).

Presenta sintomatología psicopatológica aislada, que no supone disminución alguna de su capacidad funcional.

Clase II: Discapacidad leve (1-24 %):

- a. La capacidad para llevar a cabo una vida autónoma está conservada o levemente disminuida, de acuerdo a lo esperable para un individuo de su edad y condición, excepto en periodos recortados de crisis o descompensación.
- b. Pueden mantener una actividad laboral normalizada y productiva excepto en los periodos de importante aumento del estrés psicosocial o descompensación, durante los que puede ser necesario un tiempo de reposo laboral junto a una intervención terapéutica adecuada.
- c. Cumplen los criterios para el diagnóstico de trastorno orgánico de la personalidad; síndrome post-conmocional u otros trastornos mentales orgánicos.

Clase III: Discapacidad moderada (25-59 %):




a. Restricción moderada en las actividades de la vida cotidiana (incluyendo los contactos sociales) y en la capacidad para desempeñar un trabajo remunerado en el mercado laboral.

La medicación y/o el tratamiento son necesarios de forma habitual. Si, a pesar de ello, persiste la sintomatología clínicamente evidente:

☐ Que interfiere notablemente en las actividades de la persona: Se asignará un porcentaje de discapacidad comprendido entre el 45 y 59 %.

☐ Que no interfiere notablemente en las actividades de la persona: Se asignará un porcentaje de discapacidad comprendido entre el 25 y 44 %.

b. Las dificultades y síntomas pueden agudizarse en períodos de crisis o descompensación. Fuera de los períodos de crisis:

☐ El individuo es capaz de desarrollar una actividad laboral normalizada y productiva la mayor parte del tiempo, con supervisión y ayuda: Se asignará un porcentaje de discapacidad comprendido entre el 25 y 45 %.

☐ El individuo sólo puede trabajar en ambientes laborales protegidos con supervisión mínima: Se asignará un porcentaje de discapacidad comprendido entre el 45 y 59 %.

c. Presencia de alguna de las características clínicas siguientes:

☐ Trastornos volitivos: Inconstancia, abulia.

☐ Labilidad emocional, cambios de humor.

Clase IV: Discapacidad grave (60-74 %):

a. Restricción marcada de las actividades de la vida cotidiana. Precisa supervisión intermitente en ambientes protegidos y total fuera de ellos.

b. Marcada disminución de su capacidad laboral, puesta de manifiesto por deficiencias importantes en la capacidad para mantener la concentración, continuidad y ritmo en la




ejecución de las tareas y repetidos episodios de deterioro o descompensación asociados a las actividades laborales, como consecuencia del proceso en adaptarse a circunstancias estresantes. No puede mantener una actividad laboral normalizada y con dificultad en centros de Educación Especial.

Puede acceder a centros y/o actividades ocupacionales, aunque, incluso con supervisión, el rendimiento suele ser pobre o irregular.

c. Presencia de alguno de los siguientes síntomas:

- ☐ Irritabilidad, ira inmotivada...
- ☐ Impulsividad con fallo en el autocontrol.
- ☐ Susplicia y paranoidismo.

Clase V: Discapacidad muy grave (75 %):

a. Repercusión extrema de la enfermedad o trastorno sobre el individuo, manifestado por incapacidad para cuidar de sí mismo ni siquiera en las actividades básicas de la vida cotidiana. Por ello, necesitan de otra u otras personas de forma constante.

b. No existen posibilidades de realizar trabajo alguno, ni aun en centros ocupacionales supervisados.

c. Presencia de alguno de los siguientes síntomas:

- ☐ Alteración de la esfera instintivo-afectiva.
- ☐ Perseveración ideativa.
- ☐ Deterioro cognitivo.



2. Esquizofrenia y Trastornos Paranoides:

Clase I: (0%).

Presenta sintomatología psicopatológica aislada, que no supone disminución alguna de su capacidad funcional.

Clase II: Discapacidad leve (1-24 %).

- a. La capacidad para llevar a cabo una vida autónoma está conservada o levemente disminuida, de acuerdo a lo esperable para un individuo de su edad y condición, excepto en períodos recortados de crisis o descompensación.
- b. Pueden mantener una actividad laboral normalizada y productiva excepto en los períodos de importante aumento del estrés psicosocial o descompensación, durante los que puede ser necesario un tiempo de reposo laboral junto a una intervención terapéutica adecuada.
- c. Cumplen los criterios para el diagnóstico de esquizofrenia de cualquier tipo o trastorno paranoide.

Clase III: Discapacidad moderada (25-59 %):

- a. Restricción moderada en las actividades de la vida cotidiana (la cual incluye los contactos sociales) y en la capacidad para desempeñar un trabajo remunerado en el mercado laboral. La medicación y/o el tratamiento psico-terapéutico pueden ser necesarios de forma habitual. Si, a pesar de ello, persiste la sintomatología clínicamente evidente:
 - ☐ Que interfiere notablemente en las actividades de la persona: Se asignará un porcentaje de discapacidad comprendido entre el 45 y 59 %.
 - ☐ Que no interfiere notablemente en las actividades de la persona: Se asignará un porcentaje de discapacidad comprendido entre el 25 y 44 %.



b. Las dificultades o síntomas pueden agudizarse en períodos de crisis o descompensación.

