

SISTEMA CARDIOVASCULAR

I. INTRODUCCION

En este capítulo se establecen las normas generales para la evaluación de las deficiencias del sistema cardiovascular, así como los criterios para la asignación del porcentaje de discapacidad originado por estas deficiencias.

En primer lugar se establecen normas sobre cómo y en qué supuestos deben ser valoradas las cardiopatías y a continuación se aportan los criterios que asignan el porcentaje de discapacidad a cada una de las siguientes deficiencias cardíacas:

- a) Cardiopatías valvulares
- b) Cardiopatía isquémica
- c) Cardiopatías congénitas
- d) Miocardiopatías y Cor pulmonale
- e) Cardiopatías mixtas
- f) Enfermedades del pericardio
- g) Arritmias

En segundo lugar se establecen las normas para la valoración de la hipertensión arterial y se dan los criterios para la asignación del porcentaje de discapacidad derivado de esta patología.

Por último, se delimitan las normas para valorar deficiencias del sistema vascular periférico, así como los criterios que asignan un porcentaje de discapacidad.

II. CONSIDERACIONES GENERALES

1 - CARDIOPATIAS

NORMAS DE CARÁCTER GENERAL PARA LA VALORACION DE LA DEFICIENCIA ORIGINADA POR CARDIOPATIAS

- Únicamente serán objeto de valoración aquellas personas que padezcan una afección cardíaca con un curso clínico de al menos seis meses desde el diagnóstico e inicio del tratamiento.
- Cuando esté indicado el tratamiento quirúrgico, la valoración se realizará a partir de plazos prudenciales genéricos del post operatorio. En aquellos casos que exista contraindicación, de la cirugía debidamente justificada, el perito valorará el menoscabo según la clase funcional que el paciente se encuentra. (Clínica y paraclínicamente)
- En el caso de enfermos sometidos a trasplante cardíaco, la valoración se efectuará seis meses después del mismo, de acuerdo con la función

residual. Durante esos seis meses se mantendrá la valoración que previamente tuviera el enfermo. Se combinarán a ésta los efectos del tratamiento inmunosupresor, si los hubiere, siguiendo los criterios del capítulo correspondiente.

- En determinadas patologías (por ejemplo, cardiopatía isquémica) se tendrá en cuenta el riesgo de empeoramiento súbito de la situación clínica del enfermo a pesar del tratamiento adecuado de la enfermedad base. (La cirugía de revascularización no termina con la patología del paciente).
La mayor o menor frecuencia con que aparecen los episodios agudos condiciona el grado de limitación para realizar las actividades de la vida diaria, por lo que ha de incluirse como criterio de valoración. Los episodios deberán estar documentados médicamente.
- La discapacidad no siempre está en relación directa con los datos exploratorios o pruebas complementarias. Por ejemplo, la presencia de un soplo eyectivo aórtico en un individuo anciano, es probable que sólo indique esclerosis aórtica; sin embargo, una persona con angina estable de pequeños esfuerzos puede tener un ECG intercrisis normal, pero sufre una limitación importante, para cuya evaluación es preciso realizar valoración ergométrica, radioisótopos o coronariografía.
- En caso de Miocardiopatías secundarias no se combinarán los porcentajes correspondientes al proceso base, caso de ser conocido, con los de la miocardiopatía, sino que se adjudicará el mayor porcentaje obtenido en cualquiera de ellos. Cuando la miocardiopatía secundaria sea consecuencia de un proceso tratable (por ejemplo, miocardiopatía hipertiroidea) no se realizará la valoración hasta al menos seis meses después de haberse comenzado el tratamiento etiológico.
- El porcentaje de discapacidad originado por Cor Pulmonale Crónico se combinará con el derivado de la enfermedad respiratoria asociada. Debido a que las enfermedades respiratorias son la causa más frecuente de Cor Pulmonale Crónico, la disnea no se considerará manifestación de éste; sólo se tendrá en cuenta la presencia de datos clínicos de insuficiencia cardíaca congestiva y la evidencia electrocardiográfica, radiológica o ecocardiográfica de crecimiento o dilatación del ventrículo derecho con hipertensión pulmonar.
- En la valoración de las arritmias, el porcentaje alcanzado no se combinará con el correspondiente a la enfermedad cardiológica base, caso de que ésta exista. En aquellas arritmias de causa no cardiológica potencialmente tratable (por ejemplo, hipertiroidismo) la valoración no se realizará hasta al menos seis meses después de haberse iniciado el tratamiento etiológico. En cardiopatías arritmógenas con posibilidad de tratamiento médico o quirúrgico) por ejemplo, síndromes de preexcitación, síndromes de QT largo) no se realizará la valoración hasta pasados plazos prudenciales estipulados específicamente en este capítulo, desde el inicio del tratamiento.

