

RIESGOS DEL TRABAJO

Decreto 49/2014

Listado de Enfermedades Profesionales. Decretos 658/96, 659/96 y 590/97. Modificaciones.

Bs. As., 14/1/2014

VISTO el Expediente Nº 116.108/12 del Registro de la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO, la Ley Nº 24.557 y sus modificatorias, los Decretos Nros. 658 y 659 ambos del 24 de junio de 1996 y 590 del 30 de junio de 1997, y las Actas del Comité Consultivo Permanente del 13 y 21 de noviembre de 2012, y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 6º, apartado 2 a) de la Ley Nº 24.557 y sus modificatorias, considera entre las contingencias cubiertas por el Sistema sobre Riesgos del Trabajo a aquellas enfermedades profesionales incluidas en el listado elaborado y revisado por el PODER EJECUTIVO NACIONAL, conforme al artículo 40 de dicha norma, identificando agente de riesgo, cuadros clínicos, exposición y actividades en capacidad de determinar dichas enfermedades.

Que el Decreto Nº 658 de fecha 24 de junio de 1996 aprobó el precitado Listado de Enfermedades Profesionales.

Que el inciso 2, apartado b) del artículo 40 de la Ley Nº 24.557, establece que las funciones con carácter vinculante del COMITE CONSULTIVO PERMANENTE, en materia de listado de enfermedades profesionales, deberán contar con previo dictamen de la COMISION MEDICA CENTRAL.

Que mediante el Decreto Nº 659 de fecha 24 de junio de 1996, fue aprobada la Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales prevista por la Ley Nº 24.557.

Que tal como surge del Acta suscripta por los asistentes el 13 de noviembre de 2012, el COMITE CONSULTIVO PERMANENTE, integrado por representantes de las organizaciones de trabajadores y empleadores, se pronunció de forma unánime respecto de la inclusión de los siguientes agentes al Listado de Enfermedades Profesionales: aumento de la presión intraabdominal; aumento de la presión venosa en miembros inferiores; carga, posiciones forzadas y gestos repetitivos de la columna vertebral lumbosacra.

Que con fecha 19 de noviembre de 2012, la COMISION MEDICA CENTRAL emitió dictamen favorable.

Que asimismo el COMITE CONSULTIVO PERMANENTE acordó por unanimidad una modificación de la Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales, tal como surge del Acta suscripta por los asistentes el día 21 de noviembre de 2012, habiendo

recibido el valioso aporte de los técnicos de las partes representadas en dicho Comité.

Que la inclusión de las nuevas enfermedades que se propugna implicará adecuar por un período de tiempo determinado la aplicación del FONDO FIDUCIARIO PARA ENFERMEDADES PROFESIONALES, creado por el Decreto N° 590 del 30 de junio de 1997, con las modificaciones introducidas por el Decreto N° 1.278 del 28 de diciembre de 2000.

Que la Dirección General de Asuntos Jurídicos del MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL, ha tomado la intervención que le compete.

Que la presente medida se dicta en uso de las facultades conferidas por los artículos 6°, inciso 2, apartado a) y 8° inciso 3, de la Ley N° 24.557 y sus modificatorias.

Por ello,

LA PRESIDENTA DE LA NACION ARGENTINA

DECRETA:

Artículo 1° — Incorpóranse al Listado de Enfermedades Profesionales, previsto en el artículo 6°, inciso 2, apartado a), de la Ley N° 24.557 y sus modificatorias, aprobado por el ANEXO I del Decreto N° 658/96, las enfermedades —y sus respectivos agentes de riesgo, cuadros clínicos, exposición y actividades en capacidad de determinar la enfermedad profesional—, que se consignan en el ANEXO I que forma parte integrante del presente decreto.

Art. 2° — Sustitúyese el ANEXO I del Decreto N° 659 de fecha 24 de junio de 1996, por el ANEXO II que forma parte integrante del presente decreto, que modifica la Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales.

Art. 3° — Incorpórase como inciso c) del artículo 2° del Decreto N° 590 de fecha 30 de junio de 1997, el siguiente texto: “c) el costo de las prestaciones otorgadas por enfermedades que se incluyan a partir de la fecha de vigencia de la presente incorporación en el listado previsto en el artículo 6°, apartado 2 a) de la Ley N° 24.557; en un CIENTO POR CIENTO (100%) el primer año y un CINCUENTA POR CIENTO (50%) el segundo año, a contar desde su inclusión en el Listado de Enfermedades Profesionales. A partir del tercer año, las prestaciones estarán íntegramente a cargo de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo”.

Art. 4° — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — FERNANDEZ DE KIRCHNER. — Jorge M. Capitanich. — Carlos A. Tomada.

ANEXO I

AGENTE: AUMENTO DE LA PRESION INTRAABDOMINAL

| ENFERMEDADES | ACTIVIDADES LABORALES QUE PUEDEN GENERAR EXPOSICION |
|--|---|
| - Hernias inguinales directas y mixtas (excluyendo las indirectas) | - Tareas en cuyo desarrollo habitual se requiera carga física, dinámica o estática, con aumento de la presión intraabdominal al levantar, trasladar, mover o empujar objetos pesados. |
| - Hernias crurales | |

Los valores límites de las tareas habituales en relación al peso y tiempo de ejecución durante la jornada laboral son los referidos en las Tablas 1, 2 y 3 del Anexo I de la Resolución del MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL N° 295/03. La SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO dictará las normas complementarias tendientes a definir los valores límites de las tareas habituales en relación al peso y tiempo de ejecución para aquellos movimientos (traslado, empuje o arrastre de objetos pesados) no contemplados en la resolución citada.

El período durante el cual las tareas descritas deben ser ejecutadas no debe ser inferior a TRES (3) años cumplidos en forma continua o discontinua en actividades sujetas a las condiciones de exposición arriba expuestas. Cuando se demuestre que el daño se produjo durante un período en el que el empleador haya estado afiliado a más de una Aseguradora de Riesgos del Trabajo o mediante el servicio prestado a favor de sucesivos empleadores de la misma actividad, las prestaciones serán abonadas, otorgadas o contratadas con arreglo a lo definido en el artículo 47 de la Ley de Riesgos del Trabajo.

La invocación de incapacidades preexistentes al inicio del vínculo laboral deberá acreditarse mediante el examen preocupacional confeccionado con arreglo a los requisitos exigidos por la Ley de Riesgos del Trabajo y demás normas aplicables. Cuando el examen no se hubiera realizado, y se demuestre la realización de actividades habituales con sujeción a las condiciones de exposición y valores límites arriba expuestos, se presumirá la vinculación causal con el trabajo, salvo que se acredite por medio fehaciente el carácter congénito o extralaboral de la dolencia o la concurrencia de factores concausales extralaborales, que en tal caso se desagregarán.

AGENTE: AUMENTO DE LA PRESION VENOSA EN MIEMBROS INFERIORES

| ENFERMEDADES | ACTIVIDADES LABORALES QUE PUEDEN GENERAR EXPOSICION |
|-----------------------------------|---|
| - Várices primitivas bilaterales. | - Tareas en cuyo desarrollo habitual se requiera la permanencia prolongada en posición estática y/o con movilidad reducida. |

Las tareas descritas deben haber sido ejecutadas durante un período mínimo de TRES (3) años, cumplidos en forma continua o discontinua mediante el desempeño en la jornada habitual de la actividad definida legal o convencionalmente. El período en cuestión será proporcionalmente ajustado a las circunstancias del caso cuando el trabajador preste servicios con arreglo a regímenes de jornada reducida o a tiempo parcial, o con jornadas extraordinarias.

Las definiciones expuestas a continuación se entenderán referidas a situaciones

impuestas por el desempeño de tareas en cuyo desarrollo habitual se requiera la prestación laboral en las siguientes condiciones:

Bipedestación estática: Bipedestación con deambulación nula por lo menos durante DOS (2) horas seguidas durante la jornada laboral habitual.

Bipedestación con deambulación restringida: El trabajador deambula menos de CIEN (100) metros por hora durante por lo menos TRES (3) horas seguidas durante la jornada laboral habitual.

Bipedestación con portación de cargas: Tareas en cuyo desarrollo habitual se requiera bipedestación prolongada con carga física, dinámica o estática, con aumento de la presión intraabdominal al levantar, trasladar, mover o empujar objetos pesados.

Bipedestación con exposición a carga térmica: Todos los trabajos efectuados con bipedestación prolongada en ambientes donde la temperatura y la humedad del aire sobrepasan los límites legalmente admisibles y que demandan actividad física. En tales casos se revisará la exigencia de tiempo mínimo de exposición tomando en cuenta la influencia derivada de las circunstancias concretas de carga térmica.

A los fines precedentemente indicados (bipedestación con portación de cargas y con exposición a carga térmica) se considerará pauta referencial para definir una situación de bipedestación prolongada aquella en que el trabajador deba permanecer de pie más de DOS (2) horas seguidas en su jornada laboral habitual de la actividad definida legal o convencionalmente. No obstante el límite precedentemente indicado, se considerarán por las Comisiones Médicas aquellos casos especiales en los que, aun mediando un período inferior de bipedestación, concurren condiciones de trabajo susceptibles de originar causalmente la dolencia.

Los lapsos temporales definidos precedentemente serán adecuados a las circunstancias del caso cuando el trabajador preste servicios con arreglo a regímenes de jornada reducida o a tiempo parcial.

AGENTE: CARGA, POSICIONES FORZADAS y GESTOS REPETITIVOS DE LA COLUMNA VERTEBRAL LUMBOSACRA.

| ENFERMEDADES | ACTIVIDADES LABORALES QUE PUEDEN GENERAR EXPOSICION |
|--|---|
| - Hernia Discal Lumbo-Sacra con o sin compromiso radicular que afecte a un solo segmento columnario. | - Tareas que requieren de movimientos repetitivos y/o posiciones forzadas de la columna vertebral lumbosacra que en su desarrollo requieren levantar, trasladar, mover o empujar objetos pesados. |

Los valores límites de las tareas habituales en relación al peso y tiempo de ejecución durante la jornada laboral son los referidos en las Tablas 1, 2 y 3 del Anexo I de la Resolución del MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL N° 295/03. La SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO dictará las normas complementarias tendientes a definir los valores límites de las tareas habituales en

relación al peso y tiempo de ejecución para aquellos movimientos (traslado, empuje o arrastre de objetos pesados) no contemplados en la resolución citada.

El período durante el cual las tareas descritas deben ser ejecutadas no debe ser inferior a TRES (3) años cumplidos en forma continua o discontinua mediante el desempeño en jornada habitual completa definida legal o convencionalmente. El período en cuestión será proporcionalmente ajustado a las circunstancias del caso cuando el trabajador preste servicios con arreglo a regímenes de jornada reducida o a tiempo parcial.

Se considerarán Gestos Repetitivos aquellos movimientos continuos y repetidos efectuados durante la jornada laboral en los que se utilizan un mismo conjunto osteo-mio-neuro-articular de la columna lumbosacra.

Las Posiciones Forzadas son aquellas en las que la columna lumbosacra deja de estar en una posición funcional para pasar a otra inadecuada que genera máximas extensiones, máximas flexiones y/o máximas rotaciones osteo-mio-neuro-articulares durante la jornada laboral.

Disposiciones comunes:

Con relación a todas las enfermedades contempladas en este Anexo, en cada caso concreto el órgano encargado de la determinación de la incapacidad deberá establecer científicamente si las lesiones fueron provocadas por causa directa e inmediata de la ejecución del trabajo, excluyendo la influencia de los factores atribuibles al trabajador o ajenos al trabajo. Sólo se indemnizarán los factores causales atribuibles al trabajo, determinados conforme lo anteriormente indicado. Lo expuesto precedentemente es sin perjuicio del cumplimiento pleno de las prestaciones médico-asistenciales y sustitutivas de la remuneración en el período de Incapacidad Laboral Temporaria, cuando se demuestre la influencia causal de factores atribuibles al trabajo.

Asimismo, en todos los casos que contempla el presente Anexo será necesario tomar en cuenta, además de los antecedentes médico-clínicos, los estudios técnicos correspondientes al puesto y las condiciones y medio ambiente de trabajo concretos a los que estuvo expuesto el trabajador.

Las enfermedades contempladas en el presente Anexo se considerarán incorporadas al Listado a partir de la fecha de vigencia de la norma que así lo declare, y dicha nueva normativa sólo se aplicará a las contingencias cuyo hecho generador se produzca con posterioridad a la incorporación de las mismas al Listado.

ANEXO II

TABLA DE EVALUACION DE LAS INCAPACIDADES LABORALES

LEY N° 24.557

Aprobada por el Comité Consultivo Permanente el día 20 de febrero de 1996

Laudo N° 179/96

INDICE GENERAL

Piel
Osteoarticular
Cabeza y Rostro
Ojos
Garganta, Nariz y Oído
Sistema Respiratorio
Sistema Cardiovascular
Digestivo y Pared Abdominal
Sistema Nefrourológico
Sistema Hematopoyético
Neurología
Psiquiatría
Factores de Ponderación
Criterios de Utilización

PIEL

Generalidades

Las lesiones de piel que serán evaluadas, son las que deriven de las enfermedades profesionales que figuren en el listado, diagnosticadas como permanentes o secuelas de accidentes de trabajo.

La evaluación de las mismas toma en cuenta: Las zonas afectadas, la profundidad y extensión de la lesión, la repercusión funcional y el grado de dificultad laboral que ocasionan; en función de estos factores, se fijará el grado de incapacidad dentro del rango establecido.

Elementos útiles para la evaluación: Anamnesis, examen físico y estudios complementarios específicos (test cutáneo, biopsias, inmunología, etc.).

Diagnóstico

% Incapacidad

1.- DERMATITIS CRÓNICA

(por contacto o por hipersensibilidad. Con o sin componente de fotosensibilidad)

- Crónica recidivante con remisión mayor del 50% ante medidas terapéuticas y suspensión de la exposición al agente, y recidiva habitual ante la reexposición al agente.

| | |
|--|--------|
| A. Cualquier área corporal excepto cara y manos: | 0-10% |
| B. Cara: | 5-20% |
| C. Una mano: | 10-30% |
| D. Dos manos: | 15-40% |

- Crónica recidivante con remisión menor del 50% ante medidas terapéuticas y suspensión de la exposición al agente, y recidiva habitual ante la reexposición al agente.

| | |
|--|--------|
| A. Cualquier área corporal excepto cara y manos: | 0-40% |
| B. Cara: | 10-30% |
| C. Una mano: | 10-40% |
| D. Dos manos: | 20-60% |

2.- DERMATITIS ACTÍNICA CRÓNICA Y RETICULOIDE ACTÍNICO

| | |
|---|--------|
| - Cualquier área corporal excepto cara y manos: | 0-30% |
| - Sólo manos: | 10-30% |
| - Sólo cara: | 10-40% |
| - Manos y cara: | 20-60% |

3.- RADIODERMATITIS (valorar el compromiso funcional)

A - Sin lesiones ulceradas.

B - Con lesiones ulceradas.

| | |
|---|-----------|
| - Cualquier área corporal excepto cara y manos: | A: 0-20% |
| | B: 10-40% |
| - Sólo manos: | A: 0-15% |
| | B: 20-50% |
| - Sólo cara: | A: 0-30% |
| | B: 20-60% |
| - Manos y cara: | A: 10-40% |
| | B: 20-60% |

4.- QUERATODERMIAS PALMOPLANTARES

(crónicas con remisión menor de 50% ante medidas terapéuticas y suspensión de la exposición laboral)

- Sólo plantas (evaluar en función del compromiso para la estación de pie y la marcha): 0-40%
- Una mano (según compromiso funcional): 0-30%
- Dos manos (según compromiso funcional): 10-50%

5.- ACNÉ

Cloracné:

- Compromiso menor de 50% de superficie corporal: 0-10%
- Compromiso mayor de 50% de superficie corporal: 10-20%
- Compromiso menor de 25% de superficie de cara: 0-25%
- Compromiso mayor de 25% de superficie de cara: 10-40%

Oleoso:

- Compromiso menor de 50% de superficie corporal: 0-5%
- Compromiso mayor de 50% de superficie corporal: 5-10%
- Compromiso menor de 25% de superficie de cara: 0-15%
- Compromiso mayor de 25% de superficie de cara: 10-20%

6.- HIPOPIGMENTACIÓN CRÓNICA

- Compromiso menor de 50% de superficie corporal: 0-15%
- Compromiso mayor de 50% de superficie corporal: 5-25%
- Compromiso de cara menor del 25%: 0-15%
- Compromiso de cara mayor del 25%: 10-25%

7.- PORFIRIA CUTÁNEA TARDA:

- Si la exposición al sol le causara trastornos funcionales: 10-40%

8.- SÍNDROMES ESCLERODÉRMICOS: 0-20%

9.- INFECCIONES CUTÁNEAS CRÓNICAS Y/O SECUELAS: 5-15%

10.- ANAFILAXIA 0-20%

11.- DERMATITIS PRE-CANCEROSAS MÚLTIPLES (> 10) 10-30%

12.- CARCINOMAS BASOCELULAR Y ESPINO CELULAR

- Sin secuelas deformantes: 0-15%
- Con secuelas deformantes:
 - En cualquier área corporal excepto cara y manos: 10-20%
 - En manos: 15-30%
 - En cara: 20-40%

- Con pérdida parcial mayor de VEINTE POR CIENTO (20%) de superficie de párpados, nariz o boca: 30-40%

- Con pérdida de la visión de uno o dos ojos por invasión directa (evaluar según capítulo Ojos).

- Metástasis: 90%

13.- CICATRICES

Para la evaluación se remite a los capítulos correspondientes a la zona afectada.

14.- QUEMADURAS

Las quemaduras pueden ser causadas por elementos físicos, químicos o radiantes.

Métodos de evaluación:

Las lesiones superficiales que curen sin dejar cicatriz ni secuelas, no serán motivo de evaluación.

Para determinar el grado de incapacidad ocasionada por una quemadura, hay que tener en cuenta su extensión, profundidad, el compromiso de la movilidad articular y las secuelas estéticas.

La evaluación de la pérdida de la movilidad, deberá realizarse de acuerdo con lo expresado en el capítulo correspondiente a las lesiones osteoarticulares.

Para cuantificar la extensión de la lesión se aplicará la "Regla del Nueve", donde se le asigna el TREINTA Y SEIS POR CIENTO (36%) de la superficie corporal al tórax y dorso, el TREINTA Y SEIS POR CIENTO (36%) a los dos miembros inferiores, el DIECIOCHO POR CIENTO (18%) a ambos miembros superiores, el NUEVE POR CIENTO (9%) a la cabeza y el UNO POR CIENTO (1%) a los genitales (masculino o femenino).

La profundidad de la quemadura se evalúa de la siguiente manera:

Tipo A (superficial o epidérmico)

Tipo AB (epidermis y dermis)

Tipo B (dermis hasta aponeurosis o hueso)

Al tipo "A" o primer grado, se le asignará el CINCUENTA POR CIENTO (50%) del porcentaje de la extensión de la superficie corporal lesionada. En el caso del tipo "AB" o de segundo grado, se le fijará un porcentaje igual al área afectada; por último, al tipo "B" o de tercer grado, se le asignará el doble de la extensión del sector aquejado.

Así, por ejemplo, una quemadura de la parte anterior del brazo izquierdo, que involucra la cara anterior de codo y no llega a la mano del tipo AB, le corresponderá una incapacidad de acuerdo con el siguiente detalle:

| | |
|---|------|
| Limitación funcional del codo por retracción desde los 150° | |
| llega a los 70° (flexoextensión) | 20% |
| Extensión de la quemadura | 3,5% |
| Profundidad o tipo AB | 3,5% |
| La sumatoria nos da: 27% de incapacidad. | |

Otro ejemplo: la quemadura de los genitales externos en un hombre con una retracción en la abducción entre ambos miembros inferiores y del tipo AB.

En este caso correspondería:

| | |
|---|-----|
| Limitación en la abducción en ambos miembros inferiores (simil anquilosis en abducción) | 30% |
| Extensión de quemadura | 1% |
| Tipo de quemadura "AB" | 1% |
| La sumatoria nos da: TREINTA Y DOS POR CIENTO (32%) de incapacidad. | |

Otro ejemplo: la quemadura de la cara anterior del miembro inferior con limitación de la flexoextensión de rodilla, del tipo B.

En este caso correspondería:

| | |
|---|-----|
| Limitación en la extensión de rodilla (flexoextensión desde 150° a 20°): | 20% |
| Extensión de la quemadura: | 9% |
| Tipo de quemadura "B": | 18% |
| La sumatoria nos da: CUARENTA Y SIETE POR CIENTO (47%) de incapacidad. | |

El compromiso de estructuras localizadas en la zona afectada (por ejemplo: ojos), será evaluado acorde a lo referido en los capítulos correspondientes.

15.- LESIONES PRODUCIDAS POR ACCIÓN DE ANIMALES PONZOÑOSOS

Se valorará el compromiso local, según el ítem correspondiente a Quemaduras; para la limitación funcional de las estructuras osteoarticulares se remite al capítulo correspondiente.

La manifestación general de la acción tóxica del veneno de serpientes y de la ponzoña de escorpiones, se valorará acorde a la secuela consolidada, para lo cual se remite al capítulo correspondiente.

OSTEOARTICULAR

Generalidades

Para la evaluación de las afecciones osteoarticulares se tendrán en cuenta las secuelas anatómo-funcionales derivadas de un accidente del trabajo o de una enfermedad profesional.

