

## **SISTEMA NERVIOSO**

### **I. INTRODUCCION**

Este capítulo proporciona la metodología para evaluar los impedimentos del sistema nervioso.

Para la valoración de las discapacidades derivadas de deficiencias motoras y sensitivas se han seguido las pautas propuestas por la American Medical Association (Guides to the Evaluation of Permanent Impairment, 4ª. edición, Junio 1993).

La valoración del menoscabo que una enfermedad del sistema nervioso 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 él o los episodios agudos.

El estudio del menoscabo debe tener una concordancia entre los síntomas clínicos, los estudios de laboratorio o 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 exámenes de laboratorio y funcionales pertinentes, así como los resultados de los estudios anatómo patológicos, si ellos se han realizado.

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

Los criterios de discapacidad se definen en virtud de las restricciones o limitaciones que las deficiencias imponen a la capacidad del paciente para llevar a cabo actividades de la vida diaria, y no en función de diagnósticos específicos.

### **II. CONSIDERACIONES GENERALES**

II.1 Debe evaluarse la discapacidad cuando el cuadro clínico pueda considerarse estable. Sólo podrán ser objeto de valoración las alteraciones crónicas que no respondan al tratamiento de la afección neurológica ni al de la enfermedad causante de la misma, o después de un tratamiento médico y de rehabilitación de por lo menos 6 (seis) meses. No serán valorables aquellas situaciones en las que no se hayan ensayado todas las medidas terapéuticas oportunas.

II.2 El neurólogo solo debe baremar la enfermedad neurológica o sus secuelas. Ej. : accidente cerebral. La enfermedad de fondo que determina esta secuela no debe ser baremada por el neurólogo.

II.3 Si el paciente presenta deficiencias que afectan a varias partes del sistema nervioso, como el cerebro, la médula espinal y los nervios periféricos, deben realizarse evaluaciones independientes de cada una de ellas y combinar los porcentajes de discapacidad resultantes.

II.4 Algunas enfermedades evolucionan de modo episódico, en crisis transitorias. En estas situaciones, será necesario tener en cuenta el número de episodios y la duración de los mismos para la asignación del grado de discapacidad.

II.5 En esta sección deben valorarse los menoscabos producidos por impedimentos de origen tumoral.

Esta sección se divide en:

**1. Sistema Nervioso Central**

- Cerebro – Cerebelo – Tronco Cerebral
- Pares craneanos
- Médula espinal

**2. Sistema Nervioso Periférico**

**1. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL**

**A) ENCEFALO**

Los impedimentos cerebrales pueden tener su origen en el Cerebro, Cerebelo y Tronco Cerebral. Las causas pueden ser vasculares, traumáticas, degenerativas, tumorales, bioeléctricas, metabólicas, autoinmunes, etc.

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

1. Alteraciones del estado mental y de la función integradora
2. Alteraciones emocionales o conductuales
3. Disfunción de la comunicación - disartria o afasia
4. Disfunciones de la conciencia
5. Trastornos de la alerta y del sueño
6. Trastornos neurológicos episódicos
7. Disfunciones sensitivas, motoras y trastornos del movimiento

Al existir más de un tipo de alteraciones cerebrales, los porcentajes de menoscabo se suman en forma combinada.

## **1 - 2 Alteraciones del Estado Mental y de la Función Integradora - Alteraciones Emocionales o Conductuales**

Son fundamentalmente producidas por daño orgánico cerebral con alteraciones de la orientación, comprensión, memoria y comportamiento.

La discapacidad derivada de estas anomalías se valorará de acuerdo a los criterios definidos en el capítulo de Trastornos Mentales.

## **3 Disfunciones de la Comunicación - Disartria o Afasia**

La afasia es un trastorno del lenguaje, como forma de la función simbólica que puede afectar tanto a la expresión como a la comprensión verbal o gráfica (lecto-escritura).

La disartria son alteraciones del habla debido a trastornos del control neuromuscular de los mecanismos de expresión del lenguaje. La lesión puede estar a nivel de SNC, SNP o en el propio músculo.

La discapacidad producida por disfunción de la comunicación se valorará de acuerdo a tabla N° 1 y después de transcurridos 6 meses de instaurado el cuadro durante los cuales se realizaran los tratamientos de rehabilitación correspondientes.