La descripción subjetiva del enfermo de los síntomas y limitaciones que padece deberá ser contrastada con las pruebas objetivas adecuadas: ECG o monitorización Holter.

- En la valoración de la repercusión funcional de una cardiopatía la ergometría permite evaluar la capacidad de trabajo aeróbico del enfermo. Existen en la actualidad múltiples protocolos que relacionan la clase funcional con el exceso de energía consumida durante el ejercicio, expresado en unidades denominadas MET (término que representa múltiplos de la energía metabólica consumida en reposo, y que sirve para valorar el consumo energético durante el ejercicio)
- Es importante recalcar que un estudio ergométrico informa únicamente de la capacidad de ejercicio del enfermo en un momento determinado, pudiendo estar influido por causas independientes de la cardiopatía en sí, como, por ejemplo, medicación concomitante, colaboración del enfermo o entrenamiento. Estos factores deben tenerse en cuenta a la hora de valorar un diagnóstico ergométrico.

En cuanto a la presencia de factores de riesgo cardiovascular, serán valorados en las diferentes cardiopatías analizadas, de acuerdo al número y magnitud de los mismos y si éstos son o no modificables.

Estos influirán en los porcentajes asignados dentro de cada clase.

CLASES PARA LA VALORACIÓN FUNCIONAL DE LAS CARDIOPATIAS

- **Clase funcional 1:** el paciente tiene enfermedad cardíaca pero no existe limitación de su actividad física.
FEVI mayor o igual a 51% en el Ecocardiograma.
Disnea a grandes esfuerzos.
- **Clase funcional 2:** el paciente tiene una enfermedad cardíaca que produce una limitación leve de su actividad física. El enfermo permanece asintomático en reposo o durante sus actividades habituales. La actividad física superior a la habitual desencadena fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso.
FEVI 41 a 50% en el Ecocardiograma.
Disnea a medianos esfuerzos.
- **Clase funcional 3:** el paciente tiene una enfermedad cardíaca que produce una limitación marcada de su actividad física. Se mantiene asintomático en reposo. La actividad física moderada desencadena fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso, pero puede desarrollar actividad manteniéndose en reposo o con pequeños esfuerzos.
FEVI 31 a 50% en el Ecocardiograma.
Disnea a pequeños esfuerzos.

- **Clase funcional 4:** el paciente tiene una enfermedad cardíaca que conduce a una imposibilidad de realizar actividades físicas sin molestias. Pueden aparecer síntomas de bajo gasto cardíaco, congestión pulmonar o sistémica o angina de pecho, incluso en reposo. Cualquier tipo de actividad física incrementa la sintomatología.
FEVI < 30% en el Ecocardiograma
Disnea de reposo

La FEVI es un elemento más para poder determinar la clase funcional y su ubicación en las clases de menoscabo pero no es determinante. Debemos recordar que puede coexistir clases funcionales 2-3 o 4 con FEVI normal ya que la FEVI puede estar compensada por hipercontractilidad de otros segmentos (en pacientes que tienen zonas hipomóviles) o la función estar alterada en otros aparatos (ejemplo en estenosis mitrales).

1.1 VALORACION DEL MENOSCABO

CRITERIOS PARA LA ASIGNACION DEL PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD ATRIBUIBLE A DEFICIENCIAS CARDIACAS

a) CARDIOPATIAS VALVULARES

CLASE I

< a 24%

El paciente padece enfermedad valvular cardíaca detectada mediante la exploración física o pruebas complementarias, manteniéndose en clase funcional 1 de la N.Y.H.A. con o sin tratamiento.

