

# VALORACIÓN DE LA INCAPACIDAD LABORAL

José A. Ojeda Gil







**VALORACIÓN  
DE LA INCAPACIDAD  
LABORAL**



JOSÉ A. OJEDA GIL

# VALORACIÓN DE LA INCAPACIDAD LABORAL

**Prólogo:**

**Ilmo. Sr. D. Humberto Guadalupe Hernández**

*Presidente de la Sala de lo Social  
del Tribunal Superior de Justicia de Canarias*



Madrid - Buenos Aires

© José A. Ojeda Gil, 2005

Reservados todos los derechos.

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

© Ediciones Díaz de Santos

Internet: <http://www.diazdesantos.es/ediciones> (España)  
[www.diazdesantos.com.ar](http://www.diazdesantos.com.ar) (Argentina)

ISBN: 84-7978-711-2

Depósito legal: M. 35.426-2005

Diseño de cubierta: Ángel Calvete  
Fotocomposición: Ángel Gallardo Servicios Gráficos  
Impresión: Fernández Ciudad  
Encuadernación: Rústica-Hilo

Impreso en España

# Índice

---

<b>Prólogo</b> .....	XIII
<b>Prefacio</b> .....	XVII
<b>Introducción</b> .....	XIX

## **PRIMERA PARTE GENERALIDADES**

<b>1. El médico evaluador</b> .....	3
1.1. Requisitos .....	4
1.2. Deberes .....	4
1.3. Derechos .....	5
1.4. Incompatibilidades .....	6
<b>2. Evaluación de la invalidez por la medida de la tasa de incapacidad física o funcional</b> .....	9
2.1. Definiciones .....	9
2.2. Concepto médico legal en relación a la incapacidad permanente parcial para la profesión habitual .....	11
2.3. Concepto médico legal en relación a la incapacidad permanente total para la profesión habitual .....	12
2.4. Concepto médico legal en relación a la incapacidad absoluta .....	13
2.5. Concepto médico legal en relación a la gran invalidez .....	13

<b>3. Medicina basada en pruebas, en la evidencia .....</b>	15
3.1. Fuentes de la evidencia .....	16
<b>4. Informe médico pericial .....</b>	19
4.1. Estructura formal orientativa de un informe médico pericial .....	20

## SEGUNDA PARTE

### INCAPACIDADES EN DIVERSAS PATOLOGÍAS

<b>Generalidades para una valoración orientativa al déficit incapacitante que pueden presentar las diferentes patologías .....</b>	25
<b>Influencias de los procesos patológicos asociados al principal en los grados de incapacidad .....</b>	26
<b>5. Valoración de la incapacidad laboral en patología ósea .....</b>	27
5.1. Valoración de la movilidad del sistema esquelético ..	27
5.2. Sentencias .....	33
<b>6. Valoración de la incapacidad laboral en oncología ....</b>	39
<b>7. Valoración de la incapacidad laboral en el aparato digestivo .....</b>	51
7.1. Eventraciones .....	51
7.2. Drenajes y fistulaciones .....	52
7.3. Estomas .....	52
7.4. Páncreas .....	53
7.5. Hígado .....	53
7.6. Encefalopatías hepáticas .....	54
7.7. Sentencias .....	56
<b>8. Valoración de la incapacidad laboral en neurología ..</b>	59
8.1. Criterios de la valoración .....	59
8.2. Incapacidad y pronóstico de la crisis epiléptica ....	61
8.3. Trastornos del sueño .....	62
8.4. Sentencias .....	64

---

<b>9. Valoración de la incapacidad laboral en cardiología ...</b>	<b>69</b>
9.1. Fatiga muscular .....	70
9.2. Valoración en cardiología .....	70
9.3. Capacidad aeróbica o funcional y duración del ejercicio .....	71
9.4. Valoración y pronóstico laboral de las cardiopatías ..	74
<b>10. Valoración de la incapacidad laboral en las enfermedades laborales vasculares periféricas .....</b>	<b>77</b>
10.1. Patología arterial .....	77
10.2. Patología venosa .....	79
10.3. Patología linfática .....	79
<b>11. Valoración de la incapacidad laboral en neumología .....</b>	<b>81</b>
11.1. Sentencias .....	83
<b>12. Valoración de la incapacidad laboral en dermatología .....</b>	<b>87</b>
12.1. Sentencias .....	88
<b>13. Valoración de la incapacidad laboral en patología renal .....</b>	<b>91</b>
13.1. Enfermedad renal poliquística autosómica dominante (ERPAD) .....	92
<b>14. Valoración de la incapacidad laboral en oftalmología .....</b>	<b>97</b>
14.1. Valoración de la minusvalía laboral .....	98
14.2. Sentencias .....	100
<b>15. Valoración de la incapacidad laboral del daño otológico .....</b>	<b>105</b>
15.1. Hipoacusia .....	107
15.2. Acúfenos y otros síntomas .....	108
15.3. Sentencias .....	111
<b>16. Valoración de la incapacidad laboral en hematología .....</b>	<b>113</b>
16.1. Concepto y clasificación de las hemopatías .....	113

---

<b>17. Valoración de la incapacidad laboral en la diabetes..</b>	117
<b>18. Valoración del dolor y su repercusión sobre la incapacidad laboral.....</b>	119
18.1. Concepto .....	119
18.2. Bases neuroanatómicas del dolor .....	119
18.3. Clasificación de los diversos tipos de dolor .....	120
18.4. Medición del dolor clínico .....	121
18.5. Valoración del dolor en relación a la incapacidad laboral .....	126
18.6. Sentencias .....	129
<b>19. Consideraciones acerca del síndrome fibromiálgico y su repercusión sobre la incapacidad laboral .....</b>	131
19.1. Síndrome fibromiálgico o de fatiga crónica .....	131
19.2. Antecedentes históricos .....	131
19.3. Frecuencia .....	132
19.4. Etiología.....	133
19.5. Síntomas clínicos .....	133
19.6. Diagnóstico .....	134
19.7. Conclusiones .....	136
19.8. Sentencias .....	137
<b>20. Consideraciones acerca del síndrome de fatiga crónica y su repercusión sobre la incapacidad laboral...</b>	141
20.1. Sentencias .....	143
<b>21. Valoración de la incapacidad laboral en “patología psiquiátrica” .....</b>	145
21.1. Introducción .....	145
21.2. Datos epidemiológicos .....	146
21.3. Papel del psiquiatra .....	150
21.4. La simulación en la baja laboral psiquiátrica .....	154
21.5. Simulación. Diagnóstico diferencial.....	157
21.6. Patología psiquiátrica de difícil valoración en IT.....	157
21.7. Valoración de la discapacidad .....	162
21.8. Bibliografía .....	163

---

**TERCERA PARTE**  
**TERMINOLOGÍA MÉDICA**

<b>22. Etimología médica .....</b>	<b>167</b>
22.1. Introducción .....	171
22.2. Modificaciones de idea. Prefijos y sufijos .....	175
22.3. Ejemplos prácticos de construcción de términos médicos .....	179
22.4. Términos médicos empleados frecuentemente ....	179
22.5. Prefijos .....	189
22.6. Sufijos .....	200
<b>Bibliografía.....</b>	<b>205</b>



# Prólogo

---

Es para mí una satisfacción presentar la obra que ahora llega a sus manos, que es el fruto de años de trabajo, dedicación y experiencia de Don José Ojeda Gil (el doctor Ojeda, como se le conoce en el mundo de los juzgados de lo Social).

Conocí al doctor Ojeda en el año 1994, y desde entonces pude apreciar y constatar lo que son sus constantes profesionales, a saber, un profundo amor por su trabajo y por la obra bien hecha y una meticulosidad, un sentido del orden en el desarrollo de la tarea diaria y una exhaustividad en el estudio de los temas que se traducían en unos informes o dictámenes escritos completísimos, donde con todo lujo de detalles se describían las lesiones, enfermedades, secuelas y limitaciones del sujeto pasivo del pleito, dictámenes que eran acompañados de las pruebas médicas practicadas y de un diccionario de conceptos médicos para auxilio del juez que debía valorar a dicho enfermo.

Reflejo de esa personalidad y resultado de la dedicación durante su larga vida profesional a la actividad del perito médico, es este libro que tengo el honor de prologar, libro que merece una muy favorable acogida: en primer lugar porque se trata de una creación humana, fruto de un esfuerzo personal para transmitir a los terceros los conocimientos del autor, y, como tal, obra del hombre creada para los hombres, para su ilustración y conocimiento; y en segundo lugar porque viene a llenar el vacío que existe en el terreno de las

prestaciones de invalidez, donde faltan buenos libros que ayuden a los profesionales (jueces, abogados, graduados sociales, diplomados laborales, etc...), a afrontar los litigios en materia de invalidez, partiendo del conocimiento y la comprensión de aquellas enfermedades y padecimientos que hay que alegar y defender en los juicios.

A lo largo de mi vida profesional, primero como magistrado de trabajo y luego como juez de lo social, he podido sacar algunas conclusiones, y una de ellas, de las más evidentes, es la falta de conocimientos médico-científicos, por parte de los profesionales que nos enfrentamos a los litigios en materia de invalidez permanente, con un profundo desconocimiento en la mayoría de los casos de las características de las enfermedades sobre las que tenemos que pronunciarnos a la hora de resolver los pleitos antes citados.

Y hay que destacar ante esta situación, que el juez que ha de resolver y el profesional que ha de plantear el pleito, están, en definitiva, decidiendo acerca de los intereses y el futuro de un ciudadano que se ha puesto en sus manos, confiando en que unos y otros, con sus conocimientos, harán justicia y satisfarán su pretensión.

Ello es lo que hace especialmente válida y meritoria la publicación de obras científicas como la presente, que sirven de modo esencial y decisivo para ayudar, ilustrar y formar, a todos aquellos profesionales, legos en medicina, que se ven obligados a diario a litigar ante los tribunales en defensa de los derechos de sus clientes, alegando enfermedades, lesiones y secuelas acerca de las cuales no son expertos.

De ahí la decisiva y fundamental importancia de las pericias médicas y, sobre todo, la gran importancia y trascendencia que tienen obras como la presente, pensadas desde la práctica, desde la experiencia, para ayudar a suplir aquella falta de conocimientos, mediante la plasmación de los conceptos médicos, enfermedades y secuelas que a diario, en los miles de pleitos de invalidez que se ven en los juzgados de lo social, se utilizan para los profesionales del derecho.

La obra, titulada *Valoración médica de la incapacidad laboral* (título que ya pone claramente de manifiesto el propósito pedagógico y formativo de su autor), está dividida en tres partes:

En la primera parte, después de hacer referencia al médico evaluador, sus derechos, deberes o incompatibilidades, se describen los conceptos médico-legales de las diferentes incapacidades, para hacer especial hincapié en el informe médico-pericial, pieza esencial del juicio de invalidez, ya que a través de él, se pretende desmontar la actuación de la entidad gestora que se ha basado en los informes del expediente para dictar la resolución que a través del juicio pretende dejarse sin efecto.

Todos los que trabajamos en los juzgados de lo social e intervenimos en los procedimientos relativos a invalideces, somos conscientes del papel trascendental y decisivo que juega la pericial médica, y la importancia de cara al fallo que puede llegar a tener un informe médico bien hecho, completo, que contemple las lesiones y sus limitaciones funcionales y que venga acompañado de las pruebas e informes acreditativos de las exploraciones complementarias efectuadas del paciente.

La segunda parte de la obra, lleva a cabo un detallado examen de los déficits incapacitantes que pueden presentar las diferentes patologías, describiendo aquellos datos clínicos que orientan las diferentes patologías y que orientan a la evolución del caso y la incapacidad que pueden dar lugar; así se analiza la valoración de la incapacidad laboral en la patología ósea, en oncología, cardiología, patología digestiva, etc.; acompañándose con un pequeño resumen de sentencias ilustrativas al respecto.

Y por último, la tercera parte del libro está dedicada a la etimología médica, pretendiendo facilitar con ello el conocimiento de los términos empleados habitualmente por el lenguaje de los médicos, lo que facilitará al profano la comprensión de muchas de las palabras que aparecen en los informes o dictámenes.

Nace, pues, ahora una nueva publicación u obra que viene a enriquecer el mundo del Derecho en general, y el de las invalideces y sus litigios en particular; y que a buen seguro será de gran utilidad a todos los profesionales que a diario nos enfrentamos con los pleitos de invalidez en los diversos juzgados y salas de lo social de España.

Ilustrísimo Sr. D. HUMBERTO GUADALUPE HERNÁNDEZ  
Presidente de la Sala de lo Social del  
Tribunal Superior de Justicia de Canarias.



# Prefacio

---

El haber intervenido en el “Curso de Diplomado en Valoración Médica de la Incapacidad”, organizado por la Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias, en colaboración con la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, me ha dado la oportunidad de profundizar y comentar sobre la problemática que presenta la valoración de la incapacidad laboral en las diferentes patologías.

Las fuentes de consulta han sido diversas: “Guía de Valoración del Menoscabo Permanente del Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo”; “Tablas de la A.M.A.”; “Real Decreto 1971/99 del 23 de Diciembre”; “Conferencias/apuntes dados en la Diplomatura de Valoración Médica de la Incapacidad ESSSCAN.2002”; diferentes publicaciones que tratan sobre Valoración del Daño Corporal, y en mi experiencia en estos más de veinte años como Coordinador del Gabinete de Valoración del Daño Corporal del Centro de Traumatología Teldense.

Todo ello, ha hecho posible la recopilación de información sobre valoración de la incapacidad laboral.

Mi agradecimiento a todos los compañeros médicos, abogados, juristas, que, con sus sugerencias emanadas del intercambio de conocimiento dentro del quehacer diario profesional y a los autores de cuyas publicaciones nos hemos servido en determinados puntos, han hecho posible este proyecto.

A todos ellos, así como a todos los que de un modo directo o indirecto han contribuido a promocionar la publicación de estas páginas, les expreso mi reconocimiento, y en especial, al Ilmo. Sr. D. Humberto Guadalupe Hernández, por haber tenido la deferencia de escribir el prólogo de este libro.

# Introducción

---

Si buscamos la definición de INCAPACIDAD en el Diccionario de la Real Academia encontramos lo siguiente: “Falta de capacidad para hacer, recibir o aprender algo”. INCAPACIDAD LABORAL: “Situación de enfermedad o de padecimiento físico o psíquico que impide a una persona de manera transitoria o definitiva, realizar una actividad profesional y que normalmente da derecho a una prestación de la Seguridad Social”.

Para poder valorar esta incapacidad tendremos que conocer los motivos que la han causado; los déficit funcionales u orgánicos que han quedado, y finalmente, valorar médicamente la incapacidad en relación a las actividades realizadas por la actora o el actor, tanto en el orden personal, como profesional-laboral. La valoración médica que se efectúe tendrá que ser ratificada para darle un valor económico; lo que tendrá que ser efectuado por las administraciones correspondientes, y en última instancia, por la judicatura.

A continuación vamos a desarrollar las generalidades sobre la valoración del daño corporal personal y la incapacidad a que pueden dar lugar:

1. Incapacidad en relación a efectuar cualquier tipo de trabajo u oficio.

2. Discapacidad en relación a cualquier actividad que realice la persona.

La valoración médica de la incapacidad laboral tendrá que ser efectuada por un perito médico. Según el Diccionario de la Real Academia, la palabra “perito”, del latín *peritus*, adjetivo, significa “sabio experimentado, hábil práctico en una ciencia”. Tenemos otra definición en la que indica que es la “persona que en alguna materia tiene título de tal conferido por el Estado”. Y tenemos otra que podemos aceptar, que dice que es “persona que, poseyendo especiales conocimientos teóricos o prácticos, informa bajo juramento al juzgador sobre puntos litigiosos en cuanto se relacionan en su especial saber o experiencia”.

Al perito, en general, se le vincula con una profesión y oficio; por ejemplo, se dice que los peritos deben tener títulos de tales ciencias o arte al que pertenezcan el punto sobre el que deben dar su dictamen, si su profesión está reglamentada por las leyes o por el Gobierno. Además de los peritos individuales, la ley contempla la posibilidad de actuación colegiada o corporativa, academia, colegio profesional o corporación oficial que corresponda, cuando el dictamen pericial exija operaciones o conocimientos científicos especiales.

El perito, en su actuación según su leal saber y entender, aporta los conocimientos de su propia experiencia a través de los estudios realizados y la bibliografía consultada.

Del perito se ha dicho que es un auxiliar del juez, o colaborador de los tribunales. No obstante, esta teoría, en opinión de algunos tratadistas, como puede ser Silva Melero, no parece muy fecunda ni precisa, y sobre todo carece de efectos prácticos si se piensa que el juez es libre en la valoración de la prueba; pues de otro modo, el Dictamen Pericial sería una sentencia. Y en orden a estos razonamientos, el autor que hemos citado, continúa exponiendo que se ha distinguido entre el *perito auxiliar de la parte* y *perito auxiliar del juez*, suscitándose la cuestión de si el perito lo es en sentido técnico procesal, con la consecuencia de distinguir dos clases de pericia: una de la parte y otra judicial.

Según el profesor de Medicina Legal de la Universidad Autónoma de Barcelona, Jordi Jornér, vivimos en el momento de las recla-

maciones que vienen una detrás de otra, tanto a nivel de valoraciones de daño corporal como de mala praxis. Llega un momento en que, al presentarse una reclamación, se produce un triángulo cuyos vértices están formados por el enfermo, que sabe poco o nada de leyes y medicina; por el médico, que no entiende la jurisprudencia; y los juristas abogados, fiscales y jueces, que no dominan del todo la medicina. En estas circunstancias, se hace necesario un pivote en el centro del triángulo capaz de correlacionar a los tres vértices y cuya figura reviste importancia. Se trata del *perito médico*, que entiende, por una parte, al enfermo y la valoración de las actuaciones facultativas, y por otra, la capacidad de transmitir la realidad objetiva de los conocimientos a los juristas, particularmente al encargado de emitir el fallo. Por esto, el perito debe favorecer al máximo la transparencia de la valoración, pero nunca dirigir, regir o insinuarse en relación a la indemnización. Se consigue realizando un razonamiento lo más científico posible del dolor, del insomnio, de la cefalea, de la ansiedad, etc., expresando el alcance de la exploración científica y, por lo tanto, hasta dónde puede llegar a valorar de forma precisa y exacta el proceso, y que parte es una exposición del afectado sin razón científica. Debe tenerse en cuenta que estamos considerando un perjuicio netamente humano y personal.

La persona idónea para hacer una valoración de daño corporal es el perito médico que tenga la preparación adecuada.



PRIMERA PARTE  
GENERALIDADES



---

## El médico evaluador

La técnica de una *evaluación de una incapacidad laboral*, cuando viene refrendada por unos conocimientos previos y constituye una alta expresión intelectual, y puede aplicarse entonces la frase que Leonardo da Vinci aplicaba a la pintura: “La pintura es una cosa mental”.

La evaluación precisa un equilibrio entre el *informe médico pericial* a realizar y el cerebro que concibe; es lo que los griegos llaman *Eunoia*. No puede disociarse el trabajo de dirección del trabajo de realización. Se tiene que llegar a la conclusión con la difícil facilidad que da al espectador la sensación de que él mismo podría hacerlo igual, es lo que se llama *Eucinesia*, que no hay que confundir con rapidez.

El médico evaluador debe, además, tener buena voluntad, a la que Lain llama *Eubulia*, ya que actuamos sobre un lesionado que hay que valorar.

La *eubulia* solo la tiene el médico evaluador, que siente su profesión de una manera vocacional. Si no tiene vocación no puede sentir responsabilidad.

El hombre es un ser libre, y por ello responsable, tiene que responder de lo que hace. El evaluador debe sentir esta responsabilidad ante cualquier enfermo. No se puede ser médico evaluador sin tener,

además de los conocimientos científicos, técnicos y clínicos, este sentido profundo y humano de la responsabilidad.

El conjunto de estas cualidades: *eunoia*, *eucinesia* y *eubulia*, es lo que se llama *Eurritmia*.

Es muy importante que el evaluador tenga *eurritmia*, pero no para lograr un lucimiento personal o por afán de hacer malabarismos, sino para lograr una mayor eficacia.

El aumento de los aparatos y de técnicas solicitadas para la evaluación trae consigo el peligro de despersonalización del evaluador, que, por una parte pueden acarrear una dilución de la responsabilidad si fallan aparatos o medios técnicos, y por otra pueden llevar a la excesiva confianza en sus posibilidades.

Al perito médico se le exigen una serie de requisitos, deberes y, también se señalan derechos e incompatibilidades:

## 1.1. REQUISITOS

Son, para cualquiera que actúe como perito, el tener que ser acreedor de una reconocida solvencia profesional y moral. Posesión del título en la ciencia o arte a que pertenezca la materia sobre la que ha de versar su dictamen; y además de conocer la especialidad, tendrá el título de dicha especialidad en caso de que venga reglamentada por las leyes o por el Gobierno.

Tienen la obligación de estar colegiados y dados de alta con la correspondiente licencia fiscal.

## 1.2. DEBERES

El deber fundamental del perito es actuar con absoluta imparcialidad y honradez, habiendo de jurar o prometer, hecho el nombramiento, que se compromete a desempeñar bien y fielmente su función en los términos señalados por la Ley.

Aplicar toda su ciencia y conciencia en el momento de exponer su criterio científico, dado que el perito se convierte en un *valioso colaborador del juez*, al margen de las discusiones doctrinales en

cuanto a la exactitud de este término entrecomillado. Si de una parte es cierto que el juzgador es soberano para llegar a las conclusiones que crea más convenientes, tampoco es menos cierto que el que ha de administrar justicia se entrega, o mejor decir vive, confiado en el dictamen del experto.

La pericia, afirma Melennec, implica la confianza y colaboración recíproca entre el juez y el experto. También el perito tiene el deber de, cuando emita un informe, ilustrar de una forma útil y clarificadora, como destaca Saez Jiménez, tanto que su dictamen no es la simple expresión de un punto de vista, sino un razonamiento; es decir, la expresión lógica y explicada de un criterio dentro de su ámbito profesional.

Además, el facultativo que haya de actuar en calidad de perito, tampoco ha de olvidar que se debe a unas reglas de ejercicios que se correspondan con lo perceptuado en el *código deontológico médico*; que al margen de su efectivo alcance han de ser respetadas en satisfacción de exigencias de índole moral. Pretendiendo acatar esta orden, el facultativo inmerso en tales funciones, habrá de informar bajo un criterio precedido por la plena libertad de juicio, al margen de cuestiones personales, siempre con rigor, prudencia y objetividad. Siendo así, se comprende que la relación médico-paciente tome un carácter especial, lo que obliga a que, en primer lugar, el propio médico explique a la persona sujeta a examen cuál es la finalidad, en ese caso de su misión, haciéndole conocer las particularidades de las mismas y las condiciones en que se tiene que llevar a término.

El actual *código deontológico* establece que la actuación como perito es incompatible con la asistencia médica al mismo paciente. No obstante, el alcance de la disposición que se acaba de mencionar habrá de ser matizado en cada caso particular.

### 1.3. DERECHOS <sup>1</sup>

Si por una parte el perito en el ejercicio de su cargo ha de entender cuál es la extensión y los límites de su misión, y ceñirse a ella, de otra,

---

<sup>1</sup> Transcripción del libro *Manual del Perito Médico. Fundamentos jurídico-prácticos*, páginas 136-137.

indudablemente, tiene el derecho de “ser informado de forma clara y determinante del objeto de su informe” (art. 475 LECr), al mismo tiempo que “el juez facilitará a los peritos los medios materiales necesarios para practicar la diligencia que se les encomiende, reclamándolos de la Administración pública, o dirigiendo a la Autoridad correspondiente un aviso previo si existieran preparados para tal objeto, salvo lo dispuesto en el artículo 362”, (art. 485 LECr).

Tiene además el perito, derecho a la percepción de los honorarios correspondientes a su actuación, y en los términos que vengan estipulados por las normas aplicables. Tales honorarios serán independientes de cualquier resultado, aspecto este sobre el que hay que insistir en las actuaciones a instancia de parte, siendo incluso recomendable, para evitar cualquier mala interpretación, que la liquidación de emolumentos tenga lugar con anterioridad a la resolución judicial. En este aspecto el perito ha de ser tajante, y cualquier pacto o simple ofrecimiento de “ir a la parte” supone una grave corruptela, rompiendo con las más elementales normas de ética profesional y es, por otro lado, conducta contraria a derecho (incurriendo en uno de los motivos de recusación). Cuando la tarifa que exija el perito se estime excesiva o indebida, por quien haya de satisfacerla, tal disconformidad podrá ser planteada siguiendo el cauce del oportuno procedimiento de impugnación.

#### 1.4. INCOMPATIBILIDADES<sup>2</sup>

A efectos de peritaje privado hay que tener presente las disposiciones de la normativa en vigor en materia de incompatibilidades (Ley 53/84 y su desarrollo, Real Decreto de 30-4-85, BOE 4 del 5).

La Ley, en su artículo 11-2 se pronuncia de forma general y tal vocación se perfila más en el artículo 12-a), considerando la actividad privada incompatible con la pública en la forma que señala, con carácter actual y hasta retroactivo (*en los asuntos que esté interviniendo, haya intervenido en los dos últimos años*), incluyendo en especial en esta incompatibilidad a las actividades profesionales

---

<sup>2</sup> Transcripción del libro *Manual del Perito Médico. Fundamentos jurídico-prácticos*, páginas 137-138.

prestadas a personas a quienes estén obligados a atender en el desempeño de puesto público, estando ello pensado para cuando se pueda comprometer la imparcialidad o independencia del personal de que se trata, así como impedir o menoscabar el estricto cumplimiento de los deberes que les fueran propios, o perjudicar los intereses generales.

Por otro lado, la misma Ley, en su artículo 15, dispone que “el personal a que se refiere esta Ley no podrá invocar o hacer uso de su condición pública para el ejercicio de la actividad mercantil, industrial o profesional”, de lo que el médico perito ha de tomar nota cuando comparezca privadamente allí donde sea requerido (lo que a su vez concreta con el artículo 124 del Código Deontológico Médico, cuando dice que “los médicos que ejercieren en el sector público, no pueden utilizar sus cargos para incrementar su clientela particular o privada”).

El Reglamento a la Ley (Real Decreto 598/85) todavía es más explícito, diciendo que “no será posible el reconocimiento de compatibilidad con actividades privadas, incluidas las de carácter profesional, cuyo contenido se relacione directamente con asuntos sometidos a informe, decisión, ayuda financiera o control del departamento, organismo, ente o empresas públicas a los que esté adscrito o preste servicio”, (art. 9). El fondo de esta disposición recoge un carácter ético, aunque en un orden pragmático es criticable, dada la amplia formulación del precepto, pudiendo generar en algunos casos indefensión.

Remitiéndose al artículo 11-2 del mismo reglamento, acuerda que “el personal que realice cualquier clase de funciones en la administración, como el ejercicio de la profesión de procurador o cualquier actividad que pueda requerir su presencia en los Tribunales durante el horario de trabajo, es incompatible”, lo cual está claro y no admite ningún tipo de discusión, pues se basa en el principio de *no ubicuidad* de los humanos.

Al hablar de la *relación de empleo o servicio*, tanto la Ley como el Reglamento se expresan de forma semejante, de modo que no podrá reconocerse la compatibilidad para el desempeño de actividades privadas “al personal que realice funciones de informe, gestión, o resolución, con la realización de servicios profesionales, remune-

rados o no, a los que pueda tener acceso como consecuencia de la existencia de una relación de empleo o servicio en cualquier Departamento, Organismo, Entidad o Empresas Públicas, cualquiera que sea la persona y la naturaleza de la retribución”.

---

# Evaluación de la invalidez por la medida de la tasa de incapacidad física o funcional

## 2.1. DEFINICIONES

Se separan tres conceptos:

1. La incapacidad física o funcional.
2. La incapacidad laboral o incapacidad profesional.
3. La incapacidad de ganancia.

La incapacidad fisiológica permanente se define como la limitación de una o varias funciones orgánicas, intelectuales o psíquicas, con su corolario, la disminución parcial o total de las aptitudes en el terreno físico, intelectual o mental.

La incapacidad laboral (eventual) es un elemento distinto a la incapacidad fisiológica y debe dar lugar, en un segundo momento, a un análisis cuantificable aparte.

La cuantificación se puede realizar teniendo por referencia:

1. Las tablas del AMA.
2. Real Decreto 1971/1999 del 23.12.99 (BOE n.º 22).

### **2.1.1. Al realizar una valoración, se tendrá en cuenta**

1. El momento de efectuarla.
2. Disponer de todo el historial médico del paciente y pruebas que puedan objetivar un diagnóstico; en caso de carecer de las mismas se tendrán que solicitar.
3. En el caso de hacerla retroactiva, disponer de documentación médica fehaciente y acreditativa del historial clínico y pruebas realizadas. Es lo que constituirá un *dictamen de valoración*. En estas circunstancias el perito tiene que ser muy cauto, precisando cada afección del paciente demostrada e intentando darle la valoración oportuna.
4. En caso de tener que valorar una gran invalidez, en la que se tenga necesidad de una o más personas, se tendrán que tener en cuenta las tablas del AMA, o las citadas en el Real Decreto 1971/1999, o seguir el Índice de Barthel.

Dependiendo de las valoraciones obtenidas por el perito, serán valoradas por la Judicatura, pudiendo ser:

1. Incapacidad permanente parcial.
2. Incapacidad permanente total.
3. Incapacidad absoluta.
4. Gran invalidez con ayuda de una o más personas.

Presentando simil, según C.I.D.D.M. (Calificación Internacional de Deficiencias y Minusvalías) dado por la OMS: 1.º, ninguno; 2.º, ligero; 3.º, severo; 4.º, completo.

### **2.1.2. Resumiendo lo citado**

La *incapacidad*, (lat., *incapax*. Falta de capacidad o potencia para el trabajo especialmente), se refiere a una o varias acciones que

no se pueden realizar. La *discapacidad*, (se refiere a discapacitado, minusválido), va referida al conjunto de la persona.

Por ejemplo, un violinista al que le han tenido que amputar tres dedos de su mano le origina una incapacidad total para tocar el violín, y una discapacidad de la persona del 7%.

## **2.2. CONCEPTO MÉDICO LEGAL EN RELACIÓN A LA INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL PARA LA PROFESIÓN HABITUAL**

La *incapacidad permanente parcial para la profesión habitual*, cualquiera que sea su etiología, bien de accidente de trabajo, bien de enfermedad común, es la que sin alcanzar el grado de total, ocasiona al trabajador una disminución no inferior al 33% de su rendimiento normal para dicha profesión, sin impedirle la realización de tareas fundamentales de la misma; y el hecho de que el trabajador sea cambiado de puesto de trabajo o de funciones, no es dato suficiente de que pueda derivarse la imposibilidad de realizar con eficacia el trabajo habitual, ni la existencia de una merma en la capacidad laboral no inferior al 33% de la normal. (TSJCA, Cataluña, 1991, 5 de abril).

Para que el estado residual del trabajador pueda subsumirse en el grado de incapacidad permanente parcial para la profesión habitual, es necesario que las secuelas le produzcan una disminución de su rendimiento laboral superior al 33% del que venía siendo habitual en su actividad. (TSJCA, Asturias, 1991, 5 de Abril).

El perito médico tendrá que enfrentarse al concepto del que representa el déficit del 33% en cualquier clase de trabajo.

Se podrán valorar, teniendo en cuenta los bloques anatómicos que intervienen en la labor a realizar:

1. Cabeza: pérdida de memoria, mareos, vértigos.
2. Columna vertebral: cervical, dorsal, lumbar.
3. Extremidades superiores.
4. Extremidades inferiores.

Para la valoración de los bloques anatómicos se podrá tener la base de las tablas de la A.M.A. y el Real Decreto 1971/99.

Para la valoración articular se podrá aplicar también la fórmula aceptada internacionalmente y que parece ser más asequible al concepto práctico de *valoración del déficit* de cualquier articulación:

**CÁLCULO DE PORCENTAJE DE MOVILIDAD  
DE UNA ARTICULACIÓN EN FUNCIÓN  
DE LOS GRADOS:**

$$\frac{100 \times \text{Grados de movilidad}}{\text{Valor medio máximo}} = X^\circ$$

El menoscabo o limitación de dicha articulación será:  $100 - X^\circ$ .

El valor medio máximo nos lo dan las tablas de la A.M.A., el Real Decreto 1971/99, o bien la valoración de la contralateral, si existiera.

### **2.3. CONCEPTO MÉDICO LEGAL EN RELACIÓN A LA INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL PARA LA PROFESIÓN HABITUAL**

La *incapacidad permanente total para la profesión habitual*, en el sentido de inhabilitación del trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de su profesión, siempre que pueda dedicarse a otras distintas. (TSJ, Cataluña, 1992, 2 de marzo).

Limitaciones funcionales graves objetivas y definitivas por enfermedad o por accidente que inhabilitan para realizar tareas esenciales de la profesión habitual. (TS, 1990, 22 de enero).

Pérdida de habilidad que, según venimos diciendo (por ejemplo, sentencias 23 de septiembre de 1992 y 21 de octubre de 1992), no alcanza solo a los supuestos de imposibilidad material de efectuar esas labores básicas, sino también cuando se carece ya de aptitud

para ejecutarlas con rentabilidad empresarial o alteran su estado de salud en forma no episódica. (TSJ, País Vasco, 1993, 13 enero).

## **2.4. CONCEPTO MÉDICO LEGAL EN RELACIÓN A LA INCAPACIDAD ABSOLUTA**

Puesto que la prestación de un oficio, por liviano o sedentario que sea, comporta profesionalidad, rendimiento y eficacia de modo continuo durante toda la jornada laboral (STS, 23 de febrero de 1990), es por lo que la inhabilitación para el trabajo debe entenderse como absoluta si las lesiones solo consienten quehaceres determinados y livianos con afán de superación y de sobreponerse al dolor más allá de lo que es exigible como normal diligencia (STS, 4 de diciembre de 1989). (STSJ, Galicia, 1993, 12 de febrero).

Se entenderá por incapacidad permanente absoluta para todo trabajo la que inhabilite por completo al trabajador para toda profesión u oficio. (TS, 1990, 22 de enero).

*Inválido absoluto* es aquel que carece de posibilidades reales de actuación profesional, con asistencia habitual al lugar de trabajo, prestación de una jornada y atención a una tarea. (TS, 1984, 16 de febrero).

## **2.5. CONCEPTO MÉDICO LEGAL EN RELACIÓN A LA GRAN INVALIDEZ**

Se entenderá por gran invalidez la situación del trabajador afecto de incapacidad permanente total o absoluta y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesite la asistencia de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida como vestirse, desplazarse, comer o análogos, habiéndose afirmado por esta Sala en sus sentencias de 3 de octubre de 1968 y 12 de diciembre de 1972, entre otras, que el concepto de la gran invalidez lo perfila la norma legislativa haciendo una enumeración de determinados actos por vía enunciativa, remitiendo después a la analogía, lo que permite definir como acto esencial para la vida el que se encamina a

la satisfacción de una necesidad primaria e ineludible para poder fisiológicamente subsistir o para ejecutar aquellos actos indispensables en la guarda de la dignidad, higiene y decoro, debiéndose añadir “y de relación con los demás”, que corresponde a la humana convivencia. (TS, 1985, 11 de junio).

La gran invalidez requiere que como consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales se necesite la asistencia de otra persona para realizar los actos más elementales de la vida, definidos estos como aquellos que van encaminados a la satisfacción de una necesidad primaria e ineludible para poder, fisiológicamente, subsistir, concatenándose no con el oficio que desempeñara el trabajador sino con las más elementales necesidades del ordinario vivir. (TSJ, Canarias, 1991, 6 de junio).

---

## Medicina basada en pruebas, en la evidencia

En la actualidad, el médico evaluador, al realizar un informe, tendrá que objetivar al máximo los diagnósticos que realice basándose en las exploraciones efectuadas: radiológicas, escáneres, resonancias magnéticas, gammagrafías, electromiografías, electroencefalogramas, etc., y pruebas de laboratorio. Finalmente se tendrá que hacer una medicina basada en pruebas, en la evidencia.

La descripción en 1948 del ensayo clínico aleatorizado, constituyó un punto de inflexión en el razonamiento biomédico, al permitir cuantificar la eficacia real y seguridad de las intervenciones preventivas, diagnósticas o terapéuticas, formando opiniones pronósticas y siendo el punto de partida para el desarrollo de multitud de técnicas de estudio y análisis científicos basados en la estadística y la epidemiología.

Fue en la década de los ochenta cuando en la Universidad Canadiense de McMaster se inició un movimiento que se va extendiendo dentro de la enseñanza y práctica de la medicina, denominada *evidence based medicine*, y que se traduce como *medicina basada en la evidencia o en pruebas*.

Un impulso fundamental lo dio el médico y epidemiólogo británico Archie Cochrane, que fue un pionero al reclamar en la década de los setenta una revisión crítica de todos los ensayos críticos controlados que son relevantes, adaptada periódicamente, hecha especialidad por especialidad.

