

SISTEMA HEMATOPOYETICO

1.- INTRODUCCION

Este capítulo proporciona la metodología para evaluar los impedimentos del sistema hematopoyético y su ubicación en clases.

La valoración del menoscabo que una enfermedad del sistema hematopoyético produzca en la capacidad de trabajo será evaluada luego que se hayan aplicado las correspondientes medidas terapéuticas (medicamentosas, quirúrgicas, rehabilitación) o después de un tiempo de ocurrido el o los episodios agudos.

El estudio del menoscabo debe tener una concordancia entre los síntomas clínicos, los estudios de laboratorio y funcionales. Para ello deberá contarse con los informes de los médicos tratantes e informes de la asistencia recibida en instituciones del sistema de salud; los correspondientes estudios de laboratorio y/o funcionales pertinentes, así como los resultados de los estudios anátomo – patológicos si ellos se han realizado, siendo imprescindibles éstos últimos en aquellos casos en que de su resultado dependa la estadificación, el tipo de tratamiento o el pronóstico a corto o mediano plazo de la patología a valorar.

Todo ello deberá ser tenido en cuenta en la evaluación final por él o los médicos peritos actuantes.

2 - CONSIDERACIONES GENERALES

El sistema hematopoyético, presente en todo el organismo, es complejo y polimorfo; sus afecciones determinan distintos compromisos orgánicos y repercusión funcional.

Para la evaluación de la incapacidad se tendrá en cuenta no sólo la etiología de la afección sino también el tiempo de evolución, sus recidivas y complicaciones, el tipo de tratamiento, la respuesta al mismo y los protocolos cumplidos. Se deberá poner especial atención en el estado clínico y hematológico para poder valorar la incidencia de la patología en la realización de sus tareas. En este tipo de patología, la persona no sólo podrá realizar o no las tareas de mayor o menor esfuerzo, sino que deberá tenerse especial cuidado con las condiciones adversas ambientales del lugar de trabajo, como ser la presencia de sustancias hematotóxicas (solventes, etc.), radiaciones ionizantes, etc.

El avance en el tratamiento de las leucosis en los últimos años ha modificado sustancialmente el pronóstico.

El tratamiento consta de tres etapas, inducción, consolidación y mantenimiento, al término de la inducción se puede tener un pronóstico con grandes probabilidades de certeza, por lo cual es el momento óptimo para realizar el peritaje, teniendo en cuenta que de acuerdo al Decreto N° 382/998, artículo 7 inc. g y artículo 19, el perito podrá pedir una nueva evaluación en el período que lo considere pertinente tanto para la pensión, el subsidio transitorio o la jubilación con incapacidad para toda tarea.

3 - PROCEDIMIENTOS DE EVALUACION

Las enfermedades del sistema hemacitopoyético se objetivan por los siguientes estudios, los cuales constituyen una guía indicativa, quedando a juicio del o los médicos peritos, solicitar otros estudios no mencionados y que contribuyan a una mejor y más compleja valoración del menoscabo:

- Anamnesis (historia actual, antecedentes personales, familiares, ambientales y socio culturales)
- Examen clínico
- Evolución en el tiempo
- Historia laboral.
 - HEMATIMETRIA COMPLETA
 - PERFIL BIOQUIMICO COMPLETO(AZOEMIA, CREATININA , URICEMIA , F. Y ENZIMOGRAMA HEPATICO, IONOGRAMA)
- Estudio de lámina periférica.
- Reticulocitosis.
- Metabolismo de hierro(sideremia, transferrina, ferritina)
- CRISIS SANGUINEA COMPLETA
- Estudio de funcionalidad plaquetaria (agregabilidad y adhesividad plaquetaria)
- Estudio de sobrevida globular
- ELECTROFORESIS DE PROTEINAS, HEMOGLOBINAS, U OTROS
- Test de hemólisis
- Test de Coombs directo e indirecto
- Anticuerpos irregulares
- LDH sérica
- Dosificación de B12 sérico y folato sérico o eritrocitario
- Fosfatasa alcalina leucocitaria
- Anticuerpos anti factor intrínseco
- Metahemoglobina

ESTUDIO DE GASES EN SANGRE

- Mielograma
- ESTUDIOS ANATOMO-PATOLOGICOS DE M.O, HIGADO,GANGLIO,ETC.
- PSI
- En mujeres deberá solicitarse estudio ginecológico completo.
- IMAGENOLOGIA (RX, ECOGRAFIAS TAC CENTELLOGRAMAS

