



***Estado Libre Asociado de Puerto Rico***  
**Administración de los Sistemas de Retiro**  
**de los Empleados del Gobierno y la Judicatura**

**DEPARTAMENTO DE ESTADO**

**Núm. Reglamento: 6719**

**Fecha Radicación: 7 de noviembre de 2003**

**Aprobado: Ferdinand Mercado**  
**Secretario de Estado**

**Por: Giselle Romero García**  
**Secretaria Auxiliar de Servicios**

***REGLAMENTO PARA LA CONCESIÓN DE***  
***PENSIONES POR INCAPACIDAD A LO(A)S***  
***PARTICIPANTES DE LOS SISTEMAS DE***  
***RETIRO DE LOS EMPLEADOS DEL***  
***GOBIERNO Y LA JUDICATURA***

# VOLANTE SUPLETORIO

## REGLAMENTO PARA LA CONCESIÓN DE PENSIONES POR INCAPACIDAD A LO(A)S PARTICIPANTES DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS SISTEMAS DE RETIRO DE LOS EMPLEADOS DEL GOBIERNO Y LA JUDICATURA

Número del reglamento

Núm. 6719

Número del reglamento que se  
deroga parcialmente

Núm. 4930

Autoridad de Ley para la aprobación  
del reglamento

Ley 447, de 15 de mayo de 1951,  
según enmendada

Agencia que aprobó el reglamento

Junta de Síndicos de la  
Administración de los Sistemas de  
Retiro de los Empleados del  
Gobierno y la Judicatura

Nombre y título de las personas que  
lo aprobaron en la agencia

CPA Juan A. Flores Galarza,  
Presidente  
Lic. Emmalind García García,  
Secretaria

Fecha de publicación y periódico en  
que se publicó

31 de julio de 2003, El Nuevo Día

Fecha de aprobación por la Junta de  
Síndicos

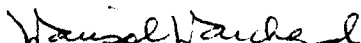
5 de noviembre de 2003

Fecha de radicación en el  
Departamento de Estado

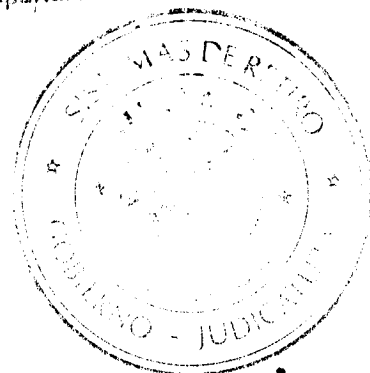
NOV - 7 2003  
Departamento de Estado

Fecha de vigencia

Certifico que este Reglamento fue debidamente revisado,  
no contiene errores sustantivos tipográficos ni clericales  
y el mismo cumple con las disposiciones de la Ley 170,  
de 12 de agosto de 1988, según enmendada.

  
Marisol Marchand Castro  
Administradora

6 de noviembre de 2003



**REGLAMENTO PARA LA CONCESIÓN DE PENSIONES POR  
INCAPACIDAD A LO(A)S PARTICIPANTES DE LOS SISTEMAS DE RETIRO  
DE LO(A)S EMPLEADO(A)S DEL GOBIERNO Y LA JUDICATURA**

**ÍNDICE**

PÁGINA

|                                                                                                |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| ARTÍCULO 1 TÍTULO .....                                                                        | 1     |
| ARTÍCULO 2 PROPÓSITO .....                                                                     | 1     |
| ARTÍCULO 3 BASE LEGAL.....                                                                     | 1     |
| ARTÍCULO 4 APLICABILIDAD .....                                                                 | 1     |
| ARTÍCULO 5 DEFINICIONES.....                                                                   | 2-4   |
| ARTÍCULO 6 PENSIÓN POR INCAPACIDAD BAJO LA LEY 447 DE 15 DE MAYO<br>DE 1951, SEGÚN ENMENDADA   |       |
| Sección 6.1 Requisitos para Solicitar Beneficio de Pensión por Incapacidad .....               | 4-7   |
| Sección 6.2 Pensiones por Incapacidad Ocupacional.....                                         | 7-8   |
| Sección 6.3 Pensiones por Incapacidad no Ocupacional .....                                     | 8     |
| Sección 6.4 Cambios en el Tipo de Pensión por Incapacidad .....                                | 9     |
| Sección 6.5 Exámenes Médicos Periódicos .....                                                  | 9     |
| Sección 6.6 Reinstalación de Pensionado(a)s por Incapacidad .....                              | 10    |
| Sección 6.7 Suspensión de Pensiones por Incapacidad .....                                      | 11-12 |
| ARTÍCULO 7 PENSIÓN POR INCAPACIDAD BAJO LA LEY 127 DE 27 DE JUNIO<br>DE 1958, SEGÚN ENMENDADA  |       |
| Sección 7.1 Aplicación y Requisitos .....                                                      | 12-13 |
| Sección 7.2 Circunstancias Requeridas .....                                                    | 13-16 |
| Sección 7.3 Pensión o Anualidad por Incapacidad .....                                          | 16-20 |
| Sección 7.4 Exámenes Médicos Periódicos.....                                                   | 20    |
| Sección 7.5 Reposición o Reinstalación de Pensionado(a)s.....                                  | 20-21 |
| Sección 7.6 Suspensión de Pensión .....                                                        | 21-22 |
| ARTÍCULO 8 PENSIÓN POR INCAPACIDAD BAJO LA LEY 12 DE 19 DE<br>OCTUBRE DE 1954, SEGÚN ENMENDADA |       |
| Sección 8.1 Aplicación y Requisitos.....                                                       | 23-25 |
| Sección 8.2 Pensiones por Incapacidad Ocupacional .....                                        | 25-26 |
| Sección 8.3 Pensiones por Incapacidad no Ocupacional.....                                      | 26-27 |

## ARTÍCULO 9 DISPOSICIONES GENERALES

|              |                                                    |       |
|--------------|----------------------------------------------------|-------|
| Sección 9.1  | Coordinación de las Pensiones por Incapacidad..... | 27-28 |
| Sección 9.2  | Derecho Personalísimo.....                         | 28    |
| Sección 9.3  | Reconsideraciones.....                             | 29    |
| Sección 9.4  | Investigaciones.....                               | 30    |
| Sección 9.5  | Deberes y Facultades del Coordinador.....          | 30    |
| Sección 9.6  | Expedientes de Asuntos de Retiro.....              | 30-31 |
| Sección 9.7  | Complementación e Interpretación.....              | 31    |
| Sección 9.8  | Cláusula de Salvedad.....                          | 31    |
| Sección 9.9  | Enmiendas.....                                     | 32    |
| Sección 9.10 | Cláusula de Derogación.....                        | 32    |

|             |               |    |
|-------------|---------------|----|
| ARTÍCULO 10 | VIGENCIA..... | 32 |
|-------------|---------------|----|



# **REGLAMENTO PARA LA CONCESIÓN DE PENSIONES POR INCAPACIDAD A LO(A)S PARTICIPANTES DE LOS SISTEMAS DE RETIRO DE LO(A)S EMPLEADO(A)S DEL GOBIERNO Y LA JUDICATURA**

## **ARTÍCULO 1.- TÍTULO**

Este Reglamento se conocerá como "Reglamento para la Concesión de Pensiones por Incapacidad a lo(a)s Participantes de los Sistemas de Retiro de lo(a)s Empleado(a)s del Gobierno y la Judicatura".

## **ARTÍCULO 2.- PROPÓSITO**

La Administración de los Sistemas de Retiro de los Empleados del Gobierno y la Judicatura, adopta este Reglamento con el propósito de establecer las normas y procedimientos para conceder el beneficio de pensión por incapacidad, establecidos en las leyes que a la Administración se le ha encomendado administrar. Además, define la política pública enunciada en las leyes que conceden beneficios por incapacidad para los empleados del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, sus Instrumentalidades y los miembros de la Judicatura. También regula los procedimientos y prácticas para la concesión de pensiones por incapacidad para lo(a)s participantes y pensionado(a)s de dichos sistemas de retiro.