Para su diagnóstico se empleará fundamentalmente la clínica y en caso de sospecha de simulación se requerirá de exámenes de apoyo tales como radiografías simples, estudios electrofisiológicos, Tomografía Axial Computada (TAC- scanner), Resonancia Nuclear Magnética, potenciales evocados somatosensitivos, entre otros.

Las fracturas que consoliden bien sin dejar secuela alguna (muscular, neurológica, etc.) no serán motivo de resarcimiento económico y serán consideradas incapacidad temporal.

El dolor puro, no acompañado de signos objetivos de organicidad, no será objetivo de incapacidad permanente. En estos casos estará indicada la utilización de exámenes de apoyo.

En los pacientes afectados de invalideces múltiples producto de lesiones anatómicas y/o funcionales en un mismo segmento corporal se procederá a la suma de todas ellas para el cálculo de la invalidez total. El resultado final tendrá como máximo el porcentaje de incapacidad dado por la pérdida completa (amputación del segmento estudiado).

Si el trabajador presentara con anterioridad, limitación de los movimientos de una o varias articulaciones, se tomará como normal la capacidad restante de esa/s articulación/es y se harán los cálculos de la nueva rigidez proporcionalmente a dicha capacidad restante.

Los segmentos a considerar son: 1- COLUMNA VERTERAL

CERVICAL

DORSOLUMBAR

SACROCOXIS

2- CAJA TORÁCICA

3- MIEMBRO SUPERIOR

4- MIEMBRO INFERIOR

COLUMNA VERTEBRAL

1) La limitación de la movilidad y/o anquilosis de la columna vertebral que se va a evaluar a los fines de esta ley, son lo que resulte de la consolidación viciosa o secuelas de accidentes laborales.

2) En los casos de limitación de la movilidad, cuando son varios los movimientos afectados, se suma aritméticamente el grado de incapacidad de cada uno de ellos.

3) En los casos en que la columna se encuentre anquilosada, el mayor valor por anquilosis, corresponde a la incapacidad global de la columna.

4) Las alteraciones anatómicas y limitaciones en los sectores cervicales y/o dorsolumbar se combinan entre sí cuando coexisten.

5) Por alteraciones "clínicas" se entiende fuerza, tono, trófismo y reflejos. La limitación de la movilidad se valora aparte sumándose aritméticamente.

6) De no estar contemplado el eventual compromiso neurológico en la incapacidad evaluada por secuela osteoarticular, el mismo, determinado en el capítulo correspondiente, se combinará con ésta.

Consolidación viciosa - Secuelas de fracturas

| | |
|--|--------|
| Fractura de cuerpo vertebral, con acúñamiento, sin lesión radicular | |
| Acúñamiento menor de 30° | 0-15% |
| Acúñamiento mayor de 30° | 15-30% |
| Fractura de cuerpo vertebral operada, con lesión radicular leve a moderada, corroborada electromiográficamente | 10-15% |
| Fractura de cuerpo vertebral operada, con lesión radicular severa, corroborada electromiográficamente | 20-35% |
| Fractura de cuerpo vertebral, operada, sin secuelas | 5 % |
| Fractura de apófisis espinosa sin secuelas | 0% |
| Fractura de apófisis transversa sin secuelas | 0% |
| Fractura de cuerpo vertebral, sin secuelas | 0% |
| Fractura de cuerpo vertebral, con acúñamiento y lesión radicular leve a moderada, corroborada electromiográficamente | 10-25% |
| Fractura de cuerpo vertebral, con acúñamiento y lesión radicular severa, corroborada electromiográficamente | 15-40% |
| Cérvicobraquialgia post-traumática, sin alteraciones clínicas, radiográficas ni electromiográficas | 0% |
| Cérvicobraquialgia post-traumática, con alteraciones clínicas, radiológicas y electromiográficas leves a moderadas | 5-25% |
| Hernia de disco operada, sin secuelas | 5% |
| Hernia de disco inoperable (según criterios médicos) | 20-30% |
| Hernia de disco operada, con secuelas clínicas y electromiográficas leves | 10-15% |
| Hernia de disco operada, con secuelas clínicas y electromiográficas moderadas | 15-20% |
| Hernia de disco operada, con secuelas clínicas y electromiográficas severas | 20-40% |
| Espondilolistesis traumática sin repercusión electromiográfica | |
| Grado I: | 0-2% |
| Grado II: | 2-4% |
| Grado III: | 4-6% |
| Grado IV: | 6-10% |
| Espondilolistesis traumática, con repercusión electromiográfica leve a moderada | 10-15% |
| Espondilolistesis traumática, con repercusión electromiográfica severa | 20-40% |
| Espondilolistesis traumática, operada, sin secuela electromiográfica | 0% |
| Espondilolistesis traumática, operada, con secuela electromiográfica leve a moderada | 10-15% |
| Espondilolistesis traumática, operada, con secuela electromiográfica severa | 20-40% |
| Lumbalgia post-traumática sin alteraciones clínicas, radiográficas ni electromiográficas | 0% |
| Lumbalgia post-traumática, con moderadas alteraciones clínicas y radiográficas, sin alteraciones electromiográficas | 0-5% |
| Lumbalgia post-traumática, con severas alteraciones clínicas y radiográficas, sin alteraciones electromiográficas | 5-10% |
| Lumbociatalgia, sin alteraciones clínicas, radiográficas ni electromiográficas | 0% |
| Lumbociatalgia, con alteraciones clínicas y radiográficas y/o electromiográficas, leves a moderadas | 5-10% |

Limitación funcional

Sólo se evaluará la que derive de accidentes laborales.

El 0° se toma con la cabeza y el tronco mirando hacia adelante.

Columna Cervical

Excursión desde 0° hasta:

| | Extensión | Rotación | Inclinación | Flexión |
|-----------|-----------|----------|-------------|---------|
| 0° | 4% | 2% | 4% | 4% |
| 10° | 2% | 2% | 3% | 3% |
| 20° | 1% | 1% | 1% | 1% |
| 30° | 0% | 1% | 0% | 0% |
| 40° a 70° | | | 0% | |

Columna Dorsolumbar

Excursión desde 0° hasta:

| | Rotación D. I. | Inclinación D. I. | Flexión | Extensión |
|-----|----------------|-------------------|---------|-----------|
| 0° | 5% | 4% | 9% | 3% |
| 10° | 4% | 2% | 8% | 2% |
| 20° | 2% | 0% | 7% | 1% |
| 30° | 0% | | 6% | 0% |
| 40° | | | 5% | |
| 50° | | | 4% | |
| 60° | | | 3% | |
| 70° | | | 2% | |
| 80° | | | 1% | |
| 90° | | | 0% | |

Los porcentajes de limitación se suman aritméticamente cuando son varios los movimientos afectados.

Anquilosis

Anquilosis en: **Columna Cervical**

| | Rotación | Inclinación | Flexión | Extensión |
|-----|----------|-------------|---------|-----------|
| 0° | 20% | 20% | 20% | 20% |
| 10° | 27% | 25% | 27% | 27% |
| 20° | 33% | 30% | 33% | 33% |
| 30° | 40% | 35% | 40% | 40% |
| 40° | | 40% | | |

Columna Dorsolumbar

| | Rotación | Inclinación | Flexión | Extensión |
|-----|----------|-------------|---------|-----------|
| 0° | 30% | 30% | 30% | 30% |
| 10° | 40% | 45% | 33% | 40% |
| 20° | 50% | 60% | 37% | 50% |
| 30° | 60% | | 40% | 60% |
| 40° | | | 43% | |
| 50° | | | 47% | |
| 60° | | | 50% | |
| 70° | | | 53% | |
| 80° | | | 57% | |
| 90° | | | 60% | |

El porcentaje total por anquilosis es el que corresponde a la mayor cifra por tal afección, los resultados parciales no se suman.

Caja Torácica

Consolidación viciosa - Secuelas de fracturas

| | |
|--|-----------------|
| Luxación esterno-clavicular | sin incapacidad |
| Luxación esterno-costal | sin incapacidad |
| Desarticulación esterno-condral bilateral, con respiración paradójal e insuficiencia respiratoria sin solución terapéutica | hasta 70% |
| Fractura de esternón no complicada | sin incapacidad |
| Fractura de esternón complicada | según secuelas |
| Fractura de una costilla | sin incapacidad |
| Fracturas costales múltiples, con complicación respiratoria | según secuelas |
| Fracturas costales múltiples, sin complicación | sin incapacidad |

MIEMBRO SUPERIOR

En los casos de lesión anatómica y/o funcional del miembro más hábil se adicionará un CINCO POR CIENTO (5%) del porcentaje de incapacidad calculado. En el caso en que existan rangos de porcentaje, el criterio a seguir para la determinación del porcentaje en el caso particular será en función del recupero de la funcionalidad del miembro y de la prótesis colocada.

Amputaciones

| | |
|----------------------------------|-----|
| Amputación interescapulotorácica | 70% |
| Desarticulación escapulo humeral | 66% |

| | |
|--|--------|
| Amputación a nivel de brazo | 68% |
| Desarticulación de codo | 40-60% |
| Amputación a nivel de 1/3 superior de antebrazo | 40-60% |
| Amputación a nivel de 1/3 medio de antebrazo | 40-60% |
| Amputación a nivel de 1/3 inferior de antebrazo | 40-60% |
| Amputación de ambas manos | 100% |
| Amputación de mano | 40-60% |
| Amputación de mano transmetacarpiana | 40-60% |
| Amputación de los cinco dedos | 40-60% |
| Amputación de los diez dedos | 100% |
| Amputación de los cuatro dedos menos el pulgar | 40% |
| Amputación a nivel metacarpofalángica de pulgar | 30% |
| Amputación a nivel de la 1ª falange del pulgar | 25% |
| Amputación a nivel de la interfalángica del pulgar | 15% |
| Amputación distal de la última porción falángica del pulgar | 8% |
| Amputación a nivel de la metacarpofalángica del índice | 14% |
| Amputación a nivel de la interfalángica proximal del índice | 11% |
| Amputación a nivel de la interfalángica distal del índice | 9% |
| Amputación distal de la última porción falángica del índice | 6% |
| Amputación a nivel de la metacarpofalángica del mayor | 11% |
| Amputación a nivel de la interfalángica proximal del mayor | 8% |
| Amputación a nivel de la interfalángica distal del mayor | 6% |
| Amputación distal de la última falange del mayor | 2% |
| Amputación a nivel de la metacarpofalángica del anular | 8% |
| Amputación a nivel de la interfalángica proximal del anular | 6% |
| Amputación a nivel de la interfalángica distal del anular | 5% |
| Amputación distal de la última falange del anular | 3% |
| Amputación a nivel de la metacarpofalángica del meñique | 5% |
| Amputación a nivel de la interfalángica proximal del meñique | 4% |
| Amputación a nivel de la interfalángica distal del meñique | 3% |
| Amputación distal de la última falange del meñique | 1% |

Secuelas de fracturas

A estos porcentajes se le sumarán aritméticamente los que correspondan por repercusión funcional por lesión de los nervios periféricos, no pudiendo dicha suma ser mayor a la amputación de dicho segmento.

Las fracturas que consoliden sin complicaciones, no serán motivo de incapacidad laboral.

| | |
|---|--------|
| Fractura de húmero con callo deforme, angulación y/o acortamiento | 10% |
| Fractura de escafoides con necrosis | 10-20% |
| Fractura de escafoides con necrosis y artrosis | 15-25% |
| Fractura de escafoides con pseudoartrosis | 15% |
| Resección de escafoides | 10-15% |
| Fractura de semilunar consolidada, con necrosis | 6-9% |
| Fractura de semilunar con necrosis y artrosis | 6-9% |
| Resección de semilunar | 6-9% |

Hombro

Limitación funcional

Abdo - Elevación

Desde 0° hasta:

| | |
|-----|--------|
| 0° | 10-20% |
| 10° | 10-20% |
| 20° | 8-15% |
| 30° | 8-15% |
| 40° | 7% |
| 50° | 7% |
| 60° | 6% |
| 70° | 5% |
| 80° | 5% |

| | |
|------|----|
| 90° | 4% |
| 100° | 4% |
| 110° | 2% |
| 120° | 2% |
| 130° | 1% |
| 140° | 1% |
| 150° | 0% |

Aducción

Desde 0° hasta:

| | |
|-----|----|
| 0° | 6% |
| 10° | 5% |
| 20° | 1% |
| 30° | 0% |

Elevación anterior

Desde 0° hasta:

| | |
|------|-----|
| 0° | 10% |
| 10° | 9% |
| 20° | 8% |
| 30° | 8% |
| 40° | 7% |
| 50° | 7% |
| 60° | 5% |
| 70° | 5% |
| 80° | 4% |
| 90° | 4% |
| 100° | 3% |
| 110° | 2% |
| 120° | 2% |
| 130° | 1% |
| 140° | 1% |
| 150° | 0% |

Elevación posterior

Desde 0° hasta:

| | |
|-----|----|
| 0° | 2% |
| 10° | 2% |
| 20° | 1% |
| 30° | 1% |
| 40° | 0% |

Rotación interna

Desde 0° hasta:

| | |
|-----------|----|
| 0° | 4% |
| 10° | 3% |
| 20° | 2% |
| 30° | 1% |
| 40° a 80° | 0% |

Rotación externa

Desde 0° hasta:

| | |
|-----|----|
| 0° | 8% |
| 10° | 7% |
| 20° | 7% |
| 30° | 5% |

| | |
|-----|----|
| 40° | 5% |
| 50° | 4% |
| 60° | 3% |
| 70° | 2% |
| 80° | 1% |
| 90° | 0% |

Anquilosis
Anquilosis en:

| | Abdoeleva | Aduc. | Eleva ante. | Eleva post. | Rot. I. | Rot. E |
|------|-----------|-------|-------------|-------------|---------|--------|
| 0° | 36% | 36% | 36% | 36% | 36% | 36% |
| 10° | 34% | 44% | 32% | 42% | 42% | 30% |
| 20° | 31% | 52% | 28% | 48% | 48% | 24% |
| 30° | 28% | 60% | 24% | 54% | 54% | 29% |
| 40° | 25% | | 27% | 60% | 60% | 34% |
| 50° | 26% | | 30% | | | 40% |
| 60° | 29% | | 33% | | | 44% |
| 70° | 32% | | 36% | | | 50% |
| 80° | 36% | | 39% | | | 55% |
| 90° | 40% | | 42% | | | |
| 100° | 42% | | 45% | | | |
| 110° | 46% | | 48% | | | |
| 120° | 50% | | 51% | | | |
| 130° | 53% | | 54% | | | |
| 140° | 56% | | 57% | | | |
| 150° | 60% | | 60% | | | |

Codo

Limitación funcional

Flexo-extensión

| Retenida en: | % | Desde los 150° hasta: | % |
|--------------|-----|-----------------------|-----|
| 0° | 60% | 0° | 0% |
| 10° | 57% | 10° | 1% |
| 20° | 55% | 20° | 2% |
| 30° | 50% | 30° | 4% |
| 40° | 50% | 40° | 5% |
| 50° | 45% | 50° | 10% |
| 60° | 40% | 60° | 15% |
| 70° | 35% | 70° | 20% |
| 80° | 30% | 80° | 25% |
| 90° | 25% | 90° | 30% |
| 100° | 8% | 100° | 35% |
| 110° | 6% | 110° | 40% |
| 120° | 5% | 120° | 45% |
| 130° | 3% | 130° | 50% |
| 140° | 2% | 140° | 55% |
| 150° | 0% | 150° | 60% |

Pronación o supinación

Desde 0° hasta (para cada lado)

| | |
|-----|----|
| 10 | 7% |
| 20° | 6% |
| 30° | 5% |
| 40° | 4% |
| 50° | 3% |
| 60° | 2% |

| | |
|-----|----|
| 70° | 1% |
| 80° | 0% |

Anquilosis

Anquilosis en:

| | |
|------|-----|
| 0° | 60% |
| 10° | 58% |
| 20° | 55% |
| 30° | 50% |
| 40° | 45% |
| 50° | 43% |
| 60° | 40% |
| 70° | 35% |
| 80° | 32% |
| 90° | 30% |
| 100° | 35% |
| 110° | 40% |
| 120° | 45% |
| 130° | 50% |
| 140° | 55% |
| 150° | 60% |

Muñeca

Limitación funcional

Flexión dorsal

Desde 0° hasta:

| | |
|-----|----|
| 0° | 8% |
| 10° | 6% |
| 20° | 5% |
| 30° | 4% |
| 40° | 2% |
| 50° | 1% |
| 60° | 0% |

Flexión palmar

Desde 0° hasta:

| | |
|-----|----|
| 0° | 9% |
| 10° | 7% |
| 20° | 6% |
| 30° | 5% |
| 40° | 3% |
| 50° | 2% |
| 60° | 1% |
| 70° | 0% |

Desviación radial

Desde 0° hasta:

| | |
|-----|----|
| 0° | 2% |
| 10° | 1% |
| 20° | 0% |

Desviación cubital

Desde 0° hasta:

| | |
|-----|----|
| 0° | 3% |
| 10° | 2% |
| 20° | 1% |
| 30° | 0% |

Anquilosis

Anquilosis en:

| | Flexión | Extensión | Desv. radial | Desv. cubital |
|-----|---------|-----------|--------------|---------------|
| 0° | 18% | 18% | 18% | 18% |
| 10° | 23% | 17% | 36% | 30% |
| 20° | 28% | 16% | 54% | 42% |
| 30° | 34% | 15% | | 54% |
| 40° | 38% | 23% | | |
| 50° | 44% | 41% | | |
| 60° | 49% | 54% | | |
| 70° | 54% | | | |

Pulgar

Limitación funcional

Articulación carpo-metacarpiana (incluye aducción y abducción):

| Flexión | | Extensión | |
|-----------------|--------------------|-----------------|--------------------|
| Desde 0° hasta: | Incapacidad Global | Desde 0° hasta: | Incapacidad Global |
| 0° | 3% | 0° | 3% |
| 10° | 1% | 10° | 2% |
| 15° | 0% | 20° | 1% |
| | | 30° | 0% |

Articulación metacarpo-falángica

Articulación interfalángica

| Flexión | | Extensión | |
|-----------------|--------------------|-----------------|--------------------|
| Movilidad hasta | Incapacidad Global | Movilidad hasta | Incapacidad Global |
| 0° | 14% | 0° | 12% |
| 10° | 12% | 10° | 10% |
| 20° | 8% | 20° | 8% |
| 30° | 6% | 30° | 6% |
| 40° | 4% | 40° | 5% |
| 50° | 2% | 50° | 4% |
| 60° | 0% | 60° | 2% |
| | | 70° | 1% |
| | | 80° | 0% |

Anquilosis: Carpo-metacarpiana (incluye la aducción y abducción)

| En flexión de: | Incapacidad Global | En extensión de: | Incapacidad Global |
|----------------|--------------------|------------------|--------------------|
| 0° | 7% | 0° | 7% |
| 10° | 12% | 10° | 10% |
| 20° | 17% | 20° | 14% |
| | | 30° | 17% |

Anquilosis: Metacarpo-falángica

| Anquilosada en: | Incapacidad global |
|-----------------|--------------------|
| 0° | 12% |
| 10° | 10% |
| 20° | 9% |
| 30° | 12% |
| 40° | 13% |
| 50° | 15% |

Anquilosis inter-falángica

| Anquilosada en: | Incapacidad global |
|-----------------|--------------------|
| 0° | 10% |
| 10° | 9% |
| 20° | 8% |
| 30° | 8% |
| 40° | 8% |
| 50° | 10% |

Dedos de la mano menos el pulgar

Limitación funcional

Articulación metacarpo-falángica

Flexión

| Desde 0° hasta: | Incapacidad global |
|-----------------|--------------------|
| 0° | 8% |
| 10° | 7% |
| 20° | 6% |
| 30° | 5% |
| 40° | 4% |
| 50° | 3% |
| 60° | 3% |
| 70° | 2% |
| 80° | 1% |
| 90° | 0% |

Articulación Interfalángica proximal

Flexión

| Desde 0° hasta: | Incapacidad global |
|-----------------|--------------------|
| 0° | 8% |
| 10° | 8% |
| 20° | 7% |
| 30° | 6% |
| 40° | 5% |
| 50° | 4% |
| 60° | 3% |
| 70° | 3% |
| 80° | 2% |
| 90° | 1% |
| 100° | 0% |

Articulación Interfalángica distal:

Flexión

| Desde 0° hasta: | Incapacidad global |
|-----------------|--------------------|
| 0° | 6% |
| 10° | 5% |
| 20° | 4% |
| 30° | 4% |
| 40° | 3% |
| 50° | 2% |
| 60° | 1% |
| 70° | 0% |

Anquilosis: Índice y mayor
Incapacidad global

| Anquilosis : | M-F | I-F-P | I-F-D |
|--------------|-----|-------|-------|
| 0° | 8% | 8% | 6% |
| 10° | 8% | 8% | 5% |
| 20° | 7% | 8% | 5% |
| 30° | 6% | 8% | 5% |
| 40° | 8% | 7% | 4% |
| 50° | 8% | 8% | 5% |
| 60° | 10% | 8% | 5% |
| 70° | 11% | 8% | 6% |
| 80° | 13% | 10% | |
| 90° | 14% | 10% | |
| 100° | 11% | | |

Anquilosis: Anular y meñique

Anquilosis metacarpo-falángica 0% global

Pseudoartrosis

En las incapacidades siguientes está incluida la pérdida por repercusión funcional.

| | |
|-----------------------------|--------|
| Clavícula | 2-4% |
| Húmero | 15-30% |
| Cúbito, diafisaria | 9-12% |
| Cúbito, olecraneana | 12-15% |
| Cúbito, apófisis estiloides | 0-1% |
| Radio, diafisaria | 6-9% |
| Radio, apófisis estiloides | 0-2% |
| Radio y Cúbito | 30-40% |
| Escafoides | 15-18% |
| Semilunar | 15-18% |

Inestabilidad articular

En las incapacidades siguientes está incluida la pérdida por repercusión funcional. Se valorará mediante la Radiología de estrés o dinámica.

| | |
|---|--------|
| Hombro: por pérdida de partes blandas u óseas | 25-35% |
| Hombro: luxación recidivante escapulo humeral | 12-15% |
| Codo: por pérdida de partes blandas u óseas | 20-25% |
| Muñeca: por pérdida de partes blandas u óseas | 15-20% |

Lesiones músculo-tendinosas

En las incapacidades siguientes está incluida la pérdida por repercusión funcional.

| | |
|--|--------|
| Ruptura del deltoides | 10-15% |
| Ruptura del tríceps | 9-12% |
| Ruptura proximal del bíceps | 5-8% |
| Ruptura distal del bíceps | 6-9% |
| Sección de flexores antebrazo o muñeca | 5-10% |
| Sección de extensores antebrazo o muñeca | 5-10% |
| Síndrome de Volkman | 20-40% |

Las lesiones músculo-tendinosas de la mano, serán evaluadas de acuerdo a la limitación de la movilidad.

