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 6°, 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 Nº 590 del 30 de junio de 1997, con las modificaciones introducidas por el Decreto Nº 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 Nº 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 Nº 24.557 y sus modificatorias, aprobado por el ANEXO I del Decreto Nº 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 Nº 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 Nº 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 Nº 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 Nº 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 descriptas 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 de pie, estática y/o con movilidad reducida.

Las tareas descriptas 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, concurran 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 Nº 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 descriptas 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 INCAPACIDADES LABORALES

LEY 24.557

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

Laudo Nº 179/96 Decreto Nº 659/96

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

Siquiatría

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 CRONICA	
(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 ACTINICA CRONICA Y RETICULOIDE ACTINICO	
— 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. — ACNE

Cloracné:

— Compromiso menor de 50 % de superficie corporal:	0-10 %
— Compromiso mayor de 50 % de superficie corporal:	10-20 %
— Compromiso menor de 50 % de superficie de cara:	0-25 %
— Compromiso mayor de 50 % 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. — HIPOPIGMENTACION CRONICA

— 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 CUTANEA TARDA:

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

8. — SINDROMES ESCLERODERMICOS:	0-20 %

9. — INFECCIONES CUTANEAS CRONICAS Y/O SECUELAS:	5-15 %

10. — ANAFILAXIA	0-20 %

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

12. — CARCINOMAS BASOCELULAR Y ESPINO CELULAR

— Sin secuelas deformantes:	0-15 %
— Con secuelas deformantes:	
— En cualquier área corporal excepto caras y manos:	10-20 %
— En manos:	15-30 %
— En cara:	20-40 %
— Con pérdida parcial mayor de VEINTE POR CIENOT (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 determina 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 CINETO (36%) de la superficie corporal al tórax y dorso, el TREINTA Y SEIS POR CINETO (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 las quemaduras 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 del 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 150ª llega a los 70ª (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 (símil 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 inf. con limitación de la flexoextensión de rodilla, del tipo B.

En este caso correspondería:

Limitación en la extensión de rodilla (flexoextensión desde 150a a 20a)	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 ACCION 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 Cap. correspondiente.

OSTEOARTICULAR

Generalidades

Para la evaluación de las afecciones ostearticulares se tendrán en cuenta las secuelas anátomo-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 indicado la utilización de exámenes de apoyo.

En los pacientes afectados de invalideces múltiples producto de lesiones anatómicas y/o fucionales 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
   - VERTEBRAL
   - CERVICAL
   - DORSOLUMBAR
   - SACROCOXIS
2. — CAJA TORACICA
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 encuentra anquilosada, el mayor valor por anquilosis, corresponde a la incapacidad global de la columna.

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

5) Por alteraciones "clínicas" se entiende fuerza, tono, trofismo 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 Cap. correspondiente, se combinará con esta.

Consolidación viciosa Secuelas de Fracturas

Fractura de cuerpo vertebral, con acuñamiento, sin lesión radicular	0-15 %
Acuñamiento menor de 30º	15-30 %
Acuñamiento mayor de 30º	
Fractura de cuerpo vertebral operada, con lesión radicular leve o 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 transvera sin secuelas	0 %
Fractura de cuerpo vertebral, sin secuelas	0 %
Fractura de cuerpo vertebral, con acuñamiento y lesión radicular leve a moderada, corroborada electromiográficamente	10-25 %
Fractura de cuerpo vertebral, con acuñamiento y lesión radicular severa, corroborada electriomiográficamente	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 electriomiográficas 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 a la que derive de accidentes laborales.

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

Columna Cervical
Excursión desde 0º hasta:

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

Columna Dorsolumbar
Excursión desde 0º hasta:

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

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

Anquilosis
Anquilosis en:
Columna Cervical

	Rotación	Inclinación	Flexión	Extensión
0º	20 %	20 %	20 %	20 %
10º	27 %	25 %	27 %	27 %
20º	33 %	30 %	33 %	33 %
30º	40 %	35 %	40 %	40 %
40º		40 %		

Columna Dorsolumbar

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

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

CAJA TORACICA

Consolidación Viciosa - Secuelas de fracturas

Luxación esterno-clavicular	sin incapacidad
Luxación esterno-costal	sin incapacidad
Desarticulación esterno-condral bilateral, con respiración paradojal e insuficiencia resp. 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 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 escápulohumeral	66 %
Amputación a nivel de brazo	66 %
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 interior 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 1º 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 interfalángico 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 interfalángico 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 0º hasta:

0º	10-20 %
10º	10-20 %
20º	8-15 %
30º	8-15 %
40º	7 %
50º	7 %
60º	6 %
70º	5 %
80º	5 %
90º	4 %
100º	4 %
110º	2 %
120º	2 %
130º	1 %
140º	1 %
150º	0 %

Aducción
Desde 0º hasta:

0º	6 %
10º	5 %
20º	1 %
30º	0 %

Elevación anterior
Desde 0º hasta:

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

Elevación posterior
Desde 0º hasta:

0º	2 %
10º	2 %
20º	1 %
30º	1 %
40º	0 %

Rotación interna
Desde 0º hasta:

0º	4 %
10º	3 %
20º	2 %
30º	1 %
40 a 80º	0 %

Rotación externa
Desde 0º hasta:

0º	8 %
10º	7 %
20º	7 %
30º	5 %
40º	5 %
50º	4 %
60º	3 %
70º	2 %
80º	1 %
90º	0 %

Anquilosis
Anquilosis en:

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

Codo
Limitación funcional
Flexo extensión

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

Pronación o Supinación
Desde 0º hasta:

	(para cada lado)
10	7 %
20º	6 %
30º	5 %
40º	4 %
50º	3 %
60º	2 %
70º	1 %
80º	0 %

Anquilosis
Anquilosis en:

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

Muñeca
Limitación funcional
Flexión dorsal
Desde 0º hasta:

0º	8 %
10º	6 %
20º	5 %
30º	4 %
40º	2 %
50º	1 %
60º	0 %

Flexión palmar
Desde 0º hasta:

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

Desviación radial
Desde 0º hasta:

0º	2 %
10º	1 %
20º	0 %

Desviación cubital
Desde 0º hasta:

0º	3 %
10º	2 %
20º	1 %
30º	0 %

Anquilosis
Anquilosis en:

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

Pulgar
Limitación funcional
Articulación Carpo-metacarpiana (incluye Aducción y Abducción):

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

Articulación Metacarpo-falángica Flexión		Articulación interfalángica	
Movilidad hasta	Incapacidad Global	Movilidad hasta	Incapacidad Global
0º	14 %	0º	12 %
10º	12 %	10º	10 %
20º	8 %	20º	8 %
30º	6 %	30º	6 %
40º	4 %	40º	5 %
50º	2 %	50º	4 %
60º	0 %	60º	2 %
		70º	1 %
		80º	0 %

Anquilosis: Carpo- metacarpiana
(Incluye la Aducción y Abducción)

En flexión de:	Incapacidad Global	En Extensión de:	Incapacidad Global
0º	7 %	0º	7 %
10º	12 %	10º	10 %
20º	17 %	20º	14 %
		30º	17 %

Anquilosis: Metacarpo-Falángica
Anquilosada en:

	Incapacidad global
0º	12 %
10º	10 %
20º	9 %
30º	12 %
40º	13 %
50º	15 %

Anquilosis Inter-Falángica
Anquilosada en:

	Incapacidad global
0º	10 %
10º	9 %
20º	8 %
30º	8 %
40º	8 %
50º	10 %

Dedos de la mano menos el Pulgar
Limitación funcional
Articulación Metacarpo-falángica
Flexión
Desde 0º hasta:

	Incapacidad global
0º	8 %
10º	7 %
20º	6 %
30º	5 %
40º	4 %
50º	3 %
50º	3 %
70º	2 %
80º	1 %
90º	0 %

Articulación Interfalángica proximal
Flexión
Desde 0º hasta:

	Incapacidad global
0º	8 %
10º	8 %
20º	7 %
30º	6 %
40º	5 %
50º	4 %
60º	3 %
70º	3 %
80º	2 %
90º	1 %
100º	0 %

Articulación Interfalángica distal:
Flexión
Desde 0º hasta:

	Incapacidad global
0º	6 %
10º	5 %
20º	4 %
30º	4 %
40º	3 %
50º	2 %
60º	1 %
70º	0 %

Anquilosis: Indice 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%[3]
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, valorará mediante la Radiología de estrés o dinámica.

Hombro: por pérdida de partes blandas u óseas	25-35 %
Hombro: luxación recidivante escápulo 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 de 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 interabdómino-pelviana	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 (Chapart)	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. o 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 %	
60º	3 %					
70°	3 %					
80º	2 %					
90º	1 %					
100º	0 %					

Anquilosis
Anquilosis en:

	Flexión	Extensión	Abducción	Aducción	Rot. Int.	Rot. Ext.
0º	28 %	28 %	28 %	28 %	28 %	28 %
10º	25 %	32 %	31 %	34 %	31 %	30 %
20º	22 %	36 %	34 %	40 %	34 %	33 %
25º	20 %	38 %	35 %		35 %	34 %
30º	21 %	40 %	37 %		37 %	35 %
40º	24 %		40 %		40 %	38 %
50º	27 %					40 %
60º	29 %					
70º	32 %					
80º	35 %					
90º	37 %					
100º	40 %					

Rodilla
Limitación funcional
Flexión
Desde 0º hasta:

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

Extensión
Desde 0° hasta:

0º	0 %
10º	10 %
20º	20 %
30º	40 %
40º	50 %
50º a 150º	60 %

Aniquilosis
Anquilosis en:

0º	30 %
10º	35 %
20º	40 %
30º	45 %
40º	50 %
50º a 150º	65 %

Tobillo
Limitación funcional
Flexión Dorsal
Desde 0° hasta:

0º	3 %
10º	2 %
20º	0 %

Flexión Plantar
Desde 0° hasta:

0º	6 %
10º	4 %
20º	3 %
30º	2 %
40º	0 %

Inversión
Desde 0º hasta:

0º	2 %
10º	2 %
20º	1 %
30º	0 %

Eversión
Desde 0° hasta:

0º	2 %
10º	1 %
20º	0 %

Anquilosis
Anquilosis en:

	Flex. dorsal	Flexión plantar	Inversión	Eversión
0º	12 %	12 %	12 %	12 %
10º	20 %	16 %	17 %	20 %
20º	28 %	20 %	23 %	28 %
30º		24 %	28 %	
40º		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 metatarsofalángica	
De 0° a 20°	1 %
De 20º 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 4cm.	6 %
De 4 a 5 cm.	8 %
Más de 5 cm,	10 %

Secuelas de Fracturas

Diastasis pubiana con subluxación sacro ilíaca, con complicación visceral pelviana, según secuelas (pelvis inestable):	20-40 %
Fractura de cótiló 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 bimaleolar o trimaleolar de tobillo, con congruencia articular	10-15 %
Fractura bimaleolar o trimaleolar de tobillo, con incongruencia articular	15-20 %
Diastasis tibio 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 (hidrartrosis, hipotrofia muscular, bloqueo, maniobras)	8-10 %
Meniscectomía sin secuelas	3-6 %
Meniscectomía con hidrartrosis, hipotrofia muscular	10-15 %
Hidrartrosls crónica	5-8 %
Sinovitis crónica con signos objetivos	5-8 %
Inestabilidad interna sin hipotrofia ni hidrartrosis, por lesión del ligamento lateral interno	10-15 %
Inestabilidad interna con atrofia, hidrartrosis y alteraciones en la marcha	15-25 %
Inestabilidad anterior o posterior, sin atrofia ni hidrartrosis, por lesión ligamentaria de cruzado anterior o posterior	10-15 %
Inestabildad anterior y posterior con atrofia, hidrartrosis y alteraciones en la marcha	15-25 %
Inestabilidad externa sin hipotrofia ni hidrartrosis, por lesión de ligamento lateral externo	10-15 %
Inestabilidad externa con atrofia, hidrartrosis y alteraciones en la marcha	15-25 %
Inestabilidad combinadas	30 %
Inestabilidades combinadas con hipotrofias e hidrartrosis	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 %
Metartasiano 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, hidrartrosis y alteraciones en la marcha	15-25 %
Inestabildad externa, sin hipotrofia ni hidrartrosis	5-15 %
Inestabilidad externa con atrofia, hidrartrosis y alteraciones en la marcha	15-25 %
Inestabildad anterior o posterior, sin atrofia ni hidrartrosis	5-15 %
Inestabilidad anterior y posterior, con atrofia, hidrartrosis y alteraciones en la marcha	15-25 %
Inestabildades combinadas	30 %
Inestabilidades combinadas, con hipotrofia e hidrartrosis	40 %

Tobillo

Inestabildad de tobillo con corroboración radiológica	5-10 %
Inestabildad 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 anatomo-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 la 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 pilosas, 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 %

Orbita

— Borde Superior

Alopecía de la ceja, unilateral	3 %
Alopecía 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 Nasales 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	Fístulas craneorrea
Lefort III Se agrega al trazo anterior la pared etc. externa de la órbita, 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.

La secuela 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 diplopía).

4. — Pérdida de alineamiento ocular y de la posición y o movilidad palpebal (ptosis, lagoftamos 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, aniseiconia, 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 Senà, 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 perdidas de la visión y del campo visual.

1.4 — De acuerdo a la Tablas de Sená la pérdida del globo ocular (enucleación) dará una invalidez del CUARENTA Y CINCO (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 el 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.