## **ARTÍCULO 3.- BASE LEGAL**

Este Reglamento se adopta en virtud de lo establecido en las Leyes 447 de 15 de mayo de 1951, según enmendada; 127 de 27 de junio de 1958, según enmendada; 12 de 19 de octubre de 1954, según enmendada; 396 de 12 de mayo de 1952, según enmendada; 110 de 28 de junio de 1969, según enmendada; 93 de 19 de junio de 1968, según enmendada; 170 de 12 de agosto de 1988, según enmendada; 441 de 26 de diciembre de 2000, y cualquier otra ley cuya implantación haya sido encomendada a la Administración.

## **ARTÍCULO 4.- APLICABILIDAD**

Las disposiciones de este Reglamento aplicarán a todo(a) participante, pensionado(a) y a los patronos gubernamentales acogidos a los Sistemas de Retiro de los Empleados del Gobierno y la Judicatura.

## ARTÍCULO 5.- DEFINICIONES

Los siguientes términos y frases, dondequiera que aparezcan usados en este Reglamento, tendrán el significado que a continuación se expresa:

1. **"Administración"**, significa la Administración de los Sistemas de Retiro de los Empleados del Gobierno y la Judicatura.
2. **"Administrador(a)"**, significa el(la) Administrador(a) de los Sistemas de Retiro de los Empleados del Gobierno y la Judicatura.
3. **"Coordinador(a)"**, significa El(la) Coordinador(a) Agencial para Asuntos de Retiro.
4. **"Criterios"**, significa las normas adoptadas por el(la) Administrador(a) para determinar incapacidad, contenidas en este Reglamento y su Manual para la Evaluación de Incapacidad de la Administración de los Sistemas de Retiro de los Empleados del Gobierno y la Judicatura.
5. **"Examen Médico Periódico"**, significa las evaluaciones médicas requeridas por el(la) Administrador(a) para determinar si el(la) pensionado(a) continúa incapacitado(a) y elegible para seguir recibiendo la pensión por concepto de incapacidad.
6. **"Incapacidad"**, significa la inhabilidad e imposibilidad del(de la) participante para cumplir los deberes de cualquier cargo que en el servicio del patrono se le hubiere asignado, conforme a los Criterios médicos establecidos por el(la) Administrador(a) en el Manual para la Evaluación de Incapacidad de la Administración de los Sistemas de Retiro de los Empleados del Gobierno y la Judicatura.
7. **"Incapacidad total y permanente"**, significa cuando la condición médica del(de la) participante es de tal naturaleza, que no se espera recuperación alguna, conforme los Criterios médicos establecidos por el(la) Administrador(a) en el Manual para la Evaluación de Incapacidad de la Administración de los Sistemas de Retiro de los Empleados del Gobierno y la Judicatura.
8. **"Juez(a)"**, significará cualquier persona que desempeñe un puesto de Juez(a) Municipal, Juez(a) del Tribunal de Primera Instancia, Juez(a) del Tribunal del Circuito de Apelaciones, Juez(a) del Tribunal Supremo y cualquier otro puesto de Juez(a) que se creare en el futuro y sea parte de la Rama Judicial del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

9. **"Junta"**, significa la Junta de Síndicos de los Sistemas de Retiro de los Empleados del Gobierno y la Judicatura.
10. **"Ley"**, significa la Ley 447 de 15 de mayo de 1951, según enmendada, o cualquier otra ley cuya implantación haya sido encomendada a la Administración.
11. **"Médico Asesor"**, significa la persona autorizada a ejercer la medicina en Puerto Rico, y designada por el(la) Administrador(a) para determinar incapacidad, conforme a los Criterios contenidos en el Manual.
12. **"Nuevo(a) Participante"**, significa toda persona que ingrese por primera vez al Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno después del 1 de abril de 1990, pero antes del 1 de enero de 2000 y que no se haya transferido al Plan de Cuentas de Ahorro para el Retiro, creado por la Ley 305 de 24 de septiembre de 1999.
13. **"Participante"**, significa todo(a) empleado(a) que sea miembro de la matrícula del Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno de Puerto Rico y sus Instrumentalidades, que esté en servicio activo y ocupe un puesto regular como empleado(a) de carrera, de confianza o con status probatorio en cualquier rama, departamento ejecutivo, agencia, administración, junta, comisión, oficina o instrumentalidad del Estado Libre Asociado de Puerto Rico o de sus empresas públicas o municipios. Este término incluirá lo(a)s funcionario(a)s electivo(a)s, los miembros de la matrícula opcional y los empleado(a)s en licencia sin sueldo.
14. **"Patrono"**, significa el Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, los municipios y las empresas públicas que sean participantes del Sistema. Este término no incluirá las empresas subsidiarias de instrumentalidades gubernamentales, cuyo(a)s empleado(a)s no tuvieran una clara relación de empleado(a) y patrono con el Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
15. **"Pensionado(a)"**, significa cualquier persona a quien se le haya concedido una anualidad o pensión por incapacidad.
16. **"Retribución"**, significa la recompensa bruta y en efectivo que en una base mensual devenga un(a) empleado(a) por sus servicios, excluyendo toda bonificación concedida en adición al salario, ya sea por concepto de horas extras trabajadas o por diferenciales que no tengan visos de permanencia.

17. **"Retribución Promedio"**, significa la retribución promedio anual más alta devengada por un(a) participante durante cualesquiera tres años de servicios acreditables. Para lo(a)s nuevo(a)s participantes, este término significa el promedio de los últimos cinco años de servicios acreditables. Para los miembros del Sistema de Retiro de la Judicatura, significa el promedio de los sueldos durante los últimos tres (3) años.
18. **"Servicio Activo"**, significa estar prestando servicios bajo nombramiento regular, de confianza, exento, probatorio, provisional indefinido; estar bajo licencia con o sin sueldo, o estar recibiendo tratamiento médico en la Corporación del Fondo del Seguro del Estado, sin que medie una renuncia al puesto o cargo.
19. **"Servicios Acreditables"**, significa los servicios anteriores y posteriores a la fecha de ingresar al Sistema, por el cual no se haya efectuado el correspondiente pago de aportaciones.
20. **"Servicios Acreditados"**, significa aquellos servicios prestados por un(a) participante, por los cuales ha efectuado el pago de las aportaciones correspondientes a los salarios devengados, conforme a la Ley.
21. **"Solicitante"**, significa el(la) participante, pensionado(a) o beneficiario(a) que presente una solicitud de beneficios ante la Administración.

## **ARTÍCULO 6. PENSIÓN POR INCAPACIDAD BAJO LA LEY 447 DE 15 DE MAYO DE 1951, SEGÚN ENMENDADA**

### ***Sección 6.1 – Requisitos para Solicitar Beneficio de Pensión por Incapacidad***

- A. Toda solicitud de beneficio de pensión (anualidad) por incapacidad, deberá incluir todos los documentos requeridos por el(la) Administrador(a) y estar debidamente completada, firmada y fechada por el(la) solicitante.
- B. Los documentos requeridos por el(la) Administrador(a), son los siguientes:
  - 1) Solicitud de Pensión, debidamente completada, firmada y fechada por el(la) solicitante;
  - 2) Solicitud de Tarjeta de Identificación, acompañada de dos (2) retratos del(de la) solicitante, tamaño 2" x 2";
  - 3) Notificación sobre Representación Legal;