MIEMBRO INFERIOR

Amputaciones

Amputación interabdomino-pelvíana 80%

| | |
|---|--------|
| Amputación bilateral | 100% |
| Desarticulación coxofemoral | 70% |
| Amputación de muslo, 1/3 proximal | 45-65% |
| Amputación de muslo, 1/3 medio y distal | 40-60% |
| Desarticulación de rodilla | 40-60% |
| Amputación bajo rodilla con muñón funcional | 30-50% |
| Amputación por debajo de la rodilla bilateral | 80% |
| Desarticulación tobillo (Syme) | 25-45% |
| Amputación de pie con conservación de calcáneo (Ricard) | 20-40% |
| Amputación mediotarsiana (Chopart) | 20-40% |
| Amputación tarsometatarsiana (Lisfranc) | 20-40% |
| Amputación transmetatarsiana | 15-25% |
| Amputación de los 5 dedos | 10-20% |
| Amputación del 1er. dedo | 15% |
| Amputación del 1er. dedo y su metatarsiano | 17% |
| Amputación del 5to. dedo y su metatarsiano | 12% |
| Amputación de 2do., 3ro. ó 4to. dedos con su metatarsiano | 12% |
| Amputación de la falange distal del hallux | 6% |
| Amputación de uno de los dedos 2do., 3ro. ó 4to. | 2% |
| Amputación del 5to. dedo | 2% |
| Amputación de dos falanges de los dedos 2do., 3ro. ó 4to. | 1,5% |
| Amputación de dos falanges del 5to. dedo | 1,5% |
| Amputación de una falange de los dedos 2do., 3ro. ó 4to. | 1% |
| Amputación de una falange del 5to. dedo | 1% |

Cadera

Limitación funcional

Desde 0° hasta:

| | Flexión | Extensión | Abducción | Aducción | Rot. Ext. | Rot. Int. |
|------|---------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|
| 0° | 7% | 2% | 6% | 3% | 5% | 5% |
| 10° | 7% | 2% | 5% | 2% | 4% | 3% |
| 20° | 6% | 1% | 3% | 0% | 3% | 2% |
| 30° | 5% | 0% | 2% | | 2% | 1% |
| 40° | 4% | | 0% | | 1% | 0% |
| 50° | 4% | | | | 0% | |
| 60° | 3% | | | | | |
| 70° | 3% | | | | | |
| 80° | 2% | | | | | |
| 90° | 1% | | | | | |
| 100° | 0% | | | | | |

Anquilosis

Anquilosis en:

| | Flexión | Extensión | Abducción | Aducción | Rot. Int. | Rot. Ext. |
|-----|---------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|
| 0° | 28% | 28% | 28% | 28% | 28% | 28% |
| 10° | 25% | 32% | 31% | 34% | 31% | 30% |
| 20° | 22% | 36% | 34% | 40% | 34% | 33% |
| 25° | 20% | 38% | 35% | | 35% | 34% |
| 30° | 21% | 40% | 37% | | 37% | 35% |
| 40° | 24% | | 40% | | 40% | 38% |

| | | |
|------|-----|-----|
| 50° | 27% | 40% |
| 60° | 29% | |
| 70 | 32% | |
| 80 | 35% | |
| 90 | 37% | |
| 100° | 40% | |

Rodilla
Limitación funcional
Flexión

Desde 0° hasta:

| | |
|------|-----|
| 0° | 30% |
| 10° | 25% |
| 20° | 20% |
| 30° | 17% |
| 40° | 16% |
| 50° | 14% |
| 60° | 13% |
| 70° | 11% |
| 80° | 10% |
| 90° | 8% |
| 100° | 7% |
| 110° | 6% |
| 120° | 4% |
| 130° | 3% |
| 140° | 2% |
| 150° | 0% |

Extensión

Desde 0° hasta:

| | |
|------------|-----|
| 0° | 0% |
| 10° | 10% |
| 20° | 20% |
| 30° | 40% |
| 40° | 50% |
| 50° a 150° | 60% |

Anquilosis

Anquilosis en:

| | |
|------------|-----|
| 0° | 30% |
| 10° | 35% |
| 20° | 40% |
| 30° | 45% |
| 40° | 50% |
| 50° a 150° | 65% |

Tobillo

Limitación funcional

Flexión dorsal

Desde 0° hasta:

| | |
|-----|----|
| 0° | 3% |
| 10° | 2% |
| 20° | 0% |

Flexión plantar

Desde 0° hasta:

| | |
|-----|----|
| 0° | 6% |
| 10° | 4% |
| 20° | 3% |
| 30° | 2% |
| 40° | 0% |

Inversión

Desde 0° hasta:

| | |
|-----|----|
| 0° | 2% |
| 10° | 2% |
| 20° | 1% |
| 30° | 0% |

Eversión

Desde 0° hasta:

| | |
|-----|----|
| 0° | 2% |
| 10° | 1% |
| 20° | 0% |

Anquilosis

Anquilosis en:

| | Flex. dorsal | Flexión plantar | Inversión | Eversión |
|-----|--------------|-----------------|-----------|----------|
| 0° | 12% | 12% | 12% | 12% |
| 10° | 20% | 16% | 17% | 20% |
| 20° | 28% | 20% | 23% | 26% |
| 30° | | 24% | 26% | |
| 40° | | 28% | | |

Dedos del pie

Anquilosis o limitaciones funcionales

1er. dedo

a) Articulación interfalángica:

Grado de flexión

| | |
|-----------|----|
| 0° | 4% |
| 10° | 3% |
| 20° | 2% |
| 30° o más | 0% |

b) Articulación metatarso-falángica:

Grado de flexión dorsal

| | |
|-----------|----|
| 0° | 5% |
| 10° | 4% |
| 20° | 2% |
| 30° o más | 0% |

Grado de flexión plantar

| | |
|-----------|----|
| 0° | 5% |
| 10° | 4% |
| 20° | 2% |
| 30° o más | 0% |

Resto de los dedos

a) Articulación interfalángica proximal 1%

b) Articulación metatarsfalángica

| | |
|--------------|----|
| De 0° a 20° | 1% |
| De 20° a 30° | 2% |

Acortamiento de los miembros inferiores

| | |
|-------------------|-----|
| De 0 a 1,50 cm | 2% |
| De 1,50 a 2,50 cm | 4% |
| De 2,50 a 4 cm | 6% |
| De 4 a 5 cm | 8% |
| Más de 5 cm | 10% |

Secuelas de fracturas

| | |
|---|--------|
| Diastasis pubiana con subluxación sacro ilíaca, con complicación visceral pélvica, según secuelas (pelvis inestable): | 20-40% |
| Fractura de cótilo con protrusión acetabular | 12-20% |
| Fractura del cótilo con protrusión y necrosis de cabeza femoral | 20-25% |
| Secuela de luxación traumática de cadera, con fractura marginal y necrosis de cabeza femoral | 20-25% |
| Secuela de fractura de cuello de fémur | 15-20% |
| Prótesis parcial o total de cadera | 10-15% |
| Prótesis infectada o secuela (operación de rescate Girlestone) | 40-60% |

A la incapacidad precedente no debe adicionarse la correspondiente a repercusión funcional y acortamiento del miembro.

| | |
|--|----------|
| Fractura diáfisis femoral consolidada en deseje (angulada o rotada) | 15-20% |
| Fractura de platillo tibial con incongruencia articular | 15-20% |
| Fractura de rótula con desplazamiento | hasta 6% |
| Patelectomía parcial | 3-6% |
| Patelectomía total | 5-10% |
| Prótesis parcial o total de rodilla | 15-20% |
| Prótesis parcial o total de rodilla, con signos radiográficos de aflojamiento | 25-30% |
| Prótesis parcial o total de rodilla, infectada o secuela quirúrgica de rescate | 40-50% |

A la incapacidad precedente no debe adicionarse la correspondiente a repercusión funcional y acortamiento del miembro.

| | |
|---|----------|
| Fractura diafisaria de tibia sin desplazamiento | 5-10% |
| Fractura diafisaria de peroné sin desplazamiento | 3-5% |
| Fractura de tibia y/o peroné consolidada en eje | 5-15% |
| Fractura de tibia y/o peroné consolidada en deseje (angulada o rotada) | 10-20% |
| Fractura unimaleolar de tobillo | 3-6% |
| Fractura bimalleolar o trimalleolar de tobillo, con congruencia articular | 10-15% |
| Fractura bimalleolar o trimalleolar de tobillo, con incongruencia articular | 15-20% |
| Diastasis tibia perónea | hasta 6% |
| Fractura de astrágalo con necrosis | 15-25% |
| Astragalectomía | 15-25% |
| Fractura de calcáneo con aplastamiento, artrosis subastragalina | 20-25% |
| Fractura de ambos calcáneos con aplastamiento, marcha claudicante y artrosis subastragalina | 25-30% |
| Fractura de escafoides tarsiano con necrosis | 5-10% |
| Fracturas múltiples de pie, con edema, pie plano post traumático, atrofia de Sudeck | 20-30% |
| Fractura múltiple del pie, con edema, pie plano post traumático, bilateral | 30-40% |

A la incapacidad precedente no debe adicionarse la correspondiente a repercusión funcional y acortamiento del miembro.

Lesiones menisco-ligamentarias

En las incapacidades siguientes está incluido el porcentaje por repercusión funcional.

Rodilla

| | |
|---|--------|
| Síndrome meniscal con signos subjetivos | 0% |
| Síndrome meniscal con signos objetivos (hídrartrosis, hipotrofia muscular, bloqueo, maniobras) | 8-10% |
| Meniscectomía sin secuelas | 3-6% |
| Meniscectomía con hídrartrosis, hipotrofia muscular | 10-15% |
| Hídrartrosis crónica | 5-8% |
| Sinovitis crónica con signos objetivos | 5-8% |
| Inestabilidad interna sin hipotrofia ni hídrartrosis, por lesión del ligamento lateral interno | 10-15% |
| Inestabilidad interna con atrofia, hídrartrosis y alteraciones en la marcha | 15-25% |
| Inestabilidad anterior o posterior, sin atrofia ni hídrartrosis, por lesión de ligamentaria de cruzado anterior o posterior | 10-15% |
| Inestabilidad anterior y posterior con atrofia, hídrartrosis y alteraciones en la marcha | 15-25% |
| Inestabilidad externa sin hipotrofia ni hídrartrosis, por lesión de ligamento lateral externo | 10-15% |
| Inestabilidad externa con atrofia, hídrartrosis y alteraciones en la marcha | 15-25% |
| Inestabilidades combinadas | 30% |
| Inestabilidades combinadas con hipotrofias e hídrartrosis | 40% |

Lesiones musculares y tendinosas

Serán evaluadas según la limitación funcional que produzcan.

Pseudoartrosis

En las incapacidades siguientes está incluido el porcentaje por repercusión funcional.

| | |
|--|--------|
| Cuello femoral | 40-60% |
| Fémur, diafisaria | 40-60% |
| Fémur, supracondílea | 40-60% |
| Tibia, extremo proximal como secuela de osteotomía fallida | 20-40% |
| Tibia, diafisaria | 20-40% |
| Peroné, diafisaria | 5-10% |
| Tibia y Peroné | 20-40% |
| Unimaleolar tibial | 6-9% |
| Unimaleolar peronea, infrasindesmal | 3-6% |
| Unimaleolar peronea, transindesmal | 6-9% |
| Unimaleolar peronea, suprasindesmal | 9-12% |
| Astrágalo | 10-25% |
| Metatarsiano primero | 3-6% |
| Metatarsiano, 2do., 3ro., 4to. ó 5to. | 0-2% |
| Metatarsiano, base de 5to. | 0-2% |
| Hallux, 1er. falange | 0-2% |
| Hallux, 2da. falange | 0-1% |

Inestabilidad articular

En las incapacidades siguientes está incluida la pérdida por repercusión funcional.

Cadera

| | |
|-------------------------|--------|
| Inestabilidad articular | 40-60% |
|-------------------------|--------|

Rodilla

| | |
|---|--------|
| Inestabilidad interna con atrofia, hídrartrosis y alteraciones en la marcha | 15-25% |
| Inestabilidad externa, sin hipotrofia ni hídrartrosis | 5-15% |
| Inestabilidad externa con atrofia, hídrartrosis y alteraciones en la marcha | 15-25% |
| Inestabilidad anterior o posterior, sin atrofia ni hídrartrosis | 5-15% |
| Inestabilidad anterior y posterior, con atrofia, hídrartrosis y alteraciones en la marcha | 15-25% |

| | |
|---|-----|
| Inestabilidades combinadas | 30% |
| Inestabilidades combinadas, con hipotrofia e hidrartrosis | 40% |

Tobillo

| | |
|---|--------|
| Inestabilidad de tobillo con corroboración radiológica | 5-10% |
| Inestabilidad de ambos tobillos con corroboración radiológica | 15-30% |

CABEZA Y ROSTRO

Las lesiones de cabeza y rostro que serán evaluadas, son las que deriven de las enfermedades profesionales que figuran en el listado, diagnosticadas como permanentes o secuelas de accidentes de trabajo.

Para la evaluación de las lesiones producidas en la cabeza y el rostro se tendrán en cuenta: la zona afectada, la extensión de la lesión, la profundidad de la misma, el aspecto, complicaciones, cambios de color y el compromiso anatómico-funcional de los distintos órganos allí localizados. Asimismo se valorará la repercusión estética.

A la valoración de la incapacidad órgano-funcional se le sumará la correspondiente por la secuela estética.

CABEZA

Las lesiones óseas y neurológicas son evaluadas en el capítulo correspondiente a Neurología. Las lesiones aquí evaluadas se refieren a las heridas contusas y/o cortantes producidas en la zona pilosa.

| | |
|---|--------|
| Herida contusa y/o cortante, en zona pilosa, con cicatriz cubierta | 0% |
| Herida contusa y/o cortante, en zona pilosa, con cicatriz descubierta | 1-3% |
| Scalp de cuero cabelludo, en zona pilosa, con pérdida parcial del mismo, con cicatriz cubierta | 0-1% |
| Scalp de cuero cabelludo, en zona pilosa, con pérdida parcial del mismo, con cicatriz descubierta | 1-3% |
| Scalp de cuero cabelludo, con pérdida definitiva y parcial de la capa correspondiente al cabello: | |
| 0 a 5 cm de diámetro | 1-5% |
| 5 a 10 cm de diámetro | 5-10% |
| más de 10 cm de diámetro | 10-20% |
| Scalp de cuero cabelludo, con pérdida definitiva y total de todas las capas: | |
| 0 a 5 cm de diámetro | 5-10% |
| 5 a 10 cm de diámetro | 10-20% |
| más de 10 cm de diámetro | 20-40% |

ROSTRO

Frente

| | |
|--|----------------|
| Cicatriz frontal, horizontal, sobre surco o arruga, menor 4 cm | 0-2% |
| Cicatriz frontal, horizontal, sobre surco o arruga, mayor 4 cm | 5-7% |
| Cicatriz frontal, transversal o perpendicular, menor 4 cm | 5-7% |
| Cicatriz frontal, transversal o perpendicular, mayor 4 cm | 8-10% |
| Cicatriz frontal, estelar o en superficie, menor 4 cm ² | 5-7% |
| Cicatriz frontal, estelar o en superficie, mayor 4 cm ² | 8-15% |
| Cicatriz frontal, estelar o en superficie, con injerto cutáneo, menor de 4 cm ² | 5-7% |
| Cicatriz frontal, estelar o en superficie, con injerto cutáneo, mayor de 4 cm ² | 8-15% |
| Estallido de Seno Frontal uni o bilateral, sin complicación | 5-10% |
| Estallido de Seno Frontal uni o bilateral, con complicación | según secuelas |
| Cicatriz lineal de Arco Superciliar | 0-2% |
| Cicatriz retráctil de Arco Superciliar (notoria) | 1-3% |

Pómulo

| | |
|---|-------|
| Cicatriz lineal, menor 5 cm | 1-3% |
| Cicatriz lineal, mayor 5 cm | 4-6% |
| Cicatriz en superficie, menor 6 cm ² | 0-5% |
| Cicatriz en superficie, mayor 6 cm ² | 6-10% |
| Fístula salival, sin tratamiento | 5-7% |

Órbita

-Borde Superior

| | |
|---|--------|
| Alopecia de la ceja, unilateral | 3% |
| Alopecia de la ceja, bilateral | 5% |
| Fractura con depresión de la zona | 5-10% |
| Fractura Apófisis orbitaria externa, con desplazamiento (involucra a la extremidad superior del Malar, sin fractura de la misma), sin tratamiento | 10-15% |
| Fractura Malar, su Apófisis orbitaria sola o asociada a la Apófisis orbitaria frontal | 15-20% |

-Borde Inferior

| | |
|---|-----|
| Fractura del piso orbitario lámina horizontal, con desplazamiento, con diplopía | 45% |
|---|-----|

-Borde Interno

| | |
|--|------|
| Fractura con desplazamiento del unguis | 5-8% |
|--|------|

-Borde Externo

Debemos hacer mención especial sobre los huesos malares. En los grandes traumatismos faciales, el malar se fractura, dando origen a una secuela que debe ser reparada de inmediato, debido a la caída del piso orbital y la diplopía sobreviniente.

Contenido Orbitario y partes blandas: ver ojo.

Senos Nasaes: ver nariz, garganta y oído.

| | |
|--|--------------------|
| Lefort I Trazo horizontal del paladar y no compromete órbitas | según secuelas |
| Lefort II Atraviesa el borde infraorbitario, el piso, la pared interósea de la órbita y la lámina perpendicular Etmoides | fistulas craneorra |
| Lefort III Se agrega al trazo anterior la pared externa de la órbita, la apófisis orbitaria del Frontal y el Cigoma | etc. |

Las alteraciones visual y/u olfatoria y/o ventilatoria nasal, se sumarán a la incapacidad anatómica.

Pabellón auricular

| | |
|---|-------|
| Pérdida total, unilateral | 12% |
| Pérdida del lóbulo auricular | 4% |
| Alteración estética parcial, unilateral | 5-10% |
| Alteración estética parcial, bilateral | 15% |

A las lesiones del pabellón auricular se le sumará la incapacidad por repercusión auditiva y/o vestibular.

Mentón

| | |
|-----------------------------|------|
| Cicatriz lineal, menor 4 cm | 0-2% |
| Cicatriz lineal, mayor 4 cm | 2-4% |

Comisura labial

| | |
|----------------------------|--------|
| Retracción labio superior | 3% |
| Desviación comisura labial | 5% |
| Retracción de ambos labios | 12-15% |

Maxilar inferior

| | |
|--|---------------|
| Incluye rama ascendente, rama horizontal, Gonión, Apófisis Coronoidea, Zona del Cóndilo-borde superior alveolar y Mentón | según secuela |
| Pérdida de la función masticatoria | 70% |
| Mutilaciones extensas de partes óseas y blandas | 60-80 |

Todas las lesiones de cabeza y rostro se evaluarán posterior al tratamiento y si quedaran como secuelas intratables.

OJOS

Generalidades

Las lesiones de ojos que serán evaluadas, son las que deriven de las enfermedades profesionales que figuren en el listado, diagnosticadas como permanentes o secuelas de accidentes de trabajo.

Las secuelas de un accidente laboral o las alteraciones producidas por una enfermedad profesional con repercusión oftalmológica pueden producir el siguiente compromiso de la función visual.

1.- Pérdida de la agudeza visual. Por compromiso de los medios transparentes, de la retina del nervio óptico, de la vía óptica o de la corteza sensorial.

- 2.- Pérdida del campo visual, puede ser uni o bilateral.
- 3.- Pérdida o compromiso de la función motora de la musculatura extraocular (con o sin diplopia).
- 4.- Pérdida de alineamiento ocular y de la posición y o movilidad palpebral (ptosis, lagofthalmos y otras alteraciones).
- 5.- Lesiones de la vía lagrimal.
- 6.- Alteraciones misceláneas.

Elementos útiles para la evaluación: Anamnesis, Examen físico oftalmológico: Agudeza visual, Campo visual, Fondo de ojo, Biomicroscopía (BMC), Retinofluoresceinografía y/o Neurológico.

Eventualmente se completará el diagnóstico con: Rx, Eco, TC, RMN o Potenciales evocados.