La práctica de la MBE es un proceso de aprendizaje autodirigido que dura toda la vida, en el que el cuidado de los propios pacientes crea la necesidad de información, clínicamente importante, sobre el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento y otras cuestiones clínicas y de asistencia sanitaria, y sobre el cual se requieren las siguientes asunciones:

1. Las decisiones clínicas deben basarse en la mejor evidencia científica disponible.
2. El tipo de problema clínico es el que determina el tipo de evidencia que debe buscarse.
3. Identificar la mejor evidencia necesita de una base metodológica, epidemiológica y bioestadística.
4. Las conclusiones obtenidas de la evidencia solo son útiles si tienen aplicación para la atención sanitaria de individuos o poblaciones.
5. La capacidad profesional debe ser evaluada permanentemente.

El proceso de la práctica clínica basada en la evidencia, consiste en:

1. Convertir las necesidades de información en preguntas susceptibles de respuesta.
2. Localizar con la máxima eficiencia las mejores evidencias científicas con las que responder, bien sean sobre exploración clínica, diagnóstico de laboratorio o de otras fuentes bibliográficas.
3. Valorar críticamente la validez, fiabilidad y utilidad de las evidencias encontradas.
4. Aplicar los resultados de esta valoración a la práctica clínica.
5. Evaluar su rendimiento.

### **3.1. FUENTES DE LA EVIDENCIA**

Se pueden considerar como fuentes de la evidencia, según Sackett:

1. Bases de datos: Medline, otras bases de datos bibliográficas y Cochrane Librery.
2. Revistas de resúmenes.
3. Guías de práctica clínica.
4. Internet.

*Medline*, es una base de datos bibliográfica producida por la National Library of Medicine. Representa la versión automatizada del Index Medicus, Index to Dental Literatura e International Nursing.

*El perito tiene que saber que, además de las pruebas objetivas, existe la reacción personal frente a la enfermedad. Hay que recordar que además de enfermedades, hay enfermos.*



---

## Informe médico pericial

El perito es el responsable de realizar el *informe médico pericial*.

Gofe, indica que las principales cualidades intelectuales que ha de reunir un buen perito se pueden resumir en: *agudeza de observación, que se desarrolla con el ejercicio; espíritu de orden; método y precisión.*

Fontsera precisa, en relación a ello, que *es necesaria la percepción, la deducción o inducción y la declaración técnica o dictamen pericial.*

El profesor Jornet, dice que *la peritación ideal debe constar con los rasgos de objetividad, concisión, claridad y coherencia, además de ser completa y no corporativa.*

La emisión de un *informe médico pericial*, es el resultado final de esta labor médica, en él se van a recoger todos los extremos de interés para la persona u organismos relacionadas con la valoración de las consecuencias del hecho lesivo sobre el individuo. Implica exponer el alcance real de las lesiones sufridas, las secuelas derivadas, las posibilidades de recuperación, la recuperación laboral, así como la explicación de los procesos seguidos por la persona para alcanzar la estabilización de las lesiones o la curación.

En el mundo laboral estos informes se encaminan a establecer las limitaciones funcionales que presenta un trabajador para desempeñar

las tareas fundamentales de su puesto de trabajo, indicando qué movimientos puede realizar y cuáles no está en disposición de hacer. Criterio diferente y discutible si hay que definir el grado de incapacidad que presenta el trabajador, o simplemente hay que limitarse a establecer las limitaciones y será la judicatura la que indicará el grado de incapacidad.

## **4.1. ESTRUCTURA FORMAL ORIENTATIVA DE UN INFORME MÉDICO PERICIAL**

### **4.1.1. Preámbulo**

Datos del perito: doctor, médico, especialista, número de colegiado y dirección del despacho.

Requerido a instancias de persona, entidad o autoridad.

Objeto del informe: valoración médico pericial, valoración de causas y secuelas, etc.

Identificación del lesionado: nombre, DNI, fecha de nacimiento y profesión.

### **4.1.2. Historial médico**

Confeción de una historia clínica concretando antecedentes familiares, patológicos, y en caso de accidente, cómo ha ocurrido (muy importante).

El actor aportará toda la documentación que posea para acreditar sus manifestaciones. También debe referir cómo se encuentra o los padecimientos que presenta o padece en la actualidad.

### **4.1.3. Exploración clínica**

Se seguirán los protocolos que se dispongan. Se aconseja una exploración general de todos los sistemas e insistiendo en aquellos que estén afectados por la enfermedad o por el traumatismo.

#### **4.1.4. Exploraciones complementarias**

Valorar las exploraciones que aporta el paciente y solicitar las que se consideran necesarias para poder realizar un juicio diagnóstico. Pueden ser las de laboratorio, radiografías, radiología especializada, electromiografías, electroencefalogramas, electrocardiogramas, etc.

#### **4.1.5. Diagnóstico**

Juicio diagnóstico basado en el historial médico, la exploración clínica efectuada y la valoración de las pruebas complementarias, aportadas por el paciente y las solicitadas por el perito.

#### **4.1.6. Tratamiento**

Se valorarán los resultados del tratamiento médico-quirúrgico, que se le ha realizado, y si se puede efectuar otro (siempre tiene que haber la aceptación por parte del paciente mediante la firma en el consentimiento informado).

#### **4.1.7. Secuelas**

*Se señalarán los déficits funcionales que le quedan, precisando qué actividades no podrá realizar, razonando cada una de ellas, realizando para ello un acercamiento ergonómico en relación a Lesión—Secuela— Actividad que desarrolla en su vida laboral.*



SEGUNDA PARTE  
INCAPACIDADES  
EN DIVERSAS PATOLOGÍAS



## **GENERALIDADES PARA UNA VALORACIÓN ORIENTATIVA AL DÉFICIT INCAPACITANTE QUE PUEDEN PRESENTAR LAS DIFERENTES PATOLOGÍAS**

Se expone en los siguientes capítulos el déficit incapacitante que pueden presentar las diferentes patologías. Para ello, nos hemos basado en la *Guía de Valoración del Menoscabo Permanente* del Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo; *Diccionario de Invalidez Permanente*; Conferencias/apuntes de la Diplomatura de Valoración Médica de la Incapacidad ESSSCAN 2002; *Valoración de la Incapacidad Laboral en Patología Psiquiátrica* (ponencia del doctor D. Ángel Trujillo Cubas en las IV Jornadas Canarias de Valoración del Daño Corporal, Las Palmas, diciembre 2003); *Baremo Internacional de Invalideces* (Mélenec, Ed. Masson); y la experiencia de más de 20 años como coordinador del Gabinete de Valoración del Daño Corporal del Centro de Traumatología Teldense®.

De las diferentes patologías se describen aquellos datos clínicos que nos orientan a la evolución del caso y la incapacidad que pueden dar lugar. Se añaden sentencias judiciales del T.S.J en relación a alguna de estas patologías. Algunas de ellas citadas en el Diccionario de Invalidez provisional y permanente de Domingo González Joyanes.

## **INFLUENCIAS DE LOS PROCESOS PATOLÓGICOS ASOCIADOS AL PRINCIPAL EN LOS GRADOS DE INCAPACIDAD**

El médico evaluador valorará los procesos patológicos que asociados al principal, pueden, desde la perspectiva de la incapacidad, influir sobre este o entre sí de los siguientes modos:

- Por el carácter sumativo de las lesiones.
- Agravándolo en grado suficiente como para convertirlo en invalidez, no siéndolo por sí solo.
- Por incompatibilidades terapéuticas o interacciones entre unos y otros tratamientos, ya tengan carácter general o particular por idiosincrasia del sujeto.
- Por la influencia que el conjunto de procesos puede tener en la calidad de vida.
- Contraindicando los tratamientos del proceso principal, por lo que este se verá agravado por dicha circunstancia. Incluso podría ser curable si se aplica el adecuado tratamiento médico o quirúrgico, condición que impediría aplicar el concepto permanente, y sin embargo, a causa de la contraindicación no sería curable y sí permanente, pudiéndose considerar agotadas las posibilidades terapéuticas.

---

## Valoración de la incapacidad laboral en patología ósea

En la *patología traumatológica*, (contusiones, fracturas y esguinces), y en *patología ósea degenerativa*, (artrosis), se pueden tomar como referencia para valorar la incapacidad laboral, el déficit funcional que se origina en las articulaciones afectadas.

Hay que disponer de unas valoraciones, (normales articulares), que al interpretar los diferentes baremos, se aprecian diferencias; por ello se aconseja que cada evaluador se confeccione su tabla de valores.

La valoración articular tendrá que ser comparativa con su contralateral si existiera, con movilización activa y pasiva.

A continuación se transcriben la valoración de la movilidad del sistema esquelético según el Gabinete de Valoración del Daño Corporal del CTT.

### **5.1. VALORACIÓN DE LA MOVILIDAD DEL SISTEMA ESQUELÉTICO**

Uno de los problemas con el que se enfrentan los médicos evaluadores es el poder dar una valoración, más o menos exacta y comprensible para los compañeros del foro poderla interpretar y darle el justo valor del déficit funcional que presenta.

Existen muchas valoraciones dadas por diferentes autores, o por diferentes centros; y, algunas de ellas, con verdaderas diferencias. Por ello, lo importante es poder tener una que consideremos sea la más idónea. Tenemos que tener en cuenta los diferentes valores dados, como hemos dicho, por diferentes servicios. Podemos, así mismo, hacer un promedio entre ellos y utilizar el resultado como guía y orientación. Es necesario que estos valores que tomamos como promedio coincidan con nuestro entorno. Es decir, los estudios o valoraciones dados por los americanos pueden diferir con las valoraciones españolas, incluso, dentro de España, puede haber diferencias entre el Norte y el Sur, o entre las valoraciones insulares y las peninsulares.

Por ello, en el momento en el que ya hemos adaptado las cifras que consideramos apropiadas en relación a los promedios que hemos visto y a nuestra propia experiencia durante los años en los que hemos estado asistiendo a traumáticos, valorando servicios de rehabilitación, los diferentes ángulos funcionales normales o anormales que hayan quedado como secuelas, podremos ir planteando diferentes puntos para poder obtener un mejor resultado; más que mejor, un resultado orientativo, más justo, de déficit funcional que haya podido ocasionar aquel traumatismo, tanto a nivel de la parte afectada como de las otras partes consecuentes o que estén relacionadas con ella.

Siempre que se pueda, hay que comparar los ángulos simétricos, o sea, bilaterales. Cuando medimos los ángulos de un brazo, codo, hombro, hay que compararlos con los del lado sano. En el caso de que hubiese tenido lesiones en ambos lados, tendremos que relacionarlo con nuestras valoraciones de promedio que tendremos ya hechas. Así mismo, en caso de tratarse de valoraciones unilaterales en las que no hay punto de comparación, (por ejemplo, la columna vertebral), tendremos que tener en cuenta los datos que ya tenemos de promedio y que hemos obtenido dentro de nuestra experiencia y con las otras cifras o valoraciones que hemos consultado. Ahora bien, es importante que siempre usemos las mismas valoraciones como referencia.

También es importante que estas valoraciones sean orientativas, nunca definitivas, ya que dependen muchas veces del propio pa-

ciente, y otras veces de las prisas con las que se quieran hacer, o de si no se emplea la misma táctica en la obtención de unas y de otras. Por ejemplo, medir un ángulo después de tres ejercicios, y la siguiente vez medirlo después de quince; o el hecho de que el paciente lleve esperando media hora o más y entre en la consulta nervioso, por lo que en el momento de medir esos ángulos nunca van a ser ángulos reales, sino que están influenciados por estas circunstancias, especiales en cada caso.

Nosotros tenemos la costumbre, y la idea, de que siempre en nuestras valoraciones podemos poner un  $\pm 10\%$ , y a veces, según el caso que estamos tratando, si hay antecedentes de otras lesiones, artrosis o vemos que está muy nervioso, podemos poner como positivo  $\pm 15\%$ . O sea, en relación a la valoración que ha efectuado otro compañero, podemos dar por buena una diferencia del 10 o 15% con la nuestra. Aunque debemos intentar ser lo más realista posible.

Una vez obtenidos los resultados, tenemos que expresarlos en grados de disminución de la movilidad, o bien en tanto por ciento. Si lo expresamos en grados de disminución, ya habremos tomado estos ángulos por medio de los goniómetros, (desde el sencillo o el Artri-med<sup>1</sup>), deberemos marcarlos y poner la valoración normal sobre la que nosotros nos guiamos y la valoración que tiene el paciente. En este caso, no diremos que el paciente “tiene 20° menos”, sino que su ángulo de flexión, extensión, etc., mide 30° y lo normal sería 50°.

Muchas veces, para poder precisarlo mejor, es importante marcar el tanto por ciento del déficit funcional que puede quedar. Para ello convertiríamos este número de grados en los grados que le faltan para poder ser normal. Es decir, hacemos una pequeña resta y decimos: si son 120 y el paciente solo ha llegado a 80, su déficit será de 40°. También es importante, por medio de unas fórmulas muy sencillas, pasar de grados a porcentajes. Podemos emplear una fórmula conocida en la que el porcentaje sería igual a 100 por la movilidad en grados de la articulación, (los que tenga en el momento en el que se le está explorando), dividido por el valor medio del límite máxi-

---

<sup>1</sup> Artri-med sirve para efectuar mediciones de ángulos de movilidad y amplitud articular. Consta de dos brazos articulados entre sí, y de un disco central para medición de ángulos.

mo de la movilidad de esta articulación en grados. No es difícil, y pondremos algunos ejemplos después para que nos demos cuenta de ello. Por ejemplo, podemos hablar de la cadera, del hombro, del codo, o cualquiera de ellas.

En el caso de la cadera, un valor medio, sabemos que la movilidad es de  $120^\circ$ , y la cadera lesionada nos da solo  $80^\circ$ . El porcentaje será, recordando la fórmula que hemos dicho:  $100 \times 80 : 120 = 66,66$ . Es decir, la cadera tiene una movilidad para la flexión del 66,6% sobre la movilidad normal. En este caso, una cadera con una movilidad de  $80^\circ$  representa el 66,6% en relación a la movilidad normal.

Ahora bien, si nosotros queremos calcular el menoscabo con este porcentaje será muy sencillo. A 100 le restamos el porcentaje hallado anteriormente:  $100 - 66,66 = 33,34\%$ . Es decir, en una cadera que tiene una movilidad de  $80^\circ$  y que la movilidad normal que nos sirve de base es de  $120^\circ$ , podemos decir que tiene el 66,66% de movilidad y esto representa el 33,34% de menoscabo.

Por poner otro ejemplo, y utilizando una articulación bien conocida y que se usa con cierta frecuencia, la flexión de la rodilla tiene un valor de  $\pm 135$  grados. La rodilla que nosotros exploramos tiene tan solo una movilidad de  $90^\circ$ . Por lo tanto:  $100 \times 90 : 135 = 66,66\%$ . El valor obtenido corresponderá al porcentaje del tanto por ciento que tiene esta rodilla lesionada. Si, a su vez, este porcentaje se lo restamos a 100, entonces tendremos el valor del tanto por ciento que nos va a quedar de movimiento (33,34%).

En el momento en que se da una valoración, parece más comprensible, si nos dicen además de los grados que tiene, cuál es el % que representa. Esta valoración cuantitativa es más comprensible para los compañeros del foro que no estén adaptados a los conceptos médicos. A continuación se podrá poner toda la relación de ángulos que tenemos ya escritos y añadiremos algunos ejemplos en relación a la manera de poder hallar el tanto por ciento que se hace en comparación con los grados y el déficit también en relación al tanto por ciento de las extremidades.

Podemos añadir también las valoraciones que tenemos según el Real Decreto 1971/1999 del 23 de diciembre de 1999, publicado en el BOE n.º 22 del 26 de enero de 2000, en la que se nos dan

los tantos por ciento de déficit de cada extremidad, o mejor dicho, de cada articulación y que se traduce en el déficit funcional total de la persona; lo que nos podrá servir, en algunos casos, para poderlo emplear sin seguir las valoraciones dadas por el AMA en las que, a veces, son un poco difíciles de poder precisar y que nos da valoraciones más complejas que estas que proponemos y que nos pueden ayudar en valoraciones complicadas en un momento dado.

A continuación se transcriben los valores de referencia del Gabinete de Valoración del Daño Corporal del Centro de Traumatología Teldense:

**EXPLORACIÓN CERVICAL:** Flexión xx grados (normal 40). Extensión xx grados (normal 75). Rotación derecha xx grados (normal 50). Rotación izquierda xx grados (normal 50). Lateralidad derecha xx grados (normal 30-45). Lateralidad izquierda xx grados (normal 30-45).

**EXPLORACIÓN HOMBROS:** Antepulsión o flexión anterior xx grados (normal 180). Retropulsión xx grados (normal 40). Abducción xx grados (normal 180). Rotación interna xx grados (normal 60). Rotación externa xx grados (normal 90).

**EXPLORACIÓN CODOS:** Flexión xx grados (normal 160). Extensión xx grados (normal 160). Pronosupinación xx grados (normal 90). Supinación xx grados (normal 90).

**EXPLORACIÓN MUÑECAS:** Flexión xx grados (normal 90). Extensión xx grados (normal 70). Inclinación latero radial xx grados (normal 25). Inclinación latero cubital xx grados (normal 45).

**EXPLORACIÓN DEDOS:**

**Primer dedo:** Flexo extensión metacarpofalángica xx grados (normal 50). Flexo extensión interfalángica xx grados (normal 80). Abducción palmar xx grados (normal 70). Abducción radial cubital xx grados (normal 80). Oposición: (el déficit de este movimiento se mide por la distancia que falta entre la punta del pulgar y la base del V dedo).

**Otros dedos:** Flexo extensión metacarpofalángica (normal 90 grados). Flexo extensión interfalángica proximal xx grados (normal 100). Flexo extensión interfalángica distal xx grados (normal 65).

EXPLORACIÓN DORSAL: Flexión xx grados (normal 20). Extensión xx grados (normal 20). Lateralidad derecha xx grados (normal 15). Lateralidad izquierda xx grados (normal 15).

EXPLORACIÓN LUMBOSACRA: Flexión xx grados (normal 60). Extensión xx grados (normal 30). Rotación derecha xx grados (normal 70). Rotación izquierda xx grados (normal 70). Lateralidad xx grados (normal 40)

EXPLORACIÓN CADERAS: Flexión xx grados (normal 120). Hiperextensión xx grados (normal 20). Abducción xx grados (normal 60). Rotación interna xx grados (normal 30). Rotación externa xx grados (normal 60).

EXPLORACIÓN RODILLAS: Flexión xx grados (normal 130). Hiperextensión xx grados (normal 10). Rotación interna xx grados (normal 30). Rotación externa xx grados (normal 60).

EXPLORACIÓN TOBILLOS: Flexión dorsal xx grados (normal 30). Flexión plantar xx grados (normal 50). Inversión xx grados (normal 20). Eversión xx grados (normal 15).

EXPLORACIÓN PIES: Abducción xx grados (normal 25). Adducción xx grados (normal 25). Flexión de los metatarso falángicos xx grados (normal 45). Extensión de los metatarsos falángicos xx grados (normal 45).

Las cifras de valores normales son las adaptadas por el Centro de Traumatología Teldense; basadas en el Real Decreto del 23.12.99, las tablas del American Medical Association y en los libros de valoración y baremación del daño corporal de Blanca Pérez Pineda (2000), Louis Mélenec (1996), Claudio Hernández Cueto (1995), y César Borobia (1996). Cada médico evaluador puede tener tablas, baremos de referencia, realizar las propias, pero estas son las que debe emplear siempre.

Cuando el déficit articular sea superior al 50%, el paciente podría ser candidato a una incapacidad parcial permanente o a una total, (según la labor profesional que desempeñe y de las articulaciones afectadas). Si el déficit fuera superior al 80%, puede ser candidato a una total, (dependiendo también de la labor profesional que desempeñe y de las articulaciones afectadas).

En las *patologías óseas inflamatorias* se realizará una valoración en relación a la capacidad funcional de acuerdo a la siguiente clasificación:

— **Grado I:** capacidad funcional para realizar las actividades habituales sin dolor ni limitación.

— **Grado II:** capacidad funcional para realizar las actividades habituales a pesar de presentar dolor o limitación en una o más articulaciones.

— **Grado III:** capacidad funcional restringida a pocas o ninguna de las actividades o únicamente al cuidado personal.

— **Grado IV:** enfermos confinados en la cama o una silla. Necesitan la ayuda de una tercera persona.

En las *amputaciones*, la valoración de la incapacidad dependerá de la extremidad afectada y el nivel de la amputación.

*En todas las patologías citadas se tendrán que valorar las complicaciones que se puedan presentar, vasculares o nerviosas, tomando como referencia los baremos citados en las distintas patologías. La valoración final será el resultado de la suma del déficit funcional óseo más la valoración de las complicaciones vasculares o nerviosas.*

## 5.2. SENTENCIAS

**Discoartrosis cervical, osteofitosis dorsal, lumbalgias e incipiente espondiloartrosis: metalúrgico.**

“Ha sido rectificado y el recurrido padece discoartrosis cervical, osteofitosis dorsal, lumbalgias o incipientes espondiloartrosis, el proceso patológico expresado tiene entidad suficiente e irreversibilidad notoria para impedirle trabajos de actividad física y que son propios de su profesión habitual, por lo que deviene acertada la calificación de incapacidad total que ha reconocido el Magistrado de instancia”. (TS 1985 21 mayo).

### **Dismorfogenesis lumbosacra, retraso mental moderado-severo: peón de albañil.**

“El trabajador, que había nacido en 1955 y era peón de albañil, padece dismorfogénesis lumbosacra; retraso mental moderado-severo, agravado desde el momento en que sufrió un accidente hace quince años con contusión craneal y pérdida de conciencia. La sentencia de instancia le reconoce la invalidez permanente total y el TSJ de Cataluña estima el recurso, revoca la sentencia y absuelve al INSS”. (TSJ [Cataluña] 1991 15 enero).

### **Espondilolistesis de quinta lumbar en la lateral, en la anteroposterior laminectomía bilateral de apófisis espinosa de la quinta, rasquisis primera sacra... que condiciona una limitación absoluta para la marcha, bipedestación o sedestación.**

“En el que partiendo de que el trabajador es portador de un corsé de varillas, se aprecia que presenta limitación de la movilidad de la columna vertebral, Lassegue bilateral; muy disminuido el reflejo rotuliano derecho y abolido el aquileo, disminuido en el lado izquierdo; radiológicamente espondilólítesis de quinta lumbar en la lateral, en la anteroposterior laminectomía bilateral de apófisis espinosa de la quinta, raquisquisis primera sacra, sacralización de la quinta; en la región cervical rectitud del eje, artrosis quinta-sexta y sexta-séptima con picos artrósicos en los bordes anteriores”.

“Condicionan una severa limitación funcional para cualquier tipo de trabajo que vaya a exigir marcha, bipedestación o sedestación médicamente prolongada, el levantar o portar pesos, posiciones en flexión de la columna, etc., el Magistrado obedeció sin duda a que es la única particularidad de lo manifestado que se aparta de aquello que debe ser específica materia de un dictamen pericial, como repetidamente tiene declarado esta Sala.

De manifiesto que las limitaciones funcionales y físicas que las mismas han de producir, no permiten el normal desarrollo de ninguna actividad en el orden laboral, aparejada siempre, aun en puestos privilegiados por su comodidad, de obligados esfuerzos que han de estarle vedados a quien, como en este caso, se ve privado de toda movilidad en la columna lumbar y con la grave limitación en la cervical que tienen reflejo en los padecimientos que de dicho paciente

se describen, como hubo ocasión de contrastar, unánimemente, desde la iniciación del oportuno expediente de revisión de su incapacidad”. (TS 1985 29 enero).

**Neurosis depresiva con somatizaciones múltiples, histerectomía total y secuelas artrósicas de columna: profesora de EGB.**

“Espondiloartrosis moderada, inicio de pinzamiento C5, C6 que no explica la sintomatología de cefaleas que padece, esclerosis de plataformas dorsales con pinzamientos osteofitos marginales anteriores, discopatía L5, S1, neurosis depresiva con somatizaciones múltiples, histerectomía total en 1981.” La actora articula dos motivos de casación aduciendo, con amparo en el n.º 1 del artículo 167 de la Ley Procesal Laboral, inaplicación del n.º 5 y n.º 4 respectivamente del artículo 135.5 de la Ley General de la Seguridad Social. No se impugnan los hechos probados de la sentencia.

Las secuelas que antes quedaron transcritas son de dos tipos: las artrósicas que no han de impedir todo trabajo ni el habitual de la enseñanza, (sedentario sin duda alguna), y las neurosis depresivas con somatizaciones múltiples e histerectomía total desde 1981, y es claro que de la conjunción de ambas residuales, se desprende que han de impedir las principales funciones de unas tareas de enseñanza, (el Juzgador entiende que las disminuye en más de un 33%), por cuanto no cabe pensar que aparte las dificultades que puedan entrañar sus secuelas artrósicas, las neurosis depresivas con somatizaciones múltiples y la histerectomía que sufre la actora, la permitan actuar en tareas de enseñanza de EGB que requieren trato con niños de corta edad, gran paciencia y estabilidad psiquiátrica. (TS 1989 27 febrero).

**Buena movilidad funcional del cuello, rectitud de eje, pequeño osteofitosis borde anterior e inferior de la 4C, lasseque en el lado derecho.**

“Buena movilidad del cuello, RX cervical: rectitud de eje, pequeños osteofitos borde anterior e inferior de la 4C, superior de la 5C, ligero pinzamiento posterior de la 5-6 C, visibilidad carillas articulares. Buena movilidad de miembros superiores e inferiores. Lasseque en el lado derecho, limitación acentuada en la rotación interna de dicho miembro inferior derecho, muy limitada la abduc-

ción y adducción, flexionando el muslo derecho 80 grados con un acortamiento de 1,5 cm, lo que denota una coxartrosis derecha. Rx región lumbar: pequeños picos 4,5 L., libera escoliosis de convexidad derecha, osteofitos base izquierda de la 4 L y también un ligero stop de la 5L”.

Que las limitaciones descritas en el resultado de hechos probados, teniendo también en cuenta las manifestaciones dolorosas y molestias que son consecuencia natural de las mismas, suponen evidentemente una imposibilidad para realizar trabajos que requieran una frecuente deambulación o la aportación de esfuerzos de alguna entidad, y por ellas tiene reconocida el demandante la situación de incapacidad permanente y total para su profesión habitual de almacenero en la industria siderometalúrgica con pensión incrementada, más, como razona el Magistrado de instancia, no le inhabilitan para toda clase de trabajo al poder dedicarse a profesiones u oficios en que no se requieran aquellos esfuerzos o frecuente deambulación”. (TS 1985 20 febrero, art. 193 a y b).

### **Coxartrosis izquierda secundaria en proceso artrítico, hipercolesterinemia: empleada del hogar.**

“Coxartrosis izquierda secundaria en proceso artrítico hipercolesterinemia, y a la vista de su trabajo de empleada del hogar, obliga llegar a la conclusión que si todas esas lesiones patológicas y funcionales le impiden su trabajo habitual, como le ha sido reconocido en vía administrativa y jurisdiccional, ello no es obstáculo para que pueda desarrollar otros trabajos más ligeros y de menor esfuerzo y atención, lo que hace decaiga el motivo aducido”. (TCT 1988 11 enero)

### **Columna dolorosa, espondiloartrosis, discoartrosis, discopatía lumbar sacra, osteofitosis e hipoacusia bilateral.**

“Espinodiloartrosis, discoartrosis 1S, bífida, discopatía 4L, 5L y 5L-1S; rotación de apófisis espinosas a la derecha; osteofitos, un osteofito gigante en cara inferior del cuerpo 12 D que se une a otro de cara superior de 1L e hipoacusia mixta bilateral muy intensa en oído izquierdo, son datos objetivos que acreditan unas secuelas que impiden cualquier actividad por liviana y sedentaria que sea, pues aunque, como en tan-

tas ocasiones ha recordado la Sala, resulta especialmente difícil y complicado llevar a cabo una calificación jurídica de las múltiples, casi infinitas, modalidades de inhabilitaciones con sus correspondientes graduaciones, lo cierto es que la existencia de deficiencias acumuladas no conduce a un resultado consecuencia de la suma de todos ellos, sino más bien a una especie de multiplicación”. (TS 1985 8 julio).

**Cérvicoartrosis con osteofitos múltiples, espondiloartrosis dorsal y lumbar generalizada con movilidad dolorosa y muy limitada irradiando dolores a extremidades, escoliosis vertebral muy acusada, tendinitis aquilea, vértigos, mareos y deficiencias respiratorias.**

“Como derivado de enfermedad común, y que consiste en cérvicoartrosis con osteofitos múltiples marginales en C6, C7, C8; espondiloartrosis generalizada en columna dorsal y lumbar, con osteofitos del mismo tipo en D4, D5, D6, y L3, L4, L5, con movilidad dolorosa y muy limitada, irradiándose los dolores a extremidades superiores e inferiores; escoliosis vertebral muy acusada; tendinitis aquilea bilateral, con dolores acusados, síndrome vertebro basilar con mareos, vértigos en intenso dolor lumbar y deficiencias en aparato respiratorio, no cabe resumir este conjunto de secuelas, que así se especifican, en unas simples afecciones artrósicas”. (TS 1985 8 julio).

**Cérvicoartrosis moderada a nivel C5-C6 e incipiente gonartrosis.**

“Reducen su rendimiento en más de un 33%, si bien no le impiden el desempeño de su profesión habitual, porque tal declaración es solo consecuencia de su estimación, que nunca, por entrañar la calificación jurídica de la incapacidad y predeterminar el fallo, debió incorporar al relato de antecedentes fácticos en el que tan solo datos objetivos y acreditados deben figurar, razón por la cual, como insistentemente lo ha declarado notoria jurisprudencia de esta Sala, ha de tenerse como no puesta y que por ello no requiere impugnación especial para ser suprimida”. (TS 1985 19 septiembre).



---

## Valoración de la incapacidad laboral en oncología

A la hora de evaluar la invalidez para el trabajo o la incapacidad en un paciente diagnosticado de cáncer, no hay que olvidar que el diagnóstico de “cáncer” conllevaba la etiqueta de una incapacidad. En la actualidad, hay lesiones cancerosas que son tratadas a tiempo y correctamente, y el resultado es muy favorable.

Para poder evaluar un cáncer, hay que tener en cuenta una serie de factores: según las estadísticas, el pronóstico empeora con la edad y mejora en las mujeres.

El diagnóstico precoz es fundamental para atajar la evolución y mejorar el pronóstico.

El estatus general indicará mayor esperanza de vida y mayor posibilidad de soportar tratamientos radicales en relación inversa a su progresión.

Para valorar el proceso neoplásico, tenemos que conocer la forma anatómica clínica, el grado histológico, los niveles de invasión alcanzados y su T.N.M.

Hay que saber si se ha aplicado un tratamiento correcto y su respuesta; si existió remisión o provocó complicaciones, infecciones o aplasia medular, etc., que agravara el pronóstico.

## ESTADÍOS CLÍNICO PATOLÓGICOS DEL CÁNCER

T0	Ausencia de tumor palpable.
T1	Menor de 2 cm.
T2	Entre 2-5 cm.
T3	> de 5 cm.
T4	Signos locales graves: Fijación de la tumoración, ulceración...
N0	Ausencia de ganglios linfáticos palpables.
N1	Ganglios linfáticos ipsolaterales fusionados o fijos.
N3	Ganglios linfáticos afectados en zonas de drenaje linfático.
M0	Ausencia de inicios de enfermedad metastásica.
M1	Presencia de metástasis.
Estadio I	T1, N0, M0.
Estadio II	T2, N0, M0 ó T1-2, N1, M0.
Estadio III	T3 ó T4, cualquier grado de N, M0 ó cualquier grado de T, N2-3, M0.
Estadio IV	Cualquier grado de T, cualquier grado de N, M1.

Para valorar el grado de invalidez de un tumor maligno, hay que tener en cuenta cinco características:

1. Localización de la lesión.
2. Histogénesis del tumor.

3. Extensión de la afectación, por invasión o metástasis agravan el pronóstico del tumor.
4. La respuesta al tratamiento.
5. La magnitud de las secuelas físicas y psíquicas y postoperatorias.

Sin embargo, hay una serie de tumores en los cuales, dada su situación, la invalidez definitiva y absoluta se impone. Ejemplo de ello serían los siguientes que se transcriben en la *Guía de Valoración del Menoscabo Permanente*, doctor Ramón Roca, Tomo III:

- Sarcomas cutáneos, concretamente angiosarcoma con metástasis en ganglios linfáticos regionales o extraregionales.
- Sarcomas de partes blandas no controlables con la terapia prescrita.
- Melanoma maligno recurrente después de amplia escisión o bien con metástasis en piel adyacente.
- Tumores de mama:
  - \* Carcinoma inoperable.
  - \* Carcinoma inflamatorio.
  - \* Carcinoma recurrente, a excepción de la recurrencia local controlable terapéuticamente.
  - \* Metástasis a distancia.
  - \* Sarcomas con metástasis en algún lugar.
- En el sistema esquelético, los tumores primarios malignos con evidencia de metástasis no controladas terapéuticamente, así como los carcinomas metastásicos óseos de cáncer primario no conocidos se encuadran aquí.
- Los tumores pulmonares total o parcialmente irreseccables o aquellos en los que existe recurrencia de las metástasis después de su resección, así como los carcinomas escamosos con metástasis más allá de los ganglios linfáticos, hiliares y los indiferenciados y de células mixtas con me-

tástasis a los ganglios linfáticos hiliares son susceptibles de ser incluidos aquí, como los mesoteliomas malignos de la pleura, los tumores metastásicos de la pleura y los tumores primarios malignos del mediastino no controlables terapéuticamente.

- A nivel renal, de glándulas suprarrenales o uréteres, interesan aquí los tumores irresecables, los que presentan siembra hematógena distante y los que metastatizan a linfáticos regionales.
- En vejiga urinaria los tumores que infiltran más allá de la pared vesical, los que metastatizan en linfáticos regionales, los no resecables y los recurrentes después de cistectomía total.
- En próstata nos referimos a los carcinomas no controlables con tratamiento.
- En útero interesan los carcinomas o sarcomas de cuerpo o cuello que sean inoperables, no controlables con tratamiento, recurrentes después de la histerectomía total o aquellos casos en que exista pelvis congelada.
- En ovario, todos los tumores son malignos, primarios o recurrentes, máximo cursando con ascitis con células malignas, infiltración no resecable o metástasis tampoco resecable.
- En los tumores de trompas de Falopio que no sean resecables o emitan metástasis a linfáticos regionales también va a ser procedente establecer más invalidez definitiva sin más dilación.

Según la OMS, el grado de toxicidad causada por la enfermedad neoplásica o por su tratamiento con quimioterapia en los diferentes sistemas, sería: Tabla I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII.