- 4) Autorización a la Administración para obtener información firmada por el(la) solicitante;
  - 5) Certificación de Servicios y Préstamos;
  - 6) Informe médico debidamente completado en todas sus partes. Deberá incluir el nombre del médico, especialidad, el número de licencia, dirección física en letra de molde, firmado y fechado por el médico;
  - 7) La Certificación de Compensabilidad para la Administración emitida por la Corporación del Fondo del Seguro del Estado (modelo CFSE 0037, Abr. 2002), en el caso de una solicitud de pensión por incapacidad ocupacional.
- C. El(la) Coordinador(a) revisará la documentación presentada por el(la) participante, asegurándose de que está completa, indicará la fecha de recibo de la solicitud utilizando el sello oficial del patrono y expedirá un recibo al(la) solicitante.
- D. El(la) Coordinador(a) será responsable de gestionar e incluir los siguientes documentos:
- 1) Expediente de Asuntos de Retiro;
  - 2) Anejo a la Forma 08-34;
  - 3) Hoja de Servicios con aportaciones, actualizada por el patrono;
  - 4) Certificación de Interrupciones en el Servicio;
  - 5) Declaración Individual o Certificación del Plan Acogido; no aplica a los miembros de la Policía de Puerto Rico;
  - 6) Copia certificada de la nómina especial evidenciando los ajustes en sueldos, si aplica;
  - 7) Copia de relación de costos de servicios no cotizados, copia del recibo de pago y certificación de descuentos de nómina desglosados, si aplica;
  - 8) Copia de transferencia de aportaciones, si aplica.
- E. El(la) Administrador(a) podrá modificar o eliminar cualquiera de los documentos aquí establecidos, como también requerir cualquier otro documento nuevo de su autoría o de cualquier patrono, según se disponga mediante carta circular.

- F. Las solicitudes de pensión por incapacidad serán radicadas por el(la) participante, su representante autorizado(a), o a petición del patrono, a través del(de la) Coordinador(a). El(la) Coordinador(a) representará, diligenciará y será responsable de gestionar toda solicitud, petición o acción sobre beneficios y servicios solicitados por el(la) participante ante la Administración.
- G. El(la) Coordinador(a) radicará ante el(la) Administrador(a) la solicitud, acompañada de los documentos requeridos, dentro de los sesenta (60) días siguientes al recibo de la misma. El(la) Administrador(a), será responsable de verificar y cotejar cada solicitud y que todos los documentos requeridos estén incluidos.
- H. No se aceptarán solicitudes incompletas y se devolverá al(la) Coordinador(a) para que informe y solicite los documentos requeridos al(la) participante o al patrono. El proceso de evaluación comenzará cuando la solicitud esté completa.
- I. El(la) solicitante deberá cumplir con los requisitos contenidos en la Sección 6.2, sobre pensión por incapacidad ocupacional y/o la Sección 6.3, sobre pensión por incapacidad no ocupacional, para que su solicitud sea considerada.
- J. Para los fines de una anualidad por incapacidad, se considerará incapacitado(a) a un(a) participante cuando la incapacidad esté sustentada con suficiente prueba médica, conforme a los Criterios adoptados por el(la) Administrador(a), y dicha prueba revele que el(la) participante está inhabilitado(a) para cumplir los deberes de cualquier cargo que en el servicio del patrono se le hubiere asignado.
- K. Si del análisis de la evidencia médica presentada, no se pudiese determinar si el(la) se encuentra o no incapacitado(a), el(la) Administrador(a) podrá requerir al(la) participante que se someta a exámenes adicionales con médicos seleccionados por éste. El(la) Administrador(a) emitirá su determinación final a base de la recomendación del Médico Asesor y los requisitos establecidos por Ley y Reglamento.
- L. Toda solicitud de pensión por incapacidad aprobada, será referida para el proceso de cómputo y pago, tan pronto se reciba el informe de cambio de cesantía del patrono donde estuviere trabajando el(la) participante al momento de radicar la solicitud.

- M. El pago de la anualidad por incapacidad, será retroactivo hasta un máximo de un (1) año, contado de forma regresiva a partir de la fecha en que fue determinada la incapacidad por el(la) Administrador(a), pero en ningún momento se extenderá más allá de la fecha en que el(la) participante radicó la solicitud de pensión. Para establecer la fecha en que fue determinada la incapacidad por el(la) Administrador(a), la Administración tomará la fecha de la comunicación mediante la cual el Director del Área de Incapacidad notificó al(la) participante la aprobación de la pensión.
- N. De determinarse que el(la) no está incapacitado(a) o que no cumple con los requisitos administrativos que fije el(la) Administrador(a), se enviará una notificación mediante correo certificado, donde establecerá las razones por las cuales no le fue aprobada la pensión por incapacidad, así como su derecho y los términos para solicitar una reconsideración ante el(la) Administrador(a) o para presentar una apelación ante la Junta.
- O. El(la) Administrador(a) podrá denegar la concesión de una anualidad por incapacidad a cualquier participante que haya hecho declaraciones falsas o falsificado o permitido la falsificación de cualquier información, registro o documento, con la intención de defraudar al Sistema para obtener una pensión, anualidad o cualquier otro beneficio relacionado con la incapacidad.

### ***Sección 6.2 – Pensiones por Incapacidad Ocupacional***

- A. Todo(a) participante que, como resultado de una incapacidad que se origine por causa del empleo y surja en el curso del mismo, quedare incapacitado(a) para el servicio, tendrá derecho a recibir una anualidad por incapacidad ocupacional. Para tener derecho a una pensión por incapacidad ocupacional bajo este Artículo, será requisito que el participante:
  - 1) Sea participante activo(a) a la fecha en que ocurre el accidente por el cual solicita una anualidad por incapacidad ocupacional;
  - 2) La Corporación del Fondo del Seguro del Estado (CFSE) determine que el accidente o enfermedad provino de cualquier función del trabajo o que sea inherentemente relacionado al trabajo o empleo, a tenor con lo dispuesto por la Ley del Sistema de Compensaciones por Accidentes del Trabajo, Ley 45 del 18 de abril de 1935, según enmendada;
  - 3) Radique su solicitud dentro de los ciento ochenta (180) días en que la CFSE emita dicha determinación;

- 4) Se reciba la Certificación de Compensabilidad para la Administración, (modelo CFSE 0037, Abr. 2002) que emitirá la Corporación del Fondo del Seguro del Estado, sobre el accidente por el cual solicita la incapacidad ocupacional;
  - 5) Se reciba suficiente evidencia médica;
  - 6) Cumpla con la Sección 6.1 de este Reglamento.
- B. El(la) Administrador(a) podrá solicitar a la Corporación del Fondo del Seguro del Estado los informes médicos de exámenes practicados al(la) empleado(a) y cualquier otro documento relacionado con el accidente del trabajo que motive la reclamación. El(la) Administrador(a) de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado pondrá a su disposición dichos informes.
- C. El importe de la anualidad será igual al cincuenta por ciento (50%) del último tipo de salario que hubiese tenido derecho a percibir el(la) participante estando en servicio activo. Para todo(a) nuevo(a) participante, el importe será igual al cuarenta por ciento (40%) del último tipo de salario que hubiese tenido derecho a percibir estando en servicio activo.

### ***Sección 6.3 – Pensiones por Incapacidad no Ocupacional***

- A. Todo(a) participante que se inhabilitare para el servicio, debido a un estado mental o físico y que por razón de ese estado estuviere incapacitado(a) para cumplir los deberes de cualquier cargo que en el servicio del patrono se le hubiere asignado, tendrá derecho a una anualidad por incapacidad no ocupacional. Para tener derecho a una pensión por incapacidad no ocupacional bajo este Artículo, será requisito que el participante:
- 1) Se encuentre en servicio activo a la fecha de radicación de la solicitud;
  - 2) Tenga por lo menos diez (10) años de servicios acreditados;
  - 3) Cumpla con la Sección 6.1 de este Reglamento.
- B. El importe de la anualidad será el uno y medio por ciento (1 ½%) de la retribución promedio, multiplicado por el número de años de servicios acreditados hasta veinte (20) años, más el dos por ciento (2%) de la retribución promedio multiplicado por el número de años de servicio acreditados en exceso de veinte (20) años.