Fuera de los períodos de crisis:

☐ El individuo es capaz de desarrollar una actividad laboral normalizada y productiva la mayor parte del tiempo, con supervisión y ayuda: Se asignará un porcentaje de discapacidad comprendido entre el 25 y 45 %.

☐ El individuo sólo puede trabajar en ambientes laborales protegidos con supervisión mínima: Se asignará un porcentaje de discapacidad comprendido entre el 45 y 59 %.

c. Presencia de alguna de las características clínicas siguientes:

☐ Persistencia de síntomas psicóticos por más de un año.

☐ Dificultad marcada en la relación interpersonal o actitudes autistas.

Clase IV: Discapacidad grave (60-74 %):

a. Marcada restricción de las actividades de la vida cotidiana (posibilidades de desplazarse, de preparar e ingerir los alimentos, de atender a su higiene personal y al vestido, de cuidar de su hábitat y realizar las tareas domésticas, de comunicarse y tener contactos sociales), lo que obliga a supervisión intermitente en ambientes protegidos y total fuera de ellos.

b. Marcada disminución de su capacidad laboral, puesta de manifiesto por deficiencias importantes en la capacidad para mantener la concentración, continuidad y ritmo en la ejecución de las tareas y repetidos episodios de deterioro o descompensación asociados a las actividades laborales, como consecuencia del fracaso en adaptarse a circunstancias estresantes. No puede desempeñar una actividad laboral con regularidad. Puede acceder a centros ocupacionales protegidos, aunque incluso con supervisión el rendimiento suele ser pobre o irregular.








- c. Presencia de alguna de las características clínicas siguientes:
- ☐ Mala respuesta a los tratamientos con persistencia de sintomatología.
 - ☐ Necesidad permanente de tratamiento con internamientos reiterados.
 - ☐ Asociaciones laxas de ideas, tendencia a la abstracción, apragmatismo.
 - ☐ Síntomas alucinatorios y delirantes crónicos.

Clase V: Discapacidad muy grave (75 %):




- a. Repercusión extrema de la enfermedad o trastorno sobre el individuo, manifestado por incapacidad para cuidar de sí mismo, ni siquiera en las actividades básicas de la vida cotidiana. Por ello, necesitan de otra u otras personas de forma constante.
- b. No existen posibilidades de realizar trabajo alguno, ni aun en centros ocupacionales supervisados.
- c. Presencia de alguna de las siguientes características clínicas:
- ☐ Trastornos severos en el curso y/o contenido del pensamiento que afectan al sujeto la mayor parte del tiempo.
 - ☐ Pérdida del contacto con la realidad.
 - ☐ Trastornos disperceptivos permanentes.
 - ☐ Institucionalización prolongada.
 - ☐ Conductas disruptivas reiteradas.

3. Trastornos afectivos:

Valoración de la discapacidad atendiendo a criterios generales de funcionalidad.

Clase I: (0 %).

Presenta sintomatología psicopatológica aislada, que no supone disminución alguna de su capacidad funcional.

Clase II: Discapacidad leve (1-24 %):

- a. La capacidad para llevar a cabo una vida autónoma está conservada o levemente disminuida, de acuerdo a lo esperable para un individuo de su edad y condición, excepto en períodos recortados de crisis o descompensación.
- b. Pueden mantener una actividad laboral normalizada y productiva excepto en los períodos de importante aumento del estrés psicosocial o descompensación, durante los que puede ser necesario un tiempo de reposo laboral junto a una intervención terapéutica adecuada.
- c. Cumplen los criterios de diagnóstico para cualquier tipo de trastorno afectivo.

Clase III: Discapacidad moderada (25-59 %):

- a. Restricción moderada en las actividades de la vida cotidiana (la cual incluye los contactos sociales) y en la capacidad para desempeñar un trabajo remunerado en el mercado laboral. La medicación y/o el tratamiento psico-terapéutico pueden ser necesarios de forma habitual. Si, a pesar de ello, persiste la sintomatología clínicamente evidente:

- ☐ Que interfiere notablemente en las actividades de la persona: Se asignará un porcentaje de discapacidad comprendido entre el 45 y 59 %.
- ☐ Que no interfiere notablemente en las actividades de la persona: Se asignará un porcentaje de discapacidad comprendido entre el 25 y 44 %.

- b. Las dificultades y síntomas pueden agudizarse en períodos de crisis o descompensación.

Fuera de los períodos de crisis:

☐ El individuo es capaz de desarrollar una actividad normalizada y productiva la mayor parte del tiempo, con supervisión y ayuda: Se asignará un porcentaje de discapacidad comprendido entre el 25 y 45 %.

☐ El individuo sólo puede trabajar en ambientes laborales protegidos, con supervisión mínima: Se asignará un porcentaje de discapacidad comprendido entre el 45 y 59 %.

c. Presencia de alguna de las siguientes características clínicas:

☐ Episodios maniacos recurrentes.

☐ Depresión mayor de evolución crónica (más de dieciocho meses sin remisión).

☐ Mala respuesta a los tratamientos.

☐ Trastorno bipolar con recaídas frecuentes que requieran tratamiento. Como posible orientación: más de dos al año; más de cinco en los últimos tres años; más de ocho en los últimos cinco años...

☐ Depresión recurrente (incluso breve) con tentativas de suicidio.