LCR ESTUDIO CITOQUIMICO

- Estudio citogenético e inmunofenotípico EN SANGRE PERIFÉRICA O MO
- MARCADORES TUMORALES, O MARCADORES SÉRICOS DE VALOR PRONÓSTICO.
- INVESTIGACIÓN DE FACTORES DE RIESGO TROMBOFÍLICO
- INHIBIDORES DE LA COAGULACION

4 - AFECCIONES EVALUABLES

PRIMARIAS

- a) Sistema reticuloendotelial
- b) Serie roja
- c) Serie blanca
- d) Hemostasia y trombosis

SECUNDARIAS

Respecto de las afecciones hematológicas secundarias, las mismas, originadas en otros órganos tienen expresión similar a algunas patologías hematológicas. Se evaluarán por su etiología y su repercusión en este sistema en forma combinada.

A) SISTEMA RETÍCULO-ENDOTELIAL

Es el encargado de la defensa del organismo por medio de mecanismos de fagocitosis, producción de anticuerpos humorales y otras sustancias en un complejo sistema donde también interviene la inmunidad mediada por células, siendo origen de los elementos formes de la sangre.

El menoscabo por alteraciones del sistema retículo-endotelial debe ser asignado de acuerdo a las repercusiones que produzca: anemia, alteraciones de los leucocitos y de las plaquetas, en forma aislada o combinada

EN TODAS LAS SITUACIONES SE TOMARA EN CUENTA NO SOLO EL VALOR ABSOLUTO DE RECUENTO PLAQUETARIO, SINO TAMBIEN LA FRECUENCIA Y TOPOGRAFIAS DE SANGRADO DEL PACIENTE, DEBIENDO REALIZAR REEVALUACIONES PERIÓDICAS DONDE CONSTE LA INFORMACIÓN ARRIBA MENCIONADA.

LEUCONEUTROPENIAS VALORACIÓN IDEM A ALT. CUANTITATIVA DE LA SERIE BLANCA.

ESPLENECTOMIA

POR SI MISMA NO ES ADJUDICATARIA DE MENOSCABO, SIENDO MUCHAS VECES LA AUTOESPLENECTOMIA EL MECANISMO DE EVOLUCIÓN FAVORABLE (EN ALGUNOS TIPOS DE ANEMIA, POR EJEMPLO), SIN EMBARGO

Se debe valorar según la etiología que produjo el acto quirúrgico, repercusión sobre los episodios infecciosos en cuanto a etiología, frecuencia, etc.) En general no es causal de incapacidad laboral.

SINDROME MIELODISPLASICO

Considerado como síndrome preleucémico, su presentación es generalmente bajo la forma de anemia refractaria a la que acompañan signos de dishemopoyesis en mayor o menor grado de las otras series.

Si bien existen varios subgrupos puede dividirse en 5 grandes grupos:

- a) Anemia refractaria
- b) Anemia refractaria con aumento de sideroblastos.
- c) Anemia refractaria con sideroblastos en anillo.
- d) Anemia refractaria con exceso de blastos.
- e) Anemia refractaria con exceso de blastos en transformación.

Para su clasificación será fundamental contar con el estudio citológico de médula ósea, acompañado de la tinción de Perls para identificar los sideroblastos.

B) SERIE ROJA

ANEMIAS CRONICAS

El impedimento se considera permanente por la persistencia de esta condición durante 6 meses como mínimo, con persistencia en forma permanente del menoscabo. La anemia puede no ser la única manifestación de enfermedad hematológica, pudiendo asociarse a alteraciones cuanti y/o cualitativas de las

series blanca y/o plaquetaria. Los menoscabos producidos por cada una de ellas deberán ser valorados en forma combinada.

En el caso de anemia aplásica, deberá considerarse como impedimento permanente después de efectuado el diagnóstico, excepto en las secundarias en las que se reevaluará 6 meses después de eliminado el agente causal y en aquellas personas sometidas a trasplante medular, a quienes se evaluará al año de realizado dicho procedimiento.