<b>HEMATOLÓGICA</b>					
	<b>Grado 0</b>	<b>Grado 1</b>	<b>Grado 2</b>	<b>Grado 3</b>	<b>Grado 4</b>
Hemoglobina	> 11,0 g/100ml > 6,8 mmol/l	9,5-10,9 g/100ml 5,8-6,7 mmol/l	8,0-9,4 g/100ml 4,95/5,8 mmol/l	6,5-7,9 g/100ml 4,0-4,9 mmol/l	< 6,5 g/100ml < 4,0 mmol/l
Leucocitos(1.000/ mm <sup>3</sup> )	> 4,0	3,0-3,9	2,0-2,9	1,0-1,9	10
Granulocitos (1.000/mm <sup>3</sup> )	> 2,0	1,5-1,9	1,0-1,4	0,5-0,9	< 0,5
Plaquetas (1.000/mm <sup>3</sup> )	> 100	75-99	50-74	25-49	< 25
Hemorragias	Ninguna	Petequias	Pérdida mínima	Pérdida grande	Pérdida de san- gre con clínica

TABLA I. Alteraciones sanguíneas

<b>GASTROINTESTINALES</b>					
	<b>Grado 0</b>	<b>Grado 1</b>	<b>Grado 2</b>	<b>Grado 3</b>	<b>Grado 4</b>
Bilirrubina	$> 1,25 \times N$	$1,26-2,5 \times N$	$2,6-5 \times N$	$5,1-10 \times N$	$> 10 \times N$
Transaminasas	$> 1,25 \times N$	$1,26-2,5 \times N$	$2,6-5 \times N$	$5,1-10 \times N$	$> 10 \times N$
Fosfatasa	$> 1,25 \times N$	$1,26-2,5 \times N$	$2,6-5 \times N$	$5,1-10 \times N$	$> 10 \times N$
Alcalina					
Oral	Ningún cambio	Dolor/eritema	Eritema/úlceras, puede ingerir sólidos	Úlcera, requiere dieta líquida	La alimentación no es posible
Náuseas/Vómitos	Ninguno	Náuseas	Vómito pasajero	Vómito requiere tratamiento	Vómitos no tratables
Diarrea	Ninguno	Transitoria $< 2$ días	Tolerable $> 2$ días	Requiere tratamiento	Deshidratación y hemorragia

TABLA II. Alteraciones digestivas

<b>RENAL</b>					
	<b>Grado 0</b>	<b>Grado 1</b>	<b>Grado 2</b>	<b>Grado 3</b>	<b>Grado 4</b>
Nitrógeno ureico (BUN) o creatinina	< 1,25 × N	1,26-2,5 × N	2,6-5 × N	5-10 × N	> 10 × N
Proteinuria	Ningún cambio	1 + < 0,3 g/% < 3 g/l	2-3 + 0,3-1,0 g/% 3-10 g/l	4 + > 1,0 g/% > 10 g/l	Síndrome neurótico
Hematoria	Ningún cambio	Microscópica	Grave	Grave + coágulo	Uropatía obstructiva

TABLA III. Alteraciones renales

<b>PULMONAR</b>					
	<b>Grado 0</b>	<b>Grado 1</b>	<b>Grado 2</b>	<b>Grado 3</b>	<b>Grado 4</b>
	Ningún cambio	Síntomas leves	Disnea en esfuerzo	Disnea en reposo	Se requiere reposo en cama total

TABLA IV. Alteraciones pulmonares

<b>FIEBRE</b>					
	<b>Grado 0</b>	<b>Grado 1</b>	<b>Grado 2</b>	<b>Grado 3</b>	<b>Grado 4</b>
Con el fármaco	Ninguna	Fiebre < 38° C	Fiebre 38-40° C	Fiebre > 40° C	Fiebre con hipotensión

<b>ALERGIA</b>					
	<b>Grado 0</b>	<b>Grado 1</b>	<b>Grado 2</b>	<b>Grado 3</b>	<b>Grado 4</b>
	Ningún cambio	Edema	Broncoespasmo; no es necesario tratamiento parenteral	Broncoespasmo; es necesario tratamiento parenteral	Anafilaxis

<b>PIEL</b>					
	<b>Grado 0</b>	<b>Grado 1</b>	<b>Grado 2</b>	<b>Grado 3</b>	<b>Grado 4</b>
	Ningún cambio	Eritema	Descamación seca, vesiculación, prurito	Descamación húmeda ulceración	Dermatitis exfoliante, necrosis que requiere intervención quirúrgica

TABLA V. Alteraciones térmicas - Alérgicas - Dérmicas

<b>CABELLO</b>					
	<b>Grado 0</b>	<b>Grado 1</b>	<b>Grado 2</b>	<b>Grado 3</b>	<b>Grado 4</b>
	Ningún cambio	Pérdida mínima del cabello	Alopecia moderada desigual	Alopecia completa pero reversible	Alopecia no reversible

<b>INFECCIÓN</b>					
	<b>Grado 0</b>	<b>Grado 1</b>	<b>Grado 2</b>	<b>Grado 3</b>	<b>Grado 4</b>
Indicar lugar	Ninguna	Infección menor	Infección moderada	Infección importante	Infección importante con hipertensión

TABLA VI. Alteraciones cabello - infecciosas

<b>CARDÍACA</b>					
	<b>Grado 0</b>	<b>Grado 1</b>	<b>Grado 2</b>	<b>Grado 3</b>	<b>Grado 4</b>
Ritmo cardiaco	Ningún cambio	Taquicardia sinusal > 110 en reposo	Extrasistolia unifocal arritmia atrial	Extrasistolia multifocal	Taquicardia ventricular
Función cardiaca	Ningún cambio	Asintomático, pero señal cardiaca anormal	Difusión sintomática transitoria no requiere tratamiento	Difusión sintomática que responde al tratamiento	Difusión sintomática que no responde al tratamiento
	Ningún cambio	Derrame asintomático	Sintomático, no requiere drenaje	Taponamiento requiere drenaje	Taponamiento requiere cirugía

TABLA VII. Alteración cardíaca

<b>SISTEMA NERVIOSO</b>					
	<b>Grado 0</b>	<b>Grado 1</b>	<b>Grado 2</b>	<b>Grado 3</b>	<b>Grado 4</b>
Estado de consciencia	Alerta	Letargo transitorio	Somnolencia < 50% horas de vigilia	Somnolencia > 50% horas de vigilia	Coma
Periférica	Ninguna	Parestesias y/o disminución de reflejos tendinosos	Parestesias severa y/o debilidad leve motora	Parestesias intolerables y/o marcada pérdida	Parálisis
Estreñimiento	Ninguna	Leve	Moderado	Distensión abdominal	Distensión y vómitos

<b>DOLOR</b>					
	<b>Grado 0</b>	<b>Grado 1</b>	<b>Grado 2</b>	<b>Grado 3</b>	<b>Grado 4</b>
	Ninguno	Leve	Moderado	Severo	No tratable

TABLA VIII. Alteración nerviosa y dolor

Según el grado de toxicidad referido como enfermedad neoplásica y su consecuencia en los diferentes sistemas, los grados 3-4 son candidatos a una incapacidad absoluta. El grado 2, en función a la actividad del paciente, puede ser candidato a una incapacidad permanente para su trabajo habitual.

---

## Valoración de la incapacidad laboral en el aparato digestivo

Los cánceres de las diferentes localizaciones del aparato digestivo se valoran según criterios establecidos en oncología.

En los procesos inflamatorios hay que valorar el déficit que puede crear en el aparato digestivo y en el estado general. Por ejemplo, en la *enfermedad de Crohn*, en caso de presentar fistulaciones varias en la región perianal, lo que provoca un déficit funcional para mantener posiciones de sedestación durante mucho tiempo.

### 7.1. EVENTRACIONES

Se ha de tener en cuenta el grado (su extensión) y la posibilidad o no de un tratamiento quirúrgico reparador (plastias). El pronóstico es frecuentemente desfavorable cuando son enfermos reintervenidos de anteriores eventraciones.

En el caso de que la extensión sea importante, o que la cirugía no haya conseguido su corrección, se han de desaconsejar aquellas actividades que se equiparen a la que realiza la prensa abdominal (levantar peso...), así como las anteflexiones forzadas o iterativas del tronco, no estando indicadas, por otra parte, las actividades totalmente sedentarias, ya que se contribuirá de manera perjudicial a la pérdida del tono de las paredes abdominales, repercutiendo negativamente sobre la eventración preexistente.

## 7.2. DRENAJES Y FISTULACIONES

Es frecuente observar, máxime en los obesos, las evoluciones tórpidas de los drenajes posoperatorios, especialmente en las intervenciones de los quistes hidatídicos hepáticos que cursan con supuraciones fluctuantes y recidivantes durante mucho tiempo.

Salvo que el paciente tenga repercusiones generales (infecciones...), o bien afectación secundaria de la función biliar o hepática, (en cuyo caso habrá que valorar dichos disfuncionalismos), las fístulas más o menos tórpidas no han de representar contraindicaciones para el desempeño de la actividad laboral normal siempre que el paciente tenga los cuidados de higiene en su zona, (no obstante, son candidatos firmes a permanecer durante largo tiempo en situación de baja laboral posintervención), ya que la evolución suele ser lenta, (de meses), y frecuentemente insidiosa.

## 7.3. ESTOMAS

1. *Estomas de alimentación*: tienen carácter temporal (se utilizan como vía de alimentación).

Se localizan en tramos altos, (desde faringostomías hasta yeyunostomías). La discapacidad viene influenciada por la restricción en la dieta con un menoscabo del 40%.

2. *Estomas de eliminación*: ileostomías y colostomías.

La ausencia del control esfinteriano comporta una pérdida ganancial del 25%.

Las repercusiones sociofamiliares se valoran en un 15%.

Luego el valor global, como mínimo, de cualquiera de estos estomas será de un 36% de la persona.

Este computo de partida habrá de combinarlo con el resultante de las posibles consecuencias orgánicofuncionales en otros órganos.

En el Reglamento de Accidentes Laborales se contemplan los estomas en el Art. 41 (apartado g), que considera lesiones tributarias de Invalidez Permanente Absoluta (Decreto de 22-VI-56).

## 7.4. PÁNCREAS

Las dos patologías más frecuentes son la pancreatitis y los tumores pancreáticos, adenomas y carcinomas.

Dos aspectos han de considerarse fundamentalmente en la valoración:

1. *Grado de disfuncionalismo pancreático*, (cuantificable por varias técnicas analíticas).

2. *Repercusiones metabólicas generales*, (tanto las ya establecidas, como las que ocurrirán en un futuro inmediato debido al grado de insuficiencia funcional detectado).

Han de valorarse además las *consecuencias de la diabetes mellitus*, si esta ha aparecido.

Ante un cuadro intenso y recalcitante de pancreatitis crónica, las actividades que requieran alto metabolismo, esfuerzos, consumo calórico medio elevado, y la permanencia en un medio ambiental anormal, se encuentran seriamente comprometidas y van a favor de una incapacidad.

En la valoración de las neoplasias, además del factor local, se tendrá en cuenta la discapacidad ocasionada por las mismas.

## 7.5. HÍGADO

Los principales signos clínicos indicativos de afectación hepática, son:

- Ictericia.
- Astenia-anorexia.
- Ascitis e hipertensión portal.
- Encefalopatías.
- Trastornos endocrinos, (caracteres sexuales secundarios).
- Cutáneos, (telangiectasias constantes).

Entre los hallazgos analíticos se pueden registrar: hipoalbuminemia, descenso de las cifras de colesterol, aminoaciduria, defecto de síntesis de factores de la coagulación (V, VII, X, Tasa de protrombina), alteraciones en la B.S.F.

A este cortejo sintomático habrá que recurrir en ocasiones para la valoración de múltiples nosologías hepáticas, especialmente en estados avanzados, y por lo tanto su utilidad es servir como patrón de referencia.

## 7.6. ENCEFALOPATÍAS HEPÁTICAS

Es una de las patologías que se presentan como complicación de la disfunción hepática. Los principales rasgos clínicos se centran en:

1. Trastornos del sueño.
2. Cambios bruscos en el humor.
3. Cambios en la personalidad.
4. Pérdida de la capacidad intelectual.
5. Trastorno del comportamiento.
6. Desorientación temporoespacial.
7. *Flapping-tremor* y manifestaciones extrapiramidales.
8. Disgrafía y apraxia de construcción.
9. Cuadros psiquiátricos diversos.

Todas estas sintomatologías y siguiendo a los autores, se pueden clasificar en tres categorías-grados que se exponen:

GRADO I: trastornos psíquicos ligeros, pérdida de memoria, desorientación y, *flapping*.

GRADO II: el grado I más somnolencia.

GRADO III: pérdida total de la conciencia, (coma).

*La afectación de uno de los tres grados repercutirá en sus tareas laborales, pudiendo ser tributario de una I.P.A.*

Las ICTERICIAS se valorarán en relación a las patologías que las producen.

La HIPERTENSIÓN PORTAL: se valorarán las causas y las repercusiones en el aparato digestivo (por ejemplo, varices esofágicas y sus hemorragias, si se producen).

ASCITIS: viene condicionada por la enfermedad de base y su discapacidad será consecuente a los trastornos que conlleva.

Las HEPATITIS CRÓNICAS pueden presentar motivo de invalidez dependiendo de las complicaciones que conlleve, y si se termina con un cuadro de afectación del estado general, astenia, anorexia, etc., que podría ser tributario de incapacidad.

CIRROSIS HEPÁTICA de base plurietiológica y se puede valorar teniendo en cuenta la clasificación de Child D Magno (Clínica Mayo).

### Puntos ponderables atribuibles a cada parámetro

	1	2	3
<b>Encefalopatía</b>	Ausente	Grado 1-2	Grado 3-4
<b>Ascitis</b>	Ausente	Leve	Moderada
<b>Bilirrubina sérica</b>	< 2 mg/dl	2-3 mg/dl	> 3mg/dl
<b>Albúmina sérica</b>	>35 g/l	20-35 g/l	< 26 g/l
<b>Protombina (prolongada)</b>	1-4	40	> 6
<b>Bilirrubina (en cirrosis biliar primaria)</b>	< 4 mg/dl	4-10 mg/dl	> 10 mg/dl

Child A.: 5-6 puntos;      Child B.: 7-9 puntos;      Child C.: 10-15 puntos.

El Child A y B se podrán valorar como una invalidez parcial o una invalidez permanente total (dependiendo del trabajo que efectue). El Child C podrá ser valorado como una I.P.T. o una absoluta.

## 7.7. SENTENCIAS

### **Hepatopatía crónica, asma alérgico corticodependiente.**

“Con diagnóstico de hepatopatía crónica, asma alérgico moderadamente corticodependiente y resolver la CEI declarándole afecta de incapacidad absoluta sin derecho a prestación por no cubrir periodos de carencia, lo que rectifica la sentencia que reconoce el derecho a pensión”. (TS 1989 3 enero).

### **Hepatitis crónica agresiva en estado precirrótico, hemosiderosis, dolores de piernas y anorexia.**

“Diagnosticada después de practicarse una biopsia, como hepatitis crónica agresiva en estadio precirrótico con hemosiderosis grado II, presentando actualmente las residuales de gran astenia con dolores de piernas y anorexia, lesiones que obviamente tienen una influencia determinante y obstativa respecto a toda clase de actividad laboral”. (TT 1985 8 julio).

### **Colecistectomizada por colecistectomía calculosa; úlcera piloroduodenal, histerectomía total con anexectomía bilateral por mioma uterino: camarera.**

“Pese a las dolencias entonces existentes, (colecistectomizada por colecistectomía calculosa; úlcera piloroduodenal; histerectomía total con anexectomía bilateral por mioma uterino y obesidad), continuar su vida profesional realizando las tareas de empleada de hogar y efectuando las correspondientes cotizaciones que, claro está, resultan plenamente computables a la hora de calificar el estado que presentaba en el año 1985, (fecha del hecho causante), momento este en el que la antigua dolencia se había añadido la espondiloartrósis bilateral muy avanzada, que sin duda alguna agravaron sensiblemente el estado fisicosíquico anterior y justificaron, valorando todas ellas en conjunto, el reconocimiento de invalidez permanente efectuado en la instancia”. (TCT 1989 24 mayo).

### **Ulcus duodenal gastrectomizada.**

*(Sentencia 2 junio de 1978).*

**Úlcera duodenal, artrosis cervical y hernia posoperatoria.**

*(Sentencia 13 marzo 1978).*

**Hepatitis crónica agresiva en estado precirrótico.**

*(Sentencia 8 junio de 1958).*

**Procesos hepáticos digestivos y reumáticos con alteraciones del estado general.**

*(Sentencia 2 mayo de 1979, tejedora).*

**Hepatopatía crónica y neurosis depresiva.**

*(Sentencia 16 noviembre 1985).*

**Grave pancreatitis y depresión profunda.**

*(Sentencia 30 enero 1986).*

Todas ellas se tienen que aceptar como I.P.T. para su trabajo habitual o I.A.



---

## Valoración de la incapacidad laboral en neurología

El menoscabo neurológico suele ser difícil de valorar debido a la frecuente interrelación de las funciones del Sistema Nervioso.

La valoración del paciente debe hacerse antes y después a los tratamientos aplicados. La valoración es obligada para comprobar la eficacia de los mismos y para valorar el pronóstico.

Es fundamental que el médico evaluador realice una correcta anamnesis y exploración del paciente para establecer el grado de deterioro físico o mental que presenta y conocer el resultado de exploraciones complementarias para establecer un diagnóstico previo a la valoración, para una correcta evaluación de los déficits funcionales causados por las enfermedades neurológicas.

### **8.1. CRITERIOS DE VALORACIÓN**

El curso de estas enfermedades es imprevisible. La tendencia puede ser a la regresión, o incluso, a veces, la desaparición de la sintomatología.

La valoración funcional y laboral tiene que ser tardía, no se debe evaluar el síndrome clínico, sino las secuelas o menoscabos permanentes. El periodo promedio de rehabilitación que se acepta antes de establecer las secuelas como definitivas es de seis meses, pero, en algún caso, se puede alargar hasta doce.

A efecto de evaluación y/o reinserción laboral, desde el punto de vista motor se pueden establecer las siguientes correlaciones, teniendo en cuenta las seis fases que establece Brünstom, según la movilidad que se alcance en las extremidades inferiores, extremidades superiores y manos:

- Los que no pasen de la fase I (*flaccidez*), tendrían que ser ayudados incluso para realizar algunas actividades básicas de la vida. Candidatos a una invalidez absoluta o gran invalidez.
- Los que queden en la fase II (*movimientos voluntarios mínimos*), salvo raras excepciones, tendrían difícil la realización del cualquier trabajo remunerado, incluso sedentario, por las dificultades para un mínimo desplazamiento. Candidatos a una invalidez absoluta.
- Los que superen las fase III (*espasticidad*, con mayor control voluntario), podrían realizar un trabajo que no requiera ningún tipo de actividad física (administrativos, etc). Candidatos a una I.P.T. en trabajos de esfuerzo.
- Los que superen la fase IV (*movilidad activa al 50% aproximadamente*), podrían realizar un trabajo sedentario, aunque conllevara un mínimo de actividad física (ordenanzas, telefonistas, etc.). Candidatos a una parcial permanente según en que trabajo.
- Los que superen la fase V (*movilidad activa del 75% aproximadamente*), fase VI *movilidad casi completa* (sin total recuperación de la fuerza) o queden sin secuelas, pueden realizar trabajos que requieran esfuerzos físicos ligeros, medios o importantes respectivamente. Candidatos a una invalidez permanente total.

En cuanto a la valoración de otras secuelas, hay que tener en cuenta:

- La hemianestesia es causa suficiente para convertir en afuncional una extremidad, a veces, sobre todo para trabajos finos o precisos.

- Los menoscabos permanentes complejos tipo apraxia, afasia y agnosia son muy incapacitantes. A veces la asociación de los tres puede generar situaciones de gran invalidez.
- A veces, las secuelas predominantes o concomitantes a valorar son las esferas psíquicas (memoria, concentración, inteligencia, trastornos de conducta, depresiones reactivas, etc).
- También hay que tener en cuenta el grado de adaptación a la incapacidad, la posible depresión reactiva, la motivación, el nivel de preparación, etc.

Concluyendo, estos criterios de valoración, podemos decir que las secuelas de la ECV pueden ser mínimas o inexistentes, no dando lugar a limitaciones ni discapacidad de ningún tipo, a déficit físico o psíquicos moderados o severos que menoscabaron de forma permanente al trabajador afectado, dificultando de forma total o absoluta su capacidad laboral, y llevarle incluso, en numerosas ocasiones, a necesitar la ayuda de otra persona para poder satisfacer sus necesidades básicas diarias.

Se han seguido los criterios citados por los doctores González, Gómez y Paredes (en Valoración de la Capacidad Laboral en neurología) y nuestra experiencia en relación a los diferentes grados de invalidez.

## **8.2. INCAPACIDAD Y PRONÓSTICO DE LA CRISIS EPILÉPTICA**

En este sentido, sugiere peor pronóstico y mayor severidad la epilepsia causada por enfermedades genéticas determinadas: facomatosis, epilepsia mioclónica progresiva, enfermedades mitocondriales y metabólicas.

Los enfermos epilépticos y de inteligencia normal, si están bien controlados, pueden realizar su trabajo habitual.

Únicamente podrían estar limitados los epilépticos con crisis activas que conlleven pérdidas de conciencia transitoria, para trabajos como piloto en compañías aéreas, submarinismo, profesor de

natación, conducción de automóviles, profesiones que requieran el control de una máquina, policía, bomberos, etc. Se tendrá que valorar el grado de invalidez cuando se demuestre que puede poner en peligro su vida y/o la de los demás.

### 8.3. TRASTORNOS DEL SUEÑO

**Disomnias:** trastornos para la iniciación y el mantenimiento del sueño o de excesiva somnolencia; entre los más característicos se incluye: el insomnio idiopático, la narcolepsia, la hipersomnía idiopática, la hipersomnía postraumática, el síndrome de apnea obstructiva (SOA), el síndrome de apnea central (SAC), etc., el trastorno del sueño extrínseco (por ejemplo: higiene del sueño no adecuada, trastorno del sueño dependiente del alcohol, etc.).

**Parasomnias:** trastornos del despertar, despertar parcial. Se trata de un episódico (como el sonambulismo, los terrores nocturnos, somniloquios, pesadilla, parálisis del sueño, trastornos de comportamiento durante el sueño REM, bruxismo, enuresis, etc.), más que un trastorno de la vigilia o del sueño *per se*. Puede ser inducido o exacerbado por el sueño, no como la disomnia.

Trastornos del sueño asociados con enfermedades orgánicas o psiquiátricas: enfermedades mentales (psicosis, ansiedad, alcoholismo, etc.), neurológicas (enfermedades neurodegenerativas, demencias, insomnio familiar, etc.), y otras enfermedades orgánicas (enfermedades del sueño, isquemia cardíaca nocturna, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, etc.).

Estos trastornos (sobre todo, la disomnia y ciertas enfermedades orgánicas y psiquiátricas), alteran los ritmos de vigilia y sueño y/o eficacia y/o estructura del sueño, conllevando un menoscabo en los rendimientos del trabajador durante su vigilia activa.

El sueño es una necesidad de supervivencia y su supresión total solo se tolera si es breve, mientras que una supresión parcial puede tolerarse durante mucho tiempo, pero producirá fatiga crónica, disminución permanente del estado de alerta, de atención, de concentración y de otras facultades cognitivas.

Igualmente, los estados de hipersomnia o sueño súbito (narcolepsia, catalepsia), son alteraciones potencialmente graves.

La base para el estudio del sueño lo constituye la polisomnografía (registro combinado del EEG, electrocardiograma, EMG de los músculos submandibulares, ECG y respiración).

Los estados crónicos y permanentes de falta de sueño nocturno con hipersomnia diurna limitan para trabajos de actividad física continuada y/o que requieran gran atención o concentración (conducción, altura, vigilancia, intelectuales, etc.).

**Narcolepsia:** están incapacitados para ciertos trabajos que, al igual que en las crisis epilépticas con pérdida de consciencia, tengan riesgos para el propio trabajador o para otras personas de su entorno.

**Síndrome de apnea del sueño:** dentro de los trastornos del sueño, este síndrome tiene una importancia especial, pues se cree que es un factor que interviene (junto con el alcohol, la velocidad, etc.), en un porcentaje importante en los accidentes de circulación.

Consiste en la apnea y el ronquido fisiológico que existe en el sueño REM se torna patológico al ser numerosas las apneas (más de 10 horas de sueño) y largas (incluso superiores a 40 segundos), así como un ronquido exagerado asociados a sobresaltos, debido a la obstrucción intermitentes de las vías respiratoria altas (SAO).

Las causas de obstrucción son muy numerosas, y entre las más importantes se incluye la hipertrofia de la úvula y el paladar blando, las obstrucciones nasales, la obesidad y el cuello corto. Este síndrome puede asociarse con afecciones broncopulmonares, musculares o neuropáticas y obesidad extrema.

La clínica consiste tanto en insomnio como en hipersomnia diurna, aunque se pueden presentar otras manifestaciones como son episodios de conducta automática por la noche, cefalea matutina, torpe físico y mental, irritabilidad, trastornos del humor e *impotentia coeundi*.

Se debe tratar médica o quirúrgicamente la enfermedad asociada, si existe, o medidas higiénicas o dietéticas en caso de obesidad.

En cuanto al tratamiento de las apneas del sueño en sí, los aparatos de presión positiva continua de las vías aéreas (CPAP) que evi-

tan el colapso de las vías respiratorias, impidiendo su obstrucción durante el sueño, proporcionan excelentes resultados, mejorando el estado psíquico y la hipersomnia, con pocos efectos secundarios.

Por eso las limitaciones laborales permanentes descritas anteriormente en los trastornos del sueño, en este síndrome solo van a existir en los individuos con patologías asociadas no tratables, como tumores que compriman las vías aéreas, fibrosis pulmonar, etc., o en aquellos casos en los que el paciente no acepta el origen de sus molestias, y en vez de tratarse o seguir dietas, etc, se establece un círculo vicioso, y la torpeza psicofísica propia del trastorno respiratorio provoca una inactividad e irritabilidad mayor con hiperfagia y abuso del alcohol y del tabaco, todo lo cual agrava la obesidad y la obstrucción respiratoria, y por consiguiente, los riesgos laborales.

De los apuntes de clase del curso de Valoración Médica de la Incapacidad. ESSSCAN.2002

## 8.4. SENTENCIAS

### **Síndrome depresivo severo de tipo fóbito obsesivo y la epilepsia de tipo gran mal con crisis bimensual.**

“La existencia del síndrome depresivo severo de tipo fóbito obsesivo y la epilepsia de tipo gran mal con crisis bimensual, fundamenta el grado de invalidez reconocido en la sentencia, pues se trata de una enfermedad crónica e incurable que impide desarrollar con normalidad cualquier actividad valuable en el mercado laboral.”  
(TS 1991. 29 abril.)

### **Hernia de Scholl, epilepsia y depresión nerviosa: dependienta.**

“Dependiente nacida en 1953 que presenta hernia de Scholl, epilepsia y depresión nerviosa, solicitando IPA que le niega el INSS, y sentencia impugnada frente a la que formula suplicación que acoge a la Sala parcialmente y estima la pretensión subsidiaria, declarándola en IPT de acuerdo al artículo 135.4 de la LGSS razonando que los déficits que presenta la actora, aunque merman su capacidad laboral, no la eliminan de la vida activa debido a que

conserva una serie de aptitudes que le permiten llevar a cabo una gama variada de tareas que sean simples y sin responsabilidades, por lo que le corresponde IPT.” (TSJ Andalucía, Málaga, 1993, 4 mayo).

### **Epilepsia postraumática: conductor repartidor.**

“El demandante, de profesión conductor repartidor, sufrió un accidente de trabajo el 13 de marzo de 1987, con traumatismo craneoencefálico y pérdida de conciencia de corta duración, fractura del 5.º metacarpiano y fractura del brazo derecho, apreciándose diartrosis de sutura parieto-occipital y línea de fractura a nivel temporal, así como hemorragias en el lóbulo temporal izquierdo con mínimo hematoma subdural izquierdo, sin desplazamiento del sistema ventricular, por lo que causó baja hasta el 27 de agosto del mismo año, reconociéndosele por resolución administrativa de 18 de febrero 1988 lesiones permanentes no invalidantes; pero el 12 del mismo mes de febrero sufrió un nuevo accidente con nuevo traumatismo craneoencefálico, siendo dado de alta el 3 de marzo con el diagnóstico de epilepsia postraumática, habiendo sufrido dos crisis comiciales después del 13 de marzo de 1987, sin que conste que con anterioridad sufriera epilepsia. La sentencia de instancia considera la existencia de dos accidentes de trabajo independientes, y, sin entrar en el fondo de la cuestión litigiosa, desestima en la instancia de la demanda para el que el actor inicie un nuevo expediente en la vía administrativa, en el que se determine si la indudable enfermedad que padece se deriva del primer accidente o del segundo, criterios que, por razones de celeridad procesal, y que una vez que el Magistrado sentenciador ha calificado la etiología de la enfermedad al admitirla causa traumática, no puede mantenerse, pues resulta claro que las crisis comiciales se derivan de las graves lesiones craneales sufridas el 13 de febrero de 1987, del que fue una mera recaída el segundo, por manifestación de una grave secuela, la crisis comicial. Descubierta este evento, no es necesario acudir a una nueva vía administrativa; siendo también obvio que un trabajador de la categoría profesional del demandante se halla incapacitado de manera total y permanente para el desempeño de su oficio, por lo que ha de estimarse el recurso revocar la sentencia que conculca el artículo 135.4 de la LGSS.”

### **Cardiopatía isquémica, obesidad mórbida, bronquitis crónica, somnolencia constante: autónomo.**

“Los hechos declarados probados en la sentencia recurrida, según los que el trabajador autónomo demandante padece cardiopatía isquémica con angor de esfuerzo grado II-III, hipertensión arterial, diabetes no insulino dependiente, obesidad mórbida con síndrome de Pickwick, cérvicoartrosis, y gonartrosis de sobrecarga, deben ser completados con el reconocimiento de que padece también bronquitis crónica, con estación del motivo destinado a la revisión de los hechos probados, pues así resulta de la prueba documental, entre la que figuran informes de centros hospitalarios de la propia Seguridad Social. Es evidente que está impedido, no solo para la realización de trabajos de esfuerzo que exijan deambulación o bipedestación prolongada, como el suyo habitual de droguero, para la que ha sido declarado inválido total en vía administrativa, sino incluso para los trabajos de naturaleza sedentaria, pues cualquiera de los que existen en el actual mercado de trabajo, incluso los de la administración y dirección del propio negocio, exigen una atención mínima y prolongada que el actor no puede mantener por la constante somnolencia que padece (consecuencia del síndrome de Pickwick), situación incardinable en el grado de incapacidad permanente absoluta, máxime si se tiene en cuenta la avanzada edad del actor y a la limitada cobertura con que cuenta en el grado de incapacidad total dada su condición de autónomo, por lo que se estima el recurso contra la sentencia desestimatoria de la demanda, para reconocer al actor el mencionado grado de invalidez.” (TSJ, Murcia, 1993, 1 de septiembre).

### **Valoración del dolor como secuela invalidante: el dolor constituye secuela altamente invalidante, si su apreciación se funda en la concurrencia de una base objetiva de la que se puede deducir su existencia, aplastamiento de la 3.<sup>a</sup> vértebra lumbar: peón.**

“El dolor constituye una secuela altamente invalidante, cuya apreciación en el presente caso no se funda en las meras manifestaciones subjetivas del paciente, sino que existe una base objetiva de la que se puede concluir su existencia, como es el aplastamiento de la tercera vértebra lumbar. La modificación que la Mutua pretende, no se funda por tanto en documento o pericia alguna en la que se afirme que aquel no padece tal defecto en la L ni lumbalgia a la flexión,

sino que, por el contrario, el Dr. P., perito propuesto por la Mutua, manifiesta que las secuelas coinciden prácticamente con la totalidad del informe de la UVMI.

Las principales actividades a desarrollar por un peón de cantera son trabajos de esfuerzo que exigen bipedestación y marcha permanente, el uso de ambas extremidades superiores para el manejo de útiles y herramientas y la carga y descarga de materiales. Las secuelas que afectan al actor le impiden llevar a cabo tales trabajos de esfuerzo, no solo por la limitación dolorosa que afecta a su columna vertebral, sino porque tampoco puede utilizar la mano derecha para llevar a cabo tales tareas, puesto que los movimientos de la muñeca no está abolidos, por haber quedado fija la articulación, sino que existe movilidad, pero esta es dolorosa y la capacidad de la mano para asir objetos está limitada en un porcentaje superior al 50%.” (TSJ, Murcia, 1993, 24 de febrero).

**Sentencia del TS de 10/12/1997:** Epilepsia con crisis espaciadas o esporádicas, típica del denominado pequeño mal. Incapacidad Permanente Total.

**Sentencia del TS de 18/12/1980:** Epilepsia con crisis espaciadas o esporádicas, típica del denominado pequeño mal. Incapacidad Permanente Total.

**Sentencia del TS de 21/06/1982:** Epilepsia con crisis espaciadas o esporádicas, típica del denominado pequeño mal. Incapacidad Permanente Total.

**Sentencia del TS de 28/11/1986:** Crisis epilépticas generalizadas son de “gran mal” y muy frecuentes. Incapacidad Permanente Absoluta.

**Sentencia del TS de 27/03/1989:** Crisis epilépticas generalizadas son de “gran mal” y muy frecuentes. Incapacidad Permanente Absoluta.



---

## Valoración de la incapacidad laboral en cardiología

Al realizar la historia clínica debemos tener presente que podemos encontrar pacientes asintomáticos o por el contrario con síntomas floridos; debiéndose registrar en el dictamen médico y valorar igualmente, los factores de riesgo o antecedentes de interés.

Los síntomas que nos permitirán valorar el estado clínico del paciente:

- El ANGOR o dolor torácico.
- La DISNEA.

Existen cuatro grados establecidos para graduar la disnea, coincidentes con los grados funcionales de NYHA:

- **Grado I:** aparece al subir una cuesta y dos pisos.
- **Grado II:** aparece al subir un piso.
- **Grado III:** aparece al andar por terreno llano.
- **Grado IV:** disnea en reposo.

Sin embargo, el uso de la disnea como criterio para determinar una incapacidad tiene limitaciones serias, pues es un síntoma inminentemente subjetivo, con respuestas individuales muy variables a afecciones equivalentes.

Por ello el grado de disnea no siempre es proporcional al déficit de las pruebas funcionales.

## 9.1. FATIGA MUSCULAR

Expuesta por el paciente como cansancio o astenia. Su presencia significa un grado evolucionado de la enfermedad.

SÍNCOPE o pérdida de conciencia súbita y transitoria acompañada de incapacidad para mantener el tono muscular.

## 9.2. VALORACIÓN EN CARDIOLOGÍA

Una de las exploraciones para poder objetivar el déficit ocasionado por la patología cardiaca es la prueba de esfuerzo, (P. de E.).

Los protocolos más utilizados para realizar la P. de E. son mediante un ejercicio dinámico y progresivo desplazándose por un tapiz rodante, con mayor dificultad en cada estadio, en los que se va aumentando la velocidad e inclinación de la cinta. De ellos, en la actualidad el más utilizado es el de *BRUCE*.

### PROTOCOLO DE BRUCE

Estadio	Velocidad	Pendiente	Minutos	Tiempo Total	Metros
I	2,7 km/h	10%	3	3 min	4
II	4 “	12%	3	6 min	6,7
III	5,4 “	14%	3	9 min	8,9
IV	6,7 “	16%	3	12 min	14
V	8 “	18%	3	15 min	20
VI	8,8 “	20%	3	18 min	25

Para una correcta aplicación a la valoración clínico-laboral de la P. de E. es fundamental una buena cuantificación de todos los datos que aporta y que se describen a continuación:

### 9.3. CAPACIDAD AERÓBICA O FUNCIONAL Y DURACIÓN DEL EJERCICIO

Los sistemas pulmonar y cardiovascular llevan el oxígeno a las diferentes células del organismo. Hay una relación lineal entre el nivel de trabajo y el consumo de oxígeno hasta que se alcanza el máximo consumo de este. A partir de este punto cargas de trabajo superiores no pueden soportarse, pues el consumo no solo no aumenta sino que puede declinar.

El volumen de oxígeno máximo, ( $VO_2$  máx.), valorado mediante la prueba de esfuerzo, es un índice de función cardiovascular cuando la función pulmonar y la concentración de oxígeno son normales. Aunque lo ideal es conocer el valor real del  $VO_2$  máx., puede obtenerse un valor aproximado por métodos indirectos, mediante el protocolo de Bruce y la unidad “*METS*”, (unidad metabólica equivalente a 3,5 ml  $O_2$ /kg/min.)

En relación con el número de *METS* alcanzados, se establecen una serie de grados funcionales, según diversos protocolos en tapiz rodante, entre ellos el de *BRUCE*, según cuadro que sigue:

<b>METS</b>	1,6	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Estado Clínico																
Pacientes sintomáticos			←	→												
Enfermos recuperados			←	→												
Sanos sedentarios				←	→											
Físicamente activos						←	→									
Grado funcional			IV	III	II	I	←	→	y normal	←	→					

### Interpretación clínica de la ergometría

<b>METS (70 kg peso)</b>	<b>Wattios</b>	<b>Actividad Laboral</b>	<b>Actividades de tiempo libre</b>
1,5-2	Menos de 20	Trabajo de oficina. Conducir en automóvil. Escribir a máquina. Trabajos manuales ligeros (arreglar radio).	Coser y hacer punto. Permanecer en pie. Marchar a 1,5 km/h. Pilotar una avioneta. Conducir una moto en terreno llano.
2-3	25-35	Trabajo de portero. Reparar un coche. Utilizar herramientas de fontanero. Servicio de bar.	Marchar a 3 km/h en terreno llano. Montar a caballo, al paso. Tiro al plato. Billar, bolos, petanca, golf. Tocar cualquier instrumento musical. Pescar con lanzamiento de anzuelo.
3-4	35-60	Conducir un camión. Montar motores, soldar. Colocar ladrillos. Empujar carretillas (35 kg). Instalación eléctrica. Limpiar cristales.	Marchar a 4 km/h. Bicicleta 10 km/h. Tiro con arco. Montar a caballo, al trote. Tenis de mesa. Pescar con mosca y botas de agua.
4-5	60-80	Pintar con brocha. Albañilería, tapicería y carpintería ligera. Transportar objetos (20 kg).	Marchar a 5 km/h. Bicicleta a 13 km/h. Golf (llevando los palos). Bailar, recoger hojas. Tenis (dobles).

<b>METS (70 kg peso)</b>	<b>Wattios</b>	<b>Actividad Laboral</b>	<b>Actividades de tiempo libre</b>
5-6	80-100	Carpintería exterior de una casa. Transportar objetos (20-30 kg). Cavar en el jardín. Mover tierra suelta con una pala.	Marchar a 6 km/h. Bicicleta 16 km/h. Patinaje sobre ruedas o hielo a 15 km/h.
6-7	100-125	Trabajar con pala de 4,5 kg (10 minutos).	Marchar a 8 km/h. Tenis individual. Partir leña, baile folklórico. Esquí en ligera pendiente. Esquí náutico.
7-8	125-140	Poner raíles de ferrocarril. Cavar zanjas. Transportar objetos (40 kg). Serrar madera dura.	Correr a 8 km/h. Montar a caballo al galope. Hockey sobre patines. Montañismo. Arbitrar (baloncesto, fútbol).
8-9	140-160	Trabajo de mina Trabajo de fundición Pala de 5,5 kg (10 minutos) Transportar objetos (45 kg).	Correr a 9 km/h. Ciclismo 21 km/h. Esgrima. Natación a 35 m/min.
Más de 9	Más de 160	Trabajar con pala de más de 7,5 kg (10 minutos).	Natación a 40 m/min (9,5 METS). Ciclismo a 23 km/h. Rugbi (10 METS). Baloncesto, fútbol, judo, pelota vasca, remo de competición (12 METS).

Si la actividad se realiza de una forma prolongada, el gasto energético no debe ser superior al 40% de la capacidad funcional encontrada en la ergometría (Revista Sociedad Castellana de Cardiología. Boletín 15/Julio 81).

