Superintendencia de Pensiones

NORMAS PARA LA EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INVALIDEZ DE LOS TRABAJADORES AFILIADOS AL NUEVO SISTEMA PREVISIONAL
(9ª edición, 2026)

PRÓLOGO

El lunes 02 de febrero de 2026 fueron publicadas en el Diario Oficial las presentes "Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Nuevo Sistema de Pensiones" novena edición, que entrarán en vigencia a contar del 01 de agosto de 2026 para uso de las Comisiones Médicas Regionales (CMR) y de la Comisión Médica Central (CMC), así como de los médicos asesores y de los interconsultores del sistema de calificación de invalidez.

Este documento final fue aprobado por la Comisión Técnica de Invalidez (CTI) en la sesión N°44 del 09 de enero de 2026, presidida por el Superintendente de Pensiones, Sr. Osvaldo Macías Muñoz; integrada por el decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Dr. Antonio Orellana Tobar, y por el decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Diego Portales, Dr. Matías González Tugas, ambos en representación del Consejo de Rectoras y Rectores de las Universidades Chilenas (CRUCH) en función de la Reforma Previsional establecida en la Ley 21.735; asimismo, integrada también por la Presidenta de la Comisión Médica Central, Dra. Adriana Montenegro Varas; y por el representante de las compañías aseguradoras, Dr. Luis Zamora Salinas. Actuó como Secretario y Ministro de Fe, el Jefe del Departamento Técnico de Invalidez y Ergonomía de la División de Comisiones Médicas de la Superintendencia, Dr. Pedro Osorio Sepúlveda.

Las aludidas Normas Técnicas, en su versión 2026, corresponden al fruto del trabajo realizado en el curso del año 2025 para efectos de la actualización y perfeccionamiento de las Normas Técnicas 2022, lo que se fundamentó principalmente en las propuestas y observaciones emanadas de las Comisiones Médicas de todo el país, de algunos médicos interconsultores, algunos médicos asesores y otros profesionales colaboradores, aportadas durante el año 2025 conforme a lo requerido desde esta Superintendencia, así como aquellas que habían sido recogidas en fechas anteriores. También se estimó aceptar algunas propuestas presentadas por las compañías aseguradoras de Chile por intermedio de su representante en la CTI.

Para la confección final de cada capítulo de especialidades, además de los aportes generales, por cada especialidad se contó con la importante colaboración de algunos profesionales del Sistema de Pensiones que fueron consultados directamente y que se indican a continuación con el correspondiente reconocimiento por su generosa disponibilidad para atender las consultas técnicas que permitieron hacer los ajustes pertinentes en esta nueva versión de las Normas Técnicas:

- **Cap. I Sistema Osteomioarticular y Tejido Conjuntivo**: Dr. Christian Hubner (traumatólogo), integrante de la CMC; Dra. Carolina Pavez (traumatóloga), integrante

de la CMR Santiago Centro; y Dra. Adriana Montenegro (reumatóloga), presidenta coordinadora de la CMC e integrante titular de la CTI.

- **Cap. II Sistema Nervioso Central y Periférico:** Dr. Alonso Quijada (neurólogo), integrante de la CMC; Dr. Carlos Guevara (neurólogo), integrante de la CMR Santiago Centro; Dra. Julia Santín (neuróloga) y Dr. Mario Rivera (neurólogo), ambos interconsultores.
- **Cap. III Sistema Respiratorio:** Dra. Sara Chernilo (broncopulmonar), presidenta coordinadora de la CMR Santiago Centro.
- **Cap. IV Sistema Digestivo:** Dra. Cecilia Vidal (gastroenteróloga), médica asesora de la CMR Santiago Sur.
- **Cap. V Sistema Urinario**: Dr. Claudio Aros (nefrólogo), presidente coordinador de la CMR Valdivia.
- **Cap. VI Sistema Cardiovascular:** Dra. Ma. Eugenia Piana (cardióloga), presidenta coordinadora de la CMR Concepción; Dr. Fernando Lucero (cardiocirujano), presidente de la Sala N° 2 de la CMC e integrante subrogante de la CTI.
- **Cap. VII Sistema Endocrino:** Dr. Sergio Lobos (endocrinólogo) y Dr. Néstor Soto (endocrinólogo), ambos integrantes de la CMC.
- **Cap. VIII Sistema Hematopoyético e Inmunitario**: Dra. Ma. Elena Cabrera (hematóloga-oncóloga) y Dr. Carlos Pérez (infectólogo), ambos interconsultores.
- **Cap. IX Sistema visual:** Dr. Rafael Fuster (oftalmólogo), interconsultor.
- **Cap. X Audición, Equilibrio y Fonación:** Dr. Sergio Sanhueza (otorrinolaringólogo), interconsultor.
- **Cap. XI Impedimentos Mentales:** Dr. Mario Hitschfeld (psiquiatra), interconsultor.
- **Cap. XII Impedimentos Neoplásicos Malignos:** Dr. Rodrigo Bertin (oncólogo), interconsultor.
- **Cap. XIII Impedimentos Dermatológicos**: Dra. Ximena Raggio (dermatóloga), interconsultor.

Superintendencia de Pensiones

COMISIÓN TÉCNICA DE INVALIDEZ

NORMAS PARA LA EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INVALIDEZ DE LOS TRABAJADORES AFILIADOS AL NUEVO SISTEMA PREVISIONAL
9ª edición

(Publicadas en el Diario Oficial el 02 de febrero y vigentes a contar del 01 de agosto de 2026)

ÍNDICE

CAPÍTULO INTRODUCCIÓN 6
CAPÍTULO I: SISTEMA OSTEOMIOARTICULAR Y TEJIDO CONJUNTIVO 27
CAPÍTULO II: SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y PERIFÉRICO 43
CAPÍTULO III: SISTEMA RESPIRATORIO 63
CAPÍTULO IV: SISTEMA DIGESTIVO 75
CAPÍTULO V: SISTEMA URINARIO 90
CAPÍTULO VI: SISTEMA CARDIOVASCULAR 95
CAPÍTULO VII: SISTEMA ENDOCRINO 109
CAPÍTULO VIII: SISTEMA HEMATOPOYÉTICO E INMUNITARIO 121
CAPÍTULO IX: SISTEMA VISUAL 134
CAPÍTULO X: SISTEMA AUDITIVO, EQUILIBRIO Y FONACIÓN 140
CAPÍTULO XI: IMPEDIMENTOS MENTALES 150
CAPÍTULO XII: IMPEDIMENTOS NEOPLÁSICOS MALIGNOS 166
CAPÍTULO XIII: IMPEDIMENTOS DERMATOLÓGICOS 171

CAPÍTULO INTRODUCCIÓN

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

Esta determinación será efectuada por una Comisión Médica Regional (CMR) integrada al menos por tres médicos/as cirujanos/as que funcionará en cada región del país, contratados a honorarios por la Superintendencia de Pensiones, y gozarán de autonomía en cuanto al conocimiento y calificación de las invalideces sometidas a su consideración, lo que se reflejará en un Dictamen de invalidez que, en caso de disconformidad, podrá ser apelado por las partes ante la Comisión Médica Central (CMC) que funcionará en Santiago, integrada a su vez por al menos tres médicos/as cirujanos/as también contratados/as a honorarios por la Superintendencia que, en uso de la misma autonomía, revisará lo realizado por la CMR, confirmando o revocando el Dictamen por medio de una Resolución.

La Superintendencia tendrá la supervigilancia de estas comisiones e impartirá las normas operativas que se requieran para calificar la invalidez.

La Ley 20.255 de reforma previsional, modificó el citado Decreto Ley creando el Pilar Solidario que incorporó, además del Aporte Previsional Solidario (APS), la Pensión Básica Solidaria de Vejez (PBSV) y la Pensión Básica Solidaria de Invalidez (PBSI) financiadas con recursos del Estado, en el Sistema de Pensiones a que se refiere el aludido Decreto Ley. Es así que, conforme a lo dispuesto en el Art. 17 de la mencionada Ley, corresponde también a las señaladas Comisiones Médicas la evaluación y declaración de invalidez de las personas solicitantes de PBSI.

A la PBSI podrán acceder las personas que cumplan con los requisitos definidos para ello, labor de verificación asentada en el Instituto de Previsión Social (IPS), el cual, por medio de un proceso de focalización, debe identificar a los/las potenciales beneficiarios/as, y presentar una solicitud de evaluación y calificación de invalidez por cada uno/a de ellos/as ante la CMR correspondiente.

Para la evaluación y calificación del grado de invalidez, tanto de las personas afiliadas a una AFP como aquellas solicitantes del Sistema Solidario, las CMR y la CMC se atendrán estrictamente a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los/las trabajadores/as afiliados/as al nuevo sistema de pensiones", que son definidas y aprobadas por la Comisión Técnica de Invalidez (CTI) establecida en el DL N°3.500 de 1980 y en su reglamento (DS N°57 de 1990 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social), y que forman parte del mismo cuerpo legal.

Para mejor resolver, las Comisiones Médicas Regionales evaluarán prioritariamente en forma presencial a las personas solicitantes, procediendo a hacerlo en modalidad telemática cuando ello no sea posible, pudiendo recurrir a exámenes de laboratorio, de imágenes y/o funcionales y/o a peritajes de especialistas realizados preferentemente en forma presencial o bien por teleperitaje, según dispongan la mismas Comisiones, conforme a las características de los impedimentos evaluados, además de peritajes psicológicos, sociolaborales, de terapeuta ocupacional, enfermeras universitarias, kinesiólogos u otros profesionales o instituciones inscritos/as en el Registro Nacional de Interconsultores/as que administra la Superintendencia de Pensiones.

La Ley 21.309 modificó el DL 3.500 de 1980, estableciendo beneficios para personas afiliadas y pensionadas en el caso de que sean calificadas como enfermas terminales por parte de los Consejos Médicos. Se entenderá por enfermo/a terminal toda persona con una enfermedad o condición patológica grave que haya sido diagnosticada, de carácter progresivo e irreversible, sin tratamiento específico curativo o que permita modificar su sobrevida, o bien cuando los recursos terapéuticos utilizados han dejado de ser eficaces, y con una expectativa de vida inferior a **12 meses**. Para tal determinación, los Consejos Médicos deben ajustar sus determinaciones a los criterios establecidos en las Normas Técnicas definidas por la Superintendencia de Pensiones para tal efecto.

Las personas afiliadas activas menores de 65 años de edad que se encuentren cubiertas por el Seguro de Invalidez y Sobrevivencia (SIS) y las pensionadas de invalidez parcial que soliciten ser certificadas como enfermo/a terminal deberán requerir su calificación de invalidez para tener derecho a la cobertura del SIS, a la liquidación del Bono de Reconocimiento, al APS o a la Garantía Estatal, en este último caso, si cumplen los requisitos para ello. Por su parte, las menores de 65 años de edad activas que no se encuentren cubiertas por el SIS y las personas pensionadas de invalidez parcial que soliciten ser certificadas como enfermas terminales, para tener derecho a la liquidación del Bono de Reconocimiento, al APS o a la Garantía Estatal, en este último caso, si cumplen los requisitos para ello, será necesario que cuenten con la calificación de invalidez de enfermo terminal.

Por lo tanto, para ambos tipos de afiliados/as, la AFP correspondiente deberá solicitar la declaración de invalidez ante las Comisiones Médicas.

Es así que, considerando que la expectativa de sobrevida de la persona enferma terminal está acotada a un máximo de un año, las aludidas Comisiones Médicas deben darle prioridad a su proceso de evaluación y calificación de invalidez, conforme a los plazos dispuestos por la mencionada Ley. Para tal efecto, el Certificado de Enfermo Terminal emitido por el médico tratante refrendado con la firma y timbre del Director Médico del establecimiento donde la persona recibe los cuidados paliativos debe considerarse como válido para los efectos del análisis de su incapacidad permanente de acuerdo a estas Normas y sólo si su contenido se considerase insuficiente, procedería la solicitud de pericias complementarias tales como interconsulta domiciliaria y/o revisión de ficha clínica y/o peritaje sociolaboral y/o con otro profesional de apoyo de la salud, no médico, para una mejor determinación. De todos modos, una vez excedidos los plazos para el respectivo dictamen, la condición de inválido/a total aplicará por defecto.

La Ley 21.735, publicada en el Diario Oficial el 26/03/2025, establece la implementación de una reforma previsional que crea un nuevo sistema mixto de pensiones, un seguro social en el pilar contributivo que mejora la Pensión Garantizada Universal (PGU), y establece otros beneficios y modificaciones regulatorias. En cuanto al proceso de evaluación y calificación de invalidez, solo introduce un cambio en la composición de la CTI, reemplazando al representante de las AFP por otro/a decano/a de una facultad de medicina designado/a por el Consejo de Rectores y Rectoras de las Universidades Chilenas (CRUCH).

En sintonía con la misión institucional de la Superintendencia de Pensiones que busca proteger los derechos previsionales de las personas contribuyendo al buen funcionamiento del Sistema de Pensiones y del Seguro de Cesantía, con una regulación y supervisión de calidad y la entrega oportuna de información clara y confiable, incorporando la perspectiva de género en su quehacer la Comisión Técnica de Invalidez, teniendo presente que la evaluación y calificación de invalidez apunta a identificar las eventuales secuelas de carácter permanente que presenten las personas una vez completados los procesos terapéuticos accesibles dispone que en el proceso evaluativo se deben reconocer las diferencias que puedan derivarse tanto de factores biológicos como de construcciones sociales de género, evitando sesgos, prejuicios o todo tipo de violencia y discriminación, y respetando plenamente la identidad de género de las personas.

INSTRUCCIONES GENERALES PARA EL USO DE ESTAS NORMAS

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

Surgen de la combinación de conocimientos científicos y el juicio de los/las profesionales que las aplican, teniendo como imperativo resguardar la especificidad que la propia ley les señala. Sus fuentes de origen están en la opinión experta de los/las especialistas de cada capítulo, el consenso entre ellos y la práctica médica basada en evidencias que recoge la CTI para su discusión y emisión. Estas Normas adoptan un método que mide las consecuencias que el impedimento físico o mental produce sobre las habilidades laborales. Para ello, relacionan los impedimentos con las **interferencias que estos ocasionan en las Actividades de la Vida Diaria (AVD)**. El resultado de esta ponderación refleja la pérdida de capacidad permanente para efectuar cualquier trabajo que exige el Sistema de Pensiones, sin perjuicio de los factores complementarios que se consideren.

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

- **Consistencia:** un dictamen es consistente si tiene respaldo objetivo en informes, exámenes o imágenes.
- **Concordancia:** se refleja en el acuerdo de los/las profesionales integrantes de las Comisiones Médicas con apoyo en la evaluación efectuada por uno/a de ellos/as en conformidad con lo dispuesto en estas Normas y/o en otros antecedentes técnicos y/o administrativos suficientes disponibles.
- **Coherencia:** la persona evaluada se desenvuelve en su vida cotidiana en forma lógica y consecuente con el resultado.
- **Certeza:** la condición física o mental de la persona evaluada se encuentra señalada en forma clara y expresa.
- **Ciencia:** el dictamen fue elaborado conforme a criterios normativos pertinentes y al estado del arte de la práctica médica.

IMPEDIMENTO Y MENOSCABO LABORAL PERMANENTE

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

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

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

Los impedimentos pueden acreditarse bajo estado de configuración o no configuración. **Sólo a los impedimentos configurados puede otorgárseles el menoscabo laboral permanente que dictan estas normas.**

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

1. Es **objetivable** según conocimientos médicos validados o evidencia médica.
2. Es **demostrable** por medios clínicos, de laboratorio, pruebas funcionales o imagenología.
3. Las medidas generales y terapias médicas o quirúrgicas **accesibles** por la persona evaluada están efectuadas o no revertirán el impedimento de acuerdo con la evidencia médica. La falta de acceso a tratamientos está demostrada por peritaje sociolaboral (PSL) y evaluación médica, justificando las razones la Comisión Médica.
4. La evolución según la probabilidad médica se ha **estabilizado o está en agravación** y no existen en el estado del arte tratamientos accesibles que reviertan la condición.
5. Los **periodos de observación** clínica indicados en estas normas para las especialidades respectivas están cumplidos. Hará excepción de esto aquel impedimento cuyo curso clínico sea objetivamente irreversible e inexorable.

El rol evaluador que desempeñan los/las médicos/as asignados/as, de las Comisiones Médicas, médicos/as interconsultores, y médicos/as asesores/as, cuando les corresponda, así como a los/las demás profesionales del Sistema de Pensiones, tiene como objetivo la acreditación del estado del impedimento y su condición de configuración o no configuración, aportando los sustentos técnicos que permitan definir el cumplimiento de los requisitos mediante los exámenes o pericias que correspondan y el cumplimiento de los esquemas terapéuticos según los protocolos y plazos establecidos en la práctica médica.

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

La verificación de falta de acceso a tratamientos demostrada por PSL y evaluación médica establecida en el requisito N°3 de Impedimento configurado deberá considerar los antecedentes obtenidos de las instituciones del Sistema de Salud del solicitante respecto a las posibilidades de cobertura a través del Servicio de Salud, Fonasa, pago asociado a diagnóstico (PAD) o Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC), seguros

complementarios o instituciones similares e ISAPRES, si esto procede. Corresponderá a la Comisión Médica explicitar los fundamentos de su determinación.

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

El dictamen informará en su resultado uno de los cinco estados en que los Impedimentos y Menoscabos de la persona solicitante pueda encontrarse:

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

Existiendo posibilidades de acceso a tratamiento a través de Garantías Explícitas de Salud (GES) u otros programas definidos por el Ministerio de Salud, cumplir con sus protocolos terapéuticos se considerará exigencia mínima para configurar un impedimento, con excepción de las terapias paliativas. No obstante, la Comisión Médica con apoyo de un PSL podrá considerar configurable alguno de estos impedimentos si hubiera evidencia de incumplimiento no factible de corregir por parte de la persona evaluada, tales como tratamientos insuficientes o imposibilidad de derivación a terapias más especializadas, aun con la debida adherencia de ella.

Para establecer la real accesibilidad y adherencia a una determinada terapia, la Comisión Médica podrá instruir que por medio de un PSL se obtenga información de la autoridad del Centro Asistencial que corresponda al/la solicitante, precisando los tratamientos disponibles y el tiempo de latencia o de espera para atención con especialista, procedimientos y cirugías, las modificaciones en la conducta terapéutica por parte del/la tratante, la existencia de redes de apoyo, las barreras económicas, culturales, demográficas y geográficas que pueden interferir significativamente en el acceso a las prestaciones de salud de las personas, las condiciones de ruralidad, la distancia a los centros de atención terciarios u otros, la disponibilidad de medios de transporte adecuados, terrestres, aéreos y acuáticos, particularmente en islas y archipiélagos de la geografía nacional y la disposición de la persona evaluada para seguir las indicaciones médicas. Corresponderá a la Comisión Médica explicitar los fundamentos de su determinación.

Para evaluar la accesibilidad física y económica a terapias, la Comisión indicará al/la perito/a sociolaboral y/o a los/las otros/as profesionales de colaboración médica los procedimientos terapéuticos específicos requeridos y sus características generales, a fin de dirigir con mayor precisión la investigación, debiendo el/la profesional informar las posibilidades concretas de acceso a través de la cobertura de salud del/la solicitante. Si se

trata de un procedimiento terapéutico excepcional, la Comisión deberá analizar todas las opciones a través de programas especiales antes señalados de Fonasa, del Servicio Nacional de Discapacidad (SENADIS), del Ministerio de Salud u otras instituciones.

Si se conociera de un rechazo justificado a terapias curativas accesibles por la persona evaluada, se exigirá un periodo mínimo de **12 meses** de observación por parte de la Comisión antes de configurar el Impedimento. Corresponderá a la Comisión discernir sobre los casos de rechazo no justificado a terapias.

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

IMPEDIMENTOS COMUNES Y PROFESIONALES

Conocida es la existencia de Impedimentos cuyo origen es de ocurrencia común o natural y otros que provienen de accidentes laborales o enfermedades profesionales. El DL N° 3.500 de 1980, otorga cobertura sólo a los impedimentos de naturaleza común, y la Ley N°16.744 a los de origen laboral o profesional. La Comisión Médica remitirá los antecedentes a los organismos competentes cuando del informe del/la médico/a asignado/a o del/la interconsultor/a se desprenda el eventual origen en un accidente laboral o enfermedad profesional, pudiendo complementar la información con peritajes de expertos/as en riesgos laborales y sociales a fin de justificar su envío.

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

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

IMPEDIMENTOS DE ORIGEN SÍSMICO O POR MAREMOTOS

Como consecuencia de sismos o maremotos, las personas afiliadas cubiertas por el SIS pueden quedar con impedimentos configurados, condición que debe ser establecida en la evaluación a partir de lo expresado por la persona al momento de la solicitud y en conformidad con los antecedentes médicos y administrativos disponibles. En tales casos, la Comisión Médica Regional debe registrar esta circunstancia en el Dictamen correspondiente, ya que en estas situaciones dicho seguro tiene una forma de financiamiento diferente.

INVALIDEZ PREVIA Y POSTERIOR A LA AFILIACIÓN

A la Comisión Médica Regional y a la Comisión Médica Central, a su turno, les corresponde la determinación de la fecha de ocurrencia de la invalidez. Para las personas afiliadas cuya invalidez se hubiera producido antes de la fecha de afiliación al Sistema de Pensiones o con posterioridad a su incorporación, existen fórmulas distintas de financiamiento. **Lo relevante es la demostración de capacidad de trabajo consignada en las normas**. Si en estos casos se dictamina invalidez previa, las personas no tendrán derecho a la cobertura del SIS y no recibirán el aporte de las Compañías Aseguradoras para el cálculo de su pensión, debiendo ser financiada solamente con el fondo de capitalización acumulado a la data de la invalidez, sin perjuicio del aporte del antiguo Sistema Previsional, si correspondiere.

Para los/las beneficiarios/as de PBSI esta verificación no resulta procedente.

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

La determinación de invalidez previa o posterior (no previa) a la afiliación tiene su fundamento en la **comprobación de capacidad de trabajo**. El/la afiliado/a podrá encontrarse enfermo/a o debilitado/a en sus fuerzas físicas o intelectuales antes de afiliarse al sistema, pero no necesariamente inválido/a. Esto no debe confundirse con una preexistencia, que es un término propio del ámbito de la salud previsional no asimilable necesariamente a invalidez, pues en la práctica, muchas personas aun con importantes deficiencias físicas, mentales o sensoriales, inclusive congénitos, logran insertarse efectivamente en la vida laboral. La comprobación de una real capacidad de trabajo posterior a su ingreso al nuevo Sistema de Pensiones permitirá declarar la invalidez producida con posterioridad a la afiliación y, en consecuencia, cubierta por el SIS.

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

Para dictaminar estos casos, se debe evaluar por la Comisión la necesidad de instruir efectuar **el peritaje sociolaboral**, con profesionales capacitados/as que elaboren sus informes sobre la base de una historia laboral que puede ser por cuenta propia, o bien que identifique al empleador/a, si se trata de persona natural o jurídica, su domicilio laboral actual, la naturaleza de los servicios o del puesto de trabajo, el lugar donde se desarrolla o se ha desempeñado el trabajo, la forma y periodo de pago de remuneraciones acordadas, la duración y distribución de la jornada laboral, plazo del contrato (transitorio, por faena, plazo fijo, indefinido) negociación colectiva si la hubiere, beneficios estipulados expresamente (Bienestar, Seguro complementario de salud), causales de término del contrato, aspectos de calidad en desempeño y productividad (a evaluar sólo si el empleador está en conocimiento del trámite), condiciones especiales, subordinación u otros aspectos considerados relevantes para el Dictamen o Resolución de la Comisión.

De igual modo, una vez establecida la demostración de capacidad de trabajo, la Comisión deberá indagar sobre la causa que determina la incapacidad de seguir trabajando, derivada de las siguientes posibilidades:

1. un empeoramiento o agravamiento del impedimento invocado,
2. la adición de otro nuevo que acentúa las dificultades para el desempeño laboral, o
3. el surgimiento de un cambio en las condiciones laborales que impida continuar ejecutando el trabajo habitual de la persona evaluada.

La consideración de una invalidez previa sólo puede ser establecida en un primer dictamen y, en modo alguno, podrá ser invocada en la reevaluación.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y CAPACIDAD LABORAL

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

Para precisar adecuadamente la magnitud de las interferencias en las AVD referidas por las personas solicitantes, además de la evaluación efectuada por los/las médicos/as

asignados/as de las CMR, y las consignadas por los/las interconsultores/as de especialidades, las Comisiones Médicas podrán recurrir a un PSL por medio de visitas domiciliarias de los/las peritos/as y/o a la aplicación de instrumentos validados por parte de Terapeutas Ocupacionales también en forma domiciliaria, o bien en dependencias de las CMR, o de otros profesionales de apoyo médico, tales como Enfermeras Universitarias, Kinesiólogos o Psicólogos clínicos, especialmente en caso de personas postradas, confinadas o enfermas terminales, cuyos informes formarán parte del expediente de calificación de invalidez (ECI).

Se consideran las **Actividades de la Vida Diaria** contenidas en cuatro áreas:

1. **Área de actividades Esenciales de la vida diaria:**

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

2. **Área de actividades Domésticas de la vida diaria:**

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

3. **Área de actividades de Desplazamiento fuera del domicilio en la vida diaria:**

   - Bipedestación
   - Marchar a pie
   - Desplazarse en vehículos
   - Desplazarse en transporte colectivo

- Desplazarse en sillas de ruedas
- Desplazarse en planos inclinados

4. **Área de actividades de Eficiencia Social en la vida diaria:**

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

CALIFICACIÓN DEL MENOSCABO LABORAL PERMANENTE

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

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

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

La clasificación del Menoscabo Laboral Permanente (MLP) define a la **Intensidad** de los síntomas y signos del Impedimento como la magnitud que determina la Clase.

Existiendo un impedimento configurado con síntomas o signos de intensidad suficiente para una u otra clase, corresponderá reconocer la clase de aquel que provoca el mayor menoscabo laboral.

En la **Intensidad** se distingue:

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

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

En la **Frecuencia** se distingue:

Categoría	Descripción	Rango	Valor neto según Clase				
			I	II	III	IV	V
Frecuencia intermitente	Se manifiestan alternando días sin período definido.	Bajo	1%	15%	35%	50%	67%
Frecuencia ocasional	Se manifiestan diariamente y en ocasiones conocidas	Bajo	1%	15%	35%	50%	67%
Frecuencia habitual	Se manifiestan diariamente durante la mitad del día despierto.	Medio	7%	25%	42%	58%	74%
Frecuencia constante	Se manifiestan diariamente durante todo el día despierto.	Alto	14%	34%	49%	66%	80%

Frecuencia permanente	Se manifiestan diariamente las 24 horas del día, alterando el descanso nocturno.	Alto	14%	34%	49%	66%	80%

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

Categoría	Descripción	Rango	Valor neto según Clase en Trastorno del desarrollo intelectual			
			I	II	III	IV
Frecuencia intermitente	Se manifiestan alternan-do días sin período definido.	Bajo	1%	30%	50%	67%
Frecuencia ocasional	Se manifiestan diariamente y en ocasiones conocidas	Bajo	1%	30%	50%	67%
Frecuencia habitual	Se manifiestan diariamente durante la mitad del día despierto.	Medio	15%	40%	58%	74%
Frecuencia constante	Se manifiestan diariamente durante todo el día despierto	Alto	29%	49%	66%	80%
Frecuencia permanente	Se manifiestan diariamente las 24 horas del día, alterando el descanso nocturno	Alto	29%	49%	66%	80%

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

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

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

CLASES DE APLICACIÓN GENERAL

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

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

Clase I **Menoscabo Laboral Permanente 1% - 7% - 14%**

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

Clase II **Menoscabo Laboral Permanente 15% - 25% - 34%**

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

Clase III **Menoscabo Laboral Permanente 35% - 42% - 49%**

- Los síntomas y signos funcionales son importantes; pese a tratamientos continuos el control de ellos es parcial
- El examen clínico muestra anomalías evidentes
- El estado general tiene compromiso importante
- La respuesta a exigencias es satisfactoria para demandas medianas sostenidas por períodos limitados
- La autonomía es total. En algún grupo de las AVD hay interferencias

Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50% - 58% - 66%

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

Clase V Menoscabo Laboral Permanente 67% - 74% - 80%

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

SUMA COMBINADA

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

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

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

advierte que por lo general esto es irrelevante en impedimentos con menoscabo inferior a la clase II en su rango medio (25%).

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

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

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

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

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

CÁLCULO DEL MENOSCABO POR SUMA COMBINADA (MSC)

El MSC corresponde al porcentaje total de pérdida de capacidad de trabajo a causa de uno o más impedimentos. Su valor se determina de la siguiente manera:

n

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

Donde:

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

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

Condición:

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

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

CR_t = Corresponde a la capacidad de trabajo residual disponible a causa de uno o más impedimentos. Todos los impedimentos anteriores a "t", expresados en tanto por ciento.

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

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

Aplicación práctica:

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

Al Impedimento 1 se asigna 34%; para ser adicionado, el Impedimento 2, que asigna 25%, se calcula ese 25% sobre la capacidad residual 66%, significando por tanto 16,5% que en suma combinada resulta 50,5% y así sucesivamente. Finalmente, el 5,2% ponderado aportado por el 14% del cuarto impedimento no se suma por corresponder a un menoscabo inferior a clase II, rango medio, 25%. El resultado final de la suma combinada se aproxima al entero, quedando en 63%.