### **TABLA 1**

#### **CRITERIOS PARA LA ASIGNACION DEL GRADO DE DISCAPACIDAD DE LAS DISFUNCIONES DE LA COMUNICACIÓN**

<b>Clase I</b>	<b>&lt; a 25%</b>
<b>Limitación LEVE</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Expresión: mínimo deterioro observable en el habla (anomias, trastornos articulatorios, hipofonía).</li><li>• Comprensión: dificultad de comprensión leve.</li><li>• Escritura: puede estar deformada pero es legible. Presenta errores gramaticales.</li><li>• Lectura: dificultad leve en la comprensión de textos complejos.</li></ul>	
<b>Clase II</b>	<b>26 - 50%</b>
<b>Limitación MODERADA</b>	

- Expresión: lenguaje con disminución de la fluidez, limitación moderada de la forma de expresión. Puede presentar anomias, trastornos articulatorios, hipofonía.
- Comprensión: no cumple ordenes de 3 items.
- Escritura: palabras mal estructuradas, micrografía moderada.
- Lectura: comprende parcialmente lo que lee.

**Clase III****51 - 65%****Limitación SEVERA**

- Expresión: comunicación muy dificultosa. Emite palabras aisladas, monosílabos, lenguaje poco comprensible, severos trastornos articulatorios, hipofonía severa.
- Comprensión: no cumple ordenes de 2 items.
- Escritura: frases con alteraciones de tipo afásico. Micrografía más severa.
- Lectura: igual a clase II pero de mayor severidad.

**Clase IV****> 66%****Limitación GRAVE**

- Expresión: estereotipia verbales, mutismo o hipofonia severa, con lenguaje incomprensible.
- Comprensión: no cumple ordenes simples.
- Escritura: igual a clase III pero de mayor severidad.
- Lectura: no comprende cuando lee.

## **4 Disfunciones de la Conciencia**

Serán objeto de valoración las alteraciones del nivel de conciencia: estupor.

Se considerará la alteración de la conciencia, como crónica, cuando su evolución sea superior a 1 (un) meses, durante los cuales se realizaron los tratamientos pertinentes.

La evaluación de la discapacidad originada por estos trastornos se realizará de acuerdo a la **Tabla 2**.

No se considerarán las alteraciones del contenido de la conciencia como delirio, demencia y psicosis, las que serán valoradas según lo establecido en el capítulo de Trastornos Mentales.

## **5 Trastornos de la Alerta y el Sueño**

Entre los trastornos de la alerta y el sueño, serán objeto de valoración las Hipersomnias, apneas del sueño, narcolepsias, etc.. Este trastorno deberá haber sido comprobado mediante pruebas objetivas (polisomnografía) y requerirá que el trastorno sea crónico y no responda al tratamiento, luego de 6 (seis) meses de instaurada una terapia adecuada.

La evaluación de la discapacidad originada por este trastorno se realizará de acuerdo a los criterios de la **Tabla 2**.

## 6 Trastornos Neurológicos Episódicos

### Epilepsia

El diagnóstico y tipificación de la epilepsia se efectúa en virtud de datos clínicos y EEG.

Es una enfermedad primaria o secundaria que habitualmente se controla con tratamiento adecuado, y no limita las actividades del sujeto. Pueden aparecer crisis comiciales por indisciplina terapéutica, interacciones farmacológicas o por la aparición de enfermedades intercurrentes. En casos poco frecuentes los pacientes pueden permanecer con crisis repetidas a pesar del tratamiento correcto.

Sólo serán objeto de valoración este último grupo de pacientes y siempre que hayan permanecido con crisis frecuentes en más de 1 (un) año.

No es necesaria la dosificación en sangre de drogas antiepilépticas para saber si está correctamente tratado y controlado.

La discapacidad producida dependerá del número y tipo de crisis. Las crisis generalizadas tipo ausencias y las parciales simples son menos discapacitantes que las restantes crisis generalizadas (tónicas, tónico-clónicas y atónicas) y que las crisis parciales complejas.

Existe incapacidad cuando hay una epilepsia refractaria o se asocia parálisis cerebral, retardo mental, tumores, etc.

Para considerar la incapacidad por epilepsia debe correlacionarse la enfermedad con el puesto de trabajo.