Se incluirá en esta clase el paciente que haya sido sometido a cirugía y cumpla los criterios anteriores, y siempre que el grado de la enfermedad por sí sola no justifique valorarlo en una clase superior, teniendo en cuenta que el implante de una válvula provoca una nueva enfermedad y que muchos pacientes están hipocoagulados.

CLASE II

25 a 49%

El paciente padece enfermedad valvular cardíaca detectada mediante la exploración física o pruebas complementarias, manteniéndose en la clase funcional 2 de la N.Y.H.A. y requiere tratamiento continuado con restricción salina y medicación, pese a lo cual no se evita la aparición de síntomas y se da una de las siguientes circunstancias:

- existen signos de afectación de cavidades (hipertrofia o dilatación) en la exploración clínica o en las pruebas complementarias

rias, y el grado de estenosis o insuficiencia valvular es de moderado a grave, sin que esté indicada su corrección quirúrgica

- METS <6 (protocolo de Bruce) >3 min.

Se incluirá en esta clase el paciente que haya sido sometido a cirugía y cumpla los criterios anteriores y siempre que el grado de la enfermedad por si sola no justifique valorarlo en una clase superior.

CLASE III

50 a 66%

El paciente padece enfermedad valvular cardíaca detectada mediante la exploración física y pruebas complementarias, manteniéndose en clase funcional 3 de la N.Y.H.A. y requiere tratamiento continuado con restricción salina y medicación, pese a lo cual se mantiene en insuficiencia cardíaca congestiva refractaria, o ha sido sometido a cirugía o fuera de posibilidad quirúrgica y continúa en clase funcional 3 de la N.Y.H.A.

- METS < 3

CLASE IV

> a 66%

El paciente padece enfermedad valvular cardíaca detectada mediante la exploración física y pruebas complementarias, manteniéndose en clase funcional 4 de la N.Y.H.A. y requiere tratamiento continuado con restricción salina y medicación, pese a lo cual se mantiene en insuficiencia cardíaca congestiva refractaria, o ha sido sometido a cirugía o fuera de posibilidad quirúrgica y continúa en clase funcional 4 de la N.Y.H.A.

b) CARDIOPATIA ISQUEMICA

NORMAS DE CARACTER GENERAL PARA LA VALORACIÓN EN DE LA DEFICIENCIA ORIGINADA POR CARDIOPATIA ISQUEMICA

En la asignación del menoscabo por cardiopatía isquémica vinculada a arterioesclerosis coronaria, serán factores de incidencia pronóstica e incrementarán un mayor porcentaje en la misma clase los siguientes puntos:

- El número y grado de lesión de arterias coronarias, así como estado de los lechos distales que puedan contraindicar una cirugía.
- El tipo de tratamiento recibido y respuestas al mismo, haya sido este médico o quirúrgico (angioplastia o cirugía de revascularización - posible o no).

- Existencia de evento(s) coronario(s) agudo(s) previo(s), así como su repercusión sobre la función sistólica o diastólica y la existencia de arritmias benignas o malignas.
- Presencia de factores de riesgo coronario modificables y no modificables.
- Evidencia de reestenosis luego de los tratamientos quirúrgicos instituidos, siempre que estos hayan podido llevarse a cabo.

CLASE I**< a 24%**

El enfermo presenta síntomas y signos dudosos de cardiopatía isquémica no confirmados mediante ECG, ergometría, estudio radioisotópico y/o coronariografía. (Vasoespasma y angina de Prinzmetal).

El paciente está diagnosticado de enfermedad coronaria mediante historia clínica y pruebas complementarias (ECG, ergometría, estudio radioisotópico y/o coronariografía), y requiere tratamiento continuo para impedir la aparición de angina o de insuficiencia cardíaca, dándose alguna de las dos siguientes circunstancias:

- En la ergometría es capaz de alcanzar el 90% de su frecuencia cardíaca máxima teórica sin que aparezca depresión del segmento ST, taquicardia ventricular o hipotensión
- Presenta episodios anginosos, documentados médicamente, con una frecuencia inferior a uno al mes, a pesar del tratamiento médico adecuado.