### **9.3.1. Datos que debe contener el informe de la prueba de esfuerzo**

1. Nivel de frecuencia cardíaca y presión arterial que se ha alcanzado.
2. Capacidad de rendimiento físico o clase funcional por el VO<sub>2</sub> máx. a partir de la cual se obtiene la desviación, (reducción de la función aeróbica).
3. Alteraciones en el ECG y nivel de frecuencia cardíaca en que se han registrado, (umbral de isquemia).
4. Alteraciones en el ritmo cardíaco.
5. Si la prueba no es concluyente por frecuencia cardíaca insuficiente o alteraciones en el ECG dudosas, indicar la conveniencia de repetir la prueba en otras condiciones.
6. Protocolo utilizado para realizar la prueba.

## **9.4. VALORACIÓN Y PRONÓSTICO LABORAL DE LAS CARDIOPATÍAS**

Al estimar el alcance de una deficiencia cardíaca, debe encuadrar al paciente dentro de uno de los grados de la clasificación funcional que se adopta más comúnmente en cardiología promulgada por el comité de criterios de la New York Heart 6.<sup>a</sup> edición.

- Grado I:** El paciente presenta enfermedad cardíaca que no limita la actividad física; la actividad física normal no causa fatiga excesiva, palpitaciones, disnea o dolor anginoso.

- Grado II:** El paciente presenta enfermedad cardiaca que causa una ligera limitación de la actividad física: el paciente se encuentra bien en reposo y al realizar las actividades diarias normales y ligeras; la actividad física superior a lo normal, como el ejercicio físico intenso, causa fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso, incapacitándolo para aquellas profesiones que requieran actividad física.
- Grado III:** El paciente presenta enfermedad cardiaca que causa una limitación marcada de la actividad física: el paciente se encuentra bien en reposo. La actividad física normal causa fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso. Trabajos sedentarios, si T.P.H.
- Grado IV:** El paciente presenta enfermedad cardiaca que causa incapacidad para realizar cualquier tipo de actividad física sin molestias. Pueden aparecer síntomas de gasto cardiaco insuficiente, congestión pulmonar, congestión sistémica o síndrome anginoso, incluso en reposo; las molestias aumentan al realizar cualquier tipo de actividad física. Toda clase de trabajos, absoluta.

### ***Estenosis mitral***

Debe ser considerada una enfermedad progresiva. El intervalo medio que transcurre entre el inicio de los síntomas y la incapacidad es de unos siete años.

### ***Insuficiencia mitral***

Desde el punto de vista laboral, es poco limitante y se puede valorar definitivamente sin intervención quirúrgica.

### ***Insuficiencia aórtica. Estenosis aórtica valvular***

En las valvulopatías aórticas severas, (estenosis o insuficienci), también están desaconejados los trabajos de riesgo, conducción, en alturas, etc., por la posibilidad de crisis sincopales o anginosas, mientras no se corrija la lesión por cirugía.

### ***Miocardopatía hipertrófica***

El pronóstico funcional es malo, caracterizándose por una lenta progresión de los síntomas y un progresivo deterioro de la función ventricular. Como mínimo, contraindicando los esfuerzos físicos.

### ***Pronóstico global de las arritmias***

El grado de deficiencia debida a arritmia cardiaca por lo general, deberá combinarse con el grado de deficiencia debida al de la cardiopatía subyacente.

### ***Marcapasos permanentes (MP)***

Los marcapasos permiten, en general, la reincorporación del paciente a una vida normal sin esfuerzos, (limitados para este tipo de trabajos).

Y también reseñar que los portadores de un MP permanente, están legalmente impedidos para la obtención y renovación de permisos de conducir correspondientes a las clases B.2, C.1, C.2, D y E.

---

# Valoración de la incapacidad laboral en las enfermedades laborales vasculares periféricas

## 10.1. PATOLOGÍA ARTERIAL

Para la evaluación del menoscabo físico y funcional de los pacientes afectados por patología arterial consecuente a un proceso agudo o crónico hay que tener en cuenta, independientemente de la etiología que originó la enfermedad:

Las secuelas anatómicas, su traducción funcional para la vida normal, psicológica, profesional, y autonómica, que se produzcan en los pacientes que padezcan estos procesos patológicos, sin olvidar las enfermedades sobreañadidas al problema vascular, como son: nivel educacional de los sujetos, capacidad de comunicación, órganos de los sentidos que pueden encontrarse afectados, situaciones cardilógicas, pulmonares, renales, digestivas, del aparato locomotor y neurológicas, que pueden afectar a la autonomía del paciente.

Podemos tener como referencia el cuadro de alteraciones-trastornos de *MÉLENNEC*, modificado, con las incapacidades que correspondan a los trastornos.

## EVALUACIÓN DEL DÉFICIT FUNCIONAL E INCAPACIDAD QUE PUEDE ORIGINAR LA PATOLOGÍA ARTERIAL

<b>Trastornos ligeros</b>	<b>Trastornos moderados</b>	<b>Trastornos medios</b>	<b>Trastornos importantes</b>	<b>Trastornos graves o severos</b>
<b>Grupo 1</b>	<b>Grupo 2</b>	<b>Grupo 3</b>	<b>Grupo 4</b>	<b>Grupo 5</b>
0,5% (menoscabo)	5-15% (menoscabo)	15-30% (menoscabo)	30-60% (menoscabo)	> de 60% (menoscabo)
Asintomático o síntomas leves	Sintomático	Sintomático	Síntomas en reposo	Síntomas irreversibles (lesiones tróficas)
Exploración patológica sin consecuencias funcionales	Exploración patológica con consecuencias funcionales	Exploración patológica con consecuencias funcionales	Exploración patológica con anulación funcional	Exploración patológica con anulación funcional
Capacidad de esfuerzo conservada	Capacidad de esfuerzo discretamente disminuida	Capacidad de esfuerzo disminuida de forma importante	Capacidad de esfuerzo anulada	Capacidad de esfuerzo anulada
Vida profesional y social normal	Vida profesional y social normal o discretamente afectada	Vida profesional y social afectada de forma importante	Vida profesional y social anulada	Vida profesional y social anulada
Autonomía total	Autonomía total	Autonomía total a favor de una I.P.T.	Autonomía disminuida a favor de una I.P.T. o I.A.	Autonomía disminuida y/o anulada a favor de una I.P.T. o I.A.
Tratamiento profiláctico	Tratamiento profiláctico y cambios de hábitos	Tratamiento quirúrgico y/o farmacológico	Tratamiento imprescindible quirúrgico y/o farmacológico	Tratamiento imprescindible quirúrgico y/o farmacológico y social

La tabla nos servirá de referencia para las extremidades superiores e inferiores.

## **10.2. PATOLOGÍA VENOSA**

Una vez resuelto el problema agudo del paciente, este presentará una secuela postflebítica que dependerá de la localización, tiempo de evolución y complicaciones derivadas de la insuficiencia venosa crónica que producirá en el futuro; tomamos como referencia el cuadro de Mélenec (en página siguiente) en los trastornos venosos, modificado en relación a las incapacidades.

Se tendrá que valorar después del tratamiento quirúrgico si se puede efectuar.

## **10.3. PATOLOGÍA LINFÁTICA**

La linfagitis se solucionará con el tratamiento médico correspondiente; en caso de complicaciones, se tendrá que valorar el déficit funcional que originan.

En las manifestaciones crónicas de linfedema dependerá de las complicaciones que conlleve, edema indurado, úlceras, etc., y el déficit crónico que puedan crear las lesiones establecidas.

**EVALUACIÓN DEL DÉFICIT FUNCIONAL E INCAPACIDAD QUE PUEDE ORIGINAR LA PATOLOGÍA VENOSA**

<b>Trastornos ligeros</b>	<b>Trastornos moderados</b>	<b>Trastornos medios</b>	<b>Trastornos importantes</b>	<b>Trastornos graves o severos</b>
<b>Grupo 1</b>	<b>Grupo 2</b>	<b>Grupo 3</b>	<b>Grupo 4</b>	<b>Grupo 5</b>
0,5% (menoscabo)	5-15% (menoscabo)	15-30% (menoscabo)	30-60% (menoscabo)	> de 60% (menoscabo)
Síndrome varicoso ligero	Síndrome varicoso moderado	Síndrome varicoso medio	Síndrome varicoso importante	Síndrome varicoso grave
Exploración normal o con discretas dilataciones varicosas	Exploración patológica	Exploración patológica con variaciones importantes	Exploración patológica con complicaciones como claudicación venosa, varicorragias o úlceras	Exploración patológica con complicaciones de la piel irreversibles
Capacidad de esfuerzo normal	Capacidad de esfuerzo normal	Capacidad de esfuerzo normal o discretamente disminuida	Capacidad de esfuerzo afectada	Capacidad de esfuerzo anulada
Vida profesional y social normal	Vida profesional y social normal	Vida profesional y discretamente disminuida	Vida profesional y social afectada a favor de una I.P.T. o I.A.	Vida profesional y social anulada a favor de una I.P.T.
Autonomía conservada	Autonomía conservada	Autonomía conservada	Autonomía afectada	Autonomía anulada
Cambio de hábitos	Cambio de hábitos y medidas antiectásicas	Cambio de hábitos y tratamiento antiectásico	Cambio de hábitos, tratamiento antiectásico, reposo y posiblemente quirúrgico	Tratamiento quirúrgico, antiectásico farmacológico

---

## Valoración de la incapacidad laboral en neumología

Como síntoma clínico orientativo para valorar la incapacidad está la *disnea*, que es la sensación de falta de aire o incapacidad para ventilar adecuadamente los pulmones. Es el síntoma que limita la actividad laboral.

Hay distintas escalas para valorar la disnea, una de las más utilizadas es la de Morgan, que evalúa la disnea de 0 a 4.

Grado 1: No hay disnea con la actividad normal.

Grado 2: Disnea para caminar subiendo una cuesta o subiendo los tramos de escalera correspondiente a dos pisos de altura.

Grado 3: Disnea para caminar tranquilamente por terrenos llanos.

Grado 4: Disnea para realizar las actividades requeridas para el aseo personal: lavarse, calzarse, vestirse, caminar por la habitación.

La disnea no debe utilizarse como criterio único para evaluar la disfunción porque la causa de la disnea es múltiple y compleja. Además, la respuesta individual a la disnea puede ser muy variada. La disnea puede manifestarse de forma continua y progresiva, o en crisis agudas acompañadas de ruidos respiratorios (sibilancias).

La tos y las expectoraciones son otros síntomas clínicos cuyas características definen la bronquitis crónica, y su aparición en rela-

ción a diferentes actividades. Según los autores, se puede valorar la disfunción basada en el consumo de oxígeno:

- Si el consumo máximo de  $O_2$  es mayor o igual a 25 ml/kg/min, el sujeto será capaz de desarrollar confortablemente la gran mayoría de los trabajos, aunque sean duros.
- Si el consumo máximo de  $O_2$  está entre 15 y 25 ml/kg/min y el trabajo que realiza requiere un consumo de  $O_2$  igual o menor del 40% de este valor, lo podrá desarrollar confortablemente. Una excepción podría ser cuando se requiera durante periodos largos ( > 5 minutos) realizar ejercicios que ocasionen un consumo sustancialmente mayor del 40%.
- Si el consumo máximo de  $O_2$  es menor o igual a 15 ml/kg/min, el sujeto será incapaz de desempeñar la gran mayoría de los trabajos de una forma confortable.

La disfunción se evalúa fundamentalmente a partir de los resultados de la espirometría forzada y de la difusión de monóxido de carbono realizada por la maniobra de respiración única, siendo recomendable hacer ambas pruebas en un primer estadio.

Los sujetos con exploración normal o disfunción leve, no tienen normalmente disminuida la capacidad para desempeñar cualquier actividad laboral.

Los sujetos con disfunción moderada, pueden tener disminuida la capacidad para desarrollar ciertas actividades que requieran esfuerzos físicos.

Los sujetos con disfunción grave estarán incapacitados para realizar cualquier tipo de trabajo.

Los pacientes diagnosticados de EPOC, según Eur Respir J., se verán agravados por factores tales como:

Edad avanzada, persistencia del tabaquismo, FEV<sub>1</sub> inicial < 50% del predicho, disminución acelerada del FEV<sub>1</sub>, escasa respuesta a broncodilatadores, hipoxemia severa no tratada, *cor pulmonare*, mala capacidad funcional general.

El diagnóstico del *cor pulmonare crónico* indica que el sujeto está incapacitado para realizar cualquier tipo de trabajo. La disnea es el síntoma más manifiesto y está siempre presente.

Está causado por una patología fundamentalmente pulmonar, que origina una hipertensión pulmonar que causa sobrecarga ventricular derecha crónica. Se establece una insuficiencia cardiaca derecha más o menos grave e irreversible, según el grado de sobrecarga ventricular derecha.

El *Asma Crónico Grave* será origen de incapacidad laboral cuando presente la sintomatología de tos, disnea, opresión torácica, con crisis intensas y frecuentes durante las 24 horas. Necesita tratamiento broncodilatador cada 4 horas. La capacidad ventilatoria está disminuida en más del 40%.

La discapacidad del *cáncer de pulmón* dependerá del informe de oncología y de la capacidad respiratoria que resta. Son pacientes tributarios a una incapacidad para cualquier trabajo que requiera esfuerzos o que tengan que estar en ambientes-atmósferas cargadas.

Se tendrá que valorar la importancia que tiene en la patología pulmonar la *alergia laboral o patología sensibilizante*. Estos pacientes tendrán que ser valorados por las unidades de medicina de seguridad e higiene en el trabajo.

## 11.1. SENTENCIAS

**Broncopatía crónica obstructiva, artrosis generalizada en toda la columna con imagen en caña de bambú, osteoporosis y limitación de la movilidad del pie.**

“Broncopatía crónica obstructiva, artrosis generalizada en toda la columna con imagen en caña de bambú, osteoporosis y limitación de la movilidad del pie derecho, no son constitutivas de invalidez permanente absoluta”. (TS, 1985, 19 de septiembre).

**Broncopatía crónica obstructiva, con componentes enfisematosos obstructivos, gran esfuerzo biliar y enfisema de base, disnea a pequeños esfuerzos.**

“Broncopatía crónica obstructiva, con componentes enfisematosos obstructivos, gran esfuerzo biliar y enfisema de base, disnea a pequeños esfuerzos, tos frecuente e irritativa. Se estima la demanda y se declara afecto de incapacidad permanente absoluta para todo trabajo con las pertinentes prestaciones; el recurso, que ha formalizado el Instituto Nacional de la Seguridad Social, se articula en un solo motivo que está amparado en el artículo 167.1 del Texto de Procedimiento Laboral, por ampliación indebida del número 5 del artículo 135 de la Ley General de la Seguridad Social y del Ministerio Fiscal en su informe estima procedente, como efectivamente lo es, porque las admitidas secuelas irreversibles que sufre el demandante no determinan la pérdida completa de su aptitud o habilitación para cualquier profesión y oficio, ya que les dejan capacidad laboral para desempeñar las funciones de los que puedan ser sedentarios y no requieran esfuerzo material”. (TS, 1985, 15 de enero).

### **Silicosis de 2.º grado con broncopatía crónica y cardiopatía.**

“Nódulos de maurogordato que se encuentra en zonas perihilares e hilios basales entre una gran trama conectivo vascular muy acentuada y dibujada por nódulos finísimos, existiendo un pinzamiento frágil derecho y una silueta cardiaca rígida comprendida de la línea de separación en su lado izquierdo, presentando en electrocardiograma signos de cardioesclerosis por hemibloqueo de rama izquierda, suponiendo todo ello una silicosis de segundo grado asociada a una broncopatía crónica espástica y cardiopática arterioesclerótica. Las secuelas de las silicosis de 2.º grado unidas a la broncopatía crónica y cardiopatía, y además disfunciones antes descritas, ha de determinar la equiparación al tercer grado de silicosis, cuando en la valoración conjunta impidan, y así lo estimo el Juzgador a quo, debiendo ratificarse, cualquier trabajo, pues ha de interpretarse en tal sentido el artículo 45 de la Orden de 15 de abril de 1969 sobre invalidez, cual se desprende de la doctrina reiterada de esta Sala, Sentencia de 5 de junio y 20 de septiembre de 1978, 23 de junio de 1979 y 28 de octubre de 1982, y ello porque la propia enfermedad profesional unidas a las numerosas e importantes secuelas concurren con la misma, determinan la incapacidad reconocida”. (TS, 1985, 2 de febrero).

Sentencias incapacidad permanente absoluta, “doctrina jurisprudencial”:

**Broncoenfisema y osteomielitis crónica y alteraciones en la estructura ósea.**

*(Sentencia 6 de marzo 1978).*

**Broncopatía crónica.**

*(Sentencia 2 de julio 1980).*

**Broncoquiestasia y calcificaciones pleurales.**

*(Sentencia 6 de junio 1980).*

**Bronquitis crónica.**

*(Sentencia 20 de junio 1980).*

**Bronquitis crónica, arteriosclerosis e isquemia.**

*(Sentencia 6 de febrero 1978).*

**Bronquitis crónica asmática con insuficiencia ventilatoria.**

*(Sentencia 3 de noviembre de 1986).*

**Bronquitis crónica con enfisema y estenosis mitral.**

*(Sentencia 4 de julio 1977).*

**Bronquitis crónica, *cor pulmonare* y cifosis dorsal.**

*(Sentencia 25 de enero 1979).*

**Bronquitis crónica, enfisema pulmonar, *cor pulmonare*.**

*(Sentencia 10 de mayo 1980).*

**Bronquitis crónica, enfisema y síndrome de Basedow.**

*(Sentencia 23 de abril 1980).*

**Bronquitis crónica enfisematosa y *cor pulmonare* con disnea de esfuerzo.**

*(Sentencia 2 de mayo 1978).*

**Bronquitis crónica obstructiva con disnea de esfuerzo.**

*(Sentencia 11 de febrero 1978).*

**Disnea en reposo acrecentada con mínimo esfuerzo y deterioro psíquico.**

*(Sentencia 27 de diciembre 1990).*

***Cor pulmonare* crónico consecutivo a tuberculosis pulmonar.**

*(Sentencia 9 de junio 1978).*

**Insuficiencia respiratoria bilateral con estertores pulmonares.**

*(Sentencia 24 de mayo 1978).*

**Insuficiencia respiratoria que limitan a toda la actividad física.**

*(Sentencia 30 de octubre 1984).*

**Fibrosis con insuficiencia cardiaca pulmonar.**

*(Sentencia 18 de enero 1974).*

**Fibrosis pulmonar, espondiloartrosis de columna, dolor lumbar y claudicación intermitente.**

*(Sentencia 13 de junio 1977).*

---

## Valoración de la incapacidad laboral en dermatología

La incapacidad laboral con relación a la enfermedad de la piel se puede producir bien por las patologías a nivel cutáneo, o por sus consecuencias:

- Lesiones de piel que producen defectos estéticos importantes, dan lugar a incapacidad para aquellos trabajos de cara al público (cicatrices, cambios de coloración en partes visibles).
- Lesiones propias de la piel —cáncer de piel— en sus diferentes manifestaciones y sus consecuencias en otros órganos. Su valoración de incapacidad tendrá que relacionarse con la incapacidad oncológica. El melanoma maligno es una de las neoplasias cutáneas que, debido al carácter metastizante que presenta, se hace difícil valorar la incapacidad hasta que estas no se presentan.
- Lesiones de la piel que pueden originar patologías en otros sistemas, por ejemplo la soriasis, que además del defecto estético y prurito que produce, es la causa de la artritis-artropatía psoriásica cuya incapacidad estará relacionada con las deficiencias causadas a nivel articular.
- Lesiones de la piel causadas por o con relación a la vida laboral (dermatosis profesionales); generalmente, lesiones por

contacto y que según la manifestación clínica, si no se puede cambiar de puesto de trabajo, no podrá seguir realizándolo.

## 12.1. SENTENCIAS

**Cicatriz residual lado derecho de la cara con neurosis depresiva secundaria agravada por neurosis ansioso-depresiva muy importante con inhibición, tristeza, gran apatía, ideas obsesivas.**

“Habida cuenta que para que se produzca esa variación en la situación funcional del trabajador el artículo 145.1 de la Ley General de la Seguridad Social, exige una sustancial agravación de las dolencias y lesiones ocasionantes de la declaración anterior, que provoque una alteración del grado de incapacidad permanente laboral en que se encuentra; y con declaración fáctica se resalta que actualmente las secuelas mentales se han agudizado muy sustancialmente pues concurren ‘neurosis ansiosa-depresiva muy importante con inhibición, tristeza, gran apatía, ideas lesivas y anorexia pertinaz’. Indiscutiblemente ese cuadro profundo de enfermedad mental y depresión le impide el desenvolvimiento de cualquier actividad, aun la más ligera y sencilla, pues difícilmente se puede comprender en el estado anímico interés y disponibilidad en el trabajo y la posibilidad de realizarlo”.

“La revisión por agravación del grado de invalidez declarado en 6 de junio de 1981 en Invalidez Permanente Total para su Profesión Habitual por padecer en esa época pretérita, derivada de accidente de trabajo ‘cicatriz residual lado derecho de la cara con neurosis ansioso-depresiva secundaria’. (TCT 1988 20 abril).

**Neuropatía por afectación lumbar que afecta a una pierna, cérvicoartrosis, eczema de contacto en brazo y cuerpo sensible a agua y sal: albañil**

“La pierna izquierda por la neuropatía por afectación de L5, unido a la cérvicoartrosis y a un eczema de contacto sensible a la sal y al agua, constituye un proceso que en un oficial de albañilería tiene la indiscutible trascendencia de quien ha de deambular por pasajes de difícil acceso, subir escaleras, mantener equilibrio en andamios,

voladizos y en otros lugares en construcción, así como utilizar agua para realizar tales labores con los elementos propios del oficio cuya composición intervienen sales, circunstancia que suponen un incremento-impedimento para que puedan realizar las funciones fundamentales de la profesión que tiene”. (TS 1985 11 junio)

Psoriasis (S. 17 de junio de 1981, ebanista), artropatía psoriásica.

### **Valoración por el E.V.I. artropatía psoriásica.**

“Varón de 48 años de edad. Empleado de banca (mando intermedio). Diagnosticado de artritis psoriásica desde los 28 años.

Afectación de: articulaciones sacroilíacas, columna lumbosacra, rodilla izquierda, ambos pies. Alteración estructural de metatarsofalángicas, con imágenes en “copa y lápiz”.

Valorado en el EVI en 2001, considerando como lesiones que motivan su solicitud las siguientes: artritis psoriásica con alteración estructural de metatarsofalángicas. Afectación cutánea y ungueal. Artropatía psoriásica desde 1982. Espondilitis anquilosante desde hace 18 años.

Resolución: Declara al trabajador referido como afecto de una *Incapacidad permanente en el grado total*”.



---

## Valoración de la incapacidad laboral en patología renal

En la patología renal y vías urinarias, las limitaciones dependen del deterioro funcional, de los tratamientos que se tienen que efectuar (riñón artificial, etc.) y de las alteraciones sistémicas que pueden causar.

Para la orientación en el grado de incapacidad que se produce podemos establecer diferentes categorías:

**Categoría 0:** Se trata de pacientes asintomáticos, que no necesitan tratamiento y que pueden precisar de controles periódicos. No conduce a limitaciones ocupacionales significativas, pero no pueden tomar ninguna medicación o alimentación con efectos nefrotóxicos.

**Categoría I:** Se trata de pacientes con síntomas por sus alteraciones nefrológicas descubiertas, por la sintomatología que les ocasionan, necesitando tratamiento continuo pero en ningún caso, técnicas de depuración extrarrenal (riñón artificial, etc.), ni acciones terapéuticas agresivas.

No es aconsejable que estos pacientes realicen trabajos que impliquen una actividad física importante (carga, descarga, etc.).

**Categoría II:** Son enfermos que precisan depuración extrarrenal, tratamientos agresivos de cirugía limitante; pero no presentan deterioro significativo del estado general.

A pesar de ello tan solo pueden realizar ocupaciones especiales.

**Categoría III:** Son enfermos con gran sintomatología que precisan tratamiento continuo de depuración extrarrenal o agresivo, con complicaciones frecuentes.

Son pacientes para una incapacidad absoluta y en algún caso necesidad de una segunda persona de apoyo.

Los pacientes de la Categoría 0, I y II se aconsejan revisiones periódicas, pues en algún caso pueden mejorar, aunque debido a la cronicidad de las mismas casi siempre se agravan.

### **13.1. ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA AUTOSÓMICA DOMINANTE (ERPAD)**

La ERPAD es la más común de todas las enfermedades quísticas renales. La enfermedad es responsable de un 10 a 12% de todos los casos de insuficiencia renal terminal.

Como su nombre indica, el trastorno como rasgo autosómico dominante, la ERPAD está ligada a marcadores situados sobre el brazo corto del cromosoma 16.

El compromiso quístico es bilateral y los riñones están aumentados de tamaño. Es posible hallar quistes en otros órganos, sobre todo en el hígado (50%); estos quistes, a diferencia de los renales, rara vez se asocian con morbilidad (por ruptura o infección). El aneurisma intracraneal es relativamente frecuente y se observa en el 6 a 10% de los pacientes.

Los quistes renales están ocupados por un líquido de composición y aspecto variable.

Las cuatro complicaciones renales más frecuentes de la ERPAD son ruptura, malignización, infección y disfunción renal (insuficiencia renal terminal). Se supone que el aumento del tamaño de los quistes es la causa de la insuficiencia renal. La azoemia, una vez instalada, generalmente es progresiva y constante, y los valores recíprocos de la creatinina sérica muestran una inclinación continua.

### **13.1.1. Alteraciones de sistemas orgánicos específicos en relación a la ERPAD**

#### *13.1.1.1. Trastornos cardiovasculares*

La incapacidad de pacientes con insuficiencia renal avanzada de excretar sal y agua cuando estas sustancias son ingeridas en exceso favorece el desarrollo de hipertensión, que puede superponerse a una hipertensión debida a la hiperreninemia asociada con la enfermedad renal propiamente dicha.

Una de las principales causas de muerte en pacientes tratados con diálisis crónica es la arteriosclerosis acelerada. La causa no se conoce con certeza, pero el cuadro es agravado por la hipertensión y la hiperlipemia de la uremia.

En ocasiones se desarrolla insuficiencia cardiaca congestiva en pacientes tratados con hemodiálisis que poseen fístulas arteriovenosas anormalmente extensas.

#### *13.1.1.2. Trastornos neurológicos*

La encefalopatía urémica se expresa inicialmente por una pérdida de concentración, insomnio, cansancio y una disminución de la capacidad intelectual. Puede progresar hacia un cuadro de somnolencia, estupor y coma, manifestaciones que también están relacionadas con un marcado desequilibrio electrolítico y una hipertensión no controlada.

La neuropatía periférica es una manifestación frecuente. Este trastorno es tanto sensorial como motor y afecta a las piernas con mayor frecuencia que a los brazos. El síndrome de las piernas inquietas se manifiesta con sensación de molestia en pantorrillas, sobre todo de noche. La desaparición de los reflejos tendinosos profundos con debilidad muscular puede progresar hacia parálisis completa, especialmente en los músculos del miembro inferior.

### **13.1.1.3. *Trastornos pulmonares***

La retención de líquidos y la isquemia miocárdica pueden conducir a edema pulmonar.

### **13.1.1.4. *Trastornos gastrointestinales***

Anorexia, náusea y vómitos. La enfermedad renal terminal también puede estar acompañada de diarreas, una incidencia aumentada de úlcera péptica y hemorragias gastrointestinales, estas últimas debidas a disfunción plaquetaria.

### **13.1.1.5. *Anomalías endocrinas***

La disfunción gonadal manifestada por una disminución de la libido, el rendimiento sexual y la espermatogénesis en los hombres, está relacionada con una disminución de la producción de testosterona. La amenorrea y la esterilidad de las mujeres se deben a una disfunción ovárica.

La función tiroidea se encuentra disminuida. La función hipofisaria corticosuprarrenal también puede estar alterada en la uremia.

### **13.1.1.6. *Anomalías hematológicas***

La anemia severa es un trastorno casi siempre presente. La hemorragia secundaria a alteraciones de la función plaquetaria, la deficiencia de ácido fólico e hierro y la hemodilución secundaria a la retención de líquido también puede contribuir a la anemia.

La función leucocitaria se encuentra marginalmente alterada, con disminución concomitante de la resistencia a las infecciones.

### **13.1.1.7. Osteodistrofia renal**

Un conjunto complejo de interacciones fisiológicas trae como consecuencia una función anormal de las células óseas de los pacientes urémicos que se conoce genéricamente con el nombre de osteodistrofia renal. Es la aparición de trastornos óseos, incluyendo anomalías de mineralización que progresan hacia una osteomalacia franca, enfermedad ósea hiperparatiroidea (osteofitis fibrosa quística) o un trastorno mixto en el cual es posible apreciar componentes de ambas anomalías.

### **13.1.1.8. Trastornos dermatológicos**

El paciente presenta una coloración cutánea que consiste en una combinación de palidez y de tinte ligeramente amarillento causado por la alteración de urocromos.

### **13.1.1.9. Trastornos reumatológicos**

La calcificación metastásica puede afectar las articulaciones y las sinoviales y provocar una artritis dolorosa con limitación de los movimientos. La pérdida severa de la masa muscular de las extremidades puede asociarse con una debilidad marcada, y se debe a una miopatía primaria.

### **13.1.1.10. Serositis**

La uremia no tratada conduce habitualmente al desarrollo de una pericarditis fibrinosa.

Estos pacientes son candidatos a invalidez para su trabajo habitual, o en caso de presentar las alteraciones sistémicas asociadas, pueden ser valorados para una incapacidad absoluta.



---

## Valoración de la incapacidad laboral en oftalmología

La valoración del déficit por alteración oftalmológica tendrá en cuenta el menoscabo funcional; para su cuantificación se emplea el RD 1971/91 BOE n.º 22, basado en las tablas de la Asociación Médica Americana (AMA), que establece un método que, con las actualizaciones incorporadas en posteriores ediciones de AMA, son las empleadas en la actualidad.

En lo referente a limitaciones y contraindicaciones derivadas de aspectos etiológicos y terapéuticos hay que tener en cuenta varios aspectos:

### a) **Tolerancia a la actividad física**

Están condicionados los esfuerzos físicos violentos y las acciones con riesgo traumático en una serie de patologías, entre las que destaca:

La afaquia intraocular.

La degeneración retiniana.

El desprendimiento traumático de vítreo con brida vítrea.

La diplopía corregida con prismas contraindica los trabajos de carácter cinético o entorno peligroso.

### b) **Tolerancia a factores ambientales**

Está contraindicada la permanencia en ambientes irritantes, en procesos inflamatorios de conjuntiva y córnea y patología del aparato lagrimal.

Existe igualmente una mala resistencia al deslumbramiento en:

Opacidades corneales cristalinas.

- Alteraciones iridianas.
- Afecciones retinianas.
- Midriasis.

La adaptación a la oscuridad es defectuosa en:

- Opacidades corneales y cristalinas.
- Glaucoma.
- Retinitis pigmentaria.
- Cicatrices coriorretinianas.
- Miosis.
- Opacidades corneales y cristalinas.

## **14.1. VALORACIÓN DE LA MINUSVALÍA LABORAL**

La valoración de la aptitud para la realización de una actividad laboral concreta, una vez establecido el menoscabo visual, se realiza a partir de una comparación de este con el nivel de exigencias visuales establecido en el profesiograma correspondiente.

En términos generales, puede establecerse que una agudeza visual de 1/2 es compatible con el desempeño normal de la mayoría de las actividades laborales, siempre y cuando no exista una alteración importante de campos visuales y motilidad ocular. Por el contrario, una agudeza visual inferior a 1/10 es difícilmente compatible con un rendimiento laboral normal en, prácticamente, cualquier tipo

de trabajo, salvo readaptación o reeducación profesional, constituyendo la llamada “ceguera profesional”.

Este criterio es coincidente con los de la ONCE; con agudezas visuales superiores a esta, solo se permite la admisión en dicha organización cuando el campo visual no supera los 10°.

Un límite intermedio, el correspondiente a una agudeza visual de 1/3 (mínimo exigible para una lectura fatigosa), es el que determina el nivel de aptitud para un importante número de profesiones, especialmente de carácter cualificado. La OMS por su parte establece en 1/3 el límite entre los déficit visual ligero y moderados.

En lo referente a campo visual y motilidad ocular hay que tener en cuenta, de igual manera que para la agudeza visual, el nivel de exigencias determinado en el profesiograma correspondiente a la profesión a valorar. Como criterio general es preciso señalar que el límite de los 30° centrales de campo global, es el que marca la capacidad en la mayoría de las profesiones. Algunas actividades, sobre todo las que implican grandes requerimientos cinéticos o entorno peligroso, requieren mayor amplitud.

En cualquier caso, conviene reseñar tanto en lo referente a aptitudes laborales como de la vida diaria, que el nivel de dificultad no está condicionado únicamente por la intensidad del deterioro funcional sino, también, por la forma de instauración de este, siendo mayor en las deficiencias de instauración brusca que en las de aparición lentamente progresivas.

<b>Agudeza visual</b>	1	0,8	0.3	0,12	0,05	0,02	0
<b>Menoscabo acuímetro</b>		Ligero	Moderado	Severo	Profundo	Casi total	Total

<b>Agudeza visual</b>	1	2/3	1/2	1/3	1/10	1/100	0
-----------------------	---	-----	-----	-----	------	-------	---

Profesiones de alta exigencia visual

Profesiones mediana exigencia visual

Profesiones baja exigencia visual

Actividad elemental de la vida diaria

## Crterios OMS déficit visual

Visión profesional: de 0.8 a 0.05

Ceguera profesional: de 0.05 en adelante

Déficit visual LIGERO	Déficit visual MODERADO	Déficit visual SEVERO	Déficit visual PROFUNDO
0,8-0,3	0,3-0,12	0,12-0,05	0,05-0,02

Para este capítulo se ha seguido la *Guía de Valoración del Menoscabo Permanente*, doctor D. Félix Robledo Murga y José A. González. Se aconseja disponer de las tablas del AMA y además de las tablas y cuadros citados por los autores para poder orientar el déficit funcional que presenta el paciente.

## 14.2. SENTENCIAS

**Ojos: pérdida de la visión en uno y reducción en el otro, lesiones artrósicas de columna y episodios de neuralgia trigeminal: albañil.**

“Porque las secuelas al hoy recurrente, tanto las que privan de visión a su ojo derecho totalmente y reducen la del izquierdo a una décima que con corrección óptica llega a prácticamente a la mitad, como las que afectan a la columna vertebral y los consiguientes episodios de neuralgia trigeminal, no le inhabilitan por completo para toda profesión u oficio, puesto que puede efectuar todos aquellos que no requieran grandes esfuerzos ni agudezas de visión; en cambio, le impide la normal realización de todas, o al menos, las fundamentales tareas de su profesión de peón de albañil, en la que los grandes esfuerzos son una exigencia normal de la ocupación y el desplazamiento por andamios y planos irregulares y dificultosos, cosa frecuente y en las condiciones físicas del trabajador a quien nos referimos puede poner en peligro su integridad”. (TS 1989 27 febrero).

**Ojos: reducción de la visión de ambos: encargado de control de calidad.**

“Su retinopatía glaucomatosa en amplias zonas retinianas en las que da una percepción muy distinta, persistiendo tan solo un pequeño islote central con pocas lesiones y gran reducción del campo visual agravado por leucoma cicatricial en ojo izquierdo procedente de anterior lesión corneal, todo ello influyendo sobre la labor que en su profesión de encargado del control de calidad ha de realizar, ya que ha de ocuparse de la verificación visual del aspecto externo de la lámpara, ampollas y casquillos, estado del filamento, o sea, su continuidad, su enrollado en doble hélice, unión a los vástagos de soporte y alimentación de corriente, así como su unión a los cables de tensión, comprobando también el funcionamiento de las lámparas de baja tensión, su valor óptimo, etc.”. (TS 1991 31 enero).

**Pérdida parcial de visión que queda reducida con corrección óptica a 0,25 décimas en ojo derecho y 0,30 en ojo izquierdo: encargado de tráfico textil.**

“Consiste en pérdida parcial de la visión que queda reducida —con corrección óptica, como ha de ser valorada— a 25 décimas en el ojo derecho y a 30 décimas en el ojo izquierdo, no le priva en absoluto de la aptitud para la realización de tareas sencillas que pueden ser efectuadas con eficacia y regularidad aun no estando en posesión de una visión normal pero que, como en casos de autos, deja margen suficiente para distinguir los objetos”. (TS 1989 19 julio).

Pérdida de la visión en el ojo izquierdo y reducción en la tercera parte en la del derecho. (S 19 de febrero de 1981, agrícola autónomo).

Pérdida de la visión en un ojo. (S 21 de mayo de 1979, especialista barrenero).

**Ojos: reducción de la visión en ambos, alteraciones congénitas cervicales, secuelas derivadas de malformación Kippel y Vell craneofacial.**

“Pérdida de la visión, que queda reducida limitada con corrección a 1/10 en el ojo derecho y 4/10 en el izquierdo, se une las alte-

raciones congénitas de la columna cervical y las secuelas derivadas de la malformación Kippel y Vell, de la malformación craneofacial y la subluxación de odontoide, que ha requerido intervención quirúrgica de fijación con alambres, con cuadros de tetraparesia por traumas banales y en ocasiones espontáneamente, hay que concluir que el actor carece de una capacidad de trabajo valorable en términos efectivos de empleo”. (TS 1989 13 junio).