La evaluación de la discapacidad originada por epilepsias, se realizará de acuerdo a los criterios de la **Tabla 2**.

**TABLA 2**

### TRASTORNOS NEUROLÓGICOS EPISÓDICOS (MENOSCABO GLOBAL)

#### Porcentaje máximo

Interferencia leve en las actividades de la vida laboral	<b>35%</b>
Interferencia moderada en las actividades de la vida laboral	<b>50%</b>
Interferencia severa en las actividades de la vida laboral	<b>100%</b>
Se necesita supervisión permanente.	

### VERTIGOS

Se consideraran en el capítulo de trastornos del equilibrio de ORL.

**TABLA 3**

## **CRITERIOS PARA LA ASIGNACIÓN DEL GRADO DE DISCAPACIDAD EN ALTERACIONES CRÓNICAS DEL SUEÑO**

### **CLASE I < a 25%**

- Paciente con alteración episódica sueño, correctamente tratado.
- Presenta menos de un episodio mensual.
- La interferencia con actividad de la vida diaria o laboral es leve.

### **CLASE II 26 a 40%**

- Paciente con alteración episódica del sueño correctamente tratado. Presenta dos (2) episodios mensuales, que deberán tener la siguiente característica: los episodios, se presentan de modo continuado o intermitente, con una duración superior a 4 (cuatro) horas diurnas por día.
- La interferencia con actividades de la vida diaria o laboral es moderada.

### **CLASE III 41 a 65%**

- Paciente con alteración episódica del sueño correctamente tratado.
- Presenta tres o más episodios mensuales que deberán tener la siguiente característica: los episodios, se presentan de modo continuado o intermitente, con una duración superior a 4 (cuatro) horas diurnas por día.
- Interferencia importante en actividades de la vida diaria y laboral

### **CLASE IV > a 66%**

- Paciente con alteración episódica del sueño correctamente tratado.
- Presenta varios episodios por mes.
- El grado de discapacidad es severo y depende de otra persona para realizar actividades de autocuidado.

## **7 Alteraciones Motoras y Sensoriales**

Las alteraciones motoras, aún sin paresia o debilidad, pueden afectar a las actividades de la vida diaria, causando una discapacidad permanente. Entre ellas figuran las siguientes:

- a) movimientos involuntarios, como temblores, corea, atetosis y hemibalismo
- b) alteraciones del tono y la postura
- c) diversas formas de limitación de los movimientos voluntarios como parkinsonismo

- d) deficiencia de movimientos asociados a lesión cerebelosa.
- e) alteraciones de la marcha.
- f) hemiparesia, hemiplejia, síndrome piramidal etc.

La evaluación de las deficiencias sensitivas y motoras, debido a trastornos del Sistema Nervioso Central, debe documentarse en función de cómo afectan a la capacidad del paciente para realizar las actividades de la vida diaria y laboral. Dichas alteraciones se valorarán siguiendo los criterios descritos en las **Tablas 4 y 5**.

#### **TABLA 4**

### **CRITERIOS DE VALORACION DE DISCAPACIDAD POR ALTERACION DE LOS MIEMBROS INFERIORES, BIPEDESTACION Y LA MARCHA**

<b>CLASE I</b>	<b>&lt; a 20%</b>
El paciente puede levantarse a la posición en bipedestación y caminar, pero tiene dificultad con las elevaciones, desniveles, escaleras, sillas profundas y para caminar largas distancias. Potencia muscular a favor de la gravedad completando el arco.	
<b>CLASE II</b>	<b>21 a 35%</b>
El paciente puede levantarse a la posición en bipedestación y caminar con dificultad y sin ayuda, en las superficies a nivel. Potencia funcional a favor de la gravedad sin completar el arco.	
<b>CLASE III</b>	<b>36 a 50%</b>
El paciente puede levantarse a la posición en bipedestación y mantenerla con dificultad. No logra la estática o la marcha solo o lo hace con gran dificultad.	
<b>CLASE IV</b>	<b>51 a 66%</b>
El paciente no se puede levantar sin la ayuda de otra persona, estando en silla de rueda o postrado en cama.	

### **Utilización de Extremidades Superiores**

Las actividades básicas de la vida diaria dependen de la destreza en el uso de las extremidades superiores.