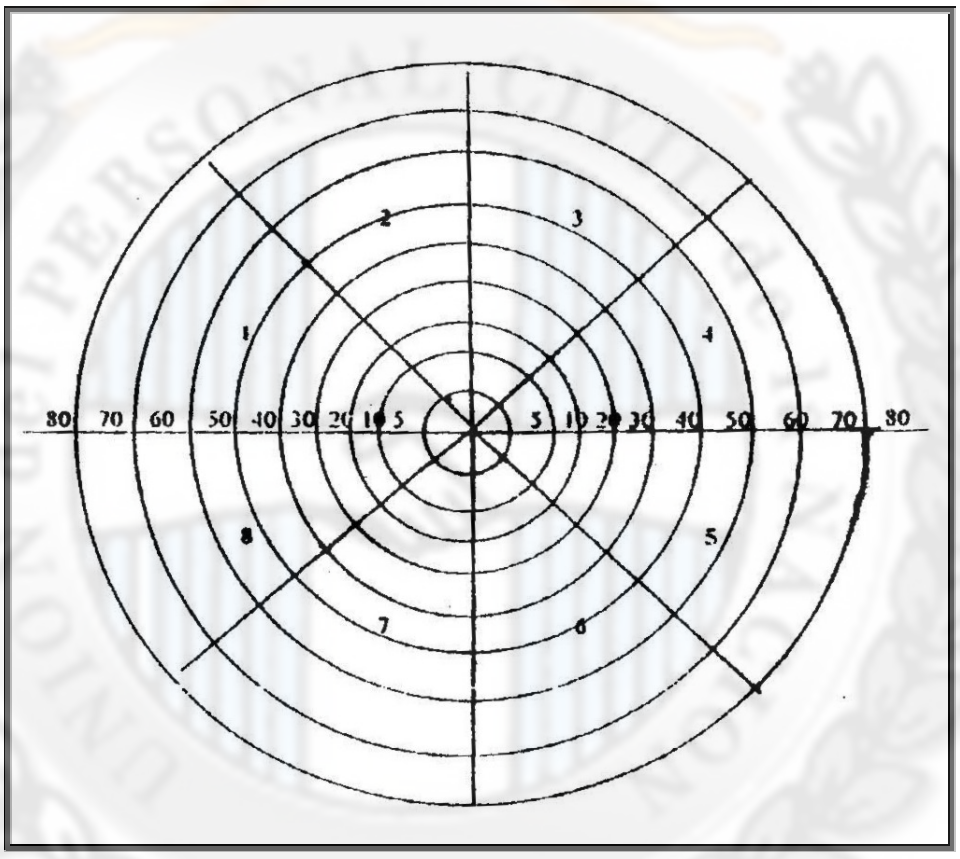
Cuando se trata de un ojo sin lente intraocular la AV determinada según la tabla de Sená se divide por dos (por ejemplo: 8/10 serán 4/10) para el cálculo visual normal.

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 500 grados.

Para las actividades que no requieren de tanta capacidad visual (oficinistas, profesores, actividades de servicio), entendiendo que las lesiones son monoculares, 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 agregársele el originado por la primera (según capacidad restante).

3. Pérdida de la Función de la Musculatura Extraocular. Diplopía

3.1 — La pérdida de esta función obliga al paciente a consultar por diplopía y/o desviación de la cabeza. La diplopía 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 (25%).

3.2 — Se deberá considerar como Diplopía 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
Orbita: Lesiones óseas, se remite al capítulo de Cabeza y Rostro	
Quérato Conjuntivitis Crónica, alérgica o irritativa unilateral, que no remite con el tratamiento	hasta 5%
Quérato conjuntivitis Crónica, alérgica o irritativa bilateral, que no remite con el tratamiento	hasta 10 %
Pterigón post-traumático	5 %
Midriasis Paralítica unilateral	5 %
Midriasis paralítica bilateral	10 %
Midriasis post traumática por lesión del iris unilateral	5 %
Midriasis post traumática por lesión del iris bilateral	10 %
Iridodiálisis (con compromiso visual) Unilateral	5 %

Iridodiálisis Bilateral	10 %
Ptosis palpebral unilateral con pupila descubierta	5 %
Ptosis palpebral bilateral con pupila cubierta. Se le sumarán los trastornos funcionales de la visión	Variable
Deformaciones palpebrales monoculares	5-10 %
Deformaciones palpebrales bilaterales	10-20 %
Lagoftalmos residual unilateral	5-10 %
Lagoftalmos residual bilateral	10-20 %
Estrabismo (lesión muscular o nerviosa). Según agudeza visual	
Epífora post traumática unilateral	5-10 %
Epífora post traumática bilateral	10-20 %
Enucleación con prótesis	45 %
Enucleación no permite prótesis	50 %
Enucleación o evisceración bilateral	100 %
Oftalmía simpática, secuelar o accidentes en el otro ojo	100 %
Ceguera, post traumática, sin deformación del globo ocular, unilateral	42 %
Ceguera post traumática o atrófica del globo ocular con deformación unilateral, que permite prótesis	45 %

GARGANTA, NARIZ Y OIDO

Generalidades

Las lesiones de garganta, nariz y oído 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.

Para la evaluación de los daños laborales, producidos en Garganta, Nariz y Oído, son útiles los siguientes elementos:

Datos clínicos: Anamnesis, examen Otorrinolaringológico, Neurológico.

Diagnóstico por imágenes: Rx. correspondiente a las zonas afectadas, en las posiciones específicas:

1 - Maxilar superior: Mentonasoplaca (M.N.P.).
Frontonasoplaca (F.N.P.)

2 - Arco Cigomático: posición submento vertical, M.N.P. y F.N.P.

3 - Fracturas nasales: M.N.P., F.N.P. y perfil.

4 - Peñasco: Stenvers, Schuller.