### **Ojos: reducción de la visión en ambos a una décima.**

“Afaquia quirúrgica en ambos ojos, visión sin corrección inferior a 1/1.000, visión con cristales en ojo derecho 4/10, en ojo izquierdo ‘no mejora’ no le inhabilita por completo para toda profesión u oficio, formula el único motivo del recurso en amparo procesal del artículo 167.1 de la ley de Procedimiento Laboral, por infracción por aplicación indebida del artículo 135.5 de la Ley General de la Seguridad Social. Tesis que no es conforme con la doctrina de la Sala de que la incapacidad permanente absoluta para todo trabajo, supone, en el que la sufre, la imposibilidad física para realizar cualquier quehacer laboral, así como el que poseyendo determinadas aptitudes para efectuar ciertas tareas, carece de las necesarias facultades para llevarlas acabo, o sea, se encuentra imposibilitado para consumir con eficacia los componentes de una cualquiera de las ocupaciones que en el amplio abanico profesional ofrece”. (TS 1988 15 abril).

### **Pérdida por enucleación de un ojo y visión disminuida en el otro de un 50% después de visión corregida.**

“Procede declarar al actor efecto de una incapacidad permanente absoluta al tener perdido, por enucleación, un ojo y disminuida la visión del otro en un 50% con la adecuada corrección óptica, supuesto contemplado en el apartado d) del artículo 41 del reiteradamente mencionado Reglamento, lo que da derecho a la pensión del 100% de la base reguladora”. (TS1988 15 abril).

### **Agudeza visual espontánea inferior a 1/10 en ambos ojos: especialista metalúrgico.**

“Agudeza visual espontánea inferior a 1/10, en ambos ojos. En

ojo derecho: miopía elevada, ambliopía y lesiones maculares. Operado por desprendimiento de retina. Solo percibe bultos. En ojo izquierdo: miopía 5,5 dioptrías; con corrección agudeza visual 6/10' lo que supone un entorpecimiento evidente para la realización de las funciones de especialista siderometalúrgico, pues la disminución de la visión afecta a las funciones fundamentales de tal profesión originando un riesgo para él y los que trabajan en las inmediaciones; pero para las labores suaves que no requieran esfuerzos, ni se realicen en lugares y condiciones que exista riesgo, como pueden ser los que tengan lugar fuera de los talleres metalúrgicos, o similares, pueden ser realizados por el trabajador demandante, pues la corrección óptica para dicho tipo de labor no constituye impedimento, como lo pone de manifiesto la vida corriente, en que la multitud de profesiones son desempeñadas por personas que usan gafas". (TS 1989 27 febrero).

**Catarata bilateral, retinosis pigmentaria, agudeza visual con corrección, OD 0,4 y OI 0,3, retinosis pigmentaria con severo déficit visual; marinerero.**

“Los padecimientos y secuelas en principio apreciados fueron: catarata bilateral, retinosis pigmentaria, agudeza visual con corrección, OD 0,4 y OI 0,3. y los acreditados, tras alegarse al instar la revisión, los siguientes: retinosis pigmentaria con severo déficit visual, con corrección; en ojo derecho inferior a 0,1, ojo izquierdo inferior a 0,1.

Ello acredita inequívocamente que el déficit visual del demandante ha experimentado una muy aguda agravación que le lleva a un límite próximo a la ceguera total. En tales condiciones ha de concluirse que se ha producido una completa falta de aptitud para realizar cualquier clase de trabajo y, por consiguiente, que el actor ha de ser declarado, por vía de revisión de su anterior invalidez, en situación de incapacidad permanente absoluta para toda clase de trabajos derivada de enfermedad común y con derecho a la prestación correspondiente de pensión vitalicia del 100% de la base reguladora". (TS 1992 24 febrero).



---

## Valoración de la incapacidad laboral del daño otológico

La problemática de la evaluación es una cuestión compleja, porque intervienen en ella factores médicos, profesionales y legales en sus distintos ámbitos (civiles, administrativos y penal) que deben ser específicamente considerados para facilitar un informe pericial realmente útil.

Los objetivos de este proceso evaluador son dobles para el perito. En primer lugar, se debe determinar el grado y el carácter de deterioro en la función correspondiente (audición, equilibrio, etc.). En segundo lugar, debe establecerse la relación entre este deterioro de la función y la afectación de la actividad diaria del sujeto relacionada con dicha función. Es decir, debe determinar daño e incapacidad consecuente.

Considerada a la luz de estos conceptos, la literatura sobre este punto conceptualmente resulta enormemente confusa, puesto que pretende establecer fórmulas para el cálculo del daño sobre la base de sus consecuencias: la incapacidad. Así, la American Academy of Otolaryngology and Ophthalmology (AAOO) estableció, en 1959, una fórmula para el cálculo del daño ligada a la pérdida auditiva basada en la audiometría tonal (media de la pérdida en las frecuencias 500, 1.000 y 2.000, tanto en cuanto que el daño en estas frecuencias afectaban a la audición de una conversación en ambiente tranquilo). Distintos grupos de sujetos estaban disconformes con los

cálculos aceptados del daño que les perjudicaban para el desarrollo de su actividad peculiar o no reconocían la peculiaridades de la pérdida, (por ejemplo, afectación de tonos agudos en traumatismo acústico). A causa de ellos surgió gran controversia y posteriormente, en 1979, tuvo que modificarse la fórmula añadiendo la frecuencia 3.000. A pesar de ello aparecen otras fórmulas en distintas instituciones (NIOSH, CHABA, OWCP, etc.) y no existe un acuerdo general para evaluar el daño, expresión de la confusión conceptual aludida.

Contrariamente, la literatura contemporánea (alemana principalmente) parte conceptualmente de un marco más claro. El cálculo de la incapacidad se hace a partir del daño, en función de la experiencia del otólogo sobre la repercusión en la actividad diaria del daño en cuestión.

La legislación española y normativas en este punto están aún parcialmente desarrolladas. Atienden a los aspectos legales en el plano laboral y no especifican sobre el sistema para el cálculo de la incapacidad, que queda por entero a criterio de cada perito, sin ningún tipo de orientación. Por todo ello, la responsabilidad gravita en exceso en los peritos y, por otra parte, la persona que toma la decisión legal no dispone de información detallada suficiente, lo cual hace más vulnerable la decisión.

Partiremos en primer lugar de la proposición de 4 grados de incapacidad que serían:

Grado I (incapacidad 25%) incapacidad leve (no puede realizarse algunas funciones accesorias).

Grado II (incapacidad 25-50%) incapacidad moderada (algunas funciones básicas están afectadas).

Grado III (incapacidad 50-75%) incapacidad grave (no pueden realizarse algunas funciones básicas).

Grado IV (incapacidad 75%) incapacidad muy grave (no puede realizarse ninguna función básica).

## 15.1. HIPOACUSIA

Magnitud del daño. Una vez analizadas las formas existentes para establecer la magnitud del daño y puntualizado el marco conceptual, no queda más remedio que buscar fórmulas más precisas y aplicables, quizás menos simples que estas, pero sujetas a una menor controversia.

En este sentido vamos a proponer una fórmula que tenga en cuenta los elementos que en nuestra opinión determinan la magnitud de la pérdida auditiva, que son:

- La afectación tonal.
- La capacidad de comprensión del lenguaje.

El parámetro que represente la afectación tonal tiene como misión expresar la pérdida en aquellas frecuencias que involucran no solo al lenguaje, sino a otras actividades auditivas que requieren de un espectro frecuencial más amplio, como la audición musical, etc. Así pues, este parámetro debe incluir todo el rango de frecuencias audibles. Tomamos, por tanto, la pérdida tonal media global por vía aérea (125, 250, 600, 1.000, 2.000, 4.000 y 8.000 Hz), a diferencia de otras fórmulas, ya que nosotros vamos a considerar un segundo parámetro.

Este segundo parámetro debe representar específicamente la capacidad de comprensión del lenguaje. En nuestro caso va a estar relacionado con la inteligibilidad máxima de ese oído. Este parámetro es importante porque, si bien suelen estar relacionadas pérdidas tonal e inteligibilidad máxima, de hecho, puede darse en la práctica un oído con una pérdida tonal moderada y un problema importante de la integración del mensaje (regresión fonémica). Este planteamiento, si bien no está muy bien extendido no es nuevo, y la Military Veterans Administración americana combina en su procedimiento para el cálculo de incapacidad auditiva parámetros derivados de ambos conceptos.

Se tienen que consultar las tablas del AMA para poder valorar los déficits existentes.

## 15.2. ACÚFENOS Y OTROS SÍNTOMAS

Los acúfenos, la algiacusia, la diplacusia, etc., suelen ir acompañando a la hipoacusia, principalmente en las enfermedades de oído interno. Por ello, pueden considerarse como factores agravantes de la misma, y así van a influir en el valor del daño calculado en su caso.

Para aceptar los acúfenos pericialmente como constitutivos de daño auditivo la acufenometría debe dar resultados claramente positivos.

Acúfenos que no pueden enmascarse o atenuarse con sonidos de intensidad superior a 90 dB: 50%.

Acúfenos que sí pueden enmascarse o atenuarse con sonidos de intensidad superior a 90 dB: 30%.

Acúfenos que sí pueden enmascarse o atenuarse con sonidos de intensidad superior a 90-60 dB: 20%.

Acúfenos que sí pueden enmascarse o atenuarse con sonidos de intensidad inferior a 60 dB: 10%.

### 15.2.1. Vértigo

A diferencia de la audiometría, la evaluación de la función vestibular no se encuentra tan estandarizada. En distintos medios se utilizan procedimientos que pueden distar bastante entre sí en lo referente a su expresión cuantitativa. Esto deriva, como hemos mencionado anteriormente, de la diversidad de elementos que influyen en el estímulo (térmico o cinético) y de la gran cantidad de parámetros susceptibles de medidas de la respuesta. Es imprescindible dejar claro este punto, porque todo ello posibilita múltiples combinaciones estímulo-respuesta, y dado que es nuestro objetivo proponer aquí algunas pautas concretas y claras, nos hemos inclinado por una de ellas. Con objeto de que pueda ser de aplicación generalizada, el método elegido requiere equipo convencional, que es de sencilla aplicación y está apoyado en una casuística clínica amplia. Hemos elegido el estímulo térmico (prue-

ba térmica) porque es el único que permite por el momento establecer con claridad el grado y lateralidad de la afectación, y posibilita la estimulación unilateral exclusiva.

La repercusión del daño va a depender de que la lesión vestibular esté o no compensada. Esto último se expresa clínicamente por la desaparición o persistencia del síntoma vértigo con su cortejo neurovegetativo y la presencia de manifestaciones espontáneas (nistagmo y desviaciones corporales).

Como criterios clínicos para establecer el grado de compensación, se proponen los siguientes.

La “descompensación” implica la persistencia más de 4 meses de sintomatología vertiginosa marcada que impide la deambulación sin ayuda; los síntomas neurovegetativos y las manifestaciones espontáneas (nistagmo espontáneo y desviaciones corporales espontáneas coincidentes con la fase lenta del nistagmo).

El estado de “compensación moderada” corresponde a una situación clínica, en la cual persiste sintomatología vertiginosa ligera que permite la deambulación sin ayuda, con escasos u ocasionales síntomas neurovegetativos y ausencia de manifestaciones espontáneas.

En el estado de “compensación completa” toda la sintomatología desaparece y solo podría reaparecer ligeramente durante estímulos cinéticos intensos (giros bruscos, etc.) o después de ellos.

Así pues, una vez calculada la incapacidad, el caso se incluirá en uno de los grupos o grados.

Para establecer la capacidad o discapacidad se aconseja consultar las tablas del AMA.

## CLASES DE INCAPACIDAD AUDITIVA

Umbral de audición ANSH, en dB	Clase	Grado de Incapacidad	Umbral de audición medio para 500, 1.000, 2.000 Hz en el oído mejor <sup>1</sup>		Amplitud para entender el lenguaje
			Más de	No más de	
25	A	No significativo		25 dB (ANSI)	Sin problemas con voz baja
40	B	Incapacidad leve	25 dB	40 dB	Solo problemas con voz baja
55	C	Incapacidad moderada	40 dB	55 dB	Frecuente dificultad con voz normal
55	D	Incapacidad considerable	55 dB	70 dB	Frecuente dificultad con voz sonora
70	E	Incapacidad severa	70 dBV	90 dB	Solo entiende a gritos o con ampliaciones
90	F	Incapacidad extrema	90 dB		No suele entender ni siquiera con ampliación

<sup>1</sup> Siempre que el promedio para el oído peor exceda en 25 dB o más del oído mejor en esta gama de frecuencias, se agregan 5 dB al promedio para el oído mejor. Este promedio ajustado determina el grado y la clase de incapacidad. Por ejemplo, si el umbral medio de la audición de una persona para 500, 1.000 y 2.000 Hz es 37 dB en un oído y 62 dB o más en el otro, su nivel lilminal auditivo medio ajustado es de 42 dB y su incapacidad pertenece a la clase C y no a la clase B. (Davis, H: Guide for the classification and evaluation of hearing in the relation to the international audiometrie zero. *Trans Am Acad. Ophthalmol. Otolaryngol.* 69: 740-751, 1961)

### 15.3. SENTENCIAS

**Hipoacusia bilateral moderada de etiología neurosensorial con acúfenos permanentes y frecuentes estados presíncopales, artrosis en columna y rodillas con dolor en estas: conductor de bobinadora.**

“Para ello es obligatorio tener en cuenta las limitaciones que en el trabajo sufre; estas son una hipoacusia bilateral de carácter moderado (47% en oído izquierdo y 25% en oído derecho), pero de etiología neurosensorial, que le produce acúfenos permanentes y frecuentes estados presíncopales, sin que llegue a perder la conciencia. Junto a esta dolencia, sufre artrosis que afecta a la columna cervical y dorsal, así como a las rodillas, con disminución de la movilidad con parestesias, dorsolumbalgias y dolor en las rodillas, y alguna limitación funcional. Estas limitaciones no impiden al actor una vida activa, en trabajos que no requieran esfuerzos físicos de alguna entidad y atención continuada, incompatibles con sus frecuentes estados presíncopales y acúfenos permanentes”. (TS 1991, 5 febrero).

**Hipoacusia con pérdida del 65% en ambos oídos, discoartrosis lumbar con heridas en los tres primeros espacios, artrosis en ambas caderas, lumbociatalgia: calderero.**

“Hipoacusia de origen laboral con pérdida del 65% en ambos oídos, discoartrosis lumbar en los tres primeros espacios, artrosis en ambas caderas, lumbociatalgia, por lo que carece de aptitudes para continuar con los debidos rendimientos en su oficio de calderero; pero esa sordera parcial y las limitaciones que sufre en su aparato locomotor, con acierto, destaca el Ministerio Fiscal, no le impiden realizar, a pleno rendimiento, todas las actividades laborales de carácter sedentario, que no requieran grandes esfuerzos y prolongada bipedestación”. (TS, 1985, 16 mayo).

**Hipoacusia del 50% en OD y del 60% en OI, dado que su actividad requiere discernimiento y conversación en ambientes con ruidos y a cierta distancia: maestro.**

“Ya que constando en el relato fáctico que el grado de hipoacusia, del 50% en OD y 60% en OI genera una afectación funcional en

relación con ambientes con ruidos o a cierta distancia, deben concluirse razonablemente que dada la profesión de maestro del recurrente, su patología le impide la realización de las tareas propias de su profesión con la garantía y plenitud que la actividad docente exige, a lo que no es obstáculo el hecho de que el demandante no haya probado la totalidad de las prótesis auditivas que puedan implantársele, sí consta que presenta intolerancia al aparato audífono como instrumento común paliativo de su deficiencia, debiendo en su caso ser la entidad gestora, quien compruebe la eficacia de otra prótesis que puedan garantizar el normal desempeño de la función docente del recurrente, pues lo contrario evocaría al demandante una búsqueda del aparato adecuado para demostrar una capacidad laboral que él niega y que es el INSS quien la pone en tela de juicio, provocando una contradictoria inversión probatoria”. (TDJ, Cataluña, 1993, 6 mayo).

---

# Valoración de la incapacidad laboral en hematología

## 16.1. CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN DE LAS HEMOPATÍAS

La hematología se dedica al estudio de las enfermedades que se manifiestan preferentemente en la sangre y/u órganos hematopoyéticos.

La sangre, al ser el principal vehículo de los principales nutrientes, depende de la capacidad del resto del organismo. Por eso, en muchas ocasiones sus alteraciones son consecuencias de procesos no directamente originados en ella. Por otro lado, también ocurre lo contrario, que las patologías particulares de la sangre eventualmente pueden reflejarse en otras partes del organismo.

Esta situación tiene gran importancia en la valoración de las secuelas de las distintas patologías, y como vamos a ir viendo, la incapacidad laboral de los procesos que se observan en la sangre va a obligar a tener en cuenta la repercusión en otros órganos.

En la sangre circulante tenemos tres elementos formes: hematíes, glóbulos rojos; leucocitos, glóbulos blancos; trombocitos o plaquetas. Por lo tanto, el médico evaluador se puede hacer un esquema que oriente la patología a nivel de los elementos forma, su repercusión en el estado general, la terapia que se puede realizar y las secuelas que pudieran ser consideradas como déficits funcionales para optar a un grado de invalidez.

El médico evaluador dispondrá de los estudios y diagnóstico realizados por los hematólogos y ellos serán los que indiquen las probabilidades de recuperación que pueden tener, y/o tratamiento a seguir para mantener un nivel de vida dentro de la normalidad.

En cualquier caso, si el informe hematológico es negativo para el paciente, depende de la afectación del estado general para poderlo incluir en un grupo de discapacidad.

Las anemias ferropénicas generalmente responden a tratamiento médico. La anemia perniciosa es candidata a una Invalidez Total o Absoluta, dependiendo de la afectación de los cordones laterales y posteriores de la médula espinal (desmielinización por déficit de cobalamina).

El pronóstico y recuperación de las anemias hemolíticas dependerá del proceso hemolítico y de la causa que lo desencadene. Mientras se estudia puede pasar de una baja a una Invalidez Provisional, pendiente de completar su evolución.

La afectación por pentocitopenia, neoplasia medular, con anemia, leucopenia y trombopenia, si no se recupera, evoluciona a una I.P.T. o Absoluta.

Síndromes mielodisplásicos, con el tiempo evolucionan a una transformación leucémica. Son de evolución grave con supervivencia de  $\pm 5$  años con agravación leucémica si no se responde al tratamiento. Por lo tanto, son candidatos a una T.P. y después pasan a una Absoluta.

Policitemia vera, aumento de las tres series, si no se trata, se presentan complicaciones a nivel de diferentes órganos, siendo el pronóstico malo, y la evolución cuando se presentan las complicaciones sistémicas es para una Total y Absoluta.

Las trombopenias, cuando se ha hecho el diagnóstico y no se ha podido recuperar al paciente, representan un periodo de baja médica que pasa a T.P.T.H. y según su evolución, se pasa a una Absoluta.

Para el médico evaluador es importante que los informes dados por los hematólogos sigan el mismo criterio en relación a la clasificación clínica. En la actualidad se sigue la calificación de la tabla del C.I.E. 9 M.C.

## CRITERIOS FUNDAMENTALES DE DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN

<b>DIAGNÓSTICO</b>		
<b>Criterios</b>	<b>Graduación</b>	<b>Manifestaciones</b>
<p><b>Clínicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Signos y síntomas</li> </ul> <p><b>Datos de laboratorio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudios citogénético de médula ósea: cromos, philadelfia</li> <li>• Hemograma</li> <li>• Aspirado medular</li> <li>• Biopsia medular</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FASE CRÓNICA</li> </ul>	<p>* Síntomas inespecíficos (astenia, anorexia, pérdida de peso.) * Esplenomegalia (80%) * Hepatomegalia (50%). <b>LABORATORIO</b> * Leucocitosis (50-300 × millón * Basofilia * Anemia moderada * Disminución F.A.L. * Aumento Vit B12, LDH, Ác. úrico y transcobalaminas.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FASE ACELERACIÓN</li> </ul>	<p>* Fiebre y/o sudoración nocturna * Pérdida de peso * Dolor óseo * Esplenomegalia progresiva. <b>LABORATORIO</b> * Anemia y/o trombocitopenia no atribuible a la quimioterapia * Leucocitosis no resistente al tratamiento * Bassofilia &gt; 205 en sangre periférica * Trombocitosis &gt; 1.000 × 103 no atribuible a la esplenectomía * Blastosis entre 10 y 20% en médula ósea o en sangre periférica * Mielofibrosis progresiva * Adquisición de nuevas anomalías cromosómica.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CRISIS BLÁTICA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clínica de leucemia. <b>LABORATORIO</b> * Blastos &gt; 20% en sangre periférica o médula ósea * Blastos + promielocitos &gt; 30% en sangre periférica o &gt; 50% en médula ósea * Infiltración básica extramedular (ganglios SNC).</li> </ul>	<p>Anamnesis, exploración clínica, y datos de laboratorio.</p>

## CRITERIOS FUNDAMENTALES DE DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN *(Continuación)*

<b>VALORACIÓN MÉDICA</b>		
<b>Métodos</b>	<b>Criterios</b>	<b>Observaciones</b>
Anamnesis, exploración clínica y datos de laboratorio	* Clínica del paciente * Datos de laboratorio en sangre periférica y médula ósea * respuesta al tratamiento y sus efectos secundarios	* En fase inicial del diagnóstico: esperar evolución ?subsidiaria de I. Temporal Limitaciones en función del puesto de trabajo: –Sedentarios: seguimiento del proceso ? I. Temporal —Esfuerzo: propuesta de I. Permanente * En paciente joven pendiente de trasplante de médula ósea: I Permanente revisable.
Anamnesis, exploración clínica, y datos de laboratorio	* Presencia de dos o más criterios de los recogidos en el apartado de manifestaciones.	<b>Propuesta de I. Permanente</b> * Mala calidad de vida * No posibilidades de desarrollo de actividad laboral * Es incapacitantes
Presencia de dos o más criterios de los recogidos en el apartado de manifestaciones	<b>Propuesta de I. Permanente</b> * Muy mala calidad de vida * Riesgo vital * No posibilidades de desarrollo de actividad laboral * Es incapacitante.	

---

## Valoración de la incapacidad laboral en la diabetes

El médico evaluador del paciente diabético no puede evaluar su incapacidad o discapacidad.

Pero en el momento en que su diabetes produzca alteraciones sistémicas (oftalmológicas, nerviosas, vasculares, renales o cualquier otra afectación orgánica) el médico sí podrá evaluar el déficit funcional que origina cualquiera de las complicaciones citadas.

## ESQUEMA DE PARÁMETROS DEL VALORACIÓN DEL PACIENTE DIABÉTICO

Parámetro	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4
Controles metabólicos	Bueno	Aceptable	Insuficiente	Insuficiente
Tiempo de evolución	Menos de 10 años	10 a 15 años	15 a 20 años	Más de 20 años
Cardiopatía isquémica			Clínica silente	
Ergometría	Mayor 12 METS	7 a 11 MATS	4 a 6 METS	Menor de 3 METS
Flujo de eyección	Mayor %	50 a 65%	30 a 50%	Menor 30%
Solución quirúrgica			Sí/no	No
Vasculopatía periférica			Sí	Sí
Claudicación	Más 300 m	300 a 100 m.	100 a 25 m. Dolor intermitente en reposo	Dolor en reposo grangenea seca
Enfermedad cerebrovascular	AVC esporádicos	AVC sin secuelas significativas	AVC con secuelas	Demencia
Oftalmopatía diabética	Retinopatía diabética de fondo o proliferante. Catarata diabética. Glaucoma controlado	Retinopatía diabética pre o proliferante. Maculopatía exudativa. Edema macular. Reducción visión central	Retinopatía diabética proliferante. Neovascularización del N. óptico. Hemorragia vítrea. Maculopatía esque. Desprendimiento de retina	Las anteriores con pobre respuestas al tratamiento. Pérdida importante de visión central.
Nefropatía diabética	Nefropatía debutante. Microalbuminuria. De 30 a 300 mg/24 h	Nefropatía patente. Proteinuria mayor 300 mg/24 horas	Nefropatía patente aclaram Cratinina menor 40 ml/min	Insuficiencia renal crónica. Aclar creatinina menor 15 ml/min
Hipertensión ortostática	No afectación o normal	Nivel de afectación temprana	Taquicardia por asistente en reposo. Nivel de afectación definitivo	Nivel de afectación severa

Los pacientes del grado I no pueden realizar trabajos de esfuerzos de manera repetitiva. Los de grado 2 además no pueden realizar labores de visión mantenida. Los de grado 3 son candidatos a una I.P. o a un I.A. Los de grado 4 son candidatos a una absoluta.

---

# Valoración del dolor y su repercusión sobre la incapacidad laboral

El dolor es una experiencia común a todo ser humano. Desde el nacimiento hasta la muerte, el individuo está sometido a una interacción constante entre su entorno y su propia realidad psicofísica, y de ambas vertientes puede provenir la agresión que se traduzca en dolor.

## **18.1. CONCEPTO**

El dolor puede definirse como la sensación desagradable, displacentera, que aflora a la conciencia del individuo como consecuencia de diferentes estímulos nociceptivos procedentes de una o varias áreas u órganos corporales. Puede añadirse que es una experiencia sensorial y emocional displacentera asociada a un daño tisular real o potencial.

## **18.2. BASES NEUROANATÓMICAS DEL DOLOR**

La percepción del dolor por parte de la conciencia del sujeto tiene un sustrato orgánico, cuya finalidad es vehiculizar el estímulo doloroso desde el lugar de su actuación o receptor hasta los centros cerebrales superiores. Las estructuras anatómicas implicadas en este proceso son:

– **Receptores:** unidades funcionales del Sistema Nervioso Periférico encargadas de captar los estímulos sensoriales. Los receptores que se estimulan ante la presencia de daño tisular son los nociceptores, y se encuentran presentes en piel, periostio, paredes arteriales, superficies articulares, corazón, pleura, vesícula y testículos.

– **Fibras nerviosas aferentes:** conducen los estímulos sensoriales desde los receptores hasta el asta posterior de la sustancia blanca medular.

– **Asta posterior de la médula.**

– **Vías ascendentes:** se dirigen desde la médula hasta centros superiores, siendo el haz espino-talámico el más importante.

– **Centros nerviosos superiores:** centralizan la respuesta nociceptiva y se encuentran en el tálamo, hipotálamo y corteza cerebral.

### 18.3. CLASIFICACIÓN DE LOS DIVERSOS TIPOS DE DOLOR

Para ello puede atenderse a diferentes criterios, entre ellos la duración y la procedencia.

#### Según su duración:

- **DOLOR AGUDO**, puede ser denominado así aquél que tiene una duración generalmente inferior a seis meses, o también cuando se considera que es “adecuado” al cuadro clínico que lo origina, por ejemplo en un esguince de tobillo, el dolor adecuado sería de aproximadamente cuatro a seis semanas, sobrepasado ese tiempo ya no se considera “adecuado”, con lo cual sería procedente hablar de cronificación de ese dolor.

- **DOLOR CRÓNICO**, es aquél duradero por más de seis meses, pero de forma mas acertada podremos decir que un dolor se ha cronificado cuando no se correlaciona con el estímulo que originariamente lo desencadenó, mas que cuantificar su duración en semanas o meses.

## Según su procedencia:

- DOLOR DE ORIGEN PERIFÉRICO, es aquel que se produce por excitación de nociceptores periféricos, pudiendo ser de origen *somático*, superficial cuando el dolor se experimenta en la piel, o profundo, mal localizado, difícilmente definible, que se origina en estructuras como superficies articulares, tendones, etc. y *visceral*, procedente de órganos internos y que suele acompañarse de reacciones vegetativas intensas.
- DOLOR DE ORIGEN CENTRAL, es aquel que tiene su origen en alguna patología del Sistema Nervioso Central.
- DOLOR PSICÓGENO, no tiene naturaleza orgánica sino características psicósomáticas derivadas de una patología psiquiátrica mas o menos importante. Se presenta en individuos con una personalidad alterada, ansiosos, depresivos, neuróticos, etc. Es un dolor que no obedece a ningún patrón neurológico definido y suele ser resistente a cualquier tipo de tratamiento, sea farmacológico o quirúrgico que no tenga en cuenta su naturaleza psiquiátrica.

## 18.4. MEDICIÓN DEL DOLOR CLÍNICO

Para el médico valorador, el poder cuantificar el dolor siempre ha sido una ardua tarea, pues hay que tener presentes las características personales de cada paciente.

El dolor es una manifestación clínica que el observador es incapaz de apreciar directamente, es siempre el paciente el que comunica al médico la presencia de este síntoma. El médico se encuentra en la situación de tener que creer lo que este le refiere. Lo primero que se debe determinar es si existe o no una causa que pueda originar dolor, y lo segundo cuantificarlo, si es posible.

Para el diagnóstico del dolor clínico existen tres abordajes básicos:

- Conseguir información subjetiva por parte del paciente, por sus manifestaciones verbales o escritas.

- Observar la conducta del sujeto con dolor, con indicadores como agitación, intranquilidad, nerviosismo, gestos, lloros, gritos, etc.
- Medición con instrumentos de las respuestas autonómicas acompañantes del dolor, como aumento de la tensión arterial, de la frecuencia cardíaca y respiratoria, etc.

La descripción subjetiva del paciente es probablemente el mejor indicador del dolor. Si una persona dice que tiene dolor, lo más posible es que sea cierto, y si dice que tiene mucho dolor, es mejor asumir que efectivamente lo tiene.

La mejor manera de conseguir medir un dolor es pedir al paciente que nos indique la intensidad de su dolor. Para ello se han propuesto una serie de escalas, teniendo todas ellas sus ventajas e inconvenientes, y en todas hay que tener en cuenta una terminología común de uso más habitual.

## **Parámetros de uso común para medir la respuesta dolorosa**

— **Valoraciones subjetivas:** tienen como única fuente la propia información del paciente respecto de su propio dolor. Se basan principalmente en las llamadas “Escala de Valoración Verbal” — *Verbal Rating Scales* o VRS— y su valor relativo consiste en constatar si existe o no dolor y en una cuantificación aproximada sobre una escala dada.

La primera escala de este tipo fue ideada por KEELE en 1948, y consiste en una línea sobre la cual hay cinco marcas que corresponden a: ausencia de dolor, dolor leve, dolor moderado, dolor grave y dolor insoportable.

Otra escala de valoración verbal es la “Escala de Grises de LUESHER”, en la que hay diferentes marcas en una gradación de grises, que van desde el blanco hasta el negro. El blanco significa ausencia de dolor y el negro corresponde al dolor máximo. Además, los diferentes tonos de gris se correlacionan con el esta-

do de ánimo del paciente, de tal manera que cuanto más negro lo señale el paciente, se puede relacionar con un estado depresivo creciente.

Existe también una escala de rojos de características muy similares a la de grises, con la diferencia de que a veces indica la existencia de un dolor más vivo.

Valoración mediante la relación torniquete-dolor. Se solicita al paciente que permanezca con un manguito de presión colocado en su brazo e hinchado a una presión superior a la sistólica, y que diga en qué momento nota que la intensidad del dolor provocado es igual al producido por la lesión o enfermedad que estamos valorando.

Prueba de LIBMAN: consiste en presionar sobre la apófisis mastoideas, justo detrás del pabellón auditivo, y comprobar qué nivel de sensibilidad presenta el sujeto, deduciéndose de ello su mayor o menor umbral a la respuesta dolorosa.

Por último mencionaremos la “Escala de THIERRY” fundamentada más en la subjetividad del explorador que en la del paciente, y que se basa en la clasificación del dolor según la necesidad de tratamiento analgésico. Se distinguen cuatro posibilidades: dolor poco importante que no precisa de tratamiento; dolor moderado, que se calma con analgésicos de uso común; dolor importante, que no se calma con estos y causa un cierto grado de incapacidad; y finalmente, dolor muy importante que incapacita grandemente y precisa de analgésicos muy potentes como morfina o similares.

— **Valoraciones objetivas:** para valorar objetivamente el dolor encontramos más dificultades que para valorar la presencia de cualquier otra patología.

Una radiografía simple puede demostrar la existencia de una lesión traumática o no, que puede causar dolor, también una gammagrafía es útil para detectar procesos que implican una alteración del metabolismo óseo, pero con ella no podemos valorar la presencia o no de dolor.

De las distintas técnicas diagnósticas especiales que pueden ser admitidas judicialmente como pruebas documentales, dos son espe-

cialmente útiles en el diagnóstico y peritación del dolor: las exploraciones neurofisiológicas y la termografía.

— **Exploraciones neurofisiológicas:** aportan información tanto cualitativa como cuantitativa del dolor. Entre las más interesantes están la electromiografía y la electroneurografía.

*Electromiografía, EMG:* estudia la respuesta de una masa muscular estimulada mediante descargas eléctricas introducidas en ella por medio de una aguja. Al estudiar el registro obtenido se pueden obtener dos patrones fundamentales patológicos, el patrón neurogénico o denervativo y el patrón miopático. Este último se debe a diferentes miopatías, y no tiene tanta importancia como el neurogénico, que siempre implica una afectación del SNP y su correlación con el dolor neurogénico.

*Electroneurografía, ENG:* Estudia la conducción de un impulso nervioso desde un nervio periférico tras su estimulación mediante un electrodo. Se pueden estudiar nervios motores, sensitivos y mixtos, y es una prueba útil en el estudio del dolor neurogénico.

— **Termografía:** la prueba permite trasladar a una variedad de colores o tonos de gris las variaciones de temperatura del cuerpo entero o de una zona concreta de él. Es un método no invasivo, que no emite ningún tipo de radiación nociva y que puede aplicarse a cualquier persona, incluidos niños y embarazadas, con la garantía de su completa inocuidad.

Es una técnica muy sensible y específica en alteraciones circulatorias, desórdenes neuropáticos, síndromes miofasciales y síndromes dolorosos articulares y periarticulares. En algunos casos es insustituible, tanto para el diagnóstico como para el seguimiento del tratamiento y la respuesta al mismo.

Actualmente la Termografía es admitida en los tribunales como prueba documental y es muy útil para diferenciar los dolores simulados de los orgánicos, sobre todo cuando el resto de las pruebas no aportan datos objetivos y el paciente sigue refiriendo el dolor.

En el Centro de Traumatología Teldense para la valoración clínica del dolor se ha adoptado la prueba ideada por los doctores López

de Lamela —Ojeda— Padrón, método empleado por la Asociación Canaria de Valoración del Daño Corporal y presentada por los autores en las Segundas Jornadas canarias de Valoración del Daño Corporal y publicada en la revista *Medicina y Derecho* N.º 2, del año 1997.

Se aplica la prueba en todos aquellos casos en los que se nos refiere por parte del paciente una clínica dolorosa, y en nuestra casuística, de más de 50 casos, tenemos un 83% en el que el resultado de la prueba ha ratificado la existencia de unas patologías que producían manifestaciones dolorosas, y se ha podido establecer una cuantificación y graduación de ese dolor. En un 15% de los casos los resultados no han sido positivos y finalmente en un 5% de ellos no se han podido relacionar los resultados de la prueba con las patologías que presentaba el paciente.

**DESARROLLO DE LA PRUEBA:** el centro ha diseñado unas hojas en las que se reflejan todos los datos relativos al paciente y a las pruebas realizadas para valorar su dolor.

Esquema del Centro de Traumatología Teldense:

- Datos del paciente, filiación completa.
- Características morfológicas, peso talla, TA, temperatura, pulso, FR, etc.
- Valoración de la sensibilidad mediante la prueba de LIBMAN.
- Realización de la prueba del torniquete. Test de la prueba de presión.
- Valoración subjetiva del paciente de su grado de dolor mediante la escala de KEELE.
- Valoración por las escalas de grises y rojos.
- Escala de THIERRY, en la que orientamos la intensidad del dolor según la necesidad del tratamiento empleado y su efectividad.

Una vez realizada la prueba completa, se procede a la cuantificación y graduación del dolor, y apoyándonos en los resultados obtenidos, acompañados del resto de pruebas objetivas realizadas, bien en la visita al centro o bien aportados por el paciente, podemos valorar de forma correcta un caso donde el dolor sea un factor incapacitante, discapacitante o simplemente desagradable para el afectado, con lo que podemos aportar luz a este gran problema que planteaba la subjetividad del dolor en cuanto a su alegación por los afectados frente a los tribunales y a la desestimación por parte de las distintas partes en litigio de todo aquellos informes referentes a la presencia del dolor, ya que no parecían basados en ninguna prueba objetiva que pudiese dar credibilidad y valor de prueba a los mismos.

En la actualidad, hay sentencias en las que se indica que siempre que se objective la causa que produce dolor, se acepta su grado de incapacidad, tanto a nivel personal, de ocio y laboral.

## **18.5. VALORACIÓN DEL DOLOR EN RELACIÓN A LA INCAPACIDAD LABORAL**

Podemos decir que el dolor es valorable para una incapacidad laboral o discapacidad.

Para el médico evaluador, la problemática que se le presenta es saber si el dolor es real o simulado.