#### ***Sección 6.4 – Cambios en el tipo de Pensión por Incapacidad***

- A. Cualquier pensionado(a) por incapacidad que solicite un cambio en el tipo de pensión por incapacidad que recibe, deberá radicar la solicitud correspondiente. Los cambios en el tipo de pensión por incapacidad, incluyen:
  - 1) De pensión por incapacidad no ocupacional bajo la Ley 447 a pensión por incapacidad ocupacional bajo la Ley 447
  - 2) De pensión por incapacidad ocupacional bajo la Ley 447 a pensión por incapacidad ocupacional bajo la Ley 127
  - 3) De pensión por incapacidad no ocupacional bajo la Ley 447 a pensión por incapacidad ocupacional bajo la Ley 127
- B. Dicha solicitud deberá reunir los requisitos de la pensión que solicita, según este Reglamento.
- C. De proceder la solicitud del(de la) pensionado(a), la Administración hará el cambio en la nómina correspondiente a la pensión que solicita.

#### ***Sección 6.5 – Exámenes Médicos Periódicos***

- A. El(la) Administrador(a) podrá requerir que todo(a) pensionado(a) que esté disfrutando de una anualidad por incapacidad, se someta periódicamente a un examen que practicarán uno o más médicos nombrados por éste(a), para determinar su estado de salud y si su condición todavía lo(a) incapacita.
- B. Los exámenes médicos tendrán el propósito de determinar si el(la) pensionado(a) aún continúa incapacitado(a) y elegible para seguir recibiendo la anualidad por concepto de incapacidad.
- C. El(la) Administrador(a) podrá requerir que todo(a) pensionado(a) presente evidencia médica de su condición.
- D. No será necesario el examen médico periódico cuando la prueba médica revele que el(la) pensionado(a) está total y permanentemente incapacitado(a) para cumplir los deberes de cualquier cargo o cuando el(la) pensionado(a) por incapacidad cumpla los 62 años de edad.

### ***Sección 6.6 – Reinstalación de Pensionado(a)s por Incapacidad***

- A. Si como resultado de los exámenes médicos periódicos, se encontrase que el(la) pensionado(a) se ha recobrado de su incapacidad, tendrá derecho a ser reinstalado(a).
- B. Si al ser reinstalado(a) comienza a devengar una retribución menor a la que recibía al momento de su retiro por incapacidad, tendrá derecho a que la Administración le pague una compensación por el término de un (1) año, a partir de la fecha en que sea reinstalado(a).
- C. Esta compensación será igual a la diferencia entre el sueldo que devengaba a la fecha del retiro y el sueldo que comience a devengar en el puesto en que sea reinstalado(a). En ningún caso, la compensación podrá exceder el monto de la pensión por incapacidad que disfrutaba.
- D. El(la) Administrador(a) notificará su determinación de cese de incapacidad al(la) pensionado(a) por correo certificado. En dicha notificación se le orientará sobre su derecho a requerir a su patrono que proceda con su reinstalación dentro de un término no mayor de noventa (90) días, a partir de la notificación del(de la) Administrador(a).
- E. El(la) Administrador(a) notificará su determinación al patrono por correo certificado y le informará sobre su obligación de efectuar la reinstalación de dicho(a) pensionado(a) al servicio gubernamental, dentro de un término no mayor de noventa (90) días a partir de la notificación del(de la) Administrador(a). De no existir un puesto vacante, el patrono deberá gestionar la creación de un puesto regular.
- F. El(la) pensionado(a) no tendrá derecho a reinstalación si éste(ésta) ocupaba un puesto de confianza, un puesto electivo o pertenecía a la matrícula opcional del Sistema, salvo que tuviera derecho a reinstalación a un puesto en el servicio de carrera.
- G. El(la) pensionado(a) no tendrá derecho a la reinstalación si después de la fecha de radicación de la solicitud de pensión, renunció a su puesto o fue destituido(a), expulsado(a) o separado(a) por acción disciplinaria.
- H. El(la) Administrador(a) no tendrá que notificar al patrono la reinstalación del(de la) pensionado(a) en los casos descritos en los apartados F y G.

### ***Sección 6.7 – Suspensión de Pensiones por Incapacidad***

- A. La suspensión de la pensión procederá luego de determinarse que ha cesado la incapacidad y haya transcurrido el término de noventa (90) días de la notificación al(la) pensionado(a), en aquellos casos en que existe el derecho a reinstalación.
- B. La suspensión de la pensión procederá también cuando ocurra cualquiera de las siguientes circunstancias:
  - 1) Luego de determinarse que ha cesado la incapacidad y no existe el derecho a la reinstalación descrito en la Sección 6.6;
  - 2) Si el(la) pensionado(a) rehusare someterse a un examen médico. Se entenderá que el(la) pensionado(a) rehúsa someterse a examen médico si en dos (2) ocasiones consecutivas no compareciere a las citas médicas, siempre y cuando no haya ofrecido una excusa válida para su incomparecencia;
  - 3) Cuando el(la) pensionado(a) comience a devengar cualquier retribución por servicios prestados al Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, sus instrumentalidades, municipios y empresas públicas;
  - 4) Cuando el(la) pensionado(a) se dedique a ocupaciones no gubernamentales o por cuenta propia;
  - 5) Cuando se descubriere que el(la) pensionado(a) ofreció información falsa o fraudulenta para ser acreedor(a) a la pensión.
- C. Cuando el(la) Administrador(a) determine que procede la suspensión de una pensión por incapacidad, así lo notificará por escrito, por correo certificado al(la) pensionado(a). En la notificación se advertirá al(la) pensionado(a) de su derecho a presentar una solicitud de reconsideración ante el(la) Administrador(a) o una apelación ante la Junta. Se suspenderán los pagos de pensión, independientemente de que el(la) pensionado(a) haya solicitado reconsideración o haya apelado tal determinación de reinstalación y/o suspensión de pensión.
- D. Si del resultado de las investigaciones que pueda llevar a cabo el(la) Administrador(a) en relación a lo(a)s pensionado(a)s por incapacidad, se determina que un(a) pensionado(a) está devengando ingresos, bien sea por cuenta propia o al servicio de algún patrono, el(la) Administrador(a) le cursará una citación escrita, por correo certificado, requiriéndole que dentro de los diez (10) días siguientes al recibo de dicha notificación, muestre las causas por las cuales no le deba suspender la pensión. Si el(la) participante no comparece o no contesta, o habiendo contestado y comparecido, no

rebatiere satisfactoriamente los hallazgos del(de la) Administrador(a), se procederá a suspenderle los pagos de la anualidad de inmediato y se iniciarán los trámites administrativos y judiciales necesarios para recobrar los pagos indebidos.

- E. Si después de concedida la pensión, se descubriere que el(la) pensionado(a) ha hecho declaraciones falsas o falsificado o permitido falsificar información, registro o documento, con la intención de defraudar al Sistema para obtener el beneficio, el(la) Administrador(a) requerirá al(la) participante, por correo certificado, para que muestre las causas por las cuales no deba suspenderle los pagos de la pensión. Si el(la) pensionado(a) no comparece o no contesta o habiendo contestado no rebatiere satisfactoriamente los hallazgos del(de la) Administrador(a), se procederá a suspenderle los pagos de la pensión inmediatamente.
- F. Dentro de los diez (10) días de haber tomado la determinación final de suspensión de pagos en los casos descritos en el inciso E, el(la) Administrador(a) cursará aviso oficial del asunto al Fiscal de Distrito del distrito judicial en que resida el(la) pensionado(a) para los trámites criminales correspondientes. Simultáneamente, el(la) Administrador(a) iniciará los trámites administrativos y judiciales necesarios para recobrar los pagos indebidos.