☐ Presencia de síntomas psicóticos.

Clase IV: Discapacidad grave (60-74 %):

a. Grave restricción de las actividades de la vida cotidiana (posibilidades de desplazarse, de preparar e ingerir los alimentos, de atender a su higiene personal y al vestido, de cuidar de su hábitat y realizar las tareas domésticas, de comunicarse y tener contactos sociales), lo que obliga a supervisión intermitente en ambientes protegidos y total fuera de ellos.

b. Grave disminución de su capacidad laboral, puesta de manifiesto por deficiencias importantes en la capacidad para mantener la concentración, continuidad y ritmo en la ejecución de las tareas y repetidos episodios de deterioro o descompensación asociados a las actividades laborales, como consecuencia del fracaso en adaptarse a circunstancias


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
 JEFE
 I. G. S. S. S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
 SECRETARIO
 I. G. S. S. S.


 INSTITUTO VENEZOLANO DE SEGURIDAD SOCIAL
 SECRETARIO
 DE LA
 GERENCIA

estresantes. No puede desempeñar una actividad normalizada con regularidad. Puede acceder a centros y/o actividades ocupacionales protegidos, aunque incluso con supervisión el rendimiento suele ser pobre o irregular.

c. Presencia de alguna de las siguientes características clínicas:

- ☐ Depresión mayor encronizada (más de tres años sin remisión apreciable).
- ☐ Trastorno bipolar resistente al tratamiento.
- ☐ Sintomatología psicótica crónica.

Clase V: Discapacidad muy grave (75 %):

a. Repercusión extrema de la enfermedad o trastorno sobre el individuo, manifestado por incapacidad para cuidar de sí mismo ni siquiera en las actividades básicas de la vida cotidiana. Por ello, necesitan de otra u otras personas de forma constante.

b. No existen posibilidades de realizar trabajo alguno, ni aun en centros ocupacionales supervisados.

c. Presencia de alguna de las características clínicas siguientes:

- ☐ Síntomas de depresión y/o manía (o hipomanía) constantes.
- ☐ Hospitalizaciones reiteradas por el trastorno.
- ☐ Ausencia de recuperación en los períodos intercríticos.




4. Trastornos de ansiedad, adaptativos y somatomorfos:

Valoración de la Discapacidad atendiendo a criterios generales de funcionalidad:

Clase 1: (0 %).

Presenta sintomatología psicopatológica aislada, que no supone disminución alguna de su capacidad funcional.

Clase 2: Discapacidad leve (1-24 %):

- a. La capacidad para llevar a cabo una vida autónoma está conservada o levemente disminuida, de acuerdo a lo esperable para un individuo de su edad y condición, excepto en periodos recortados de crisis o descompensación.
- b. Pueden mantener una actividad laboral normalizada y productiva excepto en los periodos de importante aumento del estrés psicosocial o descompensación, durante los que puede ser necesario un tiempo de reposo laboral junto a una intervención terapéutica adecuada.
- c. Presencia de criterios de diagnóstico suficientes para cualquiera de los tipos de trastornos de ansiedad, adaptativos o somatomorfos.

Clase 3: Discapacidad moderada (25-59 %):

- a. Restricción moderada en las actividades de la vida cotidiana (la cual incluye los contactos sociales) y en la capacidad para desempeñar un trabajo remunerado en el mercado laboral. La medicación y/o tratamiento psicoterapéutico pueden ser necesarios de forma continuada, a pesar de lo cual puede persistir sintomatología clínicamente evidente:
 - o Que *interfiere notablemente en las actividades de la persona*: Se asignará un porcentaje de discapacidad comprendido entre el 45 y 59 %.
 - o Que *no interfiere notablemente en las actividades del paciente*: Se asignará un porcentaje de discapacidad comprendido entre el 25 y 44 %.
- b. Las dificultades y síntomas pueden agudizarse en periodos de crisis o descompensación. Fuera de los periodos de crisis:
 - o El individuo es capaz de desarrollar una actividad laboral normalizada y productiva la mayor parte del tiempo, con supervisión y ayuda: Se asignará un porcentaje de discapacidad comprendido entre el 25 y 44 %.



- El individuo sólo puede trabajar en ambientes laborales protegidos con supervisión mínima: Se asignará un porcentaje de discapacidad comprendido entre el 45 y 59 %.
- c. Presencia de alguna de las siguientes características clínicas:
 - Cuadros que presentan crisis que requieran ingreso para su hospitalización.
 - Grave alteración en la capacidad de relación interpersonal y comunicación.

Clase 4: Discapacidad grave (60-74 %):

- a. Grave restricción de las actividades de la vida cotidiana (posibilidades de desplazarse, de preparar e ingerir los alimentos, de atender a su higiene personal y al vestido, de cuidar de su hábitat y realizar las tareas domésticas, de comunicarse y tener contactos sociales), lo que obliga a supervisión intermitente en ambientes protegidos y total fuera de ellos.
- b. Grave disminución de su capacidad laboral, puesta de manifiesto por deficiencias importantes en la capacidad para mantener la concentración, continuidad y ritmo en la ejecución de las tareas y repetidos episodios de deterioro o descompensación asociados a las actividades laborales, como consecuencia del fracaso en adaptarse a circunstancias estresantes. No puede desempeñar una actividad laboral con regularidad. Puede acceder a centros ocupacionales protegidos, aunque, incluso con supervisión, el rendimiento suele ser pobre o irregular.
- c. Presencia de alguna de las siguientes características clínicas:
 - Cuadros con grave repercusión sobre la conducta y mala respuesta al tratamiento:



Clase 5: Discapacidad muy grave (75 %).