Se incluirá en esta clase al enfermo que haya sido sometido a cirugía o angioplastia y cumpla los criterios anteriores, y siempre que el grado de la enfermedad por si sola no justifique valorarlo en una clase superior, teniendo en cuenta que la cirugía no cura, salva la vida y/o alivia los síntomas.

CLASE II**25 a 49%**

El paciente está diagnosticado de enfermedad coronaria mediante historia clínica y pruebas complementarias: ECG, ergometría, estudio radioisotópico y/o coronariografía (obstrucción superior al 50%), manteniéndose en clase funcional 2 de la N.Y.H.A., y requiere tratamiento continuado para impedir la aparición de angina o de insuficiencia cardíaca, dándose alguna de las siguientes circunstancias:

- Presenta episodios anginosos, documentados médicamente, con una frecuencia superior a uno al mes, a pesar del tratamiento médico adecuado
- METS > 0 = a 3

Se incluirá en esta clase al enfermo que haya sido sometido a cirugía o angioplastia y cumpla los criterios anteriores y siempre que el grado de la enfermedad por si sola no justifique valorarlo en una

clase superior.

CLASE III**50 a 66%**

El paciente está diagnosticado de enfermedad coronaria mediante historia clínica y pruebas complementarias: ECG, ergometría, estudio radioisotópico y/o coronariografía (obstrucción superior al 50%), manteniéndose en clase funcional 3 de la N.Y.H.A., y se da una de las siguientes circunstancias:

- Requiere tratamiento dietético o medicamentoso continuado, pese a lo cual un esfuerzo físico moderado desencadena la aparición de angina o de insuficiencia cardíaca
- METS <3

Se incluirá en esta clase al enfermo que haya sido sometido a cirugía o angioplastia y cumpla los criterios anteriores y siempre que el grado de la enfermedad por si sola no justifique valorarlo en una clase superior.

CLASE IV**> a 66%**

El paciente está diagnosticado de enfermedad coronaria mediante historia clínica y pruebas complementarias: ECG, ergometría, estudio radioisotópico y/o coronariografía (obstrucción superior al 50%), manteniéndose en clase funcional 4 de la N.Y.H.A., y se da la siguiente circunstancia:

- Requiere tratamiento dietético o medicamentoso continuado, pese a lo cual un esfuerzo físico moderado desencadena la aparición de angina o de insuficiencia cardíaca

Se incluirá en esta clase al enfermo que haya sido sometido a cirugía o angioplastia y cumpla los criterios anteriores.

c) CARDIOPATIAS CONGENITAS**CLASE I****< a 24%**

El paciente está diagnosticado de una cardiopatía congénita mediante la historia clínica y las pruebas complementarias adecuadas, manteniéndose en clase funcional 1 de la N.Y.H.A., o ha sido sometido a tratamiento quirúrgico y se encuentra en clase funcional 1;

Se incluirá en esta clase al paciente que haya sido sometido a cirugía o no y cumpla los criterios anteriores.

CLASE II**25 a 49%**

El paciente está diagnosticado de una cardiopatía congénita mediante la historia clínica y las pruebas complementarias adecuadas, manteniéndose en clase funcional 2 de la N.Y.H.A., y precisa tratamiento dietético y medicamentoso continuado, y existen datos de cortocircuito derecha - izquierda; o hay evidencia de cortocircuito izquierda - derecha con $Qp/Qs > 2:1$; o la resistencia vascular pulmonar está elevada por encima de la mitad de la sistémica, o la afectación valvular (estenosis o regurgitación) es moderada o grave.

Se incluirá en esta clase al paciente que haya sido sometido a cirugía o no, y cumpla los criterios anteriores.

CLASE III

50 a 66%

El paciente está diagnosticado de una cardiopatía congénita mediante la historia clínica y las pruebas complementarias adecuadas, manteniéndose en clase funcional 3 de la N.Y.H.A., y precisa tratamiento dietético y medicamentoso continuado, pese a lo cual está sintomático de continuo, y existen datos de cortocircuito derecha - izquierda; o hay evidencia de cortocircuito izquierda - derecha con $Qp/Qs > 2:1$; o la resistencia vascular pulmonar está elevada por encima de la mitad de la sistémica, o la afectación valvular (estenosis o regurgitación) es moderada o grave.