Tomografía Axial Computada y Resonancia mag. Nuc.

Electrofisiológico Electronistagmografía, Audiometría tonal, Logoaudiometría.

Potenciales Evocados Auditivos.

SI.S.I., Rinomanometría. Olfatometría.

OIDO

Lesiones traumáticas

Pabellón Auricular

Otohematoma, uni o bilateral sin complicaciones	sin incapacidad
Otohematoma, uni o bilateral con complicaciones	según secuelas
Condronecrosis	5 %

Cicatrices, ver Capítulo de Cabeza y Rostro

Membrana del Tímpano

Perforación uni o bilaterales, según repercusión auditiva y/o vestibular

Dislocación de Huesecillos. Según repercusión auditiva y/o vestibular

Normas para la evaluación del daño auditivo

Los trabajadores que hayan sufrido daño auditivo, sea por intoxicación, sobreexposición aguda o crónica a ruido, o bien por contusión encefálica, se someterán a estudio auditivo consistente en evaluación otológica y 3 audiometrías, así como a otros estudios para verificar el daño cocleal. Estos exámenes deberán hacerse después de un mínimo de VEINTICUATRO (24) hs. de reposo auditivo y entre ellos deberá existir un intervalo no inferior a 7 días.

Los promedios de los decibeles, medidos en los umbrales de las frecuencias consideradas, en los tres exámenes, no podrán diferir en más de DIEZ (10) dB. Si este requisito no se cumple en las 3 audiometrías, deberán tomarse otras hasta lograrlo.

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.

PERDIDA AUDITIVA MONOAURAL			
SD	%	SD	%
100	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
125	9,4	265	61,9
130	11,2	270	63,8
135	13,1	275	65,6
140	15	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
165	24,4	305	76,9
170	26,2	310	78,8
175	28,1	315	80,6
180	30	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
205	39,4	345	90,9
210	41,2	350	93,8

215	43,1	355	95,6
220	45	360	97,5
225	46,9	365	99,4
230	48,9	370 o >	100
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. Dicho 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:

$$\frac{(\%\ \text{Oído mejor} \times 5) + (\%\ \text{Oído peor} \times 1)}{6} \times 0{,}42 = \%\ \text{del Salario}$$

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 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	hasta 6 %
(se le sumará la obstrucción nasal)	
Fractura del hueso Vomer	
sin desplazamiento	
con desplazamiento y complicaciones	
(se le sumarán las secuelas)	
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 serán 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 %
Deplopía (ver Cap. 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 Orbita, etc.)	90 %

LARINGE

Traumatismos	
Parálisis Cuerdas Vocales única	5 %
Parálisis Cuerdas Vocales bilateral	10 %
Estrechez Laríngea, sin disnea	5 %
Estrechez Laríngea, con disnea (ver Cap. Respiratorio)	
Estrechez Laríngea, con disfonía	5-15 %
laringectomía parcial	35 %
laringtectomía total	50-70 %
Traqueostomía transitoria (se evaluará según secuelas respiratorias y de la fonación)	
Traqueostomía definitiva	50 %

Enfermedades profesionales	
Disfonía funcional irreversible	15 %
Nódulos de las cuerdas vocales operadas con secuelas irreversibles	20 %
Laringitis crónica irreversible	20 %

SISTEMA RESPIRATORIO

Generalidades

LAS LESIONES DEL SISTEMA RESPIRATORIO QUE SERAN 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, baciloscopía

Diagnóstico por imagen Rx, TC, ECO, Centellografía

Pruebas funcionales: Espirometría, Dico (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	VEF/1
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 VALORACION PARA INCAPACIDAD RESPIRATORIA

Cuadro 2

Estadio I:	Ausencia de disnea Ex 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 bilaterales 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 O2 mayor del OCHENTA Y CINCO (85%)	hasta 30 %
Estadio III:	Disnea a medianos esfuerzos y/o Rx con lesiones uni o bilateral que no exceden 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 O2 mayor del OCHENTA Y CINCO POR CIENTO (85%)	35 - 50 %
Estadio IV:	Disnea a míminos esfuerzos y/o en reposo y/o Rx lesiones uni o bilateral que exceden 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 FIBROGENICAS

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

<table>
<tr><td colspan="3">OPACIDADES PARENQUIMATOSAS</td></tr>
<tr><td colspan="2">PEQUEÑAS</td><td>GRANDES</td></tr>
<tr><td>PROFUSION</td><td>0 1 2 3</td><td rowspan="3">A - Diámetro, o la suma de los diámetros > 3 mm y < de 50 mm.