SE TOMARA EN CUENTA LOS VALORES INDICADORES DE ANEMIA, PARA NUESTRA POBLACIÓN, SEGÚN EL CONSENSO SOBRE ANEMIAS DEL 2005

MUJERES: < 11 g/dl

HOMBRES: < 12 g/dl

NIÑOS: > 6 años < 11.5 g/dl

ANEMIAS PRIMARIAS

SEVERAS SIND. FUNCIONAL ANEMICO OSTENSIBLE HB < 7 g%
REQUERIMIENTO TRANSFUSIONAL > 2 OCASIONES EN EL
ULTIMO SEMESTRE **15%**

MODERADAS SIND. FUNCIONAL ANEMICO
REQUERIMIENTO TRANSFUSIONAL < 2 OCASIONES EN EL
ULTIMO SEMESTRE **10%**

LEVE A MODERADA SINTOMATOLOGÍA SIN REQUERIMIENTOS
TRANSFUSIONALES **5%**

A. REGENERATIVAS (reticulocitosis corregida aumentada)

EXTRACORPUSCULARES:

A.- MICROANGIOPATICA (MECANICA O TERMICA)

B.- ANEMIAS HEMOLÍTICAS POR MECANISMO INMUNE

C.- ANEMIAS POR ALTERACIONES ADQUIRIDAS DE LA MEMBRANA ERITROCITARIA (TOXICOS O PARASITOS).

INTRACORPUSCULARES

A.- HEMOLITICA POR DEFECTO DE MEMBRANA

B.- HEMOLITICA POR HEMOGLOBINOPATIAS CUALI O CUANTITATIVAS

C.- HEMOLITICA POR ERITROENZIMOPATIAS

EN LAS ANEMIAS HEMOLITICAS SE TOMARA EN CUENTA EL NUMERO DE EPISODIOS DE CRISIS HEMOLITICAS ASI COMO LOS FACTORES QUE EN ELLA INCIDIERAN, Y SECUELAS DE LAS MISMAS:

ULCERAS DE MIEMBROS INFERIORES	3%
LITIASIS BILIAR O RENAL	2%
TRASTORNOS CARDIACOS	10%
HEMOSIDEROSIS	10%
INFECCIONES INTERCURRENTES	10%
FRACTURAS ESPONTÁNEAS	10%
LEUCONEUTROPENIAS Y/O PLAQUETOPENIAS	15%
POR HIPER ESPLENISMO	
MODIFICACIONES ESQUELETICAS	8%
EPISODIOS DE TROMBOSIS O MICROTROMBOSIS	8%

A. ARREGENERATIVAS

RETICULOCITOSIS CORREGIDA INDICA RETICULOCITOPENIA

- A) Alteraciones cuali- cuantitativas de precursores hemocitopoyeticos
- B) Alteración madurativa y en la diferenciación
- C) Alteración por desplazamiento de eritropoyesis normal
- D) Alteración por déficit de producción de EPO.
- E) Incluye las **ANEMIAS APLASICAS** congénitas **20 %**
En el caso de aplasias de serie roja adquirida se valorara el menoscabo Diferentemente según se trate de formas secundarias o idiopáticas.

Secundarias: **15-20%**

Reevaluable a los 6 meses de eliminación de causa Probable o posteriormente a TMO

Idiopáticas; **20%**
reevaluable 6 meses post TMO.

ANEMIAS REFRACTARIAS Y SIND. DISHEMOPOYETICOS

- A)** Alteración madurativa nuclear (déficit de ac. Fólico y/o vitamina B12)
Alteración madurativa citoplasmica(a. ferropénicas, de trastornos crónicos, por alteración síntesis de globinas o hem)

B) anemia en leucocis, metástasis o necrosis.

C) anemia en Insuficiencia renal

b) Secundarias

. Se valorarán de acuerdo a etiología y compromiso hematológico.

POLICITEMIAS

- La policitemia puede ser absoluta o relativa.
- La policitemia relativa se debe a disminución del plasma sanguíneo y no es causa de menoscabo.
- La policitemia absoluta puede ser de origen primario (POLICITEMIA VERA) o secundario.

La policitemia de origen secundario obedece a múltiples causas y el menoscabo estará dado por la etiología de la eritrocitosis.

C) SERIE BLANCA

El menoscabo que las alteraciones de los leucocitos produzcan y que coexistan con otras alteraciones cuanti o cualitativas de las otras series del sistema hematopoyético, deberá ser valorado en forma combinada.