En todos los casos se evaluará la capacidad visual bilateral.

1.- Agudeza visual

1.1.- La agudeza visual se determinará corregida si procede o sin corrección si el uso del lente convencional o de contacto no resulta soportable (intolerancia, anisocoria, defectos no corregibles de la superficie ocular).

Cuando el lente de contacto es bien tolerado, su corrección será la que deberá considerarse en el cálculo de la invalidez.

1.2.- La pérdida de la visión de un ojo deberá ser evaluada siguiendo los valores que proporciona la Tabla de Sená, aprobada por el Consejo Argentino de Oftalmología.

| AV: Agudeza visual | ENUC: Enucleación | | | | | | | | | | ES/P: Enucleación s/prótesis | | |
|--------------------|-------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------------------------|------|------|
| AV | 1 | 0,9 | 0,8 | 0,7 | 0,6 | 0,5 | 0,4 | 0,3 | 0,2 | 0,1 | -0,1 | Enuc | Es/P |
| 1 | 0 | 1 | 2 | 4 | 6 | 9 | 13 | 18 | 24 | 32 | 42 | 45 | 50 |
| 0,9 | 1 | 2 | 3 | 5 | 8 | 11 | 15 | 20 | 26 | 34 | 43 | 47 | 52 |
| 0,8 | 2 | 3 | 5 | 7 | 10 | 13 | 18 | 23 | 29 | 37 | 45 | 50 | 54 |
| 0,7 | 4 | 5 | 7 | 9 | 13 | 16 | 21 | 26 | 32 | 40 | 50 | 55 | 58 |
| 0,6 | 6 | 8 | 10 | 13 | 16 | 20 | 25 | 30 | 36 | 44 | 55 | 60 | 62 |
| 0,5 | 9 | 11 | 13 | 16 | 20 | 24 | 29 | 34 | 41 | 49 | 60 | 65 | 67 |
| 0,4 | 13 | 15 | 18 | 21 | 25 | 29 | 33 | 39 | 47 | 56 | 70 | 70 | 73 |
| 0,3 | 18 | 20 | 23 | 26 | 30 | 34 | 39 | 45 | 54 | 65 | 80 | 80 | 80 |
| 0,2 | 24 | 26 | 29 | 32 | 36 | 41 | 47 | 54 | 64 | 75 | 90 | 90 | 90 |
| 0,1 | 32 | 34 | 37 | 40 | 44 | 49 | 56 | 65 | 75 | 85 | 100 | 100 | 100 |
| -0,1 | 42 | 43 | 45 | 50 | 55 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Enuc | 45 | 47 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 80 | 90 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Es/P | 50 | 52 | 54 | 58 | 62 | 67 | 73 | 80 | 90 | 100 | 100 | 100 | 100 |

1.3.- La pérdida total de la visión de un ojo será causal de una invalidez del CUARENTA Y DOS POR CIENTO (42%). A ese valor se referirá el cálculo de las pérdidas de la visión y del campo visual.

1.4.- De acuerdo a la Tabla de Sená la pérdida del globo ocular (enucleación) dará una invalidez del CUARENTA Y CINCO POR CIENTO (45%).

1.5.- Si el trabajador es portador de ojo único, al momento de iniciar la relación laboral, el compromiso de la visión se evaluará de acuerdo a la siguiente tabla. Las visiones deberán estimarse con corrección de los vicios de refracción que pudieren existir.

| Agudeza Visual | 0,9 | 0,8 | 0,7 | 0,6 | 0,5 | 0,4 | 0,3 | 0,2 | 0,1 |
|----------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| % Invalidez | 5 | 10 | 20 | 35 | 50 | 70 | 80 | 90 | 100 |

1.6.- Si el compromiso de la visión es bilateral se evaluará de acuerdo a la Tabla de Sená resultando el porcentaje de la unión de la línea horizontal (agudeza del primer ojo) con el valor de la línea vertical (agudeza del segundo ojo).

1.7.- Puede existir mala agudeza visual por visión macular con respecto a la visión periférica. En este caso deberá atenderse al oficio que desempeña el accidentado para evaluar la incapacidad.

En general deberá atenderse en este y en todos los casos al criterio de invalidez para el oficio específico, para determinados trabajos o para todo trabajo (Ciego legal de la OMS).

1.8.- En el caso de un paciente afáquico corregido o de uno pseudofáquico con lente intraocular y con o sin corrección adicional al aire se considerará como índice de incapacidad la visión central remanente a la que se le agregará un TREINTA POR CIENTO (30%) en consideración a la pérdida del campo visual periférico.

Si hay problemas en el ojo no lesionado y esto se ha acrecentado con el traumatismo se le otorgará lentes.

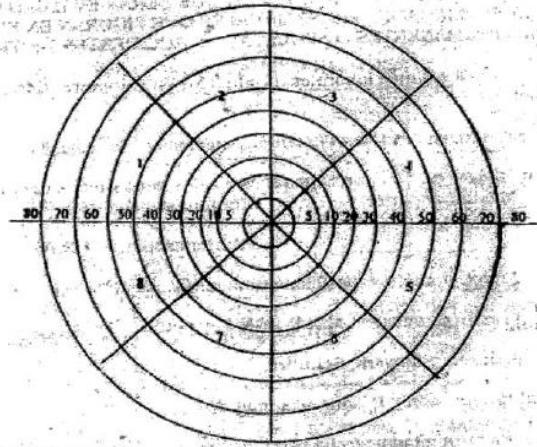
Cuando se trata de un ojo sin lente intraocular la AV determinada según la Tabla de Sená se divide por DOS (2) -por ejemplo: 8/10 serán 4/10- para el cálculo visual normal.

1.9.- La catarata inoperable se evaluará según agudeza visual.

2. Pérdida del campo visual

2.1.- La pérdida del campo visual debe determinarse una vez garantizada la mayor agudeza visual posible, con corrección, si fuera necesario.

2.2.- El compromiso del campo visual se evaluará considerando el siguiente esquema como campo visual normal.



2.3.- Para las actividades que demanden una agudeza visual sin limitaciones, donde el campo visual periférico es de importancia capital (maquinista, conductores de buses, operadores de grúas y maquinaria pesada etc.) se considerará el campo visual dividido en OCHO (8) meridianos de SESENTA (60) grados cada uno lo que equivaldrá a QUINIENTOS (500) grados.

Para las actividades de no requieren de tanta capacidad visual (oficinistas, profesores, actividades de servicio) entendiéndose que las lesiones son monolaterales, se considerará el campo visual dividido en OCHO (8) meridianos pero de CUARENTA (40) grados centrales lo que equivale a TRESCIENTOS VEINTE (320) grados.

2.4.- Se analizará el Campo obtenido con el campímetro de Goldmann con Isoptera 1/IV para la periferia y 1/II para el campo central, y se contarán los grados comprometidos en cada meridiano.

2.5.- Obtenido el gráfico de la campimetría, se suman los grados de los ocho meridianos y se divide por TRESCIENTOS VEINTE (320) (total de grados para el campo visual normal para cada ojo), o QUINIENTOS (500) si se refiere a casos especiales, obteniéndose el campo visual preservado. La diferencia con la unidad será la pérdida del campo visual de ese ojo.

La pérdida de la capacidad visual unilateral se multiplica por el índice 0.25 para calcular la pérdida de la capacidad global.

2.6.- Cuando se trata del campo visual bilateral, se calcula la pérdida de ambos ojos por separado. Luego se suman y el resultado se multiplica por el factor 1.5, obteniéndose así el grado total de incapacidad por pérdida bilateral del campo visual.

2.7.- Cuando la agudeza visual está comprometida, al porcentaje de pérdida del campo visual deberá agregarse el originado por la primera (según capacidad restante).

3. Pérdida de la función de la musculatura extraocular. Diplopia

3.1.- La pérdida de esta función obliga al paciente a consultar por diplopia y/o desviación de la cabeza. La diplopia también puede ser causada por traumatismo de la base de la órbita, o monocular en casos especiales de daño corneal.

La evaluación de la misma se hará considerando la edad y el tiempo de evolución, determinando una incapacidad que fluctuará entre el DIEZ POR CIENTO (10%) y el VEINTICINCO POR CIENTO (25%).

3.2.- Se deberá considerar como Diplopia Residual aquella que ha resultado imposible corregir con la cirugía y que tampoco es posible reducir con el uso de prismas compensadores de Frenkel, en el post operatorio.

El trabajador podrá desempeñar alguna profesión en las mismas condiciones que un monocular, debiendo usar oclusión para poder desempeñar su actividad.

4. Pérdida del Alineamiento Ocular, de la Posición o Movilidad Palpebral y Misceláneas

4.1.- La pérdida del alineamiento ocular por causas diversas (post operatorias, traumáticas, etc.) será causal de invalidez.

| Afecciones | Porcentaje |
|---|------------|
| Órbita: Lesiones óseas, se remite al capítulo de Cabeza y Rostro | |
| Querato conjuntivitis crónica, alérgica o irritativa unilateral, que no remite con el tratamiento | hasta 5% |
| Querato conjuntivitis crónica, alérgica o irritativa bilateral, que no remite con el tratamiento | hasta 10% |
| Pterigión post-traumático | 5% |
| Midriasis parálitica unilateral | 5% |
| Midriasis parálitica bilateral | 10% |
| Midriasis post traumática por lesión del iris unilateral | 5% |
| Midriasis post traumática por lesión del iris bilateral | 10% |

Si por efecto de un trauma agudo se pierde total e irreversiblemente la función de un oído, conservándose la normalidad del otro, la incapacidad a reconocer será del QUINCE POR CIENTO (15%).

La hipoacusia total, traumática o por exposición al ruido, se evaluará con una incapacidad del CUARENTA Y DOS POR CIENTO (42%). Las hipoacusias parciales se evaluarán según las tablas.

Cálculo de la pérdida monoaural

Se suma la pérdida en decibeles de la vía aérea de los tonos QUINIENTOS (500), MIL (1.000), DOS MIL (2.000) y CUATRO MIL (4.000). La suma obtenida se traslada a la tabla donde se convierte en porcentaje de pérdida auditiva.

| PÉRDIDA AUDITIVA MONOAURAL | | | |
|----------------------------|------|---------|-------|
| SD | % | SD | % |
| 100 | 0,0 | 240 | 52,5 |
| 105 | 1,9 | 245 | 54,4 |
| 110 | 3,8 | 250 | 56,2 |
| 115 | 5,6 | 255 | 58,1 |
| 120 | 7,5 | 260 | 60,0 |
| 125 | 9,4 | 265 | 61,9 |
| 130 | 11,2 | 270 | 63,8 |
| 135 | 13,1 | 275 | 65,6 |
| 140 | 15,0 | 280 | 67,5 |
| 145 | 16,9 | 285 | 69,3 |
| 150 | 18,8 | 290 | 71,2 |
| 155 | 20,6 | 295 | 73,1 |
| 160 | 22,5 | 300 | 75,0 |
| 165 | 24,4 | 305 | 76,9 |
| 170 | 26,2 | 310 | 78,8 |
| 175 | 28,1 | 315 | 80,6 |
| 180 | 30,0 | 320 | 82,5 |
| 185 | 31,9 | 325 | 84,4 |
| 190 | 33,8 | 330 | 86,2 |
| 195 | 35,6 | 335 | 88,1 |
| 200 | 37,5 | 340 | 90,0 |
| 205 | 39,4 | 345 | 90,9 |
| 210 | 41,2 | 350 | 93,8 |
| 215 | 43,1 | 355 | 95,6 |
| 220 | 45,0 | 360 | 97,5 |
| 225 | 46,9 | 365 | 99,4 |
| 230 | 48,9 | 370 o > | 100,0 |
| 235 | 50,6 | | |

Cálculo de la pérdida auditiva bilateral

Se suma la pérdida en decibeles de la vía aérea de los tonos QUINIENTOS (500), MIL (1.000), DOS MIL (2.000) y CUATRO MIL (4.000) de cada oído y se lo traslada a la Tabla de la A.M.A./84 - A.A.O. MAY./79.

En esta tabla se debe buscar en su eje horizontal el mejor oído y en su eje vertical el peor; de la intersección de ambos ejes surge la pérdida auditiva bilateral en porcentajes. Dicha valor multiplicado por 0,42 da como resultado la pérdida del % del salario.

En caso de no contar con la Tabla de la AMA, se puede determinar el valor de la pérdida del porcentaje del salario, por lesión auditiva uni o bilateral, con la siguiente fórmula:

$$(\% \text{Oído mejor} \times 5) + (\% \text{Oído peor} \times 1) \times 0,42 = \% \text{ del salario}$$

Evaluación de incapacidad por alteración de equilibrio por lesión de la rama vestibular.

La alteración de la rama vestibular del nervio auditivo puede causar perturbaciones del equilibrio. Para los efectos de esta norma se define equilibrio como la capacidad de adquirir, cambiar o mantener una actitud corporal que permita la realización de un determinado trabajo.

La determinación del deterioro se sustentará en signos objetivos, atribuidos al daño orgánico, en el examen laberíntico. La evaluación del deterioro se establecerá en base al grado de trastorno del equilibrio constatado (por electronistagmograma, examen neurológico, etc.) y no en relación con la sintomatología vertiginosa. Las determinaciones se realizarán después de SEIS (6) meses de suspendida la exposición al agente o el accidente supuestamente causal. Los niveles de deterioro a considerar con sus respectivas incapacidades son los siguientes:

| | |
|--|------------------|
| Grado I. Deterioro mínimo. Se produce desequilibrio con los cambios bruscos de posición de la cabeza o en determinadas posiciones de la misma. Leves desviaciones y/o lateropulsiones en la marcha con ojos cerrados. Signos objetivos de daño orgánico en examen laberíntico y/o neurológico. | Incapacidad 10% |
| Grado II. Deterioro leve. Hay trastornos en la marcha y giros rápidos los que se acentúan al hacerlo con los ojos cerrados. Logra mantenerse en pie con los ojos cerrados. Hay signos objetivos en exámenes laberínticos y/o neurológicos. | Incapacidad 20% |
| Grado III. Deterioro moderado. La marcha sólo es posible con apoyo de bastón. Gran dificultad para mantener el equilibrio con ojos cerrados e imposibilidad de marcha en esas condiciones. | Incapacidad 40% |
| Grado IV. Deterioro avanzado. Hay gran dificultad para realizar cambios de posición. Imposibilidad de mantener una posición para desempeñar una tarea. | Incapacidad 70% |
| Grado V. Deterioro grave. Imposibilidad de marcha con ojos abiertos. Requiere asistencia de terceros para su traslado. | Incapacidad 100% |

Peñasco, con complicaciones, se evalúan las secuelas

Apófisis Mastoides, sin complicaciones, no tiene incapacidad

Apófisis Estiloides, sin complicaciones, no tiene incapacidad

Apófisis Estiloides, con complicaciones (ver Pares Craneales)

Se agregará la incapacidad, si hubiere, por repercusión auditiva y/o vestibular.

NARIZ Y SENOS PARANASALES

Las lesiones deformantes del rostro como los desplazamientos óseos y complicaciones se evaluarán después de la cirugía reparadora, reduciéndose los porcentajes de incapacidad, según el éxito de la cirugía.

NARIZ

Pirámide nasal

Amputación nasal, total hasta 30%

Ventanas nasales

Deformidad marcada unilateral hasta 8%

Deformidad marcada bilateral hasta 15%

Fractura de los huesos propios

sin desplazamiento sin incapacidad

con desplazamiento hasta 6%

Fractura Lámina Vertical del Etmoides

sin desplazamiento sin incapacidad

con desplazamiento y obstrucción nasal (se le sumará la obstrucción nasal) hasta 6%

Fractura del hueso Vómer

sin desplazamiento sin incapacidad

con desplazamiento y complicaciones (se le sumarán las secuelas) hasta 6%

Fractura del Tabique Cartilaginoso

sin desplazamiento sin incapacidad

con desplazamiento hasta 6%

Perforación del Tabique Cartilaginoso 0-5%

A la lesión anatómica se le sumará la repercusión funcional respiratoria (únicamente en los casos que no tenga solución terapéutica) según los siguientes parámetros:

Obstrucción nasal

unilateral parcial 0-5% total 5-10%

bilateral parcial 5-10% total 25-30%

Además, se evaluará el compromiso estético según lo considerado en el capítulo de Cabeza y Rostro.

SENOS PARANASALES

La fractura de los Senos Maxilar, Esfenoidal, Etmoidal o Frontal, que no produzcan complicaciones, no será motivo de incapacidad.

Los desplazamientos óseos y las complicaciones se evaluarán posteriormente a las reparaciones quirúrgicas y/o médica.

| | |
|--|---------------|
| Hundimiento de los senos | 10-20% |
| Desplazamiento del piso orbitario atrapamiento del recto inferior | 10-20% |
| Diplopia (ver capítulo Ojos) se le sumará a la incapacidad existente | |
| Hiposmia | 5% |
| Anosmia | 10% |
| Cráneo Hidrorrea con solución terapéutica | 5-10% |
| Cráneo Hidrorrea sin solución terapéutica | 40-60% |
| Fractura del hueso Malar | |
| con desplazamiento que involucra su apófisis orbitaria | 10-20% |
| asociada a la apófisis orbitaria del Frontal | 15-20% |
| Fractura del Cigoma | |
| única, con desplazamiento | 5% |
| asociada al Malar | 10-20% |
| asociada al Malar y al piso orbitario, con desplazamiento | 10-20% |
| Fractura del hueso Palatino, con complicaciones | según secuela |
| Enfermedad profesional | |
| Cáncer Primitivo de Etmoides, | |
| Local | 20% |
| Invasor (Piso de la Órbita, etc.) | 90% |

LARINGE

| | |
|--|--------|
| Traumatismos | |
| Parálisis Cuerdas Vocales única | 5% |
| Parálisis Cuerdas Vocales bilateral | 10% |
| Estrechez Laríngea, sin disnea | 5% |
| Estrechez Laríngea, con disnea (ver capítulo Respiratorio) | |
| Estrechez Laríngea, con disfonía | 5-15% |
| Laringectomía parcial | 35% |
| Laringectomía total | 50-70% |
| Traqueostomía transitoria (se evaluará según secuelas respiratoria y de la fonación) | |
| Traqueostomía definitiva | 50% |
| Enfermedades profesionales | |
| Disfonía funcional irreversible | 15% |
| Nódulos de las cuerdas vocales operados con secuelas irreversibles | 20% |
| Laringitis crónica irreversible | 20% |

SISTEMA RESPIRATORIO

Generalidades

LAS LESIONES DEL SISTEMA RESPIRATORIO QUE SERÁN EVALUADAS, SON LAS QUE DERIVEN DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES QUE FIGUREN EN EL LISTADO, DIAGNOSTICADAS COMO PERMANENTES O SECUELAS DE ACCIDENTES DE TRABAJO.

Los criterios para evaluar la incapacidad respiratoria causada por enfermedades profesionales o secuelas de accidentes de trabajo, se basan fundamentalmente en el compromiso funcional.

Elementos de diagnóstico: Anamnesis, examen médico

Laboratorio específico: gases en sangre, baciloscopia

Diagnóstico por imagen Rx, TC, ECO, Centellografía

Pruebas funcionales: espirometría, Dlco (pruebas de difusión)

Endoscopias y biopsias pulmonares, ganglionares, etc.

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

Cuadro 1

| Alteraciones | CV | VR | VEF1/CVF | VEF1 |
|----------------|------------|----------|----------|----------|
| ASMA | No dism. | No aum.- | Dism | Dism. |
| BRONQUITIS Cr. | No dismin. | No dism. | Dism | Dism |
| NEUMOCONIOSIS | Dism. | Dism. | N | No dism. |
| ENFISEMA | No dism. | Aum. | Dism | Dism |

El estudio espirométrico es de fundamental importancia para el diagnóstico del tipo de patología pulmonar, especialmente en las enfermedades profesionales. El criterio de normalidad funcional será el propuesto por la Americana Thoracic Society.

Con el anamnesis (disnea, agente, tipo de trabajo, etc.), Examen físico, Espirometría, Rx, y eventualmente gases en sangre y difusión pulmonar de gases, se llegará al diagnóstico de enfermedad profesional, y ubicar al trabajador dentro de la siguiente tabla para valorar el grado de incapacidad respiratoria que presente.