## **ARTÍCULO 7- PENSIÓN POR INCAPACIDAD BAJO LA LEY 127 DE 27 DE JUNIO DE 1958, SEGÚN ENMENDADA**

### ***Sección 7.1 – Aplicación***

- A. Las disposiciones de este Artículo, solamente se aplicarán a lo(a)s siguientes funcionario(a)s y empleado(a)s, cuando se incapaciten física o mentalmente, bajo una de las circunstancias descritas en la Sección 7.2:
  - 1) Cualquier participante que sea miembro de la Policía de Puerto Rico;
  - 2) Cualquier participante que sea miembro de la Policía Municipal;
  - 3) Cualquier participante que sea miembro del Cuerpo de Bomberos;
  - 4) Cualquier participante que sea miembro del Cuerpo de Oficiales de Custodia de la Corporación de Industrias de Prisiones de Puerto Rico, lo(a)s Superintendentes de las Instituciones Correccionales del Departamento de Rehabilitación y Corrección, el(la) Administrador(a) de Corrección Penal del Departamento de Justicia y el(la) Administrador(a) de Instituciones Juveniles;

- 5) Cualquier persona que sea miembro de la Guardia Nacional de Puerto Rico que se encuentre en servicio activo por llamada de emergencia del(de la) Gobernador(a);
- 6) Cualquier participante que sea miembro del Cuerpo de Vigilantes del Departamento de Recursos Naturales de Puerto Rico;
- 7) Cualquier participante que sea Agente de Rentas Internas del Departamento de Hacienda de Puerto Rico;
- 8) Cualquier participante que sea Agente del Negociado de Investigaciones Especiales del Departamento de Justicia;
- 9) Cualquier otro(a) funcionario(a) o empleado(a) gubernamental que se designe por disposición de ley.

### ***Sección 7.2 - Circunstancias Requeridas***

#### **A. En caso de un miembro de la Policía:**

- 1) Al ser atacado(a), al evitar o tratar de evitar la comisión de un delito;
- 2) Al ser atacado(a), al apresar o tratar de apresar a alguien que se pueda presumir razonablemente que esté(á) conectado(a) con la comisión de un delito, al realizar registros e incursiones o durante los interrogatorios siguientes a tales registros e incursiones, o en el acto de la confiscación de armas o de cualquier artículo, independientemente de su naturaleza, que estén en posesión de personas en violación de cualquier estatuto;
- 3) Al ser atacado(a), al poner fin o tratar de poner fin a cualquier desorden, motín o cualquier acción contraria al orden, a la seguridad pública, o a la autoridad debidamente constituida;
- 4) Al dirigirse a, o mientras presta servicios en la extinción de un incendio;
- 5) Al intervenir en el salvamento de la vida de un semejante o para proteger propiedades que por cualquier circunstancia corrieren peligro, para lo cual tuviere que arriesgar la suya propia; o

- 6) Al ser atacado(a), al intervenir con cualquier demente con el fin de recluirlo(a) en una institución o someterlo(a) a proceso judicial o a tratamiento;
- 7) Al ser atacado(a), aún estando fuera de servicio, y que como resultado de dicho ataque pierda la vida o resulte incapacitado(a), siempre que se establezca que dicho ataque fue por motivos de represalia o venganza relacionadas con una investigación, intervención o procedimientos oficiales que el(la) agente realizara o estuviese realizando, conducentes al esclarecimiento de un delito.

B. En caso de un miembro de la Policía Municipal:

- 1) Al ser atacado(a), al evitar o tratar de evitar la comisión de un delito;
- 2) Al ser atacado(a), al apresar o tratar de apresar a alguien que se pueda presumir razonablemente que esté(á) conectado(a) con la comisión de un delito, al realizar registros e incursiones o durante los interrogatorios siguientes a tales registros e incursiones, o en el acto de la confiscación de armas o de cualquier artículo, independientemente de su naturaleza, que estén en posesión de personas en violación de cualquier estatuto;
- 3) Al ser atacado(a), al poner fin o tratar de poner fin a cualquier desorden, motín o cualquier acción contraria al orden, a la seguridad pública, o a la autoridad debidamente constituida;
- 4) Al dirigirse a, o mientras presta servicios en la extinción de un incendio;
- 5) Al intervenir en el salvamento de la vida de un semejante o para proteger propiedades que por cualquier circunstancia corrieren peligro, para lo cual tuviere que arriesgar la suya propia; o
- 6) Al ser atacado(a), al intervenir con cualquier demente con el fin de recluirlo(a) en una institución o someterlo(a) a proceso judicial o a tratamiento.

C. En caso de un miembro del Cuerpo de Bomberos:

- 1) Al dirigirse a, o mientras se dedica a la extinción de un incendio; o
- 2) Al ser atacado(a), al poner o tratar de poner fin a cualquier desorden, motín o cualquier acción contraria al orden, a la seguridad pública o a la autoridad debidamente constituida, a requerimiento de la policía;

- 3) Al intervenir en el salvamento de la vida de un semejante o para proteger propiedades que por cualquier circunstancia corriere peligro, para lo que tuviere que arriesgar la suya propia;
  - 4) Al adiestrarse o llevar a cabo simulacros para probar sus destrezas y desarrollar nuevas técnicas que utilizarán en la extinción de incendios.
- D. En caso de un miembro del Cuerpo de Oficiales de Custodia de la Corporación de Industrias de Prisiones de Puerto Rico, lo(a)s Superintendentes de las Instituciones Correccionales del Departamento de Rehabilitación y Corrección y el(la) Administrador(a) de Corrección Penales del Departamento de Justicia, y el(la) Administrador(a) de Instituciones Juveniles en el cumplimiento de las funciones a su cargo:
- 1) Al ser atacado(a), al evitar o tratar de evitar la comisión de un delito;
  - 2) Al ser atacado(a), al apresar o tratar de apresar a alguien que se pueda presumir razonablemente que esté(á) conectado(a) con la comisión de un delito;
  - 3) Al ser atacado(a), al poner fin o tratar de poner fin a cualquier desorden, violación de las reglas de las instituciones penales de Puerto Rico o cualquier otra irregularidad contraria al orden y a la seguridad pública; o
  - 4) Al ser atacado(a), al evitar o tratar de evitar la fuga de un preso, o de cualquier persona cuya custodia o transportación le haya sido encomendada.
- E. En caso de un miembro de la Guardia Nacional que se encuentre en servicio activo por llamada de emergencia del(de la) Gobernador(a):
- 1) Al ser atacado(a), el evitar o tratar de evitar la comisión de un delito;
  - 2) Al ser atacado(a), al apresar o tratar de apresar a alguien que se pueda presumir razonablemente que esté(á) conectado(a) con la comisión de un delito; o
  - 3) Al ser atacado(a), al poner fin o tratar de poner fin a cualquier desorden, motín o cualquier acción contraria al orden, a la seguridad pública, o a la autoridad debidamente constituida; o
  - 4) Al intervenir en el salvamento de la vida de un semejante o para proteger propiedades que por cualquier circunstancia corrieren peligro, para la cual tuviere que arriesgar la suya propia.

F. En caso de un miembro del Cuerpo de Vigilantes:

- 1) Al ser atacado(a), al evitar o tratar de evitar la comisión de un delito;
- 2) Al ser atacado(a), mientras realiza registro o allanamientos relacionados con violaciones a las leyes cuya implementación ha sido encomendada al Departamento de Recursos Naturales;
- 3) Al ser atacado(a), mientras ejecuta una orden de arresto debidamente emitida por un tribunal de justicia.

G. En el caso de un(a) Agente de Rentas Internas:

- 1) Al ser atacado(a), en ocasión de sorprender la violación de cualquiera de las leyes de rentas internas de Puerto Rico o de las leyes federales sobre drogas o narcóticos;
- 2) Al ser atacado(a), en ocasión de acompañar a funcionario(a)s en el arresto de personas que pueda presumirse razonablemente que están conectadas con la comisión de un delito; o
- 3) Al ser atacado(a), al realizar registro e incursiones o durante los interrogatorios siguientes a tales registros e incursiones en el acto de la confiscación de artículos que están en posesión de personas en violación de las leyes de rentas internas de Puerto Rico o de las leyes federales de drogas y narcóticos.