- Neutropenia

Severa idiopática con polimorfonucleares $< 1000/\text{mm}^3$; si no responde al tratamiento, interfiere con las actividades laborales, o el ambiente laboral es agresivo para el trabajador (por ej.: trabajos que exponen en forma habitual a contaminantes biológicos), se deberá considerar como un menoscabo de grado severo.

- Leucemias

Agudas: Dependerá del tipo de leucemia, el genio de la enfermedad, el tratamiento y la respuesta al mismo; las recaídas y la posibilidad o no de trasplante

Es importante dentro de los dos grandes grupos: leucemias agudas mieloblásticas o no linfoblásticas, y leucemias agudas linfoblásticas, poder determinar su pronóstico “per se”, y para ello deberá solicitarse el estudio citogenético de médula ósea. Así mismo deben diferenciarse aquellas leucemias “de novo” de aquellas que aparecen en la evolución de otra hemopatía ya diagnosticada con anterioridad y que en este caso aumentan el menoscabo producido por la enfermedad primaria.

Crónicas: En general los estadios I y II, presentan un bajo grado de severidad, permitiendo el desarrollo de actividades laborales, según tipo y condición de las mismas. Los estadios III y IV, presentan las mismas condicionantes que lo mencionado para las leucemias agudas.

- Linfomas

Deberá tenerse en cuenta la estadificación y el agrupamiento en Enfermedad de Hodgkin y No Hodgkin.

- Linfomas Hodgkin

ESTADIO I: compromiso de una sola región linfática (ganglios, bazo, timo, anillo de Waldeyer, placas de Peyer) o de un solo órgano extralinfático (I-E)

ESTADIO II: compromiso de dos o más regiones linfáticas en un mismo lado del diafragma.

Puede acompañarse de compromiso localizado por contigüidad de un órgano o sitio extralinfático (II-E)

ESTADIO III: compromiso de regiones linfáticas de ambos lados del diafragma, lo cual puede también ser acompañado de compromiso localizado por contigüidad de un órgano o sitio extra linfático (III-E) o de ambas estructuras (III-ES)

ESTADIO IV: afección difusa o diseminada de uno o más órganos o sitios extralinfáticos sin relación de contigüidad con regiones ganglionares comprometidas, o sin ellas.

Clasificación morfológica:

- a) Predominio linfocitario: linfocitos maduros con algunos histiocitos, escasas células de Reed-Stemberg. Suele ser un estadio temprano.
- b) Esclerosis nodular: tejido linfoide con bandas de tejido colágeno pueden estar ausentes las células de Reed-Stemberg. Suele ser un estadio temprano.

- c) Celularidad mixta: pleomorfismo celular(linfocitos, células plasmáticas, etc.) con abundantes células de Reed-Stenberg. Suele ser un estadio avanzado.
- d) Deplección linfocitaria: pocos linfocitos maduros, histiocitos más abundantes y células de Reed Stenberg. Suele ser un estadio avanzado.

- Linfomas No Hodgkin

Clasificación morfológica:

Se recomienda la clasificación de la OMS o REAL(Linfomas Europeo.americana

Revisada)/WHO.(working formulation).

El IPI(indice pronóstico internacional) identifica los LNH agresivos.

1.- edad = o > 60 años

2.- LDH normal o elevada.

3.- ECOG(0-1 o 2-4)

4.- estadio I-II o III-IV

5. compromiso de un sitio extraganglionas(0-1 o 2-4)

1 - Bajo grado

- a) Linfoma maligno (linfocítico o a células pequeñas coincidente con leucemia linfocítica crónica plasmocitoide)
- b) Linfoma maligno folicular (predominantemente a células pequeñas hendidas, áreas difusas, esclerosis).
- c) Linfoma maligno folicular (mixto, a células pequeñas hendidas y grandes, áreas difusas, esclerosis).

2 - Grado intermedio

- d) Linfoma maligno folicular(a predominio de células grandes, áreas difusas,esclerosis)
 - e) Linfoma maligno difuso(células pequeñas, hendidas, esclerosis)
- f) Linfoma maligno difuso (mixto, a células pequeñas y grandes, componente celular epitelioides, esclerosis)
 - g) Linfoma maligno difuso (células grandes, hendidas, no hendidas, esclerosis)
- h) Linfoma maligno(células grandes, inmunoblastico, plasmocitoide, células claras, polimorfo, componente celular epitelioides)
- i) Linfoma maligno (linfoblástico, células cerebriformes, células no cerebriformes)
- j) Linfoma maligno (a células pequeñas no hendidas, Burkitt, áreas foliculares)

D) HEMOSTASIA Y TROMBOSIS

Las diferentes alteraciones que se produzcan en la tríada de Virchow (endotelio, plaquetas, factores de la coagulación) se traducen clínicamente a través de síndromes hemorrágicos o coagulopáticos aislados o combinados.