TABLA DE VALORACIÓN PARA INCAPACIDAD RESPIRATORIA

Cuadro 2

| | | |
|--------------|---|-----------------|
| Estadio I: | Ausencia de disnea Rx normal o secuela uni o bilateral menor al equivalente de un tercio de la playa pulmonar derecha. Volúmenes espirométricos mayores de OCHENTA POR CIENTO (80%). Gases en sangre normales | Sin incapacidad |
| Estadio II: | Disnea a grandes esfuerzos y/o Rx lesiones uni o bilateral que no excedan el equivalente al tercio de la playa pulmonar derecha. Volúmenes espirométricos entre SESENTA Y CINCO POR CIENTO (65%) y OCHENTA POR CIENTO (80%). Gases en sangre con saturación de O ₂ mayor del OCHENTA Y CINCO POR CIENTO (85%) | hasta 30% |
| Estadio III: | Disnea a medianos esfuerzos y/o Rx con lesiones uni o bilateral que no excedan el equivalente a toda la playa pulmonar derecha. Volúmenes espirométricos entre CINCUENTA POR CIENTO (50%) y SESENTA Y CINCO POR CIENTO (65%). Gases en sangre con saturación de O ₂ mayor del OCHENTA Y CINCO POR CIENTO (85%) | 35-50% |
| Estadio IV: | Disnea a mínimos esfuerzos y/o en reposo y/o Rx lesiones uni o bilateral que excedan la superficie de la playa pulmonar derecha. Volúmenes espirométricos menores al CINCUENTA POR CIENTO (50%). Gases en sangre con saturación menor del OCHENTA Y CINCO POR CIENTO (85%) | 55-70% |
| Estadio V: | Insuficiencia Respiratoria Terminal, con Cor-Pulmonare | 70-90% |

ENFERMEDADES PROFESIONALES

1.- NEUMOCONIOSIS FIBROGÉNICAS

Los criterios para evaluar la incapacidad respiratoria causada por neumoconiosis fibrogénica, como es el caso de aquellas derivadas de la exposición a sílice, asbesto, etc., se basan fundamentalmente en el compromiso radiológico y funcional. Para lo radiológico, se utiliza la norma de lectura de placas con neumoconiosis de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) de 1980, que establece los criterios que se muestran en el siguiente cuadro:

Cuadro 1

| OPACIDADES PARENQUIMATOSAS | | |
|----------------------------|-----------------------|---|
| PEQUEÑAS | GRANDES | |
| PROFUSION | 0 1 2 3 | A - Diámetro, o la suma de los diámetros > 3 mm y < de 50 mm. |
| REDONDEADAS | IRREGULARES | B - Diámetro, o la suma de los diámetros < o = al área del 1/3 superior del pulmón derecho. |
| P—Diámetro < 1.5mm | S—Diámetro < 1.5mm | C - Diámetro, o la suma |
| Q—Diámetro > 1.5 < 3mm | T—Diámetro >1.5 < 3mm | de los diámetros > al |
| R—Diámetro > 3 < 10 mm | U—Diámetro > 3 < 10mm | área del tipo B |

Cuadro N° 1 (continuación)

| OPACIDADES PLEURALES | | | | | | |
|--|-------------------------------|-----------|----|----|---------------------|--|
| PARED COSTAL | | DIAFRAGMA | | | ANGULO COSTOFRENICO | |
| CIRCUNSCRITAS O DIFUSAS | | SI | NO | SI | NO | |
| ANCHO | EXTENSION | D | I | D | I | |
| a-- < 5 mm | 1-- <1/4 de la pared torácica | E | Z | E | Z | |
| b-- > 5 < 10mm | 2-- >1/2 de la pared torácica | R | Q | R | Q | |
| c-- > 10mm | 3-- >1/2 de la pared torácica | E | U | E | U | |
| | | C | I | C | I | |
| | | H | E | H | E | |
| | | O | R | O | R | |
| | | D | | D | | |
| | | O | | O | | |
| CALIFICACIONES. | | | | | | El límite inferior para definir la obliteración del ángulo costofrénico, está dada por a Rx. de tórax standar, categoría 1/1-t/t |
| PARED | DIAFRAGMA | OTRAS | | | | |
| EXTENSION | | | | | | |
| 1--- < 20mm 2--- > 20 y < 100mm 3--- > 100mm | | | | | | |

Las alteraciones radiológicas pulmonares son condición sine qua non para el diagnóstico de neumoconiosis. En el caso de trabajadores expuestos a fibra de asbesto, la presencia de placa pleural, como signo aislado, no permite formular el diagnóstico de asbestosis en ausencia de opacidades parequimatosas.

Para medir el compromiso funcional se utilizará la espirometría, la que deberá realizarse sin broncodilatador, siendo la Capacidad Vital Forzada (CVF) y la Capacidad Residual (CR) los parámetros más alterados en esta patología, según se aprecia en el Cuadro N° 1.

Los volúmenes medidos se expresarán en porcentajes de las referencias de normalidad. Teniendo presente que las neumoconiosis fibrogénicas, por el desarrollo de fibrosis, que destruye y reemplaza al tejido pulmonar, dan un compromiso fundamentalmente restrictivo, el valor de la capacidad vital forzada (CVF), serán el ítem que incidirá más en la ubicación del trabajador en la Tabla de Incapacidad Respiratoria.

2.- BRONQUITIS CRÓNICA OCUPACIONAL

La exposición crónica a agentes irritantes de la vía respiratoria contribuye al desarrollo de bronquitis crónica. Se define a esta entidad como la presencia de tos y expectoración durante un período mínimo de 3 meses por año, al menos durante dos años seguidos.

1.- Bronquitis crónica simple en la que no hay obstrucción permanente e irreversible de la vía respiratoria.

Incapacidad 0%.

2.- Bronquitis crónica obstructiva. La incapacidad se determinará sobre la base de las alteraciones ventilatorias que se demuestren mediante la espirometría sin uso de broncodilatador, teniendo presente que para la patología obstructiva, se emplearán los indicadores Volumen Espiratorio Forzado en un segundo (VEF1), y la relación entre éste y la Capacidad Vital Forzada o Índice de Tiffeneau VEF1/CVF, como los más orientadores para la ubicación del trabajador en la tabla de Incapacidad Respiratoria.

Si el resultado fuere inferior a SESENTA Y SEIS POR CIENTO (66%) procederá nivelar la incapacidad permanente en SESENTA Y SEIS POR CIENTO (66%) en aquellos casos cuyas mediciones de gases arteriales en reposo muestren una PaO₂ igual o inferior al OCHENTA Y CINCO POR CIENTO (85%), o una PA CO₂ igual o superior al QUINCE POR CIENTO (15%) de lo que se considere normal.

3.- ASMA BRONQUIAL OCUPACIONAL

En los casos de asma ocupacional para los efectos de incapacidad, se reconocerán las 3 siguientes categorías:

A.- Asma sin Hiperreactibilidad Bronquial Inespecífica. Una vez que se aleja definitivamente a la persona del ambiente laboral causante desaparece el asma. Si bien queda sin secuelas respiratorias, si queda con un estado inmunitario que le impide continuar desempeñando su trabajo específico.

Incapacidad: 0-15%.

B.- Asma con HRB inespecífica. La persona continúa padeciendo el asma a pesar de su alejamiento definitivo del ambiente laboral causante, lo que hace imperativo un tratamiento permanente de mantención y controles médicos periódicos. Con un tratamiento adecuado puede desenvolverse relativamente bien en su vida cotidiana, pudiendo desempeñar trabajos que no impliquen agresiones respiratorias de ningún tipo, incluido el tabaquismo.

Incapacidad: 15-30%.

C.- Asma bronquial severo, es el que se asocia a una obstrucción bronquial persistente, que no revierte significativamente con el uso de broncodilatadores, constituyendo una severa limitante para el esfuerzo físico. La incapacidad se determinará mediante las pruebas espirométricas, para clasificarlo en el estadio funcional correspondiente. Los parámetros a tener en cuenta son los mismos de la Bronquitis Crónica Obstructiva, es decir el Volumen Espiratorio Forzado en 1 seg. (VEF1) y la relación VEF1/CVF.

La HRB deberá objetivarse sólo mediante el test de metacolina. La respuesta se considerará positiva con una caída mínima del VEF1 de VEINTE POR CIENTO (20%).

4.- CÁNCER OCUPACIONAL DEL APARATO RESPIRATORIO

Numerosos estudios epidemiológicos han establecido una asociación entre cáncer respiratorio y exposición a ciertos riesgos inhalatorios laborales. Tal es el caso del arsénico, asbesto y cromo que constituyen algunos de los principales agentes causantes. Tanto el cáncer bronquial como el mesotelioma pleural son de gran malignidad y, por lo mismo, de pésimo pronóstico. Teniendo presente lo anterior procede asignar a cualquiera de los señalados, con o sin demostración de metástasis, una incapacidad entre SESENTA Y SEIS POR CIENTO (66%) y NOVENTA POR CIENTO (90%).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- American Thoracic Society Criteria for Pulmonary Impairment. Renzetti AD et al: Evaluation of Impairment Disability Secondary to Respiratory Disorders. Am Rev. Respir. Dis. 1986; 133: 1205.

5.- INFECCIONES PULMONARES OCUPACIONALES

Las infecciones ocupacionales son lesiones temporales que se evaluarán según las secuelas que dejen, medibles por la Tabla de Valoración para Incapacidad Respiratoria

Hidatidosis Pulmonar

| | |
|---|-----------------|
| Quiste hidatídico simple, con resección quirúrgica sin complicaciones | sin incapacidad |
| Quiste hidatídico complicado: Ruptura (siembra) | 70% |
| Recidiva con siembra generalizada | 80% |

LESIONES POST TRAUMÁTICAS

Vías aéreas superiores: Se remite a los capítulos de Cabeza y Rostro y Garganta, Nariz y Oído.

PARED TORÁCICA

Partes blandas y óseas: Se remite al capítulo Osteoarticular.

Hernia diafragmática post-traumática, se remite al capítulo de Paredes Abdominales.

PULMONES Y PLEURA

| | |
|---|-----------------|
| Adherencias y retracciones cicatrizales post-traumáticas, sin compromiso funcional respiratorio | sin incapacidad |
| Adherencias y retracciones cicatrizales post-traumáticas, con compromiso funcional respiratorio | según tabla |
| Intervenciones quirúrgicas post traumáticas, sin secuelas | sin incapacidad |
| Toracoplastia sin insuficiencia respiratoria | sin incapacidad |
| Toracoplastia o secuelas post-traumáticas, con insuficiencia respiratoria | según tabla |
| Lobectomía o Segmentectomía, según incapacidad respiratoria | según tabla |
| Neumonectomía (se le sumará el grado de insuficiencia respiratoria) | 30% |

MEDIASTINO

| | |
|--|------------------------|
| Mediastinitis por perforación esofágica | (ver capítulo Esófago) |
| Mediastinitis, buena evolución c/trat. médico o quirúrgico | sin incapacidad |
| Mediastinitis, con secuelas retráctiles (disfagia, etc.) | según secuela |

SISTEMA CARDIOVASCULAR

Generalidades

LAS LESIONES DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR QUE SERÁN EVALUADAS, SON LAS QUE DERIVEN DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES QUE FIGUREN EN EL LISTADO, DIAGNOSTICADAS COMO PERMANENTES O SECUELAS DE ACCIDENTES DE TRABAJO.

Los elementos de diagnóstico que se usarán son: Anamnesis, examen físico.

Laboratorio: Colesterol total, Colesterol HDL, Colesterol LDL. Función renal, CPK, LDH,

TGO, TGP.

Diagnóstico por imágenes: Rx, Eco, Cámara Gama, Doppler, Hemodinamia.

Electrofisiológico: Ecg, PEG, Holter, Presurometría.

Fondo de ojo.

| Afecciones | Porcentaje |
|---|-----------------|
| 1. Cardiopatía Coronaria. | |
| 1.1. Síndrome anginoso. | |
| 1.1.1. Angina de pecho crónica y estable. Comprobado con PEG y/o Talio y/o Hemodinamia positiva | 60% |
| 1.2. Infarto del miocardio. | |
| 1.2.1. Infarto del miocardio recuperado, tratado médicamente o en forma quirúrgica, sin alteraciones hemodinámicas y PEG submáxima negativo | 20-30% |
| 1.2.2. Infarto del miocardio recuperado, tratado médicamente o en forma quirúrgica, con isquemia residual y/o trastornos hemodinámicos y/o PEG test de esfuerzo submáximo positivo | 80% |
| 2. Insuficiencia cardíaca derecha (complicación de patologías pulmonares de origen laboral), agrega en forma aritmética a la enfermedad que le dio origen | 30% |
| 3. Síndrome angioneurótico de la mano predominantes en los dedos índice y medio acompañados de calambres de la mano y disminución de la sensibilidad (enfermedad profesional). | |
| Compromiso de una mano | 5% |
| Compromiso bilateral | 10% |
| 4. Compromiso vascular unilateral permanente, con fenómeno de Raynaud o manifestaciones isquémicas de los dedos. | 20% |
| 5. Trastornos de la circulación permanente de los dedos de manos y pies. | |
| 5.1. Trastornos de la circulación de los dedos de las manos y de los pies sin acroosteolisis | 15% |
| 5.2. Trastornos de la circulación de las manos y de los pies con acroosteolisis | 25% |
| 6. Hipertensión arterial (HTA) como secuelas de nefropatías profesionales: Se tendrá en cuenta, Rx, Eco, Cámara Gama, Ecg, Fondo de ojos | |
| - Estadio I: Las cifras de presión diastólica son repetidamente superiores a 90 mm Hg, Electrocardiograma (ECG), Rx, Eco (sin hipertrofia ventricular) y fondo de ojo normal, sin antecedentes de lesión cerebrovascular por HTA | 5% |
| - Estadio II: Sin antecedentes de lesión cerebrovascular por HTA, sin secuelas en el momento de la evaluación, con evidencia de hipertrofia ventricular izquierda y fondo de ojo con alteraciones arteriolas por HTA sin hemorragias o exudados | 20% |
| - Estadio III: Hipertrofia ventricular izquierda al ECG y ECO. Rx de tórax sin signos de congestión cardíaca, retinopatía con cambios definidos por HTA con hemorragias y exudados | 40% |
| - Estadio IV: A todo lo anterior se le suma la Insuficiencia Cardíaca o los Accidentes Cerebrovasculares por HTA o la Retinopatía por HTA con daño retinal o de nervio óptico | 70% |
| Lesiones anatómicas post traumáticas | |
| Pericardio | |
| Taponamiento, operado, sin secuela funcional | sin incapacidad |
| Taponamiento, operado, con secuela funcional | 50-70% |
| Pericarditis: | |
| En pierna, drenaje quirúrgico, sin secuela hemodinámica | sin incapacidad |
| con secuela hemodinámica | 40-70% |
| constrictiva, con repercusión hemodinámica | 70% |
| Corazón | |
| Lesiones de Miocardio | |
| Herida directa, que requiera cirugía | 40-70% |
| Grandes Vasos (que requieran cirugía) | |
| Arteriales: | |
| Pulmonar | 30% |
| Aorta, sin secuela | 40% |
| con secuela | 70% |
| Subclavia, sin secuela | 0% |

| | |
|---|-----------------|
| con secuela (by pass) | 50% |
| Aorta abdominal | |
| Operada, sin secuela | 30% |
| Operada, con secuela, aneurismática o estenosis, que requiere cirugía | 70% |
| Arteriales periféricas | |
| Operada, sin secuelas | sin incapacidad |
| Operada, con secuelas, que requieran cirugía | según secuelas |
| Venosos: | |
| Cava superior, sin secuela | 0% |
| con complicaciones | según secuela |
| Pulmonar | 30% |
| Subclavia | 30% |
| Vena Cava inferior | |
| Operada, sin secuela | 0% |
| Operada, con secuela | 40% |
| Linfáticos: Conducto torácico, quilotórax | 30% |

| Insuficiencia venosa periférica | |
|--|---|
| Estadio I Pigmentación ocre difusa | 1 - 3% (uno a tres por ciento) * |
| Estadio II: Várices esenciales y/o recidivadas del sistema venoso superficial, pigmentación ocre difusa, sin trastornos tróficos. Puede haber o no edema blando. | Incapacidad del 3 - 5% (tres al cinco por ciento) |
| Estadio III: Dilatación venosa de los dos sistemas superficiales, con o sin edema blando, pigmentación ocre difusa o en placas (uni o bilateral). | Incapacidad del 5 - 10% (cinco al diez por ciento) |
| Estadio IV: Dilatación venosa de los dos sistemas superficiales, con o sin edema blando, pigmentación ocre difusa o en placas (uni o bilateral). Proceso flogótico y úlcera. | Incapacidad del 15 - 25% (quince al veinticinco por ciento) |
| Estadio V: Síndrome post-trombótico, con insuficiencia venosa profunda parcial (dermatitis ocre, pigmentaria, manguito esclerorretráctil, sin úlceras o con cicatrices). | Incapacidad del 30% - 40% (treinta al cuarenta por ciento) |
| Estadio VI: Síndrome post-trombótico, con insuficiencia venosa profunda con fibroedema en bota, con úlceras y/o cicatrices. | Incapacidad del 40 - 50% (cuarenta al cincuenta por ciento) |

Se aclara que los estadios V y VI las patologías deben ser producto de la evolución de la enfermedad profesional en sus estadios finales o consecuencia de un accidente de trabajo. En los supuestos de los estadios V y VI para que pueda ser considerada a los efectos de la evaluación de la incapacidad, la misma debe ser bilateral y la otra pierna debe estar comprendida como mínimo en el estadio III. Cuando la Comisión Médica determine la existencia de factores predisponentes o coadyuvantes ajenos al trabajo o cualquier otro factor que no guarde estricta vinculación causal con el trabajo realizado, los mismos deberán excluirse de la incapacidad indemnizable en los términos del artículo 6°, inciso 2 b) de la Ley N° 24.557.

DIGESTIVO Y PARED ABDOMINAL

LAS LESIONES DEL APARATO DIGESTIVO Y PARED ABDOMINAL QUE SERÁN EVALUADAS, SON LAS QUE DERIVEN DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES QUE FIGUREN EN EL LISTADO, DIAGNOSTICADAS COMO PERMANENTES O SECUELAS DE ACCIDENTES DE TRABAJO.

Elementos útiles para la evaluación:

Anamnesis, Examen físico, Laboratorio, Endoscopia

Diagnóstico por imágenes: Rx simple, Rx con contraste, T.C., ECO, RMN,

Centellograma.

CAVIDAD BUCAL

Pérdida de partes blandas (ver Cabeza y Rostro)

| Estomatitis | Incapacidad |
|---|-------------|
| 1.- Estomatitis mercurial con pérdida de menos de 1/3 de las piezas dentarias como secuela. | 20 % |
| Estomatitis mercurial con pérdida secular de 1/3 o más de las piezas dentarias. | 40% |
| 2.- Pérdida traumática de menos de 1/3 de piezas dentarias. | 20% |
| Pérdida traumática de más de un tercio de las piezas dentarias. | 40% |

Nota: En lo que concierne a pérdida de piezas dentarias por estomatitis mercurial o traumáticas secundarias a accidentes laborales, sólo se otorgará la incapacidad señalada en el caso que dichas pérdidas no sean reemplazadas por prótesis fijas, es decir con puentes o implantes de titanio.

Lengua

| | |
|--|--------|
| 1. Pérdida parcial, sin alteración de la fonación y de la deglución. | 10-15% |
| 2. Pérdida parcial, con alteración de la fonación y de la deglución. | 15-30% |
| 3. Pérdida total. | 50-60% |

ESÓFAGO

Los accidentes de trabajo que originan lesiones en el esófago son excepcionales. Pueden ser provocadas a nivel del cuello y/o el tórax como consecuencia de la ingesta de cáusticos o por heridas penetrantes en esas regiones. Estas últimas habitualmente van acompañadas de compromiso en otros órganos.

Las secuelas se relacionan directamente con la lesión que las provocó o pueden ser secundarias al tratamiento, que necesariamente debió ser realizado.

En la anamnesis se tendrá especial interés en la valoración de la disfagia, el dolor y los vómitos.

En el examen físico se considerará el estado nutricional. Se requerirá el aporte de la Historia Clínica, con los procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados.

Lesiones

| | |
|--|-----------------|
| 1.- Perforación simple, sin flemón de cuello y/o mediastinitis, sin secuelas. | sin incapacidad |
| 2.- Secuela leve: con disfagia intermitente, con disquinesia, sin estenosis y sin compromiso ponderal. | 2-10% |
| 3.- Secuela moderada: | |
| - con estenosis y necesidad de dilataciones periódicas sin pérdida de peso o con pérdida menor del 10% del peso habitual. | 10-15% |
| - con pérdida mayor del 10% del peso habitual y con escaso compromiso del estado general. | 15-25% |
| - con pérdida mayor del 10% del peso habitual y moderado compromiso del estado general. | 30-50% |
| Perforación de esófago toracoabdominal resuelta por toracotomía o toracofrenotomía y cierre de la brecha con el fundus gástrico (Op. de Thal) o similares | 70% |
| 4.- Secuela grave: perforación en mediastino, que requiere drenaje quirúrgico o extirpación del esófago, reemplazo del mismo con estómago, colon o intestino delgado | 70% |
| Necrosis (lesiones por cáusticos), con reemplazo quirúrgico del esófago | 70% |
| Estenosis total, que requiere reemplazo quirúrgico del esófago | 70% |
| Cualquiera de estas tres secuelas, sin posibilidad de reparación quirúrgica, salvo ostomía de alimentación y/o alimentación parenteral | 80-90% |

ESTÓMAGO Y DUODENO

El estómago y el duodeno pueden ser lesionados por contusiones violentas en la región epigástrica y zona baja del tórax por heridas penetrantes abdominales y también por ingestión de cáusticos.

El duodeno puede estallar al ser fuertemente aplastado contra los cuerpos vertebrales y, cuando ocurre esto, habitualmente está comprometido el páncreas.

En todos estos casos se impone la intervención quirúrgica, donde se determinará el tratamiento respectivo: desde el cierre simple hasta amplias resecciones. Por tal motivo, es importante requerir copia del parte quirúrgico y los estudios complementarios realizados.