- a. Repercusión extrema de la enfermedad o trastorno sobre el individuo, manifestado por incapacidad para cuidar de si mismo ni siquiera en las actividades básicas de la vida cotidiana. Por ello, necesitan de otra u otras personas de forma constante.
- b. No existen posibilidades de realizar trabajo alguno, ni aun en centros ocupacionales supervisados.
- c. Trastorno grave resistente por completo a todo tratamiento.

5. Trastornos de la personalidad:

Valoración de la Discapacidad atendiendo a criterios generales de funcionalidad:

Clase 1: (0 %).

Presenta sintomatología psicopatológica aislada, que no supone disminución alguna de su capacidad funcional.

Clase 2: Discapacidad leve (1-24 %):

- a. La capacidad para llevar a cabo una vida autónoma está conservada o levemente disminuida, de acuerdo a lo esperable para un individuo de su edad y condición, excepto en periodos recortados de crisis o descompensación.
- b. Pueden mantener una actividad laboral normalizada y productiva excepto en los periodos de importante aumento del estrés psicosocial o descompensación, durante los que puede ser necesario un tiempo de reposo laboral junto a una intervención terapéutica adecuada.
- c. Presencia de criterios de diagnóstico para cualquiera de los tipos de trastorno de la personalidad.



Clase 3: Discapacidad moderada (25-59 %).

- a. Restricción moderada de las actividades de la vida cotidiana (la cual incluye los contactos sociales) y en la capacidad para desempeñar un trabajo remunerado en el mercado laboral. La medicación y/o tratamiento psicoterapéutico pueden ser necesarios de forma habitual, a pesar de lo cual puede persistir sintomatología clínicamente evidente: que interfiere notablemente en las actividades de la persona: se asignará un porcentaje de discapacidad comprendido entre el 45 y 59 %. que no interfiere notablemente en las actividades del paciente: se asignará un porcentaje de discapacidad comprendido entre el 25 y 44 %.
- b. Las dificultades y síntomas pueden agudizarse en periodos de crisis o descompensación. Fuera de los periodos de crisis: el individuo es capaz de desarrollar una actividad laboral normalizada y productiva la mayor parte del tiempo, con supervisión y ayuda: se asignará un porcentaje de discapacidad comprendido entre el 25 y 44 %. el individuo sólo puede trabajar en ambientes laborales protegidos con supervisión mínima: se asignará un porcentaje de discapacidad comprendido entre el 45 y 59 %.
- c. Presencia de alguna de las siguientes características clínicas:
 - o Cumplir criterios para el diagnóstico.

Clase 4: Discapacidad grave (60-74 %).

- a. Grave restricción de las actividades de la vida cotidiana (posibilidades de desplazarse, de preparar e ingerir los alimentos, de atender a su higiene personal y al vestido, de cuidar de su hábitat y realizar las tareas domésticas, de comunicarse y tener contactos sociales), lo que obliga a supervisión intermitente en ambientes protegidos y total fuera de ellos.



- b. Grave disminución de su capacidad laboral, puesta de manifiesto por deficiencias importantes en la capacidad para mantener la concentración, continuidad y ritmo en la ejecución de las tareas y repetidos episodios de deterioro o descompensación asociados a las actividades laborales, como consecuencia del fracaso en adaptarse a circunstancias estresantes. No puede desempeñar una actividad laboral con regularidad. Puede acceder a centros ocupacionales protegidos, aunque, incluso con supervisión, el rendimiento suele ser pobre o irregular.
- c. Trastornos de personalidad cuyas características clínicas reúnan alguno de los requisitos siguientes:
- Necesidad de internamiento.
 - Graves trastornos en el control de impulsos.
 - Alteraciones psicopatológicas permanentes y severas.

Clase 5: Discapacidad muy grave (75 %).

- a. Repercusión extrema de la enfermedad o trastorno sobre el individuo, manifestado por incapacidad para cuidar de sí mismo ni siquiera en las actividades básicas de la vida cotidiana. Por ello, necesitan de otra u otras personas de forma constante.
- b. No existen posibilidades de realizar trabajo alguno, ni aun en centros ocupacionales supervisados.
- c. Presencia de perturbaciones profundas de la personalidad, que de modo precoz y con persistencia, produzcan sintomatología variada y severa, afectando los trastornos a las áreas instintiva y relacional.



TABLAS DE VALORES COMBINADOS

(Los valores son derivados de la formula $A + B (1 - A)$, los valores son expresados en porcentaje. La combinación de dos valores se realiza buscando el número mayor en el eje de la Y primera columna de la izquierda y el número menor en el eje de las X primera fila inferior, el valor combinado es el número que se encuentra en la intersección de ambos ejemplo: Al combinar 30% y 15% el número resultante es 41%).

Al tener que combinar tres o más números se ordenan de mayor a menor, combinándose inicialmente los que ocupen el primero y el segundo lugar, el resultado de estos dos se combina con el que se encuentra en el tercer lugar de los ordenados, continuándose de la misma forma con el resto de números.