En los casos en que se sospeche la presencia de una simulación o disimulación, el perito tiene la dificultad añadida de que con toda certeza, en ningún momento el sujeto va a colaborar con él, por lo que el perito tiene que conocer las técnicas adecuadas que le permitan descubrir cuáles son los procedimientos que el simulador está empleando para poder llegar al esclarecimiento de este tipo de situaciones fraudulentas.

Ambas situaciones, simulación y disimulación, constituyen un problema judicial, con claras repercusiones económicas y sociales. Las consecuencias pueden llegar a afectar a la economía de las empresas, públicas o privadas, y por tanto, a la economía de un país.

## DIFERENCIAS ENTRE EL PACIENTE CON DOLOR PSICOSOMÁTICO Y EL SIMULADOR

	<b>Dolor EXAGERADO</b>	<b>Dolor PSICOSOMÁTICO</b>	<b>Dolor OBJETIVO</b>	<b>SIMULACIÓN</b>
<b>Control consciente de síntomas</b>	No	No	No	Sí
<b>Dramatismo</b>	Sí	No	No	Sí
<b>Deseo de participar en los exámenes</b>	Sí	Sí	Sí	No
<b>Respuesta a la Psicoterapia</b>	MODERADA	BUENA	MODERADA	POBRE
<b>Resolución con un convenio legal a su favor</b>	No	No	No	Sí
<b>Síntomas visibles</b>	NO SIEMPRE	SIEMPRE	NO SIEMPRE	SIEMPRE
<b>Preocupación por los síntomas</b>	MUCHA PERO FÁCIL DISTRACCIÓN	LEVE	LEVE	TOTAL PERO NO DISTRÁIDO
<b>Base orgánica</b>	SÍ	No	SÍ	No
<b>Conducta variable con el médico</b>	No	Sí	No	Sí

# VALORACIÓN DEL DOLOR

\* Sensibilidad al dolor: prueba de LIBMAN, presión en las apófisis estiloides. Normal=0; Muy Sensible=-2; Poco sensible=+2.

\* Test de la FUERZA DE PRESIÓN: manguito hinchado por encima de la sistólica. Se presiona un dinamómetro 20 veces. Se registra el tiempo para que el dolor experimentado sea igual que el clínico (T1), y el tiempo necesario para volverse insoportable (T2). Fórmula  $T1/T2 \times 200$ . Si el dolor subjetivo es mayor que el inducido se deduce que el componente psicológico es predominante.

\* Escala de KEELE: el paciente señala su dolor.



Escala de GRISES



8  
7  
6  
5  
4  
3  
2  
1

Escala de ROJOS



Escala de THIERRY

No precisa tratamiento: 2  
Se calma con analgésicos: 4  
Dolor importante se calma con analgésicos más potentes 6  
Dolor muy importante que no calma ningún analgésico 8

## RESULTADOS

Dolor bajo= 20,24  
Dolor moderado= 26/30  
Dolor grave= 32/36

El paciente señala con un marcador su tipo de dolor.

Existen dos clases de simuladores: el simulador o defraudador ocasional, que es frecuentemente un exagerador; y el simulador profesional del accidente. Este último es más complejo desde una perspectiva médico-legal. Se trata de sujetos que, haciendo uso de conocimientos sobre determinados síntomas de enfermedades, bien por su propia formación o bien por información recibida de terceros, son capaces de fingir lo que no padecen, lo cual suelen hacer de forma repetida, contando sus historias con varias simulaciones.

Para el médico evaluador, es necesario disponer de antecedentes en relación al dolor que se presenta, desde cuándo, si este aparece consecuente a una patología o traumatismo, con anterioridad había tenido crisis de dolor relacionadas con el actual (topografía, intensidad, persistencia)... lo que nos permitirá conocer la causa.

Tener un informe de la Unidad del Dolor: persistencia, duración, respuesta al tratamiento, informe en relación al déficit de la actividad personal, ocio o laboral del paciente, causada por el dolor.

El médico evaluador, cuando disponga de la información citada, podrá valorar el dolor como causa para originar una incapacidad laboral o una discapacidad de la persona.

Para clasificar la relación entre el dolor e invalidez, se transcriben el reconocimiento en sentencias emitidas de los órganos judiciales de la jurisdicción social.

## 18.6. SENTENCIAS

**Sentencia de 20 de junio de 2000 (AS 2000/3090) de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, en su fundamento de derecho tercero:**

“...Reiterando lo que hemos dicho en alguna otra ocasión (por ejemplo, sentencias de 14 de enero de 1993, 30 de marzo de 1993, 23 de junio de 1997, 8 de julio de 1997 (AS 1997/2324) y 11 de abril de 2000, recs, 975/1991, 668/1992, 3142/1996, 3625/1996 y 72/2000), la falta de medios científicos que permitan conocer con total objetividad y precisión el alcance del dolor que una persona siente no justifica que se deje de valorar si, como aquí ocurre, se ha acreditado la

realidad del mismo, ya que no deja de ser algo objetivo, real, que implica una alteración en la salud de una persona, tanto si su causa es física como si resulta fruto de una somatización. Cualquier ser humano da fe de su existencia y la misma ciencia médica lo corrobora con los múltiples medios terapéuticos fabricados para combatirlo (que incluyen, incluso, Unidades hospitalarias). Su comprobación también es posible en un buen número de casos, no solo por concurrir una causa que lo justifique, compresión o sección de raíz nerviosa, etc.), sino por las reacciones que produce (contracción muscular, rictus doloroso, etc.), el modo en que el afectado lo combate (ingestión de analgésicos, opiáceos, etc.) y sus resultados. Desde luego, nada mejor que leer las sentencias de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo de fechas 23 de mayo de 1988 (RJ 1988/4281), 25 de enero de 1989 (RJ 1989/296), 30 de enero de 1989 (RJ 1989/319), 10 de abril de 1989 (RJ 1989/2956) y 31 de mayo de 1990 (RJ 1990/4532) para advertir cómo el Alto Tribunal toma en consideración el dolor del trabajador afectado para la consideración de su estado invalidante. Cuestión distinta es, desde luego, que haya de valorarse el dolor cuando únicamente consta como simple referencia de la persona cuya invalidez se dirime, sin constatación médica de su realidad, pero no es el caso de autos, en el que el Juzgado admite que el trabajador demandante sufre dolor.”

**En el mismo sentido, la Sentencia de 21 de julio de 1992 (AS 1992/36085) de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Murcia declara tajantemente que:**

“El hecho de que no existan datos objetivos para acreditar la presencia de dolor o su entidad, no significa que el mismo no sea valorable a efectos de determinar el grado de incapacidad para el trabajo que presenta el que lo sufre.”

---

# Consideraciones acerca del síndrome fibromiálgico y su repercusión sobre la incapacidad laboral

## 19.1. SÍNDROME FIBROMIÁLGICO O DE FATIGA CRÓNICA

Es una enfermedad crónica que ocasiona a quien la padece dolor músculoesquelético en múltiples localizaciones del cuerpo y un cansancio generalizado en ausencia de alteraciones articulares. Además de estas manifestaciones, el síndrome fibromiálgico incluye unas alteraciones psicológicas, como ansiedad, depresión y sueño de mala calidad.

## 19.2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Gowers (1904), describe un proceso doloroso que afecta a los septos musculares llamándolo “síndrome fibrosítico”. Estudios posteriores en 1930, analizan anatomopatológicamente nódulos fibrosíticos que llevaron a Hanah a escribir “algunos autores hablan de los nódulos de la fribrositis, los cuales para otros, solo son accesibles al dedo de la fe”.

Se van sucediendo los estudios clínicos e intentando encontrar la etiología de la enfermedad y debido a ello, en los años 80 se la cataloga como “neuromiastenia post infecciosa esporádica”, “encéfalo-mielitis miálgica”, “síndrome de mononucleosis crónica”.

Durante los años 1987-1988, aparecen una serie de cuadros que son catalogados de “síndrome de fatiga crónica” y la mayoría de los autores asocian las dos entidades como una sola: “fibromialgia y/o síndrome de fatiga crónica”.

En 1989, la OMS, en el epígrafe M79.0, la considera como enfermedad reumatológica y en 1990 el American College of Rheumatology, señala los condicionantes para ser diagnosticada: dolor de duración mayor de tres meses, generalizado y con 18 “puntos gatillo” de los que, como mínimo, tienen que haber positivos 11.

### 19.3. FRECUENCIA

La prevalencia de la fibromialgia a nivel internacional varía de forma significativa de un país a otro: en Suecia, por ejemplo, se informa de una prevalencia de un 1%, y en Noruega de un 10,5%, siendo la edad media de aparición de acuerdo con el American College of Rheumatology (ACR) de 49 años. Los resultados de dos estudios realizados muestran una distribución por sexo de un 92,7% de mujeres respecto al 7,3% de varones, y el tiempo de tratamiento de los pacientes en la atención especializada es de 141 meses de media.

En nuestro país, la Sociedad Española de Reumatología ha publicado recientemente los resultados de una investigación sobre la prevalencia e impacto de la fibromialgia (EPISER 2000), en la cual, se estima la prevalencia de la fibromialgia en un 2,37 %, con una relación mujer-hombre 84% de una edad media entre los 40 a los 49 años. También ha sido descrito en niños y ancianos.

Se ha descrito una media de padecimiento del dolor de entre 6 y 12 años al momento del diagnóstico, ya que estos pacientes han padecido peregrinajes a lo largo de diversos especialistas médicos, medicaciones variadas y terapias alternativas de lo más diversas.

Últimamente la incidencia de esta enfermedad parece estar en vertiginoso aumento; nosotros consideramos que la ausencia del uso de protocolos estandarizados, sumada al desconocimiento que se tiene acerca de esta afección, fuerzan un sobrediagnóstico en la comunidad y el correspondiente descrédito de todo intento protocolizado de investigación de la materia.

## 19.4. ETIOLOGÍA

Su etiología no es conocida. Se han descrito casos que comienzan después de una infección bacteriana o vírica, o un trauma, ya sea físico o psíquico, así como en aquellos sujetos en los que otra enfermedad conocida limita la calidad de vida del enfermo (artritis reumatoide, lupus, radiculopatías, inmunodeficiencias, etc.).

Estos agentes desencadenantes no parecen causar la enfermedad, sino que lo que probablemente hacen es despertarla en una persona que ya tiene una anomalía en la regulación de su capacidad de respuesta a determinados estímulos. Se han detectado un marcado desbalance del Sistema Nervioso Autónomo, comprobándose por estudios comparativos controlados de estimulación y bloqueo autonómico un predominio del tono basal simpático en estos pacientes. Existe evidencia de alteraciones del eje hipotálamo—hipofiso—suprarrenal, alteraciones de la inmunidad, y valores alterados de neurotransmisores como sustancia P, 5HT, NA, TRH; entre otros, con aumento del primero y disminución de los últimos. Asimismo, es habitual hallar alteraciones polisomnográficas del estadio 4 (no REM) del sueño de ondas lentas, por intromisión de ondas alfa. Si bien esto tampoco es exclusivo de la fibromialgia.

## 19.5. SÍNTOMAS CLÍNICOS

El síntoma más importante es el *dolor*. Dolor difuso que afecta a todo el sistema musculoesquelético. Puede ser descrito por el enfermo como quemazón, molestia o desazón. Puede comenzar de forma generalizada o en un área determinada como cuello, hombro, región lumbar.

Además del dolor, puede aparecer una *rigidez*, sobre todo al levantarse por la mañana, y una sensación de hinchazón mal delimitada en manos y pies.

Otra manifestación característica es el *cansancio*, que se mantiene durante todo el día. Los enfermos tienen mala tolerancia al esfuerzo físico, cualquier ejercicio de intensidad poco corriente

produce dolor y agotamiento, lo que hace que se evite. La consecuencia es que cada vez se hacen menos esfuerzos, la masa muscular se empobrece y el nivel de tolerancia al ejercicio desciende aún más.

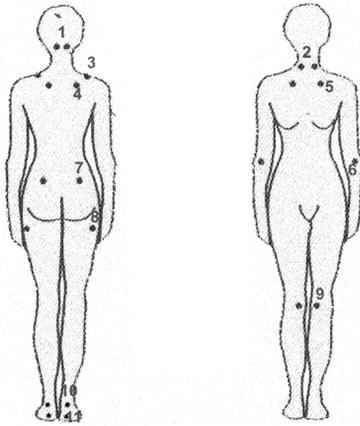
El 70-80% de los pacientes presentan un *sueño* de mala calidad. En el estudio EEG, se observan en la fase de sueño profundo unas ondas similares a las que mantienen actividad de alerta en el cerebro, es decir, el paciente se duerme sin problemas pero su sueño a nivel profundo se ve interrumpido, el dolor empeora los días en que duermen mal.

Las personas que padecen fibromialgia, presentan con mayor frecuencia que las sanas *ansiedad y depresión* (los autores están de acuerdo en que los cuadros distímicos se producen antes del cuadro doloroso o junto con el dolor, y en algunos casos, se presenta a los pocos días de haberse iniciado el periodo álgico), así como *jaquecas, colon irritable, dolores en la menstruación, trastornos de circulación en manos y pies y alteración de la memoria o cognitivas*.

## 19.6. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se hace de acuerdo a las molestias que se han señalado previamente y a los datos que el médico encuentra en la exploración. Se valoran:

- A. Cuadro doloroso de larga evolución (más de 12 meses) y existencia de los puntos dolorosos específicos, *Tender Points* (18 en total, American College of Rheumatology; y según nuestra estadística, 22):



1. Occipital bilateral a nivel inserción músculo suboccipital.
2. Cervical bajo, bilateral en región anterior, correspondientes a espacios intertransversos C5-C7.
3. Trapecios, bilateral en mitad borde superior.
4. Supraespinoso: bilateral, en su origen en la región escapular, cerca de la línea media.
5. Costilla 2.ª: bilateral en la unión condrocostal segunda, lateral a las uniones superficiales.
6. Epicondilo lateral: bilateral, a 2 cm de los epicondilos.
7. Glúteos: bilateral, en los cuadrantes superoexternos, en el pliegue anterior del músculo.
8. Trocánter mayor: bilateral, posterior a la eminencia trocantérea.
9. Rodillas: bilateral, en eminencia grasa media, próxima a la línea media.
10. Tendones aquilianos bilateral, en su punto de inserción en el calcáneo.
11. Calcáneo bilateral, a la maniobra de compresión mediante pinza digital del examinador, este dolor es muchas veces confundido en exámenes anteriores con espolón de calcáneo bilateral.

**B. Pruebas para la valoración del dolor, como la de L.O.P. (López-Ojeda-Padrón):**

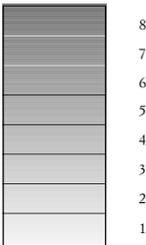
**VALORACIÓN DEL DOLOR**

\* Sensibilidad al dolor: prueba de LIBMAN, presión en las apófisis estiloides. Normal=0; Muy Sensible=-2; Poco sensible=+2.

\* Test de la FUERZA DE PRESIÓN: manguito hinchado por encima de la sistólica. Se presiona un dinamómetro 20 veces. Se registra el tiempo para que el dolor experimentado sea igual que el clínico (T1), y el tiempo necesario para volverse insoportable (T2). Fórmula T1/T2x200. Si el dolor subjetivo es mayor que el inducido se deduce que el componente psicológico es predominante.

\* Escala de KEELE: el paciente señala su dolor.

Escala de GRISES



Escala de ROJOS



Escala de THIERRY

- No precisa tratamiento: 2
- Se calma con analgésicos: 4
- Dolor importante se calma con analgésicos más potentes 6
- Dolor muy importante que no calma ningún analgésico 8

RESULTADOS

Dolor bajo=	20/24
Dolor moderado=	26/30
Dolor grave=	32/36

El paciente señala con un marcador su tipo de dolor.

- C. Las pruebas de laboratorio y el diagnóstico por imagen suelen ser normales, y sirven fundamentalmente para descartar otras patologías.
- D. Existencia de antecedentes de alteraciones del sueño, alteraciones psíquicas o utilización de medicación antidepresiva.
- E. Valoración funcional de la columna vertebral mediante pruebas isocinéticas, que dan como resultado unas curvas no consistentes, ya que hay discordancia entre la fuerza en las distintas fases y alteraciones en la velocidad angular
- F. Exploración termográfica para objetivar las zonas dolorosas.

Según lo descrito, “parece fácil” llegar a un diagnóstico de la fibromialgia, pero la tarea del médico evaluador no lo es tanto. Su responsabilidad es mayor cuando, por circunstancias sociales, económicas o políticas, se intenta conseguir una discapacidad o inutilidad por patologías de difícil diagnóstico. Es decir, sería muy diferente si los pacientes, en vez de fibromialgia, hubieran sufrido por ejemplo, una fractura, o estuvieran afectados de una radiculopatía, etc.

Ya en 1992, el Presidente del Comité de Consenso de Copenhague, indicaba en relación a la fibromialgia, que estas personas a partir de ahora, tendrían mejores posibilidades de que los Gobiernos y las Compañías de Seguros aceptaran su enfermedad como causa de pensiones de invalidez y jubilación precoz.

Acereda sostiene que la incapacidad que la fibromialgia puede ocasionar es con frecuencia *infravalorada* por los médicos, cuando en realidad, un 10-25% de los enfermos son incapaces de realizar trabajo alguno.

## 19.7. CONCLUSIONES

La medicina ha aprendido a reconocer y comprender mejor a los pacientes que presentan un síndrome fibromiálgico. El médico evaluador puede diagnosticar y evaluar al enfermo como afecto de fibromialgia cuando este presente más del 80% de los puntos fibromiálgicos; las pruebas de valoración del dolor, como L.O.P., u otras,

objetiven patologías que originan dolor; exista tratamiento por la Unidad del Dolor, debido a la intensidad del dolor que presenta el paciente; aparezcan alteraciones morfológicas, atrofas, actitudes posicionales antiálgicas; haya una valoración psiquiátrica que se pueda incluir en uno de los apartados de DSMN IV de trastornos adaptativos, o de otras patologías psiquiátricas; la cronificación de los mismos, da lugar a la aparición del círculo álgico: más dolor más depresión más dolor más depresión....).

Con todo ello, el paciente es diagnosticado de una fibromialgia y no podrá realizar una vida normal ni en el ámbito personal, de ocio o laboral, estando por ello incapacitado en los aspectos humanos señalados.

## 19.8. SENTENCIAS

### **\* De la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Autónoma del País Vasco:**

Sentencia de 27 de febrero de 2001 que declara a la trabajadora, —peón de fábrica de madejas y bobinas de alambre—, aquejada de “*neurosis histérica, fibromialgia reumática, episodios de epicondilitis en codo derecho, síndrome femoropatelar bilateral incipiente, cérvicoartrosis incipiente, nódulos de Heberdeen y Bouchard en ambas manos*”, *generan: cefalea tensional desde hace 5 años. Algas erráticas, cansancio, agotamiento, sueño inquieto con despertares frecuentes por pesadillas, somatizaciones de la ansiedad. Dolor a la presión de los denominados puntos gatillo, tales como nuca, trapecios, ángulos de omoplatos, parrilla costal, hombros, epitrocleas en codos o crestas ilíacas. Astenia, afecta de incapacidad permanente TOTAL para su profesión habitual.*

Sentencia de 24 de abril de 2001. Declara a la trabajadora, Oficial Administrativa de Centro Hospitalario, aquejada de *fibromialgia, depresión endógena con aparición reciente de alucinaciones visuales y auditivas, y fatiga crónica que producían dolores articulares y musculares por todo el cuerpo, tristeza, pérdida de interés, dificultad de concentración, deficiente memoria, fatiga, pesimismo, irritabilidad, trastornos del sueño, desesperanza*, afecta de una incapacidad permanente ABSOLUTA.

**\* De la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria:**

Sentencia de 20 de diciembre de 2001, por la que se confirma una sentencia del Juzgado de lo Social n.º 4 de Santander de 13 de junio de 2000 que declaraba a la trabajadora, de profesión Limpiadora, *afecta de fibromialgia, lumboartrosis, hipertensión arterial y hepatopatía*, en situación incapacidad permanente TOTAL. En esta sentencia, se hace mención a otra de fecha 27.04.99 de la misma Sala, que reconoce el carácter invalidante de la fibromialgia.

**\* De la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Galicia:**

Sentencia de 30 de noviembre de 2001 que ratifica la sentencia del Juzgado de lo Social n.º 3 de Lugo, por la que se declaraba a la trabajadora, de profesión Agricultora, *afecta de depresión endógena cronicada, hernia discal L3-L4, fibroadenoma de mama, fibromialgia crónica, cervicalgia y lumbociatalgia derecha crónicas*, en situación de incapacidad permanente ABSOLUTA.

**\* De la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Asturias:**

Sentencia de 5 de octubre de 2001, que declara a la trabajadora, de profesión Limpiadora, *afecta de distimia, trastorno disociativo y fibromialgia*, en situación de incapacidad permanente ABSOLUTA.

Sentencia de 26 de octubre de 2001, que confirma la del Juzgado de lo Social n.º 1 de Mieres y que reconocía a la trabajadora, autónoma Carnicera, en situación de incapacidad permanente TOTAL por estar *afecta de: túnel carpiano derecho intervenido sin evidencia exploratoria ni enfermedad de recidiva considerable. Fibromialgia con exploración normal en cuanto a arcos articulares en general y sin déficit radicular. Artralgias mecánicas de origen degenerativo*.

**\* De la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Madrid:**

Sentencia de 19 de julio de 2001, que confirma la sentencia del Juzgado de lo Social n.º 36 de Madrid, que declaraba a la trabajado-

ra, Empleada de Hogar, y *afecta de espondiloartrosis incipiente, artrosis en ambas manos, fibromialgia y gastritis crónica*, en situación de incapacidad permanente ABSOLUTA.

**\* De la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Las Palmas:**

Sentencia de 26 de enero de 2001, que reconoce a la trabajadora, Regente de un Bar, autónoma, *aquejada de cérvicoartrosis moderada, espondiloartrosis lumbar moderada, gonartrosis leve moderada, síndrome femoro patelar bilateral, insuficiencia vascular periférica y varices en extremidades inferiores, más síndrome de fibromialgia*, de incapacidad permanente TOTAL.

**\* De distintos Órganos Judiciales:**

Sentencia n.º 503 del Juzgado de lo Social n.º 7 de Barcelona, de 22 de noviembre de 2002, que reconoce a la trabajadora, de profesión Auxiliar Administrativo, y *afecta de: trastorno de ansiedad generalizado, trastorno depresivo mayor, grave y recurrente, agorafobia, fibromialgia primaria en grado severo y crónico*, una incapacidad permanente ABSOLUTA.

Sentencia n.º 324 del Juzgado de lo Social n.º 3 de Barcelona, de 13 de septiembre de 2002, que declara a la actora, *afecta de fibromialgia* en situación de incapacidad permanente TOTAL.

Sentencia n.º 84 del Juzgado de lo Social n.º 4 de Barcelona del 18 de febrero de 2003 que declara a la trabajadora *afecta de fibromialgia* en situación de incapacidad permanente TOTAL.

Sentencia del Juzgado de lo Social n.º 12 de Barcelona que declara invalidez ABSOLUTA por Fibromialgia, citado en el Diario Médico del COM (Europa Press, 01.10.02).

En los juzgados de lo Social del Tribunal Superior de Justicia y del Tribunal Supremo, existen sentencias en las que se reconoce la fibromialgia como enfermedad incapacitante.



---

## Consideraciones acerca del síndrome de fatiga crónica y su repercusión sobre la incapacidad laboral

En uno de los últimos artículos publicados, habíamos comentado sobre la repercusión de la fibromialgia y/o síndrome de fatiga crónica en relación a la incapacidad laboral.

Insistíamos en la problemática que representa para el médico evaluador poder valorar la incapacidad o discapacidad que originan ambos procesos, patologías, aceptadas en la actualidad, aunque tengan síntomas comunes y en su cronobiopatología haya periodos en que se hace difícil el diferenciarlas entre sí. En la actualidad, disponemos de algunas pruebas que pueden favorecer su identificación.

Sin tener antecedentes patológicos de interés, en la mayoría de los casos existen alteraciones distímicas difíciles de valorar: insomnio, cambio de carácter, pérdida de memoria, etc. Este comienzo, hace que muchos enfermos sean tratados por psiquiatras valorando cuadros depresivos. Se añaden cuadros de polimialgias y poliartralgias, sin características de agudez y se presenta fatiga, cansancio, que se va acentuando cada vez más. El paciente dice “me levanto más cansado que antes de acostarme”. Se acompaña de trastornos cognitivos (alteraciones de la memoria, concentración, incapacidad para el cálculo); alteraciones olfativas, gástricas, y un largo etcétera.

Desde 1994, se aceptan los criterios proporcionados por el Centro de Enfermedades-Control de Atlanta<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Publicados en *Ann Intern Med.* 1944/121: 953-959.

### Criterios básicos mayores:

— Persistencia del cuadro distímico de más de 6 meses. Cansancio que no mejora con el descanso y no ha existido antecedentes de sobrecarga o sobreesfuerzo, y que origina un déficit funcional orgánico psíquico en todas las actividades del paciente, personales, de ocio, laborales.

A estas alteraciones básicas, se añaden los llamados criterios menores:

- Polimialgias con debilidad muscular.
- Poliartalgias sin signos inflamatorios.
- Adenopatías cervicales o axilares.
- Cuadros de faringitis de repetición.
- Cefaleas de intensidad y persistencia variable.
- Persistencia de la fatiga en más de 24 h.
- Sueño no reparador.
- Trastornos de la concentración y de la memoria.

Clínicamente se acepta la presencia de un criterio mayor más cuatro de los menores para concretar el diagnóstico clínico de síndrome de fatiga crónica.

A partir de 1997, se acepta como valoración objetivable, datos de laboratorio <sup>2</sup>:

Rnase-L Ratio (LMW/HMW)  $\times$  10) elevado.

Th1/Th2 Cytokine Arrays, elevado.

Positividad Citomegalovirus y V.E.B. (virus de Epstein Barr).

En el momento actual, el médico evaluador se encuentra indefenso para poder hacer una valoración objetivada y valorar el grado de incapacidad. Para ello tendrá que tener presente:

---

<sup>2</sup> Se pueden solicitar a Immunosciences Lab., Inc. 8693 Wilshire Blvd., Beverly Hills, CA 90211. Tel.: 310.657.1077 - Fax: 310.657.1053.

1. Diagnóstico clínico según los indicadores-criterios citados.
2. Datos de laboratorio, orientativo.
3. Valoración médica de isocinéticos y electromiografía para valoración de la debilidad muscular.
4. Valoración psiquiátrica para poder descartar patología psiquiátrica o síndrome adaptativo consecuente a su enfermedad.

Si hacemos un diagnóstico de síndrome de fatiga crónica, la valoración de su cuadro de discapacidad de la persona o de la incapacidad laboral no podrá ser otra que la absoluta.

El paciente afecto de SFC, no puede realizar ninguna actividad personal, de ocio o laboral, sin que conlleve la consecuencia de tener que hacer reposo a continuación y que este no pueda recuperarse sino transcurridas 24 horas o más.

## 20.1. SENTENCIAS

**Juzgado de lo Social n.º 1, Mataró, Barcelona, Sentencia n.º 260/03, en la que la demandante, Maquinista Textil de profesión, está afecta de:**

“Sintomatología depresiva de más de 5 años de evolución, tratada por especialistas psiquiatras con la administración de fármacos que han ido en aumento, y terapia de grupo, sin respuesta favorable y con episodios recurrentes de depresión mayor. Síndrome fibromiálgico de gran intensidad, diagnosticado y tratado por especialista en Reumatología y remitida a la Clínica del Dolor debido a las algias continuas, de grave intensidad, y de distribución politópica. Fatiga crónica que limita para los quehaceres domésticos.....DECLARO a la actora en situación de incapacidad, permanente ABSOLUTA para toda actividad, derivada de enfermedad común.”

**Juzgado de lo Social 22, Barcelona, Sentencia, n.º 189/03, en la que la demandante, Enfermera de profesión, está afecta de:**

“Síndrome de fatiga crónica post infección por virus de Epstein Barr y citomegalovirus grado II-IV....DECLARO a la actora en situación de invalidez permanente ABSOLUTA para todo trabajo, derivada de enfermedad profesional.”



---

# Valoración de la incapacidad laboral en “patología psiquiátrica”

Por cortesía de Prof. Dr. D. **ÁNGEL TRUJILLO CUBAS**

Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital General de Gran Canaria doctor Negrín (Ponencia expuesta en las *IV Jornadas Canarias de Valoración del Daño Corporal*, celebradas en diciembre de 2003, en Las Palmas de Gran Canaria).

## 21.1. INTRODUCCIÓN

El tema de la baja laboral psiquiátrica es de enorme importancia en la organización sanitaria de los países de área occidental. En línea con esta preocupación, la Unidad de Salud Laboral (USL) del Servicio Canario de Salud (SCS) ha puesto en marcha una serie de charlas orientadas a la actualización de los médicos de AP en este asunto. La Tabla 21.1 aporta algunos datos epidemiológicos referidos a la importancia sanitaria del estrés que, como es sabido, es la causa de los *trastornos adaptativos* que, a su vez, son la causa de la mayor parte de las bajas laborales con diagnóstico psiquiátrico:

**Tabla 21.1.** El estrés

50%	TODAS LAS BAJAS LABORALES
28%	DE LOS TRABAJADORES QUE TIENEN ESTRÉS
20.000 MILLONES €.	COSTE SOCIOECONÓMICO
PROBLEMA SALUD	SEGUNDO TRAS EL DOLOR DE ESPALDA

Fuente: AGENCIA EUROPEA DE SALUD E HIGIENE LABORAL. 2002<sup>(1)</sup>

Parece ser que el fenómeno no está relacionado con un aumento de la prevalencia de las enfermedades mentales, sino con la psiquiatrización de parte del sufrimiento humano causado, no por la enfermedad mental en sí misma, sino por muy diversas circunstancias estresantes, sobre todo, de tipo psicosocial, factor este al que se le está dando más importancia que al genético en el desencadenamiento de trastornos psiquiátricos, especialmente los cuadros depresivos<sup>(2)</sup>.

## 21.2. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

En las clasificaciones de las enfermedades mentales, tanto la americana (DSM-IV), como la europea (CIE-9 y CIE-10), se sigue un orden jerárquico atendiendo a la gravedad de los procesos y, sobre todo, a su etiología orgánica. Sería muy extenso ocuparnos de la valoración de todas las enfermedades (más de trescientas) cuando causan baja laboral, asunto que no es objeto de esta reunión. Por otra parte, existe consenso entre los diferentes organismos implicados en la baja laboral (Tabla 21.2), a la hora de considerar los casos llamados graves. Sin embargo, hay que tener en cuenta que cualquier proceso, incluido la esquizofrenia, admite grados de gravedad, de tal manera que los considerados graves pueden mantener su capacidad laboral fuera de los episodios agudos. Siguiendo a las citadas clasificaciones, las enfermedades graves que, habitualmente, no generan dudas sobre la procedencia de la baja laboral están listadas en las Tablas 21.3 y 21.4.

Evidentemente no podemos entrar en la descripción de cada una de ellas en cuanto a las matizaciones a tener en cuenta a la hora de la

**Tabla 21.2.** Instituciones implicadas en el manejo de la baja laboral

1. MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.
2. ESPECIALISTAS EN PSIQUIATRÍA DEL SCS.
3. MÉDICOS DE LAS MUTUAS.
4. PSIQUIATRAS PRIVADOS DE LAS MUTUAS.
5. PSIQUIATRAS PRIVADOS.
6. UNIDAD DE SALUD LABORAL.
7. INSS (INSTITUTO NACIONAL DE LA S. SOCIAL).
8. EQUIPO DE VALORACIÓN DE INCAPACIDADES (EVI).
9. ESPECIALISTAS EN VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL.
10. JUZGADOS DE LO SOCIAL.

Fuente: propia. 2003.

**Tabla 21.3.** Enfermedades mentales graves

1. DEMENCIAS.
2. TOXICOMANÍAS.
3. ESQUIZOFRENIAS.
4. OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS (T. DELIRANTES).
5. TRASTORNOS AFECTIVOS.
  - 5.1. TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR MODERADO O GRAVE.
  - 5.2. TRASTORNOS BIPOLARES.
6. TRASTORNOS DE ANSIEDAD GRAVES (TOC).

Fuente : DSM-IV<sup>(3)</sup>.

**Tabla 21.4.** Enfermedades mentales graves  
(continuación)

7. TRASTORNOS SOMATOMORFOS.
8. TRASTORNOS FACTICIOS.
9. TRASTORNOS DISOCIATIVOS.
10. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.
11. TRASTORNOS ADAPTATIVOS.
12. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.

Fuente : DSM-IV<sup>(3)</sup>.

Incapacidad Laboral Transitoria (ILT) o Permanente (ILP). Lo que sí podemos afirmar es que, en los últimos tiempos, a la hora de la valoración, nos estamos ateniendo más a la discapacidad que produce tal o cual enfermedad, que a los criterios invalidantes a priori establecidos por criterios médicos más o menos obsoletos. Hasta hace poco tiempo, el pronóstico sobre capacidad laboral quedaba automáticamente ligado al diagnóstico y no a los efectos invalidantes, si se presentaban, del proceso. Sin embargo, de vez en cuando, ocurren hechos graves, como la médico residente (MIR) de Madrid que trabajando, siendo tratada de un brote psicótico, mató a varias personas de su ambiente laboral.

Los casos psiquiátricos graves no deben ser objeto de tratamiento en este estudio. En concordancia con lo dicho está el hecho que ni el Insalud (1997) los comentó en la lista de enfermedades que figuran en su *Guía Práctica* de duración de los procesos de IT por enfermedad común<sup>(4)</sup>. Sin embargo en dicha guía sí figuran los siguientes trastornos:

Trastornos de ansiedad (malestar o miedo sin causa tangible).

Trastornos adaptativos (malestar atribuido a un estresante).

Trastornos somatomorfos (queja somática sin base orgánica).

Dichos trastornos, siendo menos graves, son los causantes del mayor número de bajas laborales. Los autores destacan que el sín-

drome depresivo-ansioso es el factor común a los procesos citados. Las pérdidas económicas relacionadas con estos procesos son tales que el Banco Mundial se está ocupando del asunto, por sus implicaciones en la marcha de la economía, poniendo en marcha desde 1992 el Proyecto-Estudio de la Carga Global de la Enfermedad <sup>(5)</sup>. En dicho estudio se destaca que el 22.4% de la carga total se atribuye a las enfermedades mentales y, dentro de estas, el 10.9% (casi la mitad) al binomio Ansiedad-Depresión (Tabla 21.5).

**Tabla 21.5.** Carga económica global

Enfermedades mentales	22,4%
Ansiedad-Depresión	10,9%

*Carga económica:* tiempo perdido por discapacidad más el tiempo perdido después de su óbito, previo cálculo de la supervivencia estimada. Fuente: Banco Mundial. Citado en <sup>(5)</sup>.

Destaca también el estudio que en gran número de países, la mayor parte del presupuesto de gasto psiquiátrico se lo llevan las psicosis crónicas y, en menos proporción, el síndrome depresivo ansioso, instando a los Gobiernos a que tomen medidas en este sentido. No a disminuir el presupuesto de los psicóticos, sino a aumentar el de la prevención de los cuadros menores. En este momento grupos de expertos están estudiando cómo enfocar este asunto desde el principio generalmente aceptado de que ningún país puede satisfacer al completo la demanda sanitaria de la población <sup>(5)</sup>.

En cuanto a datos de Gran Canaria, el Servicio de Salud Laboral ha tenido la amabilidad de cedermé datos del 2002, en los que podemos ver la importancia del síndrome ansioso-depresivo en lo relacionado con la IT. En la Tabla 21.6 podemos ver que la ansiedad-depresión ocupa el tercer lugar en número de bajas, detrás de la gripe y la lumbalgia. Por otra parte, es sabido el papel que juega el estrés en los dos últimos cuadros, por lo que estimamos que el peso real de los procesos ansioso-depresivos está infravalorado.

Una cosa es el número de procesos de baja laboral y otra muy distinta es el promedio de días de baja. Bajo este prisma la depresión

es la enfermedad más invalidante de cara a la IT, pero es superada por la lumbalgia en cuanto al total de días de baja (hay muchas más lumbalgias que depresiones). Véase Tabla 21.6.

**Tabla 21.6**

<b>DIAGNÓSTICOS</b>	<b>PROCESOS</b>	<b>DURACIÓN</b>	<b>PROMEDIO</b>
LUMBAGO	6567	141626	21,56
DEPRESIONES	2094	102267	48,83
ANSIEDAD	2606	87143	33,44
GRIPE	11937	82126	6,90

Fuente: Servicio de Salud Laboral del SCS. Año 2002.

### **21.3. PAPEL DEL PSIQUIATRA**

Es evidente que lo que preocupa a los Servicios de Inspección Médica es detectar el fraude en el uso de la prestación de la baja laboral. Con frecuencia nos piden que objetivemos si tal paciente tiene o no una enfermedad mental y, a continuación, si la tiene, cuál es el tiempo aproximado de duración y, en su caso, cuál es el pronóstico en cuanto a su capacidad laboral en el futuro. Por supuesto que las dudas surgen cuando la patología es menor (síndrome ansioso depresivo adaptativo) y se alarga el periodo de baja; cuando hay sospecha de simulación (psíquica o somática) o cuando hay sospecha de prolongación impropia de una baja, aún teniendo una enfermedad psíquica o somática que la justifique. A este respecto conviene recordar que en lo que respecta a la depresión, enfermedad mental leve o grave, que causa el mayor número de bajas, seguimos sin disponer de un marcador, ni de estado ni de rasgo fiable, que nos indique el estado psiquiátrico del paciente. De momento, sigue siendo el juicio clínico del psiquiatra el medio más válido para el diagnóstico<sup>(6)</sup>. Sin embargo, se espera que en poco tiempo se disponga de marcadores en el Sistema Inmune, Endocrino y Neurotransmisor.