ESTÓMAGO

Lesiones

| | |
|--|----|
| 1. Laparotomía exploradora sin secuela | 0% |
| 2. Gastrectomía parcial: | |

| | |
|---|--------|
| 2.1. Con pérdida menor del 10% del peso habitual | 15-20% |
| 2.2. Con pérdida mayor del 10% del peso habitual | 20-25% |
| 2.3. Con secuelas post quirúrgicas (Dumping Síndrome del asa aferente) con pérdida menor del 10% del peso habitual | 25-35% |
| 2.4. Con sec. post quirúrgicas (Dumping, etc.), con pérdida mayor del 10% del peso corporal | 35-40% |
| 3. Gastrectomía total: sin pérdida de peso | 30% |
| 3.1. Con pérdida menor del 10% del peso habitual | 30-35% |
| 3.2. Con pérdida mayor del 10% del peso habitual y moderado compromiso del estado general | 40-50% |
| 3.3. Con pérdida mayor del 10% del peso habitual e importante compromiso del estado general, con o sin secuela de reflujo | 70% |

DUODENO

| | |
|---|--------|
| 1.- Duodenopancreatectomía: | |
| cefálica | 45% |
| total | 70% |
| 2.- Ligadura del píloro con cierre simple y gastroenteroanastomosis | 20-30% |

INTÉSTINO DELGADO

Como toda víscera hueca, puede ser lesionada por traumatismos abdominales y/o heridas penetrantes.

Lesiones

| | |
|--|-----------------|
| 1.- Laparotomía exploradora sin secuela, por cierre simple sin resección | sin incapacidad |
| 2.- Resección: | |
| Menores de SESENTA (60) cm | 5-10% |
| Si involucra el ángulo de Treitz | 15-25% |
| De más de SESENTA (60) cm (valorar estado nutricional): | |
| Con pérdida menor del DIEZ POR CIENTO (10%) del peso habitual, hipalbuminemia, no menor a TRES (3) gramos. | 25-30% |
| Con pérdida mayor del DIEZ POR CIENTO (10%) del peso habitual, hipalbuminemia, no menor a TRES (3) gramos y/o anemia. | 30-40% |
| Con pérdida mayor del DIEZ POR CIENTO (10%) del peso habitual, albuminemia menor a TRES (3) gramos y/o anemia o compromiso funcional tipo intestino corto. | 70% |
| 3.- En caso de producirse fistulas, permanentes, que comprometan el estado general, agregar: | 25% |

INTÉSTINO GRUESO

Las causas de las lesiones son similares a las referidas para Intestino Delgado.

Lesiones

| | |
|--|-----------------|
| 1.- Laparotomía exploradora, con cierre simple, sin colostomía | sin incapacidad |
| 2.- Laparotomía exploradora, con cierre simple, con colostomía transitoria, reconstruido el tránsito al momento de la evaluación | 5% |
| 3.- Colectomía segmentaria, sin colostomía | 10-15% |
| 4.- Colectomía segmentaria, con colostomía transitoria, reconstruido el tránsito al momento de la evaluación | 10-15% |
| 5.- Hemicolectomía, sin colostomía | 10-15% |
| 6.- Hemicolectomía, con colostomía transitoria, reconstruido el tránsito al momento de la evaluación | 10-15% |
| 7.- Pancolectomía total | 50-70% |
| 8.- Colostomía definitiva | 40-60% |

Si la resección motiva trastornos funcionales, que comprometen el estado general (pérdida de peso, anemia, hipalbuminemia, diarrea crónica) la incapacidad se incrementará en QUINCE POR CIENTO (15%).

Para evaluar las colectomías se solicitará Rx de Colon por enema y Colonoscopia.

RECTO y ANO

Las lesiones son, por lo general, producto de traumatismos contusos penetrantes.

| | |
|---|--------|
| 1.- Perforación de recto, extraperitoneal, con colostomía transitoria, reconstruido el tránsito al momento de la evaluación | 10-15% |
| 2.- Perforación de recto, intraperitoneal, con cierre simple y colostomía transitoria, reconstruido el tránsito al momento de la evaluación | 10-15% |

| | |
|--|--------|
| 3.- Perforación de recto, intraperitoneal, con Operación de Hartmann | 25-30% |
| 4.- Perforación de recto, con colostomía definitiva | 40-60% |
| Fístulas anales (post-traumáticas o complicaciones post-traumáticas) sin solución terapéutica: | |
| Subcutánea | 1-3% |
| Transesfinteriana | 10-20% |
| Extraesfinteriana | 10-20% |
| Fisuras sin lesión del esfínter | 0-2% |
| con lesión del esfínter | 2-5% |

Si con motivo de las resecciones o lesiones se produce un trastorno funcional permanente: incontinencia, obstrucción defecatoria por estenosis y/o lesión nerviosa, la incapacidad se incrementará en 30%.

PARED ABDOMINAL

| | |
|--|-----------------|
| Cicatrices viciosas, retráctiles, anfractuosas: | |
| menores de DIEZ (10) cm | 2% |
| mayores de DIEZ (10) cm | 5 % |
| Ruptura del recto anterior, operado o no que, cura sin secuela | sin incapacidad |

HERNIA EVENTRACIÓN O EVISCERACIÓN DIAFRAGMÁTICA

POST-TRAUMÁTICA

| | |
|--|-----------------|
| Sin complicaciones | sin incapacidad |
| Con complicaciones (respirat., digest., cardíopul.): | según secuela |

HERNIAS

| | |
|---------------------------------------|-----------------|
| Umbilical o Epigástrica: | |
| operada, sin secuelas | sin incapacidad |
| operada con secuelas post quirúrgicas | 6% |
| Inguinal o Crural unilateral: | |
| operada, sin secuelas | sin incapacidad |
| operada con secuelas post quirúrgicas | 6% |
| Inguinal o Crural bilateral: | |
| operada, sin secuelas | sin incapacidad |
| operada con secuelas post quirúrgicas | 12% |

EVENTRACIÓN

| | |
|--|--------|
| menor de SEIS (6) cm sin solución terapéutica | 6-12% |
| mayor de SEIS (6) cm sin solución terapéutica | 13-16% |
| gigante, más de VEINTICINCO (25) cm no reparable | 40% |

Si hay complicaciones que requieran cirugía y ésta le dejara alguna secuela, se le sumará a la incapacidad evaluada la correspondiente al tipo de intervención realizada. Para ello se remite al ítem correspondiente (por ej. resecciones intestinales).

HÍGADO Y VÍAS BILIARES

Los accidentes de trabajo que originan lesiones a este nivel pueden ser debidos a la ingesta de tóxicos, contusiones o heridas penetrantes. El hígado también puede ser afectado por ciertos agentes infecciosos (Hepatitis B, Hepatitis C, u otras) o trabajar con algunas sustancias tóxicas

Elementos útiles para la evaluación:

Anamnesis, examen físico.

Laboratorio General: Específico: Hepatograma, Proteinograma, Gamma GT.

Estudio de la hemostasia,

Colinesterasa sérica, Arco 5,

Marcadores virales

Diagnóstico por imágenes: Rx, Eco, TC, RMN.

Los daños que originan las lesiones difusas hepáticas, se evaluarán en base al compromiso funcional: signos clínicos y de laboratorio. La biopsia es un elemento valioso.

En las lesiones anatómicas segmentarias o focalizadas el diagnóstico por imágenes es indispensable.

Evaluación de la función hepática:

Índice de Child (Marcador de la función en Hepatopatía Crónica)

| | A | B | C |
|----------------|-----------|---------------|------------|
| Bilirrubinemia | <20mg/l | 20-30mg/l | >30mg/l |
| Albuminemia | >35 g/l | 30-35 g/l | <30 mg/l |
| Protrombinemia | >70% | 70-40% | <40% |
| Ascitis | No | moderada | abundante |
| Encefalopatía | No | fácil control | importante |
| Nutrición | excelente | correcta | mala |
| % Incapacidad | 10-30 % | 30-60% | 70% |

Las lesiones difusas del hígado, cualquiera sea su etiología, producidas en ocasión del trabajo, serán evaluadas de acuerdo a los parámetros precedentes. Los valores extremos de incapacidad de cada estadio, se correlacionan con: la Historia Clínica, la frecuencia de las descompensaciones y los datos humorales límites expresados.

La Hepatitis crónica activa, aún compensada, diagnosticada por biopsia, puede llegar a alcanzar una incapacidad del SETENTA POR CIENTO (70%), dependiendo del grado de actividad inflamatoria histológica, los parámetros clínicos, la alteración de los valores humorales y el tipo de actividad laboral.

Angiosarcoma hepático 90%

Lesiones anatómicas

Hígado

Las lesiones traumáticas de hígado que curen sin secuelas no presentan incapacidad.

Las lesiones traumáticas de hígado que dejen secuelas se evaluarán según las mismas. Por ejemplo: Insuficiencia Hepática, sinéquias, etc.

| | |
|---|-----------------|
| Quiste hidatídico simple, con resección quirúrgica sin complicaciones | sin incapacidad |
| Quiste hidatídico complicado: Ruptura (siembra peritoneal) | 70% |
| Recidiva con siembra peritoneal | 80% |

Cuando coexiste con complicación torácica, se combinarán las incapacidades.

De existir compromiso de la función hepática post-resección, la misma será evaluada a partir de los parámetros mencionados en el correspondiente ítem.

Las lesiones, producidas por y en ocasión del trabajo, que den origen a un trasplante hepático se valoran en un NOVENTA POR CIENTO (90%).

Vías Biliares

| | |
|---|--------|
| Ruptura post-traumática de vesícula | 10% |
| Ruptura de vía biliar extra hepática: | |
| - Ruptura parcial de Colédoco (drenaje) | 15-20% |
| - Ruptura total con reparación de la vía biliar | 30-40% |
| - Secuela obstructiva post-quirúrgica | 70% |
| - Fístula biliar, post-quirúrgica, no reparable | 70% |

Páncreas

| | |
|---|-----|
| Resección de Páncreas por traumatismos: | |
| Duodenopancreatectomía cefálica | 45% |
| Pancreatectomía córporecaudal | 50% |
| Pancreatectomía total | 70% |
| Pancreatectomía total más esplenectomía | 80% |

Bazo

| | |
|---|-----------------|
| Sutura esplénica, post traumática (sin esplenectomía) | sin incapacidad |
| Esplenectomía parcial, post traumática | 10% |
| Esplenectomía total, post traumática | 25-30% |

SISTEMA NEFROUROLÓGICO

Generalidades

LAS LESIONES DEL SISTEMA NEFROUROLÓGICO QUE SERÁN EVALUADAS, SON LAS QUE DERIVEN DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES QUE FIGUREN EN EL LISTADO, DIAGNOSTICADAS COMO PERMANENTES O SECUELAS DE ACCIDENTES DE TRABAJO.

Los elementos útiles para la evaluación son: Anamnesis, examen físico

Laboratorio: Hemograma, uremia, creatininemia, Clearance de creatininemia o insulina, etc.

Diagnóstico por imágenes Rx, Eco, TC, RNM, radiorenograma isotópico y/o Cámara Gamma (se podrá observar la función de cada riñón por separado)

RIÑÓN

Insuficiencia renal

La patología renal ocasionada por cualquiera de los agentes tóxicos que incluye la ley debe ser evaluada en base a la función renal del trabajador, independientemente del tipo de daño (tubular, intersticial, glomerular, con síndrome nefrótico, con síndrome urémico, etc.)

El monto de incapacidad por este concepto dependerá del grado de insuficiencia renal medida según los grados de velocidad de filtración glomerular (VFG) que a continuación se detallan:

| Grado de VFG | VFG ml/min | Incapacidad |
|--------------|------------|-------------|
| Grado I | 70 - 50 | 10% |
| Grado II | 40 - 30 | 20% |
| Grado III | 20 - 5 | 70% |
| Grado IV | < 5 | 90% |

| | | |
|-------|-----------|---|
| Nota: | Grado I | Asintomáticos |
| | Grado II | Anemia leve, hipertensión arterial (HTA) posible. |
| | Grado III | Acentuación de lo anterior + síndrome urémico. |
| | Grado IV | Situación clínica que requiere diálisis o trasplante. |

Se le sumará la incapacidad causada por la hipertensión nefrovascular que esta patología dé origen (ver Cardiovascular)

| | |
|---|-------------|
| Lesiones post-traumáticas | Incapacidad |
| Pérdida del riñón por nefrectomía, con indemnidad funcional del riñón remanente | 20 % |

En su defecto, es decir, si el riñón remanente tuviera algún grado de insuficiencia, la evaluación de incapacidad deberá ajustarse al criterio señalado anteriormente en la tabla.

Como método de diagnóstico para evaluar la función de cada riñón por separado, se utilizará el radiorenograma isotópico y/o Cámara Gamma.

Las lesiones post-traumáticas, se evaluarán según las secuelas y una vez agotados los recursos terapéuticos.

HIDRONEFROSIS

| | |
|--|---------------------|
| Hidronefrosis unilateral, sin repercusión funcional, con riñón contralateral normal | 5% |
| Hidronefrosis unilateral, con 1/3 de anulación funcional, con riñón contralateral normal | 10% |
| Hidronefrosis unilateral, con 2/3 de anulación funcional, con riñón contralateral normal | 15% |
| Hidronefrosis unilateral, con anulación funcional total, con riñón contralateral normal | 20% |
| Hidronefrosis unilateral, con anulación funcional total, con riñón contralateral disminuido | según función renal |
| Hidronefrosis unilateral, con anulación funcional total, con riñón contralateral sin función | según función renal |
| Hidronefrosis bilateral, con anulación funcional de ambos riñones | según tabla |
| Ptois renal unilateral, sin repercusión funcional, con riñón contralateral normal | 5% |
| Ptois renal unilateral, con 1/3 de anulación funcional, con riñón contralateral normal | 10% |
| Ptois renal unilateral, con 2/3 de anulación funcional, con riñón contralateral normal | 15% |
| Ptois renal unilateral, con anulación funcional total, con riñón contralateral normal | 20% |
| Ptois renal unilateral, con anulación funcional total, con riñón contralateral disminuido | según función renal |
| Ptois renal unilateral, con anulación funcional total, con riñón contralateral sin función | según función renal |
| Ptois renal bilateral, sin repercusión funcional | 10% |
| Ptois renal bilateral | según función renal |
| La presencia de infección permanente incrementará cada cuadro | 10% |

URÉTER

| Reemplazo ureteral post traumático | |
|---|---------------------|
| Unilateral, sin alteraciones funcionales, con riñón contralateral normal | sin incapacidad |
| Unilateral, con 1/3 de anulación funcional, con riñón contralateral normal | 10% |
| Unilateral, con 2/3 de anulación funcional, con riñón contralateral normal | 15% |
| Unilateral, con anulación funcional total, con riñón contralateral normal | 20% |
| Unilateral, con anulación funcional total, con riñón contralateral disminuido | según función renal |
| Bilateral, sin alteraciones funcionales | sin incapacidad |
| Bilateral, con anulación funcional | según función renal |
| Ureterostomía | |
| Cutánea permanente unilateral | 40% |
| Cutánea permanente bilateral | 70% |

VEJIGA

Cáncer vesical (por exposición a tóxicos)

El criterio para establecer el grado de incapacidad física de un Cáncer vesical y que con mucha probabilidad lleva a la muerte del trabajador tiene que ver con el grado de función perdida pero también con el pronóstico y posibilidad de supervivencia del mismo.

Para tales efectos se establecen los siguientes criterios:

| Estadio | Grado de compromiso | Incapacidad |
|---------|----------------------------------|-------------|
| 0 | Superficial o in situ, mucosa | 10% |
| A | Superficial, submucosa | 20% |
| B | Invasor, muscular | 40% |
| C | Invasor, grasa perivesical | 60% |
| D1 | Metastásico, ganglios linfáticos | 90% |
| D2 | Metastásico, huesos o vísceras | 90% |

Sin perjuicio de lo anterior, si dentro de los TREINTA Y SEIS (36) meses extendibles a SESENTA (60) que establece la ley como período de incapacidad provisoria, se produjera un aumento del compromiso del cáncer vesical desde los grados A o B a un grado C o superior, deberá otorgarsele al trabajador, una incapacidad del NOVENTA POR CIENTO (90 %).

| | |
|--|-----------------|
| Congestión vesical con varicocele | 20% |
| Tumor benigno de la vejiga | 10% |
| Lesiones post-traumáticas | |
| Cistostomía transitoria | sin incapacidad |
| Cistostomía definitiva | 70% |
| Cistectomía parcial | 20-30% |
| Cistectomía total | 70% |
| Vejiga neurogénica post-traumática | 70% |
| Cistitis crónica retráctil operable | según secuelas |
| Cistitis crónica retráctil inoperable | 60% |
| Incontinencia de orina operable en el hombre | según secuelas |
| Incontinencia de orina operable en la mujer | según secuelas |
| Incontinencia de orina permanente, inoperable en el hombre | 70% |
| Incontinencia de orina permanente, inoperable en la mujer | 70% |
| Fistula urinaria operable | según secuelas |
| Fistula urinaria inoperable | 40-60% |

URETRA

Las lesiones uretrales, por accidentes laborales evaluarán posterior a las reparaciones quirúrgicas, si correspondieran, y según secuelas.

| | |
|--|--------|
| Estrechez uretral, post traumática permeable | 10-20% |
| Estrechez uretral, post traumática infranqueable | 70% |
| Fistula uretral, post traumática definitiva | 70% |

GENITAL MASCULINO

| | |
|---|-----------------|
| Castración | 40% |
| Amputación total del pene | 40% |
| Amputación parcial del pene con función eréctil conservada | 25% |
| Amputación parcial del pene sin función eréctil | 30% |
| Lesión peneana deformante del pene con desviación de la angulación o lesión de los cuerpos cavernosos | 20% |
| Atrofia testicular unilateral, por contusión (hematocele organizado) | 10% |
| Atrofia testicular bilateral, por contusión (hematocele organizado) | |
| hasta 40 años | 40% |
| entre 40-65 años | 30% |
| más de 65 años | 20% |
| Disfunción sexual, post-traumática, en la erección y eyaculación permanente (orgánica) | 30% |
| Traumatismo de escroto, con pérdida parcial de la piel | 5% |
| Traumatismo de escroto, con pérdida total de la piel y sin cirugía reparadora | 30% |
| Hematocele post-traumático, sin secuelas | sin incapacidad |

GENITAL FEMENINO

El aparato genital femenino se divide en dos zonas anatómicas: interna y externa.

En la parte interna, dada su ubicación, es estadísticamente difícil observar lesiones por accidentes de trabajo, que originen secuelas. Estas, además de la repercusión local, pueden provocar la incapacidad reproductiva.

En la parte externa, son más frecuentes las lesiones traumáticas.

Las lesiones se evaluarán, posterior a los tratamientos que correspondieren y si quedaran secuelas.

Lesiones

| | |
|---|-----------------|
| A adherencias parciales o totales de vulva | 10-30% |
| A adherencias parciales o totales de labios mayores o menores | 10-30% |
| Se considerará el compromiso urinario | |
| Estrechez de vagina o acortamiento | 20-30% |
| Clitoridectomía traumática | 20% |
| Histerectomía total o subtotal, edad fértil | 40% |
| Histerectomía total o subtotal, post-menopausia | 10% |
| Ooforectomía unilateral traumática | 10% |
| Ooforectomía bilateral traumática, edad fértil | 40% |
| Ooforectomía bilateral traumática, post-menopausia | 20% |
| Salpinguectomía unilateral traumática | 10% |
| Salpinguectomía bilateral traumática, edad fértil | 40% |
| Salpinguectomía bilateral traumática, post-menopausia | 10% |
| Desgarro de perineo producido por accidente, sin compromiso esfinteriano ni sexual | sin incapacidad |
| Desgarro de perineo producido por accidente, con compromiso esfinteriano, se evalúa según incontinencia | |
| Fístula recto-vaginal sin solución quirúrgica | 30% |
| Herida o traumatismo en mamas, con destrucción parcial unilateral | 0-5% |
| Herida o traumatismo en mamas, con destrucción total unilateral | 10-15% |
| Herida o traumatismo en mamas, con destrucción parcial bilateral | 10-15% |
| Herida o traumatismo de mamas, con destrucción total bilateral | 30% |

SISTEMA HEMATOPOYÉTICO

LAS LESIONES DEL SISTEMA HEMATOPOYÉTICO QUE SERÁN EVALUADAS, SON LAS QUE DERIVEN DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES QUE FIGUREN EN EL LISTADO, DIAGNOSTICADAS COMO PERMANENTES O SECUELAS DE ACCIDENTES DE TRABAJO.

1.- ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS DE TIPO HIPOPLASIA, APLASIA O DISPLASIA, que pueden manifestarse por:

Anemia, leucopenia, trombocitopenia.

Para los efectos de evaluar el benzolismo se tendrá en cuenta los siguientes parámetros hematológicos, según complejidad:

| | |
|--|-------------|
| Anemia: Se evalúa según hemoglobinemia | Incapacidad |
| 9-7g. de Hb. | 15% |

| | |
|--|--------------------|
| <7-5 g. de Hb. | 40% |
| <5 g. de Hb. | 70% |
| Leucopenia: Recuento de leucocitos menor de 3.500 por mm³ | Incapacidad |
| Leucopenia más recuento absoluto de neutrófilos entre 3.000 y 2.200 por mm ³ | 5% |
| Leucopenia más recuento absoluto de neutrófilos entre 2.200 y 1.000 por mm ³ | 10% |
| Leucopenia más recuento absoluto de neutrófilos menor de 1.000 por mm ³ sin infecciones recurrentes | 20% |
| Leucopenia más recuento absoluto de neutrófilos menor de 1.000 por mm ³ con infecciones bacterianas recurrentes (más de 4 episodios en los últimos 5 meses previos a la evaluación) | 70% |
| Leucopenia más recuento absoluto de linfocitos entre 1.500 y 800 por mm ³ | 5% |
| Leucopenia más recuento absoluto de linfocitos menor de 800 por mm ³ | 10% |
| Trombocitopenia: | Porcentaje |
| 100.000 - 30.000 x mm ³ | 5% |
| < 30.000 x mm ³ | 10% |

Todo lo anterior no es aditivo.