Se incluirá en esta clase al paciente que haya sido sometido a cirugía o no, y cumpla los criterios anteriores.

CLASE IV

> a 66%

El paciente está diagnosticado de una cardiopatía congénita mediante la historia clínica y las pruebas complementarias adecuadas, manteniéndose en clase funcional 4 de la N.Y.H.A., y precisa tratamiento dietético y medicamentoso continuado, pese a lo cual está sintomático de continuo, y existen datos de cortocircuito derecha - izquierda; o hay evidencia de cortocircuito izquierda - derecha con $Qp/Qs > 2:1$; o la resistencia vascular pulmonar está elevada por encima de la mitad de la sistémica, o la afectación valvular (estenosis o regurgitación) es moderada o grave.

Se incluirá en esta clase al paciente que haya sido sometido a cirugía o no, y cumpla los criterios anteriores

d) MIOCARDIOPATIAS Y COR PULMONALE CRONICO

Se incluyen en este apartado tanto las miocardiopatías idiopáticas (miocardiopatías hipertrófica asimétrica, dilatada y restrictiva primarias) como

las secundarias (por ejemplo, cardiopatía esclerosa del anciano, cardiopatía hipertensiva en fase dilatada)

CLASE I**< a 24%**

El paciente padece miocardiopatía a cor pulmonale crónico detectados mediante la exploración física o pruebas complementarias, manteniéndose en la clase funcional 1 de la N.Y.H.A., con o sin tratamiento, y no presenta signos de insuficiencia cardíaca congestiva.

Las cavidades son normales y presenta en el Ecocardiograma una FEVI mayor a 51% y disnea a grandes esfuerzos.

Se incluirá en esta clase al paciente que haya sido sometido a cirugía o no (caso de miocardiopatía hipertrófica idiopática), y cumpla los criterios anteriores.

CLASE II**25 a 49%**

El paciente padece miocardiopatía a cor pulmonale crónico detectados mediante la exploración física o pruebas complementarias, manteniéndose en la clase funcional 2 de la N.Y.H.A. y requiere tratamiento continuado con restricción salina o medicación, pese a lo cual no se evita la aparición de síntomas.

Presenta cardiomegalia o no, en el ecocardiograma una FEVI de 41 a 50% y disnea a medianos esfuerzos.

Se incluirá en esta clase al paciente que haya sido sometido a cirugía o no (caso de miocardiopatía hipertrófica idiopática), y cumpla los criterios anteriores.

CLASE III**50 a 66%**

El paciente padece miocardiopatía a cor pulmonale crónico detectados mediante la exploración física o pruebas complementarias, manteniéndose de forma crónica en la clase funcional 3 de la N.Y.H.A., a pesar del tratamiento continuado.

Presenta cardiomegalia, en el ecocardiograma una FEVI entre 31 y 40% y disnea a mínimos esfuerzos.

Se incluirá en esta clase al paciente que haya sido sometido a cirugía (caso de miocardiopatía hipertrófica idiopática), y cumpla el criterio anterior.

CLASE IV**> a 66%**

El paciente padece miocardiopatía a cor pulmonale crónico detectados mediante la exploración física o pruebas complementarias, manteniéndose de forma crónica en la clase funcional 4 de la N.Y.H.A., a pesar del tratamiento continuado.

Presenta cardiomegalia biventricular o de las cuatro cavidades, HT pulmonar , con una FEVI < 30% y disnea de reposo.

Se incluirá en esta clase al paciente que haya sido sometido a cirugía o no (caso de miocardiopatía hipertrófica idiopática), y cumpla el criterio anterior.

e) CARDIOPATIAS MIXTAS

En estos supuestos se asignará el mayor porcentaje de discapacidad alcanzado en la valoración de cada uno de los componentes de la cardiopatía.

f) ENFERMEDADES DEL PERICARDIO

CLASE I

< a 24%

El paciente padece enfermedad pericárdica detectada mediante la exploración física o pruebas complementarias y no presenta signos de insuficiencia cardíaca congestiva.