En este capítulo debemos recordar las diferentes etapas que componen el delicado equilibrio para el mantenimiento de la fluidez sanguínea y los desórdenes que en forma aislada o combinada pueden interferir en el mismo.

- A) Etapa vaso-plaquetaria.
- B) Coagulación
- C) Fibrinólisis.

Las complicaciones que derivan del desorden hemostático deberán evaluarse de acuerdo a los sectores involucrados y valorarse en forma combinada.

Para el estudio de estas afecciones sugerimos la necesidad de contar con una paraclínica, lo más completa posible, guiada hacia la confirmación del diagnóstico y/o que valore la evolución del trastorno hemostático del paciente.

Queda a criterio del médico perito el solicitar estudios que sean imprescindibles

Para la completa evaluación del paciente y su menoscabo.

Alteraciones de la etapa vaso plaquetaria

Las complicaciones que puedan surgir como consecuencia de un impedimento de esta etapa, y cuya traducción clínica sea de tipo hemorrágico será valorada de acuerdo al sistema o sistemas orgánicos afectados y su menoscabo valorado en forma combinada.

En el caso de afecciones tromboembólicas, sea desencadenada por factores hereditarios y/o adquiridos, deberá tenerse presente su forma de presentación aislada o secundaria a otra patología), topografía (tanto desde el punto de vista de sistema afectado, como su característica de arterial o venosa), y determinar el número de episodios tromboembólicos previos.

Púrpuras

Sin complicaciones no es causante de incapacidad laboral permanente.

Si presentan cuadros hemorrágicos reiterados, la incapacidad será evaluada en función del compromiso del órgano dañado. La enfermedad de Rendu-Osler, en general no presenta incapacidad más que de tipo leve a mediano.

Alteraciones de los factores de la coagulación

- Hemofilia

Puede presentar evolución leve o moderada en la cual el tratamiento médico logra controlar la sintomatología.

La valoración del menoscabo deberá tener presente las condiciones de trabajo y especialmente el riesgo de traumatismos.

En general puede considerarse que existe una evolución severa cuando se ha determinado la aparición de secuelas articulares invalidantes.

Para la valoración del menoscabo debe tenerse presente lo ya expresado referente al tipo de tareas y condiciones de trabajo.

5. VALORACION DEL MENOSCABO

VALORACION DEL MENOSCABO POR ANEMIA

SE DEBERA CONSIDERAR EL TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ANEMIA, ASI COMO LA EXISTENCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE INDIQUEN COMPENSACIÓN DE LA MISMA.

DEBERA AGREGARSE EL MENOSCABO ADJUDICADO PARA EL CASO DE CRISIS HEMOLITICAS O COMPLICACIONES SEGÚN SE INDICA EN CAP ANEMIA.

Los valores fijados para hemoglobina constituyen solo una guía para la valoración del menoscabo, debiendo el medico perito, considerar los factores

Accesorios que puedan influir en la capacidad laboral del paciente,

CLASE I

< a 15%

- .Presenta síntomas mínimos de anemia(astenia, adinamia, parestesias,leves)
- HB EN MUJERES ENTRE 10-11 (g/dl)
- HOMBRES (11-12 g/dl)
- .- No requiere transfusiones.
- .- No tiene limitaciones de la vida laboral o ella es mínima.

CLASE II

16-30%

- .- Presenta síntomas mínimos de anemia.(igual a CLASE I más taquicardias)*
- .- El nivel de hemoglobina en sangre es entre 9- 10 g/dl en mujeres y entre 10- 11 g/dl en hombres.
- .- Puede requerir transfusiones.(< 1 en 6 meses)

.- No tiene limitaciones de la vida laboral, o ella es mínima.

* Deberá tenerse en cuenta edad del paciente y asociación con patología cardiovascular previa.