Hipoplasia y aplasia medular

(Necesidad de punción y biopsia medular)

| Grado | Características | Incapacidad |
|------------|---|-------------|
| Leve | Supresión medular del 10% con normalidad en sangre periférica | 0% |
| Moderada A | Supresión medular del 11 al 40%, anemia crónica | 30% |
| Moderada B | Supresión medular del 41 al 70% | 60% |
| Severa | Supresión medular > 70 % | 80% |

Mielodisplasias con hiperleucocitosis y síndromes mieloproliferativos **Incapacidad**

Estados Leucemoides 40%

- Leucocitos: 20.000 - 50.000 x mm³
- Fórmula leucocitaria: Granulocitosis (80 a 90% de polinucleares neutrófilos con o sin metamielocitos o mielocitos)
- Linfocitosis: 50 a 80% de linfocitos maduros y el resto pueden no serlo
- Mielograma: Presenta sólo una leve hiperplasia de la línea interesada con indemnidad de la serie roja y plaquetaria
- Serie roja: Normal
- Plaquetas: Normales

2.- LEUCEMIAS

Las leucemias de origen profesional son secundarias a una exposición de más de 10 años, en general evolucionan más rápidamente hacia la muerte que las formas criptogénicas y por lo general son resistentes a los diversos tratamientos antimitóticos.

Las leucemias de origen profesional en orden decreciente de frecuencia de presentación son las siguientes:

Leucemias agudas

Leucemia mieloide crónica

Leucemia linfóide crónica

El porcentaje de incapacidad se establece según el número de remisiones después de haber realizado tratamiento antimitótico que establezca al paciente.

| | |
|---|--------------------|
| Leucemia mielógena aguda (LMA) | Incapacidad |
| Primera remisión | 50% |
| Segunda remisión | 70% |
| Tercera remisión | 90% |
| Leucemia linfocítica aguda (LLA) | |
| Primera remisión | 50% |
| Segunda remisión | 70% |
| Tercera remisión | 90% |
| Leucemia mieloide crónica (LMC) | 20-90% |

El grado de incapacidad dependerá de factores tales como, momento del diagnóstico, edad, si el tratamiento se realiza con trasplante de médula de hermano u otra persona con HLA compatible, evolución posterior, etc.

Nota: HLA= Sigla que por convención internacional designa al complejo génico de histocompatibilidad humana.

Leucemia linfocítica crónica (LLC)

El grado de incapacidad dependerá del estadio en que se encuentre la enfermedad según la clasificación internacional.

| Estadio | Características | Incapacidad |
|---------|--|-------------|
| A | Linfocitos con afectación clínica de menos de tres grupos ganglionares, sin anemia ni trombocitopenia. | 20% |
| A(0) | Sin ganglios aumentados de tamaño | |
| A(I) | Ganglios aumentados de tamaño | |
| A(II) | Hepatomegalia o esplenomegalia | |
| B | Afectados más de tres grupos ganglionares, sin anemia ni trombocitopenia | 40% |
| B(I) | Ganglios aumentados de tamaño | |
| B(II) | Hepatomegalia o esplenomegalia | |
| C | Anemia o trombocitopenia, con independencia del número de grupos ganglionares afectados | 70% |
| C(III) | Anemia | |
| C(IV) | Trombocitopenia | |

S.I.D.A. (síndrome de inmunodeficiencia adquirida)

Para el diagnóstico del carácter laboral de esta enfermedad infecciosa, se realizarán las determinaciones serológicas correspondientes (Elisa - IF) en el momento de la lesión punzo cortante sospechosa. Estas reacciones deben ser negativas.

Posteriormente se harán controles semestrales por el plazo de un año para verificar la seroconversión

| | |
|--|---------|
| Grupo I: Seroconversión | 0-10 % |
| Grupo II: Infección asintomática | 10-30 % |
| Grupo III: Adenopatías Generalizadas Persistentes | 40-60% |
| Grupo IV: Asociada a otras enfermedades Con los Subgrupos A, B y C. | 70-90% |

NEUROLOGÍA

Generalidades

LAS LESIONES NEUROLÓGICAS QUE SERÁN EVALUADAS, SON LAS QUE DERIVEN DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES QUE FIGUREN EN EL LISTADO, DIAGNOSTICADAS COMO PERMANENTES O SECUELAS DE ACCIDENTES DE TRABAJO.

En el presente capítulo se evalúan exclusivamente las lesiones y el compromiso neurológico. En caso de no estar contemplados en la incapacidad evaluada por secuela post-traumática osteoarticular, la incapacidad neurológica determinada se combinará con la primera.

Elementos útiles para la evaluación: Anamnesis, examen físico

- Fondo de Ojo y Campimetría
- Laboratorio General Dosaje de Anticonvulsivantes
- Diagnóstico por Imágenes
- Rx simple de cráneo y de columna vertebral
- Eco-Doppler carotídeo, vertebral y transcraneano
- TC, RMN,
- Electrofisiológicos, audiometría
- Electronistagmografía,
- EMG con velocidad de conducción, EEG
- Potenciales evocados: Auditivos, Visuales,
- Somatosensitivos, Radioisotópicos
- Centellograma, Dinámicos

1.- LESIONES DE LOS PARES CRANEALES

Se tendrán en cuenta para valorar la lesión de los pares craneales: clínica significativa, P. evocados y/o EMG alterados.

Nervio Olfatorio

Fractura de Lámina Cribosa

| | |
|------------------------|-----|
| a) Sin complicaciones | 0% |
| b) Con complicaciones: | |
| Hiposmia | 5% |
| Anosmia | 10% |

Nervio Óptico: ver capítulo de Ojos.

Nervio Motor Ocular Común: Diplopia, Ptoxis palpebral (ver capítulo de Ojos).

Nervio Patético: Diplopia (ver capítulo de Ojos).

Nervio Trigémino

Nervio oftálmico

| | |
|------------|--------|
| Unilateral | 5-10% |
| Bilateral | 10-20% |

Nervio max. superior

| | |
|------------|--------|
| Unilateral | 5-10% |
| Bilateral | 10-20% |

Nervio max. inferior

| | |
|------------|--------|
| Unilateral | 5-10% |
| Bilateral | 10-20% |

Neuralgia del Trigémino

| | |
|------------|--------|
| Unilateral | 3-10% |
| Bilateral | 10-50% |

Nervio Motor Ocular Externo: Diplopia (ver capítulo de Ojos).

Nervio Facial

| | |
|-----------------------|--------|
| Unilateral central | 5-10% |
| Unilateral periférico | 10-15% |
| Bilateral central | 15-20% |
| Bilateral periférico | 20-30% |

Nervio Auditivo: ver capítulo de Nariz, Garganta y Oído.

Nervio Glossofaríngeo

| | |
|---|--------|
| Con hipoestesia o anestesia del tercio posterior de la lengua | 5-30% |
| Disfagia para líquidos | 10-15% |
| Disfagia para sólidos | 15-30% |

Nervio Neumogástrico 5-35%

Nervio Espinal 15-30%

Nervio Hipogloso

| | |
|-------------------------------|--------|
| Unilateral | 5% |
| Bilateral: | |
| con dificultad para el habla | 5-30% |
| con dificultad para deglución | |
| - líquido | 10-15% |
| - sólido | 15-30% |
| - alimentación por tubo | 40-60% |

2.- LESIONES DE LOS NERVIOS PERIFÉRICOS

Son las que pueden acompañar a las lesiones osteoarticulares, manifestándose por los déficit sensitivos y/o motores.

Los porcentajes de incapacidad corresponden a lesiones completas. Con relación a las lesiones parciales de los nervios motores o sensitivos puros, el porcentaje de incapacidad se calculará en forma porcentual a la función perdida. Para estos fines se utilizará la escala propuesta por el British Medical Research Council que gradúa la motricidad en rangos de M0 a M5 y la Sensibilidad en rangos de S0 a S5:

| | |
|----------|----------------------------|
| M0: | 100% de incapacidad motora |
| M1 y M2: | 80% de incapacidad motora |
| M3: | 60% de incapacidad motora |
| M4: | 30% de incapacidad motora |
| M5: | 0% de incapacidad motora |

Porcentaje de incapacidad:

| | |
|-----|---|
| M0: | Parálisis total |
| M1: | Esbozo de contracción (fibrilaciones musculares) |
| M2: | Contracción posible, eliminando la fuerza de gravedad |

- M3: Contracción posible contra la fuerza de gravedad
- M4: Contracción contra algún tipo de resistencia
- M5: Contracción contra resistencia importante

Sensibilidad

- S0: 100% de incapacidad sensitiva
- S1: 80% de incapacidad sensitiva
- S2: 60% de incapacidad sensitiva
- S3: 40% de incapacidad sensitiva
- S4: 20% de incapacidad sensitiva
- S5: 0% de incapacidad sensitiva (función completa)

Los nervios mixtos aparecen ponderados porcentualmente en cuanto a la importancia funcional sus componentes sensitivo y motor, por lo cual las lesiones parciales deben finalmente calcularse de acuerdo a este factor.

Por ejemplo:

Lesión parcial del nervio mediano a nivel de la muñeca:

Motricidad promedio M3 (60% de incapacidad motora)

Sensibilidad promedio S2 (60% de incapacidad sensitiva)

Ponderación funcional del nervio mediano en la muñeca:

Componente motor 40%, y componente sensitivo 60%

(mayor importancia funcional tiene el componente sensitivo)

Lesión completa del nervio mediano: 25% de incapacidad

Componente motor: $25 \times 0,40 = 10\%$ $\times 0,60$ (M3) = 6% (incapacidad motora)

Componente sensitivo: $25 \times 0,60 = 15\%$ $\times 0,60$ (M3) = 9% (incapacidad sensitiva)

Incapacidad total del nervio mediano: 15%.

En el caso de coexistir la lesión neurológica con rigidez y deformidad articular se procederá a la suma de ambas incapacidades, teniendo como tope máximo el porcentaje de incapacidad por la amputación del segmento en valoración.

Las lesiones de neurotendinosas serán evaluadas sumando las incapacidades producto de la lesión neurológica y la alteración de la movilidad articular que ocasiona a la lesión tendinosa. De igual manera, se tendrá como tope máximo de incapacidad al dado por la amputación del segmento estudiado.

Las lesiones radicales serán evaluadas de acuerdo a la repercusión parcial o total que causen en el o los nervios periféricos que formen.

| A.- Miembro Superior | Incapacidad |
|---|-------------|
| 1.- Lesión completa del Plexo Braquial | 60% |
| 2.- Nervio Supraescapular | 15% |
| 3.- Nervio Torácico Largo | 10% |
| 4.- Nervio Axilar | 20% |
| (Ponderación funcional: Componente motor 98%, componente sensitivo 2%) | |
| 5.- Nervio Radial | 30% |
| (Ponderación funcional: Componente motor 90%, componente sensitivo 10%) | |
| 6.- Nervio Músculo cutáneo | 20% |
| (Ponderación funcional: Componente motor 90%, componente sensitivo 10%) | |
| 7.- Nervio Interóseo posterior | 20% |
| 8.- Antebraqueal cutáneo medial | 30% |
| 9.- Nervio Mediano (proximal al 1/3 medio del AB) | 40% |
| (Ponderación funcional: Componente motor 40%, componente sensitivo 30%) | |
| 10.- Nervio Mediano (distal al 1/3 medio del AB) | 25% |
| (Ponderación funcional: Componente motor 40%, componente sensitivo 80%) | |
| 11.- Nervio Interóseo anterior | 10% |
| 12.- Nervio Cubital (proximal al 1/3 medio del AB) | 35% |
| (Ponderación funcional: Componente motor 70%, componente sensitivo 30%) | |
| 13.- Nervio Cubital (distal al 1/3 medio del AB) | 25% |
| (Ponderación funcional: Componente motor 70%, componente sensitivo 30%) | |
| 14.- Colateral IR | 5% |
| 15.- Colateral IC | 7% |
| 16.- Colateral IIR | 7% |

| | |
|--|--------------------|
| 17.- Colateral IVC | 7% |
| 18.- Resto colaterales | 3% |
| B.- Miembro Inferior | Incapacidad |
| 1.- Lesión completa del plexo lumbar | 40% |
| 2.- Lesión completa del plexo sacro | 60% |
| 3.- Nervio Femoral cutáneo | 7% |
| 4.- Nervio Femoral | 30% |
| (Componente funcional: Componente motor 95%, componente sensitivo 5%) | |
| 5.- Nervio Obturador interno | 15% |
| (Componente funcional: Componente motor 95%, componente sensitivo 5%) | |
| 6.- Resto de las ramas del plexo lumbar | 10% |
| 7.- Nervio Ciático (Proximal al hueso poplíteo) | 50% |
| (Componente funcional: Componente motor 50%, componente sensitivo 50%) | |
| 8.- Nervio Cutáneo posterior del muslo | 5% |
| 9.- Nervio Peroneo común | 25% |
| (Componente funcional: Componente motor 70%, componente sensitivo 30%) | |
| 10.- Nervio Tibial anterior (1/2 prox. de la pierna) | 18% |
| (Componente funcional: Componente motor 95%, componente sensitivo 5%) | |
| 11.- Nervio Tibial anterior (1/2 distal de la pierna) | 10% |
| (Componente funcional: Componente motor 50%, componente sensitivo 50%) | |
| 12.- Nervio Peroneo superficial | 7.5% |
| 13.- Nervio Tibial | 35% |
| (Componente funcional: Componente motor 60%, componente sensitivo 60%) | |
| 14.- Nervio Tibial posterior (1/2 prox. de la pierna) | 30% |
| (Componente funcional: Componente motor 60%, componente sensitivo 40%) | |
| 15.- Nervio Tibial posterior (1/2 distal de la pierna) | 20% |
| (Componente funcional: Componente motor 30%, componente sensitivo 70%) | |
| 16.- Nervio Plantar externo o interno | 10% |
| (Componente funcional: Componente motor 30%, componente sensitivo 70%) | |
| 17.- Nervio Safeno | 5% |
| 18.- Nervio Sural | 5% |

3.- TRAUMATISMOS RAQUIMEDULARES

Las lesiones serán clasificadas según el nivel neurológico en que se produce la lesión medular, y si provocan un déficit completo o incompleto de la función medular. En el caso de lesiones incompletas se establece un rango de incapacidad el cual se valorará en base a la capacidad funcional que presente el paciente.

| NIVEL | Completa | Incompleta |
|-------|----------|--------------|
| C4 | 100% | de 50 a 100% |
| C5 | 100% | de 50 a 100% |
| C6 | 100% | de 50 a 100% |
| C7 | 100% | de 50 a 100% |
| C8 | 100% | de 50 a 100% |
| T1 | 100% | de 50 a 100% |
| T2 | 100% | de 50 a 100% |
| T3 | 100% | de 50 a 100% |
| T4 | 100% | de 50 a 100% |
| T5 | 100% | de 50 a 100% |
| T6 | 100% | de 50 a 100% |
| T7 | 90% | de 50 a 90% |
| T8 | 90% | de 50 a 90% |
| T9 | 90% | de 50 a 90% |
| T10 | 90% | de 50 a 90% |
| T11 | 90% | de 50 a 90% |
| T12 | 90% | de 50 a 90% |
| L1 | 90% | de 50 a 90% |
| L2 | 90% | de 50 a 90% |
| L3 | 90% | de 50 a 90% |

| | | |
|----|-----|-------------|
| L4 | 80% | de 30 a 80% |
| L5 | 60% | de 30 a 60% |
| S1 | 50% | de 30 a 50% |
| S2 | 20% | de 5 a 20% |
| S3 | 10% | de 5 a 9% |
| S4 | 5% | de 2 a 4% |
| S5 | 5% | de 2 a 4% |

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Hoppenfeld, S.: Exploración Física de la columna vertebral y las extremidades. Ed. El Manual Moderno S.A., México S.A., México D.F. 1979.
- 2) Zachary, R.B.: Results of nerve suture. En: Peripheral Nerve Injuries, De por J.H.: Seddon, Londres, her Majesty's Stationery Office, 1954.

4.- ENFERMEDADES NEURO-PSIQUIÁTRICAS PRODUCIDAS POR AGENTES QUÍMICOS

1.- ENCEFALOPATÍA TÓXICA AGUDA

Hay numerosas sustancias químicas de uso industrial, agrícolas o medicamentosas, presentes en variados procesos productivos que pueden producir una Encefalopatía Tóxica Aguda, que pueden generar DAÑO ORGÁNICO CEREBRAL, de distintos grados, dependiendo de la severidad de la intoxicación y de la oportunidad del tratamiento.

Los daños producidos no guardan relación de especificidad con el agente químico que los provoca y en consecuencia se evalúa la función cerebral en sus aspectos psicológicos y neurológicos. En aquellos casos en que hay un daño orgánico cerebral, como secuela de la encefalopatía aguda, esta se evalúa con los métodos habituales de la psiquiatría, considerando las características previas a la enfermedad de la persona afectada (edad, sexo, años de exposición, nivel intelectual, entre otros).

Agentes que pueden producir ENCEFALOPATÍA TÓXICA AGUDA:

- Mercurio y sus compuestos.
- Arsénico y sus compuestos minerales.
- Plomo y sus compuestos.
- Alcoholes y Cetonas, utilizados como solventes industriales.
- Monóxido de Carbono
- Bromuro de Metilo.
- Sulfuro de Carbono.
- Ácido Sulfídrico.

Las secuelas de las encefalopatías agudas por intoxicación laboral se evalúan conforme a los criterios de DAÑO ORGÁNICO CEREBRAL, que expresan la capacidad de la persona para desempeñarse globalmente.

2.- ENCEFALOPATÍA TÓXICA CRÓNICA

La exposición por largo tiempo, con frecuencia inaparente, a bajas dosis de diversas sustancias químicas de uso industrial o agrícola produce un DAÑO ORGÁNICO CEREBRAL CRÓNICO, irreversible en todos los casos y progresivo en algunos de ellos que debe ser evaluado con los mismos instrumentos y criterios que las secuelas de una Encefalopatía Tóxica Aguda.

Agentes que pueden producir ENCEFALOPATÍA TÓXICA CRÓNICA:

- Mercurio.
- Plomo.
- Sulfuro de Carbono.
- Derivados halogenados de los hidrocarburos alifáticos.
- Tolueno y Xileno.

Tanto la encefalopatía tóxica aguda como la crónica se evalúan por el daño orgánico cerebral que producen y la evaluación se realiza en la misma forma.

La evaluación del daño orgánico cerebral secundario a encefalopatía tóxica aguda se debe hacer por lo menos seis meses después de que se han estabilizado las secuelas y en el caso de la encefalopatía tóxica crónica, seis meses después que ha cesado la exposición al tóxico.

El Cuadro N° 1 muestra las pruebas psicológicas más usadas en la medición del daño orgánico cerebral.

CUADRO N° 1
EVALUACIÓN DEL DAÑO ORGÁNICO CEREBRAL

| TEST | TIPO | ÁREAS QUE EXPLORA | APLICACIÓN |
|------------|---------------------------------|--|---|
| BENDER | TEST VISOMOTOR | ACTIVIDAD PERCEPTUAL CONDUCTA GRÁFICA MADUREZ MEMORIA HABILIDAD MOTORA MANUAL CONCEPTOS TEMPORO-ESPACIALES CAPACIDAD DE INTEGRACIÓN MAGNIFICACIÓN SIMULACIÓN | RETRASOS GLOBALES DE MADURACIÓN SÍNDROME CEREBRO-ORGÁNICO PSICOSIS DEPRESIÓN |
| RORSCHARCH | TEST PROYECTIVO DE PERSONALIDAD | PROYECCIÓN DE LA ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD. | EN TODOS LOS CUADROS |
| | | NIVEL INTELECTUAL DETERIORO SIMULACIÓN | |
| WESCHLER | | INTELIGENCIA CAPACIDAD DE ADAPTACIÓN DETERIORO PSICO-ORGÁNICO LEVE, MODERADO O SEVERO | EN TODOS LOS CUADROS |
| RAVEN | | COCIENTE INTELECTUAL | EN TODOS LOS CUADROS |

El Cuadro N° 2 muestra la incapacidad generada por cada uno de los grados de compromiso producidos por el daño orgánico cerebral.

CUADRO N° 2
DAÑO ORGÁNICO CEREBRAL - GRADOS DE INCAPACIDAD

| CARACTERÍSTICAS | GRADO | INCAPACIDAD |
|---|-------|-------------|
| PUEDA REALIZAR LA MAYORÍA DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA | I | 15% |
| ALGUNA SUPERVISIÓN Y DIRECCIÓN PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA | II | 40% |
| CONFINAMIENTO | III | 70% |
| ASISTENCIA PARA EL PROPIO CUIDADO | IV | 100% |

3.- DEPRESIÓN CRÓNICA IRREVERSIBLE

Agentes:

Sulfuro de carbono.

Plaguicidas organofosforados.

Incapacidad: 70%

4.- NEUROPATÍAS PERIFÉRICAS

Polineuritis y Neuritis, con trastorno de la conducción neuro eléctrica en fase irreversible.

Agentes:

Sulfuro de carbono.

Plomo.

n.Hexano.

Arsénico.
Óxido de etileno.
Plaguicidas órgano fosforados.
Metil butil cetona.

Se evaluará el daño residual en área de enervación de cada nervio conforme a los mismos criterios establecidos para las lesiones neurológicas traumáticas.

5.- NEURITIS ÓPTICA

Agentes:

Plomo.
n.Hexano.
Derivados halogenados de los hidrocarburos alifáticos.

Incapacidad:

unilateral: 40%.
bilateral: 70%.