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

Cuando exista más de un impedimento configurado deberán expresarse todos en la tabla final, procediendo a la suma combinada, según corresponda, aun cuando con el primero alcance para invalidez total. Algunos menoscabos de impedimentos configurados como Hipoacusia, Lesión neural periférica, entre otros, debido a la aplicación de tablas o de fórmulas específicas, pueden ser expresados con decimales.

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

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

FACTORES COMPLEMENTARIOS

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

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

La asignación de estos Factores Complementarios sólo es posible si el menoscabo global determinado es a lo menos Clase III (desde 35%) o su equivalente, según tabla específica o fórmula de cálculo para impedimentos no calificados por Clase. Corresponderá entonces **sumar aritméticamente** los siguientes valores máximos:

Factores Complementarios		Puntos Porcentuales de Menoscabo
Edad Cronológica	41 –45 años	2
	46 – 50 años	3
	51 – 55 años	4
	56 o más años	5
Nivel Educacional	Analfabeto Funcional	5
	Educación Básica	4
	Educación Media	3
	Educación Superior	2

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

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

Para su correcta aplicación, cuando fuese necesario, deberá indagarse por medio de un PSL sobre la historia laboral, el trabajo específico y las características de la tarea principal de la persona evaluada, aun cuando la Comisión, con antecedentes fundados, podrá pronunciarse prescindiendo de aquel.

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

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

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

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

venía desarrollando en su vida laboral activa. Cuando se trate de PBSI, la estimación se realizará según la misma tabla.

La aplicación de los factores complementarios es facultativa de la Comisión, con fundamentación que deberá consignarse en el expediente; no obstante, se asignarán de la siguiente manera:

1. En forma conjunta, sumando aritméticamente todos los factores complementarios de los tres ítems que fuesen aplicables en cada caso.
2. Solamente cuando su adición permita alcanzar la invalidez parcial o total, según corresponda.
3. Una vez alcanzada la invalidez total dando cuenta así de la mayor magnitud de la incapacidad de la persona.

CAPÍTULO I:
SISTEMA OSTEOMIOARTICULAR Y TEJIDO CONJUNTIVO

INTRODUCCIÓN

Estas normas entregan criterios para evaluar y calificar los impedimentos osteomioarticulares y del tejido conjuntivo que afectan a las personas, su configuración y el menoscabo permanente en la capacidad general de trabajo, expresado en las interferencias que producen sobre las Actividades de la Vida Diaria (AVD). Tales impedimentos provienen de patologías ortopédicas, traumáticas e inflamatorias.

Los y las profesionales especialistas en Ortopedia y Traumatología, Reumatología, Fisiatría y Neurocirugía encontrarán en este capítulo la forma de evaluar impedimentos y calificar el menoscabo laboral.

La configuración del impedimento osteomioarticular y del tejido conjuntivo puede establecerse luego de un período mínimo de **6 meses** de tratamientos médicos y rehabilitadores de acuerdo con la práctica médica de la especialidad. Si recibió terapia quirúrgica, **12 meses** desde la última intervención sin evidenciar mejoría o recuperación de la capacidad de trabajo. El o la especialista correspondiente o la propia Comisión fundamentará las excepciones para configurar el impedimento antes de los periodos señalados.

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

Especial interés adopta en este capítulo la naturaleza común o profesional del impedimento, el origen accidental común o laboral deberá ser informado por el o la médico/a asignado/a, por el o la interconsultor/a o por el o la médico/a asesor/a, cuando corresponda. La cobertura es distinta y existen incompatibilidades legales que hacen necesario indagar las circunstancias predisponentes y desencadenantes de la incapacidad.

El o la especialista deberá informar a la Comisión Médica y ésta derivar los antecedentes al organismo competente para discernir.

Este capítulo comprende los siguientes impedimentos originados en:

- Artropatías: Artropatías infecciosas, Artropatías reactivas, Artropatías por cristales, Poliartropatías inflamatorias, Artrosis, Inestabilidades y rigideces articulares y Deformidades articulares.
- Dorsopatías: Dorsopatías deformantes, Espondilopatías, Discopatías, Hernias Discales, Inestabilidades del Raquis.
- Osteopatías y Condropatías: Osteoporosis, Osteomalacia, Osteomielitis, Osteocondrosis, Enfermedades óseas metabólicas.
- Trastornos de los tejidos blandos: Trastornos musculares, Trastornos de los tendones y de las sinoviales, Bursopatías, Trastornos fibroblásticos, Entesopatías, Fibromialgia y Síndrome de fatiga crónica y Atrapamientos neurales.
- Trastornos Sistémicos del tejido conjuntivo: Poliarteritis, Vasculopatías, Lupus Eritematoso Sistémico (LES), Dermatopolimiositis, Esclerosis sistémica, Síndrome seco, Enfermedad mixta del tejido conjuntivo o Síndromes superpuestos.
- Traumatismos osteomusculares y del Tejido conjuntivo: Fracturas, Luxaciones, Inestabilidades, Heridas, Quemaduras, Congelamientos, Complicaciones de la atención, Tóxicos, causas externas en general.
- Amputaciones

EVALUACIÓN

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

En Imagenología: Radiografías, Ecotomografías, Tomografías computadas (TC) Resonancia Magnética (RM) Densitometrías, Cintigrafías, Artrorresonancias, SPECT, Cintigramas con leucocitos marcados para infecciones, etc.

En Electrodiagnóstico: Electromiografías con velocidad de conducción y potenciales evocados.

CALIFICACIÓN DEL MENOSCABO LABORAL PERMANENTE (MLP)

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

En aquellos casos en que exista una lesión de extremidades asimilable a una amputación, ésta deberá ser calificada en su menoscabo acorde con la tabla de amputaciones tipificadas en la letra F del presente capítulo.

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

A. MENOSCABO LABORAL PERMANENTE POR IMPEDIMENTOS DE LA COLUMNA VERTEBRAL (CONSIDERADA COMO UN TODO)

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

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

Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 7% - 14%

- Síntomas y signos ligeros.
- Escasa limitación de los movimientos y contracturas musculares pasajeras.
- Fuerza muscular conservada y ausencia de alteraciones neurológicas.
- Necesidad de tratamiento circunstancial.
- Capacidad de esfuerzo normal.
- Sin interferencias o leves en las AVD.
- Las imágenes muestran cambios anatómicos incipientes.

Clase II **Menoscabo Laboral Permanente 15% - 25% - 34%**

- Dolor o rigidez moderada.
- Al examen físico hay puntos dolorosos, manifestaciones a distancia en los dermatomos o miotomos correspondientes.
- Limitación de movilidad en más de un arco de movimiento, actitud antiálgica.
- Fuerza muscular conservada y clínicamente sin alteración neurológica motora.
- Se requiere de medicamentos analgésicos, relajantes musculares y rehabilitación.
- Capacidad de esfuerzo reducida, el transporte de pesos está limitado.
- Interferencias moderadas en las AVD.
- Las imágenes revelan cambios anatómicos evidentes.

Clase III **Menoscabo Laboral Permanente 35% - 42% - 49%**

Teniendo en consideración la doble función de la columna vertebral en cuanto a sostener erguida a la persona como soporte del sistema musculo esquelético, y la protección de las estructuras neurales, **el compromiso neurológico clínico sensitivo y motor es el sello de esta clase**. Por otra parte, existen cuadros asintomáticos en los cuales las imágenes pueden mostrar contacto y/o compresión de raíces y no generan interferencias en las AVD ni menoscabo laboral.

- Dolor y rigidez importante, con dificultad para mantener posturas.
- Al examen físico se aprecia disminución importante de la movilidad en todos los arcos explorados, con actitudes viciosas, signología neurológica sensitivo-motora, hiporreflexia.
- Se requiere tratamiento continuo con analgésicos, relajantes musculares y rehabilitación. Si ha tenido tratamiento quirúrgico, requiere abordaje terapéutico especializado para manejo del dolor.
- Hay interferencias importantes en algunas AVD.
- Es posible caminar sólo en terreno llano hasta 1 cuadra, con marcha inestable, con indicación de ayudas técnicas.
- Las imágenes demuestran cambios anatómicos evidentes e importantes.
- Escoliosis con ángulos superiores a 50° y compromiso respiratorio demostrado, aun sin compromiso neurológico, califican en esta clase.
- Hay inestabilidad de un segmento de la columna post cirugía, a la que se le atribuyan las limitaciones de la persona evaluada, sin posibilidad terapéutica confirmada por el o la especialista Interconsultor/a con radiografías

dinámicas, TC o RM o similares que la demuestren, aun sin compromiso neurológico sensitivo-motor.

Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50% - 58% - 66%

- Dolor y rigidez severa; necesidad de mantener posturas determinadas.
- En la exploración física se observan vicios estáticos, rigidez acentuada, signología neurológica.
- Se requiere tratamiento continuo con analgésicos mayores, antinflamatorios esteroidales, relajantes musculares y rehabilitación.
- Hay antecedentes de falla de cirugía de fijación, como artrodesis no lograda, rotura de material de osteosíntesis pedicular u otro.
- Capacidad de esfuerzo alterada de modo importante en las AVD.
- Existe autonomía, pero requiere ayudas técnicas como uso necesario de órtesis tales como muletas, bastones, andador (burrito), sillas de ruedas ocasional u otros.

Clase V Menoscabo Laboral Permanente 67% - 74% - 80%

- El dolor y rigidez es grave.
- Al examen físico se advierte grave compromiso neurológico sensitivo y motor.
- Falla de fijación quirúrgica con compromiso multirradicular que por su gravedad obliga al uso permanente de órtesis que compensen o fijen varios segmentos (ej.: tobillo y rodilla).
- El estado general revela fatigabilidad extrema y pérdida de masa corporal.
- La autonomía está comprometida en diversos grados sin que logre ser independiente en las AVD. Se requiere uso necesario y permanente de órtesis tales como muletas, bastones, andador (burrito), sillas de ruedas u otros.

B. MENOSCABO LABORAL PERMANENTE POR IMPEDIMENTOS DE LAS EXTREMIDADES SUPERIORES (CONSIDERADA COMO UN TODO)

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

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

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

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

Clase I **Menoscabo Laboral Permanente 1% - 7% - 14%**

- Dolor ligero.
- Función de las extremidades superiores con mínimas alteraciones.
- Exploración física con anomalías menores.
- Capacidad de esfuerzo que permite realizar esfuerzos importantes.
- Cambios incipientes o leves en las imágenes.

Clase II **Menoscabo Laboral Permanente 15% - 25% - 34%**

- Dolor moderado, limitación, torpeza o disminución de fuerzas de intensidad moderada.
- Hay pérdida de destreza fina.
- En la exploración física se aprecian limitaciones de rangos articulares, dolor a la movilización, desviación de ejes óseos o trastornos circulatorios.
- La capacidad de esfuerzos está conservada, pero que no puede sostenerse en el tiempo; transporte de pesos limitado.
- Cambios evidentes y moderados en las imágenes.

Clase III **Menoscabo Laboral Permanente 35% - 42% - 49%**

- Dolor y disminución importante de fuerzas; hay mala coordinación, alteración de motricidad fina.
- Al examen físico se advierten deformaciones, desviaciones, pérdida de masa muscular, rangos articulares muy restringidos.
- Hay interferencia evidente para la realización de puño y/o pinza.
- Capacidad de esfuerzo limitada a medianos esfuerzos.
- Interferencias en algunas AVD.
- Priman las limitaciones a esfuerzos importantes.

Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50% - 58% - 66%

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

Clase V Menoscabo Laboral Permanente 67% - 74% - 80%

- Hay grave alteración de la estructuración de los movimientos y su precisión.
- La fuerza de las extremidades superiores es mínima.
- Con importantes o múltiples limitaciones articulares.
- Capacidad de esfuerzo restringida a actos mínimos.
- Extremidad no funcional, no útil.
- Autonomía comprometida sin que se logre independencia para las AVD.

C. MENOSCABO LABORAL PERMANENTE POR IMPEDIMENTOS DE LA PELVIS Y DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES

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

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

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

Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 7% - 14%

- Síntomas leves.

- Limitación mínima de movimientos.
- Capacidad de esfuerzo y rendimiento mantenida, con dificultad en escaleras y desniveles.
- En las imágenes puede haber cambios leves o incipientes.
- Flexión de rodilla mayor a 90°.

Clase II **Menoscabo Laboral Permanente 15% - 25% - 34%**

- Síntomas moderados.
- Al examen físico hay limitaciones de rangos articulares, alteración de ejes menores y trastornos tróficos.
- Capacidad de marcha limitada a 2-3 cuadras, y en todo terreno, especialmente en escaleras, necesitando uso de pasamanos; dificultad con rampas y desniveles.
- En las imágenes hay cambios evidentes, moderados, con presencia de osteofitos y disminución del espacio articular.
- Flexión de rodilla menor a 90°.

Clase III **Menoscabo Laboral Permanente 35% - 42% - 49%**

- Síntomas importantes.
- Al examen físico se advierte limitación de rangos articulares y alteraciones tróficas concordantes con imágenes radiológicas.
- Capacidad de esfuerzo restringida de modo importante.
- Dificultad para ascenso y descenso de escaleras; posturas mantenidas que se hacen difíciles.
- Interferencias importantes en algunas AVD; puede andar sólo en terreno llano hasta 1 cuadra, con marcha inestable, con necesidad de ayudas técnicas.
- Hay cambios evidentes e importantes en las imágenes como presencia de osteofitos, disminución de espacios articulares, presencia de geodas, deformaciones y desviaciones.
- Se ha requerido o se puede requerir procedimientos quirúrgicos mayores.

Clase IV **Menoscabo Laboral Permanente 50% - 58% - 66%**

- Síntomas severos.
- Al examen físico se aprecian limitaciones articulares severas y múltiples, acortamientos mayores de 3 cm; alteraciones neurológicas.
- Capacidad de esfuerzo muy escasa.
- Autonomía limitada; se requiere supervisión o asistencia.

- Para la marcha, posible sólo en terreno llano, requiere apoyos ortésicos, ortopédicos o protésicos, también necesarias para mantener equilibrio y postura de pie.
- Cambios radiológicos severos como desaparición del espacio articular, deformidades y desaparición de cabeza femoral o parte de cóndilos en rodilla.

Clase V Menoscabo Laboral Permanente 67% - 74% - 80%

- Síntomas graves.
- Severa restricción de la marcha o anulación motriz.
- Al examen físico se evidencian limitaciones articulares múltiples, trastornos tróficos importantes, parálisis.
- Existe artrodesis de cadera y/o rodilla o hay clara indicación de ella.
- Autonomía muy escasa y con uso obligado de diversos apoyos técnicos.

D. MENOSCABO LABORAL PERMANENTE POR IMPEDIMENTOS REUMÁTICOS INFLAMATORIOS

La clase está determinada por la intensidad de los síntomas y signos; el rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso sobre las AVD. Dada la cobertura GES de la Artritis reumatoidea, se considerará configurada cuando se hayan implementado todas las terapias que contempla, a menos que exista una justificación atendible definida por la Comisión o que de ninguna de ellas se espere un impacto en la mejoría:

Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 7% - 14%

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

Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 25% - 34%

- Existen poliartralgias, poliartritis simétricas o migratorias, rigidez matinal prolongada.
- Sinovitis, sin desviación o deformidad.
- Rangos articulares normales.
- Exámenes compatibles con Enfermedad articular inflamatoria.
- Pueden existir cambios incipientes o leves en el estudio por imágenes.
- Requiere de tratamiento a permanencia.

Clase III **Menoscabo Laboral Permanente 35% - 42% - 49%**

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

Clase IV **Menoscabo Laboral Permanente 50% - 58% - 66%**

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

Clase V **Menoscabo Laboral Permanente 67% - 74% - 80%**

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

D. MENOSCABO LABORAL PERMANENTE POR TRASTORNOS DE LOS TEJIDOS BLANDOS Y SISTÉMICOS DEL TEJIDO CONJUNTIVO

La clase está determinada por la intensidad de los síntomas y signos; el rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso sobre las AVD:

Clase I **Menoscabo Laboral Permanente 1% - 7% - 14%**

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

Clase II **Menoscabo Laboral Permanente 15% - 25% - 34%**

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

Clase III **Menoscabo Laboral Permanente 35% - 42% - 49%**

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

Clase IV **Menoscabo Laboral Permanente 50% - 58% - 66%**

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

Clase V **Menoscabo Laboral Permanente 67% - 74% - 80%**

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

En la calificación de las patologías inflamatorias y autoinmunes, el requerimiento de **Terapia esteroidal y/o inmunosupresora y/o inmunomoduladora permanente individualmente o asociadas**, asignará 10% de menoscabo, que será considerado como insoslayable en el cálculo global de acuerdo con el procedimiento de suma combinada. De existir manifestaciones de Síndrome de Cushing Iatrogénico, debe evaluarse conforme a lo estipulado por las Glándulas Suprarrenales, sumado por procedimiento combinado.

Síndrome Fibromiálgico

El diagnóstico de Fibromialgia es complejo, puede presentar otras comorbilidades que interfieren en la manifestación e intensidad del dolor. Su diagnóstico clínico se funda en

el antecedente de dolor crónico asociado a la localización de dolor miofascial en 18 puntos anatómicos determinados, excluyendo condiciones clínicas subyacentes que puedan sobreestimarla. Los exámenes complementarios contribuyen al descarte de otras enfermedades que puedan manifestar dolor crónico.

Por la naturaleza de esta patología basada en la presencia de sensibilización central al dolor y déficits en los mecanismos inhibidores del dolor permite configurar el impedimento supeditado a evaluación y control por reumatólogo, habiéndose descartado la concomitancia de enfermedades autoinmunes o inflamatorias activas, hematológicas o endocrinas mediante estudio y evaluaciones específicas. La actividad física es la base del manejo en la fibromialgia, por lo que su realización sigue siendo requisito básico para su configuración.

Puede haber presencia de un trastorno mental concomitante como es frecuente de observar en otras patologías crónicas, que, si así fuera, debe ser evaluado por psiquiatra. Para considerar que exista sinergia de menoscabos de impedimentos configurados, esta circunstancia deberá ser confirmada por la opinión coincidente de especialistas reumatólogo y psiquiatra para proceder a la suma combinada. De corresponder, deberán sumarse los menoscabos combinadamente según las reglas definidas para ello en el capítulo de Introducción, o bien considerarse por separado si solo uno de ellos está configurado a la data de la evaluación.

Con todo, el tiempo mínimo de observación necesario para configurar con esquemas farmacológicos adecuados y terapias adicionales es de **12 meses.**

Clase I **Menoscabo Laboral Permanente 1% - 7% - 14%**

- Existen síntomas y signos leves propios del trastorno fibromiálgico caracterizado por dolor en puntos gatillo, asociado a fatiga leve o a trastorno del sueño.
- Interferencias menores en algunas de las AVD.
- Respuesta parcial al tratamiento adecuado.

Clase II **Menoscabo Laboral Permanente 15% - 25% - 34%**

- Existen síntomas y signos moderados propios del trastorno fibromiálgico.
- Interferencias moderadas en algunas de las AVD.
- Escasa respuesta al tratamiento adecuado, persisten dolores, alteraciones del sueño y algo de fatigabilidad, requiriendo de analgesia extra según necesidad.

Clase III **Menoscabo Laboral Permanente 35% - 42% - 49%**

- Existen síntomas y signos importantes propios del trastorno fibromiálgico.
- Interferencias importantes en la mayoría de las AVD.
- Con nula respuesta al tratamiento adecuado, persiste dolor sostenido, fatigabilidad, trastorno del sueño.
- La medicación por especialista psiquiatra es adecuada y por tiempo suficiente.

Clase IV **Menoscabo Laboral Permanente 50% - 58% - 66%**

- Dolor en puntos gatillo, fatiga o trastorno del sueño que interfieran de manera severa las AVD, sin respuesta al manejo con, por lo menos, 3er esquema farmacológico (Antidepresivo, anticonvulsivante, relajante muscular) por tiempo de observación normativo, ajustado en forma multidisciplinaria (Fisiatra, psiquiatría) y uso refractario de procedimiento.
- La realización de actividad física aeróbica guiada (Kinesiología), por lo menos **12 meses**, es un punto fundamental para la configuración de esta clase. Para tal efecto se requiere de certificación por parte de kinesiólogo o equipo del dolor.

E. AMPUTACIONES

a) Menoscabo Laboral Permanente por Amputaciones en las Extremidades Superiores

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

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

Las amputaciones bilaterales suman combinados los menoscabos de cada extremidad.

Cuando la extremidad lesionada esté conservada, recaerá en el o la especialista y finalmente en la Comisión Médica el diagnóstico de Amputación Funcional teniendo presente el dolor, la rigidez, las hiperestesias y anestesias, la falta de pinzas útiles etc. para asignar, si corresponde, el menoscabo de acuerdo con los valores referenciales siguientes:

Nivel de la Lesión	Menoscabo Laboral Permanente
Desarticulación del hombro	67% o más
Amputación del brazo por encima de la inserción del deltoides	67% o más
Amputación del brazo entre la inserción del deltoides y la articulación del codo	50%
Desarticulación del codo	50%
Amputación del antebrazo por debajo de la articulación del codo proximal a la inserción del tendón del bíceps.	50%
Amputación del antebrazo por debajo de la articulación del codo, distal a la inserción del tendón del bíceps	50%
Desarticulación de la muñeca.	50%
Amputación medio carpiana o medio metacarpiana de la mano incluyendo el pulgar	50%
Amputación del pulgar en la MTC-F	25%
Amputación de todos los dedos excepto del pulgar a nivel de las articulaciones metacarpofalángicas	35%
Amputación del pulgar en la IF	15%
Amputación del dedo índice a nivel de la articulación metacarpofalángica o con resección del metacarpo	14%
Amputación del dedo mediano a nivel de la articulación metacarpofalángica o con resección del metacarpo	14%
Amputación del dedo anular a nivel de la articulación metacarpofalángica o con resección del metacarpo	5%
Amputación del dedo meñique a nivel de la articulación metacarpofalángica o con resección del metacarpo	5%
Amputación Anular y Meñique	15%
Amputación dedos índice y medio a nivel de IFP	11%
Amputación dedos anular o meñique a nivel de IFP	6%
Amputación dedos índice y medio a nivel de IFD	6%
Amputación dedos anular o meñique a nivel de IFD	3%

El valor de menoscabo por amputación considera la pérdida de la función motora y sensitiva. En los dedos de la mano, órganos prensiles y sensitivos, es necesario referirse al acápite de Nervios Periféricos del capítulo II del Sistema Nervioso además de lo establecido en este capítulo

b) Menoscabo Laboral Permanente por Amputaciones en las Extremidades Inferiores:

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

Cuando la extremidad lesionada esté conservada, recaerá en el o la especialista y finalmente en la Comisión Médica el diagnóstico de Amputación Funcional teniendo presente el dolor, la rigidez, insensibilidad, ulceraciones o grave daño de cubierta de apoyo del pie, para asignar, si corresponde, el menoscabo de acuerdo con los valores referenciales siguientes:

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

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

F. MENOSCABO LABORAL PERMANENTE POR ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS

Requieren presencia de uno o más daños anatomo-patológicos:

Gota

Deformaciones, Osteolisis, Tofos articulares, Nefropatía por uratos: Clasificar según intensidad y frecuencia de síntomas y signos y sus interferencias en las AVD de acuerdo con las clases correspondientes.

Condrocalcinosis

Artrosis secundaria: Clasificar según intensidad y frecuencia de síntomas y signos y sus interferencias en las AVD de acuerdo con las clases correspondientes.

Osteoporosis, Osteomalacia y Enfermedad de Paget

Deformidad esqueletal compresiva, de ejes o fracturaría: Clasificar según intensidad de síntomas y signos y sus interferencias en las AVD de acuerdo con las clases correspondientes.

CAPÍTULO II:
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y PERIFÉRICO

I. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

INTRODUCCIÓN

Estas normas aportan criterios para la evaluar y calificar los Impedimentos del Sistema Nervioso Central (SNC) que afectan a las personas, su configuración y el Menoscabo Laboral Permanente en la capacidad general de trabajo expresado en las interferencias que producen sobre las Actividades de la Vida Diaria (AVD).

Se consideran en este capítulo impedimentos originados en:

A. Cerebro
B. Médula Espinal
C. Nervios Craneales

Los impedimentos del SNC estarán configurados según la certificación especializada que puede establecerse luego de un periodo mínimo de **6 meses** de tratamientos médicos y rehabilitadores. Si recibió terapia quirúrgica, **12 meses** desde la última intervención sin evidenciar mejoría o recuperación de la capacidad de trabajo, salvo excepciones señaladas en impedimentos específicos. Conocida la irreversibilidad de los daños neurológicos centrales, el o la especialista puede prescindir de plazos en Impedimentos inexorables fundamentando su decisión.

En patologías que afectan a varias partes del sistema nervioso (ej. Esclerosis múltiple) como el cerebro, la médula espinal y los nervios periféricos, deben realizarse evaluaciones independientes de cada una de ellas y de configurarse tales impedimentos, combinar sus menoscabos, evitando la doble ponderación, logrando una unidad sindromática de los impedimentos neurológicos.

Algunas enfermedades evolucionan de modo episódico, en crisis transitorias que, sin dejar secuelas, comprometen en forma significativa las AVD de manera que la persona no pueda desempeñarse laboralmente con un mínimo de continuidad. En estas situaciones, será necesario tener en cuenta el número de episodios, intensidad y la duración, para estimar su menoscabo y lograr determinar el rango dentro de la Clase asignada.

EVALUACIÓN

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

El apoyo de laboratorio mediante: electroencefalograma, TC, RM, SPECT, radiografías, mielografías, arteriografías, biopsias, electromiograma, potenciales evocados, que solicitará el especialista o la Comisión Médica para la configuración del impedimento y calificación del Menoscabo Laboral Permanente en la capacidad de trabajo.

La deficiencia neurológica está íntimamente relacionada con los procesos mentales y emocionales. La evaluación de la incapacidad originada por anomalías de estas funciones deberá realizarse de acuerdo con los criterios expuestos en el capítulo XI relativo a los impedimentos mentales.

Las personas con disfunciones cognitivas severas que son objetivables mediante el uso de herramientas psicométricas de uso habitual (psicometría de organicidad) usualmente no se benefician de una evaluación neuropsicológica formal. En otras condiciones patológicas tales como en el Traumatismo Encéfalo Craneano, Demencia frontotemporal, Enfermedad de Parkinson, Infecciones crónicas del Sistema Nervioso Central (ej. VIH), Epilepsia, Tumores cerebrales, Esclerosis múltiple y Enfermedades de la motoneurona, las disfunciones cognitivas podrían ser objetivadas mediante una evaluación neuropsicológica formal, que contemple una batería ampliada de mediciones (atención, lenguaje, memoria, función ejecutiva, flexibilidad mental y conducta), que junto a un examen mental realizado por psiquiatra, pueden identificar las interferencias en sus funciones adaptativas (desinhibición, cognición social y trastorno conductuales) que les provocan trastornos en su capacidad de trabajo, puesto que las funciones ejecutivas son escasamente representadas por la mencionada psicometría de organicidad.

A. CEREBRO

Se incluyen en esta sección a las Enfermedades inflamatorias del SNC, Atrofias sistémicas del SNC, Trastornos extrapiramidales y del movimiento, Enfermedades desmielinizantes del SNC, Trastornos episódicos y paroxísticos, Tumores del SNC, Síndromes Paralíticos y Enfermedades cerebrovasculares. Metástasis cerebrales únicas o múltiples cuando el tumor primario sea desconocido.

Los impedimentos cerebrales y/o espinales comprometen los siguientes aspectos: Trastornos motores y sensitivos, Trastornos de la comunicación, Trastornos de las funciones

corticales superiores e integradas del Cerebro, Trastornos de las emociones, Trastornos de la conciencia y alerta, Trastornos episódicos cerebrales, Trastornos del sueño y el despertar.

Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos Cerebrales y/o Espinales:

La clase está determinada por la intensidad de los síntomas y signos; el rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso sobre las AVD. El Deterioro Orgánico Cerebral y las demencias, ambos corresponden a daño neurológico adquirido, se calificarán de acuerdo con los criterios del capítulo de impedimentos mentales.

Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 7% - 14%

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

Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 25% - 34%

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

Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 42% - 49%

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

Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50% - 58% - 66%

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

Clase V Menoscabo Laboral Permanente 67% - 74% - 80%

- Los síntomas y signos de alteración encefálica o espinal son graves.

- Existen anomalías mayores al examen neurológico.
- No tiene autonomía dentro de su hogar ni fuera de él.

B. MÉDULA ESPINAL

La calificación se debe efectuar conforme a las 5 clases de la sección A. anterior.