- Cuando se afecta una sola extremidad, se aplican los criterios que se describen en la **Tabla 5**
- Cuando están afectadas ambas extremidades, pero existe clara diferencia en la capacidad conservada entre ellas, se valorarán por separado (**Tabla 5**) combinándose entre sí estos valores.
- Los porcentajes asignados a la extremidad superior, figuran en términos de extremidad dominante este valor debería ser reducido

en un 5% si el menoscabo valorado se trata de miembro superior no dominante.

- Cuando están afectados una extremidad inferior y otra superior se valoraran por separado combinando entre si los valores hallados para cada una (Tabla 4 y 5).

## TABLA 5

### CRITERIOS PARA LA EVALUACION DE LA DISCAPACIDAD POR ALTERACION DE UNA EXTREMIDAD SUPERIOR

<b>CLASE I</b>	<b>20 a 30 %</b>
El paciente no tiene destreza en los dedos, puede utilizar el miembro afectado con dificultad para el autocuidado, para la prensión, y para la vida.	
<b>CLASE II</b>	<b>31 a 40%</b>
El paciente no puede utilizar el miembro afectado para las actividades de la vida diaria o con la actividad laboral .	
<b>CLASE III</b>	<b>41 a 55%</b>
El paciente no puede utilizar el miembro afectado para las actividades de autocuidado.	

## B) PARES CRANEANOS

### I – OLFATORIO

El trastorno del olfato o anosmia se valora de acuerdo al capítulo de Organos de los Sentidos.

### II – OFTALMICO

Se valorará de acuerdo al capítulo de Organos de los Sentidos.

### III, IV y VI – MOTOR OCULAR COMUN, PATETICO Y MOTOR OCULAR EXTERNO

Inervan los músculos que mueven los ojos y controlan el tamaño de la Pupila. La alteración que deriva de su afección se valora de acuerdo al capítulo de Visión.

### V – TRIGEMINO

Posee fibras sensoriales para la cara, la córnea, parte anterior de cuero cabelludo, cavidades nasales, cavidad oval y duramadre supratentorial.

Las fibras motoras inervan los músculos de la masticación.

La neuralgia del trigémino puede ser grave e incontrolable. Si cumple los criterios para ser considerada como permanente,



habiéndose agotado toda posible medida terapéutica, la valoración se realizará según el siguiente criterio:

Neuralgia del trigémino leve a moderada	<b>15 a 35%</b>
Neuralgia del trigémino intensa	<b>36 a 55%</b>
Neuralgia del trigémino bilateral	<b>56 a 65%</b>

El déficit motor puede afectar la masticación, deglución y fonación:

• <b>Pérdida motora unilateral leve</b>	<b>20%</b>
• <b>Pérdida motora unilateral moderada</b>	<b>21 a 35%</b>
• <b>Pérdida motora bilateral</b>	<b>36 a 50%</b>

## **VII - FACIAL**

Es un nervio mixto, cuyas fibras motoras inervan los músculos faciales de la expresión y los músculos accesorios de la masticación y deglución.

- **Pérdida del gusto o ageusia** - se valora en el capítulo de Organos de los Sentidos
- **Parálisis facial unilateral leve** **1 a 5%**
- **Parálisis facial bilateral leve** **6 a 15%**
- **Parálisis facial unilateral grave** **16 a 25%**
- **Parálisis facial bilateral grave** **26 a 45%**

En el caso de una parálisis facial central se tendrán en cuenta las mismas consideraciones.

## **VIII - AUDITIVO**

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

Los trastornos auditivos y vértigo, se valoran según los criterios expuestos en el capítulo correspondiente.

## **IX y X - GLOsofaríngeo Y VAGO**

Son nervios mixtos que envían fibras al tercio posterior de la lengua, faringe, laringe y tráquea, por lo que sus alteraciones pueden dificultar la respiración, deglución, habla y funciones viscerales.

La discapacidad originada por estas deficiencias, se valorarán según los criterios expuestos en los capítulos correspondientes.

La neuralgia glossofaríngea persistente a pesar del tratamiento, se valorará en la misma forma que la neuralgia del Trigémino.

## **XI - ESPINAL**

Participa en la inervación de músculos laríngeos, pudiendo verse afectada la deglución y el habla.