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50				
6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50					
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50						
8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50							
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50								
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50									
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50										
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50											
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50												
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50													
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50														
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50															
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50																
18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50																	
19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50																		
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50																			
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50																				
22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50																					
23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50																						
24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50																							
25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50																								
26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50																									
27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50																										
28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50																											
29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50																												
30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50																													
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50																														
32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50																															
33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50																																
34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50																																	
35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50																																		
36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50																																			
37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50																																				
38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50																																					
39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50																																						
40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50																																							
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50																																								
42	43	44	45	46	47	48	49	50																																									
43	44	45	46	47	48	49	50																																										
44	45	46	47	48	49	50																																											
45	46	47	48	49	50																																												
46	47	48	49	50																																													
47	48	49	50																																														
48	49	50																																															
49	50																																																
50																																																	

DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
I. G. S. S.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
I. G. S. S.

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
SECRETARÍA DE LA GERENCIA

FACTORES SOCIALES COMPLEMENTARIOS

La minusvalía se define como la desventaja social en un individuo afectado por una deficiencia o discapacidad. Surge, pues, en la relación de la persona con el medio, en los obstáculos culturales, materiales o sociales que le impiden una integración adecuada en la sociedad.

Por esto, el presente baremo valora los factores que a continuación se detallan y que pueden limitar dicha integración: familiar, económico, laboral, cultural y entorno.

A cada uno de estos factores puede otorgarse una puntuación máxima que, obviamente, no es la suma de las distintas situaciones que se describen, como tampoco la puntuación total a otorgar en el baremo 15 puntos es la suma aritmética de los posibles puntos a conceder en cada una de las situaciones a valorar.

Se trata de un valor absoluto a otorgar, según criterio del profesional, quien tras el estudio de la situación específica, determinará la puntuación dentro del margen establecido, teniendo en cuenta, que dicha puntuación sólo podrá ser tenida en cuenta a partir de una valoración de un 25 % de discapacidad.(7)

BAREMO DE FACTORES SOCIALES.

1. Factor familiar:

Puntos

A) Problemas graves en miembros de la familia

Hasta 3

Minusvalía o enfermedad grave en padres o tutores.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I. G. S. S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
 I. G. S. S.

INSTITUTO MATEMATICO DE SEGURIDAD SOCIAL
 SECRETARIO
 DE LA
 GERENCIA

Minusvalía o enfermedad grave en hijos.

Minusvalía en hermanos u otros familiares convivientes

Otros: especificar.

B) Ausencia de miembros responsables de la unidad familiar

Hasta 3

Por muerte.

Por abandono.

Otros: especificar.

C) Relaciones intrafamiliares que dificulten la integración del minusválido

Hasta 3

Sobreprotección.

Abandono encubierto.

Explotación.

Otros: especificar.

D) Otras situaciones no contempladas

Hasta 3

Situaciones generales marginantes.

Bajo nivel cultural.

Inhabilidad social.

Otros: especificar.

Puntuación máxima (A + B + C + D)

5



2. Factor económico:

Se valorará teniendo como referencia el salario mínimo interprofesional, conforme a las siguientes pautas:

Suma de la totalidad de ingresos familiares.

1. De esta totalidad se restará (a + b):

a. Gastos de vivienda:

- Alquiler.
- Amortización primera vivienda.
- Desahucio.
- Eliminación barreras arquitectónicas.

b. Gastos extraordinarios de carácter prolongado:

- Educativos (medidas de apoyo, gastos derivados de la carencia de recursos educativos en la zona, otros: especificar)
- Sanitarios (derivados de medidas rehabilitadoras y recuperadoras, tratamientos farmacológicos, otros: especificar).
- Otros: especificar.

2. El resultado se dividirá entre el número de miembros que componen la unidad familiar.

3. Finalmente se aplicará el cuadro adjunto:

Renta per cápita	Más de 5 miembros	Menos de 5 miembros
	Puntos	Puntos
Superior al salario mínimo interprofesional	0	0
Entre el 99 % del salario mínimo interprofesional y el 50 % del salario mínimo interprofesional.	Hasta 1	Hasta 2
Inferior al 49 % del salario mínimo interprofesional.	Hasta 3	Hasta 4

4. Puntuación máxima: 4 puntos.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
 I. G. S. S.


 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
 I. G. S. S.


 INSTITUTO NACIONAL DE SEGURO SOCIAL
 SECRETARIO
 DE LA
 GERENCIA

3. Factor laboral:

Se valorará en función de la edad y las distintas situaciones en relación con el empleo, de acuerdo con las siguientes pautas:

- Situación de desempleo:
- Esta puntuación será sumable a la de *tres años sin empleo* si se diera el caso.
- Situación de subempleo: Trabajo desempeñado por debajo de la capacidad y/o posibilidades y/o en condiciones laborales precarias: temporales, sin contrato, explotación, economía sumergida.