CLASE III

31 – 50%

- .- Presenta síntomas moderados de anemia(angor, vértigos, cefaleas)
- .- El nivel de hemoglobina en sangre es 8-9 g/dl en mujeres y entre 9-10 g/dl en hombres.
- .- Puede requerir transfusiones en forma periódica.(> 2 en 6 meses)
- .- Puede tener limitaciones de la vida laboral

CLASE IV

51 – 70%

- .- Presenta síntomas moderados a severos de anemia(angor, lipotimias, plejías)
- .- El nivel de hemoglobina en sangre es < 7gr/dl
- .- Requiere transfusiones en forma periódica.
- .- Tiene limitaciones de la vida laboral o ella es imposible.

CLASE V

71 –100%

- .- Presenta síntomas severos de anemia (insuficiencia cardíaca)
- .- El nivel de hemoglobina en sangre es de 5 gr/dl o más.
- .- Requiere transfusiones en forma periódica.
- .- No puede trabajar

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTO

RELACIONADO CON POLICITEMIA

CLASE I

< a 15%

- .- Existen síntomas y signos clínicos de policitemia.
- .- El nivel de hemoglobina es elevado pero menor a 18gr/dl.
- .- Necesita tratamiento ocasional.

CLASE II **16 – 30%**

- .- Existen Síntomas y signos clínicos de policitemia.
- .- El nivel de hemoglobina en sangre es mayor a 18 gr/dl.
- .- Requiere tratamiento permanente. Puede necesitar sangría de acuerdo a sintomatología del paciente.

CLASE III **31- 50%**

- .- Existen síntomas y signos clínicos de policitemia.
- .- El nivel de hemoglobina en sangre es mayor a 18 gr/dl.
- .- Requiere tratamiento permanente con sangrías en forma periódica.

CLASE IV **51 – 70%**

- .- Existen Síntomas y signos clínicos de policitemia.
- .- El nivel de hemoglobina en sangre es mayor a 19 gr/dl.
- .- Requiere tratamiento permanente con sangrías en forma periódica.

CLASE V **70 – 100%**

- .- Existen síntomas y signos clínicos de policitemia.
- .- El nivel de hemoglobina en sangre es mayor a 19 gr/dl.
- .- Requiere tratamiento permanente con sangrías en forma periódica.
- .- Presenta alteraciones por repercusión cardíaca, cerebral y/o fenómenos trombóticos graves.

Para las clases I a IV se sumará 10% al menoscabo en caso de presentar síndrome de hiperviscosidad, sin llegar clínicamente a la presentación requerida para la clase V.

CLASIFICACIÓN DEL MENOSCABO PRODUCIDO POR ALTERACIONES LEUCOCITARIAS

CLASE I **< a 15%**

- .- Existen síntomas y signos clínicos de anormalidad de los leucocitos.
- .- No requiere tratamiento.
- .- No hay impedimento de las actividades de la vida laboral.

CLASE II **16 - 30%**

- .- Existen síntomas y signos clínicos de anormalidad de los leucocitos.
- .- Requiere tratamiento.
- .- Puede continuar con las actividades de la vida laboral.

CLASE III **31 – 50%**

- .- Existen síntomas y signos clínicos de anormalidad de los leucocitos.
- .- Requiere tratamiento continuo.
- .- Las actividades de la vida laboral se ven interferidas periódicamente.

CLASE IV **51 – 70%**

- .- Existen síntomas y signos clínicos de anormalidad de los leucocitos.
- .- Requiere tratamiento continuo.
- .- No puede realizar las actividades de la vida laboral.

CLASE V **71 – 100%**

- .- Existen síntomas y signos clínicos de anormalidad de los leucocitos.
- .- Requiere tratamiento continuo.
- .- No puede realizar las actividades de la vida laboral.
- .- Hay interferencias en las actividades de la vida cotidiana.

VALORACIÓN DEL MENOSCABO PRODUCIDO POR NEUTROPENIA

CLASE I **< a 20%**

- .- Leucocitosis menor de 4000/mm³ pero mayor de 3000 de mas de 6 meses.
- .- Tratamiento periódico o no.
- .- Discapacidad nula o leve para sus tareas laborales.

CLASE II **21 – 39%**

- .- Leucocitosis entre 2000 y 3000/mm³
- .- Tratamiento periódico o no.
- .- Presencia de hasta de dos episodios infecciosos de mas de 1 semana de evolución en 6 meses.
- .- Discapacidad leve para el desempeño de sus tareas laborales.