C. NERVIOS CRANEALES

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

Nervio	Lesión	Menoscabo Laboral Permanente
I. Olfatorio	Pérdida completa unilateral	0%
	Pérdida completa bilateral	3%
II. Óptico	Ver capítulo IX del Sistema Visual	-
III-IV-VI. Motor ocular Común – Patético - Motor ocular extremo		
V. Trigémino	Pérdida sensorial completa unilateral	10%
	Pérdida sensorial completa bilateral	35%
	Neuralgia intratable típica del trigémino o tic doloroso	50%
	Neuralgia facial atípica *	20%
	Pérdida motora completa unilateral	5%
	Pérdida motora completa bilateral	45%
VII. Facial	Pérdida completa del gusto	3%
	Parálisis incompleta unilateral (House- Brackmann II y III)	15%
	Parálisis completa unilateral (House- Brackmann IV, V y VI)	25%
	Parálisis completa bilateral	45%
VIII. Auditivo	Ver capítulo X de Audición, Equilibrio y Fonación	-
	Puede ingerir sólo dieta semi-sólida	15%
	Puede ingerir sólo dieta líquida	30%

IX-X-XI. Glosofaríngeo, Vago o Neumogástrico, Espinal (menoscabo de la deglución debido al deterioro de uno o varios de estos nervios)	Alimentación por sonda o por gastrostomía	60%
IX-X-XI. Glosofaríngeo, Vago o Neumogástrico, Espinal (menoscabo del habla por deterioro de uno o varios de estos nervios)	Ver capítulo X de Audición, Equilibrio y Fonación	-
XII. Hipogloso mayor	Parálisis unilateral	0%
	Parálisis bilateral	30%

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

Para precisar el tipo de parálisis facial unilateral, debe aplicarse la escala de House-Brackmann, que la califica en grados, considerándose hasta el grado III como incompleta y los grados IV, V y VI como completa:

Escala de House-Brackmann para evaluar parálisis facial unilateral	
Grados	**Descripción**
I	Función normal simétrica en todas las áreas.
II	Leve debilidad evidente en examen meticuloso: cierre palpebral completo con mínimo esfuerzo, leve asimetría en sonrisa con máximo esfuerzo, sincinesias apenas perceptibles, sin espasmo o contractura.
III	Debilidad notoria no desfigurante, cierre palpebral completo, puede no elevar el párpado, asimetría en movimientos de boca en máximo esfuerzo, sincinesias presentes, espasmos musculares.
IV	Asimetría deformante, cierre palpebral incompleto, asimetría en movimiento de boca, sincinesias severas, espasmos musculares.
V	Movilidad casi imperceptible, cierre palpebral incompleto, ligero movimiento de comisura labial, sincinesias y espasmos generalmente ausente.
VI	Sin movilidad, pérdida del tono, sin sincinesias ni espasmos musculares

MENOSCABO LABORAL PERMANENTE EN ALGUNOS IMPEDIMENTOS DEL SNC

Epilepsia

La configuración del Impedimento por Epilepsia se efectúa en virtud de datos clínicos referidos al comienzo, frecuencia y duración de las manifestaciones clínicas que afectan a la persona. Es una enfermedad primaria o secundaria. En caso de ser secundaria a una lesión evidente (ej. Post Traumatismo Encéfalo Craneano, Post Accidente cerebrovascular), debe configurarse como parte del impedimento primario y así, evitar su doble ponderación.

La epilepsia habitualmente se controla con tratamiento adecuado. En ocasiones y de modo transitorio pueden aparecer crisis comiciales por mala adherencia a la terapéutica, interacciones farmacológicas, privación de sueño o aparición de enfermedades intercurrentes. En casos poco frecuentes, las personas afectadas pueden permanecer con crisis repetidas, a pesar del tratamiento correcto, lo que constituye una epilepsia refractaria, la que según la International League Against Epilepsy (ILAE) se define como "aquella en la cual se ha producido el fracaso a 2 ensayos de fármacos anticonvulsivantes, en monoterapia o en combinación, tolerados, apropiadamente elegidos y empleados de forma adecuada, para conseguir la ausencia mantenida de crisis".

Las epilepsias refractarias secundarias a lesiones altamente epileptogénicas**,** tales como Displasias corticales o Esclerosis hipocampal mesial**,** demostrada en imágenes, podrán configurarse con un solo fármaco con niveles terapéuticos adecuados con solo **6 meses** de tratamiento.

Para considerar que la persona solicitante se encuentra adecuadamente tratada debe demostrarse la administración correcta en su dosificación de los fármacos antiepilépticos, mediante examen de niveles plasmáticos. En caso del uso de fármacos antiepilépticos de nueva generación que no sea posible su medición plasmática, deberá comprobarse la administración de la dosis convencional mínima. Todo lo anterior con un tiempo de tratamiento no inferior a un año para proceder a su configuración.

Dado que la epilepsia corresponde a un impedimento neurológico episódico, se debe precisar su inicio, frecuencia, duración de los episodios, efectos adversos a fármacos, secuelas de traumas o accidentes, comorbilidad psiquiátrica y presencia de crisis psicogénicas no epilépticas y asistencia a Servicios de Urgencias, las que deben ser adecuadamente respaldadas.

Su menoscabo está determinado por el compromiso de las AVD y dependerá fundamentalmente por número y tipo de crisis. Usualmente, las crisis generalizadas tipo ausencias y las focales sin compromiso de conciencia (parciales simples) son menos

incapacitantes que las restantes crisis generalizadas (mioclónicas, tónicas, tónico-clónicas y atónicas) y que las crisis focales con compromiso de conciencia (parciales complejas).

Clase I **Menoscabo Laboral Permanente 1% - 7% - 14%**

- En tratamiento con esquema estable por a lo menos un año.
- Predominan las crisis focales sin compromiso de conciencia o crisis de ausencias típicas y el compromiso funcional es leve.
- Leve o ninguna disfunción cognitiva.
- Puede haber presentado efectos adversos a terapia anticonvulsivante que no han requerido hospitalización.

Clase II **Menoscabo Laboral Permanente 15% - 25% - 34%**

- En tratamiento con esquema estable por a lo menos un año.
- Predominan las crisis focales con compromiso de conciencia o generalizadas (mioclónicas, tónicas, tónico-clónicas y atónicas), que no cumplen con criterios de epilepsia refractaria y el compromiso funcional es moderado
- Puede presentar moderada disfunción cognitiva.
- Pese a un año de tratamiento adecuado, existen consultas a urgencias reiteradas, respaldadas mediante PSL.
- Ha presentado efectos adversos a terapia anticonvulsivante que lo han llevado a consultar a un Servicio de Urgencia o ha requerido hospitalización una vez en los últimos **12 meses**.

Clase III **Menoscabo Laboral Permanente 35% - 42% - 49%**

- El sello de la Clase es la refractariedad a tratamiento anticonvulsivante según la definición de la ILAE.
- Predominan las crisis focales con compromiso de conciencia o generalizadas (mioclónicas, tónicas, tónico-clónicas y atónicas) y el compromiso funcional es importante (Los síntomas y signos son controlados parcialmente por tratamientos continuos), corroborado mediante PSL o por medio de evaluación complementaria.
- El rango dentro de la clase está condicionado, pero no determinado por la frecuencia de crisis: Rango bajo, una crisis al mes; Rango medio, dos veces al mes; Rango alto, al menos una vez semanal.
- Puede presentar disfunción cognitiva importante, adecuadamente objetivada.
- Ha presentado consultas reiteradas a Servicios de Urgencia, y ha requerido hospitalización en los últimos **12 meses**.

Clase IV **Menoscabo Laboral Permanente 50% - 58% - 66%**

- Epilepsia refractaria a tratamiento según definición de la ILAE.
- Predominan las crisis focales con compromiso de conciencia o generalizadas (mioclónicas, tónicas, tónico-clónicas y atónicas) y el compromiso funcional es severo (Los síntomas y signos requieren tratamientos especializados o complejos), pudiendo considerarse cirugía resectiva, corroborado mediante PSL o por medio de evaluación complementaria.
- Requiere supervisión de terceros en su desplazamiento extradomiciliario, adecuadamente respaldado mediante PSL.
- Puede presentar disfunción cognitiva severa adecuadamente objetivada.
- Ha presentado fracturas o accidentes graves y secuelados secundarios a comicialidad.
- Ha presentado emergencias epilépticas en los últimos **6 meses** que han requerido hospitalización.

Clase V **Menoscabo Laboral Permanente 67% - 74% - 80%**

- Epilepsia refractaria a tratamiento según definición de la ILAE.
- Predominan las crisis focales con compromiso de conciencia o generalizadas (mioclónicas, tónicas, tónico-clónicas y atónicas) y el compromiso funcional es grave (Los síntomas y signos no se controlan a pesar del tratamiento especializado).
- La frecuencia y características de las crisis hacen que requiera supervisión permanente dentro y fuera de su hogar.
- Puede presentar disfunción cognitiva grave adecuadamente objetivada.
- El daño neurológico es extenso y puede existir compromiso de otras funciones cerebrales.

Síndrome de Apnea Hipopnea Obstructiva del Sueño (SAHOS)

La evaluación y calificación del SAHOS, deberá ceñirse a lo estipulado en el capítulo III de impedimentos del Sistema Respiratorio de esta Normas Técnicas.

Enfermedad o Accidente Cerebral Vascular y Medular Vascular

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

disfunción cognitiva configurada debe sumarse combinadamente al menoscabo motor o sensorial.

Por su relevancia en la calificación el o la especialista, o la Comisión Médica, debe pronunciarse fundadamente respecto al eventual origen hipertensivo del ACV; así como podrán configurar con antelación el impedimento ya irremediable con la argumentación técnica pertinente.

Enfermedad de Parkinson

La enfermedad de Parkinson tiene síntomas motores y no motores. Los síntomas motores pueden calificarse aplicando la escala de Hoehn y Yahr, aunque no considera las fases hipercinéticas secundarias a fármacos, que también pueden ponderarse de acuerdo con las interferencias en las AVD que generan. Los síntomas no motores son el deterioro cognitivo (demencia asociada a EP, disautonomías, los trastornos del ánimo, constipación, y trastorno conductual del sueño REM) que, de estar configurados, sus menoscabos deben sumarse combinadamente con las manifestaciones motoras.

El Impedimento por Enfermedad de Parkinson se configura luego de por lo menos **12 meses** de tratamiento efectivo con buena adherencia recibiendo Levodopa o el fármaco alternativo, de acuerdo con las guías ministeriales, usando las clases de los Impedimentos Cerebrales y/o Espinales de este capítulo o bien antes si la condición actual es inexorable. El informe del/la Interconsultor/a o la Comisión Médica debe consignar con precisión el tiempo transcurrido desde la última dosis de dopaminérgicos y examen físico.

Para valorar la progresión y severidad de la enfermedad, se ha propuesto la Escala de Hoehn y Yahr (Guías del Ministerio de Salud), que debe considerarse combinadamente con las manifestaciones no motoras de la Enfermedad de Parkinson:

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

Para los parkinsonismos comprobados como secundarios a otras enfermedades degenerativas (atrofia multi sistémica, parálisis supranuclear progresiva, degeneración cortico basal), no será exigible tiempo de observación bajo tratamiento dopaminérgico efectivo, puesto que habitualmente no responden a esta terapia. La configuración se hará según la intensidad de los síntomas y hallazgos en el examen neurológico al momento de la evaluación.

Parálisis Cerebral

El término Parálisis Cerebral define a un grupo de trastornos del control del movimiento y la postura, no progresivos, que ocurren por una injuria sostenida en etapas precoces del desarrollo del sistema nervioso de la persona, esto es dentro de los primeros 5 años de vida.

El impedimento se califica según el daño mayor que presenta el cuadro, es decir motor o intelectual. El motor según las clases de los impedimentos Cerebrales y/o Espinales de este capítulo. El daño intelectual en el capítulo de impedimentos mentales. Si a juicio del o la especialista interconsultor o de la Comisión Médica corresponde combinar menoscabos, se efectuará suma combinada según las reglas definidas en el capítulo de Introducción.

Traumatismo Encéfalo-Craneano (TEC)

El impedimento por TEC se configura luego de 12 meses de evolución, según las secuelas motoras y sensoriales y el Deterioro Orgánico Cerebral que afecten a la persona.

El daño motor según las clases de los Impedimentos Cerebrales y/o Espinales de este capítulo. El daño cerebral habitual a causa de un TEC es en regiones frontotemporales basales y muchas veces multifocal, las que pueden comprometer en forma severa la capacidad de ajuste conductual, control inhibitorio y funciones ejecutivas, sin necesariamente presentar compromiso motor invalidante. Estas alteraciones pueden serponderadas mediante una evaluación neuropsicológica formal y examen mental por psiquiatra. Si a juicio del o la especialista interconsultor/a o de la Comisión Médica corresponde combinar menoscabos, se efectuará suma combinada según las reglas definidas en el capítulo de Introducción.

Tumores Cerebrales

Los tumores cerebrales que según escala de la OMS son grado III y IV, (malignos) por estudio histopatológico, se configuran en clase V al momento de su diagnóstico.

Otros tumores cerebrales, como los meningiomas, se califican según las secuelas motoras, sensoriales y el deterioro orgánico cerebral; de igual modo los oligodendrogliomas por sus secuelas posteriores a cirugía y/o radioterapia. El daño motor según las clases de los Impedimentos Cerebrales y/o Espinales de este capítulo. El daño intelectual en el capítulo de Impedimentos Mentales. a juicio del o la especialista interconsultor o de la Comisión Médica corresponde combinar menoscabos, se efectuará suma combinada según las reglas definidas en el capítulo de Introducción de estas normas.

En caso de Metástasis Cerebral única o múltiple corresponde calificar de acuerdo con el tumor primario.

Malformaciones Arteriales, Venosas, mixtas y de Senos Cavernosos.

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

Miastenia Gravis

El impedimento Miastenia Gravis se configura después de **12 meses** de tratamiento efectivo accesible con buena adherencia, usando las Clases de los Impedimentos Cerebrales y/o Espinales de este capítulo. Si a juicio del o la especialista interconsultor o de la Comisión Médica corresponde combinar menoscabos por compromiso ocular, disfagia o disnea, se efectuará suma combinada según las reglas definidas en el capítulo Introducción.

Al ser un impedimento de curso fluctuante, en periodo intercrítico su examen físico podría no ser representativo del menoscabo laboral y por tanto se deben considerar otros elementos en la anamnesis, propios de los impedimentos neurológicos de curso intermitente.

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

Esclerosis Múltiple (EM)

Es una enfermedad desmielinizante del Sistema Nervioso Central (cerebro, nervio óptico y médula espinal). Se manifiesta clínicamente según el territorio anatómico afectado. Suele presentarse como EMRR (Remitente Recurrente) en que los déficits neurológicos duran más de 24 horas, correspondiendo a los brotes, los cuales pueden evolucionar durante el tiempo a una forma progresiva y persistente correspondiendo a EM secundariamente progresiva.

Por otra parte, existe la forma primariamente progresiva en que desde el inicio de la enfermedad el cuadro clínico se presenta sin remisiones.

Los tratamientos disponibles tienen como objetivo reducirla aparición de brotes y retrasar la severidad y el avance de la enfermedad. A su vez, éstos se denominan de primera línea (Inmunomoduladores, Interferones, Acetato de Glatiramer y Teriflunomida) y segunda línea (Natalizumab, Fingolimod, Alemtuzumab, Cladribine y Ocrelizumab).

El impedimento se califica según el grado de incapacidad funcional y las secuelas según las clases de los impedimentos cerebrales y/o espinales de este capítulo, luego de **6 meses** de observación con tratamiento adecuado o de inmediato en presencia de secuelas irreversibles.

II. SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO

INTRODUCCIÓN

Estas Normas establecen los criterios para evaluar los impedimentos del Sistema Nervioso Periférico que afectan a la persona, su configuración y el Menoscabo Laboral Permanente en la capacidad general de trabajo expresado en un porcentaje que representa las interferencias que producen sobre las AVD.

La configuración del impedimento se efectuará mediante certificación especializada luego de un período evolutivo igual o mayor de **6 meses** de tratamientos médicos y rehabilitadores. Si recibió terapia quirúrgica, **12 meses** desde la última intervención sin evidenciar mejoría o recuperación de la capacidad de trabajo, salvo excepciones señaladas en impedimentos específicos. Conocida la irreversibilidad de los daños neurológicos periféricos, el o la especialista interconsultor/a o la Comisión Médica, pueden prescindir de plazos en impedimentos inexorables fundamentando su decisión. En esta área, el

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

Se consideran en esta sección Impedimentos originados en:

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

EVALUACIÓN

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

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

A. RAÍCES DE NERVIOS ESPINALES

Menoscabo Parcial por Raíz de Nervio Espinal:

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

El traspaso de Menoscabo Parcial extremidad a Menoscabo global de la persona se efectúa usando las **Tablas de Conversión** para extremidad superior e inferior, expuestas

más adelante. Si el Impedimento es bilateral, su menoscabo se cuantifica separadamente y ambos se sumarán combinados.

B. PLEXOS DE NERVIOS ESPINALES

Menoscabo Parcial por Plexo Braquial:

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

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

Menoscabo Parcial por Plexo Lumbosacro:

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

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

C. NERVIOS ESPINALES PERIFÉRICOS

1. Cabeza, Cuello, Diafragma

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

Nervio	Alteración de función debida a déficit sensorial, dolor o parestesias	Alteración de función debida a pérdida de fuerza	Menoscabo parcial
Occipital mayor	0%-5%	0%	0%-5%
Occipital menor	0%-3%	0%	0%-3%

Gran auricular	0%-3%	0%	0%-3%
Secundario o accesorio (Secundario espinal)	0%	0%-10%	0%-10%

La Parálisis Frénica se analiza en el capítulo de Sistema Respiratorio.

2. Extremidad Superior

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

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

Supraescapular	0%-5%	0%-15%	0%-19%
Toracico-dorsal (subescapular)	0%	0%-10%	0%-10%
Cubital (por encima del antebrazo medio)	0%-10%	0%-35%	0%-33%
Cubital (por debajo del antebrazo medio)	0%-10%	0%-25%	0%-33%
Rama lado cubital del dedo anular	0%-2%	0%	0%-2%
Rama lado radial del meñique	0%-2%	0%	0%-2%
Rama lado cubital del meñique	0%-2%	0%	0%-2%

3. Extremidad Inferior

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

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

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

Menoscabo Parcial Extremidad Superior	Persona Global	Menoscabo Parcial Extremidad Superior	Persona Global
0%	0%		
1%	1%	51%	31%
2%	1%	52%	31%
3%	2%	53%	32%
4%	2%	54%	32%
5%	3%	55%	33%
6%	4%	56%	34%
7%	4%	57%	34%
8%	5%	58%	35%
9%	5%	59%	35%
10%	6%	60%	36%
11%	7%	61%	37%
12%	7%	62%	37%
13%	8%	63%	38%
14%	8%	64%	38%
15%	9%	65%	39%
16%	10%	66%	40%
17%	10%	67%	40%
18%	11%	68%	41%
19%	11%	69%	41%
20%	12%	70%	42%
21%	13%	71%	43%
22%	13%	72%	43%
23%	14%	73%	44%
24%	14%	74%	44%
25%	15%	75%	45%
26%	16%	76%	46%
27%	16%	77%	46%
28%	17%	78%	47%
29%	17%	79%	47%
30%	18%	80%	48%
31%	19%	81%	49%
32%	19%	82%	49%
33%	20%	83%	50%

34%	20%	84%	50%
35%	21%	85%	51%
35%	22%	86%	52%
37%	22%	87%	52%
38%	23%	88%	53%
39%	23%	89%	53%
40%	24%	90%	54%
41%	25%	91%	55%
42%	25%	92%	55%
43%	26%	93%	56%
44%	26%	94%	56%
45%	27%	95%	57%
46%	28%	96%	58%
47%	28%	97%	58%
48%	29%	98%	59%
49%	29%	99%	59%
50%	30%	100%	60%

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

Menoscabo Parcial Extremidad Inferior	Persona Global	Menoscabo Parcial Extremidad Inferior	Persona Global
1%	0%	51%	20%
2%	1%	52%	21%
3%	1%	53%	21%
4%	2%	54%	22%
5%	2%	55%	22%
6%	2%	56%	22%
7%	3%	57%	23%
8%	3%	58%	23%
9%	4%	59%	24%
10%	4%	60%	24%
11%	4%	61%	24%
12%	5%	62%	25%
13%	5%	63%	25%
14%	6%	64%	26%
15%	6%	65%	26%
16%	6%	66%	26%
17%	7%	67%	27%

18%	7%	68%	27%
19%	8%	69%	28%
20%	8%	70%	28%
21%	8%	71%	28%
22%	9%	72%	29%
23%	9%	73%	29%
24%	10%	74%	30%
25%	10%	75%	30%
26%	10%	76%	30%
27%	11%	77%	31%
28%	11%	78%	31%
29%	12%	79%	32%
30%	12%	80%	32%
31%	12%	81%	32%
32%	13%	82%	33%
33%	13%	83%	33%
34%	14%	84%	34%
35%	14%	85%	34%
36%	14%	86%	34%
37%	15%	87%	35%
38%	15%	88%	35%
39%	16%	89%	36%
40%	16%	90%	36%
41%	16%	91%	36%
42%	17%	92%	37%
43%	17%	93%	37%
44%	18%	94%	38%
45%	18%	95%	38%
46%	18%	96%	38%
47%	19%	97%	39%
48%	19%	98%	39%
49%	20%	99%	40%
50%	20%	100%	40%

4. Polineuropatías

Estos impedimentos se clasifican en el capítulo correspondiente a las afecciones generales que las producen. El dolor neuropático, la paresia de extremidades, deformidades esqueléticas y los síntomas autonómicos asociados, constituyen indicadores de intensidad. Los impedimentos primarios de este tipo deberán evaluarse usando las Clases de los impedimentos Cerebrales y/o Espinales de este capítulo. Si el o la especialista o el o la

médico/a asignado/a lo sugiere, el Menoscabo Laboral Permanente se calcula según las instrucciones para suma combinada.

Dada la especial importancia y prevalencia de la polineuropatía diabética, para efectos de evaluar impedimentos, se deben considerar patrones clínicos clásicos (sensitivo-motor-autonómico y combinaciones) y topográficos (simétricos-asimétricos-proximales-distales y focales o multifocales).

Su configuración requiere, supeditado a la real accesibilidad, cumplir con los siguientes puntos:

- Evaluación por un o una especialista, dado que el diagnóstico diferencial es amplio y su tratamiento es complejo.
- Realización de estudios electrofisiológicos para demostrar existencia (en la mayoría de los casos), tratamiento y pronóstico.
- Realización de estudios de laboratorio para su diagnóstico diferencial.

CAPÍTULO III:
SISTEMA RESPIRATORIO

INTRODUCCIÓN

Estas normas proporcionan los criterios para evaluar y calificar los impedimentos respiratorios que afectan a las personas, su configuración y el Menoscabo Laboral Permanente en la capacidad general de trabajo expresado en las interferencias que producen sobre las Actividades de la Vida Diaria (AVD).

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

Las enfermedades respiratorias principales pueden agruparse con fines de evaluación de menoscabo en tres grupos: el Asma bronquial, la Limitación crónica del flujo aéreo y las Enfermedades restrictivas. Se considera además una miscelánea de casos especiales.

El impedimento respiratorio estará configurado cuando la enfermedad o lesión se encuentre estabilizada. En las enfermedades obstructivas, la evaluación debe ser alejada de un episodio agudo o recurrente y las pruebas funcionales deben efectuarse a lo menos 2 meses distantes de una crisis. Además, se requiere que se encuentren agotados los recursos terapéuticos según los protocolos actuales de la especialidad, utilizados durante un período mínimo de **6 meses**. En patologías con cobertura de Garantías Explícitas de Salud (GES), deberán considerarse las terapias de los protocolos respectivos y las condiciones reales en que estas garantías se verifican para cada solicitante.

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

EVALUACIÓN

Se debe realizar anamnesis próxima y remota, que es lo fundamental en este tipo de enfermedades. Además, examen físico, pruebas funcionales, imágenes y otros, según corresponda, con especial referencia a síntomas y signos derivados del Sistema Cardio-Respiratorio, su influencia en la capacidad laboral y en las AVD. Se deben consignar las terapias empleadas, con dosis y tiempos de uso. Asimismo, señalar la frecuencia y características de las exacerbaciones y si ha ocurrido hospitalización por causa respiratoria. La evaluación del grado de disnea es relevante si está correlacionada con las pruebas espirométricas u otras condiciones (por ejemplo, presión de arteria pulmonar aumentada); de no ser así, su valor es subjetivo.

Por parte de la persona evaluada es conveniente que aporte documentos o constancias que pueda tener en su poder, que objetiven las consultas a urgencia y las hospitalizaciones que se hayan requerido.

PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN DEL IMPEDIMENTO RESPIRATORIO

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

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

La selección de los procedimientos y la interpretación de los resultados deberán ser explícitamente señaladas en el informe del o la especialista interconsultor/a. Los valores

espirométricos de referencia serán los nacionales propuestos y estandarizados por la Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias y el valor utilizado corresponderá a la mejor estimación obtenida, que habitualmente corresponde al valor post broncodilatador.

MENOSCABO LABORAL PERMANENTE POR IMPEDIMENTOS DEL SISTEMA RESPIRATORIO

Para la configuración del impedimento requiere haber~~se~~ cumplido con los tratamientos accesibles y apropiados durante al menos **6 meses**. Excepciones a esto son:

- la Tuberculosis pulmonar secuelada que puede considerarse configurada al término del tratamiento accesible.
- la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) avanzada.
- la Insuficiencia respiratoria global o hipoxémica que requiera oxigenoterapia.
- la Enfermedad pulmonar difusa avanzada en que el o la interconsultor/a especialista y/o la Comisión considere que el tratamiento no modificará el menoscabo por estar en etapa irreversible.
- la Fibrosis pulmonar idiopática, que no tiene tratamiento por lo que se evalúa por el grado de compromiso funcional y clínico que tenga al momento de la evaluación.

A continuación, se exponen cuatro secciones con las indicaciones respectivas para evaluar y calificar el menoscabo de la función respiratoria:

1) Evaluación de la disnea.
2) Clasificación general que permite evaluar la mayoría de las patologías.
3) Tablas para evaluaciones de casos límite o de especial dificultad.
4) Casos especiales.

1) EVALUACIÓN DE LA DISNEA

La disnea es un síntoma subjetivo y por tal razón su manifestación clínica debe tomarse sólo como referencia y no es suficiente por sí misma para determinar la clase, siendo de utilidad para especificar el rango dentro de aquella.

Mediante la aplicación de la escala de disnea **modificada del Medical Research Council** (mMRC), se puede categorizar en grados el nivel de compromiso funcional presente en la persona evaluada:

Escala de disnea modificada del Medical Research Council (mMRC)	
Grado	**Actividad**
0	Disnea solo ante actividad física muy intensa.
1	Disnea al caminar muy rápido o subir una cuesta poco pronunciada.
2	La disnea produce incapacidad para andar al mismo paso de personas de la misma edad caminando en llano u obliga a detenerse al caminar en llano al propio paso.
3	La disnea obliga a parar antes de los 100 m a pesar de caminar a su paso en terreno llano o pocos minutos después de andar en llano.
4	Disnea con mínimos esfuerzos como vestirse, que impide salir de su domicilio.

2) CLASIFICACIÓN GENERAL QUE PERMITE EVALUAR EL MENOSCABO LABORAL EN LA MAYORÍA DE LAS PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS

La clase está determinada por la intensidad del compromiso funcional respiratorio, sus síntomas y signos; el rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso sobre las AVD y la cantidad de parámetros que cumpla de cada clase:

Clase I **Menoscabo Laboral Permanente 1% - 7% - 14%**

- Disnea: en grado 0.
- Espirometría: CVF o VEF1 igual o superior al 80% de lo normal post BD broncodilatador.
- Difusión de CO (DLCO) mayor de 70%.

Clase II **Menoscabo Laboral Permanente 15% - 25% - 34%**

- Disnea: en grado 1.
- Espirometría: VEF1 entre 70% y 79% de lo normal post broncodilatador; en enfermedad restrictiva CVF entre 75% y 80% y Oximetría de reposo y ejercicio normal.
- Difusión de CO 60% a 70% de lo normal.

Clase III **Menoscabo Laboral Permanente 35% - 42% - 49%**

- Disnea: en grado 2.
- Espirometría: en Enfermedad obstructiva VEF1 entre 60% y 69% de lo normal.

- post broncodilatador; en Enfermedad restrictiva CVF entre 65% y 74% de lo normal post broncodilatador.
- Difusión de CO entre 50% y < 60% de lo normal.
- Desaturación en test de marcha entre 4 y 9 puntos post ejercicio.

Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50% - 58% - 66%

- Disnea: en grado 3.
- Espirometría: en Enfermedad obstructiva VEF1 entre 50% y 59% de lo normal post broncodilatador; en Enfermedad restrictiva, CVF entre 60% y 64% de lo normal post broncodilatador.
- Difusión de CO entre 40% y < 50% de lo normal.
- Desaturación en test de marcha > 10 puntos.

Clase V Menoscabo Laboral Permanente 67% - 74% - 80%

- Disnea: en grado 4.
- Espirometría: en Enfermedad obstructiva VEF1 < 50% de lo normal post broncodilatador; en Enfermedad restrictiva CVF < 60% de lo normal post broncodilatador.
- Difusión de CO < 40% de lo normal.
- Oximetría de pulso en reposo < 90%.
- Hipercapnia de reposo > 45 mmHg.
- Oxígeno dependiente.

3) TABLAS PARA EVALUACIONES DE CASOS LÍMITE O DE ESPECIAL DIFICULTAD

A continuación, se presentan las tres tablas fundamentales para evaluar el impedimento en Asma bronquial, Limitación crónica del flujo aéreo y las Enfermedades restrictivas:

Asma Bronquial

La evaluación de esta enfermedad puede ser difícil, especialmente en cuanto a la valoración de la espirometría por tener grandes variaciones en los pacientes. Resulta más adecuado evaluar la sintomatología presente y su frecuencia. Por ser una enfermedad intermitente por definición, un paciente que ha tenido crisis con riesgo vital puede tener espirometría intercrisis normal.

La frecuencia e intensidad de las crisis debe demostrarse mediante informe de revisión de ficha clínica, epicrisis y boletines de atención en Servicios de Urgencia para confirmar la clase. A pesar de que en la realidad nacional esperar que el paciente exija documentación de las consultas de urgencia puede ser poco realista, debe insistirse en ello y en casos de evaluación compleja, ayudarse con la información lograda a través del peritaje socio laboral. Por tratarse de una patología GES, en todos los casos, la calificación sólo podrá efectuarse sobre impedimentos configurados a lo menos con **6 meses** de tratamiento de acuerdo con el grado del Asma y protocolos de la especialidad con los antecedentes clínicos que acrediten tal condición, de acuerdo con las guías ministeriales.