Edad	Desempleo	Más de tres años sin empleo	Subempleo y/o actividad inadecuada a la discapacidad
0-16	0	+0	0
17-25	0,5	+0	0,5
26-40	1	+0,5	1
41-50	2	+0,5	1,5
51-65	2,5	+0,5	2
> 65 o edad de jubilación	0	+0	0

- Notas:

1. Las personas diagnosticadas con una discapacidad incompatible con cualquier actividad laboral no se valoran en este factor.
2. Las situaciones de invalidez parcial, total, absoluta y gran invalidez se valorarán siempre y cuando exista demanda explícita de empleo.
3. Las situaciones de jubilación no se puntúan.



4. Las amas de casa, religiosos, drogodependientes, etc., serán asimilables a las condiciones exigidas a la población en general.

Puntuación máxima: 3 puntos.

4. Factor cultural:

Se valorará conforme al cuadro adjunto teniendo en cuenta:

1. Situación cultural deprimida:

El marco de aplicación abarca a todas aquellas personas adultos, jóvenes o niños que no pudieron o no pueden acceder o bien el acceso es parcial a los sistemas escolares obligatorios debido a circunstancias personales, sociales, discapacidad, etc.

2. Situación cultural inferior:

En esta situación se encuadrarían todas aquellas personas que siguiendo o habiendo seguido enseñanzas elementales a edad reglada, no consiguieron el rendimiento o los conocimientos apropiados, accediendo exclusivamente al certificado de escolaridad. Sería el caso de personas con deficiencia mental, minusválidos físicos o sensoriales o con desaprendizajes, fracasos escolares, etc.

3. Situación cultural primaria, sin compensar en post-escolaridad:



4. Situación cultural ordinaria:

Incluye a aquellas personas que poseen certificaciones de Enseñanzas Básicas o titulaciones equivalentes (Bachiller Elemental, Graduado Escolar, etc.) y que, por diversas circunstancias, no han seguido Formación Profesional Académica o Reglada.

Nota: La valoración del *nivel cultural real* en aquellos casos en que se considere necesario debido a traumatismos craneoencefálicos, deterioros orgánicos, etc., se basarán en la consulta al profesional correspondiente.

Puntuación máxima: 4 puntos.

SITUACIÓN CULTURAL:	CURRICULUM ESCOLAR NIVEL DE FORMACIÓN		P.1	F.P. REGLADA		F.P. OCUPACIONAL		P.2.	P.1 + P.2
	DE 6 A 16 AÑOS (*)	MAYOR DE 16 AÑOS		SIN	CON, PERO INADECUADA	SIN	CON, PERO INADECUADA		
				MAYORES DE 18 AÑOS					
	No Escolarizado	Analfabeto	4	---	---	---	---	---	4
1.DEPRIMIDA	Escolariz. Parcial	Neolector	3	---	---	1	1	1	4
2.INFERIOR	Retrasos Escolares o situac. asociadas	Certif. Escolar o similar	2	---	---	1	1	1	3
3. PRIMARIA Sin compensar Con Post-escolaridad	-----	Estudios Primarios sin Certificado	2	---	---	1	1	1	3
		Estudios Primarios con Certificado	1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	2
4. ORDINARIA (De 3 a 6 años)	-----	Bachiller Elemental Graduado Escolar 8º E.G.B	---	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Sin escolarizar: 1 punto)	Curso escolar acorde con edad	Enseñanza Secundaria Obligatoria	---	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1

(*) - ó 18 años en el caso de deficientes mentales.


DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
JEFE
I. G. S. S.


DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES
SUBJEFE
I. G. S. S.

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL
SECRETARÍA DE LA GERENCIA
MAY 1981

5. Factor entorno:

	Puntos
A) Carencia o dificultad de acceso a recursos sanitarios, de rehabilitación, educativos, culturales, profesionales, asistenciales, ocupacionales, de medios de comunicación, otros especificar-, siempre y cuando se consideren necesarios en el proceso integrador	Hasta 3
B) Dificultades en Vivienda y/o Barreras arquitectónicas y/o de comunicación	Hasta 3
Vivienda: carencia o inadecuación.	
Barreras en el entorno.	
Carencia de transporte adaptado.	
C) Problemas de rechazo social	Hasta 2
Puntuación máxima (A + B + C)	4

La puntuación máxima a otorgar en la suma de todos los factores será de 15 puntos. (7)

FACTOR LABORAL:

Se valorará en función a la actividad económica que desempeñe la persona (Según la adaptación de la clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las Actividades Económicas, de las Naciones Unidas). Así: (9)

GRUPO PRINCIPAL CERO, AGRICULTURA, CAZA Y PESCA:	10%
GRUPO PRINCIPAL UNO, EXPLOTACIÓN DE MINAS Y CANTERAS	10%
GRUPO PRINCIPAL DOS – TRES, INDUSTRIAS MANUFACTURERAS	8%
GRUPO PRINCIPAL CUATRO, CONSTRUCCIÓN	8%
GRUPO PRINCIPAL CINCO, ELECTRICIDAD, GAS Y VAPOR	6%
GRUPO PRINCIPAL SEIS, COMERCIO	5%
GRUPO PRINCIPAL SIETE TRANSPORTE, ALMACENAJE Y COMUNICACIONES	6%
GRUPO PRINCIPAL OCHO, SERVICIO	5%









FACTOR EDAD:

Se asume que la edad de 30 años es la edad promedio de actividad industrial, cada año encima de la misma agrega al impedimento problemas de reemplazo, reeducación y reajuste a sus actividades, mientras a una edad más joven hay oportunidades mayores para la readaptación.