Inerva también músculos cervicales, esternocleidomastoideo y trapecio, pudiendo afectar el giro de la cabeza y el movimiento de los hombros.

Estas alteraciones se valorarán en el capítulo correspondiente a Sistema Músculo Esquelético.

## **XII - HIPOGLOSO**

Inerva la musculatura de la lengua. Su déficit bilateral podría causar alteraciones de la deglución, respiración y fonación.

Deben valorarse estas discapacidades de acuerdo a los criterios expuestos en los capítulos correspondientes.

### **C) MÉDULA ESPINAL**

Entre las deficiencias debidas a lesiones medulares, figuran las relacionadas con:

1. bipedestación y marcha
2. utilización de extremidades superiores
3. alteraciones de la respiración
4. alteraciones de la función vesical
5. alteraciones de la función uro rectal
6. alteraciones de la función sexual

Cuando el paciente presenta alteraciones en más de una función, como bipedestación y marcha y utilización de miembros superiores, deberán combinarse los porcentajes de discapacidad correspondientes a cada una de ellas de acuerdo a las Tablas 4 y 5 de S.N.C.

Las alteraciones sensoriales, como pérdida de tacto, dolor, percepción de la temperatura y sentido vibratorio, posición articular, parestesias, disestesias, pueden estar presentes en una disfunción medular.

La discapacidad se determina en función de su interferencia en las actividades de la vida diaria.

## **Alteraciones de los miembros, bipedestación y marcha**

La asignación del porcentaje de discapacidad, debido a la alteración de estas funciones, se detalla en la **Tabla 4 y 5**.

Se podrá valorar el menoscabo de discapacidad en dicha tabla las alteraciones debido a compromiso, piramidal con déficit uni o bilateral de miembros inferiores, extrapiramidales, cerebelo y músculo.

### **1 Alteraciones de la Respiración**

Cuando la deficiencia neurológica afecta la función respiratoria, para la valoración de la discapacidad se aplicarán los criterios expuestos en el capítulo correspondiente al Aparato Respiratorio.

## **4 y 5 Alteraciones de la Función Vesical y Uro rectal**

Para la valoración de la discapacidad se aplicarán los criterios descritos en los capítulos Génitourinario y Digestivo respectivamente.

## **6 Alteraciones de la Función Sexual**

Se valorarán de acuerdo a los criterios descritos en el capítulo Génitourinario.

## **2. SISTEMA NERVIOSO PERIFERICO**

A continuación se analizan los siguientes segmentos:

- plexos nerviosos espinales
- raíces de nervios espinales
- nervios espinales nominados
- nervios periféricos

Los porcentajes que se expresan en estas tablas, vienen expresados en forma unilateral. Cuando exista compromiso bilateral, los menoscabos deberán ser determinados separadamente y convertirlos cada uno en menoscabo global de la persona y finalmente sumarlos en forma combinada.

Los porcentajes asignados a la extremidad superior, figuran en términos de extremidad dominante; este valor deberá ser reducido en un 5% si el menoscabo valorado se trata de la extremidad superior no dominante.

**TABLA 6**

### **CRITERIOS DE VALORACION DE DISCAPACIDAD POR ALTERACIÓN DE LOS MIEMBROS INFERIORES, LA BIPEDESTACIÓN Y LA MARCHA (SNP- Raíces, Plexos y Nervios)**

#### **CLASE I**

**< a 30%**

El paciente puede levantarse a la posición en bipedestación y caminar, pero tiene dificultad motora con las elevaciones, desniveles, escaleras, y para caminar largas distancias.

Puede presentar dolores neuropaticos esporádicos, parestesias que calman con tratamiento médico adecuado.

El Estudio eléctrico puede evidenciar leve o discreto compromiso.

**CLASE II** **31 a 40%**

El paciente puede levantarse a la posición en bipedestación y caminar con dificultad y sin ayuda, pero sólo en las superficies a nivel. Puede presentar dolor neuropático moderado que no calma con tratamiento médico adecuado, pudiendo haber requerido otro tipo de tratamientos.  
El Estudio eléctrico puede evidenciar moderado compromiso.