Considerando que una espirometría normal no descarta un asma grave y/o no controlada, se considerará como el principal criterio para definir la clase, el número de exacerbaciones documentadas ya sea que hayan requerido corticoides sistémicos, atención en urgencias u hospitalizaciones en los últimos **12 meses**.

Por lo anterior, para una mejor calificación, debe tenerse presente lo especificado en la tabla N° 1:

Tabla N° 1: Evaluación de menoscabo en Asma Bronquial

Criterio	Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV	Clase V
Síntomas respiratorios	Intervalos libres	Intervalos libres	Diarios	Permanentes	Permanentes
Consultas de urgencia ****			SI	SI	SI
Hospitalizaciones #				SI	SI
Exacerbaciones *			1-3 por año	4-6 por año	> 6 por año
Tratamiento	BD según necesidad	BD diarios + CI dosis altas	BDAP diarios + CI dosis altas	BD diarios + CI dosis altas +COr*** ocasionales	Requiere además COr*** permanentes
VEF1 post BD **				50%-59%	<50%
PC20	>8	8-0.5	0.5>0.1	<0.1	<0.1
Reversibilidad VEF1	< 10%	10%-19%	20% - 29%	> 30%	
Necesidad de un tercer medicamento controlador			Lo requiere	Lo requiere	Lo requiere

* Considerar como exacerbaciones de la sintomatología las situaciones clínicas en que se han empleado corticoides en consulta de urgencia y se ha indicado mantener corticoides orales durante varios días.

** Los valores espirométricos servirán para calificación en clase IV o V sólo si son valores permanentes considerando varias espirometrías. No son requisito para estas clases.

*** Corticoides orales.

**** Se consideran consultas de urgencia aquellas efectuadas en servicios de urgencia, fuera de plan regular de tratamiento, en paciente que están siguiendo un plan de terapia.

Las hospitalizaciones deben ser por cuadros asmáticos graves.

Limitación Crónica del Flujo Aéreo

La tabla N° 2 se refiere a la Limitación crónica del flujo aéreo y la medida de su menoscabo, siendo la Enfermedad Pulmonar Obstructiva (EPOC) la patología con mayor frecuencia observada. En casos muy seleccionados se usarán los Gases Arteriales. La Capacidad Inspiratoria y la medición de Fuerza Muscular Inspiratoria y Espiratoria (PIM y PEM) puede ayudar a aclarar las discrepancias espirometría - disnea. El VEF1 es el índice que mejor da cuenta del grado de incapacidad en EPOC. Para determinar la clase, deben utilizarse los parámetros de la tabla 1, complementándose con la tabla N° 2, cuando sea necesario por ser la tabla específica para estas patologías considerándose la disnea para precisar el rango:

Tabla N° 2: Evaluación de menoscabo en limitación crónica del flujo aéreo

Criterio	Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV	Clase V
Consultas de urgencia*			SI	SI	SI
Hospitalizaciones*				SI	SI
Exacerbaciones*			≤ 2 por año	>2 por año	> 3 por año
VEF1 post BD	>80%	70%-79%	60%-69%	50%-59%	**< 50% ****
Distancia recorrida en caminata de 6 min (m) % de lo normal	Normal (571±90)	Normal (571±90)	<70%	<60%	**< 50% ****
Desaturación en reposo ≤ 90	No	No	No	Sí	Sí
Desaturación en caminata de 6 min (puntos)	No	No	4-6	7-10	**> 10 ****
VR/CPT			> 120	> 130	> 140

DLCO	> 70%	60% - 70%	50% < 60%	40% < 50%	**< 40% ****
PSAP				35 - 50	**> 50 ****

* Acreditar (certificados, recetas, etc.) o informe de perito sociolaboral.

** Basta con uno de estos criterios para clase V.

Explicación de abreviaturas:

- BD: Broncodilatador
- BDAP: Broncodilatador de acción prolongada
- CI: Corticoides inhalados
- COr: Corticoides orales
- VEF 1: volumen espiratorio forzado en el primer segundo, post broncodilatador (*)
- CVF: capacidad vital forzada post broncodilatador (*)
- DLCO: capacidad de difusión del monóxido de carbono (*)

(*) Estas tres medidas como % del teórico)

- Distancia en 6 minutos: máxima distancia en metros recorrida caminando en 6 minutos
- PC20: Concentración de metacolina que produce caída del 20% del VEF1
- VR/CPT: relación volumen residual dividido por capacidad pulmonar total
- PAPS: presión pulmonar sistólica medida por ecocardiograma
- PaCO2: presión arterial de anhídrido carbónico en mmHg

Enfermedades Restrictivas

La tabla N°3 describe los parámetros a utilizar en la evaluación de las enfermedades restrictivas (difusas o intersticiales).

En su evaluación es indispensable la Oximetría de pulso y sólo en casos muy excepcionales la medición de Gases Arteriales. La oximetría de pulso debe medirse después de unos minutos de dejar la mano en posición de descanso. Se debe tener presente que puede ocasionalmente dar valores falsos como ocurre en individuos de piel oscura (valores erróneamente altos), presencia de hipoperfusión (esclerodermia), anemia muy intensa, ambientes muy fríos, etc.

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

Tabla N° 3: Menoscabo en Enfermedades Restrictivas (Disminución de los volúmenes pulmonares)					
Criterio	Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV	Clase V
Disnea	0-I	I	II	III	IV
CVF	>80%	75-80%	65-74%	60-64%	<60%
DLCO	> 70%	60% - 70%	50% < 60%	40% < 50%	<40%
Distancia recorrida en caminata de 6 min (m)	Normal	Normal	<70%	<60%	<50%
Desaturación en reposo ≤ 90	No	No	No	Si	Si
Desaturación en caminata de 6 minutos (puntos)	No	No	4-6	7-10	>10
TC de tórax #	Alteraciones mínimas	Alteraciones mínimas	Alteraciones moderadas	Alteraciones más que moderadas	Alteraciones graves
PAPS				>35- 50	>50

° Basta con uno de estos criterios para clase V.

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

En la tabla N°4 se describe una clasificación del compromiso radiológico en las tomografías computarizadas de tórax que pueden ayudar a calificar esta enfermedad en la persona, elemento indispensable para su diagnóstico y evaluación.

En caso de **Fibrosis Pulmonar Idiopática**, debe considerarse que es una condición para la que no existe terapia conocida actualmente por lo que no debe usarse como criterio el uso de antifibróticos.

Tabla N° 4: Clasificación del compromiso radiológico en TC de tórax				
Aspecto radiológico	**Alteraciones Mínimas**	**Alteraciones moderadas**	**Alteraciones más que moderadas**	**Alteraciones avanzadas**
Organización	Compromiso muy discreto, volumen conservado, arquitectura afectada, sin patrón definido	Compromiso claro, patrón definido, fibrosis inicial, arquitectura preservada, moderada disminución de volumen	Patrón definido, distorsión de la arquitectura, disminución significativa de volumen	Organización fibrosa y distorsión de la arquitectura, difícil definir patrón característico, dilatación de bronquios, quistes y panal
Extensión	No definible	30%-50%	>50%	>70%

El estudio del menoscabo de la persona no exige necesariamente la realización de todos los exámenes que propone cada tabla y clase, sino que debe hacerse una categorización en cada evaluación dejando para una segunda solicitud, si fuese pertinente, aquellos exámenes más sofisticados requeridos en casos especiales (prueba de caminata de6 minutos, medición de volúmenes pulmonares, cálculo de PAPS etc.)

4) CASOS ESPECIALES

Bronquiectasias

Deberán considerarse adicionalmente a la clase asignada de acuerdo con los síntomas y a la función, el volumen de la broncorrea diaria, el antecedente y frecuencia de las hemoptisis. Broncorreas diarias purulentas mayores de 50 ml, preferentemente acreditadas mediante revisión de ficha médica, en período mayor de **6 meses**, habiendo fracasado tratamiento médico y/o quirúrgico accesibles, asignar menoscabo clase V. Similares condiciones para las fístulas pleurocutáneas. En caso de que no se cumplan los criterios de broncorrea pueden considerarse la frecuencia de importantes exacerbaciones certificadas, que hayan recibido terapia antibiótica. Si presentó 3 exacerbaciones por año, será clase IV y si fueron ≥4 al año, clase V.

Tuberculosis Pulmonar

La evaluación debe realizarse al término de la terapia específica, según los protocolos de la especialidad actualizados, a menos que se trate de Enfermedad TBC

polirresistente a diferentes drogas anti TBC y sin posibilidades ciertas de Quimioterapia. Estos casos se consideran con menoscabo clase V.

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

Cor Pulmonale

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

Síndrome de Apnea, Hipopnea Obstructiva del Sueño (SAHOS)

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

Para la configuración de este impedimento es necesario evaluar transcurridos 3 meses con uso nocturno de CPAP y se debe demostrar adherencia al CPAP de al menos 60% de la noche, equivalente a un mínimo de 4 horas por noche durante 30 días en al menos el 70% de los días. Deberá probarse como accesible por la persona mediante peritaje sociolaboral.

Excepcionalmente calificará en Clase V si probadamente no existe acceso a CPAP o éste fracase, si el índice apnea e hipopnea persiste sobre 40, si hay hipersomnolencia grave diurna a pesar del uso de CPAP (evaluada por especialista) o si están presentes otras repercusiones significativas como hipertensión pulmonar, compromiso gasométrico que muestra retención de CO2 en gases arteriales o compromiso cognitivo evaluable según normas con severa interferencia en las actividades habituales, representando riesgo para sí mismo o para terceros.

Para valorar la somnolencia se debe considerar la Escala de Somnolencia de Epworth (ESE) validada para ser utilizada en Chile.

En casos con menoscabos intermedios que no requieran usos de CPAP sin hipersomnolencia significativa, en general no se asignarán menoscabos, pero siempre se requerirá la opinión del profesional especialista respectivo.

Los reportes del equipo CPAP que utilizan las personas solicitantes son exigibles como parte del análisis del o la especialista.

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

Es importante diferenciar la intolerancia respecto del rechazo del procedimiento de evaluación. El rechazo debe considerarse cuando la persona definitivamente no colabora en el procedimiento ni con el uso de diferentes mascarillas necesarias para realizarlo. En estos casos el impedimento podría considerarse como no configurado si un o una especialista en esta patología o la Comisión así lo determina. La real intolerancia se cumple cuando la persona, a pesar de haber aceptado la prueba con CPAP y haber permitido probar los distintos tipos de mascarillas en el curso de la noche, el análisis del registro indica el fracaso del procedimiento al persistir un índice de apnea - hipopnea elevado y somnolencia diurna excesiva. En este caso habría una real configuración del impedimento.

Trasplante Pulmonar

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

Estenosis Traqueal y Traqueostomías

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

En personas Traqueostomizadas por diferentes patologías, portadoras de prótesis traqueales o del Bronquio fuente, se califica con Menoscabo Laboral Permanente de 50% por este impedimento, debiendo considerarse además el trastorno del lenguaje secundario, a ponderar de acuerdo con el capítulo X de Audición, Equilibrio y Fonación, efectuándose suma combinada, con lo que podría alcanzar invalidez total.

Parálisis Diafragmática Uni o Bilateral

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

Neumonectomías

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

CAPÍTULO IV:
SISTEMA DIGESTIVO

INTRODUCCIÓN

Estas Normas aportan criterios para evaluar y calificar los Impedimentos del Sistema Digestivo que afectan a las personas, su configuración y el Menoscabo Laboral Permanente en la capacidad general del trabajo expresado en las interferencias que producen sobre las Actividades de la Vida Diaria (AVD).

Los Impedimentos digestivos se agrupan en:

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

EVALUACIÓN

El Impedimento configurado del Sistema Digestivo es aquel que en opinión del o la Médico/a Asignado/a o del o la interconsultor/a de la especialidad, ha sido demostrado en forma objetiva, ha finalizado los tratamientos médicos o quirúrgicos accesibles de acuerdo con la práctica médica de la especialidad, ha permanecido estable por período no inferior de **6 meses**, es permanente y sólo se espera su mantención o agravamiento.

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

A. TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR

Esófago

Los síntomas y signos del impedimento esofágico incluyen, disfagia, pirosis, dolor subesternal, regurgitación, sangrado, índice de masa corporal (IMC). Su evaluación se

complementa con radiografías, TC, RM, ecografías, endoscopías, biopsias, citología, manometrías y otros exámenes determinados por el o la especialista.

Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos Esofágicos:

La clase está determinada por la intensidad de los síntomas y signos; el rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso sobre las AVD:

Clase I **Menoscabo Laboral Permanente 1% - 7% - 14%**

- Presenta síntomas y signos de impedimento esofágico ligeros, con alteraciones anatómicas.
- Requiere tratamiento circunstancial y medidas generales.
- Sin compromiso ponderal.

Clase II **Menoscabo Laboral Permanente 15% - 25% - 34%**

- Existen síntomas y signos de Impedimento esofágico, moderados, tiene alteraciones anatómicas.
- Requiere tratamiento médico continuo con fármacos y dieta.
- Puede haber compromiso ponderal leve.

Clase III **Menoscabo Laboral Permanente 35% - 42% - 49%**

- Existen síntomas y signos de Impedimento esofágico, importantes, con alteraciones anatómicas, que ni la dieta ni los medicamentos logran controlar adecuadamente.
- Pudiera requerir procedimiento de dilatación instrumental en caso de estenosis.
- Puede haber compromiso ponderal moderado.

Clase IV **Menoscabo Laboral Permanente 50% - 58% - 66%**

- Existen síntomas y signos de Impedimento esofágico severos, con alteraciones anatómicas que los medicamentos, dieta o cirugía no logran controlar.
- El IMC se encuentra en el rango de desnutrición moderada a importante.
- Requiere uso de sonda nasoyeyunal.
- Requiere dilatación instrumental más de una vez por mes.
- Requiere apoyo nutricional enteral especial.

Clase V Menoscabo Laboral Permanente 67% – 74% - 80%

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

Estómago, Duodeno e Intestino Delgado

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

La evaluación se complementa con exámenes de laboratorio, radiografías, TC, RM, ecografías, endoscopía, citología, biopsias, estudios de secreciones, absorción, motilidad, deposiciones, enteroscopías y enteroclisis.

Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos Gastrointestinales:

La clase está determinada por la intensidad de los síntomas y signos; el rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso sobre las AVD. Las patologías inflamatorias intestinales no siempre generan compromiso nutricional:

Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 7% - 14%

- Presenta síntomas y signos de impedimentos gastrointestinales leves.
- Tiene alteraciones anatómicas.
- Requiere tratamiento circunstancial que controla sus síntomas o medidas generales.
- Sin compromiso ponderal.

Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 25% - 34%

- Existen síntomas y signos de impedimentos gastrointestinales moderados.
- Tiene alteraciones anatómicas.
- Requiere tratamiento continuo.
- Puede haber compromiso ponderal leve.

Clase III **Menoscabo Laboral Permanente 35% - 42% - 49%**

- Existen síntomas y signos de impedimentos gastrointestinales importantes.
- La dieta y medicamentos logran controlar parcialmente los síntomas.
- Tiene alteraciones anatómicas, somnolencia post prandial, hipoglicemias, astenia y sudoración fría acreditadas.
- Puede haber compromiso ponderal moderado.
- Las personas con dumping corresponden a la Clase III aun cuando presenten compromiso ponderal leve.

Clase IV **Menoscabo Laboral Permanente 50% - 58% - 66%**

- Existen síntomas y signos de impedimentos gastrointestinales severos.
- Tiene alteraciones anatómicas.
- El manejo dietético y farmacológico es incapaz de controlar los síntomas.
- El IMC es de desnutrición importante o bien moderada, si se requiere apoyo nutricional enteral especial.

Clase V **Menoscabo Laboral Permanente 67% - 74% - 80%**

- Existen síntomas y signos de impedimentos gastrointestinales graves.
- Tiene alteraciones anatómicas.
- Los tratamientos no logran controlar los síntomas.
- Hay desnutrición severa y/o requiere apoyo nutricional enteral especial o del uso de sonda nasoyeyunal o gastro o yeyunostomía permanente o nutrición parenteral.
- Requiere auxilio de terceros.

B. PÁNCREAS

En este capítulo sólo se evalúa su función exocrina. La función endocrina se analiza en el capítulo correspondiente, procediendo la suma combinada de menoscabos, si el impedimento está configurado conforme a las reglas definidas en el capítulo Introducción.

Los síntomas y signos incluyen dolor, náuseas, vómitos, diarreas, esteatorrea, sangramiento intestinal, ictericia y compromiso nutricional. La evaluación se completa con radiografías, TC, RM, ecografías, angiografía, colangiopancreatografía endoscópica retrógrada, estudio de deposiciones, tolerancia a la glucosa, enzimas pancreáticas, esteatocrito, elastasa fecal, absorción de grasas, proteínas y vitaminas liposolubles y/o endosonografía, cuando estén disponibles.

Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos Pancreáticos:

La clase está determinada por la intensidad de los síntomas y signos; el rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso sobre las AVD:

Clase I **Menoscabo Laboral Permanente 1% - 7% - 14%**

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

Clase II **Menoscabo Laboral Permanente 15% - 25% - 34%**

- Existen síntomas y signos pancreáticos moderados, con alteración anatómica.
- Esteatocrito alterado.
- Requiere tratamiento continuo que logre remisión de los síntomas y limitaciones dietéticas.
- Puede haber compromiso ponderal.

Clase III **Menoscabo Laboral Permanente 35% - 42% - 49%**

- Existen síntomas y signos pancreáticos importantes, con alteración anatómica.
- Requiere tratamiento que logra control parcial de los síntomas.
- Puede haber compromiso ponderal.

Clase IV **Menoscabo Laboral Permanente 50% - 58% - 66%**

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

Clase V **Menoscabo Laboral Permanente 67% - 74% - 80%**

- Existen síntomas y signos pancreáticos, graves, con alteración anatómica.
- El tratamiento no controla los síntomas.
- El IMC es de desnutrición severa, requiere apoyo nutricional enteral especial o nutrición parenteral.

- Requiere auxilio de terceros.

C. HÍGADO Y VÍAS BILIARES

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

Se evalúan con estudios radiológicos, colangiografías, endoscopías, biopsias, exámenes de laboratorio, cintigrafías, TC, RM, ecografías.

El diagnóstico diferencial debe descartar causas tratables de daño hepático tales como hepatitis B, C y autoinmune.

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

(*) El puntaje Child-Pugh puede modificarse y "normalizarse" al tratarse un episodio agudo de descompensación, lo cual no significa mejoría de la enfermedad, por lo que debe utilizarse en el contexto de estabilidad de la patología.

(**) En Cirrosis biliar primaria el puntaje para Bilirrubina se ajusta a:

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

La encefalopatía hepática y en especial la ascitis son signos importantes de severidad de la función hepática. Es posible tener pruebas hepáticas-protrombina-albúmina normales con insuficiencia hepática importante caracterizada solo por la encefalopatía y la ascitis a repetición. Ambas condiciones pueden agravarse en el contexto de descompensación aguda, por lo que deben descartarse causas tratables como peritonitis bacteriana espontánea, hemorragia digestiva, etc.

La encefalopatía debe ser objetivada con protocolos de pruebas psicométricas adecuadas, aunque es importante considerar que su presencia es variable en el tiempo, por lo que la evaluación psicométrica ayuda, pero no siempre es determinante para configurarla, teniendo presente que la anamnesis a familiares es fundamental para dimensionarla adecuadamente. En efecto, la mayoría de las veces el paciente no recuerda las conductas asociadas a esta condición. Se trata, por tanto, de un diagnóstico clínico, no supeditado a exámenes de laboratorio, la amonemia aporta, pero no descarta.

La encefalopatía prevalece sobre la calificación Child-Pugh en clase IV:

Clasificación de la Encefalopatía Hepática	
Grado 1	Confusión leve, con alteración del comportamiento, Test psicométrico alterado. Asterixis (-). Ritmo del sueño alterado.
Grado 2	Conducta inapropiada, mantiene lenguaje, aunque lento. Obedece órdenes. Asterixis siempre presente. Alteración franca del ritmo del sueño.
Grado 3	Marcadamente confuso, sólo obedece órdenes simples. Hablar inarticulado. Duerme, pero puede ser despertado. Asterixis presente si el paciente puede cooperar.
Grado 4	Coma, no puede ser despertado. Puede responder a estímulos dolorosos. Asterixis no evocable.

Hígado

Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos Hepáticos:

La clase está determinada por la intensidad de los síntomas y signos; el rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso sobre las AVD:

Clase I **Menoscabo Laboral Permanente 1% - 7% - 14%**

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

Clase II **Menoscabo Laboral Permanente 15% - 25% - 34%**

- Existen síntomas y signos moderados de enfermedad hepática crónica.

- Mantiene tratamiento continuo.
- Las pruebas bioquímicas indican mal funcionamiento hepático.
- Presenta astenia, fatigabilidad o prurito moderado.
- Child-Pugh 6 - 7 puntos.

Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 42% - 49%

- Existen síntomas y signos importantes de enfermedad hepática crónica, y se controlan parcialmente con el tratamiento.
- Las pruebas bioquímicas indican mal funcionamiento hepático.
- La astenia, fatigabilidad o prurito es importante.
- Hay evidencia de hemorragia por várices esofagogástricas.
- Hay evidencia de recidiva de várices esofagogástricas luego de tratamiento exitoso de erradicación independientemente de la clasificación Child-Pugh o bien Child-Pugh 8 - 9 puntos, lo que califica en rango alto.
- Encefalopatía grado 1.

Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50% - 58% - 66%

- Existen síntomas y signos severos de enfermedad hepática crónica.
- La astenia, fatigabilidad o prurito es severa.
- Los síntomas incluyen a lo menos un episodio de sangramiento digestivo o intoxicación amoniacal por año excluyendo el primer episodio o debut.
- Presenta várices esofagogástricas con 3 o más episodios de sangrado en un año con acciones terapéuticas acreditadas, independientemente de la clasificación Child-Pugh o bien Child 10 - 11 puntos o encefalopatía grado 2.
- El tratamiento difícilmente controla los síntomas.
- Hay presencia de ascitis refractaria intratable con diuréticos que requiere de paracentesis evacuadoras periódicas.

Clase V Menoscabo Laboral Permanente 67% - 74% - 80%

- Existen síntomas y signos graves de enfermedad crónica y progresiva del hígado.
- El tratamiento no controla los síntomas.
- La astenia es severa.
- Child-Pugh 12 puntos o más, o encefalopatía grado 3 o 4.

Vías Biliares

Menoscabo Laboral Permanente por Impedimento de las Vías Biliares:

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

Clase I **Menoscabo Laboral Permanente 1% - 7% - 14%**

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

Clase II **Menoscabo Laboral Permanente 15% - 25% - 34%**

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

Clase III **Menoscabo Laboral Permanente 35% - 42% - 49%**

- Existe obstrucción importante de las vías biliares que al menos ha presentado un episodio de colangitis por año.
- Tiene o requiere de prótesis biliar.

Clase IV **Menoscabo Laboral Permanente 50% - 58% - 66%**

- Existe obstrucción severa de las vías biliares que ocasiona colangitis recurrente.
- Tiene o requiere de prótesis biliar.

Clase V **Menoscabo Laboral Permanente 67% - 74% - 80%**

- Existe obstrucción del conducto biliar común, con Ictericia persistente y daño hepático.
- Tiene o requiere de prótesis biliar.

D. TRACTO DIGESTIVO INFERIOR

Colon y Recto

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

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

Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos Colo-Rectales:

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

Las patologías inflamatorias intestinales no siempre generan compromiso nutricional. La endoscopía digestiva baja es un requerimiento básico en esta sección.

Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 7% - 14%

- Los síntomas y signos del impedimento colo-rectal son leves.
- No requiere tratamiento continuo y medidas generales.
- Sin compromiso ponderal.

Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 25% - 34%

- Los síntomas y signos del impedimento colo-rectal son moderados.
- Necesita dieta y terapia sistémica continua.
- Puede haber compromiso ponderal leve.

Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 42% - 49%

- Los síntomas y signos del impedimento colo-rectal son importantes.
- Necesita dieta y terapia sistémica continua.
- Puede haber compromiso ponderal moderado.

Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50% - 58% - 66%

- Los síntomas y signos del impedimento colo-rectal son severos.
- Necesita dieta y terapia sistémica continua.
- Anemia y déficit nutricional importante, o bien moderado, si se requiere apoyo nutricional enteral especial.
- Puede requerir uso de pañales.

Clase V **Menoscabo Laboral Permanente 67% - 74% - 80%**

- Los síntomas y signos del impedimento colo-rectal son graves e incluso imponen el confinamiento.
- Necesita estricta dieta y terapia sistémica.
- Anemia y déficit nutricional severo.
- La anastomosis Ileo-anal con o sin reservorio califica, en esta clase aun no siendo incontinente, por alta frecuencia de evacuaciones diurnas y nocturnas, requiriendo uso de pañales.

E. CONDUCTO ANAL

Los síntomas y signos por impedimento del conducto anal incluyen alteraciones de la continencia, urgencia defecatoria, dolor, tenesmo, rectorragia, constipación, diarreas, requerimiento de uso de pañales, cuyo diagnóstico haya sido refrendado por especialista coloproctólogo.

La evaluación se complementa con tacto, anoscopía, rectoscopía, biopsia, TC, RM y manometría ano-rectal, cuando fuese necesario.

Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos del Conducto Anal:

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

Clase I **Menoscabo Laboral Permanente 1% - 7% - 14%**

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

Clase II **Menoscabo Laboral Permanente 15% - 25% - 34%**

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

Clase III **Menoscabo Laboral Permanente 35% - 42% - 49%**

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

Clase IV Menoscabo laboral permanente 50% - 58% - 66%

- Existe daño anatómico que produce incontinencia severa, concordante con alteraciones manométricas ano-rectales, que requiere tratamiento continuo, requiriendo uso de pañales y con limitación de la autonomía.

F. ESTOMAS QUIRÚRGICOS Y PARED ABDOMINAL

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

El impedimento deberá considerarse permanente y fuera de alcance terapéutico que restituya situación normal, condición acreditada con revisión de ficha clínica y/o informe de especialista tratante. La latencia extendida en lista de espera acreditada por PSL, podrá determinar su configuración por falta de acceso.

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

* Los ileostomas y colostomas requieren de mantención con cambios de bolsas y/o limpiezas frecuentes, con alto riesgo de mal olor expelido e incluso filtraciones constantes por ausencia de un buen acoplamiento del estoma, generando severas restricciones a la autonomía de la persona, particularmente en el ámbito de la eficiencia social, correspondiendo en tales casos asignar invalidez total con 80% de menoscabo. La Comisión verificará esta situación con las pericias pertinentes.

G. TRASPLANTES DIGESTIVOS

En el estado actual de la técnica para trasplantes de órganos digestivos, estas normas consideran asignación de Menoscabo Laboral Permanente en Clase V rango alto en los trasplantes hepáticos y pancreáticos, por implicar un control estricto y especializado, con exámenes a repetición, con un riesgo permanente de descompensación aguda y severa, así como la misma clase y rango en caso de trasplantes de otros órganos digestivos que impliquen las mismas condiciones.

H. ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL TUBO DIGESTIVO

Se definen dentro de este grupo, la Colitis Ulcerosa con compromiso exclusivamente colónico, y la Enfermedad de Crohn, que puede comprometer todo el tubo digestivo. En su evaluación se debe considerar la asociación con daño en otros órganos pues se relacionan con compromiso osteoarticular (artritis-sacroileitis), oftalmológico (epiescleritis-uveitis), dermatológico (pioderma gangrenoso), hepático (Hepatitis autoinmune-colangitis esclerosante), además de Anemia, Déficit de vitamina B12, déficit de vitamina D, Alteración cinética de Hierro, hipoalbuminemia <3, alteración del balance nitrogenado y otros independientemente del compromiso del IMC, lo que debe ponderarse en el capítulo respectivo y de estar configurado, sumar combinadamente para dimensionar el real menoscabo de la persona.

La utilización de terapias biológicas sin resultados favorables da cuenta de una mayor severidad, así como las consultas reiteradas en SU y las hospitalizaciones. Si a la data de la evaluación la enfermedad está inactiva, esto no representa la realidad de la persona pues evoluciona en crisis. El diagnóstico se confirma por exámenes endoscópicos, biopsias, e imágenes. También se requiere de exámenes de laboratorio: Proteína C Reactiva y/o Calprotectina Fecal.

Para evaluar respuesta a tratamiento, se deben realizar exámenes endoscópicos y biopsias, seriados. Debido a que, en la actualidad el objetivo del tratamiento es lograr la "curación de la mucosa" porque existe mala correlación con el alivio de los síntomas, los tratamientos deben ser personalizados, llegando al uso de terapias biológicas precozmente, las que son de difícil acceso.

Menoscabo laboral por enfermedades inflamatorias del tubo digestivo:

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

Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 7% - 14%

- Existe impedimento de Enfermedad inflamatoria intestinal, con dolor abdominal y diarrea de carácter leve.
- Los exámenes no tienen alteraciones significativas.

Clase II **Menoscabo Laboral Permanente 15% - 25% - 34%**

- Existe diarrea, dolor abdominal, rectorragia, en crisis 2 por año.
- Urgencia y tenesmo rectal, sin incontinencia.
- Exámenes compatibles con Enfermedad intestinal inflamatoria activa.
- Mantiene tratamiento permanente.

Clase III **Menoscabo Laboral Permanente 35% - 42% - 49%**

- Existen exámenes compatibles con enfermedad inflamatoria intestinal.
- El control de la sintomatología importante es sólo parcial con tratamiento esteroidal y/o inmunosupresor.
- Ha presentado hospitalizaciones.
- Presenta episodios de incontinencia, rectorragia y anemia.
- Puede haber presentado fístulas y/o abscesos perianales.