B - Diámetro, o la suma de los diámetros < o = al área del 1/3 superior del pulmón derecho

C - Diámetro, o la suma de los diámetros > al área del tipo B</td></tr>
<tr><td>REDONDEADAS</td><td>IRREGULARES</td></tr>
<tr><td>P—Diámetro < 1.5 mm
Q—Diámetro > 1.5 < 3 mm
R—Diámetro > 3 < 10 mm</td><td>S—Diámetro < 1.5 mm
T—Diámetro > 1.5 < 3 mm
U—Diámetro > 3 < 10 mm</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td colspan="6">OPACIDADES PLEURALES</td></tr>
<tr><td colspan="2">PARED COSTAL</td><td colspan="2">DIAFRAGMA</td><td colspan="2">ANGULO COSTOFRENICO</td></tr>
<tr><td colspan="2">CIRCUNSCRITAS O DIFUSAS</td><td>SI</td><td>NO</td><td colspan="2">SI</td><td>NO</td></tr>
<tr><td>ANCHO
a—<5 mm
b—>5< 10 mm
c—> 10 mm</td><td>EXTENSION
1—a 1/4 de la pared torácica.
2—>1/2 de la pared torácica
3—>1/2 de la pared torácica</td><td>DERECHO</td><td>IZQUIERDO</td><td>DERECHO</td><td>IZQUIERDO</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">CALIFICACIONES</td><td colspan="3" rowspan="3">El límite inferior para definir la obliteración del ángulo costofrénico, está dada por a Rx. de tórax estándar, categoría 1/1 - t/t</td></tr>
<tr><td>PARED</td><td colspan="2">DIAFRAGMA</td><td colspan="2">OTRAS</td></tr>
<tr><td colspan="4">EXTENSION
1—< 20 mm
2—> 20 y < 100 mm
3—> 100 mm</td></tr>
</table>

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 Nº 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), será el ítem que incidirá más en la ubicación del trabajador en la Tabla de Incapacidad Respiratoria.

2. — BRONQUITIS CRONICA 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 Indice 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 66 % procederá nivelar la incapacidad permanente en 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, sí 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 broncodilatodores, 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 objetivizarse sólo mediante el test de metacolina. La respuesta se considerará positiva con una caída mínima del VEF1 de VEINTE POR CIENTO (20%).

4. — CANCER OCUPACIONAL DEL APARATO RESPIRATORIO

Numerosos estudios epidemilógicos 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, cono sin demostración de metástasis, una incapacidad entre SESENTA Y SEIS POR CIENTO (66%) y NOVENTA POR CIENTO (90%).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. — American Thoracic Society Criteria for Pulmonary Inpairment. 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 dejarán medible por la Tabla de Valoración para Incapacidad Respiratoria.

Hidatidosis Pulmonar

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

LESIONES POST TRAUMATICAS

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

PARED TORACICA

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
Toracoplastía sin insuficiencia respiratoria	sin incapacidad
Toracoplastía 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 Cap. 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 SERAN 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, Doplller, 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 de 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	5 %

mm Hg, Electrocardiograma (ECG), Rx, Eco (sin hipertrofia ventricular) y fondo de ojo normal, sin antecedentes de lesión cerebrovascular por HTA

— Estadio II: Sin antecedentes de lesión cerebro vascular por HTA, sin secuelas en el momento de la evaluación, con evidencia de hipertrofia ventricular izquierda y fondo de ojo con alteraciones arteriales 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 Cerebrovascular 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 tr6ficos. 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)
Estadío 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)
Estadía 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 patologias 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 6º, inciso 2 b) de la Ley Nº 24.557.

DIGESTIVO Y PARED ABDOMINAL

LAS LESIONES DEL APARATO DIGESTIVO Y PARED ABDOMINAL QUE SERAN 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, Endoscopía

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

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 secuelar de 1/3 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 titanios.

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 %

ESOFAGO

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 compromisos 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 del esófago toracoabdominal resuelta por toracolaparotomía 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 %

ESTOMAGO 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.

ESTOMAGO

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 %

INTESTINO 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 %
demás de SESENTA (60) cm (valorar estado nutricional):	
con pérdida menor del DIEZ POR CIENTO (10%) del peso habitual, hipoalbuminemia, no menor a 3 gr.	25-30 %
con pérdida mayor del DIEZ POR CIENTO (10%) del peso habitual, hipoalbuminemia, no menor a 3 gr. y/o anemia	30-40 %
con pérdida mayor del 10 % de peso habitual, albuminemia menor a 3 gr. y/o anemia o compromiso funcional tipo intestino corto	70 %
3. — En caso de producirse fístulas, permanentes, que comprometan el estado general, agregar:	25 %

INTESTINO 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 sierre 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, hipoalbuminemia, diarrea crónica) la incapacidad se incrementará en QUINCE POR CIENTO (15%).

Para evaluar las colectomías se solicitará Rx de Colón por enema y colonoscopía.