**Tabla 21.7.** Interrogantes ante la baja laboral psiquiátrica

<p><b>¿TIENE UNA ENFERMEDAD MENTAL?</b></p> <p>1. SÍ</p> <p>1.1. GRAVE. A ESPERAR EVOLUCIÓN</p> <p>1.2. LEVE. ¿PROLONGADA INNECESARIAMENTE?</p> <p>2. NO. ¿ESTÁ SIMULANDO?</p> <p>2.1. ENFERMEDAD PSÍQUICA</p> <p>2.2. ENFERMEDAD SOMÁTICA</p> <p>2.3. TRASTORNO FACTICIO</p> <p>2.4. TRASTORNO SOMATOMORFO</p> <p>2.5. SIMULACIÓN</p>
--

Fuente: Propia 2003.

Vamos a analizar con cierto detalle las diferentes situaciones señaladas en la Tabla 21.7:

1. En primer lugar, vamos a referirnos a la prolongación innecesaria de una enfermedad leve, que no soporta bajas muy prolongadas. En la Tabla 21.8 se describen los factores que, desde nuestra experiencia, influyen en que se produzca la ITPPI.

En un estudio nuestro, no publicado, descriptivo (N = 70), pudimos comprobar que el tiempo medio de baja para los trastornos adaptativos era de 5,5 meses, muy superior al tiempo estimado, pero muy similar al tiempo que le concede el Servicio de Salud Laboral (de 1-180 días). En mi opinión estos tiempos deben ser objeto de revisión. Cuando el cuadro es leve y la baja se prolonga, según nuestro estudio, suele encontrarse una situación estresante, laboral o familiar o ambas. En estos casos, en mi opinión, se debe informar al sujeto de las características de su enfermedad; decirle que debe seguir recibiendo apoyo psicológico y tratamiento en general, sin que ello implique seguir de baja. Se debe orientar al trabajador a que se dirija a la instancia causante del estrés y, una vez detectada, inter-

venir sobre ella. Sin embargo, con frecuencia, se ven frustrados los esfuerzos y denuncias del trabajador por mejorar la atmósfera de trabajo.

**Tabla 21.8.** Factores que influyen en la ITPPI

1. Estresante crónico (familiar, laboral, económico, etc...).
2. Formación psiquiátrica del MAP.
3. Valoración insuficiente por especialistas.
4. Lista de espera en la USM.
5. Otras patologías concomitantes.
6. Paciente que no acude a la cita en la USM.
7. Absentismo laboral del especialista.
8. Inseguridad en el ejercicio de la profesión.
9. Trastornos de la personalidad comórbido.
10. Otros.

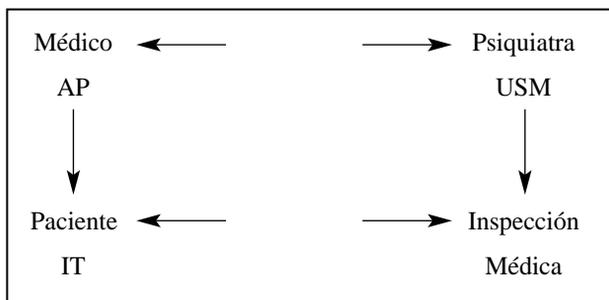
Fuente: propia. 2003. ITPPI: Invalidez Transitoria Psiquiátrica Prolongada Improcedente.

En general las empresas escogen el camino más cómodo y rápido, que no es precisamente reformar el ambiente laboral, mejorar las condiciones de seguridad, detectar la persona que actúa de gatillo de todos los conflictos, mejorar las relaciones interpersonales (factor este que aparece en muchas ocasiones en el fondo de los conflictos), etc. Lo que suele hacer es recomendar al “inadaptado” que coja la baja y no renovar el contrato, haciendo pasar una y otra vez a diferentes trabajadores por las mismas condiciones de trabajo hasta que encuentran uno que lo hace todo sin quejarse. Actitudes como estas hacen que el trabajador solicite la baja en represalia a condiciones laborales abusivas. Si el estresante es un problema sociofamiliar (madre joven con niño pequeño) son los Servicios Sociales los que deben venir en ayuda de la trabajadora. En definitiva, bajas laborales prolongadas, atribuidas a patología psiquiátrica leve, lo son por problemas ajenos a la enfermedad, desempeñando la mucha baja laboral un papel equilibrante y compensador de proble-

mas no sanitarios, que deberían ser cubiertos por otras instancias. El papel del psiquiatra en estos casos es, precisamente, detectar que se trata de patología menor. Otra cosa es que tal función pueda desempeñarla en la Asistencia Psiquiátrica Pública. En la actualidad, entre la falta de tiempo para hacer buenas valoraciones y el tiempo de espera para hacerla, al trabajador se le está poniendo en bandeja una baja prolongada que muchos disfrutan y todo ello sin tratarse de casos de simulación. El psiquiatra no puede ser cómplice de una baja prolongada por motivos extramédicos. Por un lado, debe mantener la relación médico-enfermo y, por otra, decir al paciente que tiene que resolver sus problemas sin refugiarse en la baja médica. Ni puede ser un apóstol ni un verdugo, cosa que resulta muy difícil en los momentos actuales. Como el paciente perciba que estamos más interesados en dar el alta que en su estado de salud, se rompe la relación médico-enfermo y se entra en otro dinámica cuyos resultados son muy diversos según los casos.

Otro factor que influye en la prolongación improcedente de la IT con diagnóstico psiquiátrico menor es la formación psiquiátrica del médico de AP. Está comprobado que todo funciona mejor en referencia al circuito que puede verse en la Tabla 21.9. Cuando la formación psiquiátrica del médico de AP es más completa.

**Tabla 21.9.** El médico de AP  
ante la baja laboral



Fuente: propia. 2003.

Esto lo afirman fuentes del Servicio de Salud Laboral en relación con el resultados de los cursos que se están impartiendo a los

médicos de AP sobre IT Psiquiátrica y por los psiquiatras de las USM, en relación con los médicos de AP que se han reciclado en nuestros Servicios Psiquiátricos. En la Tabla 21.8 figuran otros factores que intervienen en la ITPPI.

## 21.4. LA SIMULACIÓN EN LA BAJA LABORAL PSIQUIÁTRICA

Sin embargo, si la baja se prolonga, una proporción de pacientes, bien intencionados al principio, ven que pueden aprovechar los fallos del sistema y, en respuesta a intereses personales, deciden prolongar la baja simulando la enfermedad que en un principio fue auténtica. A este fenómeno se le conoce con el nombre de simulación oportunista<sup>(7)</sup>. La simulación puede presentarse desde el principio del cuadro. Se da el nombre de simulación al mantenimiento de una enfermedad o síntomas, físicos o psíquicos, cuando se pueda establecer o demostrar que tiene relación con el logro de un objetivo tangible. En nuestro medio, con arreglo a mi experiencia, los motivos más frecuentes de simulación están descrito en la Tabla 21.10.

**Tabla 21.10.** Incentivos que motivan la simulación

1. EVITAR EL TRABAJO (se puede llegar hasta el EVI y al Juzgado).
2. SUPERVIVENCIA (recibir ingresos mientras se encuentra otro trabajo).
3. AUMENTAR EL CURRÍCULUM DE ENFERMEDADES (ingresos en Clínicas, informe oportunista, hacer escenas, malvestirse, dejarse barba, amenazas de muerte, fingir síntomas que en su día fueron auténticos, etc.).
4. TESTAMENTOS (fingir que se tiene o que no se tiene capacidad).

La simulación es otro de los grandes problemas a los que se enfrenta el psiquiatra. Uno de los autores que mejor ha tratado este tema es Yudofsky, que en 1985 estableció las siguientes formas de simulación:

**Tabla 21.11.** Formas de simulación

1. Acontecimientos escenificados y preparados.
  2. Manipulación de datos.
  3. Simulación oportunista.
  4. Invención de Síntomas.
  5. Automutilación.

Fuente: Yudofsky. 1985.

En lo que respecta a la baja laboral psiquiátrica, el tipo de simulación que se presenta con mayor frecuencia es la invención de síntomas, casi siempre de tipo neurológico (sensorial o motor) o psicológico. También es muy frecuente la simulación oportunista en la que los pacientes exageran o explotan un accidente para obtener el mayor beneficio posible<sup>(7)</sup>. F. Orengo García<sup>(8)</sup> señala en un buen trabajo sobre los *trastornos por conversión* que “es en el campo de la simulación donde nos podemos encontrar con obstáculos insuperables”. En el mismo trabajo señala “la presencia de una enfermedad neurológica no excluye por definición la posibilidad de un *trastorno de conversión* concomitante“, lo que complica gravemente este campo de la clínica. Esto lo confirmó el doctor García Campayo en las recientes *Jornadas de Actualización Psiquiátrica* celebradas en el Hospital Insular. Le hice una pregunta en el mismo sentido, pero en referencia a una lesión de la columna vertebral, es decir, se puede tener la enfermedad y sobreañadirse una enfermedad mental (conversión, facticio, somatomorfo, simulación, etc...). Nosotros pensamos que si se demuestra organicidad, la posibilidad de demostrar simulación es casi imposible, salvo que se trate de casos groseros de exageración de síntomas. En los casos más difíciles ayudan mucho las siguientes consideraciones:

**Tabla 21.12.** Probable presencia de simulación

1. Discrepancia entre lo dramático de su enfermedad (física o psíquica) y el handicap que le produce. Por ejemplo, recientemente he tenido que informar sobre el caso de una mujer que por depresión no podía trabajar de Camarera de Pisos, pero sí podía atender su casa y dos niños pequeños.
2. El paciente saca toda la artillería, buscando síntomas, restos de enfermedades anteriores, etc, que, súbitamente, adquieren importancia para aumentar el currículum.
3. Lo dramático de su situación solo se aprecia en el habla, pero no en los síntomas. Discurso sin síntomas y de tono reivindicativo (“estoy muy mal”).
4. Historia personal, familiar, de vecinos y de conocidos que hayan obtenido bajas, pensiones por invalidez, etc...
5. Trastorno de la personalidad. Consumo de drogas.
6. Rechazo al pronóstico favorable.
7. Médico responsable (público o privado).
8. Conservación de actividades placenteras.

Fuente: propia. 2003.

Los autores que han estudiado este asunto coinciden en lo fundamental. Otra cosa es el tratamiento y la forma de darle fin al proceso. Nosotros hacemos las siguientes recomendaciones:

**Tabla 21.13.** Recomendaciones ante casos de sospecha de simulación

1. Dar el alta ante los casos claros.
2. Intervenir sin enfrentamiento.
3. Intervenir sobre el medio.
4. Apoyar la reinserción laboral.
5. Evitar la ganancia secundaria.
6. Informar que la simulación puede ser un delito.

Fuente: propia. 2003.

## 21.5. SIMULACIÓN. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Los diagnósticos a los que con mayor frecuencia se tiene uno que enfrentar cuando está frente a una sospecha de simulación son los siguientes:

1. *Trastorno ficticio.*
2. *Trastorno somatomorfo.*
3. *Neurosis de renta.*

1. *Trastorno ficticio:* se trata de la necesidad de fingir unos síntomas, psíquicos o físicos, conscientemente, para satisfacer la demanda inconsciente de estar enfermo y, consecuentemente, recibir toda clase de cuidados, ingresos hospitalarios, operaciones, exploraciones especiales, atención en urgencias, etc. Solo debe existir ganancia primaria (beneficio psíquico intangible). Se habla del 9% de pacientes hospitalizados<sup>(9)</sup>. No suele sospecharse su existencia. Puede ponerse en marcha sobre una lesión previa. El más conocido de los trastornos facticios es el síndrome de Münchhausen, que cursa con autolesiones orgánicas para potenciar el papel de enfermo.

2. *Trastornos somatomorfos:* presentación de quejas somáticas no fingidas pero no autoproducidas, para las que no se encuentran base orgánica. Hay cinco tipos<sup>(9)</sup>: somatización; conversión; hipcondría; dismórfico corporal y dolor. Esta última es la que puede confundirse con enfermedades que cursen con dolor.

3. *Neurosis de renta:* creencia de que se es merecedor de una paga por los daños sufridos por un accidente o por el trabajo de toda una vida. No hay engaño<sup>(10)</sup>.

## 21.6. PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA DE DIFÍCIL VALORACIÓN EN IT

Con frecuencia se presentan cuadros psiquiátricos durante el curso de un litigio, denegación de invalidez, defensa de sus derechos ante el Juzgado, indemnizaciones por daño, etc. Se trata de entida-

des diagnósticas que existen en realidad en las clasificaciones internacionales pero sobre las cuales no hay criterios de incapacidad laboral bien establecidos, dando lugar a diversidad de opiniones. Nos referimos a las siguientes (véase Tabla 21.14):

**Tabla 21.14.** Patologías psiquiátricas de difícil valoración en IT

1. Depresión crónica
2. Episodio psicótico agudo
3. Intervalo libre del trastorno bipolar tipo I
4. Secuelas de TCE y de intervenciones neuroquirúrgicas
5. Fibromialgia y dolor crónico
6. Trastorno por estrés postraumático
7. Trastornos de la personalidad
8. Trastornos adaptativos

Fuente: propia. 2003.

**1. Depresión crónica:** esta denominación ha ido desapareciendo en la práctica, para ser sustituida por *distimia* (F34.1 DSM-IV). Prevalencia: 3-5% en la población general. Se trata de una depresión crónica de más de dos años de duración. La distimia es crónica por definición y se confunde con el *trastorno límite de personalidad*. Con frecuencia nos encontramos que en el contexto de un litigio se dice que el paciente padece distimia, sin acreditar que ha estado o solicitado tratamiento anteriormente. El oportunismo debe valorarse siempre a la baja, salvo excepciones (en personalidades primitivas que suelen verse en el ambiente rural). No se deben tener prejuicios contra este ni contra ningún diagnóstico. Recientemente, en el Juzgado de lo Social, una jueza me preguntó si era distimia lo que tenía el paciente. Dije que sí. La jueza añadió: “es lo que quería saber”. El paciente no obtuvo lo que pedía. El problema es si debemos atender o el país está preparado para atender las deficiencias que se presentan cuando se padece esta enfermedad. De todas formas las relacio-

nes entre la personalidad y las depresiones están poco estudiadas. Lo mismo ocurre con las depresiones y los traumas infantiles <sup>(11)</sup>. Sin embargo, se admite que la distimia es el caldo de cultivo desde el cual emergen muchas enfermedades mentales. En los pacientes con distimia se ceban enfermedades como el alcoholismo, depresivos por estrés, etc. Como es evidente que el simulador con distimia pretenderá exagerar sus síntomas, hemos creído conveniente exponerles una lista de los síntomas que caracterizan las depresiones graves, síntomas que hay que tener muy presentes porque, al fin y al cabo, la depresión es la causa más frecuente de baja laboral psiquiátrica:

**Tabla 21.15.** Características de las depresiones graves

1. Adelgazamiento.
2. Ideas de culpa.
3. Estupor.
4. Ideas de suicidio.
5. Internamiento psiquiátrico.
6. Aislamiento social.
7. Incapacidad para sentir placer.

Fuente: propia. 2003.

**2. Episodio psicótico agudo:** también llamado *trastorno psicótico breve*. En este caso se plantea el problema de la reincorporación al trabajo una vez que el brote ha cedido. Hay que actuar con mucha seguridad y cautela. El paciente debe hacer el seguimiento tras la remisión con visitas muy frecuentes, sobre todo si se tiene que tomar la decisión de volver al trabajo. El cuadro no es muy frecuente. Un 20% desarrollan cuadros crónicos.

Puede repetirse dependiendo la frecuencia de cada paciente. El alta debe darla un psiquiatra muy experto y se debe continuar con las visitas una vez incorporado al trabajo. Recomiendo hacer segui-

miento, si no se presenta a las visitas, incluso, poniéndose en contacto con los servicios médicos de empresa.

La seguridad del colectivo laboral debe estar por encima de la libertad de ese paciente.

**3. Intervalo libre del trastorno bipolar Tipo I:** se trata de una psicosis afectiva que cursa con fases maníacas y depresivas, dejando intervalos libres, cuya duración varía de un paciente a otro. Está claro que la duración del intervalo va a determinar la invalidez del paciente, una vez que demuestre que ha recibido tratamiento. Un 40% de los pacientes se cronifican, presentando síntomas de forma permanente, evolucionando a un deterioro social significativo<sup>(9)</sup>. El 45% presentan más de un episodio y se dice que, tras los primeros cinco episodios, el intervalo interepisódico suele estabilizarse en 6-9 meses. Es decir que, como siempre, todo va a depender del minucioso estudio que se realice sobre la evolución de cada caso, siempre que demuestren que han recibido tratamiento. A veces el paciente solicita la invalidez, teniendo intervalos libres muy duraderos. La clave está en saber si hay defecto, como en la esquizofrenia, que lo hay. No en vano estamos hablando de una psicosis que, en muchos casos, diferenciarla de la esquizofrenia de tipo esquizoafectivo es muy difícil.

**4. Secuelas de un TCE y de intervenciones neuroquirúrgicas:** en estos casos casi siempre está en juego el síndrome psicoorgánico, también llamado *transformación traumática de la personalidad* y también *síndrome postconmocional*. Como siempre, la clave está en la realización de una buena historia clínica y, en estos casos, pasar una batería de pruebas neuropsicológicas. Si las supera o se ve que intenta manipular las pruebas, estamos ante un caso de simulación. En otras ocasiones el simulador obtiene resultados propios de personas muy demenciadas. Conviene introducir test con escalas de sinceridad<sup>(10)</sup>.

**5. Fibromialgia y Dolor Crónico:** en la primera, hasta la actualidad, no se ha encontrado correlato biológico alguno, ni tampoco grados de heredabilidad<sup>(12)</sup>. Lo que sí se sabe de forma concluyente es que el dolor crónico está asociado a la depresión. El dolor crónico induce estrés crónico y el 50% de estos pacientes sufre depresión. En los casos de dolor crónico, si no se demuestra organicidad, una vez

agotadas las exploraciones, hay que diagnosticar trastorno somatomorfo. Lo mismo hay que hacer en los casos de lesiones vertebrales leves, que no son dolorosas para la mayoría de los pacientes, que algunos magnifican sacando buen partido del síntoma. Hay que tener en cuenta que el dolor, desde el punto vista social, es muy gratificante: no se trabaja, se puede presentar en cualquier momento, lo que puede servir de excusa en multitud de ocasiones, etc.

**6. Trastorno por estrés postraumático:** se trata de un trastorno de ansiedad que se desencadena tras sufrir un estresante grave e inusual en la vida del sujeto y de cualquier persona (terremoto, guerra, accidente, violaciones, etc.). Muy relacionado con los accidentes de tráfico. Del tema se ha ocupado ampliamente el profesor A. Calcedo<sup>(10)</sup>. Se dispone de experiencia en situación de litigio. Se trata de valorar el daño psicológico y emocional producido por el estresante. Como dijimos más arriba, el cuadro existe en realidad, porque lo hemos visto y tratado fuera de la situación de litigio. Dentro de este hay que actuar siguiendo los criterios ya comentados para otros cuadros. Es un diagnóstico muy usado por los simuladores, resultando muy difícil decir que no hay daño psíquico si realmente ocurrió el estresante. Generalmente se llega a acuerdos con las Compañías de Seguros. A veces hay que enfrentarse a valoraciones como empeoramiento, tras el accidente, de enfermedades preexistentes, tanto físicas como psíquicas. Se suele exagerar la "normalidad" del estado del paciente antes del accidente.

**7. Trastornos de la personalidad:** estos trastornos no suelen disfrutar de gran prestigio en los tribunales ni ante los médicos de AP. Son los siguientes: paranoide, esquizoide, esquizotípico, antisocial, límite, histriónico, narcisista, evitación, dependencia, obsesivo-compulsivo y no especificado. Unos no incapacitan para el trabajo, es más, pueden favorecer la actividad laboral, pero otros son gravemente incapacitantes como el límite, el antisocial y los tres de la serie esquizofrénica (paranoide, esquizoide y esquizotípico). El límite y el antisocial están en la base de muchas simulaciones. El TP es el trastorno de mayor comorbilidad, con las toxicomanías. Si se detecta el trastorno hay que contar con él a la hora de valorar la incapacidad. La ley así lo contempla como veremos a continuación.

**8. Trastornos adaptativos:** comentado a los largo de este trabajo.

## 21.7. VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

Una vez realizado el informe clínico pertinente y efectuado el diagnóstico con arreglo a las clasificaciones internacionalmente admitidas, se procede a realizar la valoración de la discapacidad con arreglo a los términos descritos en las Disposiciones Generales del BOE n.º 62 del 13-03-2000 en el que se corrigieron los errores del Real Decreto 1971/1999 de 23 de diciembre<sup>(14)</sup>. Estas correcciones contemplan las siguientes enfermedades:

**Tabla 21.16.** Trastornos mentales contemplados en la Ley

1. Trastornos mentales orgánicos (delirium, demencias, amnesias, etc.).
2. Esquizofrenia y trastornos paranoides (delirios de persecución, etc.).
3. Trastornos afectivos (TDM y Trastornos bipolares).
4. Trastornos de ansiedad, adaptativos y somatomorfos.
5. Trastornos de la personalidad.

Fuente: BOE n.º 62 del lunes, 13-03-2000.

Con arreglo al RD 1971/1999, publicado en el BOE del 26-01-2000, para la valoración de la discapacidad originada por enfermedad mental se tendrán en cuenta los siguientes parámetros:

**Tabla 21.17.** Parámetros de valoración de la discapacidad mental

- 1. Capacidad para llevar una vida autónoma:**
  - 1.1. Relaciones con el entorno.
  - 1.2. Actividades de cuidado personal.
- 2. Repercusión del trastorno en su actividad laboral**
  - 2.1. Concentración, continuidad y ritmo en la ejecución de las tareas.
  - 2.2. Dificultad para adaptarse a situaciones estresantes de tipo laboral.

**Tabla 21.17.** Parámetros de valoración de la discapacidad mental (*continuación*)

**3. Que el diagnóstico realizado se ajuste a las clasificaciones internacionales.**

- 3.1. Acreditar los síntomas ajustados a los manuales de las clasificaciones.
- 3.2. Establecer criterios de cronicidad.
- 3.3. Conocer la historia clínica previa, medidas terapéuticas y pronóstico.
- 3.4. Criterios de gravedad.
- 3.5. No se valorarán las toxicomanías, sino sus patologías asociadas.

Fuente: BOE N.º 22 del 26-01-2000

El decreto continúa señalando los tipos de discapacidad que se establecen según la gravedad de los parámetros más arriba comentados.

**Tabla 21.18**

<b>Grados de Discapacidad según la Ley</b>	<b>% de Discapacidad</b>
Clase I..... Sin discapacidad	0
Clase II ..... Discapacidad leve	1-29
Clase III ..... Discapacidad Moderada	30-59
Clase IV ..... Discapacidad Grave	60-74
Clase V ..... Discapacidad muy Grave	75

Fuente: BOE N.º 22 del 26-01-2000.

## **21.8. BIBLIOGRAFÍA**

1. Agencia Europea de Salud e Higiene Laboral. 2002.
2. Contribución de las Ciencias Sociales a la etiología de las Enfermedades Mentales. Por George W. BROWN. Sección 2.6.1

- del Tomo I del Tratado de Psiquiatría de M. GELDER y Otros. Ars Médica. 2003.
3. DSM-IV. Breviario. Criterios Diagnósticos. 1994.
  4. Guía práctica de estándares de duración de procesos de incapacidad temporal por enfermedad común. Insalud. 1997
  5. The burden of anxiety and depressive disorders. Por Gavin ANDREWS. *Current Opinio in Psychiatry*. 1998, 11: 121-123.
  6. Peripheral markers of depression. Por B.E. LEONARD. *Current Opinion in Psychiatry*. 2000. 13:61-68.
  7. Trastornos Ficticios y Simulación. Por J.M. MENCHÓN. Capítulo del Libro Árboles de Decisión en Psiquiatría. Por J. VALLEJO. 2002.
  8. Trastornos de Conversión: un conflicto nosológico entre Neurología y Psiquiatría. Por F. ORENGO GARCÍA. *Psiquiatra*. 1993. 14 (2): 49-60.
  9. Sinopsis de Psiquiatría. Por KAPLAN y SADOCK 8.<sup>a</sup> Edición. 1999.
  10. Trastorno por Estrés Postraumático. Evaluación Forense. Por A. CALCEDO BARBA. Capítulo 9 del libro sobre TPT publicado por J. BOBES y otros. Masson. 2000.
  11. The role of personality in recurrent and cronic Depresión. Por M. TRACIE SHEA. *Current Opinion Psychiatry*. 1996. 9: 117-120.
  12. Fibromyalgia:biological correlates. Por S. RICHARDS y Otros. *Current Opinión Psichiatty* 2000. 13. 623-628.
  13. The pathophysiology of pain in depression. Por J.A. MICÓ y Otros. Universidad de Cádiz. Trabajo presentado en el 15 Congreso del Colegio Europeo de Neuropsicofarmacología celebrado en Praga en Septiembre-2003.
  14. El TEP y su estudio médico-legal. Por J. GÓMEZ-TRIGO OCHOA. *Monografías de Psiquiatría. TEP. Año XIII, N.º 3. Julio-Agosto 2001. Pág: 26 y siguientes.*

TERCERA PARTE  
TERMINOLOGÍA MÉDICA



---

## Etimología médica

Para los profesionales no sanitarios es importante conocer el significado de las palabras empleadas frecuentemente en los informes médicos. Es por ello que este capítulo está expuesto de una manera muy general, no solo para conocer el significado de los términos médicos, sino para construirlos.

El origen de las palabras y su significado es un estudio de lo más cautivante. Tiende a fijar en nuestras mentes el significado de las palabras; puede hacernos recordar un hecho histórico, puede ayudarnos a la comprensión de la función, o uso del término, etc.

En la nomenclatura médica, encontramos nombres que nos sorprenden por su significado. Muchos de nuestros nombres, son modificados por adjetivos, podríamos llamarlos sobrenombres, son sobrenombres que originaron, inventaron o descubrieron algo. Por ejemplo, estamos familiarizados con la coloración de Gram, la incisión de McBurney, pinzas de Ochsner, reacción de Wasserman, el ligamento de Poupert, la trompa de Eustaquio, la prueba de Schick, y la enfermedad de Hodgkin.

Algunas palabras vienen directamente de nombres propios. El nombre de Luis Pasteur, se ha inmortalizado con el término de pasteurización; así mismo, nos es familiar la Roentgenología, cuyo nombre es en honor a Wilhem Konrad von Roentgen; brucelosis es

un término que nació del nombre de sir David Bruce, cirujano de la Armada Británica.

Nombres de lugares indican su procedencia y su sintomatología. Sabemos que la fiebre ondulante, es también conocida como fiebre de Malta o fiebre del Mediterráneo, fiebre de Oahu, es el término usado en Hawaii para designar la neumonía por virus. La tularemia, es llamada así, porque Francis hizo mucho de su trabajo en el Condado de Tulare, California. La sífilis ha sido llamada así también malgático o la enfermedad de las Galias. La sal de Epson se refiere a las colinas de Epson, en Inglaterra, debido a que las aguas de los manantiales cercanos contienen sulfato de magnesio. La fiebre de las montañas Rocosas, el cólera asiático, la leche Búlgara, etc. A lo largo de este mismo concepto, podríamos mencionar la lengua geográfica, Los islotes de Langerhans y el Veromontanum de los urólogos, que en traducción directa significa *cumbre de montaña*.

En la terminología médica deben considerarse también como originadores de términos, los colores. Por ejemplo: se llama ictericia amarilla a la ictericia en sí, puesto que ictericia proviene del latín “ícteros” (amarillo).

Muchas de nuestras palabras del lenguaje médico son derivadas directamente del griego; así mismo, las letras griegas han influido en nuestra nomenclatura. Por ejemplo, relacionar quiasma óptico con la letra “chi”. La delta de Galton es la formación triangular de la base de la uña. La flexura sigmoide del colon descendente es llamada así por su semejanza con la letra “sigma”. El hueso ioides es llamado así por su semejanza con la letra “ipsilon”.

Los dioses romanos han tenido también su influencia. Venus, la diosa del amor, ha prestado su nombre a las llamadas enfermedades venéreas, y también al Monte de Venus. Mercurio, el heraldo y mensajero de los dioses, dió su nombre al elemento Mercurio; la velocidad con que este elemento metálico-líquido se desliza cuando es arrojado o vaciado en forma de gota, es la razón que hizo darle el nombre el mensajero volante de los dioses. La palabra latina de este elemento es *hydragyrium*, significa literalmente, agua de plata, nombre que por cierto, es extraordinariamente descriptivo. La raíz *hidro* es también usada en hidratante, hidrorrea, hidragogo, y también el polisilábico nombre de polihidramnios. De *argentum*, (pla-

ta), se derivan las palabras: argirol, argirosis y argiria. El dios griego Morfeo, dios de los sueños, o más comúnmente conocido como el Dios del Sueño, es el que ha dado nombre al principal alcaloide del opio, que se llama morfina.

Del mundo animal, encontramos términos descriptivos adaptados al lenguaje médico. Diente canino, así como labio leporino, de liebre, son usuales, así como tórax de pichón. *Cor bovis*, corazón bovino o corazón de buey, es el nombre que se aplica al crecimiento masivo de la víscera cardíaca por regurgitación aórtica en los casos de reumatismo infeccioso, o lesiones mitrales de tipo reumático. Pie equino, se deriva de la raíz latina, que significa caballo, equino, raíz que es común a otras palabras, como por ejemplo, ecuestre. Del mismo modo, ictiosis, se deriva del griego *ixthys*, pescado, que se caracteriza por su piel áspera y seca. Cáncer, es la palabra latina con que es llamado el cangrejo; los crecimientos malignos llamados cáncer, fueron en un principio solo aquellos que ocurrían en los senos, debido a la masa más o menos circular con extensiones radiadas, que daban semejanzas con el cangrejo. El proceso coracoideo de la escápula asemeja el pico de un cuervo y viene directamente del griego.

Algunas palabras son derivadas de sus sonidos, son también llamadas palabras onomatopoyéticas. En este grupo, podemos encontrar hipo y tos silbante (tosferina).

Otros objetos nos los recuerdan algunos términos médicos. La palabra pelvis es latina y significa *vasija* o *canal*. La pelvis del riñón, que son los canales de la orina al uréter, y los huesos de la pelvis, que sirven de canal durante el parto. La palabra silla turca ingresa a términos médicos intacta, ya que significa asiento turco. El proceso mastoideo es como una mamila o pezón, y esta palabra tiene la misma raíz que mastitis, inflamación de la glándula mamaria. La apófisis estiloide, viene de *stylus* que significa lápiz.

Los deportes deben mencionarse. Oímos hablar de codo de tenista, codo de golf y rodilla de futbolista. También corazón de atleta. El término más conocido de todos, es el pie de atleta (hongos en el pie).

Las palabras acromegalia y acrodinia tienen en común el prefijo *acro*, que significa extremidad o punta. Acromegalia es el estado en

el cual los huesos de las manos, pies y cara, crecen. Acrodinia, significa que hay dolor en las manos y los pies. Acromio, viene de la misma raíz, del griego *akros*, significa literalmente punta del hombro, olécranon, viene de dos palabras griegas: *olere*, codo y *kranium*, cabeza, de este modo olécranon significa cabeza del codo; utilizando esta misma raíz, podemos encontrar muchos otros términos, como cráneo, craneal y craneotomía (abrir el cráneo).

El sufijo *tomia*, derivado del griego, significa cortar, y lo encontraremos en palabras médicas como: laparotomía, herniotomía, anatomía.

Fascia, se deriva de *fascēs*, que era el atado de varillas, indicativo de autoridad en la antigua Roma. Se define como una capa de tejido conectivo que cubre o envuelve partes internas o estructuras, principalmente fibras musculares. *Stenos* viene del griego que quiere decir angosto, chico o cerrado. Estenosis, significa el angostamiento de la abertura o cavidad de cualquier paso, tubo u orificio. Tortícolis significa cuello doblado, viene del latín *tortus torquere*, que significa doblar. Así pues, la palabra tortura viene de la misma raíz.

Diagnóstico, se deriva de dos palabras griegas: *día*, que significa a través y *gignoskein*, que significa saber, a través de. Si cambiamos el prefijo *a pro* puesto antes del sufijo *gnosis*, significa saber antes, pronosticar, o sea, que prognosis o pronóstico, es el cálculo anticipado de lo que pasará en una enfermedad. Estereognosis, usa la misma raíz. Analizando la misma palabra *estéreo*, encontramos que significa “en tercera dimensión” y *gnosis* “conocimiento”, entonces es el término que se usa para denominar el reconocimiento de las cosas a través del tacto. La segunda raíz de este último término, es también usada en la palabra estereoradiografía, o sea, una radiografía que tiene una tercera dimensión, que es en profundidad. La palabra estereoscopio es ver de manera que las imágenes tengan cuerpo, profundidad y relieve.

No debemos olvidar a las damas. Belladona, significa literalmente Bella Dama, porque alguna vez fue signo distintivo de belleza el tener los ojos muy oscuros. Esto es debido a que la pupila del ojo es más oscura que el iris, entonces, si la pupila está dilatada, los ojos se verán más oscuros, lo cual los hace más atractivos.

Esto viene desde el conocimiento de la planta de bella dona, ya que una de las acciones de la principal droga de la misma produce midriasis. Webster indica que originalmente significa “polvo para pintar las cejas”. Posteriormente, el significado fue aumentado a cuenta de la fineza del polvo para rectificar espíritus. *Fago* es una concentración de la palabra bacteriófago; *phagein*, es una palabra griega, que significa comer; el bacteriófago engulle, digiere, o por lo menos, causa lisis o destrucción de bacterias. Un fagocito, es una célula que come, una célula que ingiere microorganismos y otras células o sustancias. Antropofagia (*antropho*-hombre), significa canibalismo; esófago, es una palabra correlativa en la cual también existe la raíz *oiso*, que en griego significa que puede hacer; esófago es el canal donde pasan los alimentos, o sea, que es capaz de comer.

## 22.1. INTRODUCCIÓN

Para toda persona que tenga relación con la medicina: el estudiante de enfermería que confunde coma con kimono; el estudiante de medicina que se detiene para distinguir malariología de mariolatría; el enfermo que llama al otorrinolaringólogo después de repetirse a sí mismo el término..., se sienten confusos. Se dan cuenta de que la medicina es una ciencia sistemática y que tiene un vocabulario especial. El eterno problema de los doctores es el de ser precisos, tienen que describir el cuerpo humano y sus enfermedades con términos que no se presten a confusión. El significado de las palabras, en los lenguajes modernos, algunas veces cambian. La palabra cerebro tiene varias acepciones; la palabra mano, tiene distintas acepciones, de esta manera, los científicos médicos van generalmente a las lenguas muertas, latín y griego para usar términos descriptivos que tengan un solo significado, y exactamente uno; así pues, para mano se usa *cheiros* (en griego) y *manus* (en latín).

El aprender un vocabulario médico significa simplemente memorizar unas pocas raíces griegas y latinas, y luego combinarlas sistemáticamente para hacer miles de términos precisos.

La base de la palabra se llama raíz; los términos que la modifican son los prefijos cuando se colocan antes de ella, y sufijos cuan-

do se colocan después. Entonces en las frases anteriores, *pre* y *suf* son prefijos a la raíz *fix*, que significa fijar.

*Oftalmo* (ojo) más *scope* (instrumento para ver), hacen la palabra oftalmoscopio, que es un instrumento para estudiar el ojo. *Oto* (oído), más *scope*, dan la forma combinada Otoscopio, que es un instrumento para examinar el oído. Combinando la palabra *itis*, que es un sufijo que significa inflamación, podemos tener palabras como: tonsilitis, peritonitis, otitis, osteítis.

El Glosario Terminológico Médico, da suficientes raíces, prefijos y sufijos para que la persona relacionada con la medicina pueda iniciarse en la terminología médica. Una mente despierta podrá ser capaz de memorizar esto en treinta minutos. Como usted verá, es posible combinar términos para describir una parte, una función, o un síntoma que usted tenga en su mente.

He aquí términos comunes o nombres de las partes del cuerpo, el equivalente en griego o latín y su forma (palabra técnica), tal como la usará en palabras combinadas. En muchos casos, los nombres médicos son tan familiares que no requieren explicación alguna, usted fácilmente comprenderá el significado de peritonitis, colitis, etc.