CLASE III **40 – 50%**

- .- Leucocitosis entre 1000 y 2000/mm³
- .- Tratamiento permanente.
- .- Más de 4 episodios infecciosos en 6 meses.
- .- Discapacidad moderada para sus tareas laborales.

CLASE IV **51 – 70%**

- .- Leucocitosis entre 500- 1000/mm³.
- .- Tratamiento permanente.
- .- Más de 4 episodios infecciosos en 6 meses.
- .- Discapacidad severa para sus tareas habituales.

CLASE V **70 – 100%**

- .- Leucocitosis menor de 500/mm³
- .- Muy grave.
- .- Tratamiento continuo.
- .- Precisa ayuda para sus actividades de la vida diaria.

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA PRODUCIDO POR IMPEDIMENTO EN EL SISTEMA RETICULO- ENDOTELIAL

CLASE I **< a 15%**

- .- Existen síntomas y signos clínicos de afección del sistema retículo-endotelial.
- .- No requiere tratamiento.
- .- No hay impedimento para las actividades de la vida laboral.

CLASE II **16- 30%**

- .- Existen síntomas y signos clínicos de afección del sistema retículo-endotelial.
- .- Requiere tratamiento.
- .- Puede realizar actividades de la vida laboral.

CLASE III **31 – 50%**

- .- Existen síntomas y signos clínicos de afección del sistema retículo-endotelial.
- .- Requiere tratamiento continuo.
- .- Puede realizar actividades de la vida laboral, pero con interferencias periódicas.

CLASE IV **51- 70%**

- .- Existen síntomas y signos clínicos de afección del sistema retículo-endotelial.
- .- Requiere tratamiento continuo.
- .- No puede realizar actividades de la vida laboral.

CLASE V **71 – 100%**

- .- Existen síntomas y signos clínicos de afección del sistema retículo-endotelial
- .- Requiere tratamiento continuo.
- .- No puede realizar actividades de la vida laboral.
- .- Hay interferencias en las actividades de la vida cotidiana.

**VALORACION DEL MENOSCABO PRODUCIDO EN LA PERSONA POR LEUCEMIA
LEUCEMIA AGUDA MIELOBLASTICA**

CLASE I **< a 29%**

- .- Remisión completa a los 2 meses del diagnóstico.
- .- Sin hemopatía previa.
- .- Inmunofenotipo M3 o M4 de la clasificación FAB.

CLASE II **30 – 50%**

- .- Remisión completa a los 5 meses del diagnóstico.
- .- No presenta farmacoresistencia.
Sin hemopatía previa.

CLASE III **51 – 70%**

- .- No remisión completa a los 5 meses de iniciada.
- .- Con o sin fármaco resistencia
- .- M5 del grupo FAB por sus complicaciones.
- .- Secundaria a otra hemopatía.

CLASE IV **70 – 100%**

- .- Sin remisión completa a los 6 meses de iniciada.
- .- Secundaria a otra hemopatía

- .- Con fármaco resistencia.
- .- M6 en adultos mayores o m/ de la clasificación FAB
- .- Subtipo hipocelular.

LEUCEMIA AGUDA LINFOBLASTICA

CLASE I < a 40%

- .- Pacientes menores de 30 años.
- .- Leucocitosis menor de 25000/mm³.
- .- Sin afección del SNC.
- .- Cromosoma Philadelphia negativo.

CLASE II 41 – 50%

- .- Leucocitosis mayor de 25000/mm³
- .- Secundaria a otra hemopatía.
- .- Hasta 3 marcadores de mal pronóstico.

CLASE III 51 – 100%

- .- Secundaria.
- .- Presencia de más de 3 marcadores de **mal pronóstico:**
 - LEUCOCITOSIS MAYOR DE 25000/mm³.
 - CROMOSOMA PHILADELPHIA POSITIVO.
 - AUSENCIA DE REMISION COMPLETA A LOS 5 MESES.
 - FENOTIPO PRE T O PRE –PRE B
 - EDAD MAYOR DE 30 AÑOS.