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 10 cm.	2 %
mayores de 10 cm.	5 %
Ruptura del recto anterior, operado o no que, cura sin secuela	sin incapacidad

HERNIA EVENTRACION O EVISCERACION DIAFRAGMATICA

POST-TRAUMATICA

Sin complicaciones	sin incapacidad
Con complicaciones (respirat., digest., cardiopul.):	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 %

EVENTRACION

menor de 6 cm, sin solución terapéutica	6-12 %
mayor de 6 cm. sin solución terapéutica	13-16 %
gigante, más de 23 cm., no reparable	40 %

Si hay complicaciones que requieran cirugía y esta 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).

HIGADO Y VIAS BILIARES

Los accidentes de trabajo que originan lesiones a éste 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:

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

	A	B	C
Bilirrubinemia	<20 mg/l	20 - 30 mg/l	<30 mg/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 Hepáticas, sinequias, 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 transplante 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 corporocaudal	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 NEFROUROLOGICO

Generalidades

LAS LESIONES DEL SISTEMA NEFROUROLOGICO QUE SERAN 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, Clearence de creatininemia o insulina, etc.

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

RIÑON

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 depende del grado de insuficiencia renal medida según los grados de velocidad de filtración glomerular (VFG) que a continuación se detalla;

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 transplante.

Se le sumará la incapacidad causada por la Hipertensión nefrovascular que esta patología de 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 radiorrenograma isotópico y/o Cámara Gamma.

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

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

URETER

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 sobrevida 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 36 meses extendibles a 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 otorgársele al trabajador, una incapacidad del 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 %
Fístula urinaria operable	según secuelas
Fístula 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 %
Fístula 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 confusión (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

Adherencias parciales o totales de vulva	10-30 %
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 HEMATOPOYETICO

LAS LESIONES DEL SISTEMA HEMATOPOYETICO QUE SERAN 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, leuconeutropenia, trombocitopenia.

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

Anemia: Se evalúa según hemoglobinemia	Incapacidad
9-7 g. 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 mm3 con infecciones bacterianas recurrentes (mas 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	Incapacidad
Mieloproliferativos	
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 un 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 Linfoide crónica

El porcentaje de incapacidad se establece según el número de remisiones después de haber realizado tratamiento antimitótico que estabilice 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 linfoide 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. (sindrome 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 %

NEUROLOGIA

Generalidades

LAS LESIONES NEUROLOGICAS QUE SERAN 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 postraumática 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 Optico: Ver capítulo de Ojos.

Nervio Motor Ocular Común: Diplopia, Potsis 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 Glosofaríngeo

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 PERIFERICOS

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

Los porcentajes de incapacidad corresponden a lesiones completas. En 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 x 0,40 = 10 % x 0,60 (M3) = 6 % (incapacidad motora)

Componente sensitivo: 25 x 0,60 = 15 % x 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 radiculares 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 Braqueal	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 60 %)	
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 96 % 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 valorizará 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 %

BIBLIOGRAFIA

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-PSIQUIATRICAS PRODUCIDAS POR AGENTES QUIMICOS

i. - ENCEFALOPATIA TOXICA 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 ORGANICO 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 sicológicos y neurológicos. En aquellos casos en que hay un daño orgánico cerebral, como secuela de la encefalopatía aguda, ésta 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 ENCEFALOPATIA TOXICA AGUDA:

Mercurio y sus compuestos.

Arsénico y sus compuestos minerales.

Plomo y su compuestos.

Alcoholes y Cetonas, utilizados como solventes industriales,

Monóxido de Carbono

Bromuro de Metilo.

Sulfuro de Carbono.

Acido Sulfhídrico

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

2. - ENCEFALOPATIA TOXICA CRONICA

La exposición por largo tiempo, con frecuencia inaparente, a bajas dosis de diversas sustancias químicas de uso industrial o agrícola produce un DAÑO ORGANICO CEREBRAL CRONICO, 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 ENCEFALOPATIA TOXICA CRONICA:

Mercurio.

Plomo.

Sulfuro de Carbono.

Derivados Halogenados de los Hidrocarburos Alifaticos.

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 1 muestra las pruebas Psicológicas más usadas en la medición del daño orgánico cerebral.

CUADRO Nº 1

EVALUACION DEL DAÑO ORGANICO CEREBRAL

TEST	TIPO	AREAS QUE EXPLORA	APLICACIÓN
BENDER	TEST VISOMOTOR	ACTIVIDAD PERCEPTUAL CONDUCTA GRAFICA MADUREZ MEMORIA HABILIDAD MOTORA MANUAL CONCEPTOS TEMPORO-ESPACIALES CAPACIDAD DE INTEGRACION MAGNIFICACION SIMULACION	RETRASOS GLOBALES MADURACION SINDROME CEREBRO ORGANICO PSICOSIS DEPRESION
RORSCHARCH	TEST PROYECTIVO DE PERSONALIDAD	PROYECCION DE LA ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD	EN TODOS LOS CUADROS
		NIVEL INTELECTUAL DETERIORO SIMULACION	
WESCHLER		INTELIGENCIA CAPACIDAD ADAPTACION DETERIORO PSICO-ORGANICO LEVE, MODERADO O SEVERO	EN TODOS LOS CUADROS
RAVEN		COCIENTE INTELECTUAL	EN TODOS LOS CUADROS

El Cuadro Nº 2 muestra la incapacidad generada por cada uno de los grados de compromiso producidos por el daño orgánico cerebral.