6.- NEURITIS TRIGEMINAL

Agente:

Derivados halogenados de los hidrocarburos alifáticos.

Incapacidad: 50%

7.- SÍNDROME NEUROLÓGICO TIPO PARKINSONISMO

Agente:

Manganeso.

Incapacidad:

En fase irreversible con respuesta al tratamiento con medicamentos: 40%
Sin respuesta al tratamiento con medicamentos: 70%

8.- ATAXIA CEREBELOSA

Agente:

Mercurio.

Incapacidad:

Con temblor intencional en fase irreversible 40%
Con trastornos de la marcha 70%

5.- DAÑO NEUROLÓGICO CEREBRAL O MEDULAR: POR AGENTES FÍSICOS

Producido por trombosis consecutivas a accidente por descompresión inadecuada.

1.- Daño cerebral o medular producido por trombosis por descompresión inadecuada.

Se evaluarán con los criterios de daño neurológico para los casos de compromiso de las funciones motora y sensitiva de los territorios afectados. Las lesiones medulares se evaluarán con los mismos criterios de traumatismo raquímedular.

2.- Y el compromiso de otras funciones cerebrales conforme al criterio de daño orgánico cerebral.

6.- TRAUMATISMO CRÁNEO-ENCEFÁLICO

Evaluación de las secuelas neurológicas

| Hundimiento de Calota, operada | según secuelas |
|--------------------------------|----------------|
| Deficitarias motoras: | |
| Hemiparesia: | |
| leve | 40% |
| moderada | 50% |
| severa | 60% |
| Hemiplejías | 70% |
| Monoparesias: | |
| leve | 20% |
| moderada | 30% |
| severa | 40% |
| Monoplejías | 60% |
| Atrofias cerebrales: | |

| | |
|---|-----|
| Focales | 50% |
| Hemisféricas | 60% |
| Generalizadas | 70% |
| Afasias: | |
| De expresión | 50% |
| De comprensión | 70% |
| Mixtas | 70% |
| Hidrocefalias post-traumáticas, comunicantes o no comunicantes (tratadas y compensadas) | 40% |
| Déficit Auditivo: Se remite al capítulo de Otorrinolaringología. | |
| Déficit Agudeza Visual y Campimetría: Se remite al capítulo Oftalmología. | |

Convulsivas Focales o Jacksonianas:

| | |
|---|--------|
| EEG neg. (se tendrá en cuenta H.Cl. y dosaje de anticonvulsivantes) | |
| Sin datos positivos | 0% |
| Con datos positivos | 10-20% |
| EEG positivo. | 25-35% |
| Generalizadas - Mal Convulsivo | 50% |

7.- DESORDEN MENTAL ORGÁNICO POST TRAUMÁTICO

Es secundario a los traumatismos encéfalo craneanos y se evalúan una vez que se establecen las manifestaciones alimicas neurológicas agudas.

| GRADO | DEFINICIÓN | INCAPACIDAD |
|-------|--|--------------------------|
| I | Interrupción funcional momentánea de la conciencia provocada por un traumatismo de cráneo con antecedentes de una conmoción, pero no de laceración ni de contusión. No hay alteraciones histológicas ni cambios clínicos. Hay memoria del momento del traumatismo y de unos instantes previos al mismo. El período de inconsciencia es momentáneo o breve. La recuperación es rápida y completa. El cuadro clínico se caracteriza por cefaleas, mareos, falta de concentración y memoria. | 0% (No deja secuelas) |
| II | El traumatismo provoca una pérdida de conciencia desde una a varias horas. El paciente puede despertar súbitamente o pasar por un período de obnubilación de la conciencia y confusión. Hay amnesia post-traumática. La recuperación funcional de los síntomas es completa, se acompaña con frecuencia de un trastorno de la personalidad moderado, que se denomina SÍNDROME POST CONTUSIONAL, O ESTADO NEURÓTICO POST-CONTUSIONAL. El cuadro clínico se caracteriza por angustia, cefalea y vértigo, hipersensibilidad a los estímulos, apatía y desgano. Las exploraciones neurológicas, tomográficas y electroencefalográficas no son significativas. Las pruebas psicométricas arrojan elementos moderados de organicidad. Deberá descartarse la influencia de trastornos graves de la personalidad. | 20% |
| III | La cefalea es intensa y palpitante, se agrava con la posición horizontal y se exacerba con el esfuerzo físico, mental y la excitación, y mejora con el reposo y la quietud. Hay mareos por los cambios de posición, a veces nebulosidad momentánea de la visión de carácter sincopal, intolerancia al calor, tabaco y alcohol. Aparecen trastornos disfásicos en el lenguaje, pérdida de jerarquía del pensamiento, perseveración. Defectos en la concentración, percepción, comprensión y memoria. Hay intolerancia a los ruidos, litigante, temerosa, aprensiva, hipocondríacas. Las exploraciones neurológicas tomográficas, electroencefalográficas y psicométricas presentan en todos los casos alteraciones orgánicas francas. | 40% |
| IV | Cambios afectivos, trastornos de la memoria, trastornos de otras funciones intelectuales, alteración de la conducta. Permanentes y no regresivos. Las exploraciones neurológicas, tomográficas, electroencefalográficas y psicométricas, presentan en todos los casos alteraciones orgánicas francas a severas. Otros defectos orgánicos son: la Epilepsia post traumática y el hematoma crónico subdural, evaluados por Neurología. | 70% |

PSIQUIATRÍA

Generalidades

Las lesiones psiquiátricas que serán evaluadas, son las que deriven de las enfermedades profesionales que figuren en el listado, diagnosticadas como permanentes o secuelas de accidentes de trabajo.

Las enfermedades psicopatológicas no serán motivo de resarcimiento económico, ya que en casi la totalidad de estas enfermedades tienen una base estructural.

Los trastornos psiquiátricos secundarios a accidentes por traumatismo craneo-encefálicos y/o epilepsia post-traumática (como las personalidades anormales adquiridas y las demencias post-traumáticas, delirios crónicos orgánicos, etc.) serán evaluados únicamente según el rubro DESORDEN MENTAL ORGÁNICO POST TRAUMÁTICO (grado I, II, III o IV).

Solamente serán reconocidas las REACCIONES O DESORDEN POR ESTRÉS POST TRAUMÁTICO, las REACCIONES VIVENCIALES ANORMALES NEURÓTICAS, los ESTADOS PARANOIDES y la DEPRESIÓN PSICÓTICA que tengan un nexo causal específico relacionado con un accidente laboral. Debiéndose descartar primeramente todas las causas ajenas a esta etiología, como la personalidad predisponente, los factores socioeconómicos, familiares, etc.

Las incapacidades psiquiátricas parciales, si existiera más de un diagnóstico, no serán sumatorias, sino que se reconocerá únicamente la de mayor incapacidad.

1.- REACCIONES O DESORDENES POR ESTRÉS POST TRAUMÁTICO

Serán reconocidas cuando tengan directa relación con eventos traumáticos relevantes que ocurran en el trabajo, ya sea como accidentes, o como testigo presencial del mismo. Constituyen una enfermedad, reconocida oficialmente por el DSM III, y la CIE 10 (OMS), que tiene una etiología, una presentación y un curso, así como un pronóstico y resolución.

En general tienden a adaptarse a su nueva realidad, y la gran mayoría de los pacientes mejoran al cabo de tres a seis meses, sin secuelas.

Un grupo menor de casos evolucionan a una NEUROSIS POST TRAUMÁTICA, la que sí determina algún grado de incapacidad para el trabajo.

Serán consideradas para su evaluación como REACCIONES VIVENCIALES ANORMALES comentadas a continuación.

2.- REACCIONES VIVENCIALES ANORMALES NEURÓTICAS (NEUROSIS)

En las reacciones vivenciales anormales neuróticas, como consecuencia de accidentes de trabajo, hay que evaluar cuidadosamente la personalidad previa.

Se considerarán rasgos importantes para la evaluación: la personalidad básica del sujeto, la biografía, los episodios de duelo, la repuesta afectiva, las expectativas laborales frustradas y sus relaciones personales con el medio.

Grado I

Definición: Están relacionadas a situaciones cotidianas, la magnitud es leve, no interfiere en las actividades de la vida diaria, ni a la adaptación de su medio. No requieren tratamiento en forma permanente.

INCAPACIDAD: 0%

Grado II

Definición: Se acentúan los rasgos de la personalidad de base, no presentan alteraciones en el pensamiento, concentración o memoria. Necesitan a veces algún tipo de tratamiento medicamentoso o psicoterapéutico.

INCAPACIDAD: 10%

Grado III

Definición: Requieren un tratamiento más intensivo. Hay remisión de los síntomas más agudos antes de tres meses. Se verifican trastornos de memoria y concentración durante el examen psiquiátrico y psicodiagnóstico. Las formas de presentación son desde la depresión, las crisis conversivas, las crisis de pánico, fobias y obsesiones. Son reversibles con el tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico adecuado. Al año continúan los controles.

INCAPACIDAD: 20%

Grado IV

Definición: Requieren de una asistencia permanente por parte de terceros. Las neurosis fóbicas, las conversiones histéricas, son las expresiones clínicas más invalidantes en este tipo de reacciones. Las depresiones neuróticas también pueden ser muy invalidantes.

INCAPACIDAD: 30%

RESUMEN DE INCAPACIDAD REACCIÓN VIVENCIAL ANORMAL NEURÓTICA. R.V.A.N. CON MANIFESTACIÓN DEPRESIVA.

| | |
|------------------------------|-----|
| R.V.A.N. Depresiva Grado I | 0% |
| R.V.A.N. Depresiva Grado II | 10% |
| R.V.A.N. Depresiva Grado III | 20% |
| R.V.A.N. Depresiva Grado IV | 30% |

RESUMEN DE INCAPACIDAD REACCIÓN VIVENCIAL ANORMAL NEURÓTICA. R.V.A.N. CON MANIFESTACIÓN FÓBICA.

| | |
|---------------------------|-----|
| R.V.A.N. Fóbica Grado I | 0% |
| R.V.A.N. Fóbica Grado II | 10% |
| R.V.A.N. Fóbica Grado III | 20% |
| R.V.A.N. Fóbica Grado IV | 30% |

RESUMEN DE INCAPACIDAD REACCIÓN VIVENCIAL ANORMAL NEURÓTICA. R.V.A.N. CON MANIFESTACIÓN OBSESIVA COMPULSIVA.

| | |
|--|-----|
| R.V.A.N. Obsesivo-compulsiva Grado I | 0% |
| R.V.A.N. Obsesivo-compulsiva Grado II | 10% |
| R.V.A.N. Obsesivo-compulsiva Grado III | 20% |
| ENFERMEDAD OBSESIVO-COMPULSIVA GRADO IV (con deterioro de la personalidad) | 40% |
| ENFERMEDAD OBSESIVO-COMPULSIVA GRADO IV (con evolución psicótica) | 70% |

RESUMEN DE INCAPACIDAD REACCIÓN VIVENCIAL ANORMAL NEURÓTICA. R.V.A.N. CON MANIFESTACIÓN PSICOSOMÁTICA

| | |
|-----------------------------------|-----|
| R.V.A.N. Psicossomática Grado I | 0% |
| R.V.A.N. Psicossomática Grado II | 10% |
| R.V.A.N. Psicossomática Grado III | 20% |
| R.V.A.N. Psicossomática Grado IV | 30% |

RESUMEN DE INCAPACIDAD REACCIÓN VIVENCIAL ANORMAL NEURÓTICA. R.V.A.N. CON MANIFESTACIÓN HISTÉRICA

| | |
|--|-----|
| R.V.A.N. Histérica de Conversión Grado I | 0% |
| R.V.A.N. Histérica de Conversión Grado II | 10% |
| R.V.A.N. Histérica de Conversión Grado III | 20% |
| R.V.A.N. Histérica de Conversión Grado IV | 30% |

RESUMEN DE INCAPACIDAD REACCIÓN VIVENCIAL ANORMAL NEURÓTICA. R.V.A.N. CON MANIFESTACIÓN HIPOCONDRIACA

| | |
|-----------------------------------|-----|
| R.V.A.N. Hipocondríacas Grado I | 0% |
| R.V.A.N. Hipocondríacas Grado II | 10% |
| R.V.A.N. Hipocondríacas Grado III | 20% |
| R.V.A.N. Hipocondríacas Grado IV | 30% |

3.- ESTADOS PARANOIDES

Reacción paranoide:

Reacción vivencial anormal de origen psicológico, secundario a experiencia intensamente vivida. Hay una personalidad vulnerable predisponente, como las litigantes y las sensitivas de K. Schneider. La duración es de semanas a meses, sin dejar secuelas.

INCAPACIDAD: No tiene incapacidad de origen laboral.

Desarrollo paranoico o paranoia.

Definición: Delirio sistematizado interpretativo crónico, irreductible, incapacitante, irreversible (sólo se considerarán aquellas que tengan origen en accidentes laborales).

INCAPACIDAD: Hasta 50%

4.- DEPRESIÓN PSICÓTICA

Definición: Cuando un cuadro depresivo reactivo tiene una evolución de características psicóticas melancólicas que se desvía del motivo que la originó, evolucionando a una psicosis afectiva, son incapacitantes mientras dure la fase, que remite con restitución ad-integrum en la mayoría de los casos (sólo se considerarán aquellas que tengan origen en accidentes laborales).

En los casos que se prolonguen por más de un año, o se agreguen por la edad elementos de involución con organicidad cerebral, componentes deliroides paranoicos y senso-perceptivos de tipo orgánico, son incapacitantes por ser irreversibles.

INCAPACIDAD: hasta 50%

5.- NEUROSIS DE RENTA

Definición: Es un estado mental de algunos individuos siniestrados o accidentados, de personalidad litigante, que exageran inconscientemente la impotencia funcional, prolongan anormalmente la incapacidad laboral, acentúan las secuelas objetivas, con otras subjetivas y emprenden una actividad PARANOIDE creciente en busca de una indemnización máxima.

Dada la existencia de un trastorno de la personalidad previo antes del daño, no dan derecho a valoración de incapacidad como secuela de accidente del trabajo.

NOTA: Por las características de estos exámenes de evaluación de la incapacidad laboral, deberá estudiarse para descartar las posibles: simulaciones, metasilulaciones o perseveración y sobresimulación.

SIMULACIÓN: Producción voluntaria de síntomas psíquicos o físicos falsos o exagerados, motivados por la consecución de algún objetivo, como la obtención de compensaciones económicas.

METASILULACIÓN O PERSEVERACIÓN: Caracterizada por descripción de síntomas desaparecidos o patología ya curada.

SOBRESIMULACIÓN: Exageración de síntomas subjetivos que pudieran subsistir.

Lo antes expuesto lleva en más de una ocasión a los peritos médicos a incurrir en error o engaño, dificultando la evaluación correcta de incapacidad.

FACTORES DE PONDERACIÓN

1.- FUNDAMENTOS

A los fines de dar cumplimiento con lo dispuesto en el artículo 8º, inciso 3, de la Ley sobre Riesgos del Trabajo N° 24.557, que establece que: "El grado de incapacidad laboral permanente será determinado por las comisiones médicas de esta ley, en base a la tabla de evaluación de incapacidades laborales, que elaborará el Poder Ejecutivo Nacional y, ponderará entre otros factores, la edad del trabajador, el tipo de actividad y las posibilidades de reubicación laboral", se adjunta el instructivo para la aplicación de los factores de ponderación.

Los TRES (3) factores que manda incorporar la ley son: la edad, el tipo de actividad y las posibilidades de reubicación laboral. La edad es un factor perfectamente determinable y no necesita la generación de ninguna variable adicional a los fines de incorporarlo como factor de ponderación.

No sucede lo mismo en el caso del tipo de actividad y las posibilidades de reubicación laboral; por ello se torna necesaria la generación de variables determinables que nos permitan aproximar el estado de estos factores de ponderación.

En el caso del tipo de actividad, el indicador más cercano es el grado de dificultad que le ocasiona la incapacidad al individuo para la realización de sus tareas habituales. Siguiendo en parte algunos de los criterios que adopta el Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA), se establecen las siguientes categorías: realiza las tareas habituales sin dificultad, las realiza con dificultad leve, con dificultad intermedia o con alta dificultad.

En el caso de las posibilidades de reubicación laboral, se considera que la variable que mejor aproxima las posibilidades de reubicación laboral es la recalificación del individuo. La categorización en función de la recalificación del individuo se realiza en función de si "amerita" o "no amerita" recalificación. La división en estas categorías se realiza a los fines de asimilar las "mayores posibilidades de reubicación laboral" con el "no ameritar recalificación" y las "menores posibilidades de reubicación" con el "ameritar recalificación".

La ponderación de estos factores es una tarea que ha de abordarse caso por caso, para determinar si corresponde aplicar -según las características del sujeto accidentado y de la lesión, las posibilidades de reubicación, la afectación para el desempeño de su tarea habitual, etc.- estos factores de ponderación y, en su caso, el rango de los mismos. A tal efecto, se podrán aplicar uno o varios de los factores y no necesariamente el valor máximo previsto.

2.- PROCEDIMIENTO

Una vez determinada la incapacidad funcional de acuerdo a la tabla de evaluación de incapacidades laborales se procederá a la incorporación de los factores de ponderación.

Los porcentajes que surgieran de la aplicación de la tabla de evaluación de incapacidades laborales podrán ser incrementados en el porcentaje¹ que surja de la aplicación de los factores de ponderación según lo siguiente:

1. Factor de tipo de actividad.

Este factor se incorpora al dictaminar en forma definitiva el grado de incapacidad. Se realiza la evaluación del grado de dificultad que el individuo posee para desempeñar su tarea habitual.

| Dificultad para la realización de las tareas habituales | Rango del valor del factor |
|---|----------------------------|
| Ninguna | 0% |
| Leve | 0-10% |
| Intermedia | 0-15% |
| Alta | 0-20% |

2. Factor de las posibilidades de reubicación laboral.

En este caso la incorporación del factor depende de si el individuo amerita o no recalificación.

| Amerita recalificación | Rango del valor del factor |
|------------------------|----------------------------|
| No amerita | 0% |
| Si amerita | 10% |

Esto implica que en caso que el individuo amerite ser recalificado, corresponde la aplicación del 10% como factor de ponderación. Este porcentaje será reducido a 0% si el proceso culmina con arreglo a las pautas establecidas. En caso de no culminar todas las etapas del proceso, no corresponderá tal reducción. Este proceso de modificar el valor del factor en función del resultado de la recalificación cesará una vez que la incapacidad adquiera el carácter definitivo.

3. Factor edad.

¹ Cuando se hace referencia a incremento del porcentaje de la tabla, implica que se debe multiplicar por $(1+x\%)$ el porcentaje de dicha tabla.

Los valores del factor de ponderación según la edad del damnificado deberán estar comprendidos en los intervalos que se presentan en la siguiente tabla:

| Edad del damnificado | Sumar a los porcentajes que resulten del paso 1 y 2 |
|----------------------|---|
| menos de 21 años | 0-4% |
| de 21 a 30 años | 0-3% |
| de 31 y más años | 0-2% |

4. Operatoria de los factores.

Una vez determinados los valores de cada uno de los TRES (3) factores de ponderación, éstos se sumarán entre sí, determinando un valor único. Este único valor será el porcentaje en que se incrementará el valor que surja de la evaluación de incapacidad funcional de acuerdo a la tabla de evaluación de incapacidades laborales.

La existencia de rangos de valores para cada factor, implica que queda a criterio del evaluador la aplicación de un valor particular en función de las circunstancias que rodeen al damnificado.

En caso de que una incapacidad permanente sea parcial por aplicación de la tabla de evaluación de incapacidades laborales y que por la incorporación de los factores de ponderación se llegue a un porcentaje igual o superior al SESENTA Y SEIS POR CIENTO (66%) el valor máximo de dicha incapacidad será SESENTA Y CINCO POR CIENTO (65%).

CRITERIOS DE UTILIZACIÓN DE LAS TABLAS DE INCAPACIDAD LABORAL

DISTINTOS SUPUESTOS

La incapacidad que surge de una enfermedad profesional o de un accidente de trabajo se medirá en porcentaje de la capacidad funcional total del individuo.

En los trabajadores que, en los exámenes de ingreso, se constaten limitaciones anatómicas funcionales, éstas deberán ser asentadas en su legajo personal, siendo el CIENTO POR CIENTO (100%) de la capacidad funcional del trabajador, su capacidad restante.

Esto implica, por lo tanto, que para la evaluación de la incapacidad de un trabajador afectado por siniestros sucesivos se empleará el criterio de la capacidad restante. Es decir que la valoración del deterioro se hará sobre el total de la capacidad restante.

En cuanto a la evaluación de la incapacidad de un gran siniestrado, producto de un único accidente se empleará también el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles.

CONCLUSIÓN

La evaluación de incapacidades permanentes por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales exige la concurrencia de:

- La existencia de un accidente del trabajo o una enfermedad profesional debidamente reconocida conforme a las normas vigentes.
- La presencia de una disminución anatómica o funcional definitiva, irreversible y medible que debe ser la consecuencia del siniestro laboral señalado antes.
- El daño deberá ser medido de acuerdo a lo establecido en las tablas de incapacidades laborales que contempla el artículo 8° de la LRT.
- El grado de incapacidad laboral permanente debe ser el resultado de la aplicación de las tablas mencionadas y de los factores de ponderación que permitan establecer diferencias caso a caso.
- Los criterios de ponderación deben ser especificados para que su uso sea uniforme por parte de todas las comisiones médicas evaluadoras y situarse en una escala que permita flexibilizar su aplicación.