H. En caso de un(a) Agente del Negociado de Investigaciones Especiales:

- 1) Al ser atacado(a), al evitar o tratar de evitar la comisión de un delito;
- 2) Al ser atacado(a), en ocasión de realizar un arresto en el cumplimiento de las funciones que por la Ley del Negociado de Investigaciones Especiales del Departamento de Justicia, se le asignan a dicho Negociado.

### ***Sección 7.3 – Pensión o Anualidad por Incapacidad***

- A. Cualquier persona que en el desempeño de sus funciones, se incapacite física o mentalmente para el servicio bajo alguna de las circunstancias expuestas en la Sección 7.2, tendrá derecho a recibir una anualidad o pensión igual al tipo de retribución que hubiese estado recibiendo a la fecha de separación del servicio.



- B. Si se trata de un(a) nuevo(a) participante, tendrá derecho a recibir una anualidad o pensión igual al ochenta por ciento (80%) de la retribución que hubiese estado recibiendo a la fecha de separación del servicio.
- C. Toda solicitud por incapacidad ocupacional bajo el Artículo 7, deberá incluir los siguientes documentos:
- 1) Solicitud de Pensión, debidamente completada, firmada y fechada por el(la) solicitante;
  - 2) Solicitud de Tarjeta de Identificación, acompañada de dos (2) retratos del(de la) solicitante, tamaño 2" x 2";
  - 3) Notificación sobre Representación Legal, si alguna;
  - 4) Autorización a la Administración para obtener información, firmada por el(la) solicitante;
  - 5) Certificación de Servicios y Préstamos;
  - 6) Informe médico debidamente completado en todas sus partes. Deberá incluir el nombre del médico, especialidad, el número de licencia y la dirección física en letra de molde y deberá estar firmado y fechado por el médico;
  - 7) La Certificación de Compensabilidad para la Administración emitida por la Corporación del Fondo del Seguro del Estado (modelo CFSE 0037, Abr 2002);
  - 8) Copia oficial del Informe Obrero Patronal sometido a la CFSE;
  - 9) Copia oficial de la Investigación Administrativa del accidente;
  - 10) Copia de las Declaraciones Juradas tomadas al(la) solicitante y testigos.
- D. El(la) Coordinador(a) revisará la documentación presentada por el(la) participante, asegurándose de que está completa, indicará la fecha de recibo de la solicitud, utilizando el sello oficial del patrono y expedirá un recibo al(la) solicitante.

- E. El(la) Coordinador(a) será responsable de gestionar e incluir los siguientes documentos:
- 1) Expediente de Asuntos de Retiro;
  - 2) Anejo a la Forma 08-34;
  - 3) Hoja de Servicios con aportaciones, actualizada y trabajada por la Oficina de Nóminas del patrono;
  - 4) Certificación de Interrupciones en el Servicio;
  - 5) Declaración Individual o Certificación del Plan Acogido; no aplica a los miembros de la Policía de Puerto Rico;
  - 6) Copia certificada de la nómina especial evidenciando los ajustes en sueldos, si aplica;
  - 7) Copia de relación de costos de servicios no cotizados, copia del recibo de pago y certificación de descuentos de nómina desglosados, si aplica;
  - 8) Copia de transferencia de aportaciones, si aplica.
- F. El(la) Administrador(a) podrá modificar cualquiera de los documentos ya existentes, como también requerir cualquier otro documento nuevo de su autoría o de cualquier patrono.
- G. Las solicitudes de pensión por incapacidad serán radicadas por el(la) participante, su representante autorizado, o a petición del patrono, a través del(de la) Coordinador(a). El(la) Coordinador(a) representará, diligenciará y será responsable de gestionar toda solicitud, petición o acción sobre beneficios y servicios solicitados por el(la) participante ante la Administración.
- H. El(la) Coordinador(a) radicará la solicitud ante el(la) Administrador(a) con todos los documentos requeridos, dentro de los sesenta (60) días siguientes al recibo de la solicitud. El(la) Administrador(a) será responsable de verificar y cotejar cada solicitud y que todos los documentos requeridos estén incluidos. No se aceptarán solicitudes incompletas.
- I. Cuando la solicitud no esté completa, se devolverá al(la) Coordinador(a), quien a su vez tiene la responsabilidad de informar y solicitar los documentos requeridos al(la) participante o al patrono. Cuando la solicitud esté completa, comenzará el proceso de evaluación.

- J. Para tener derecho a una pensión por incapacidad bajo el Artículo 7, será requisito:
- 1) Que el(la) participante esté en servicio activo a la fecha en que ocurre el accidente por el cual solicita el beneficio;
  - 2) Que la incapacidad sea como resultado de una de las circunstancias mencionadas en la Sección 7.2;
  - 3) Que la incapacidad sea indemnizable de conformidad con las disposiciones de la Ley de Compensaciones de Accidentes del Trabajo; Ley 45 de 18 de abril de 1935, según enmendada;
  - 4) Que se reciba, a juicio del(de la) Administrador(a), suficiente evidencia médica sobre la incapacidad mental o física del(de la) empleado(a);
  - 5) Si del análisis de la evidencia médica presentada, no se pudiese determinar si el(la) se encuentra incapacitado(a) o no, el(la) Administrador(a) podrá requerir que se someta a exámenes adicionales con médicos seleccionados por éste(a). El(la) Administrador(a) emitirá la determinación final a base de la recomendación del Médico Asesor y los requisitos establecidos por Ley y Reglamento.
- K. Para los fines de una anualidad por incapacidad bajo el Artículo 7, se considerará incapacitado(a) a un(a) participante, cuando tal incapacidad, a juicio del(de la) Administrador(a), inhabilite al(la) empleado(a) para cumplir convenientemente los deberes de su cargo o de cualquier otro empleo que en el servicio del patrono se le asigne, con retribución por lo menos igual a la que perciba o cuando como resultado de tal incapacidad se le reasigne a un empleo con retribución menor a la que percibe, y la incapacidad esté certificada con suficiente prueba médica y conforme a los Criterios adoptados por el(la) Administrador(a).
- L. El(la) Administrador(a) podrá solicitar a la Corporación del Fondo del Seguro del Estado los informes médicos de exámenes practicados al(la) empleado(a) y cualquier otro documento relacionado con el accidente del trabajo que motive la reclamación. El(la) Administrador(a) de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado pondrá a su disposición dichos informes.
- M. Toda pensión por incapacidad aprobada, será referida para el proceso de cómputo y pago, tan pronto se reciba el informe de cambio de cesantía del patrono donde estuviere trabajando el(la) participante al momento de radicar la solicitud.

- N. De determinarse que el(la) no está incapacitado(a) o que no cumple con las circunstancias de la Sección 7.2, se le enviará una notificación por escrito mediante correo certificado, donde se establecerá las razones por las cuales no fue aprobada la pensión, así como su derecho y los términos para solicitar reconsideración ante el(la) Administrador(a) o para solicitar apelación ante la Junta.

#### ***Sección 7.4 – Exámenes Médicos Periódicos***

- A. El(la) Administrador(a) podrá requerir que todo(a) pensionado(a) que esté disfrutando de una anualidad por incapacidad, que no sea total y permanente, se someta periódicamente a un examen que practicarán uno o más médicos nombrados por éste(a), para determinar el estado de salud del(de la) participante y si su condición todavía lo(la) incapacita.
- B. Los exámenes médicos tendrán el propósito de determinar si el(la) pensionado(a) aún continúa incapacitado(a) y elegible para seguir recibiendo la anualidad por concepto de incapacidad.
- C. No será necesario el examen médico periódico cuando el(la) pensionado(a) por incapacidad cumpla los 62 años de edad.