Se incluirá en esta clase al paciente que haya sido sometido a cirugía y cumpla los criterios anteriores.

CLASE II

25 a 49%

El paciente padece enfermedad pericárdica detectada mediante la exploración física o pruebas complementarias, manteniéndose en la clase funcional 2 de la N.Y.H.A. y presenta signos objetivos de insuficiencia cardíaca congestiva (ver punto correspondiente de normas generales), requiriendo tratamiento continuado sin que se corrija totalmente la insuficiencia cardíaca congestiva.

Se incluirá en esta clase al paciente que haya recibido tratamiento quirúrgico y cumpla los criterios anteriores.

CLASE III

50 a 66%

El paciente padece enfermedad pericárdica detectada mediante la exploración física o pruebas complementarias, manteniéndose en la clase funcional 3 de la N.Y.H.A. y presenta insuficiencia cardíaca congestiva de forma continuada, requiriendo tratamiento continuado sin que se corrija totalmente la insuficiencia cardíaca congestiva.

Se incluirá en esta clase al paciente que haya recibido tratamiento quirúrgico y cumpla los criterios anteriores.

CLASE IV

> a 66%

El paciente padece enfermedad pericárdica detectada mediante la exploración física o pruebas complementarias, manteniéndose en la clase funcional 4 de la N.Y.H.A. y presenta insuficiencia cardíaca congestiva de forma continuada, requiriendo tratamiento continuado sin que se corrija totalmente la insuficiencia cardíaca congestiva.

Se incluirá en esta clase al paciente que haya recibido tratamiento quirúrgico y cumpla los criterios anteriores.

g) ARRITMIAS

El menoscabo provocado por las arritmias, deberá tener como base:

- 1 - aquellas arritmias que se producen en pacientes con cardiopatía de base
 - 2- las arritmias que se manifiestan y corroboran por los estudios correspondientes (ECG, Holter, Ergometría) y que no presentan cardiopatía de base
- En las arritmias que se producen con una cardiopatía de base, la valoración del menoscabo se efectuará tomando en cuenta la patología cardíaca que presenta el paciente. Si ésta no es suficiente para determinar el menoscabo, se deberá considerar el carácter de la arritmia: leve, moderada o severa
 - Cuando no existe una patología de base, y la única manifestación sea la arritmia, se deberá tener en cuenta el riesgo de vida que pueda provocar dicha arritmia, pudiendo ser éste trivial, moderado o alto.
En todos los casos, se deberá tener en cuenta el trabajo desempeñado por el paciente ya que existen arritmias que no producen riesgo de vida; pueden provocar episodios que sí ponen en riesgo la vida del paciente así como de otras personas (caso de los trabajadores de la construcción, conductores, etc.)
 - En el caso de los pacientes portadores de marcapaso, el menoscabo debe determinarse por la patología de base y considerando el trabajo desarrollado por el mismo
 - Los pacientes portadores de cardiodesfibriladores implantados, deberán ser considerados como de alto riesgo. Dicha situación configura un menoscabo de por lo menos 50%.

- En el caso de arritmias tratadas mediante procedimientos de ablación, se deberá considerar un menoscabo transitorio (2 años), hasta que se demuestre que el procedimiento fue exitoso

CLASE I **< a 10 %**

El paciente padece una arritmia detectada mediante ECG o Holter, manteniéndose asintomático con o sin tratamiento médico, eléctrico o quirúrgico.

CLASE II **11 a 24%**

El paciente padece una arritmia crónica detectada mediante ECG o Holter y precisa tratamiento continuado con medicación, no estando indicado el tratamiento con marcapasos o desfibrilador permanente, pudiendo presentar episodios agudos con frecuencia inferior a 2 mensuales.

CLASE III **25 a 49%**

El paciente padece una arritmia crónica detectada mediante ECG o Holter y precisa tratamiento continuado con medicación, no estando indicado tratamiento con marcapasos o desfibrilador permanente, pese a lo que tiene episodios agudos con una frecuencia de dos o más episodios mensuales.