Se asignara un 0.5 % a la valoración de incapacidad absoluta permanente por cada año después de los 30, y un 1 % a la valoración de incapacidad absoluta después de los 50 años de edad, tomando en cuenta que la esperanza de vida en nuestro país se encuentra en el promedio de 65 años.

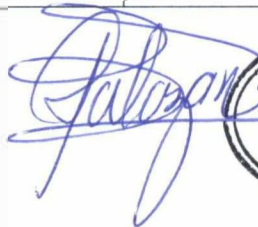
**BAREMO DE FACTORES SOCIALES COMPLEMENTARIOS ADAPTADO
TRABAJO SOCIAL DE MEDICINA LEGAL INSTITUTO GUATEMALTECO DE
SEGURIDAD SOCIAL:**

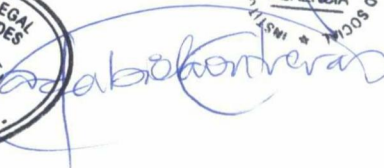
DISCAPACIDAD SOCIAL:

Las distantes situaciones inherentes a la discapacidad, no puede analizarse desde el punto de vista individual. Supone actuar simultáneamente sobre las personas y sobre los entornos donde estas personas viven. (Hogar, familia, escuela, ocio, empleo, transporte, comunicación, seguridad social, integración laboral). (tabla 1)

Tabla 1

ASPECTOS A EVALUAR		Punteo
1. Factor Familiar:		Máximo de 5 puntos
a) Problemas graves en miembros de la familia		0 a 3
b) Ausencia de miembros responsables de la unidad familiar		0 a 3
c) Relaciones intra familiares que dificultan la integración		0 a 3
d) otras situaciones no contempladas		0 a 3
2. Factor Económico (según salario mínimo)		Máximo de 4 puntos
a) Total de ingresos familiares		Total de Ingresos
b) Total de Gastos Generales y eventuales		familiares deben ser
c) Ingreso Per capital		igual o mayor a:
Interpretación		
Renta per cápita	+ de 5 miembros	Menos de 5 miembros
Superior al mínimo	0	0
Limítrofe al mínimo (49 % a 50%)	1	2
Inferior al mínimo (49%)	3	4






3. Factor Laboral:			Máximo de 3 puntos
a) Situación de desempleo			0 a 3
b) Situación de subempleo			0 a 3
c) Edad: Según el siguiente cuadro			0 a 2
Edad	Punteo		
0-16	0		
17-25	0		
26-40	0.5		
41-50	1		
51-59	2		
4. Factor Educativo			Máximo de 4 puntos
Escolaridad	Punteo		
Analfabeta	4		
Primaria incompleta	3		
Primaria completa	2		
Básicos	1		
Diversificado	0.5		
5. Factor Entorno			Máximo de 4 puntos
a) Carencia a acceso a recursos			0 a 3
b) Dificultad en vivienda y/o barreras arquitectónicas			0 a 3
c) Problemas de rechazo social			0 a 2
Total			15 Puntos

PROBLEMAS GRAVES EN FAMILIARES: discapacidades y enfermedades en otros integrantes de la familia siendo estos padres, esposo (a), hijos, hermanos.

AUSENCIA DE MIEMBROS RESPONSABLES DE LA FAMILIA: desintegración familiar por muerte, abandono, divorcio, desapariciones y por otros aspectos.

RELACIONES INTRAFAMILIARES QUE DIFICULTEN LA INTEGRACIÓN DEL DISCAPACITADO:

Relaciones interfamiliares no cordiales que dificulten su relación, tales como sobreprotección, abandono, explotación, violencia intrafamiliar entre otros.

OTRAS SITUACIONES NO CONTEMPLADAS: son todas aquellas situaciones familiares que no se incluyen en el baremo tales como: situaciones de guerra que perjudican su relación con el medio social, expropiación de bienes, víctima de abuso sexual, entre otras.









SALARIO MINIMO:

Se deberá tomar en cuenta según la legislación vigente a la fecha de evaluación.

GASTOS GENERALES: es la sumatoria del total de gastos que realiza la familia y que son de carácter permanente, entre los que tenemos: pago de vivienda según su calidad, pago de servicios de luz eléctrica, agua intra domiciliaria y/o camión, alimentación, gas o leña, insumos para el hogar, pago de transporte, gastos escolares entre otros.

GASTOS EVENTUALES: Son los gastos que se realizan en forma eventual como compra para tratamiento médico y farmacológicos, vestuario, recreación entre otros.

INGRESO PER CÁPITA:

El ingreso que hace referencia todas las entradas económicas que recibe una familia, empresa una persona, una organización.

RENTA PER CAPITA:

Es la sumatoria del total de ingresos del grupo familiar, (padres, hijos, hermanas y abuela) que vivan bajo el mismo techo, y divide por el número de personas que conforman el grupo familiar. La interpretación será según la relación con el ingreso *per cápita* obtenido es menor o igual al establecido para la canasta básica alimentaria para 5 miembros. *Según lo establecido por el Instituto Nacional de Estadística.

CANASTA BASICA:

(CBV) Conjunto de bienes y servicios esenciales para satisfacer las necesidades básicas para el bienestar de todos los miembros de una familia: alimentación, vestuario, vivienda, mobiliario, salud, transporte, recreación y cultura, educación y bienes y servicios diversos. .