#### ***Sección 7.5 – Reposición o Reinstalación de Pensionado(a)s***

- A. Si como resultado de los exámenes médicos periódicos, se encontrase que el(la) pensionado(a) se ha recobrado de su incapacidad, tendrá derecho a ser reinstalado(a) al puesto del cual se separó al determinarse la incapacidad.
- B. El(la) Administrador(a) ordenará al patrono mediante correo certificado, la reinstalación del(de la) pensionado(a) en el servicio.
- C. El patrono al cual se ordene la reinstalación, vendrá obligado a reinstalar al(la) pensionado(a) en el servicio dentro de un término de treinta (30) días, a partir de la orden del(de la) Administrador(a). El pago de la anualidad cesará a partir de la fecha de la reposición en el servicio del patrono.
- D. En estos casos de reinstalación, si el(la) participante comienza a devengar una retribución menor a la que recibía al momento de su retiro por incapacidad, tendrá derecho a que el Sistema le pague una pensión parcial mientras el(la) empleado(a) reciba por sus servicios una retribución menor que la que percibía a la fecha de su retiro por incapacidad.

- E. Esta pensión será igual a la diferencia entre el sueldo que devengaba a la fecha del retiro y el sueldo que comience a devengar en el puesto en que sea reinstalado(a). En ningún caso, la pensión parcial podrá exceder el monto de la pensión por incapacidad que disfrutaba.
- F. Esta pensión parcial se pagará mientras el(la) empleado(a) reciba por sus servicios una retribución menor que la que percibía a la fecha de su retiro por incapacidad.
- G. El(la) pensionado(a) no tendrá derecho a reinstalación, si éste(a) ocupaba un puesto de confianza, un puesto electivo o pertenecía a la matrícula opcional del Sistema, salvo que tuviera derecho a reinstalación a un puesto en el servicio de carrera.
- H. El(la) pensionado(a) no tendrá derecho a reinstalación, si después de la fecha de radicación de la solicitud de pensión, renunció a su puesto, fue destituido(a), expulsado(a) o separado(a) por acción disciplinaria.
- I. El(la) Administrador(a) no vendrá obligado(a) a requerir la reinstalación al patrono en los casos descritos en los incisos G y H de esta sección.

#### ***Sección 7.6 – Suspensión de Pensión***

- A. La suspensión de la pensión procederá luego de determinarse que ha cesado la incapacidad y el(la) pensionado(a) haya sido reinstalado(a).
- B. La suspensión de la pensión procederá también, cuando ocurra cualquiera de las siguientes circunstancias:
  - 1) Si el(la) pensionado(a) rehusare someterse a un examen médico. Se entenderá que el(la) pensionado(a) rehúsa someterse a examen médico si en dos (2) ocasiones consecutivas no compareciere a las citas médicas, siempre y cuando no haya ofrecido una excusa válida para la primera incomparecencia;
  - 2) Si el(la) pensionado(a) rehusare volver al servicio del patrono en un cargo que se le haya asignado;
  - 3) Si el(la) pensionado(a) rehusare aceptar el puesto en que había de ser reubicado(a) con los deberes que razonablemente pudiese cumplir;

- 4) Cuando el(la) Administrador(a) no venga obligado(a) a requerir la reinstalación de un(a) pensionado(a), según dispone la Sección 7.5 de este Reglamento.
  - 5) Cuando se descubriese que el(la) pensionado(a) ofreció información falsa o fraudulenta para ser acreedor(a) a la pensión.
- C. Cuando el(la) Administrador(a) determine que procede la suspensión de una pensión por incapacidad bajo el Artículo 7, así lo notificará por escrito, por correo certificado al(la) pensionado(a). En la notificación se advertirá al(la) pensionado(a) de su derecho a presentar una solicitud de reconsideración o una apelación ante la Junta.
- D. Se suspenderán los pagos de pensión, independientemente de que el(la) pensionado(a) haya solicitado reconsideración o haya apelado tal determinación de reinstalación y/o suspensión de pensión.
- E. Si después de concedida la anualidad o pensión, se descubriese que el(la) pensionado(a) ha hecho declaraciones falsas o falsificado o permitido falsificar información, registro o documento, con la intención de defraudar al Sistema para obtener el beneficio, el(la) Administrador(a) le requerirá al(la) participante, por correo certificado, que muestre las causas por las cuales no deba suspenderle los pagos de la pensión. Si el(la) pensionado(a) no comparece o no contesta, o habiendo contestado no rebatiere satisfactoriamente los hallazgos del(de la) Administrador(a), se procederá a suspenderle los pagos de la pensión inmediatamente.
- F. Dentro de los diez (10) días de haber tomado la determinación final de suspensión de pagos en los casos descritos en el inciso E, el(la) Administrador(a) cursará aviso oficial del asunto al Fiscal de Distrito del distrito judicial en que resida el(la) pensionado(a) para los trámites criminales correspondientes. Simultáneamente, el(la) Administrador(a) iniciará los trámites administrativos y judiciales necesarios para recobrar los pagos indebidos.
- G. En los casos de los miembros de la Guardia Nacional cubiertos por la Sección 7.2 (E), que no eran empleado(a)s del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y sus Instrumentalidades, a la fecha de la llamada de emergencia hecha por el(la) Gobernador(a) o a la fecha en que se le concedió la pensión; el(la) Administrador(a) suspenderá la pensión a los seis (6) meses de la fecha del examen médico que revele que ha cesado la incapacidad.

**ARTÍCULO 8.- PENSIÓN POR INCAPACIDAD BAJO LA LEY 12 DE 19 DE OCTUBRE DE 1954, SEGÚN ENMENDADA**

***Sección 8.1 – Aplicación y Requisitos***

- A. Las disposiciones de este Artículo, solamente aplicarán a cualquier persona que desempeñe un puesto de juez(a) en la Rama Judicial.
- B. Toda solicitud de beneficio de pensión por incapacidad deberá incluir todos los documentos requeridos por el(la) Administrador(a) y estar debidamente completada, firmada y fechada por el(la) solicitante.
- C. Los documentos requeridos por el(la) Administrador(a), son los siguientes:
  - 1) Solicitud de Pensión, debidamente completada, firmada y fechada por el(la) solicitante;
  - 2) Solicitud de Tarjeta de Identificación, acompañada de dos (2) retratos del(de la) solicitante, tamaño 2" x 2";
  - 3) Notificación sobre Representación Legal, si alguna;
  - 4) Autorización a la Administración para obtener información, firmada por el(la) solicitante;
  - 5) Certificación de Servicios y Préstamos;
  - 6) Informe médico debidamente completado en todas sus partes. Deberá incluir el nombre del médico, especialidad, el número de licencia y la dirección física en letra de molde y debe estar firmado y fechado por el médico;
  - 7) La Certificación de Compensabilidad para la Administración emitida por la Corporación del Fondo del Seguro del Estado (modelo CFSE 0037, Abr. 2002), si solicita una incapacidad ocupacional.
- D. El(la) Coordinador(a) revisará la documentación presentada por el(la) participante, asegurándose de que está completa, indicará la fecha de recibo de la solicitud utilizando el sello oficial del patrono y expedirá un recibo al(la) solicitante.