2 - HIPERTENSION ARTERIAL

NORMAS DE CARÁCTER GENERAL PARA LA VALORACION DE LA DEFICIENCIA ORIGINADA POR HIPERTENSION ARTERIAL

- Se define como hipertensión arterial una presión diastólica superior a 90 mm/Hg y/o una presión arterial sistólica superior a 140 mm/Hg, mantenidas durante más de seis meses en al menos tres determinaciones.
Únicamente serán objeto de valoración aquellas personas diagnosticadas de hipertensión arterial con un curso clínico no inferior a seis meses desde el diagnóstico e inicio del tratamiento.
- Los criterios para la asignación del porcentaje de discapacidad debida a la hipertensión se dividen únicamente en cuatro clases.
- El % de incapacidad se valorará de acuerdo a los ítems descriptos en cada clase, siendo proporcional al N° de ítems + hallados dentro de esa clase.

2.1 VALORACION DEL MENOSCABO

CRITERIOS PARA LA ASIGNACION DEL PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD ATRIBUIBLE A HIPERTENSION ARTERIAL

CLASE I < a 10 %

- El paciente presenta hipertensión arterial definida, manteniéndose asintomático o con síntomas de clase funcional 1.
- Precisa restricción dietética y/o medicación de forma continuada
- No presenta anomalías en la función renal ni análisis de orina, ni historia de enfermedad vascular cerebral, ni datos de crecimiento e hipertrofia de ventrículo izquierdo

CLASE II 11 a 25%

- El paciente presenta hipertensión arterial definida, en clase funcional 2.
- Precisa restricción dietética o medicación de forma continuada
- Presenta de forma crónica alguna de las siguientes alteraciones:
- Anomalías en el análisis de orina (proteinuria, sedimento patológico) sin alteración de la función renal evidenciada por azoemia, creatininemia y /o clearance de creatinina.
- Crecimiento e hipertrofia de ventrículo izquierdo detectados mediante ECG, radiología o ecocardiografía, sin clínica de insuficiencia cardíaca.
- Cambios hipertensivos en el fondo de ojo sin exudados ni hemorragias.
- Angioesclerosis leve a moderada.

CLASE III 26 a 50%

- El paciente presenta hipertensión arterial definida, en clase funcional 3.
- La tensión diastólica es en general mayor a 120 mm. Hg.
- Existe en el análisis de orina (proteinemia, sedimento patológico) con alteración de la función renal y evidencia de retención nitrogenada.
- Hubo lesión cerebral con secuelas neurológicas mínimas o moderadas permanentes.
- Existe hipertrofia del ventrículo izquierdo sin congestión cardíaca.
- Retinopatía manifiesta con alteraciones debidas a hipertensión en las arteriolas.

CLASE IV 51 a 70%

- El paciente presenta hipertensión arterial definida, en clase funcional 4.

- La tensión diastólica es superior a los 140 mm. de Hg.
- Proteinuria y signos de insuficiencia renal moderada - severa.
- Lesión cerebrovascular por hipertensión, con secuelas neurológicas importantes y permanentes.
- Existe hipertrofia del ventrículo izquierdo con congestión cardíaca.
- Retinopatía avanzada debida a hipertensión, con daño retinal y/o del nervio óptico.
- HTA maligna con edema de papila.

3 - SISTEMA VASCULAR PERIFERICO

NORMAS DE CARACTER GENERAL PARA LA VALORACION DE LA DEFICIENCIA ORIGINADA POR PATOLOGIA DEL SISTEMA VASCULAR PERIFERICO

- Las enfermedades del sistema vascular periférico son a menudo susceptibles de corrección mediante tratamiento quirúrgico o con angioplastia transluminal. La valoración se realizará una vez transcurridos en general seis meses desde el diagnóstico e inicio del tratamiento. En caso de que un paciente rechace el tratamiento indicado, sin causa justificada, no será valorable.
- Las enfermedades de las arterias periféricas se manifiestan como isquemia, cuya intensidad puede llevar a la indicación de amputación. Las enfermedades de las venas y los linfáticos se manifiestan con éstasis retrógrado, que puede llegar a causar dermatitis o úlceras de éstasis. Las amputaciones que deriven de patología vascular se valorarán según los criterios del capítulo referido al "Sistema Músculo Esquelético". Si después de la intervención persiste el problema vascular, el porcentaje de discapacidad derivado de éste se combinará con el correspondiente a la amputación.
En el supuesto de que la enfermedad vascular periférica produzca alteraciones cutáneas, el porcentaje de discapacidad originado por la deficiencia vascular no se combinará con el atribuible a la manifestación dermatológica.