DESEMPLEO ABIERTO:

Son las personas que no realizan ninguna actividad económica;

DESEMPLEO EQUIVALENTE:

Es el número de puestos de trabajo plenos que sería necesario crear para absorber totalmente el subempleo; puede entenderse teóricamente, que el desempleo equivalente es el subempleo ya traducido a desempleo abierto.

DESEMPLEO TOTAL:

Es la tasa de subutilización de la fuerza de trabajo.

SUBEMPLEO: Trabajo desempeñado por debajo de la capacidad y/o posibilidad o en condiciones laborales precarias. Temporales, sin contrato, explotación, economía sumergida entre otras.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN. Es el grado de estudios más alto aprobado por los miembros del hogar de 12 años y más en el Sistema Educativo Nacional o su equivalente a los estudios realizados en otros países.

SIN INSTRUCCIÓN. Condición de los miembros del hogar de 12 años y más que declararon nunca haber asistido a una institución educativa o que no aprobaron ningún grado de educación primaria en el Sistema Educativo Nacional.

PRIMARIA INCOMPLETA. Condición de los miembros del hogar de 12 años y más que no aprobaron los seis grados de estudio que conforman este nivel.

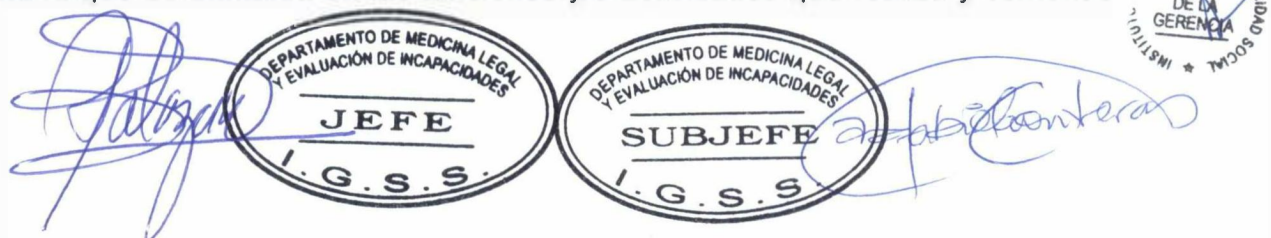
PRIMARIA COMPLETA O ALGÚN AÑO DE SECUNDARIA. Condición de los miembros del hogar de 12 años y más que aprobaron los seis grados de estudio de educación primaria, primero o segundo año de secundaria. Incluye los estudios efectuados a través del Sistema de Educación para Adultos, Educación Abierta, así como los equivalentes realizados en otros países.

SECUNDARIA COMPLETA. Condición de los miembros del hogar de 12 años y más que cursaron y aprobaron los tres grados de estudio que conforman este nivel. Incluyen los estudios realizados en el Sistema de Educación Abierta, Sistema de Educación para Adultos.

ALGÚN AÑO EN MEDIO SUPERIOR O MÁS. Condición de los miembros del hogar de 12 años y más que cursaron y aprobaron algún grado en el nivel medio superior o más. Incluye los estudios efectuados en el Sistema de Educación Abierta, Universidades, Politécnicos o Normal Superior, así como los realizados en otros países.

ESTUDIOS DE RELACIÓN LABORAL:

Es una investigación a nivel empresarial que contempla el desempeño laboral de la persona la que se enmarca en las funciones y/o actividades que realiza y como las



realiza en relación a eficiencia y eficacia, así como, la frecuencia de las suspensiones laborales en su desempeño laboral.

OBSERVACIONES GENERALES:

Se requiere que el Trabajador social sea un profesional objetivo en sus criterios, observador de los aspectos más minuciosos y que aplique el sentido de la intuición cuando realice las visitas domiciliarias, entrevistas de gabinete y lugares de trabajo para informar posteriormente de lo que observe y contribuya en un acertado dictamen de invalidez.



BIBLIOGRAFÍA

1. - American Medical Association
Guides to the Evaluation of Permanent Impairment
Fifth Edition
Printed in the United States of America February 2002
- 2.- Banco de Previsión Social de Uruguay
BAREMO
Impresora Editorial Lima
Republica Oriental del Uruguay 1999
3. - Earl D. McBride.
Disability Evaluation
Fifth Edition
- 4.- Hernández Cueto, Claudio
Valoración Médica del Daño Corporal
Editorial Masson S. A.
Primera edición 1996, Barcelona España
- 5.- Mélenec, Luis
Valoración de la Discapacidad y del daño corporal
Editorial Masson S. A.
Barcelona España 1997
- 6.- Méndez Mora, Ester
Introducción al estudio de la Invalidez
Editorial Universidad Estatal a Distancia
Primera Edición 1996, San José Costa Rica
- 7.- Instituto de Migraciones y Servicios Sociales
Valoración de las Situaciones de Minusvalía. Real Decreto 1971/ 1999
Madrid España 2000
- 8.- Revista del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala
Protocolo Nacional para el Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento de la infección VIH/SIDA.
Vol. XI, Nos. 1 – 2 Enero – Junio 2001
- 9.- Código Analítico de Ramas de Actividad Económica
Documento del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (Medicina Preventiva)