**CLASE III** **41 a 50%**

El paciente puede levantarse a la posición en bipedestación y mantenerla con dificultad, pero no puede caminar sin ayuda. Puede presentar dolor neuropático intenso que no calma con tratamiento médico adecuado pudiendo haber requerido tratamientos más agresivos como bloqueo anestésico.  
El Estudio eléctrico puede evidenciar intenso compromiso.

**CLASE IV** **51 a 66%**

El compromiso funcional es tal que le afecta la bipedestación y la marcha.  
Pérdida funcional del miembro a pesar de todos los tratamientos instituidos.  
Puede presentar dolor neuropático muy intenso permanente con breves períodos de acalmia que comprometen severamente al miembro. Parestesias o disestesias intensas. No responden al tratamiento médico.  
El Estudio eléctrico puede evidenciar lesión muy severa o nula actividad.

**Nota complementaria:** En caso de que presente polineuropatía, si existe déficit sensitivo distal, hipoestesias o disestesias distales, se sumará combinadamente para cada miembro un 15%.

**TABLA 7**

**CRITERIOS PARA LA EVALUACION DE LA DISCAPACIDAD POR  
ALTERACION DE UNA EXTREMIDAD SUPERIOR.  
(S.N.P. Raíces, Plexos y Nervios)**

**CLASE I** **< a 11%**

El paciente puede utilizar el miembro afectado para el autocuidado, para las actividades diarias y para sujetar. Tiene dificultad motora distal, leve del miembro.

Puede presentar dolor neuropático, disestesias o parestesias de grado leve que le invalida discretamente el miembro afectado. El estudio eléctrico puede evidenciar leve o discreto compromiso.

**CLASE II** **11 a 24%**

El paciente puede utilizar el miembro afectado con dificultad para la prensión y para sujetar objetos, pero no tiene destreza con los dedos. Puede presentar dolor neuropático moderado. El estudio eléctrico puede evidenciar moderado compromiso.

**CLASE III** **25 a 40%**

El paciente no puede utilizar el miembro afectado para las actividades de la vida diaria y tiene dificultad con algunas de las actividades de autocuidado. Puede presentar dolor neuropático, parestesias y disestesias intensas, que responden parcialmente al tratamiento médico adecuado. Paresia, atrofia muscular. El estudio eléctrico puede evidenciar intenso compromiso.

**CLASE IV** **41 a 50%**

El paciente no puede utilizar el miembro afectado por dolor, paresia o impotencia funcional, para todas las actividades. Los síntomas sensitivos son intensos y no responden al tratamiento Médico. El estudio eléctrico puede evidenciar un compromiso muy severo o incluso nula actividad.

**Nota Complementaria:**

Cuando están afectados los dos miembros superiores se valoraran cada uno por separado y se suman combinadamente los porcentajes. Los porcentajes asignados a la extremidad superior, figuran en términos de extremidad dominantes; este valor debería ser reducido en un 5% si el miembro valorado se trata de miembro superior no dominante. En caso de que presente polineuropatía, si existe déficit sensitivo distal se sumará combinadamente para cada miembro un 10%. Cuando exista discordancia entre el estudio eléctrico y la clínica se ponderará la clínica que presente el paciente.

<b>RAICES TORACICAS</b>
-------------------------

<b>VALORACION DEL MENOSCABO POR IMPEDIMENTO RAICES TORACICAS</b>		
	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR ALTERACION UNILATERAL	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR ALTERACION BILATERAL
Cualquiera de 2 raíces torácicas	0 % - 5 %	0 % - 10 %
Cualquiera de 5 raíces torácicas	5 % - 15 %	10 % - 28 %
Cualquiera de más de 5 raíces torácicas	15 % - 35 %	28 % - 58 %

**Nota complementaria:** Para la valoración de los menoscabos en los impedimentos bilaterales se calificarán sumándolos en forma combinada.

### III. ANEXO TÉCNICO

En este anexo se hace mención al grado severo de las patologías descritas, debiendo cuantificar otros grados de severidad de acuerdo a las tablas existentes. De no ser posible se otorgará en el grado leve a moderado de estas patologías un 25 al 50% de menoscabo global de la persona. Se considera que un menoscabo severo configura, un 66% de incapacidad global de la persona.