3.1 VALORACION DEL MENOSCABO

CRITERIOS PARA LA ASIGNACION DEL PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD ATRIBUIBLE A DEFICIENCIAS DEL SISTEMA VASCULAR PERIFERICO

CLASIFICACION DEL MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTO VASCULAR ARTERIAL DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES

CLASE I < a 24%

Existe patología vascular arterial.

Existe patología vascular arterial que se manifiesta por claudicación Intermitente > a 300 mts con paso normal y en terreno irregular o pendiente

Deberá estar recibiendo tratamiento médico o teniendo cirugía de revascularización exitosa.

CLASE II 25 a 49%

Existe patología vascular arterial con uno o varios de los siguientes síntomas:

- Claudicación intermitente cuando camina 100 metros a paso normal.
- Daño vascular bilateral

CLASE III 50 a 66%

Existe patología vascular arterial con uno o más de los siguientes síntomas:

- Claudicación intermitente cuando camina 50 metros a paso normal en terreno plano.
- Amputación de dedos de una extremidad y no sobrepasando el tarso.
- Amputación de dedos de ambas extremidades
- Cirugía de revascularización parcialmente exitosa.
- Daño vascular bilateral.

CLASE IV > a 66%

Existe patología vascular arterial con uno o más de los siguientes síntomas:

- Claudicación intermitente cuando camina menos de

50 metros o tiene dolor en reposo.

- Amputación a nivel del tarso o más proximal, con persistencia de la enfermedad vascular
- Fracaso de la cirugía de revascularización o fuera del alcance terapéutico por cirugía.

<p align="center">CLASIFICACION DEL MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTO VASCULAR VENOSO DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES</p>
--

CLASE I

< a 5%

- Existe patología venosa que no presenta sintomatología clínica o ella es ocasional
- Existe patología venosa con sintomatología que se controla con medidas de soporte

CLASE II

6 a 25%

- Existe patología venosa con edema parcialmente controlado con medidas de soporte.
- Presencia de trastornos tróficos en una o ambas extremidades o ha sufrido ulceración que ha cicatrizado.
- Tratamiento quirúrgico exitoso.

CLASE III

26 a 50%

- Existe patología venosa con edema que no se controla con medidas de soporte.
- Hay trastornos tróficos en una o ambas extremidades. Las ulceraciones son persistentes pero se logra su cicatrización.
- Tratamiento quirúrgico parcialmente exitoso.

CLASE IV

> a 51%

- Existe patología venosa con edema severo e incontrolable.
- Los trastornos tróficos son extensos y bilaterales. Las úlce-

ras son persistentes pero no se logra su cicatrización.

- No existe posibilidad de tratamiento quirúrgico o éste se realizó con resultado negativo.

CASOS ESPECIALES

Los pacientes que por su patología deban ser hipocoagulados recibirán una asignación porcentual que se sumará algebraicamente al porcentaje de la enfermedad de un **10%**

Los pacientes portadores de cardiodesfibriladores implantados, son pacientes de alto riesgo de vida, cualquiera sea la tarea que realice, por lo cual deben ser valorados con una asignación porcentual de por lo menos **50%**

Los pacientes portadores de trombosis venosas muy extensas con menos de 3 años desde el episodio agudo y que no se hayan recanalizado al momento del examen tendrán una asignación porcentual de **50%**

Los pacientes portadores de trombosis venosas muy extensas con más de 3 años desde el episodio agudo y que no se hayan recanalizado al momento del examen tendrán una asignación porcentual de **66%**

Los pacientes portadores de trombosis venosas muy extensas con más de 3 años desde el episodio agudo y que se hayan recanalizado al momento del examen tendrán una asignación porcentual acorde a las patologías residuales que se produzcan.