CUADRO Nº 2

DAÑO ORGANICO CEREBRAL - GRADOS DE INCAPACIDAD

CARACTERISTICAS	GRADO	INCAPACIDAD
PUEDE REALIZAR LA MAYORIA DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	I	15 %
ALGUNA SUPERVISION Y DIRECCION PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	II	40 %
CONFINAMIENTO	III	70 %
ASISTENCIA PARA EL PROPIO CUIDADO	IV	100 %

3. - DEPRESION CRONICA IRREVERSIBLE

Agentes:

Sulfuro de carbono.

Plaguicidas organofosforados.

Incapacidad: 70 %.

4. - NEUROPATIAS PERIFERICAS

Polineuritis y neuritis, con trastorno de la conducción neuroeléctrica en fase irreversible.

Agentes:

Sulfuro de carbono.

Plomo.

n - Hexano.

Arsénico.

Oxido 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 OPTICA

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. - SINDROME NEUROLOGICO 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 NEUROLOGICO CEREBRAL O MEDULAR. POR AGENTES FISICOS

Producido por trombosis consecutivas o 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 raquimedular.

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

6. — TRAUMATISMO CRANEO-ENCEFALICO

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 Cap. de Otorrinolaringología	
Déficit Agudeza Visual y Campimetría: Se remite al Cap. de Oftalmología.	
Convulsivas Focales o Jacksonianas:	
EEG neg. (se tendrá en cuenta H.C.L. y dosaje de anticonvulsivantes)	
Sin datos positivos	0 %
Con datos positivos	10-20 %
EEG positivo	25-35 %
Generalizadas-Mal Convulsivo	50 %

7. — DESORDEN MENTAL ORGANICO POST TRAUMATICO

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

GRADO	DEFINICION	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 SINDROME POST CONTUSIONAL, O ESTADO NEUROTICO 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 regresivas. 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 %

SIQUIATRIA

Generalidades

Las lesiones siquiátricas 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 o accidentes por traumatismo cráneo-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 ORGANICO POST TRAUMATICO (grado I, II, III o IV).

Solamente serán reconocidas las REACCIONES O DESORDEN POR ESTRES POST TRAUMATICO, las REACCIONES VIVENCIALES ANORMALES NEUROTICAS, los ESTADOS PARANOIDES y la DEPRESION PSICOTICA que tengan un nexo causal específico relacionado con un accidente Laboral. Debién0dose descartar primeramente toda 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 ESTRES POST TRAUMATICO

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 TRAUMATICA, 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 NEUROTICAS (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 respuesta 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 REACCION VIVENCIAL ANORMAL NEUROTICA R.V.A.N. CON MANIFESTACION 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 REACCION VIVENCIAL ANORMAL NEUROTICA R.V.A.N. CON MANIFESTACION FOBICA

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 REACCION VIVENCIAL ANORMAL NEUROTICA R.V.A.N. CON MANIFESTACION 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 REACCION VIVENCIAL ANORMAL NEUROTICA R.V.A.N. CON MANIFESTACION PSICOSOMATICA

R.V.A.N. Psicosomática Grado I	0%
R.V.A.N. Psicosomática Grado II	10%
R.V.A.N. Psicosomática Grado III	20%
R.V.A.N. Psicosomática Grado IV	30%

RESUMEN DE INCAPACIDAD REACCION VIVENCIAL ANORMAL NEUROTICA R.V.A.N. CON MANIFESTACION HISTERICA

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 REACCION VIVENCIAL ANORMAL NEUROTICA R.V.A.N. CON MANIFESTACION 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. — DEPRESION PSICOTICA

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 caso que se prolonguen por más de un año, o se agreguen por la edad elementos de involución con organicidad cerebral, componentes deliroides paranoides y sensoperceptivos 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, metasimulasiones o perseveración y sobresimulación.

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

METASIMULACION O PERSEVERACION: Caracterizada por descripción de síntomas desaparecidos o patología ya curada.

SOBRESIMULACION: 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 PONDERACION

1. — FUNDAMENTOS

A los fines de dar cumplimiento con lo dispuesto en el artículo 8º, inciso 3, de la Ley sobre Riesgos del Trabajo, que dice 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 de tipo de actividad y las posibilidades de reubicación laboral, es por ello que 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 porcentaje[1] que surja de la aplicación de los factores de ponderación según lo siguiente:

[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.

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 %
Sí 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.

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 UTILIZACION DE LAS TABLAS DE INCAPACIDAD LABORAL

DISTINTOS SUPUESTOS

La Incapacidad que surgiere 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 anátomo 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.

CONCLUSION

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 8º 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.