- **Epilepsia – Gran Mal**

La epilepsia tipo gran mal o psicomotora con menoscabo de grado severo: debe ser documentada por electroencefalograma y ser acompañada de la descripción del patrón de un ataque típico, incluyendo todos los fenómenos asociados que se presentan, después de un mínimo de seis meses de tratamiento bajo protocolo actual y bien controlado. Puede ser necesario solicitar el monitoreo biológico de las drogas administradas si ello es posible.

O bien:

- Episodios diarios de pérdida de conciencia
- Episodios nocturnos frecuentes con períodos de aura prolongada que interfieren en forma significativa con la actividad durante el día.
- Que se haya producido como consecuencia de la enfermedad, un daño orgánico cerebral significativo, demostrado por electroencefalograma.

En todos los casos debe prestarse especial atención a la profesión habitual que realiza la persona, tomando en cuenta los siguientes parámetros:

- a) Ocupaciones de riesgo para terceros (conductor de automotores, piloto de avión, operador de grúas, etc.)
- b) Ocupaciones con riesgo personal (trabajo en altura, electricista, operario de maquinas en movimiento como ser: tejeduría, balancín, maquinaria de carpintería, etc.)
- c) Ocupaciones de tipo administrativo (secretaria, funcionario bancario, etc.)
- d) Otras ocupaciones que a criterio de él o los peritos actuantes, puedan ser considerada de riesgo.

### • **Epilepsia – Pequeño mal y Focal**

La epilepsia tipo pequeño mal y la focal que presentan un menoscabo de grado severo debe ser: documentada por electroencefalograma y descripción del patrón de un ataque típico, incluyendo todos los fenómenos asociados, a pesar del tratamiento con protocolos actuales y bien llevado durante un período de seis meses.

En todos los casos debe prestarse especial atención a la profesión habitual que realiza la persona, tomando en cuenta los parámetros considerados en el punto anterior.

### • **Insuficiencia circulatoria cerebral**

Se debe valorar de acuerdo a la existencia o no de signos neurológicos objetivos: signos deficitarios motores (parkinsonismo, piramidalismo, etc.), déficit intelectual, alteraciones psíquicas y las alteraciones en las pruebas complementarias como Eco-Doppler vascular, tomografía computarizada, etc.

### • **Accidente Cerebro Vascular**

El menoscabo de grado severo podrá manifestarse por la persistencia de una de las siguientes alteraciones, posterior a no menos de 9 meses de acontecido el accidente cerebro vascular.

1. Afasia motora o sensorial que da por resultado habla o comunicación ineficaz.

2. Desorganización persistente y significativa de la función motora de dos extremidades (hemiparesia o hemiplejía), dando como resultado una alteración en el patrón de marcha y postura de la persona así como una notoria dificultad en la manipulación de objetos; que le impidan la realización de su trabajo o las tareas domésticas habituales o incluso dependiente de terceros.
3. Otros síndromes focales secuelares.

- **Síndrome Vertiginoso**

Con signos objetivos: desequilibrio en la marcha, Romberg positivo etc., valorar de acuerdo a capacidad para realizar tareas domésticas habituales, patrón de marcha, etc.

En todos los casos tener en cuenta tipo de actividad laboral y sobre todo la situación de riesgo para terceros y para sí mismo, considerando que puede presentar un examen normal y el estudio funcional del VIII par evidenciar la alteración correspondiente, sobre todo en vértigos secuelares de patologías del SNC.

Se considerará severo cuando genera dependencia de terceros.

- **Tumores Cerebrales, Malformaciones vasculares e Hidrocefalia**

Se podrán considerar como portadores de un menoscabo de grado severo a las personas portadoras de un tumor cerebral benigno, las cuales dependiendo de su localización, extensión, cuadro clínico, posibilidades terapéuticas, etc.; produzcan daño orgánico cerebral o déficit neurológico severo.

Se considerarán en este ítem las malformaciones y aneurismas que por su tamaño y/o topografía no sean pasibles de tratamiento quirúrgico.

Los tumores malignos primarios o secundarios, siempre se considerarán como menoscabo severo.

Hidrocefalias - Las derivadas, configurarían o no incapacidad de acuerdo al tipo de tareas que desempeña. Si persiste con secuelas, se adjudicará el % de menoscabo correspondientes a las mismas.