Clase IV **Menoscabo Laboral Permanente 50% - 58% - 66%**

- No se logra controlar la sintomatología severa a pesar de tratamiento con diarrea > 6 deposiciones al día y dolor abdominal de difícil manejo.
- Hay compromiso ponderal.
- Exámenes endoscópicos compatibles con Enfermedad inflamatoria intestinal activa severa.
- Compromiso perianal, abscesos y/o fístulas, refractario a tratamiento.
- Puede tener compromiso sistémico por repercusión secundaria en otros órganos (articular, oftalmológico, dermatológico, hepático) con alteraciones de laboratorios concordantes.
- Puede requerir altas dosis de fármacos inmunosupresores y biológicos.
- Se ubica en esta clase, antecedentes de Colectomía por esta causa en rango bajo.

Clase V **Menoscabo Laboral Permanente de 67% - 74% - 80%**

- Enfermedad inflamatoria intestinal activa refractaria a tratamiento Biológico.
- Ha requerido de cirugías como tratamiento.

- Puede existir neoplasia intestinal secundaria.
- Con sintomatología severa con incontinencia (requiere uso de pañales), anemia, deshidratación, dolor que requiere de hospitalizaciones o consultas múltiples en Servicios de Urgencia.
- Hay compromiso ponderal importante.

CAPÍTULO V:
SISTEMA URINARIO

INTRODUCCIÓN

Estas normas aportan criterios para evaluar y calificar los Impedimentos del Sistema Urinario que afectan a las personas, su configuración y el Menoscabo Laboral Permanente en la capacidad general de trabajo expresado en las interferencias que producen sobre las Actividades de la Vida Diaria (AVD).

Se divide en:

A. Tracto Urinario Superior
B. Tracto Urinario Inferior

A. TRACTO URINARIO SUPERIOR

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

Enfermedad Renal Crónica

Historia clínica y examen físico que evidencia la naturaleza progresiva de las enfermedades y exámenes de laboratorio, imagenológicos, biopsias, etc. que muestran deterioro de la función renal, y/o daño parenquimatoso estructural al menos por **3 meses** en personas que ya tengan un diagnóstico de ERC, tales como: examen de orina completo, creatininemia, depuración ureica, proteinuria, albuminuria, depuración o clearance de creatinina, ecografía, pielografía, biopsia renal, eco Doppler color, cintigramas, TC, RM, etc.

Por las dificultades en la medición directa de la depuración de creatinina, una aproximación válida puede efectuarse aplicando la fórmula **CKD-EPI**, para estimar la Velocidad de Filtración Glomerular (VFG), valor que será determinante para la configuración y calificación del impedimento renal:

VFG	= 142 × min(SCr/κ, 1)^α × max(SCr/κ, 1)^–1.200 × 0.9938^Edad
VFG MUJERES:	Resultado en hombres x 1.012
Componentes	• SCr: creatinina sérica en mg/dL (estandarizada según IDMS). • κ (kappa): 0.7 para mujeres, 0.9 para hombres. • α (alfa): –0.241 para mujeres, –0.302 para hombres. • Edad: en años. • min (SCr/κ, 1): el valor mínimo entre SCr/κ y 1. • max (SCr/κ, 1): el valor máximo entre SCr/κ y 1.

Síndrome Nefrótico

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

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal o Trasplante Renal

Cuando una persona debe someterse a diálisis periódica semanal debido a una enfermedad renal crónica, se califica en Clase V. La persona que se haya sometido a trasplante renal deberá cumplir un período de observación de a lo menos un año posterior al trasplante para determinarse si ha alcanzado el punto de mejoría deseado. La incidencia de complicaciones sistémicas como anemias, neuropatías, rechazo, y efectos colaterales de corticoides e inmunosupresores se evaluarán combinadamente. A la persona trasplantada con evolución satisfactoria se le asignará un menoscabo global de 50%, lo que incluye uso de esteroides, inmunosupresores, Hipertensión Arterial clase I e Insuficiencia Renal clase I.

Monorrenos y Derivaciones Urinarias

A la persona con sólo un riñón, cualquiera que sea la causa, deberá asignarse un 10% de menoscabo global, debido a la pérdida estructural de un órgano esencial, en la medida que necesariamente se acompañe de cualquier impedimento configurado en el riñón conservado, condición que se considerará insoslayable para efectos de la suma combinada.

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

Sin perjuicio de lo anterior, las urostomías definitivas calificarán de acuerdo con lo establecido en la siguiente tabla:

Derivación	Menoscabo global
Cateterismo diario intermitente o sonda a permanencia	50%
Urostoma continente cateterizable	50%
Urostoma no continente (derivación tipo Bricker o conducto ileal)	66%

En caso de reconstrucciones de vía urinaria por causa de patología oncológica, se sumará en forma combinada el impedimento por la derivación urinaria que corresponda al impedimento determinado por la patología oncológica de base.

Menoscabo Laboral Permanente por Deterioro del Tracto Urinario Superior:

La clase está determinada por la intensidad del compromiso funcional, el rango al interior de la clase por la depuración de creatinina estimada por la fórmula CKD-EPI:

Clase I **Menoscabo Laboral Permanente 1% - 7% - 14%**

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

Clase II **Menoscabo Laboral Permanente 15% - 25% - 34%**

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

Clase III **Menoscabo Laboral Permanente 35% - 42% - 49%**

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

Clase IV **Menoscabo Laboral Permanente 50% - 58% - 66%**

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

- El menoscabo de esta clase se sumará combinado al producido por impedimentos configurados que se asocian, como Hipertensión arterial y Anemia.

Patologías Renales Crónicas que alcanzan 80% de Menoscabo Laboral Permanente:

1. Hemodiálisis crónica o peritoneodiálisis indispensable para la sobrevivencia debido a falla renal irreversible.
2. Trasplante renal evaluado un año después de efectuado, en que persiste una insuficiencia renal Clase III o complicaciones graves derivadas de éste. Si existe evidente rechazo del órgano trasplantado, el especialista o la Comisión Médica podrán abreviar el plazo configurando el impedimento antes de **12 meses** con la argumentación técnica pertinente.
3. Osteodistrofia renal manifestada por osteoalgias severas y trastornos radiográficos como osteítis fibrosa, osteoporosis severa, fracturas patológicas.
4. Síndrome nefrótico con anasarca importante que persiste, a lo menos, **6 meses** a pesar de la terapia en aquellos casos en que se reconoce alternativa terapéutica. Albuminemia de 3.0 gr. en 100 cc o menos y proteinuria de 3.5 gr. o más, en 24 horas.

B. TRACTO URINARIO INFERIOR

La funcionalidad de este nivel que permite el adecuado control de la micción depende de la capacidad de almacenamiento de la orina, brindada por una vejiga distensible y un esfínter cerrado, y el vaciado voluntario que requiere de una vejiga contráctil y un esfínter relajado, con indemnidad del conducto evacuador, la uretra. La alteración del almacenamiento genera incontinencia urinaria y la alteración del vaciamiento implica alteración del esfínter y/u obstrucción del tracto de salida.

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

Menoscabo Laboral Permanente por deterioro del Tracto Urinario Inferior:

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

Clase I **Menoscabo Laboral Permanente 1% - 7% - 14%**

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

Clase II **Menoscabo Laboral Permanente 15% - 25% - 34%**

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

Clase III **Menoscabo Laboral Permanente 35% - 42% - 49%**

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

Clase IV **Menoscabo Laboral Permanente 50% - 58% - 66%**

- Hay síntomas y signos severos con compromiso significativo de la mayor parte de las AVD, sin mejoría con el tratamiento accesible.
- Pudiera o no haber confinamiento.

Clase V **Menoscabo Laboral Permanente 67% - 74% - 80%**

- Los síntomas y signos implican interferencia grave en las AVD.
- Pudiera obligar a confinamiento.

CAPÍTULO VI:
SISTEMA CARDIOVASCULAR

INTRODUCCIÓN

Estas normas aportan criterios para evaluar y calificar los impedimentos cardiovasculares que afectan a las personas, su configuración y el menoscabo laboral permanente en la capacidad general de trabajo expresado en las interferencias que producen sobre las AVD de la persona evaluada.

Por regla general, salvo expresa mención del o la especialista interconsultor/a o de la Comisión, los impedimentos del Sistema Cardiovascular se estimarán configurados después de aplicadas las medidas terapéuticas y rehabilitadoras accesibles, durante **6 meses** desde su diagnóstico a menos que exista evidencia médica de irrecuperabilidad antes de este plazo.

De haber sido intervenida quirúrgicamente la persona, o de haber sido sometida a procedimientos percutáneos, tales como implante de prótesis percutánea (aórtica, válvula aórtica y tricuspídea), mitra clip o cualesquiera procedimientos percutáneos sobre válvulas cardiacas, el período de observación se extiende a **12 meses** a menos que exista evidencia médica de irrecuperabilidad antes de este plazo.

El implante de marcapaso cardíaco, resincronizador, desfibriladores automáticos y todos los procedimientos endovasculares tales como angioplastía de arterias coronarias, carotídeas, otros vasos, y la electrofulguración, no serán considerados cirugía mayor cardíaca y deberán cumplir **6 meses** para su configuración. Se considerará un resultado definitivo cuando esto sea refrendado por el especialista en cardiología tanto como interconsultor/a como si es integrante especialista en el área de la Comisión Médica que así lo estime.

EVALUACIÓN

La anamnesis próxima y remota, el examen físico, los síntomas y signos cardiovasculares, su influencia en la capacidad laboral, y su interferencia en las AVD, serán la base del informe especializado. Este incluirá descripción de las limitaciones en la deambulación, el subir escaleras, levantar objetos, progresión en el tiempo, su permanencia y reproductibilidad. Asimismo, el informe deberá señalar las alteraciones anatómicas, las consecuencias fisiológicas y la capacidad funcional remanente después del tratamiento. En

caso de mencionarse que la persona no tiene acceso a tratamiento, la Comisión deberá solicitar un peritaje sociolaboral para su corroboración.

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

La capacidad funcional debe ser descrita por adecuada anamnesis del o la médico/a asignado/a de la Comisión o por el o la interconsultor/a de la especialidad según la valoración de la New York Heart Association (NYHA):

Valoración de la funcionalidad cardiaca según la NYHA	
Clase I	Sin limitación en las actividades físicas. La actividad ordinaria no causa fatiga inapropiada, palpitaciones, disnea o dolor anginoso.
Clase II	Leve limitación de la actividad física. Sin síntomas en reposo, pero la actividad física ordinaria produce palpitaciones, fatiga, disnea o angina.
Clase III	Marcada limitación en la actividad física. Sin síntomas en reposo, pero la actividad física menos que ordinaria, produce palpitaciones, fatiga o disnea.
Clase IV	Incapacidad para realizar ninguna actividad física sin molestias. Existen síntomas y signos de insuficiencia cardiaca o de síndrome anginoso en reposo. Cualquier actividad física aumenta los síntomas.

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

1. Electrocardiograma de reposo.
2. Holter de arritmias.
3. Holter de presión arterial.
4. Ecocardiograma Doppler.
5. Pruebas de provocación de isquemia:
   a. Test de esfuerzo.
   b. Ecocardiograma de estrés (con Dobutamina y/o con ejercicio)
   c. Pruebas de medicina nuclear.
6. Tilt test.
7. Estudios hemodinámicos.
8. Angiografías:
   a. Aortografías y vasos arteriales.
   b. Venografías y cavidades cardíacas y pulmón.
   c. Coronariografía y ventriculografía.

9. Ecografías y estudios Doppler de vasos arteriales y venosos.
10. Test de índice brazo – tobillo.
11. Otros estudios imagenológicos: Radiografía simple, TC, RM.
12. Exámenes complementarios generales.
13. Estudio electrofisiológico (aportado por el paciente)
14. Pruebas ergonométricas (test de esfuerzo, test de consumo de oxígeno)
15. Informe de especialista en arritmología tratante sobre estado de marcapasos, desfibrilador externo o desfibrilador automático implantable (DAI).
16. Informe de especialista en arritmología tratante sobre estado de marcapaso, desfibrilador externo o DAI
17. Pro-péptido natriurético B (pro-BNP)
18. Otros

Los procedimientos de difícil acceso o de riesgo deberán ser coordinados por el o la médico/a asignado/a con el o la Presidente/a de la Comisión Médica. El o la especialista interconsultor/a o integrante de la Comisión, si lo hubiere, será quien interprete la calidad del examen y sus resultados.

Tabla N°1 Correlación Ecocardiográfica y Menoscabo Cardiovascular

Parámetros / grado	Género masculino			Género femenino		
	Leve	Moderado	Severo	Leve	Moderado	Severo
Volumen indexado de AI (ml/m2)	35-41	42-48	>48	35-41	42-48	>48
Área de AI (mm2)	20-30	31-40	>40	20-30	31-40	>40
Diámetro diastólico de VI (mm)	59-63	64-68	>68	53-56	57-61	>61
Diámetro diastólico indexado de VI. (mm/m2)	31-33	34-36	>36	32-34	35-37	>37
Diámetro sistólico de VI (mm)	41-43	44-45	>45	36-38	39-41	>41
Diámetro sistólico indexado	22-23	24-25	>25	22-23	24-26	>26

de VI (mm/m2)						
Grosor septal de VI (mm)	11-13	14-16	>16	10-12	13-15	>15
Grosor de pared posterior de VI (mm)	11-13	14-16	>16	10-12	13-15	>15
Índice de masa ventricular (modo M) (gr/m2)	116-131	132-148	>148	96-108	109-121	>121
Fracción de eyección de VI (%) (Simpson)	41-51	30-40	<30	41-53	30-40	< 30
Disfunción Diastólica	Tipo I Relajación retardada	Tipo II Pseudo-normalizado	Tipo III Restrictivo	Tipo I Relajación retardada	Tipo II Pseudo-normalizado	Tipo III Restrictivo

El informe ecocardiográfico debe incluir estimación de la calidad de la imagen. En la tabla N°1 se consignan los elementos fundamentales que se espera estén incluidos en todo informe ecocardiográfico. Para su análisis y conclusiones, el/la especialista y la Comisión deben considerar solamente los diámetros sistodiastólicos del VI (preferentemente indexados) y la función sistólica del VI medida por método Simpson bidimensional o mediciones automáticas de 3D (heart model). No serán válidos registros por medición de Teicholdtz, método área longitud ni estimación visual. Las mediciones de área o volumen de la AI sirven de base para confirmar compromiso específico de algunas patologías, pero no constituyen impedimento por sí solas. Por otro lado, la hipertrofia del VI al ser solo un factor de riesgo y no una enfermedad en sí misma, debe considerarse solo como un componente agravante desde mediciones moderadas a severas tanto por grosor parietal como por masa indexada.

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

A. **Enfermedades Orgánicas del Corazón:** Enfermedades cardíacas reumáticas crónicas, Enfermedades isquémicas del Corazón, Enfermedades cardiopulmonares y de la circulación pulmonar, Enfermedades del pericardio, miocardiopatías (infecciosas, por efecto de drogas, autoinmunes), valvulopatías,

cardiomiopatías, Cardiopatías congénitas, Arritmias.

B. **Enfermedad Vascular Hipertensiva:** Hipertensión esencial, Enfermedad cardíaca hipertensiva, Enfermedad cardio-renal hipertensiva, Hipertensión secundaria.
C. **Enfermedades Vasculares de las Extremidades:**
   C.1 Enfermedad arterial periférica y claudicación intermitente.
   C.2 Insuficiencia venosa de extremidades inferiores.
D. **Enfermedades de la Aorta:**
   - Torácica.
   - Abdominal.

A. MENOSCABO LABORAL PERMANENTE POR ENFERMEDADES ORGÁNICAS DEL CORAZÓN

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

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

Clase I **Menoscabo Laboral Permanente 1% - 7% - 14%**

- Se desplaza sobre cualquier terreno sin restricciones, correspondiendo a Capacidad Funcional en Clase I según la NYHA.
- Existen hallazgos ecocardiográficos leves de Enfermedad orgánica del corazón.
- La condición de ser portador de marcapaso definitivo corresponderá a rango medio de esta clase.
- Disautonomía confirmada con respuesta parcial a terapia.

Clase II **Menoscabo Laboral Permanente 15% - 25% - 34%**

- Se desplaza sobre terrenos llanos sin restricciones, en cuestas o escaleras presenta dificultades y síntomas, correspondiendo a capacidad funcional en Clase II según la NYHA a pesar de tratamiento óptimo accesible.
- Disfunción diastólica tipo II.
- Disautonomía confirmada con estudios adecuados, sin respuesta a terapia a su alcance.
- La miocardiopatía hipertrófica sin obstrucción de tracto de salida, sin arritmias significativas ni disfunción diastólica tipo 2 o más, y asintomática corresponde al rango bajo de la clase.

- Las cardiopatías congénitas corregidas, que presentan leve disfunción de VI sistólica o diastólica, corresponden al rango bajo de la clase.
- El compromiso ecocardiográfico será entre leve a moderado con FEVI disminuida: si la FE es entre 50% y 41% corresponderá el rango bajo de la clase; si la FE es entre 40% y 31 % el rango medio o alto según capacidad funcional.
- Personas con DAI para prevención primaria sin descargas documentadas corresponderán a rango medio de la clase.

Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 42% - 49%

Deben coexistir dos componentes de esta clase como mínimo:

- Se desplaza sobre terrenos llanos no más de una a dos cuadras correspondiendo a Capacidad Funcional clase III intermitente según la NYHA, a pesar de tratamiento óptimo accesible.
- Existe disfunción sistólica moderada a severa al ecocardiograma según tabla N° 1.
- El rango dentro de la clase se distinguirá de acuerdo con el informe ecocardiográfico, si la FE es entre 30 y 33% para el rango alto; si la FE es entre 34 y 36%, para el rango medio; y si la FEVI es entre 37 y 40% para el rango bajo.
- Presencia de hipertensión pulmonar moderada con presión sistólica de arteria pulmonar entre 60-70 mm Hg en el eco-Doppler no reversible con la terapia.
- Otras patologías a considerar son miocardiopatía hipertrófica con obstrucción moderada al tracto de salida o evidencias de disfunción de ventrículo derecho secundario con compromiso clínico sistémico o congénito con disfunción moderada del ventrículo funcionalmente sistémico, o insuficiencia cardiaca con función sistólica preservada evidenciada con clínica, pro-BNP y ecocardiograma.

Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50% - 58% - 66%

- Presenta severo deterioro de la capacidad funcional demostrable con pruebas objetivas, estando bajo tratamiento óptimo accesible.
- Existe compromiso ecocardiográfico severo sistólico y/o diastólico restrictivo, según tabla N° 1.
- Corresponderán a esta clase la Hipertensión pulmonar severa (primaria o secundaria) con presión sistólica de arteria pulmonar mayor a 70 mmHg bajo terapia óptima, Arritmias complejas de difícil control o con resultados parciales a la terapia.

- Personas con DAI como prevención secundaria o prevención primaria con descargas confirmadas por el informe del especialista en arritmología, corresponden al rango alto de la clase.
- Miocardiopatías hipertróficas con obstrucción severa. Cardiopatías congénitas con disfunción severa del ventrículo funcionalmente sistémico.

Clase V Menoscabo Laboral Permanente 67% - 74% - 80%

- Presenta capacidad funcional según la NYHA en Clase IV.
- Hipertensión pulmonar severa con Eissenmenger en el eco-Doppler.
- Existe demostración efectiva de enfermedades como Pericarditis constrictiva, Miocardiopatía hipertrófica con obstrucción severa al tracto de salida sin acceso a terapia.
- Trasplantados cardíacos, en rango alto (incluye terapia inmunosupresora).

B. MENOSCABO LABORAL PERMANENTE POR ENFERMEDAD VASCULAR HIPERTENSIVA

Hipertensión Arterial

La clase está determinada por la intensidad del compromiso de órganos blanco. El estadio de Hipertensión arterial (HTA) según Comité Nacional Conjunto (JNC7) expuesto en la tabla N° 2, se utilizará para fundamentar el diagnóstico de la enfermedad.

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

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

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

Los impedimentos se considerarán configurados solo después de haber cumplido al menos **6 meses** de observación con el último esquema terapéutico considerado como óptimo accesible para la persona evaluada, salvo la presencia de secuelas consideradas irreversibles por el o la especialista interconsultor/a o por la Comisión con la argumentación técnica pertinente.

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

Tabla N° 2 Clasificación diagnóstica de HTA (JNC7)		
Clasificación	**Presión Sistólica (mm Hg)**	**Presión diastólica (mm Hg)**
Normal	<120	<80
Prehipertensión	120-139	80-89
Estadio 1 HTA	140-159	90-99
Estadio 2 HTA	≥ 160	≥ 100

Retinopatía Hipertensiva (Clasificación de Keith-Wagener-Barker)	
Grado I	Arteriola en hilo de cobre, tortuosidad vascular.
Grado II	Constricción focal o difusa, cruces arteriovenosos, exudados duros, hemorragias puntiformes.
Grado III	Vasoconstricción arteriolar difusa, exudados algodonosos, hemorragias en llama, estrella macular.
Grado IV	Lesiones anteriores más edema de papila

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

Clase I Menoscabo Global de la Persona 1% - 7% - 14%.

- Existe hipertrofia concéntrica o excéntrica ventricular izquierda leve al ecocardiograma, informando la masa indexada.
- Función sistólica normal.
- Fondo de ojo en grado I.
- Hay evidencia de daño vascular encefálico sin secuelas.

Clase II **Menoscabo Global de la Persona 15% - 25% - 34%**

- Existe moderada hipertrofia concéntrica o excéntrica ventricular izquierda al ecocardiograma, informando por la masa indexada con disfunción sistólica leve.
- Hay evidencia de daño vascular encefálico con secuelas en clase I del capítulo neurológico.
- Hay evidencia de Hipertensión Arterial en estadio II resistente a la terapia máxima accesible.
- Depuración de Creatinina igual o menor de 59 hasta 45 ml/min atribuible a la HTA.
- Fondo de ojo en grado II con exudados duros y microhemorragias puntiformes.

Clase III **Menoscabo Global de la Persona 35% - 42% - 49%**

- Existe severa hipertrofia concéntrica o excéntrica ventricular izquierda al ecocardiograma, informando la masa indexada; o existe disfunción sistólica moderada y/o disfunción diastólica tipo II.
- Hay evidencia de daño vascular encefálico con secuelas en clase II del capítulo neurológico.
- Depuración de creatinina menor de 45 hasta 30 ml/min atribuible a la HTA
- Fondo de ojo grado III: vasoconstricción arteriolar difusa, exudados algodonosos, hemorragias en llama, estrella macular.
- HTA etapa 2 no respondedora a 5 fármacos, comprobado objetivamente.

Clase IV **Menoscabo Global de la Persona 50% - 58% - 66%**

- Existe severa hipertrofia concéntrica o excéntrica ventricular izquierda al ecocardiograma, informando la masa indexada; la función sistólica está disminuida en grado severo.
- Hay evidencia de daño vascular encefálico con secuelas en clase III del capítulo neurológico.
- Fondo de ojo grado IV: lesiones antes aludidas más edema de papila.
- Depuración de creatinina entre 29 y 15 ml/min, en clase III de daño renal atribuible a la HTA.

Clase V **Menoscabo Global de la Persona 67% - 74% - 80%**

- Existe severa hipertrofia concéntrica o excéntrica ventricular izquierda al ecocardiograma, informando la masa indexada; la función sistólica está severamente disminuida y existe disfunción diastólica restrictiva o tipo III.
- Fondo de ojo grado IV con edema de papila bilateral.
- Hay evidencia de daño vascular encefálico con secuelas en clase IV del capítulo neurológico.
- Depuración de creatinina < 15 ml/min, en clase IV de daño renal atribuible a la HTA.

C.1. MENOSCABO LABORAL PERMANENTE POR ENFERMEDADES VASCULARES ARTERIALES DE LAS EXTREMIDADES

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

Clase I **Menoscabo Laboral Permanente 1% - 7% - 14%**

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

- Registro de Volumen de Pulso (PVR) normal e Índice tobillo-brazo de 0,9 a 1.2.
- No presenta claudicación intermitente en las AVD, pero sí frente a marcha rápida a las 3 o más cuadras (300 m o más).
- Sintomático leve post cirugía de revascularización quirúrgica o angioplástica.

Clase II **Menoscabo Laboral Permanente 15% - 25% - 34%**

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

- PVR compatible con enfermedad arterial leve e Índice tobillo-brazo de 0,7 a 0,89.
- Presenta claudicación intermitente con marcha rápida a las dos cuadras de caminata (200 a 300 m).
- Sintomático post cirugía de revascularización quirúrgica o angioplástica de intensidad moderada.

Clase III **Menoscabo Laboral Permanente 35% - 42% - 49%**

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

- PVR compatible con enfermedad arterial moderada e Índice tobillo-brazo de 0,51 a 0,69.
- Presenta claudicación intermitente en marcha normal a 1 cuadra de caminata (100 a 200 m).
- Pueden existir amputaciones con compromiso funcional en clase I y/o II media por el impedimento vascular.

Clase IV **Menoscabo Laboral Permanente 50% - 58% - 66%**

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

- PVR compatible con enfermedad arterial severa e Índice tobillo-brazo igual o menor a 0,5.
- Presenta claudicación intermitente en marcha normal inferior a 100 m.
- Pueden existir amputaciones con compromiso funcional en clase II alto por el impedimento vascular.

Clase V **Menoscabo Laboral Permanente 67% - 74% - 80%**

- PVR en rango de isquemia crítica no revascularizable grave con Índice tobillo-brazo < 0,5.
- Claudicación en marcha dentro del hogar, incluso dolor en reposo.
- Pueden existir amputaciones por impedimento vascular de cualquier nivel, en cumplimiento de los otros requisitos de la clase.

C.2. MENOSCABO LABORAL PERMANENTE POR ENFERMEDADES VASCULARES PERIFÉRICAS DE LAS EXTREMIDADES (VENAS Y LINFÁTICOS)

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

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

El informe del o la interconsultor/a debe incluir fotografías del segmento afectado.

Clase I **Menoscabo Laboral Permanente 1% - 7% - 14%**

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

Clase II **Menoscabo Laboral Permanente 15% - 25% - 34%**

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

Clase III **Menoscabo Laboral Permanente 35% - 42% - 49%**

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

Clase IV **Menoscabo Laboral Permanente 50% - 58% - 66%**

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

Clase V **Menoscabo Laboral Permanente 67% - 74% - 80%**

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

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

D. MENOSCABO LABORAL PERMANENTE POR ENFERMEDADES VASCULARES DE LA AORTA

a) Patología de Aorta Torácica

- **Aneurismas**
  - Aneurisma confirmado por medio de Angio-TC o Angio-RM, menor de 4 cm, sin indicación de cirugía o terapia endovascular, se configura con menoscabo en clase I; si es entre 4 y 5 cm, se configura con menoscabo en clase II rango medio.
  - Aneurisma > 5 cm con terapia farmacológica especializada, fuera de alcance quirúrgico o con resultado insatisfactorio de la cirugía corresponde configurar con menoscabo global en clase V.
  - Aneurisma operado o con tratamiento de endoprótesis con resultado satisfactorio, corresponde configurar con menoscabo global 50%.
- **Disección tipo A:**
  - Disección que recibió cirugía o endoprótesis como tratamiento, además de tratamiento médico farmacológico, corresponde menoscabo global de 50%.
  - Disección sin posibilidad de tratamiento quirúrgico, o de prótesis endovascular, y con tratamiento médico farmacológico especializado, corresponde menoscabo global en clase V.
- **Disección tipo B:**
  - Lesiones con terapia médica y/o terapia endovascular corresponde a menoscabo global 50%.
  - Lesiones con procedimientos percutáneos y resultados insatisfactorios, corresponde a clase IV.
  - Lesiones complicadas, sin indicación de cirugía por elevado riesgo o falta de acceso, corresponde configurar en clase V.

b) Patología de Aorta Abdominal

- Aneurisma sin indicación de cirugía, no corresponde configurar, salvo menoscabo dado por otra enfermedad de base.
- Aneurisma que recibió cirugía o endoprótesis como tratamiento además de terapia médica específica:

- Sin evidencias de complicaciones en órganos vecinos corresponde a un menoscabo de clase III.
- Con compromiso de órganos de carácter leve, (riñón o intestino) corresponde a clase IV con menoscabo de 50%.
- Con compromiso moderado o severo de otros órganos, corresponde clase V.
- Aneurisma mayor de 6 cm o disección aórtica con indicación quirúrgica, sin acceso a cirugía o endoprótesis, corresponde clase V.

CAPÍTULO VII:
SISTEMA ENDOCRINO

INTRODUCCIÓN

Estas normas aportan criterios para evaluar y calificar los impedimentos endocrinológicos que afectan a las personas, su configuración y el menoscabo laboral permanente en la capacidad general de trabajo expresado en las interferencias que producen sobre las AVD. Por regla general, salvo expresa mención del especialista, los impedimentos del Sistema Endocrino se estimarán configurados luego de aplicadas las medidas terapéuticas según los protocolos actuales de la especialidad durante período mínimo de **6 meses**. De haber sido intervenidos quirúrgicamente, el período de observación se extiende a **12 meses**.

EVALUACIÓN

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

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

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

Este capítulo está dividido en impedimentos de:

A. Eje Hipotálamo - Hipofisiario
B. Tiroides
C. Paratiroides
D. Glándulas Suprarrenales
E. Glándulas Mamarias y Gónadas
F. Páncreas
G. Enfermedades Metabólicas Óseas

H. Enfermedad Endocrina Múltiple
I. Enfermedades Nutricionales: Obesidad y Desnutrición

A. EJE HIPOTÁLAMO – HIPOFISIARIO

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

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

Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos Hipofisiarios Anteriores:

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

Clase I **Menoscabo Laboral Permanente 1% - 7% - 14%**

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

Clase II **Menoscabo Laboral Permanente 15% - 25% - 34%**

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

Clase III **Menoscabo Laboral Permanente 35% - 42% - 49%**

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

- El menoscabo por compromiso de quiasma debe sumarse en forma combinada con la clase pertinente del capítulo oftalmológico.

Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50% - 58% - 66%

- Existe alteración en hipo o hiperfunción importante del eje hipotálamo-hipofisiario, con presencia tumoral que afecta a tejidos vecinos irreversiblemente y a órganos blanco por la secreción hormonal.
- El tratamiento no consigue controlar los síntomas y existen secuelas graves.
- El menoscabo por compromiso de quiasma debe sumarse en forma combinada con la clase pertinente del capítulo oftalmológico.
- Casos de Acromegalia y Enfermedad de Cushing no curados posterior a la primera cirugía y radioterapia, corresponden al rango alto de la clase.

Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos Hipofisiarios Posteriores (Diabetes Insípida):

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

Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 7%- 14%

- Existe impedimento diabético insípido, pero sus síntomas leves se controlan parcialmente.
- La diuresis de 24 horas no excede los 5.000 ml y no es controlable con tratamiento adecuado.

Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 25% - 34%

- Existe impedimento diabético insípido moderado.
- La diuresis de 24 horas sobrepasa los 5.000 ml y no es controlable con tratamiento adecuado.

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

B. TIROIDES

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

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

Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos Tiroideos:

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

Clase I **Menoscabo Laboral Permanente 1% - 7% - 14%**

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

Clase II **Menoscabo Laboral Permanente 15% - 25% - 34%**

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

C. PARATIROIDES

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

Menoscabo Laboral Permanente por Hipoparatiroidismo:

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

Clase I **Menoscabo Laboral Permanente 1% - 7% - 14%**

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

Clase II **Menoscabo Laboral Permanente 15% - 25% - 34%**

- Existe hipofunción paratiroidea moderada y calcemia baja a pesar de la terapia.
- Los síntomas se controlan parcialmente.
- Crisis de hipocalcemia sintomática ocasional a pesar de tratamiento adecuado, que no requiere asistencia a Servicio de Urgencia (SU) para su compensación.

Clase III **Menoscabo Laboral Permanente 35% - 42% - 49%**

- Existe hipofunción paratiroidea importante y calcemia baja a pesar de terapia adecuada.
- Tiene episodios de Tetania recurrente que requiere tratamiento en SU con infusión endovenosa de gluconato de calcio, al menos 1 vez cada 3 meses (con acreditación de asistencias a SU), convulsiones o catarata lenticular.

Menoscabo Laboral Permanente por Hiperparatiroidismo:

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

D. GLÁNDULAS SUPRARRENALES

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

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

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

El estudio, según decisión del o la especialista, incluye: Cortisol plasmático o urinario, Aldosterona y Renina plasmática, Imagenología (TC Cerebral, TC Abdominal, Ecotomografía), Titulación de Androsterediona y 17 Hidroxiprogesterona.

Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos Suprarrenales:

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

Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 7% - 14%

- Existe **insuficiencia** suprarrenal leve que requiere manejo terapéutico en dosis habituales de hormonas suprarrenales corticales y el control sintomático es adecuado.
- Las crisis son infrecuentes, no más de dos al año, y no requieren tratamiento especializado en Servicios de Urgencia, o
- Existe **hiperfunción** suprarrenal leve y las manifestaciones de Cushing son leves, a pesar de tratamiento médico o quirúrgico.

Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 25% - 34%

- Existe **insuficiencia** suprarrenal moderada que requiere manejo terapéutico en dosis habituales de hormonas corticales, el control sintomático no logra siempre atenuar los síntomas. Presenta más de 2 crisis y menos de 6 al año, requiriendo circunstancialmente tratamiento especializado en Servicios de Urgencia, o
- Existe **hiperfunción** suprarrenal con manifestaciones de Cushing moderadas (refractaria a tratamiento) en clase I o en la misma clase en el caso de Feocromocitomas o Hiperaldosteronismo, a pesar de tratamiento médico o quirúrgico.

  Tanto el Feocromocitoma como el Hiperaldosteronismo tienen tratamiento y sus secuelas deben ser evaluadas en el acápite de Hipertensión Arterial del Capítulo VI del Sistema Cardiovascular.

Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 42% - 49%

- Existe **insuficiencia** suprarrenal importante cuyo manejo terapéutico no logra controlar los síntomas con las dosis habituales de hormonas suprarrenales. Presenta 6 o más crisis al año, requiriendo tratamiento especializado, o
- Existe **hiperfunción** suprarrenal importante que afecta irreversiblemente a órganos blanco en clase II o más. El tratamiento no consigue controlar los síntomas y existen secuelas importantes. Se debe sumar el menoscabo ocasionado por las repercusiones en órganos blanco producto de la hiperfunción dado que en estos casos son de mal pronóstico.
- En el caso del Cushing refractario a tratamiento siempre será clase III, el rango de la clase estará determinada por la intensidad de la repercusión en órganos blanco (ej. Si hay complicación en clase II, será en el rango alto).

E. GLÁNDULAS MAMARIAS Y GÓNADAS

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

Los Impedimentos de las glándulas mamarias no neoplásicos corresponden básicamente a mujer con Galactorrea excesiva intratable, con 10% menoscabo laboral permanente.

Las neoplasias deben ponderarse conforme al capítulo respectivo.

F. PÁNCREAS

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

La evaluación de la **Diabetes Mellitus** considera la configuración de la enfermedad conforme a los cinco puntos del capítulo Introducción, a lo que se agrega el compromiso progresivo de otros sistemas, destacando aquellos oftalmológicos, nefrológicos, neurológicos y vasculares que deberán ser evaluados por los/as especialistas respectivos/as y con exámenes específicos propios de cada especialidad, según fuese

necesario a juicio de la Comisión. En caso de alteración de creatinina y/o de examen de orina completa, el daño renal atribuido a Diabetes Mellitus debe ser confirmado con evaluación por especialista; en caso de deterioro rápido de la función renal, aumento súbito de proteinuria, alteraciones de sedimento urinario (glóbulos rojos dismórficos, cilindros hemáticos o leucocitarios) y ausencia de retinopatía diabética, deben evaluarse otras causas de forma dirigida. Estas normas incluyen esas implicancias en su categorización por clases, lo que hace innecesario combinar menoscabos.

El periodo de observación necesario para configurar el impedimento por Diabetes Mellitus es de **6 meses** siempre que no tenga daño secundario irrecuperable al momento de la evaluación. La característica que otorga el mayor menoscabo es la definitoria para calificar la clase.

Menoscabo Laboral Permanente por Diabetes Mellitus:

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

Clase I **Menoscabo Laboral Permanente 1% - 7% - 14%**

- Presencia de Diabetes Mellitus estable metabólicamente que requiere dieta, o dieta e hipoglicemiantes orales.
- No hay daño ocular, renal o neurológico funcionalmente significativo.
- La depuración de creatinina entre 90 y 60 ml/min por **CKD-EPI** se considerará normal a menos que exista evidencia de daño renal demostrable atribuible a la Diabetes.
- Hay retinopatía leve, sin compromiso de visión.

Clase II **Menoscabo Laboral Permanente 15% - 25% - 34%**

- Califican en rango bajo de la clase las personas que requiere adicionalmente insulina en dosis única o múltiple (análogos de acción prolongada en dosis única equivalente a doble dosis de NPH) /bomba de insulina para su adecuado control, sin evidencia de daño en órganos blanco.
- Califican en rango medio de la clase las personas que adicionalmente requieren Insulina en dosis única, en las cuales se detecta impedimento leve por daño retinal que ocasiona déficit por visión (sumados agudeza visual y compromiso de campo visual) equivalente a Clase I, o neurológico configurado en Clase I y/o renal con depuración de creatinina igual o menor de 59 hasta 45 ml/min por CKD-EPI Califican en rango alto de la clase las personas con doble dosis de insulina o su equivalente si se detecta

impedimento leve por daño retinal que ocasiona déficit por visión (sumados agudeza visual y compromiso de campo visual) equivalente a Clase I o neurológico configurado en clase I y/o renal con depuración de creatinina igual o menor de 59 hasta 45 ml/min por CKD-EPI.

- La presencia de retinas fotocoaguladas califican en rango medio si no hay compromiso visual asociado o bien en rango alto si el compromiso visual asociado es equivalente a clase I.

Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 42% - 49

- Presencia de Diabetes Mellitus que requiere hipoglicemiantes orales y/o terapia insulínica, incluido uso de bomba de Insulina, para su adecuado control, y
- Se detectan impedimentos moderado por daño retinal atribuible a la Diabetes (que ocasiona compromiso de visión equivalente a clase II), deficiencia renal con depuración de creatinina menor de 45 y hasta 30 ml/min por CKD-EPI o déficit neurológico configurado en clase II.
- Califican también las personas con amputaciones secundarias a macro o microangiopatía verificadas (PVR) con compromiso funcional equivalente a clase I de la amputación para el rango bajo de esta clase, o con compromiso funcional equivalente a clase ll de la amputación, en el rango alto de esta clase.
- En ausencia de amputación, el rango de la clase estará determinado por el compromiso neuropático o angiopático, siendo deseable la evaluación por neurólogo y por cirujano vascular periférico u otros antecedentes clínicos confiables.
- La presencia de neuropatía autonómica con efectos cardiovasculares, o digestivos o urinarios persistentes adecuadamente estudiados y documentados califica en el rango alto de esta clase.

Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50% - 58% - 66%

- Diabetes Mellitus con Insulina en esquema intensificado, inestabilidad metabólica que requiere atenciones en SU por hipoglicemias u hospitalizaciones por descompensaciones metabólicas agudas repetidas en los dos últimos años, acreditadas.
- Presencia de compromiso retinal importante (con alteración de la visión equivalente a clase III), renal con VFG por CKD-EPI desde 29 a 15ml/min), neurológico y/o amputación configurada con compromiso funcional equivalente a clase II alta.
- La presencia de 2 o más complicaciones crónicas en clase II alta serán calificadas en esta clase.

Clase V **Menoscabo Laboral Permanente 67% - 74% - 80%**

- La característica básica de esta clase es el severo daño funcional a nivel sistémico, en Clase IV o superior independiente del tratamiento retinal, renal, neurológico, vascular, cardíaco, digestivo (con o sin compromiso ponderal), urinario, periférico u otros.
- Califican en esta Clase las personas con amputaciones secundarias a macro o microangiopatía diabética verificadas que provoquen un daño funcional equivalente a lo menos a clase III y/o úlceras necróticas profundas persistentes cuando hay contraindicación para revascularizar o no se cumple requisitos para ello.
- También califica en esta Clase la presencia de Artropatía de Charcot demostrada clínica y radiológicamente.

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

Clase I **Menoscabo Laboral Permanente 1% - 7% - 14%**

- Presencia de hipoglicemias frecuentes y /o crisis leves, controladas parcialmente por la dieta y la medicación.

Clase II **Menoscabo Laboral Permanente 15% - 25% - 34%**

- Presencia de hipoglicemias frecuentes y/o crisis moderadas, que han requerido atención médica de urgencia ocasional, con daño neurológico, renal, conductual o similar atribuible a esta condición. La presencia de daño neurológico o conductual debe ser evaluado por especialista neurólogo/a y su menoscabo debe ser sumado al impedimento por hipoglicemias.

Clase III **Menoscabo Laboral Permanente 35% - 42% - 49%**

- Presencia de hipoglicemias frecuentes y/o crisis importantes, secundarias a Insulinomas operados refractarios o a cirugía bariátrica o digestiva alta, que requieran atención médica de urgencia al menos 6 veces el último año.

G. ENFERMEDADES METABÓLICAS ÓSEAS

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

H. ENFERMEDAD ENDOCRINA MÚLTIPLE

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

Corresponde a los impedimentos pluriglandulares autoinmunes. Asociación de Hipotiroidismo e Insuficiencia Suprarrenal con manejo terapéutico complejo que compromete la eficiencia social.

Este impedimento debe evaluarse y calificarse conforme al mayor o menor compromiso de las glándulas comprometidas según lo expuesto en este mismo capítulo, efectuando la suma combinada de acuerdo con las reglas del capítulo Introducción.

I. ENFERMEDADES NUTRICIONALES: OBESIDAD Y DESNUTRICIÓN

La **Obesidad** constituye impedimento configurado cuando:

- Presenta a lo menos 1 año de evolución, y
- Se comprueba refractariedad a tratamientos médicos y quirúrgicos accesibles por la persona, y
- Determina sinergia con otros impedimentos configurados en las interferencias sobre las AVD, **o**
- Presenta IMC igual o mayor de 50 sin otros requerimientos asociados.

Para asignar menoscabo por Obesidad, la persona evaluada con IMC igual o superior a 40 e inferior a 45, deberá necesariamente presentar a lo menos uno de los siguientes **impedimentos configurados en clase III,** en tanto que la persona con IMC igual o superior a 45 y menor de 50, deberá necesariamente presentar a lo menos uno de los siguientes **impedimentos configurados en clase II, rango medio:**

a. Dolor y limitación funcional importante en cualquier articulación sostenedora de peso o en la columna lumbar.
b. Hipertensión arterial.
c. Insuficiencia cardíaca congestiva.

d. Insuficiencia venosa crónica.
e. Impedimento respiratorio con CVF igual o inferior al 50% del valor teórico o nivel de hipoxia significativo en correspondencia a Clase III y/o Síndrome de Apnea Hipoapnea Obstructiva del Sueño (SAHOS).
f. Diabetes mellitus
g. Linfedema persistente en EEII
h. Secuelas neurológicas de otro origen como: paresia, ataxia, enfermedad de Parkinson, u otras que alteren la postura y/o el equilibrio

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

El método de evaluación es el **Índice de Masa Corporal** (IMC), según Quetelet y los criterios de la OMS:

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

Relación entre IMC y Menoscabo Laboral Permanente:

Impedimento configurado	IMC	Menoscabo laboral permanente
Obesidad	40.0 a 44.9 Kg./m^2	35-49%
	45.0 a 49.9 Kg./m^2	50-66%
	50 o más Kg./m^2	80%
Desnutrición leve	17 a 18.4 Kg./m^2	0%
Desnutrición moderada	16 a 16.9 Kg./m^2	15-34%
Desnutrición severa	< o = 15.9 Kg./m^2	35-49%

CAPÍTULO VIII:
SISTEMA HEMATOPOYÉTICO E INMUNITARIO

INTRODUCCIÓN

Estas normas aportan criterios para evaluar y calificar los Impedimentos del Sistema Hematopoyético que afectan a las personas, su configuración y el Menoscabo Laboral Permanente en la capacidad general de trabajo expresado en las interferencias que producen sobre las Actividades de la Vida Diaria (AVD).

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

El impedimento configurado en este capítulo requiere un período mínimo de **6 meses** de observación y tratamientos según los protocolos de la especialidad, protocolos GES pertinentes, y evaluación por especialista en hematología o infectología, según corresponda.

EVALUACIÓN

Se debe realizar anamnesis próxima y remota y examen físico completo, con especial referencia a la intensidad de los síntomas y signos derivados del Sistema Hematopoyético e Inmunitario y su influencia sobre las AVD. Es de primordial importancia precisar las fechas de diagnóstico y tratamiento, desde su inicio hasta su término y los protocolos seguidos con especial referencia a los protocolos GES. En caso de plantearse diagnóstico de trombofilia, podrán agregarse los exámenes de laboratorio correspondientes.

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

Las patologías causantes de Impedimentos Hematopoyéticos e Inmunitarios se exponen como sigue:

A. Anemias de diverso origen.
B. Defectos de hemostasia y coagulación, trastornos hereditarios como Hemofilias,

Enfermedad de Von Willebrand, trastornos adquiridos como Púrpuras, Trombocitopenias, Defectos primarios de hemostasia, Trombofilias.

C. Menoscabo laboral permanente por defectos de los leucocitos.
D. Neoplasias hematológicas malignas y otros Síndromes:
   1. Neoplasias Mieloproliferativas (policitemia vera, leucemia mieloide crónica, trombocitemia esencial, mielofibrosis).
   2. Síndromes Linfoproliferativos (linfomas, leucemia linfática crónica, mieloma)
   3. Leucemias agudas
E. Trasplante de progenitores hematopoyéticos alogénico; enfermedad de injerto contra huésped.
F. Defectos del Sistema Inmunitario

A. MENOSCABO LABORAL PERMANENTE POR ANEMIAS

El menoscabo en la capacidad de trabajo por impedimentos anémicos está determinado por el nivel de hemoglobina en sangre periférica, y la necesidad transfusional. El rango al interior de la clase por la frecuencia de interferencias sobre las AVD.

Clase I **Menoscabo Laboral Permanente 1% - 7% - 14%**

- El nivel de Hemoglobina es de 9 gr/100 ml o más.
- No requiere transfusiones.

Clase II **Menoscabo Laboral Permanente 15% - 25% - 34%**

- El nivel de Hemoglobina es de 7 gr/100 ml o más.
- Requiere 1-2 unidades de glóbulos rojos cada 6 a 8 semanas.

Clase III **Menoscabo Laboral Permanente 35% - 42% - 49%**

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

Clase IV **Menoscabo Laboral Permanente 50% - 58% - 66%**

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

B. MENOSCABO LABORAL PERMANENTE POR DEFECTOS DE HEMOSTASIA Y COAGULACIÓN

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

Clase I **Menoscabo Laboral Permanente 1% - 7% - 14%**

- Presenta Hemofilia u otros trastornos permanentes de la hemostasia.

Clase II **Menoscabo Laboral Permanente 15% - 25% - 34%**

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

Clase III **Menoscabo Laboral Permanente 35% - 42% - 49%**

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

Clase IV **Menoscabo Laboral Permanente 50% - 58% - 66%**

- Presenta síntomas y signos severos por Hemofilia grave con secuelas como artropatía hemofílica, que limita las AVD.

Clase V **Menoscabo Laboral Permanente 67% - 74% - 80%**

- Existen síntomas y signos graves, por Hemofilia grave con secuelas como artropatía hemofílica grave, no recuperada con cirugía y que limita las AVD.

b) Menoscabo Laboral Permanente por Púrpuras y Trombocitopenias:

Clase I **Menoscabo Laboral Permanente 1% - 7% - 14%**

- El Recuento plaquetario es mayor de 51.000 x mm3.
- Sintomatología leve.

Clase II **Menoscabo Laboral Permanente 15% - 25% - 34%**

- El Recuento plaquetario está entre 21.000 y 50.000 x mm3.
- Tiene hemorragias mucocutáneas ocasionales.

Clase III **Menoscabo Laboral Permanente 35% - 42% - 49%**

- El recuento plaquetario es igual o menor a 20.000 x mm3.
- Presenta hemorragias en tejidos u órganos que pueden comprometer su función que deben evaluarse en el capítulo correspondiente según compromiso de las AVD, cuyos menoscabos deberán sumarse combinadamente.

c) Menoscabo Laboral Permanente por Síndromes Trombofílicos:

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

Clase I **Menoscabo Laboral Permanente 1% - 7% - 14%**

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

Clase II **Menoscabo Laboral Permanente 15% - 25% - 34%**

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

Clase III **Menoscabo Laboral Permanente 35% - 42% - 49%**

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

C. MENOSCABO LABORAL PERMANENTE POR DEFECTOS DE LOS LEUCOCITOS

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

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

Clase I **Menoscabo Laboral Permanente 1% - 7% - 14%**

- Existen síntomas y signos leves de anormalidad leucocitaria con valores de neutrófilos inferiores a 1.500 x mm3.
- Requiere tratamientos circunstanciales.

Clase II **Menoscabo Laboral Permanente 15% - 25% - 34%**

- Existen síntomas y signos moderados de anormalidad leucocitaria con valores de neutrófilos inferiores a 1.000 x mm3.
- Requiere tratamientos continuos que controlan los síntomas.

Clase III **Menoscabo Laboral Permanente 35% - 42% - 49%**

- Existen síntomas y signos importantes, de anormalidad leucocitaria con valores de neutrófilos inferiores a 500 x mm3.
- Requiere tratamiento que no logra controlar los síntomas.

Clase IV **Menoscabo Laboral Permanente 50% - 58% - 66%**

- Existen síntomas y signos severos de anormalidad leucocitaria con recuento de neutrófilos bajo 500 x mm3.
- Presenta infecciones recurrentes.

Clase V **Menoscabo Laboral Permanente 67% - 74% - 80%**

- Existen síntomas y signos graves de anormalidad leucocitaria con recuentos bajo 500 x mm3.
- Presenta infecciones permanentes.
- Limitaciones en las AVD.
- Confinado en domicilio.

D. NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS MALIGNAS Y OTROS SÍNDROMES

a) Menoscabo Laboral Permanente por Policitemias:

Clase I **Menoscabo Laboral Permanente 1% - 7% - 14%**

- El nivel de Hemoglobina es mayor a 18 gr/100 ml.
- Requiere tratamiento circunstancial.

Clase II **Menoscabo Laboral Permanente 15% - 25% - 34%**

- El nivel de Hemoglobina es mayor a 20 gr/100 ml.
- Requiere tratamiento continuo.

b) Características de Neoplasias Hematológicas Malignas que asignan menoscabo Laboral Permanente 80%:

Linfomas

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

Leucemias

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

Mieloma Múltiple

- Sin remisión después de quimioterapia (GES) y/o trasplante autólogo de médula ósea.
- Persistencia de dolores óseos que no responden a terapia analgésica adecuada, con o sin respuesta a la quimioterapia (GES) y/o a trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos ya que, a pesar de observarse

respuesta de los exámenes de laboratorio al tratamiento, hay persistencia de dolor invalidante.
- Complicaciones óseas con ostealgias intratables y/o fracturas patológicas que no revierten después de tratamiento.
- Hipercalcemia o Insuficiencia renal que no se resuelven después de tratamiento.
- Leucemia de células plasmáticas que se presenta al diagnóstico, durante o después del tratamiento.

E. TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS ALOGÉNICO - ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA HUÉSPED

La respuesta de las personas que reciben esta terapia es variable, dependiendo de la compatibilidad entre el donante y el receptor. Puede ser aguda (presente los primeros 100 días del trasplante) o crónica (presente después de los 100 días del trasplante). Aproximadamente un 20% de pacientes tendrán signos muy leves de rechazo, y el resto presentará algún grado de mayor intensidad, pudiendo considerarse configuradas dentro de las siguientes categorías:

Clase I **Menoscabo Laboral Permanente 1% - 7% - 14%**

- Existen síntomas y signos leves de rechazo, como sequedad de los ojos y la piel, que se controlan con tratamientos tópicos.
- Sin compromiso hepático ni gastrointestinal.

Clase II **Menoscabo Laboral Permanente 15% - 25% - 34%**

- Existen síntomas y signos moderados como sequedad de ojos y piel, eritema máculo-papular de la piel <25% de superficie corporal, debilidad muscular, diarrea, náuseas.
- Requiere tratamientos continuos que controlan los síntomas.

Clase III **Menoscabo Laboral Permanente 35% - 42% - 49%**

- Existen síntomas y signos importantes, como eritema máculo-papular de la piel en 25% a 50% de superficie corporal, úlceras bucales, ictericia (bilirrubina 2-3 mg/dl), diarrea 500-1.500 cc/día, náuseas y vómitos. Además, puede haber fatiga, caída del cabello.
- Requiere tratamiento que no logra controlar totalmente los síntomas.

Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50% - 58% - 66%

- Existen síntomas y signos severos, como eritrodermia generalizada, engrosamiento de la piel, ictericia (bilirrubina 3-6 mg/dl), diarrea 1.500-2.000cc/día, náuseas y vómitos, dolor abdominal.
- Puede haber disnea, debilidad muscular, tos persistente.
- Interferencias importantes en las AVD.
- Requiere tratamiento permanente sin control adecuado de la mayoría de los síntomas.

Clase V Menoscabo Laboral Permanente 67% - 74% - 80%

- Existen síntomas y signos graves, como eritrodermia generalizada y bulas, úlceras bucales y faríngeas dolorosas, ictericia (bilirrubina >6mg/dl), diarrea >2.000cc/día o dolor abdominal severo.
- Puede haber tos persistente, rigidez articular.
- Limitaciones importantes o severas en las AVD.
- Confinado en domicilio.

F. MENOSCABO LABORAL PERMANENTE POR DEFECTOS DEL SISTEMA INMUNITARIO: SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA POR VIH

Las personas viviendo con VIH+ son en la actualidad enfermos/as crónicos/as manejables con acceso expandido a terapias. El tratamiento antirretroviral asociado puede suprimir la replicación viral y permite la recuperación inmunológica (nivel CD4), y clínica (infecciones y neoplasias oportunistas). Estas personas deben ser evaluadas según su condición conforme a la calificación de 1993 del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) al momento del examen.

Clasificación de la Etapa de Infección según CDC

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

Tabla N°1: Recuento Linfocitario y categoría clínica			
Recuento Linfocitos CD4	**Categoría Clínica**		
> 500/uL	A1	B1	C1
200 a 499/uL	A2	B2	C2
< 200/ul	A3	B3	C3

Tabla N°2: Categoría Clínica B	
1	EBSA
2	Meningitis
3	Sepsis
4	Candidiasis vulvovaginal persistente
5	Candidiasis orofaríngea
6	Displasia cervical o carcinoma
7	Fiebre > 38.5 °C > 1 mes
8	Diarrea > 1 mes
9	Leucoplaquia oral vellosa
10	Herpes zoster > 2 episodios
11	Púrpura trombocitopénico idiopático
12	Listeriosis
13	Nocardiosis
14	Enfermedad Inflamatoria pélvica
15	Neuropatía periférica

Tabla N° 3: Categoría Clínica C	
1	Candidiasis traqueal-bronquial-pulmonar
2	Candidiasis esofágica
3	Carcinoma cérvix invasivo
4	Coccidiomicosis diseminada
5	Criptococosis extrapulmonar
6	Criptosporidiasis con diarrea > 1 mes
7	Infección por citomegalovirus (no hígado, bazo o ganglios)
8	Retinitis por citomegalovirus
9	Encefalopatía VIH
10	Herpes simple con úlcera miocutánea, bronquitis, neumonitis o esofagitis herpética.
11	Histoplasmosis diseminada
12	Isosporidiasis crónica

13	Sarcoma de Kaposi
14	Linfoma de Burkitt y otros linfomas no Hodgkin
15	Linfoma inmunoblástico
16	Linfoma cerebral primario
17	Infección por mycobacterium avium extra-pulmonar
18	TBC pulmonar
19	TBC extrapulmonar o diseminada
20	Infección por micobacterias diseminadas
21	Neumonía por pneumocystis jirovecii
22	Neumonía recurrente
23	Leucoencefalopatía multifocal progresiva
24	Sepsis recurrentes por salmonellas
25	Toxoplasmosis cerebral
26	Síndrome emaciación por VIH

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

A. Fase de Deterioro Inmune Transitorio: también denominado primoinfección VIH, comprende el período de los primeros **6 meses** de la infección cuyo diagnóstico definitivo puede efectuarse con serología negativa o indeterminada en los **6 meses** previos a una positiva. Es autolimitada y la mayoría de las veces sintomática.
B. Fase de Deterioro Inmune Definitivo: esta fase hace crónica la enfermedad, de curso irreversible, sintomática o asintomática.

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

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

Configuración:

1. Personas con inicio de tratamiento pendiente por no cumplir requisitos para comenzar terapia: impedimento no configurado.

2. Las personas bajo observación y tratamiento son las que no cumplen con el período mínimo de **9 meses** para evaluar resultados de la terapia y debe posponerse la calificación. El informe del especialista fundamentará esta condición: impedimento no configurado.
3. Personas sin terapia por dificultades de acceso a ella, que deberá verificar el peritaje sociolaboral: se clasifican CDC (Nadir) en etapa A3, B1 y B2 con menoscabo global 50%; las personas en etapa B3 y C con menoscabo global de 80%.
4. Las personas sin terapia por falla severa en la adherencia a tratamiento: se clasifican CDC (Nadir) en etapas A3, B1 y B2 con menoscabo global de 50%; las personas en etapa B3 y C con menoscabo global de 80%.
5. Las personas con terapia exitosa serán clasificadas según CDC y CD4 luego de completados **9 meses** de terapia según protocolo actualizado. La terapia exitosa estará definida de acuerdo con criterios clínicos y de laboratorio.
   Para efectos de calificación se determinará CD4 al momento de la presentación y serán consideradas las patologías B o C ocurridas una vez completados **9 meses** de terapia, que se hayan presentado durante los **12 meses** precedentes a la calificación.
   No se considerarán las patologías B o C anteriores a la terapia, con excepción de la Leucoencefalopatía multifocal progresiva, por ser irrecuperable aun con terapia antirretroviral exitosa.
   Corresponderá otorgar los siguientes menoscabos:

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

6. Los/las trabajadores/as con terapia fracasada son aquellos/as en que la TARV no logra suprimir la replicación viral a niveles de indetectabilidad después de **9 meses** de terapia ininterrumpida, o bien cuando después de haberla logrado reaparece CV en niveles significativos, teniéndose la certeza que existe adherencia al tratamiento por parte de la persona, deberán estar certificados por genotipificación, clasificados según CDC, pero se subclasifican según la viremia. Si la viremia es >10.000 copias suben de 2 a 3 y si es <10.000 mantienen su clase.
7. Las personas con daño tóxico mitocondrial de la terapia antirretroviral se pueden presentar con daño permanente sobre los sistemas Musculoesquelético, Cardiovascular, Neurológico, Nefrológico, Gastroenterológico y Linforreticular. Estos se califican según la clase del capítulo correspondiente y en suma combinada a esta clasificación.