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR LEUCEMIAS CRONICAS

LMC	
SIN CRISIS BLASTICAS	< a 30%
UN EPISODIO DE CRISIS BLASTICA CON POSTERIOR RC	31 - 50%
EN FASE ACELERADA O CRISIS BLASTICA	51 - 100%

LLC

Se utilizará como guía, las clasificaciones de RAI y BINET integradas como indica la WCLL (INTERNACIONAL WORKSHOP ON CHRONIC LYMPHOCYTIC LEUCEMIA)

APÉNDICE CLASIFICACIONES DE RAI Y BINET

RIESGO BAJO A (0)	< a 30%
RIESGO INTERMEDIO A(I) ,A(II) , B (I) , B (II)	31 – 50%
RIESGO ALTO C(III) C(IV)	51- 70%
CLASE IV Leucemia a células velludas	1%

CLASIFICACIONES EMPLEADAS PARA SINDROMES LINFOPROLIFERATIVOS

CRONICOS

CLASIFICACION DE RAI

ESTADIO 0	<i>LINFOCITOSIS EN SANGRE PERIFÉRICA</i>
ESTADIO I	<i>LINFOCITOSIS + ADENOPATÍAS</i>
ESTADIO II	<i>LINFOCITOSIS MAS HEPATO Y/O ESPLENOMEGALIA</i>
ESTADIO III	<i>LINFOCITOSIS MAS ANEMIA(HB< 11g%)</i>
ESTADIO IV	<i>LINFOCITOSIS MAS PLAQUETOPENIA(< 100000/mm3)</i>

CLASIFICACION DE BINET

A: SIN ANEMIA NI PLAQUETOPENIA, MENOS DE 3 AREAS LINFOIDES AFECTADAS

B: SIN ANEMIA NI PLAQUETOPENIA, 3 O MAS AREAS AFECTADAS.

C: ANEMIA CON HEMOGLOBINA MENOR DE 10 GR/DL Y/O PLAQUETOPENIA (< 100000 / mm³)

Se recomienda al momento de la valoración, contar con el informe medico, que valore la respuesta al tratamiento como indica el NCI.

Respuesta completa

Respuesta parcial

Enfermedad progresiva

Enfermedad estable

Remision molecular

Enfermedad residual minima

Dado que las complicaciones infecciosas son las responsables de mas del 50% de los decesos por LLC, se considerara el n° de episodios infecciosos en los ultimos 6 meses hayan requerido o no internacion del paciente.

<i>1-3 episodios</i>	<i>5%</i>
<i>mas de 3</i>	<i>10%</i>

Especial atención daremos a la aparicion simultanea o durante la evolucion de LLC DE UNA SEGUNDA NEOPLASIA DE ESTIRPE LINFOMATOSA (síndrome de Richter) cuya sobrevivencia sabemos que para el 80% de los pacientes es < 12 m, por lo que se considera dentro del grupo de riesgo alto.

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR LINFOMAS

LINFOMA HODGKIN

.- Estadios I y II **< a 10%**

.- Estadios III **11 - 30%**

- Estadio IV **31 – 70%**

- a) Con escasa o nula sintomatología general.
- b) Con signología general (pérdida de peso > 10%, fiebre, etc.) acorde a respuesta al tratamiento **70%**

LINFOMA NO HODGKIN

- .- De bajo grado de malignidad **< a 10%**
- .- De grado intermedio de malignidad
La incapacidad es variable de acuerdo a estado clínico general, tiempo de evolución y respuesta al tratamiento **30 – 66%**
- .- De alto grado de malignidad pero con remisión post tratamiento **10 - 66%**
- .- De alto grado de malignidad, con recidiva **70 - 100%**

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR HIPERTROMBICIDAD

CLASE I **< a 30%**

- .- Paciente portador de hipercoagulabilidad
- .- Sin episodios trombóticos previos al actual.
- .- Sin tratamiento.

CLASE II **31- 50%**

- .- Paciente Portador de hipercoagulabilidad.
- .- Un episodio trombótico previo.
- .- En tratamiento con anticoagulación oral, heparina clásica o HBPM.

CLASE III **51 – 70%**

- .- Paciente portador de hipercoagulabilidad.
- .- Más de dos episodios trombóticos arteriales y/o venosos.
- .- En tratamiento igual a clase II

CLASE IV

71 - 100%

.- Paciente con hipercoagulabilidad. Trombosis vinculadas a patología neurológica, cardíaca, renal u oftálmica

TMO

AUTOLOGO O HETEROLOGO

Los pacientes transplantados se aconseja evaluación semestral en los primeros 2 años para valoración de su evolución.

Posteriormente a ese período se aconseja realizar la misma cada 2 años.