- **Síndrome de Parkinson**

Se podrán considerar como portadores de un menoscabo de grado severo a las personas portadoras de un síndrome de Parkinson que presente rigidez significativa permanente, bradiquinesia o temblor en dos extremidades que den como resultado una alteración de la marcha o la postura.

Ello se podrá considerar como definitivo siempre que se compruebe que se encuentra bajo tratamiento con protocolos actuales, bien llevado, y por un período no menor a seis meses. También deberán considerarse como parte del menoscabo a las complicaciones motoras consideradas irreversibles, producto del tratamiento medicamentoso instituido.



Los grados inferiores de severidad serán valorados de acuerdo a las Tablas 3 y 4 del S.N.C.

- **Traumatismo Cráneo Encefálico**

Se podrán considerar como portadores de un menoscabo de grado severo a las personas que han tenido un traumatismo cráneo encefálico y que han quedado secuelas, las cuales serán valoradas de acuerdo a las tablas correspondientes de valoración del menoscabo. Las secuelas de tipo psíquico o deterioro post T.E.C, podrán ser valorarlas en el capítulo correspondiente de Impedimento Mental y sumarlas al menoscabo neurológico orgánico.

## **MEDULA ESPINAL**

- **Lesiones de la Médula Espinal**

El menoscabo producido por las lesiones de la médula espinal podrá ser considerado como de grado severo cuando se constate objetivamente la presencia de una desorganización persistente y significativa de la función motora de al menos dos extremidades, comprometiendo movimientos, patrón de marcha y postura de la persona.

- **Esclerosis Múltiple**

Se podrá considerar a la persona como portadora de un menoscabo de grado severo, cuando presente algunas de las siguientes alteraciones:

- Desorganización persistente y significativa de la función motora de al menos dos extremidades, comprometiendo movimientos, patrón de marcha y postura del trabajador.
- Alteración visual o mental según el criterio aplicado en los sectores correspondientes a visión e impedimento mental.
- Anormalidades electrofisiológicas en los potenciales visuales, somatosensoriales y auditivos del tronco cerebral.

- **Esclerosis Lateral Amiotrófica**

Se considerará como portadora de un menoscabo de grado severo a la persona que presente alguna de las siguientes alteraciones:

- Compromiso bulbar importante
- Desorganización persistente y significativa de la función motora de al menos dos extremidades, comprometiendo movimientos, patrón de marcha y postura de la persona.

- **Poliomielitis anterior**

Se considerará como portadora de un menoscabo de grado severo a la persona que presente alguna de las siguientes alteraciones:

- dificultad persistente al deglutir o respirar
- habla ininteligible

- desorganización persistente y significativa de la función motora de al menos dos extremidades, comprometiendo movimientos, patrón de marcha y postura de la persona

- **Tabes Dorsal**

Se considerará como portadora de un menoscabo de grado severo a la persona que presente alguna de las siguientes alteraciones:

- crisis tabética más de una vez por mes
- marcha atáxica o vacilante que causa limitación importante del movimiento, verificado mediante signos de alteración persistentes de los cordones posteriores de la médula espinal
- potenciales evocados somatosensoriales anormales

- **Impedimentos Degenerativos**

Se podrá considerar como portadora de un menoscabo de grado severo a la persona portadora de una ataxia de Friedriech y otras, que presente algunas de las siguientes alteraciones:

- Desorganización persistente y significativa de la función motora
- Daño orgánico cerebral, según se establece en la sección de Impedimento Mental

- **Siringomielia**

Se podrá considerar como portadora de un menoscabo de grado severo a la persona portadora de las siguientes alteraciones:

- Alteraciones bulbares significativas
- Desorganización persistente y significativa de la función motora, de al menos dos extremidades, comprometiendo movimientos, patrón de marcha y postura de la persona
- Potenciales evocados somatosensoriales anormales
- Resonancia nuclear magnética alterada (que demuestre la cavidad)

- **Miastenia Gravis**

Se podrá considerar como portadora de un menoscabo de grado severo a la persona que presente alguna de las siguientes alteraciones:

- Debilidad importante de los músculos de las extremidades que comprometa el movimiento, postura o marcha; a pesar de encontrarse bajo terapia con protocolos actuales de tratamiento controlado
- Dificultad importante del habla, deglución y respiración