<b>Palabra común</b>	<b>Término médico</b>	<b>Forma combinante</b>
Cabeza	<i>Caput, Cranium</i>	Croni
Ojo	<i>Optikas</i>	Opti, op
Oído	<i>Otos, Auri</i>	Oto
Nariz	<i>Nasus</i>	Naso, rino
Boca	<i>Estoma</i>	Estoma
Faringe	<i>Pharinx</i>	Faring
Diente	<i>Odontas</i>	Odont
Mente	<i>Psique</i>	Psico, psiqui

<b>Palabra común</b>	<b>Término médico</b>	<b>Forma combinante</b>
Cerebro	<i>Cephalos</i>	Cefal
Nervio	<i>Neuron</i>	Neuri, neuro
Cuello	<i>Cervix</i>	Cervi
Garganta	<i>Pharinx</i> <i>Laringe</i>	Faring Laring
Tráquea	<i>Trachea</i>	Traque
Pecho	<i>Thorax</i>	Tórac
Pleura	<i>Pleura</i>	Pleur
Pulmones	<i>Pneumoniae</i> <i>Pulmones</i>	Pneumo Neumo, pulmo
Corazón	<i>Cardia, Cor</i>	Cardi
Arteria	<i>Arteria</i>	Arteri
Vena	<i>Phlebas</i>	Flebo
Sangre	<i>Hemo/a</i>	Hemo/a, emia
Espina	<i>Columna</i> <i>Vertebralis</i>	Raqui
Vértebra	<i>Spondylos</i>	Espondi
Costilla	<i>Costa</i>	Cost, costo
Pelvis	<i>Pelvis</i>	Pelvi
Brazo	<i>Brachion</i>	Braqui
Mano	<i>Cheir</i>	Quir

<b>Palabra común</b>	<b>Término médico</b>	<b>Forma combinante</b>
Pierna	<i>Melas</i>	Mel
Pie	<i>Pes, Pous</i>	Ped, pod
Huesos	<i>Os</i>	Osi
Médula	<i>Mielos</i>	Mel
Articulación	<i>Artron</i>	Artr
Cartílago	<i>Chondras</i>	Condro
Esófago	<i>Aesophagus</i>	Esofag
Estómago	<i>Gaster</i>	Gastro, gastr
Hígado	<i>Hepar</i>	Hepat
Vesícula	<i>Colecist</i>	Colecist
Intestino	<i>Enteron, colon</i>	Enter, colo, col
Ano	<i>Anus, procto</i>	Ano, procto
Riñón	<i>Nefros, ren</i>	Nefro, ren, nefr
Pelvis renal	<i>Pyelos (pan)</i>	Piel
Vejiga	<i>Cistitis</i>	Cist, vesic
Mama	<i>Mamma</i>	Mam
Ovario	<i>Ovarium</i>	Ovari
Matriz	<i>Uterus, histerametra</i>	Uter, hister, metrio
Testículo	<i>Orchis</i>	Orqui
Piel	<i>Derma, epithelium</i>	Derm, epiteli

<b>Palabra común</b>	<b>Término médico</b>	<b>Forma combinante</b>
Músculo	<i>Mios</i>	Mi, mio
Glándula	<i>Aden</i>	Aden
Célula	<i>Kitos</i>	Cit, cito
Pus	<i>Pion</i>	Pi
Fiebre	<i>Piretos</i>	Pire, pir
Dolor	<i>Algos, Odynia</i>	Algia, dinia
Endurecimiento	<i>Escleros</i>	Escler
Nutrición	<i>Thophe</i>	Trof, tropia
Agua, fluido	<i>Hidro</i>	Hidr

## 22.2. MODIFICACIONES DE IDEA. PREFIJOS Y SUFIJOS

Los prefijos y sufijos son sílabas agregadas al principio y al final de las palabras base o de sus raíces, que dan un significado especial a las ideas que expresa la raíz básica de la palabra. Por ejemplo, antebrazo en los casos de prefijo ante y anti; en el caso de sufijos, verborrea; en este caso rrea, es el sufijo que modifica e indica un estado que señala una característica de la raíz base “verbo” del latín, que quiere decir palabra, o sea, en este caso “despeñamiento o abundancia de palabras”.

<b>Idea</b>	<b>PREFIJO</b>
Sin	A, an
A	Ad
Antes	Ante
Posición, enfrente de	Antero
Contra	Anti
Despacio	Bradi
A través de	Dia, trans
Difícil, doloroso	Dis
Afuera de	Ecto
Eléctrico	Electro
Sin, adentro	Endo
Encima	Epi
Fuera de	Ex, ec
Excesivo, mayor que	Hiper
Por debajo, bajo, menos	Hipo
Más allá, después de	Infra
Adentro de	Intra
Malo	Mal
La mitad (distancias)	Medio
En medio de	Meso

<b>Idea</b>	<b>PREFIJO</b>
Más allá, más que	Meta
A un lado, no usual	Pa
Alrededor de	Peri
Muchos, varios	Poli
Grisáceo	Polio
Falso	Pseudo
La parte de atrás	Retro
Debajo de	Sub
Encima	Super, supra
A través, más allá	Trans
Más allá	Ultra
Dolor	Algia
Punción	Centesis
Ruptura (remediar deformidad)	Clasia
Dilatación	Ectasis
Incisión, cortar algo	Ectomía
Sangre	Emia, hemia
Proceso o resultado	Iasis
Inflamación o infección	Itis
Conocimiento de, ciencia	Logia

<b>Idea</b>	<b>PREFIJO</b>
Declinación gradual	Lisis
Medida	Metro
Dolor	Odinia
Tumor, crecimiento	Oma
Ojo	Pia, opsia
Estado, estado causado	Porosis
Enfermedad	Patía
Fijación	Pexia
Moldeo, reparación de	Plastia
Derramamiento de	Rragia
Sutura, costura de	Rrafia
Fluir, correr	Rrea
Examen por instrumentos con inspección	Scopia
Cortar	Sec
Abrir, hacer abertura	Tomía
Nutrición	Trofia
Orina	Uria

## 22.3. EJEMPLOS PRÁCTICOS DE CONSTRUCCIÓN DE TÉRMINOS MÉDICOS

*Itis*, es un sufijo que denota enfermedad, infección o situación inflamatoria. Agregando la palabra que se usa para designar una parte del cuerpo humano, se describe una inflamación específica:

Palabra	Origen	Significado
Artritis	Artros	Articulación
Bronquitis	Bronchus	Bronquios
Carditis	Cardioma	Corazón
Endocarditis	Endo	Debajo de
Dermatitis	Derma	Piel
Mielitis	Mielos	Médula
Miositis	Mios	Músculo
Neuritis	Neuron	Nervio
Osteítis	Osteon	Hueso
Flebitis	Phlebos	Vena

## 22.4. TÉRMINOS MÉDICOS EMPLEADOS FRECUENTEMENTE

Nombre	Descripción
Aborto	Expulsión del embrión durante los tres primeros meses del embarazo

<b>Nombre</b>	<b>Descripción</b>
Abrasión	Lijado de la piel
Aclorhidria	Falta de ácido clorhídrico en el estómago
Adenoma	Tumor de una glándula
Albuminuria	Eliminación de albúmina a través de la orina
Algia	Dolor perteneciente a...
Amnesia	Pérdida de la memoria o memoria defectuosa
Andro	Masculino, perteneciente al hombre
Anemia	Deficiencia de glóbulos
Aneurisma	Dilatación de una arteria
Angina de pecho o <i>angor pectoris</i>	Dolor paroxístico en la zona precordial
Angio	Vaso sanguíneo o linfático. Perteneciente a los vasos
Anquilosis	Fijación de una articulación
Antropo	Perteneciente al hombre, relativo al humano
Arritmia	Irregularidad en la pulsación cardiaca
Ascitis	Acumulación de líquido en la cavidad abdominal
Arterioesclerosis	Endurecimiento de las arterias
Artritis	Inflamación de una articulación
Aritenoideo	Soporte de las cuerdas vocales
Asfixia	Sofocación

<b>Nombre</b>	<b>Descripción</b>
Atrofia	Disminución de una parte. Desgaste o carencia de algo
Audial	Perteneciente al oído
Auricular	Oído. Perteneciente al oído
Avulsión	Remover algo. Quitar algo
Borborismo	Ruidos originados en los intestinos ocasionados por conflicto hidroaéreo
Bradycardia	Pulsación lenta del corazón
Bronquiectasia	Dilatación de paredes bronquiales
<i>Caput</i>	Cabeza
Carcinoma	Crecimiento maligno, tumor, de una glándula, membrana, epitelio o hueso
Caries	Desgaste, específicamente de los dientes
Cauterio	Agente quemante (cuchillo eléctrico)
Cefálico	Perteneciente a la cabeza
Cérvix	Cuello
Cifosis	Espalda encorvada hacia adelante y convexa hacia atrás
Cirrosis	Endurecimiento especialmente del hígado
Cole	Perteneciente a la vesícula
Colecistectomía	Abrir y cerrar la vesícula
Corea	Baile de San Vito

<b>Nombre</b>	<b>Descripción</b>
Cisto, Cist	Relativo a la vejiga
Colpo	Perteneciente a vagina
Coma	Estado de pérdida de consciencia
Contusión	Golpe
Craniectomía	Operación del cráneo
Crisis	Cambio súbito en una enfermedad
Cianosis	Tono azulado del cuerpo debido a la deficiencia de oxígeno
Cito	Célula
Delirio	Trastorno de la mente
Diatermia	Elevación local de la temperatura por paso de una corriente de alta frecuencia
Dislocación	No coincidencia de las superficies articulares del cuerpo
Dismenorrea	Menstruación dolorosa
Disnea	Dificultad para respirar
Edema	Acumulación de agua en los tejidos
Electrocauterio	Cuchillo eléctricamente calentado
Electrocirugía	Uso de la corriente de alta frecuencia en procedimientos quirúrgicos
Embolia	Obstrucción de un vaso sanguíneo
Empiema	Acumulación de pus en el espacio pleural

<b>Nombre</b>	<b>Descripción</b>
Endarteritis	Inflamación de la capa íntima o interior de las arterias
Enteroptosis	Pérdida de tono en los ligamentos que sostienen los intestinos y que se traducen en descenso de las vísceras a la pelvis
Enuresis	Enfermedad que consiste en pérdida del control del esfínter de la vejiga durante el sueño
Epifisitis	Inflamación de las extremidades prominentes de los huesos
Epitelioma	Cáncer de piel
Eructo	Expulsión de aire contenido en el estómago por la boca
Eritema	Enrojecimiento
Eritrocito	Célula roja de la sangre
Estertores	Ruidos anormales en los pulmones
Esquizofrenia	Enfermedad mental que cursa con confusiones de imágenes e ideas
Escoliosis	Curvatura anormal de la columna vertebral hacia alguno de los lados
Estiramiento	Alargamiento de un músculo
Fibroma	Tumor con tejido fibroso
Flebitis	Inflamación de las venas
Fobia	Aborrecimiento ilógico hacia algo
Fractura	Rotura de un hueso

<b>Nombre</b>	<b>Descripción</b>
Gingivitis	Inflamación de las encías
Glaucoma	Aumento de la tensión interior del globo ocular, acompañado de endurecimiento del mismo
Glositis	Inflamación de la lengua
Gónada	Glándula sexual
Hematuria	Sangre en la orina
Hemofilia	Enfermedad en la que el paciente tiene tendencia anormal a sangrar
Hemorroides	Formaciones de venas en el recto y cercanías al ano
Hernia	Ruptura
Histerectomía	Extirpación quirúrgica de la matriz
Infrarrojo	Rayos luminosos invisibles del sol o provenientes de lámparas de filamento especial (infrarrojos), que tienen propiedades curativas por el calor que originan
Insomnio	Imposibilidad de dormir o de conciliar el sueño
Ictericia	Color amarillo en la piel, conjuntiva y mucosas, debido a enfermedad del hígado
Laceración	Erosión en un tejido (piel)
Laparotomía	Incisión abdominal
Leucocito	Célula sanguínea blanca
Leucemia	Aumento patológico de las células blancas de la sangre

<b>Nombre</b>	<b>Descripción</b>
Lipoma	Tejido graso en forma de tumor o quiste
Lordosis	Espalda encorvada hacia atrás con convexidad hacia adelante
Lisis	Destrucción de tejidos; desaparición progresiva de síntomas
Mastitis	Inflamación de las mamas
Menopausia	Cese del sangrado menstrual
Menorragia	Sangrado menstrual excesivo
Metritis	Inflamación de la matriz o útero
Miocarditis	Inflamación del músculo cardíaco
Miopía	Defecto de la vista que consiste en no ver de lejos
Miositis	Inflamación de los músculos
Mioma	Tumor de músculo
Mixoma	Tumor de la membrana mucosa
Necrosis	Destrucción del tejido vivo
Nefritis	Inflamación de los riñones
Nefroptosis	Riñón flotante
Neumotórax	Aire en el tórax entre los pulmones y las costillas, o sea, en el espacio pleural
Neuralgia	Dolor en un nervio
Neuritis	Inflamación de un nervio

<b>Nombre</b>	<b>Descripción</b>
Neuroma	Tumor de un nervio
Neurosis	Trastornos del comportamiento, con tendencia a la conducta anormal
Nulípara	Mujer que nunca ha parido
Oniquectomía	Extirpación de una uña
Orqui	Perteneciente a los testículos
Osteítis	Inflamación de un hueso
Osteoma	Tumor de un hueso
Osteomielitis	Infección de los tejidos de un hueso abarcando hasta la médula ósea
Osteoporosis	Pérdida de masa ósea
Otitis media	Inflamación y/o infección del oído medio
Papiloma	Verruga, crecimiento a partir de la piel
Paresia	Parálisis casi siempre de origen vascular cerebral
Paroxismo	Espasmo o convulsión, algo que es llevado al máximo
Patopatía	Enfermedad perteneciente a...
Penia	Falta de
Pericarditis	Inflamación de la serosa que recubre exteriormente el corazón
Periostitis	Inflamación del tejido que cubre el hueso

<b>Nombre</b>	<b>Descripción</b>
Peritonitis	Inflamación de la serosa que cubre la vísceras del abdomen
Pexis	Fijación
Placenta	Membrana que se expulsa después del parto
Polio	Gris, materia gris del cerebro y de la médula espinal
Pólipo	Tumor con pedículo generalmente benigno
Parto prematuro	Nacimiento del producto del embarazo, entre el sexto y el octavo mes
Primigesta	Mujer que se embaraza por primera vez
Procto	Perteneiente al ano
Pirexia	Fiebre alta
Queratitis	Inflamación de la córnea del ojo
Quiste	Bolsa o saco que contiene sustancia sólida, líquida o semi líquida
Salivación	Expulsión excesiva de saliva
Sarcoma	Tipo de cáncer carnoso
Salpinx	Trompa o tubo de Falopio que va desde el ovario a la matriz
Sepsis	Envenenamiento, contaminación
Síncope	Pérdida súbita del conocimiento debido a factores circulatorios, o nerviosos de origen cerebral
Taquicardia	Aceleramiento de los latidos cardiacos

<b>Nombre</b>	<b>Descripción</b>
Tele	Lejano
Teratoma	Tumor de nacimiento por deficiente o anómalo desarrollo intrauterino de un grupo celular
Tórax	Pecho o tronco del cuerpo
Tónico	Que da vigor vital
Tortícolis	Espasmo de un músculo del cuello, muy doloroso, que hace que incline la cabeza hacia el lado enfermo
Tracoma	Enfermedad de los ojos, infecciosa y transmisible
Trépano	Agujero que se hace en el cráneo con objeto de abrirlo
Trombosis	Tapón en un vaso sanguíneo
Ultravioleta	Luz invisible del sol, o lámparas que tienen propiedades curativas
Uremia	Envenenamiento de la sangre debido a sustancias nitrogenadas no eliminadas por el riñón
Vas-Vaso	Conducto
Vértigo	Sensación subjetiva de que gira uno en torno a las cosas que nos rodean

## 22.5. PREFIJOS

<b>PREFIJO</b>	<b>PROCEDENCIA</b>	<b>SIGNIFICADO</b>
<i>A o Ah</i>	Latín	Lejos de, falta de: anormal, diferente de lo normal
<i>A o An</i>	Griego	De, sin: asepsia, sin infección
<i>Acr</i>	Griego	Extremidad: acrodermatitis, dermatitis de las extremidades
<i>Ad</i>	Latín	Hacia, cerca: adrenal, cerca del riñón.
<i>Aden</i>	Griego	Glándula: adenitis, inflamación de una glándula
<i>Alg</i>	Griego	Dolor: neuralgia, dolor a lo largo de los nervios
<i>Ambi</i>	Latín	Los dos: ambidextro, refiriéndose a ambas manos
<i>Ante</i>	Latín	Previo: antenatal, que ha ocurrido o se ha formado antes del nacimiento
<i>Anti</i>	Griego	Contra: antiséptico, contra sepsis, o para prevenirla
<i>Auto</i>	Griego	Mismo: autointoxicación, envenenamiento por toxina producida en el cuerpo
<i>Bi o Bin</i>	Latín	Dos: binocular, que pertenece a ambos ojos
<i>Bio</i>	Griego	Vida: biopsia, inspección del organismo o tejido vivo

<b>PREFIJO</b>	<b>PROCEDENCIA</b>	<b>SIGNIFICADO</b>
<i>Blas</i>	Griego	Botón, algo que crece en sus primeras etapas: blastocito, célula inicial no diferenciada
<i>Blef</i>	Griego	Párpados: blefaritis, inflamación de un párpado
<i>Bradi</i>	Griego	Lento: bradicardia. Lentitud anormal en ritmo cardíaco
<i>Bronc</i>	Griego	Bronquio: bronquiectasia, dilatación de los tubos bronquiales
<i>Carcin</i>	Griego	Cáncer: carcinógeno, productor de cáncer
<i>Cardi</i>	Griego	Corazón: cardialgia, dolor en el corazón
<i>Cefal</i>	Griego	Cabeza: cefalalgia, dolor de cabeza
<i>Cleido</i>	Griego	Clavícula: cleidocostal, que pertenece a la clavícula y costilla
<i>Circun</i>	Latín	Alrededor: circunocular, alrededor de los ojos
<i>Cist</i>	Griego	Saco o vejiga: cistitis, inflamación de la vejiga
<i>Cito</i>	Griego	Célula: citología, estudio científico de las células
<i>Cole</i>	Griego	Bilis: colecisto, vesícula biliar

<b>PREFIJO</b>	<b>PROCEDENCIA</b>	<b>SIGNIFICADO</b>
<i>Colp</i>	Griego	Vagina: colpografía, sutura vaginal
<i>Condro</i>	Griego	Cartílago: condroma, tumor de cartílago
<i>Contra</i>	Latín	Opuesto: contraindicación, indicación que impide el tratamiento
<i>Cost</i>	Latín	Costilla: intercostal, entre las costillas
<i>Cranhi</i>	Latín	Cráneo: craneotomía, abertura quirúrgica del cráneo
<i>Cript</i>	Griego	Escondido: criptogénica, de origen desconocido
<i>Cut</i>	Latín	Piel: subcutáneo, debajo de la piel
<i>Dermat</i>	Griego	Piel: dermatología, estudio de la piel
<i>Des</i>	Latín	Aparte: desarticulación, separación articular
<i>Di</i>	Latín	Dos: difásico, que se produce en dos etapas
<i>Dis</i>	Latín	Dolor o dificultad: dispepsia, dificultad para la digestión
<i>Dacri</i>	Griego	Glándulas lagrimales: decrocisto, saco lagrimal
<i>Ecto</i>	Griego	Fuera: ectopia, fuera de lugar

<b>PREFIJO</b>	<b>PROCEDENCIA</b>	<b>SIGNIFICADO</b>
<i>Em o en</i>	Griego	In: encapsulada, incluida en una cápsula
<i>Encefal</i>	Griego	Cerebro: encefalitis, inflamación del cerebro
<i>End</i>	Griego	Dentro: endotelio, capa de células en el interior de los vasos
<i>Entero</i>	Griego	Intestino: enteritis, inflamación del intestino
<i>Epi</i>	Griego	Encima: epidermis, capa más externa de la piel
<i>Eritro</i>	Griego	Rojo: eritrocito, glóbulo rojo
<i>Esta</i>	Griego	Quedarse: estasis, interrupción del curso de un líquido
<i>Esten</i>	Griego	Estrechamiento: estenosis, estrechamiento de un conducto
<i>Eu</i>	Griego	Bien: euforia, bienestar, sensación de buena salud
<i>Ex o E</i>	Latín	Fuera: excreción, material expulsado del cuerpo o de un órgano
<i>Exo</i>	Griego	Fuera: exocrina, que secreta hacia fuera (en oposición a endocrina)
<i>Extra</i>	Griego	Fuera: extramural, situado o que se produce por fuera de una pared

<b>PREFIJO</b>	<b>PROCEDENCIA</b>	<b>SIGNIFICADO</b>
<i>Febri</i>	Latín	Fiebre: febril, afectado de fiebre
<i>Fil</i>	Griego	Amor: hemofílico, con ape- tencia de sangre (bacterias que crecen en presencia de hemoglobina)
<i>Fleb</i>	Griego	Vena: flebotomía, abertura de una vena para sangrar
<i>Fob</i>	Griego	Miedo: hidrofobia, miedo al agua
<i>Galacto</i>	Griego	Leche: galactosa, azúcar de leche
<i>Gastr</i>	Griego	Estómago: gastrectomía, ex- tirpación del estómago
<i>Ginec</i>	Griego	Mujer: ginecología, estudio de las enfermedades de la mujer
<i>Gloss</i>	Griego	Lengua: glosectomía, extirpa- ción quirúrgica de la lengua
<i>Gluco</i>	Latín	Azúcar: glucosuria, azúcar en la orina
<i>Hem o Hemat</i>	Griego	Sangre: hemopoyesis, for- mador de sangre
<i>Hemi</i>	Griego	Mitad: heminefrectomía, ex- tirpación de la mitad de un riñón
<i>Hepat</i>	Griego	Hígado: hepatitis, inflama- ción del hígado

<b>PREFIJO</b>	<b>PROCEDENCIA</b>	<b>SIGNIFICADO</b>
<i>Hetero</i>	Griego	Otro: heteroinjerto, con piel de otra especie
<i>Hidro</i>	Griego	Agua: hidrocefalia, acumulación anormal de líquido en el cráneo
<i>Hiper</i>	Griego	Exceso de hiperglucemia, exceso de azúcar en la sangre
<i>Hipo</i>	Griego	Deficiencia: hipoglucemia, falta de azúcar en la sangre
<i>Hist</i>	Griego	Tejido: histología, ciencia que estudia los tejidos
<i>Hister</i>	Griego	Útero: histerectomía, extirpación del útero
<i>Homo</i>	Griego	Igual: homoinjerto, con la piel de un miembro de la misma especie
<i>Idio</i>	Griego	El mismo: idiopático, enfermedad producida espontáneamente, de causa desconocida
<i>Im o In</i>	Latín	In: infiltración, acumulación de sustancias anormales
<i>Im o In</i>	Latín	No: inmaduro, no maduro
<i>Infra</i>	Latín	Debajo: infraorbitario, por debajo de la órbita
<i>Inter</i>	Latín	Entre: intermuscular, entre los músculos

<b>PREFIJO</b>	<b>PROCEDENCIA</b>	<b>SIGNIFICADO</b>
<i>Lact</i>	Latín	Leche: lactancia, secreción de leche
<i>Leuc</i>	Griego	Blanco: leucocito, glóbulo blanco
<i>Macro</i>	Griego	Grande: macroblasto, célula roja anormalmente voluminosa
<i>Mast</i>	Griego	Mama: mastectomía, extirpación de la mama
<i>Meg</i> <i>o Megal</i>	Griego	Grande: mega
<i>Mer</i>	Griego	Parte: merotomía, división de segmentos
<i>Mesa</i>	Griego	Medio: mesaortitis, inflamación de la capa media de la aorta
<i>Meta</i>	Griego	Más allá: cambio, metástasis, cambio en el asiento de una enfermedad
<i>Mico</i>	Griego	Hongo: micología, estudio de los hongos
<i>Micro</i>	Griego	Pequeño: microplastia, enanismo
<i>Mielo</i>	Griego	Médula: mielocito, célula típica de la médula ósea
<i>Mio</i>	Griego	Músculo: mioma, tumor de elementos musculares

<b>PREFIJO</b>	<b>PROCEDENCIA</b>	<b>SIGNIFICADO</b>
<i>Necro</i>	Griego	Cuerpo muerto: necrosis, muerte de células junto a tejido vivo
<i>Nefro</i>	Griego	Riñón: nefrectomía, extirpación del riñón
<i>Neo</i>	Griego	Nuevo: neoplasma, cualquier crecimiento o formación nueva
<i>Neum</i>	Griego	Pulmón: neumococo, germen que causa neumonía lobar
<i>Neuro</i>	Griego	Nervio: neurona, célula nerviosa
<i>Odont</i>	Griego	Diente: odontología, estudio de los dientes
<i>Oftalm</i>	Griego	Ojo: oftalmómetro, instrumento para estudiar el ojo
<i>Olig</i>	Griego	Poco: oligohemia, deficiencia del volumen sanguíneo
<i>Oo</i>	Griego	Huevo: oocito, célula original del huevo
<i>Oofor</i>	Griego	Ovario: ooforectomía, extirpación del ovario
<i>Orto</i>	Griego	Directo, normal: ortogrado, que anda recto, erguido
<i>Oste</i>	Griego	Hueso: osteítis, inflamación del hueso

<b>PREFIJO</b>	<b>PROCEDENCIA</b>	<b>SIGNIFICADO</b>
<i>Ot</i>	Griego	Oído: otorrea, exudación de un oído
<i>Para</i>	Griego	Irregular, alrededor, malo: paradenitis, inflamación de una glándula
<i>Path</i>	Griego	Enfermedad: patología, estudio de las enfermedades
<i>Ped 1</i>	Griego	Niño: pediatra, especialista en niños
<i>Ped 2</i>	Griego	Pie: podograma, impresión del pie
<i>Per</i>	Latín	A través de, excesivamente: percutáneo, a través de la piel
<i>Peri</i>	Griego	Inmediatamente, alrededor, (en contraposición para): periapical, el vértice de una raíz dental
<i>Piel</i>	Griego	Pelvis: pielitis, inflamación de la pelvis renal
<i>Pio</i>	Griego	Pus: piorrea, salida de pus
<i>Poli</i>	Griego	Mucho: poliartritis, inflamación de varias articulaciones
<i>Polio</i>	Griego	Gris: poliomiелitis, inflamación de sustancia gris de la médula
<i>Post</i>	Latín	Después: <i>post partum</i> , en el puerperio

<b>PREFIJO</b>	<b>PROCEDENCIA</b>	<b>SIGNIFICADO</b>
<i>Pre</i>	Latín	Antes: prenatal, que ocurre antes del nacimiento
<i>Pro</i>	Latín y Griego	Antes: pronóstico, previsión de cómo acabará la enfermedad
<i>Proct</i>	Griego	Recto: proctectomía, extirpación quirúrgica del recto
<i>Psiqu</i>	Griego	Espíritu o alma: psiquiatría, tratamiento de los trastornos mentales
<i>Queil</i>	Griego	Labio: quelitis, inflamación del labio
<i>Querat</i>	Griego	Callosidad, córnea: <i>queratitis</i> , inflamación de la córnea
<i>Raqu</i>	Griego	Raquis: raquicentesis, punción dentro del conducto vertebral
<i>Ren</i>	Latín	Riñón: adrenal, cerca del riñón
<i>Retro</i>	Latín	Hacia atrás: retroversión, desviación hacia atrás, generalmente del útero
<i>Rin</i>	Griego	Nariz: rinología, estudio de la nariz
<i>Salping</i>	Griego	Trompa: salpingitis, inflamación de la trompa
<i>Semi</i>	Latín	Medio: semicoma, coma ligero

<b>PREFIJO</b>	<b>PROCEDENCIA</b>	<b>SIGNIFICADO</b>
<i>Septic</i>	Latín y griego	Envenenamiento: septicemia, envenenamiento de la sangre
<i>Seudo</i>	Griego	Falso: pseudoangina, angina falsa
<i>Sim o Sin</i>	Griego	Conjunto: sínfisis, unión de dos huesos
<i>Somat</i>	Griego	Cuerpo: psicossomático, que tiene síntomas corporales de origen mental
<i>Sub</i>	Latín	Debajo: subdiafragmático, debajo del diafragma
<i>Super</i>	Latín	Arriba, excesivamente: sobreaguda, excesivamente aguda
<i>Supra</i>	Latín	Encima: suprarrenal, por encima del riñón
<i>Taqui</i>	Latín	Rápido: taquicardia, latidos cardíacos rápidos
<i>Tens</i>	Latín	Extensión: extensor, músculo que extiende una extremidad
<i>Term</i>	Griego	Calor: diatermia, terapéutica productora del calor en los tejidos
<i>Tox</i>	Griego	Veneno: toxemia, estado de intoxicación de la sangre
<i>Trans</i>	Griego	A través: trasplante, transferencia de tejidos de una a otra parte

<b>PREFIJO</b>	<b>PROCEDENCIA</b>	<b>SIGNIFICADO</b>
<i>Tri</i>	Latín y griego	Tres: tríceps, que tiene tres cuerpos, músculo
<i>Triqui</i>	Griego	Cabello: tricosis, cualquier enfermedad del cabello
<i>Uni</i>	Latín	Uno: unilateral, que afecta a un lado
<i>Vas</i>	Latín	Vaso: vasoconstrictor, nervio o fármaco que estrecha un vaso sanguíneo
<i>Zoo</i>	Griego	Animal: zooblasto, célula animal

## 22.6. SUFIJOS

<b>SUFIJO</b>	<b>PROCEDENCIA</b>	<b>SIGNIFICADO</b>
<i>algia</i>	Griego	Dolor: cardialgia, dolor en el corazón
<i>asis y osis</i>	Griego	Afectado de: leucocitosis, exceso del número de leucocitos
<i>astenia</i>	Griego	Debilidad: neurastenia, debilidad nerviosa
<i>blast</i>	Griego	Germen: mieloblasto, célula de la médula ósea
<i>cele</i>	Griego	Tumor, hernia: enterocele, hernia del intestino

<b>SUFIJO</b>	<b>PROCEDENCIA</b>	<b>SIGNIFICADO</b>
<i>cid</i>	Latín	Cortar, matar: germicida, destructor de gérmenes
<i>cito</i>	Griego	Célula: leucocito, glóbulo blanco
<i>clisis</i>	Griego	Inyección: hipodermocclisis, inyección debajo de la piel
<i>coco</i>	Griego	Bacteria redondeada: neumococo, bacteria productora de la neumonía
<i>ectasia</i>	Griego	Dilatación, alargamiento: angiectasia, dilatación de un vaso sanguíneo
<i>ectomía</i>	Griego	Escisión: adenectomía, extirpación de adenoides
<i>emia</i>	Griego	Sangre: glucemia, azúcar en la sangre
<i>estesia</i>	Griego	Relacionado con la sensación: anestesia ausencia de sensación
<i>fagia</i>	Griego	Comer: polifagia, hambre voraz o excesiva. Ingesta excesiva de comida.
<i>fasia</i>	Griego	Hablar: afasia, pérdida del poder de hablar
<i>ferente</i>	Latín	Que lleva: aferente de, que lleva hacia la periferia
<i>geno</i>	Griego	Productor: piógeno, que produce pus

<b>SUFIJO</b>	<b>PROCEDENCIA</b>	<b>SIGNIFICADO</b>
<i>iatra</i>	Griego	Referido a un médico o a su arte de curar, medicina: pediatría, medicina de los niños
<i>itis</i>	Griego	Inflamación: amigdalitis, inflamación de las amígdalas
<i>lisis</i>	Latín	Disolución: autólisis, disolución de células tisulares
<i>logia</i>	Griego	Ciencia de: patología, ciencia de la enfermedad
<i>malacia</i>	Griego	Reblandecimiento: osteomalacia, reblandecimiento óseo
<i>nea</i>	Griego	Aire: disnea, dificultad para respirar
<i>oma</i>	Griego	Tumor, mioma: tumor formado por elementos musculares
<i>osis</i>	Griego	Afectado de : aterosclerosis, arterioesclerosis
<i>ostomía</i>	Griego	Creación de una abertura: gastrotomía, creación de una fístula gástrica artificial
<i>otomía</i>	Griego	Cortar: laparotomía, escisión quirúrgica del abdomen
<i>patía</i>	Griego	Enfermedad: miopatía, enfermedad del músculo
<i>penia</i>	Griego	Falta de: leucopenia

<b>SUFIJO</b>	<b>PROCEDENCIA</b>	<b>SIGNIFICADO</b>
<i>pexia</i>	Griego	Fijar: proctopexia, fijación del recto con suturas
<i>plastia</i>	Griego	Moldear: gastroplastia, molde o reforma del estómago
<i>poyesis</i>	Griego	Haciente, formando: hematopoyesis, formando sangre
<i>ptosis</i>	Griego	Caída: enteroptosis, caída de intestino
<i>rrafia</i>	Griego	Sutura de: enterorrafia, cosido del intestino
<i>rragia</i>	Griego	Salida, estallido: otorragia, hemorragia del oído
<i>rrea</i>	Griego	Salida: otorrea, salida de líquido por el oído
<i>stenia</i>	Griego	Perteneiente a la fuerza: astenia, pérdida de fuerza
<i>taxia</i>	Griego	Orden, disposición: ataxia, falta de coordinación muscular
<i>trofia</i>	Griego	Alimentación: atrofia, desnutrición o disminución
<i>uria</i>	Griego	En relación con la orina: poliuria, excreción excesiva de orina



# Bibliografía

---

- American Medical Association. *Guías para la evaluación de las deficiencias permanentes*. 4.<sup>a</sup> Edición. 2.<sup>a</sup> impresión. 1994
- BARROT, R: *Le dommage corporel et sa compensation*. Págs. 230 y 231. Editions Litec, París. 1988.
- BOE N.º 22 del 26.01.00. Pág. 3317. Real Decreto 1971/99 del 23 de diciembre.
- C.I.E.-9-MC.
- Conferencias y apuntes de la Diplomatura de Valoración de Incapacidades del ESSSCAN.2002.
- DE ÁNGEL, R: La experiencia española en materia de valoración del daño corporal. CDC 89, Madrid 21 y 22 de Junio. 1989.
- Diccionario Jurídico*: Edit. Fórum. 5.<sup>a</sup> edición.
- Diccionario Médico*: Edit. Masson. 13.<sup>a</sup> edición.
- DIEZ AGÚNDEZ, M.<sup>a</sup> del Rosario: Comentarios sobre valoración clínica del dolor corporal. [www.peritajemedicoforense.com](http://www.peritajemedicoforense.com) (07.02.03).
- Guía de Valoración del Menoscabo Permanente. 2.<sup>a</sup> edición, año 1999. 5 tomos-Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo.
- GONZÁLEZ JOYANES, D: *Diccionario de Invalidez Provisional Permanente*. Barcelona. Editorial PPU. 1994.
- IDOATE GARCÍA V M: El problema del diagnóstico del síndrome fibromiálgico en salud laboral. *Revista Española del Daño Corporal*, n.º 5. Pág. 32. 1997.
- Instituto Nacional de la Salud: *Manual de gestión de la incapacidad temporal*. 2.<sup>a</sup> edición. 1998.
- ISASI ZARAGOZA, C: Valoración de la incapacidad laboral en Reumatología. Fibromialgia. *Guía de valoración del menoscabo permanente*. INMST. Tomo I. Pág. 215. 1998.

- LAIN-ENTRALGO, P: *El diagnóstico médico*. Edit. Salvat, reimpresión. 1988.
- LEÓN IGLESIAS, J: Algunas consideraciones médico legales entorno a la Fibromialgia y/o Síndrome de la Fatiga Crónica. Revista *Rheuma*, n.º 3. Pág. 28. 2002.
- MAJAD PLANELLES, A: *Técnica del informe ante Juzgados y Tribunales. Oratoria forense*. Edit. Bosch. 5.ª edición. 1991.
- MELENNEC, L: *Valoración de las discapacidades y del daño corporal*. Baremo internacional de invalideces. Editorial Masson.
- OJEDA GIL, J A: Dolor corporal. Aspectos médico legales. *Medicina y Derecho* n.º 2. Pág. 96. 1997.
- OJEDA GIL, J A y Díez Agúndez M.ª R: La historia clínica en la pericia médica y el informe médico pericial. *Canarias Médica Quirúrgica*. Pág. 43. Septiembre-Diciembre 2003.
- OJEDA GIL, J A y otros: *Miscelánea sobre patología ósea, social y laboral*. Gran Canaria. Ediciones P. Fleitas y CTT. 1995.
- OJEDA GIL, J A y otros: *Valoración del daño corporal personal. Comentarios*. Gran Canaria. Ediciones P. Fleitas y CTT. 1997.
- OLLO LURI, M P: La Fibromialgia. ¿Enfermedad Incapacitante?. Principales problemas médicos y jurídicos laborales de esta enfermedad y su tratamiento. *Jurisdicción Social*. Revista *Social Mes a Mes*, n.º 79. Noviembre 2002.
- RODRÍGUEZ JOUVENCEL, M: *Ergonomía básica aplicada a la medicina del trabajo*. Madrid. Edit. Díaz de Santos. 1994.
- RODRÍGUEZ JOUVENCEL, M: *Manual del perito médico*. Bosch. 1991.
- ROUSSEAU, C: Incapacité temporaire totale et incapacité temporaire partielle dans la réparation du dommage corporel en droit commun. *Rev. Franc. Dommage Corporel*. 2: 167-176. 1991.
- RUBISTEN, S J: *Las incapacidades laborativas*. Buenos Aires. Ábaco de Rodolfo Depalma. Pág. 74.