Tipo de solicitante	Requisito	Configuración de Impedimento	Clasificación CDC y CD4	Clasificación y menoscabo		Observaciones
1. Pendiente de iniciar terapia		No configurado				
2. Con indicación de tratamiento, sin completar aún 9 meses de terapia		No configurado				
3. Con indicación de terapia, con dificultades de acceso a ella	Peritaje sociolaboral que certifica la imposibilidad de acceso a terapia	Configurado	Nadir	A1	10%	De existir posibilidades de acceso a la terapia se considerará impedimento no configurado
				A2	20%	
				A3	50%	
				B1	50%	
				B2	50%	
				B3	80%	
				C1-2-3	80%	
4. Con imposibilidad de terapia por falla severa de adherencia a ella	Informe de especialista que acredita imposibilidad de recibir tratamiento	Configurado	Nadir	A1	10%	De existir posibilidades de adherencia a la terapia se considerará impedimento no configurado
				A2	20%	
				A3	50%	
				B1	50%	
				B2	50%	
				B3	80%	
				C1-2-3	80%	
5. Con terapia exitosa	Informe de especialista que acredita 9 meses de terapia según protocolo actualizado	Configurado. Considerando las manifestaciones clínicas 12 meses antes de la calificación	Según CDC y CD4 habiendo completado 9 meses de terapia según protocolo actualizado	A1	10%	
				A2	20%	
				A3	50%	
				B1	50%	
				B2	50%	
				B3	80%	
				C1-2-3	80%	
6. Con terapia fracasada	Informe de especialista a acredita fracaso de terapia, certificada por genotipificación	Configurado una vez acreditada certeza de adherencia a terapia	Nadir	A1	10%	
				A2	20%	Si viremia >10.000: 50%
				A3	50%	
				B1	50%	
				B2	50%	Si viremia >10.000: 80%

				B3	80%	
				C1-2-3	80%	
7. Con daño tóxico mitocondrial de la terapia	Informe de interconsultor/a de especialidad según sistema afectado		Según corresponda de acuerdo a respuesta a terapia	A1	10%	
				A2	20%	Si viremia >10.000: 50%
				A3	50%	
				B1	50%	
				B2	50%	Si viremia >10.000: 80%
				B3	80%	
				C1-2-3	80%	

CAPÍTULO IX:
SISTEMA VISUAL

INTRODUCCIÓN

Estas Normas entregan criterios para la evaluación y calificación de los impedimentos del Sistema Visual que afectan a las personas, su configuración y el Menoscabo Laboral Permanente sobre la capacidad general de trabajo, expresado en las interferencias que producen sobre las Actividades de la Vida Diaria (AVD).

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

El impedimento configurado de este sistema implica un período mínimo de **6 meses** de observación y tratamiento completos, sin revertir a la mejoría.

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

EVALUACIÓN

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

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

A. AGUDEZA VISUAL CENTRAL

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

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

B. CAMPO VISUAL PERIFÉRICO

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

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

Se efectuarán a lo menos dos campos visuales con máxima corrección, con aplicación de verificación con índices equivalentes: I/4 y II/ 3, que coincidan dentro de un

límite de 15^0 en cada meridiano. El informe deberá considerar la extensión del campo desde el punto normal de fijación en los 8 meridianos: temporal, temporal inferior, inferior, nasal inferior, nasal, nasal superior, superior y temporal superior. El resultado será expresado como grados conservados sumando las cifras de los 8 meridianos.

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

C. MOTILIDAD OCULAR

El daño de la función muscular generalmente no es causa de pérdida de visión, excepto al mirar hacia abajo o cuando la diplopía está presente dentro de los 30^0 del punto de fijación. Para determinar la pérdida de la motilidad ocular de un ojo, se debe juntar gráficamente la separación de dos imágenes en un diagrama de Campo Visual o por diploscopía.

Cuando la diplopía compromete la mirada al frente, se debe contar con un estudio de diploscopía y con valores prismáticos de más de ocho para los horizontales y de más de cinco para los verticales ya que hasta esas cifras es posible compensar con anteojos con corrección prismática, en cuyo caso no se debe configurar, si es accesible.

MENOSCABO LABORAL PERMANENTE POR IMPEDIMENTOS VISUALES

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

A. Agudeza Visual Central

Tabla de Menoscabo Parcial por Agudeza Visual:

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

0.1	18	23	25	30	35	45	50	60	65	70	75
0.05	23	25	30	35	45	50	60	65	70	75	80
0.0 (ojo ciego)	25	30	35	45	50	60	65	70	75	80	85
Enucleación, evisceración o Ptisis bulbi	30	35	40	50	60	65	70	75	80	85	90

En casos de pérdida o disminución de la agudeza visual unilateral, estando el otro ojo sano, el menoscabo se encuentra en la primera línea horizontal. En casos de pérdida o disminución de la agudeza visual bilateral, el menoscabo se encuentra en la intersección de las columnas horizontal con la vertical de las visiones correspondientes a ojo derecho (OD) y ojo izquierdo (OI).

Cuando el menoscabo permanente por impedimentos visuales esté representado solamente por alteración de la agudeza visual desde 23%, debido a que podría agravar la incapacidad global determinada por otros impedimentos de diferente capítulo, corresponderá considerarlo en la suma combinada dado que su importancia no se puede soslayar.

B. Campo Visual Periférico

Menoscabos Parciales por Campo Visual Periférico en visión binocular:

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

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

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

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

C. Motilidad Ocular

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

D. Daños Oculares Varios

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

Hemianopsias verticales	Homónima der. e izq.	50%
	Heteronónimas binasales	40%
	Heteronónimas bitemporales	60%
Hemianopsias horizontales	Superiores	35%
	Inferiores	50%
Cuadrantopsias	Superiores	30%
	Inferiores	40%

Hemianopsias en sujetos monoculares	Nasal	50%
	Inferior	60%
	Temporal	60%

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

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

Otros daños oculares varios		Menoscabo parcial
Oftalmoplejia interna total unilateral		30%
Oftalmoplejia interna total bilateral		60%
Midriasis paralítica unilateral		5%
Midriasis paralítica bilateral		10%
Ptosis palpebral, pupila descubierta uni o bilateral		10%
Ptosis palpebral, pupila cubierta unilateral		25%
Ptosis palpebral, pupila cubierta bilateral		70%
Deformación palpebral unilateral		20%
Deformación palpebral bilateral		30%
Epíforaunilateral		10%
Epífora bilateral		15%
Hipolacrimia con Queratitis SICCA moderada		30%
Hipolacrimia con Queratitis SICCA severa		50%
Fístulas lagrimales unilateral		20%
Fístulas lagrimales bilaterales		30%
Exoftalmoplejia maligna mono o binocular		50%
Estrabismos Monoculares fuera del alcance terapéutico	Desviación > 25º	15%
	Desviación > 35º	25%

En evaluaciones de visión monocular los daños oculares varios sólo afectarán al ojo útil, excepto en el estrabismo que se da en relación con el otro ojo, que si es ciego estará desviado y el ojo útil (estrábico) estará alineado, por tanto, en tales casos al menoscabo por ojo ciego deberá sumarse 15% o 25%, según corresponda a desviación >25° o >35°, respectivamente.

CAPÍTULO X:
SISTEMA AUDITIVO, EQUILIBRIO Y FONACIÓN

INTRODUCCIÓN

Estas Normas entregan criterios para la evaluación y calificación de los efectos que el Impedimento configurado del Sistema Auditivo, el Equilibrio y la Fonación, producen sobre la capacidad general de trabajo de las personas, expresado en las interferencias que producen sobre las Actividades de la Vida Diaria (AVD).

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

El impedimento configurado de estos sistemas implica un período mínimo de **6 meses** de observación y tratamientos completos, sin revertir a la mejoría.

Se subdivide en:

A. Audición
B. Equilibrio
C. Fonación

A. AUDICIÓN

Para comprender conceptualmente la segmentación de los grados de hipoacusia, es necesario tener presente que los valores de **pérdida auditiva** medidos en decibeles (dB) no son arbitrarios, pudiendo identificarse hipoacusias leves, moderadas, severas y profundas de acuerdo con el impacto que tiene en la capacidad de **discriminación del lenguaje**, vale decir, en la capacidad de comprender el lenguaje oral y, en consecuencia, del nivel de incomunicación con el medio exterior. La normalidad se caracteriza por umbrales auditivos inferiores o iguales a 25 dB (96 % a 100 % de discriminación).

Hipoacusia	Umbral auditivo	Menoscabo laboral
Leve	25 < 40 dB (> 90 % de discriminación)	< 20%
Moderada	41 < 70 dB (> 76% de discriminación)	20% < 35%
Severa	71 > 90 dB (= o > 48% de discriminación)	35% < 45%
Profunda	+ de 90 dB (< 48% de discriminación)	45% a 50%

En consecuencia, siendo la discriminación acústica el factor que establece la mayor o menor deficiencia auditiva en la persona deberá siempre ser considerada por el/la especialista para configurar el compromiso auditivo funcional, la cual, por lo general, se encuentra en concordancia con el umbral auditivo entregado por las Audiometrías tonales, a diferencia de las neuropatías auditivas.

La capacidad de audición debe ser medida en cámara silente con certificación ISO y capacidad de efectuar audiometría tonal, audiometría con logo-audiometría para evaluar discriminación auditiva y audiometría en campo libre en frecuencias de 500, 1000, 2000, 4000 ciclos por segundo (Hz), para evaluar la necesaria compensación con prótesis auditivas.

En impedimentos de posible origen profesional se deberán agregar similares capacidades para la frecuencia 6000 Hz. Esta última frecuencia no se considerará para la determinación del menoscabo por morbilidad común, pero da opción al/la especialista de disponer de información adicional útil para pronunciarse sobre el eventual origen laboral del impedimento.

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

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

En presencia de impedimentos neurológicos asociados o ante situaciones en las cuales la persona no logre comprender las instrucciones de una audiometría tonal y no responda a los estímulos auditivos la existencia de una franca discrepancia entre los umbrales auditivos de la audiometría tonal y los umbrales auditivos percibidos en la conversación, la calidad del lenguaje que emplea la persona evaluada y la calidad de conversación durante la entrevista, umbrales audiométricos discrepantes al ser extrapolados con los niveles de actividad social descrita, considerando que la audición y lenguaje están íntimamente ligados, será necesario establecer de manera objetiva la confirmación de los umbrales auditivos, utilizando exámenes de medición auditiva que, a diferencia de las audiometrías tonales, cuya respuesta a la percepción de sonido es siempre voluntaria, no requieran de la voluntariedad ni tampoco de la comprensión de las indicaciones entregadas, empleando para este efecto equipos de potenciales evocados

auditivos, ya sean convencionales o inalámbricos, debiendo ser este el examen de elección cuando se enfrenten estas situaciones.

En las personas que presenten una sordera profunda bilateral se requerirá efectuar igualmente dos audiometrías tonales, adicionando en estos casos una impedanciometría y un potencial evocado auditivo de tronco cerebral, exámenes destinados a confirmar el grado de sordera, basándose en umbrales auditivos objetivos.

La impedanciometría debe entenderse como un examen objetivo de evaluación de patologías del oído medio, las cuales, de existir, potencialmente puedan distorsionar el umbral de los potenciales auditivos de tronco cerebral, modificando su umbral de respuesta.

El potencial evocado auditivo de tronco cerebral utilizando cliks, a su vez debe entenderse como un examen que permite establecer los umbrales auditivos de manera objetiva entre las frecuencias 2000 y 4000cps. asegurando, en consecuencia, umbrales dentro de los rangos mencionados. En casos calificados, en los que se requiera establecer los umbrales de las frecuencias 500cps y 1000cps, pueden ser utilizados los tonos Burst de los equipos de potenciales evocados auditivos, resultados igualmente objetivos.

Evaluación audiométrica

Deberá considerarse como oído con valor funcional nulo, o sea con 100% de daño, independientemente del umbral auditivo, si la discriminación de las palabras bisilábicas es inferior a 48% en la logoaudiometría con uso de prótesis auditiva. Sobre esos valores de discriminación deberá mantenerse el umbral auditivo como criterio de daño.

El promedio de los umbrales de audición a 500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz y 4000 Hz debe ser calculado para cada oído. El porcentaje de menoscabo parcial de la audición de cada oído se calcula multiplicando por 1.5 la cantidad por la cual el umbral promedio de audición excede los 25dB, que es el límite bajo, hasta un máximo de 100% que se alcanza a los 92dB, que es el límite alto. Cuando no hay audición a una determinada frecuencia, se le asigna el valor máximo, es decir 92dB.

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

Menoscabo Laboral Permanente por Impedimento Auditivo Monoaural:

SDU	%	SDU	%	SDU	%
100	0	190	33,8	280	67,5
105	1,9	195	35,6	285	69,3
110	3,8	200	37,5	290	71,2
115	5,6	205	39,4	295	73,1
120	7,5	210	41,2	300	75,0
125	9,4	215	43,1	305	76,9
130	11,2	220	45,0	310	78,8
135	13,1	225	46,9	315	80,6
140	15,0	230	48,9	320	82,5
145	16,9	235	50,6	325	84,4
150	18,8	240	52,5	330	86,2
155	20,6	245	54,4	335	88,1
160	22,5	250	56,2	340	90,0
165	24,4	255	58,1	345	90,9
170	26,2	260	60,0	350	93,8
175	28,1	265	61,9	355	95,6
180	30,0	270	63,8	360	97,5
185	31,9	275	65,6	365	99,4
				370 o más	100

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

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

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

El Menoscabo Laboral Permanente por Audición se determina por:

% menoscabo auditivo binaural x 0.5 = % menoscabo laboral permanente por audición

El menoscabo laboral permanente por audición igual o superior a 20%, podría agravar la incapacidad global determinada por otros impedimentos de diferentes capítulos, por lo que deberá considerarse en la suma combinada dado que su importancia no se puede soslayar.

Sin perjuicio de lo anterior, de existir una hipoacusia severa o profunda unilateral, estará comprometida la estereofonía o binauralidad, generando en la persona un difícil ambiente social y/o laboral, aun preservando su oído contralateral con audición normal, debido a que no le resultará posible localizar las fuentes sonoras, sean estas estáticas o en movimiento, sin apoyo visual; necesitará una mayor intensidad de sonido para comprender todo fonema bisilábico; y empeorará o anulará su discriminación en ambientes con ruido ambiental, aun cuando este sea moderado.

En esta condición de carencia de estereofonía, todo valor de menoscabo laboral permanente deberá también considerarse como insoslayable para la suma combinada.

Situaciones Especiales

La persona con **sordera total, SDU 368 bilateral**, tiene un 100% de menoscabo parcial auditivo, lo que corresponde a un 50% de Menoscabo Laboral Permanente por audición.

La persona con hipoacusia que presente **umbrales auditivos entre 41 y 81 dB** debe ser evaluada en términos del resultado de la compensación de su sordera con el uso de audífonos bilaterales o unilaterales, o bien implante coclear, implante de tronco cerebral si usare cualquiera de dichos dispositivos. Para este efecto, se deberá realizar una **audiometría en campo libre con audífonos**, no existiendo una opción técnica alternativa que puede homologar este modelo de evaluación.

Para realizar este examen, se requiere de una cámara silente con el espacio suficiente para que el sonido sea percibido desde parlantes ubicados en un ángulo de 45° en relación con la persona, a derecha e izquierda y a una distancia de al menos 1,2 metros.

En estas condiciones le corresponderá el menoscabo calculado por la evaluación audiométrica en campo libre usando el o los dispositivos.

El/la especialista señalará, en forma objetiva, empleando las mismas fórmulas de cálculo ya comentadas, la utilidad práctica de esta ayuda auditiva en cada caso particular.

La compensación auditiva con empleo de audífonos no resulta necesaria en hipoacusias entre los 25 y 40 decibeles, pues en tal rango no hay compromiso funcional auditivo que comprometa la discriminación de manera real, excepto en condiciones de

ambientes abiertos y ruido ambiental asociado, lo cual también ocurre en normo oyentes.

En la persona con hipoacusia bilateral profunda prelingual congénita o adquirida previamente al logro del lenguaje, debe aplicarse la suma combinada de su menoscabo auditivo y de lenguaje:

Sordera total o Hipoacusia profunda bilateral	50%
Mudez total o Fonemas orales incomprensibles	50%
Suma Combinada	75% de menoscabo laboral permanente

En la persona con hipoacusia profunda bilateral, pero con lenguaje oral básico monosilábico se tiene:

Hipoacusia profunda bilateral	50%
Lenguaje oral básico	40%
Suma Combinada	70% de menoscabo laboral permanente

De igual manera, procede la suma combinada de Hipoacusia y Tinnitus por potenciarse entre ellas total o parcialmente y que, por corresponder al mismo capítulo, si alcanzan 25% o más de menoscabo, pueden sumarse combinadamente con otros menoscabos de la persona evaluada según las reglas del Capítulo Introducción de estas Normas.

Procederá también adicionar combinadamente a los menoscabos por Hipoacusia y Tinnitus presentes individualmente o en conjunto, el menoscabo consignado por Vértigo configurado, cuando éste sea manifestación de un Síndrome de Menière.

Tinnitus

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

Se considera un Tinnitus objetivo cuando la persona evaluada puede reconocer la o las frecuencias que componen este acúfeno y el mismo puede ser anulado con intensidades de sonido entre 1 y 5 dB superiores a lo señalado por ella para iguales frecuencias, situación que puede ser repetida en exámenes posteriores.

Impedimentos secundarios no asignan menoscabo, vale decir, sintomatología subjetiva que puede homologar o acompañar la clínica de un Tinnitus, como son la diploacusia o sensación de percibir dos sonidos de igual frecuencia con dos tonalidades

distintas en cada uno de los oídos, la algiacusia o hipersensibilidad auditiva manifestando intolerancia a la mayoría de los sonidos cotidianos que rodean a la persona y la otalgia o sensación de dolor ótico en presencia de un examen físico del oído totalmente normal.

B. EQUILIBRIO

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

Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos Vertiginosos:

El Impedimento vertiginoso periférico se caracteriza por una percepción en crisis de alucinación visual, percibiendo la persona el desplazamiento de objetos perimetrales hacia su derecha, su izquierda, hacia atrás o adelante, pero siempre unidireccional, con gran variabilidad se síntomas acompañantes, como pérdidas de la posición erecta, náuseas, vómitos, cefalea, sudoración, tinnitus y pérdidas fluctuantes de la audición.

Con posterioridad a la crisis vertiginosa periférica, es frecuente el vértigo postural paroxístico benigno (VPPB), el cual no debe ser considerado un episodio equivalente a la crisis inicial, sino una secuela transitoria de la misma, así como la inestabilidad en la marcha y, particularmente, el desequilibrio sin apoyo visual, el cual suele ser descrito como oscilaciones multidireccionales o con lateralización fluctuante, lo que solo traduce las diferentes fases de la compensación vestibular mediada por el Sistema Nervioso Central.

La presencia de ataxia, dismetría y disdiadococinesia, entre otros síntomas, sugieren compromiso cerebeloso central y no vestibular.

Las crisis laberínticas únicas suelen ser temporales, autocompensadas por el Sistema Nervioso Central, y, en consecuencia, no asignan menoscabo permanente.

Por el contrario, una crisis vertiginosa objetiva recurrente, que persiste por periodos de meses, suele representar daño funcional en el o los vestíbulos; estos episodios evolucionarán a una lesión vestibular compensada o establecerán el perfil de una patología definitiva no compensable, por lo cual se recomienda un seguimiento no inferior a **6 meses** previo a establecer un diagnóstico definitivo, un pronóstico y, eventualmente, configurar un impedimento, considerando los antecedentes clínicos relatados.

En este contexto, es útil recordar que el examen de 8° par tradicional evalúa solo los canales semicirculares laterales, a diferencia del estudio del reflejo cefálico (vHIT), que

evalúa también los canales posteriores y superiores, por lo cual no es infrecuente encontrar información opuesta en ambos exámenes; la misma no debe ser considerada una información discordante.

Sin perjuicio de lo anterior, el examen de 8° par, entre otros, es relevante si se sospecha la existencia de una enfermedad de Meniere u otra hidropesía endolinfática.

Teniendo a la crisis inicial como referencia, de persistir episodios recurrentes con características similares en intensidad y sintomatología después de 1 año, debe considerarse ese primer evento como el episodio inicial de una patología mayor, que sugiere la existencia de daño vestibular combinado o de múltiples estructuras sensoriales, sin perjuicio de lo cual las pérdidas de función vestibular suelen tener compensación neurológica central en períodos que no suelen superar los 12 meses, lapso en que las personas deberán estar en observación previo a la eventual configuración de su patología, la cual debe basarse en resultados objetivos para establecer su diagnóstico final y eventualmente su pronóstico y no solo en los antecedentes clínicos relatados.

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

Clase I **Menoscabo Laboral Permanente 1% - 7% - 14%**

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

Clase II **Menoscabo Laboral Permanente 15% - 25% - 34%**

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

Clase III **Menoscabo Laboral Permanente 35% - 42% - 49%**

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

Clase IV **Menoscabo Laboral Permanente 50% - 58% - 66%**

- Los síntomas y signos son severos, tienen control precario.

- Las AVD tienen que ser supervisadas y ayudadas.
- No tienen autonomía.

Clase V Menoscabo Laboral Permanente 67% - 74% - 80%

- Los síntomas y signos son graves, no tienen control.
- La persona tiene necesidad de asistencia permanente y está confinada.

C. FONACIÓN

Esta sección considera los impedimentos de la persona que dan por resultado la pérdida de la producción de la voz por sus medios normales y, en consecuencia, del lenguaje. La evaluación de la pérdida del lenguaje incluye la incapacidad de producirlo con posterioridad al empleo de la rehabilitación foniátrica o a la cirugía convencional accesible.

En su estudio resulta esencial el examen endoscópico de la laringe: la nasolaringofibroscopía permite evaluar la indemnidad anatómica de la glotis laríngea y, en particular, de sus cuerdas vocales, para confirmar o descartar lesiones físicas como nódulos, pólipos, granulomas, eritroplaquias, úlceras, tumores, papilomas, entre muchas otras causas, así como alteraciones funcionales como disfonías espasmódicas, músculo-tensionales o simplemente hipotónicas.

La Disfemia, Espasmofemia o Tartamudez es un trastorno en la fluidez del habla que se caracteriza por una vocalización interrumpida o intermitente que afecta el ritmo de la voz, muchas veces prolongando el fonema de manera recurrente, de inicio brusco, repetitivo y que incide en la adecuada comprensión del lenguaje.

Su grado de menoscabo estará configurado de acuerdo con el compromiso en la inteligibilidad del habla, el tiempo de evolución de esta patología, de la factibilidad de su rehabilitación y de la existencia de patología concomitante comprobada que incida en su pronóstico.

Menoscabo Laboral Permanente por Impedimentos de la Fonación:

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

Clase I Menoscabo Laboral Permanente 1% - 7% - 14%

- La audibilidad del habla es mala en autobuses, restaurantes y, en general, en ambientes con ruido ambiental.

- Es inteligible, pero comete errores fonéticos de manera habitual.
- La eficiencia funcional encuentra dificultades, tiene interrupciones, o lo hace despacio.
- Puede hacerse oír en conversación solo con una persona adicional, en ambientes abiertos con ruido ambiental.
- Se le dificulta realizar actividades de comunicación rutinarias en su trabajo habitual, pero sin requerir modificar su régimen laboral o solicitar ser reemplazado/a.

Clase II Menoscabo Laboral Permanente 15% - 25% - 34%

- Se le dificulta realizar actividades de comunicación rutinarias en su trabajo habitual, debiendo modificar su régimen laboral o en ocasiones solicitar ser reemplazado/a.
- Puede hacerse oír en conversación solo con una persona adicional en ambientes cerrados sin ruido ambiental.
- No es audible en sitios ruidosos.
- Personas extrañas encuentran dificultades para entenderle.
- Se fatiga rápidamente, conversa sólo breves períodos.
- Se le dificulta comunicarse mediante teléfono, pero logra hacerlo con esfuerzo.

Clase III Menoscabo Laboral Permanente 35% - 42% - 49%

- No puede realizar actividades rutinarias de comunicación en su trabajo habitual, debiendo ser reemplazado/a.
- Puede hacerse oír en pocas ocasiones, la voz es susurrada.
- No puede hablar por teléfono.
- Algunas unidades fonéticas no se le entienden.
- Le cuesta trabajo hablar y lo hace despacio.

Tratándose de una persona que sea portadora de traqueostomía definitiva por laringectomía total, y que por consiguiente ha perdido el órgano emisor de la voz, corresponderá asignar 50% de menoscabo laboral permanente.

CAPÍTULO XI:
IMPEDIMENTOS MENTALES

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

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

Del mismo modo, estarán configurados aquellos trastornos mentales con diagnóstico establecido, tratados según los conocimientos de la especialidad, por un período mínimo de **12 meses**, con buena adherencia al tratamiento, accesible por la persona evaluada, con recurrencia cuya gravedad y frecuencia o persistencia de la intensidad de los síntomas lo estime el/la especialista, y que no han logrado remitir, o sólo la remisión sea parcial.

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

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

La coexistencia de dos o más trastornos mentales en una misma persona no dará lugar a suma combinada de menoscabos, salvo que en conjunto agraven la incapacidad laboral y que dos especialistas acrediten su potenciación y siempre que ello no represente una doble ponderación de menoscabos aplicándose en tal caso la suma combinada conforme a lo señalado en el Capítulo Introducción de estas normas.

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

EVALUACIÓN

La evaluación de los impedimentos mentales se efectuará mediante entrevista psiquiátrica que deberá incluir: anamnesis próxima y remota, historia laboral, examen mental y complementariamente exámenes de laboratorio, revisión de fichas clínicas, test psicométricos, peritaje sociolaboral, u otros que se estimasen necesarios.

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

A. **Trastornos Mentales Orgánicos y Trastornos Somáticos:** Demencia de Alzheimer, Demencia vascular, otras Demencias, Síndrome amnésico orgánico, Síndrome orgánico cerebral, Trastornos mentales por lesión, disfunción o Enfermedad física, Trastornos orgánicos de la personalidad o Enfermedad, lesión o disfunción, Trastorno mental orgánico o somático.
B. **Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas:** Trastorno mental por uso de alcohol, Trastorno mental por uso de opiáceos, Trastorno mental por uso de cannabinoides, Trastornos mentales por uso de sedantes o hipnóticos, Trastornos mentales por uso de cocaína, Trastornos mentales por uso de cafeína, Trastornos mentales por uso de alucinógenos, Trastornos mentales por uso de tabaco, Trastornos mentales por uso de disolventes volátiles, Trastornos mentales por uso de múltiples drogas.
C. **Esquizofrenia, Trastornos Esquizotípicos y Trastornos delirantes:** Esquizofrenia, Trastorno esquizotípico, Trastornos delirantes persistentes, Trastornos psicóticos, Trastorno delirante inducido, Trastornos esquizoafectivos, Psicosis no orgánicas.
D. **Trastornos del Humor:** Episodios maníacos, Trastorno afectivo bipolar, Episodios depresivos, Trastorno depresivo recurrente, Trastornos del humor persistentes, Distimias, Ciclotimias, otros Trastornos del humor.
E. **Trastornos Neuróticos, Trastornos relacionados a Estrés, Trastornos Somatomorfos:** Trastornos fóbicos de ansiedad, Trastornos de ansiedad, Trastornos obsesivo-compulsivos, Reacción al estrés grave, Trastornos de adaptación, Trastornos disociativos o de conversión, Trastornos somatomorfos, Trastornos de la ingestión de alimentos, Trastornos no orgánicos del sueño, Disfunciones sexuales y Trastornos mentales puerperales.
F. **Trastornos de la Personalidad y del Comportamiento en Adultos:** Trastornos específicos de la personalidad, Trastornos mixtos de la personalidad, Cambios de personalidad, Trastorno de los hábitos e impulsos, Trastornos facticios.
G. **Trastornos del Neurodesarrollo:** Trastornos del desarrollo intelectual y Trastornos del espectro autista, Síndrome de Asperger.

MENOSCABO LABORAL PERMANENTE POR TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS Y TRASTORNOS SOMÁTICOS

El menoscabo laboral permanente de estos impedimentos está determinado por el compromiso de las funciones complejas integradas del cerebro: orientación temporal, espacial y autopsíquica, comprensión, memoria próxima y remota, juicio, decisiones, atención y concentración, introspección, comportamiento social y su reflejo en la capacidad para llevar a cabo las AVD determinan el rango al interior de la clase.

La evaluación necesariamente deberá descartar causas neurológicas reversibles o tratables por el o la especialista. Ello implica contar con evaluación neurológica, examen psicométrico, de laboratorio y neuroimágenes correspondientes, a solicitud del o la perito/a de acuerdo con la norma ministerial vigente.

Los trastornos depresivos concomitantes deberán estar tratados adecuadamente cuando se plantee el impedimento Trastorno Mental Orgánico sin causal definida.

Clase I **Menoscabo Global de la Persona 1% - 7% - 14%**

- La persona presenta daño leve en las funciones complejas integradas del cerebro, comparativamente a sus capacidades premórbidas.
- La interferencia en las AVD es mínima.
- Hay compromiso leve de la memoria de trabajo.

Clase II **Menoscabo Laboral Permanente 15% - 25% - 34%**

- Existe compromiso de memoria reciente, mayor dificultad y lentificación de la organización del pensamiento, disminución de la capacidad de atención y comprensión.
- Compromiso moderado de la memoria de trabajo.
- Procesa mal las informaciones nuevas.
- Las AVD que requieren destreza como conducir, operar herramientas o maquinaria, están interferidas.
- Presenta descuido del aspecto personal.
- Controla impulsos.

Clase III **Menoscabo Laboral Permanente 35% - 42% - 49%**

- La persona presenta daño importante en las funciones complejas integradas del cerebro.
- Tiene dificultades con la mayoría de las AVD.
- Puede requerir supervisión.
- En el rango alto de la clase requiere supervisión frecuente pero no permanente para algunas AVD como aseo personal, vestimenta y desplazamiento.

Clase IV **Menoscabo Laboral Permanente 50%- 58% - 66%**

- El compromiso de las funciones complejas integradas del cerebro es severo.
- Requiere supervisión y cuidado para las AVD.

Clase V **Menoscabo Laboral Permanente 67% - 74% - 80%**

- El compromiso de las funciones complejas integradas del cerebro es grave.
- Requiere asistencia en todas las AVD.
- Permanece confinado.

B. MENOSCABO LABORAL PERMANENTE POR TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

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

Clase I **Menoscabo Global de la Persona 1% - 7% - 14%**

- Existe un patrón de consumo nocivo con intoxicaciones frecuentes.
- No tiene dependencia.
- La interferencia con las AVD es ocasional y determinada por complicaciones somáticas del consumo (intoxicación aguda, gastritis, cefalea), que requieren control médico ambulatorio.
- Mantiene eficiencia social y laboral.

Clase II **Menoscabo Global de la Persona 15% - 25% - 34%**

- Existe un patrón de consumo nocivo con intoxicación habitual que produce interferencias en el normal funcionamiento.
- No tiene dependencia.
- Las AVD que requieren destrezas como conducir, operar herramientas o maquinaria, están interferidas en forma moderada.

Clase III **Menoscabo Global de la Persona 35% - 42% - 49%**

- Existe un patrón de consumo nocivo con intoxicaciones inveteradas o intermitentes de una frecuencia tal que interfiere con la realización del trabajo en cuanto a rendimiento y/o en cuanto a estabilidad.
- Tiene dependencia, ha presentado síndrome de abstinencia.

- En el rango alto de la clase presenta complicaciones físicas o mentales importantes.
- Las AVD están interferidas en forma importante pudiendo requerir supervisión.
- Ausentismo laboral reiterado.

Clase IV Menoscabo Global de la Persona 50% - 58% - 66%

- Existe un patrón de consumo nocivo que ha llevado a un síndrome de dependencia grave y a problemas mentales, físicos, legales o familiares derivados directamente del consumo.
- En el rango bajo el consumo se mantiene pese al tratamiento y a complicaciones sociofamiliares graves logrando alguna estabilidad laboral.
- En el rango medio ha presentado complicaciones físicas o mentales graves, pero potencialmente reversibles (epilepsia, psicosis).
- En el rango alto de la clase presenta complicaciones irreversibles (DOC, cirrosis) y/o requiere supervisión constante.
- Una vez esté presente una complicación severa física o mental irreversible derivada directamente del consumo, la abstinencia actual de la sustancia no invalidará el otorgamiento de la clase.

Para el estudio de estos impedimentos deberá considerarse en su evaluación y ponderación la existencia de las características siguientes, verificables por medio de PSL o de otros de los profesionales de colaboración médica del Sistema:

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

C. MENOSCABO LABORAL PERMANENTE POR ESQUIZOFRENIA, TRASTORNOS ESQUIZOTÍPICOS, TRASTORNOS DELIRANTES

El menoscabo laboral permanente de estos impedimentos está determinado por: alteraciones de la percepción (alucinaciones) alteraciones del curso o contenido del pensamiento (pensamiento desestructurado o disgregado, delirios), desorden en el comportamiento social, pérdida de control emocional, defectualidad o síntomas negativos (por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia, abulia). El rango al interior de la clase por la frecuencia con que los síntomas interfieren las AVD habiéndose descartado cuadros psicóticos transitorios.

Clase I **Menoscabo Laboral Permanente 1% - 7% - 14%**

- Síntomas predominantemente negativos o deficitarios.
- Pueden existir alteraciones leves de la percepción y peculiaridades del pensamiento.
- El juicio de realidad puede estar sutilmente alterado.
- No presenta síntomas positivos o estos se encuentran encapsulados.
- No perturba su entorno, puede cumplir las AVD con interferencias leves determinadas principalmente por eficiencia social.
- En control médico ambulatorio.

Clase II **Menoscabo Laboral Permanente 15% - 25% - 34%**

- Tiene conductas peculiares, que no alcanzan a ser disruptivas para el entorno.
- Existen alteraciones moderadas de la percepción y del pensamiento.
- La conducta se desordena con frecuencia.
- Descuida su aspecto personal.
- Tiene disminuidas sus destrezas sociales y de comunicación.
- Requiere control médico ambulatorio.
- Puede requerir consultas de urgencia ocasionalmente.

Clase III **Menoscabo Laboral Permanente 35% - 42% - 49%**

- Existen alteraciones importantes en el pensamiento y percepción de la realidad.
- Tiene descuido en hábitos y vocabulario.
- Tiene incontinencia emocional, manifiesta dificultades en la expresión e interacción social, con pérdida de las destrezas sociales y de comunicación.
- Puede realizar trabajos rutinarios y que requieran una interacción social mínima.
- Puede requerir supervisión en actividades sociales e instigación en AVD esenciales y domésticas sin pérdida de autonomía.
- Responde favorable pero parcialmente a tratamiento, cuyo cumplimiento debe ser supervisado, en el rango alto de la clase.
- Puede haber requerido hospitalizaciones.
- Hay evidencia de Esquizofrenia defectual/residual, con sintomatología negativa importante.

Clase IV Menoscabo Laboral Permanente 50% - 58% - 66%

- El pensamiento está desestructurado y percibe erróneamente la realidad.
- Hay severo desajuste conductual, mal cuidado personal y debe ser vigilado por cuidado de sí mismo o los demás por la presencia de síntomas negativos o positivos (pensamiento desestructurado, alucinaciones, juicio de realidad alterado) severos que le impiden desenvolverse socialmente de manera efectiva.
- La ausencia de supervisión por la inexistencia de red de apoyo que la lleve a cabo no debe considerarse como una causa de descarte de otorgar esta clase.
- Las cuatro áreas de las AVD están severamente interferidas.
- Puede requerir consultas de urgencia frecuentes.
- Ha requerido hospitalizaciones.

Clase V Menoscabo Laboral Permanente 67% - 74% - 80%

- El desorden del pensar, el juicio de realidad, el comportamiento social y el control emocional, están totalmente fuera de manejo ambulatorio.
- Requiere supervisión permanente y/o confinamiento.
- Las cuatro áreas de las AVD están gravemente interferidas.

D. MENOSCABO LABORAL PERMANENTE POR TRASTORNOS DEL HUMOR

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

Clase I Menoscabo Global de la Persona 1% - 7% - 14%

- Síndrome hipomaníaco y/o depresión leve, con normalidad entre los episodios.
- Presenta leve interferencia en las AVD.
- Puede requerir reposo laboral una vez por año.
- A pesar de tratamiento, se producen nuevos episodios, pero estos tienen una duración de producción de incapacidad laboral inferior o igual a 6 semanas.

Clase II **Menoscabo Global de la Persona 15% - 25% - 34%**

- Síndrome hipomaníaco moderado y/o depresión moderada.
- No ha requerido hospitalización.
- A pesar de tratamiento permanente presenta hasta dos episodios de severidad moderada al año con remisión parcial o total de síntomas entre episodios, que le permiten mantener estabilidad laboral.

Clase III **Menoscabo Global de la Persona 35% - 42% - 49%**

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

Clase IV **Menoscabo Global de la Persona 50% - 58% - 66%**

- Depresión, manía y/o síndrome mixto severo, con o sin síntomas psicóticos.
- En períodos intercríticos conserva autonomía, pero presenta interferencia habitual o permanente en las AVD determinada por síntomas residuales y/o efectos colaterales de tratamiento farmacológico.
- En períodos críticos presenta interferencia severa en AVD determinada por síntomas severos.
- Ha requerido hospitalización, presentando síntomas gran parte del año.
- En el rango alto de la clase las AVD requieren supervisión constante en los periodos críticos

Clase V **Menoscabo Laboral Permanente 67% - 74% - 80%**

- Depresión grave con o sin síntomas psicóticos y/o síndrome maníaco grave y/o síndrome mixto grave con síntomas psicóticos.
- No hay normalidad entre episodios.
- No tiene autonomía.
- Requiere supervisión constante y en el rango alto de la clase está confinado

E. MENOSCABO LABORAL PERMANENTE POR TRASTORNOS NEURÓTICOS, TRASTORNOS RELACIONADOS AL ESTRÉS, TRASTORNOS SOMATOMORFOS

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

Clase I **Menoscabo Global de la Persona 1% - 7% - 14%**

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

Clase II **Menoscabo Global de la Persona 15% - 25% - 34%**

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

Clase III **Menoscabo Global de la Persona 35% - 42% - 49%**

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

Clase IV **Menoscabo Global de la Persona 50% - 58% - 66%**

- Las reacciones psiconeuróticas son severas, catastrofales, existen patologías en órganos o miembros que están fuera de control, puede haber depresión y desinterés, ideación suicida, aislamiento.

- En el rango alto de la Clase necesita supervisión, es dependiente de terceros en actividades de desplazamiento y en algunas otras esenciales y domésticas, y se encuentra incapacitado para realizar cualquier trabajo.

F. MENOSCABO LABORAL PERMANENTE POR TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO EN ADULTOS

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

Se incluyen diversas alteraciones y modos de comportamiento que tienen relevancia por sí mismos, abarcan formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas en el sujeto. Se manifiestan como modalidades estables de respuesta en amplio espectro de situaciones individuales y sociales. Representan desviaciones extremas o significativas del modo como la persona normal y de una cultura determinada, piensa siente y se relaciona con los demás.

Para configurarse el impedimento, es deseable que tenga apoyo en psicodiagnóstico, prescindible si los antecedentes anamnésticos son suficientes y/o categóricos para sostener el diagnóstico, y se debe considerar que el trastorno puede o no incidir en la refractariedad de otros impedimentos neuróticos o del humor, pudiendo modificar el rango de la clase de dichos impedimentos sin ser configurado por sí mismo. La clase está determinada por la intensidad de los síntomas y signos; el rango al interior de la clase por la frecuencia de compromiso sobre las AVD.

Clase I Menoscabo Global de la Persona 1% - 7% - 14%

- Presenta discernimiento pobre, dificultad para el control y juicio de su comportamiento personal que, a consecuencia de sus rasgos de personalidad, tiene dificultades ocasionales para la resolución de situaciones y conflictos en el ámbito de lo interpersonal.
- Tiene habilidad para evitar perturbaciones serias en sus relaciones con la comunidad y no se daña significativamente a sí misma.
- La historia afectiva y laboral ha sido de estabilidad, ha logrado estabilidad en las relaciones interpersonales y ha desarrollado trabajo(s) en forma adecuada.

Clase II **Menoscabo Global de la Persona 15% - 25% - 34%**

- Permanente pérdida del auto control ante situaciones de conflictos y frustraciones.
- Presenta mal control del comportamiento personal, no consigue aprender de la experiencia, su conducta es perturbadora para el entorno.
- Puede causar daño a los que le rodean y puede dañarse a sí misma de modo continuo e importante, ocasional o frecuentemente.
- Producto de sus rasgos de personalidad tiene dificultades frecuentes para la resolución de situaciones y conflictos en el ámbito de lo interpersonal.
- La historia afectiva y laboral ha sido de inestabilidad, con quiebres afectivos y cambios de trabajo frecuentes y de escaso tiempo de duración con progresiva rigidez e incapacidad de conductas adaptativas laborales y personales.

Clase III **Menoscabo Global de la Persona 35% - 42% - 49%**

- Conducta perturbadora para el entorno por irresponsabilidad por normas, reglas y responsabilidades sociales.
- Descargos de agresividad y conductas violentas.
- Incapacidad para sentir culpas.
- Con historia afectiva de alta inestabilidad con cambios frecuentes de relación de pareja, trabajos inestables y de corta duración con despidos frecuentes por conflictos interpersonales, dependencia de terceros o rigidez extrema y excesivo apego a las normas entre otras.
- Presenta importante interferencia en AVD de eficiencia social (por conductas bizarras, conflictividad o extrema dependencia de terceros) y puede requerir supervisión por representar riesgo para sí misma o para terceros.
- Desajustes conductuales importantes, inestabilidad afectiva y descontrol de impulsos que puede o no estar asociado a consumo de sustancias, trasgresión a normas sociales.

G. MENOSCABO LABORAL PERMANENTE POR TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO

Trastornos del desarrollo intelectual

El menoscabo laboral permanente de este impedimento se estima, de manera convencional a través de exámenes de inteligencia estandarizados, considerándose **la funcionalidad y la adaptación social adquirida por educación y rehabilitación lo más relevante** para la calificación, siendo deseable contar con peritaje sociolaboral,

especialmente en Clases II y III. Debe considerarse que a lo largo de los años puede asociarse un mayor deterioro por deprivación sociocultural, debiendo constar tal hallazgo en el informe.

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

Clase I **Menoscabo Global de la Persona 1% - 15% - 29%**

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

Clase II **Menoscabo Global de la Persona 30% - 40% - 49%**

- Presencia de retraso del desarrollo intelectual de tipo moderado.
- Existe deficiencia intelectual **referencial** de 35 a 49 puntos de C.I.
- Tiene capacidad de relacionarse socialmente, puede conocer el valor del dinero, pero tiene dificultades para su uso.
- Requiere alguna supervisión en algunas AVD, especialmente que sus desplazamientos le sean indicados o que en su trabajo le sean asignadas y supervisadas sus tareas con relativa frecuencia y en el cual es capaz de desarrollar actividades manuales repetitivas.
- Logra trabajos simples, esporádicos y bajo supervisión de terceros.

Clase III **Menoscabo Global de la Persona 50% - 58% - 66%**

- Presencia de retraso del desarrollo intelectual severo.
- Existe déficit intelectual importante con C.I. inferior a 35 puntos.
- Requiere supervisión y dirección o instigación para las actividades básicas de la vida diaria.

- Puede aprender y seguir instrucciones simples.
- No conoce el valor del dinero.
- No pueden actuar ante situaciones de peligro ni de protección de sí mismo.

Clase IV Menoscabo Global de la Persona 67% - 74% - 80%

- Presencia de Trastorno del desarrollo intelectual profundo.
- Existe déficit intelectual grave con C.I. inferior a 20 puntos.
- Presenta escaso desarrollo de lenguaje y comunicación básica.
- Incapacidad para comprender instrucciones.
- Sin rendimiento cognitivo, sin lenguaje, sin posibilidades de marcha habitualmente en postración.
- No puede preocuparse de su cuidado personal, debe ser aseado y alimentado.
- Es totalmente dependiente.
- Habitualmente está confinado en su hogar o en una institución.
- Sólo comprende órdenes básicas y hace peticiones simples.
- Necesita vigilancia.

Trastornos del Espectro Autista, Síndrome de Asperger

Este grupo está integrado por impedimentos que comparten alteraciones cualitativas características de la interacción social, de las formas de comunicación y por un repertorio conductual de intereses y/o de actividades repetitiva, estereotipada y restrictiva. Es habitual, aunque no constante, que haya algún grado de alteración cognoscitiva general, aunque estos trastornos están definidos por la desviación del comportamiento en relación con la edad mental de la persona (retrasada o no). Respecto de su funcionalidad, de relevancia para esta norma, se comportan como un continuo respecto a afectación de dos ámbitos del funcionamiento mental: la capacidad de socialización y la afectación cognitiva (que puede o no estar alterada). Van desde una profunda alteración de la capacidad cognitiva y la ausencia de comunicación, hasta dificultades en la socialización con una capacidad intelectual conservada.

El menoscabo laboral permanente de estos impedimentos está determinado por el nivel de funcionamiento y la capacidad de interacción y adaptación social. El rango al interior de la clase por la frecuencia con que se interfieren las AVD. Dado que los impedimentos en este grupo pueden presentar déficit cognitivo, no se ha de configurar concomitantemente con un Trastorno del desarrollo intelectual para no producir doble ponderación del menoscabo.

Clase I **Menoscabo Global de la Persona 1% - 7% - 14%**

- Presenta dificultades leves de la interacción social, que no interfieren en su funcionalidad, además de intereses, actividades y/o patrones conductuales repetitivos y estereotipados.
- No presenta déficits o retrasos del lenguaje ni déficits cognitivos.
- Es independiente en la mayor parte de las AVD.

Clase II **Menoscabo Global de la Persona 15% - 25% - 34%**

- Presenta dificultades moderadas de la interacción social, que interfieren ocasionalmente en su funcionalidad, además de intereses y/o actividades repetitivas y estereotipadas.
- Existen alteraciones de la comunicación, déficits del lenguaje o déficits cognitivos de carácter leve cuya funcionalidad se corresponde con la clase I de Trastorno del desarrollo intelectual.
- Requiere asistencia ocasional en algunas AVD, pero mantiene independencia en la mayor parte de ellas.

Clase III **Menoscabo Global de la Persona 34 - 42% - 49%**

- Presenta dificultades importantes en la interacción social, que interfieren frecuentemente en su funcionalidad, además de intereses y/o actividades repetitivas y estereotipadas.
- Pueden existir déficits o retrasos del lenguaje o déficits cognitivos de carácter importante cuya funcionalidad se corresponde con la clase II de Trastorno del desarrollo intelectual.
- Requiere asistencia frecuente en las AVD.
- No tiene independencia en la mayor parte de las AVD.

Clase IV **Menoscabo Global de la Persona 50% - 58% - 66%**

- Presenta dificultades severas en la interacción social, que interfieren en su funcionalidad, con necesidad de supervisión.
- Existen déficits o retrasos del lenguaje o déficits cognitivos de carácter severo cuya funcionalidad se corresponde con la clase III de Trastorno del desarrollo intelectual.
- Requiere asistencia en todas las AVD, sin autonomía.

Clase V **Menoscabo Global de la Persona 67% - 74% - 80%**

- No existe interacción social efectiva.
- Existe déficits o retrasos del lenguaje o déficits cognitivos de carácter grave cuya funcionalidad se corresponde con un Trastorno profundo del desarrollo intelectual.
- Tiene total dependencia de terceros.

CAPÍTULO XII:
IMPEDIMENTOS NEOPLÁSICOS MALIGNOS

INTRODUCCIÓN

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

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

En la elaboración de los informes de los/las interconsultores/as será útil que estos/as profesionales evalúen las neoplasias malignas agrupándolas por localizaciones utilizando la clasificación TNM que permite una buena aproximación a aspectos pronósticos, curativos y de complicaciones. Del mismo modo, la utilización de la Escala de Performance Status - ECOG (Escala Funcional del Eastern Cooperative Oncology Group) que permite la evaluación del estado general de la persona afectada por una neoplasia maligna.

Para la calificación del menoscabo producido por una neoplasia maligna es indispensable contar con los antecedentes de todas las atenciones que la persona ha recibido, muy especialmente biopsias, procedimientos quirúrgicos u otros. Además, los antecedentes de fichas clínicas obtenidos a través de los/las interconsultores/as domiciliarios y peritajes sociolaborales. Especial relevancia tiene el informe del Comité oncológico de donde se trata la persona.

EVALUACIÓN

Clasificación según el sistema TNM

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

las metástasis a distancia (M). Esta clasificación varía según el tipo de cáncer por lo que debe considerarse la situación específica de la persona evaluada.

Tumor Primario (T)

Tx	:	tumor primario no detectado clínicamente
TO	:	no hay evidencias clínicas de tumor primario
Tis	:	carcinoma in situ
T1, T2, T3, T4	:	aumento progresivo en tamaño o extensión local del tumor primario

Linfonodos Regionales (N)

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

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

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

Metástasis a Distancia (M)

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

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

Escala de Performance Status – Ecog

Establece el compromiso del estado general de la persona, y según ello, la clase del impedimento configurado para determinar el menoscabo conforme a estas Normas técnicas:

Índice	Condición de la persona evaluada	Clase
0	Se encuentra totalmente activa y es capaz de realizar su trabajo y actividades normales de la vida diaria, sin restricción.	I
1	Restringida en actividades físicas extenuantes, pero deambula y realiza tareas cotidianas y trabajos ligeros de manera normal en casa u oficina.	II
2	Deambula y es capaz de ejecutar actividades de autocuidado, pero no puede trabajar. Puede deambular el 50% del tiempo en que está despierta.	III-IV
3	Sólo realiza algunas actividades de cuidado, pero muy limitada. Confinada a su cama o silla de ruedas más del 50% del día.	V
4	Sin autonomía. No puede realizar actividades de autocuidado. Postración total a cama o silla de ruedas.	V
5	Fallecida	

En las neoplasias malignas el impedimento deberá establecerse basándose en anamnesis, síntomas y signos, informes de laboratorio, anatomía patológica y del Comité Oncológico donde se atiende la persona. Además, deberán considerarse los siguientes aspectos para definir su configuración:

- El sitio de la lesión primaria, recurrente o metastásica deberá documentarse en todos los casos de enfermedad neoplásica maligna. Si se ha practicado cirugía se deberá incluir una copia confiable del protocolo operatorio y del informe histopatológico de la pieza o biopsia. Si no se pueden obtener estos documentos, la epicrisis de la hospitalización más el informe del/la médico/a tratante deberá incluir detalles de los hallazgos quirúrgicos y los resultados de los exámenes macro y microscópico de los tejidos, realizados por especialista en cirugía y patología.
- Si existe avance de la enfermedad esto deberá ser informado incluyendo antecedentes aportados por el o la médico/a tratante con exámenes recientes dirigidos especialmente a verificar recurrencia local, compromiso ganglionar, metástasis a otros órganos y secuelas importantes post tratamiento.
- El concepto de metástasis ganglionares a distancia se refiere a la invasión tumoral de ganglios más allá de los límites de la resección radical en bloque o del campo de radioterapia en el caso de un tratamiento definitivo.
- La recidiva local o regional post cirugía radical o la evidencia anatomopatológica de una extirpación incompleta en una cirugía radical, se considerará igual a las lesiones "inoperables", cuando no sea posible su corrección quirúrgica o radioterapéutica.
- El diagnóstico de Cáncer es histológico, y debe documentarse con la presentación del informe emitido por un/a médico/a especialista en anatomopatología; de no existir concordancia entre lo informado y los hallazgos clínicos, de laboratorio o exámenes complementarios, se debe recurrir a la interconsulta de un/a anatomopatólogo/a solicitando el envío de placas y tacos de la muestra que

originó el diagnóstico. El informe del estudio citológico ya sea de líquidos o masas será considerado cuando se trate de pacientes con enfermedad diseminada, como es el caso de células neoplásicas en líquido ascítico, pleural, etc. El estudio complementario a solicitar será el correspondiente, teniendo en cuenta el sitio del Cáncer, sus características histológicas, y órganos más frecuentes de metástasis. El informe del Comité oncológico de donde se trata la persona y/o la revisión de la ficha clínica, eventualmente pueden sustituir el informe de la biopsia cuando no esté disponible o no se haya podido realizar por las características propias del cáncer que afecta a la persona evaluada.

Los impactos causados por estas terapias también denominadas Terapias Oncológicas Primarias, deben ser considerados individualmente. Estos pueden variar considerablemente de una persona a otra. Es importante obtener del/la médico/a tratante el plan de tratamiento, incluyendo los fármacos antineoplásicos, dosis o frecuencia de administración y su duración. En aquellos diagnósticos con cobertura GES se exigirá el cumplimiento del esquema terapéutico señalado en el protocolo respectivo, antes de considerar completadas las terapias. Es necesario obtener una descripción de las complicaciones o respuestas adversas a la terapia, como náuseas, vómitos, diarrea, debilidad, trastornos dermatológicos o desórdenes mentales reactivos, ya que la severidad de los efectos en la quimioterapia anticancerígena puede cambiar durante el período de administración de la droga. La decisión en lo referente al menoscabo producto de la terapia con drogas o radiaciones deberá aplicarse luego del período establecido según los protocolos actualizados por la especialidad oncológica.

En las personas afectadas de Cáncer que reciban tratamientos con fines curativos, para su evaluación deberá considerarse su estado según la escala ECOG antes mencionada al completar la terapia, estableciéndose la relación con el menoscabo allí indicado, correspondiendo al especialista en oncología precisar su estado transitorio o definitivo.

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

1) Rechazo de tratamientos curativos, en cuyo caso deberán ser evaluados de acuerdo con el criterio general establecido en el Capítulo Introducción de estas Normas y se estimará no configurado hasta completar **12 meses** de conocido el rechazo por la Comisión.
2) Las personas que estén recibiendo tratamiento con intención curativa.
3) Sin evidencia de actividad tumoral (con respuesta clínica, imagenológica, biológica y tumoral) luego de haber sido tratados.
4) Las personas que estén recibiendo tratamientos susceptibles de mejorar el grado de incapacidad provocado por las secuelas de la terapia.

En los/las solicitantes que no muestren signos de actividad de la enfermedad oncológica después de haber completado la terapia y presenten impedimento configurado por secuelas de los tratamientos efectuados, el menoscabo estará determinado por dichas secuelas, calificadas conforme a los Capítulos que correspondan y calculado de acuerdo con los principios de la suma combinada señalados en el Capítulo Introducción de estas Normas.

TERAPIAS QUIRÚRGICAS

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

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

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

Las neoplasias malignas que alcanzan menoscabo de **80%** serán aquellas que cumplan con alguno de los siguientes requisitos:

1. Fuera del alcance terapéutico curativo (por contraindicación médica o sin condición clínica para ser tratado/a).
2. Compromiso severo del estado general con índice ECOG 3 o 4 por evolución de la enfermedad no controlada con terapias adecuadas según protocolos oncológicos.
3. Recidivas intratables luego de terapias curativas.
4. Metástasis a distancia fuera del alcance terapéutico curativo.

CAPÍTULO XIII:
IMPEDIMENTOS DERMATOLÓGICOS

INTRODUCCIÓN

Estas Normas señalan los criterios para la evaluación del Impedimento configurado de la Piel y sus apéndices en la persona evaluada y el efecto que éste tiene sobre el Menoscabo Laboral Permanente expresado en las interferencias que produce sobre las actividades de la vida diaria (AVD).

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

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

Cuando los impedimentos de la piel están asociados a una enfermedad sistémica, la evaluación deberá hacerse de acuerdo con el criterio aplicado en la sección pertinente. El Lupus Eritematoso Diseminado Sistémico, y la Esclerodermia, generalmente comprometen más de un sistema orgánico y deberán ser evaluados según los capítulos respectivos.

Los impedimentos neoplásicos de la piel deberán ser evaluados de acuerdo con lo establecido en el capítulo de Neoplasias Malignas.

Cuando la piel se afecte por quemaduras y éstas lleven a contracturas o limitaciones motoras de articulaciones, dicho daño deberá ser evaluado según el capítulo del Sistema Osteomioarticular.

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

Algunas anormalidades cutáneas como nevos pigmentados, angiomas, hiperpigmentación o despigmentación, vitiligo, las cicatrices cutáneas como resultado de la curación de quemaduras, traumatismos o procesos quirúrgicos extensos que pueden llevar a la desfiguración, producen menoscabo laboral por sí mismas. Su magnitud es determinante en el aislamiento individual o social de quien las padece y comprometerá su capacidad laboral en un 50% o más.

MENOSCABO LABORAL PERMANENTE POR IMPEDIMENTOS DE LA PIEL

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

Clase I **Menoscabo Laboral Permanente 1% - 7% - 14%**

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

Clase II **Menoscabo Laboral Permanente 15% - 25% - 34%**

- Existen síntomas y/o signos moderados, de impedimento en la piel.
- Requiere tratamiento continuo de la afección.

Clase III **Menoscabo Laboral Permanente 35% - 42% - 49%**

- Existen síntomas y/o signos importantes en la piel.
- Requiere tratamiento continuo y existen limitaciones en la realización de muchas de las tareas de la vida diaria.

Clase IV **Menoscabo Laboral Permanente 50% - 58% - 66%**

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

Clase V Menoscabo Laboral Permanente 67% - 74% - 80%

- Existen síntomas y/o signos graves en la piel.
- Requiere tratamiento continuo que hace necesario el confinamiento permanente en el hogar u otra residencia.

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

1. Afecciones dermatológicas descamativas extensas con lesiones amplias que no responden a tratamiento prescrito y bien llevado: Eritrodermias de diferentes etiologías, Ictiosis.
2. Enfermedades ampollares crónicas extensas que no responden a tratamiento prescrito y bien llevado: Pénfigos, Penfigoides, Dermatitis herpetiforme, Epidermólisis bulosas.
3. Infecciones micóticas profundas, con lesiones extensas que no responden a tratamientos médicos bien llevados.
4. Afecciones dermatológicas palmo-plantares extensas que determinen limitación importante de su función y que no responden a tratamiento prescrito y bien llevado: Psoriasis palmo-plantar, Dermatitis atópica, Deshidrosis, Pitiriasis rubra pilar.
5. Patologías inflamatorias del folículo pilo sebáceo, que comprometen zonas extensas de piel que no responden a tratamiento médico prescrito bien llevado: Hidrosadenitis supurativa, Acné nódulo quístico.
6. Secuelas invalidantes, deformantes, extensas, antiestéticas, con alteración de funciones de estructuras comprometidas, que no han respondido a tratamientos médicos-quirúrgicos bien llevados: Quemaduras.
7. Neoplasias extensas que afecten piel o sean primarias de piel con limitaciones importantes de las AVD, que no hayan respondido a tratamientos médico-quirúrgicos: Melanoma maligno, cánceres múltiples con Xeroderma pigmentosos, Arsenicismo.

SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

2026