- E. El(la) Coordinador(a) será responsable de gestionar e incluir los siguientes documentos:
- 1) Expediente de Asuntos de Retiro;
  - 2) Anejo a la Forma 08-34;
  - 3) Hoja de Servicios con aportaciones, actualizada y trabajada por la Oficina de Nóminas del patrono;
  - 4) Certificación de Interrupciones en el Servicio;
  - 5) Declaración Individual o Certificación del Plan Acogido; no aplica a los miembros de la Policía de Puerto Rico;
  - 6) Copia certificada de la nómina especial evidenciando los ajustes en sueldos, si aplica;
  - 7) Copia de relación de costos de servicios no cotizados, copia del recibo de pago y certificación de descuentos de nómina desglosados, si aplica;
  - 8) Copia de transferencia de aportaciones, si aplica.
- F. El(la) Administrador(a) podrá modificar o eliminar cualquiera de los documentos ya existentes, como también requerir cualquier otro documento nuevo de su autoría o de cualquier patrono.
- G. Las solicitudes de pensión por incapacidad serán radicadas por el(la) participante, su representante autorizado, o a petición del patrono, a través del(de la) Coordinador(a). El(la) Coordinador(a) representará, diligenciará y será responsable de gestionar toda solicitud, petición o acción sobre beneficios y servicios solicitados por el(la) participante ante la Administración.
- H. El(la) Coordinador(a) radicará la solicitud ante el(la) Administrador(a) con todos los documentos requeridos, dentro de los sesenta (60) días siguientes al recibo de la solicitud. El(la) Administrador(a) será responsable de verificar y cotejar cada solicitud y que todos los documentos requeridos estén incluidos. No se aceptarán solicitudes incompletas.
- I. Cuando la solicitud no esté completa, se devolverá al(la) Coordinador(a), quien a su vez tiene la responsabilidad de informar y solicitar los documentos requeridos al(la) participante o al patrono. Cuando la solicitud esté completa, comenzará el proceso de evaluación.



- J. Para los fines de una anualidad por incapacidad se considerará incapacitado(a) a un(a) participante, cuando mediante un examen practicado por uno o más médicos al servicio del Gobierno del Estado Libre Asociado, o por no menos de dos médicos en el ejercicio legal de su profesión que designare el(la) Administrador(a), se revele que el(la) participante está incapacitado(a) o imposibilitado(a) para desempeñar convenientemente sus funciones como juez(a), conforme a los Criterios adoptados por el(la) Administrador(a).
- K. El(la) Administrador(a) emitirá la determinación final a base de la recomendación del Médico Asesor y los requisitos establecidos por Ley.
- L. Toda pensión por incapacidad aprobada y otorgada bajo el Artículo 8, será referida para el proceso de cómputo y pago, tan pronto se reciba el informe de cambio de cesantía del patrono. El pago de la anualidad por incapacidad será efectivo a partir de la fecha de separación del servicio.
- M. De determinarse que el(la) no está incapacitado(a) o que no cumple con los requisitos para ser elegible para ese tipo de pensión o con los requisitos administrativos que fije el(la) Administrador(a), se enviará una notificación mediante correo certificado, donde establecerá las razones por las cuales no le fue aprobada la pensión por incapacidad, así como su derecho y los términos para solicitar reconsideración ante el(la) Administrador(a) o para solicitar una apelación ante la Junta.
- N. En el caso en que el(la) pensionado(a) que esté recibiendo una pensión por incapacidad se dedique a ocupaciones lucrativas o a empleos remunerados y sus ingresos por ese concepto, junto con la anualidad por incapacidad, excedan el tipo de salario que recibía a la fecha de su retiro, la pensión por incapacidad se reducirá, de modo que la pensión más sus ingresos por concepto del nuevo trabajo o empleo no excedan el sueldo que devengaba a la fecha de su retiro.

### ***Sección 8.2 – Pensiones por Incapacidad Ocupacional***

- A. Todo(a) participante que como resultado de una incapacidad que se origine por causa del empleo y surja en el curso del mismo, quedare incapacitado(a) para el servicio, tendrá derecho a recibir una pensión por incapacidad ocupacional. Para tener derecho a una pensión por incapacidad ocupacional bajo este Artículo, será requisito que el participante:
  - 1) Sea participante activo(a) a la fecha en que ocurre el accidente por el cual solicita la incapacidad ocupacional;

- 2) Radique la solicitud de pensión por incapacidad conforme lo dispone la Sección 8.1;
  - 3) Se reciba prueba adecuada (suficiente evidencia médica) en cuanto a la incapacidad mental o física de uno o más médicos, según se dispone la Sección 8.1;
  - 4) Se reciba la Certificación de Compensabilidad para la Administración, (modelo CFSE-0037, Abr. 2002) que emitirá la Corporación del Fondo del Seguro del Estado, sobre el accidente por el cual solicita la incapacidad ocupacional.
- C. El(la) Administrador(a) podrá solicitar a la Corporación del Fondo del Seguro del Estado los informes médicos de exámenes practicados al(la) empleado(a) y cualquier otro documento relacionado con el accidente del trabajo que motive la reclamación. El(la) Administrador(a) de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado pondrá a su disposición dichos informes.
- D. El importe de la pensión será igual al cincuenta por ciento (50%) del tipo de retribución que devengaba el(la) participante al ocurrir la mencionada inhabilidad.

### ***Sección 8.3 – Pensiones por Incapacidad no Ocupacional***

- A. Todo(a) participante que se incapacitare total y permanentemente para el servicio mientras desempeñe un puesto como juez(a), y que por razón de ese estado estuviere incapacitado(a) para desempeñar convenientemente sus funciones como juez(a), tendrá derecho a una pensión por incapacidad no ocupacional.
- B. A los fines de determinar si el(la) participante está total y permanentemente incapacitado(a), será necesario que éste(a):
- 1) Se encuentre en servicio activo a la fecha de radicación de la solicitud;
  - 2) Tenga por lo menos diez (10) años de servicios acreditables y que antes de cumplir la edad de sesenta (60) años, se incapacitare total y permanentemente para el servicio;

- 3) Se someta a un examen médico practicado por uno o más médicos al servicio del Gobierno, o por no menos de dos médicos en el ejercicio legal de su profesión que designare el(la) Administrador(a) y que del resultado de este examen se desprenda, según certificación médica, sustentada con suficiente evidencia médica que el(la) participante está total y permanentemente incapacitado(a) para el servicio;
  - 4) Cumpla con la Sección 8.1 de este Reglamento.
- C. El importe de la anualidad será igual al treinta por ciento (30%) de la retribución promedio de los primeros diez (10) años de servicios acreditables, más el uno por ciento (1%) de la retribución promedio por cada año de servicios acreditables en exceso de diez (10) años; la anualidad no excederá en ningún caso del cincuenta por ciento (50%) de la retribución promedio.
  - D. En cualquier caso en que se descubriere que la incapacidad del(de la) pensionado(a) persiste por razones de intemperancia, mala conducta o hábitos viciosos, el(la) Administrador(a) tendrá autoridad para suspender el pago de la anualidad por incapacidad. En tal caso, se reembolsará al(la) pensionado(a) el exceso, si lo hubiere, representado por la diferencia entre las aportaciones acumuladas hasta la fecha de retiro y la suma total pagada por concepto de la anualidad por incapacidad.
  - E. Cuando el(la) Administrador(a) determine que procede la suspensión de una pensión por incapacidad bajo el Artículo 8, así lo notificará por escrito, por correo certificado al(la) pensionado(a). En la notificación se advertirá al(la) pensionado(a) de su derecho a presentar una solicitud de reconsideración o una apelación ante la Junta.
  - F. Se suspenderán los pagos de pensión, independientemente de que el(la) pensionado(a) haya solicitado reconsideración o haya apelado tal determinación de reinstalación y/o suspensión de pensión.

## **ARTÍCULO 9.- DISPOSICIONES GENERALES**

### ***Sección 9.1 – Coordinación de las Pensiones por Incapacidad***

- A. A Todo(a) participante acogido al Plan Coordinado se le coordinará la pensión cuando cumpla la edad de sesenta y cinco (65) años, adquiera la condición de plenamente asegurado(a) bajo la Ley de Seguridad Social Federal y sea elegible para los beneficios primarios de dicha ley.

B. Si el(la) participante estuviese pensionado(a) por años de servicio o por incapacidad, se le coordinará su pensión utilizando la suma de los siguientes productos, cuando fuese así necesario:

- 1) El uno por ciento (1%) de la retribución promedio hasta seis mil seiscientos dólares (\$6,600.00) multiplicado por cada año de servicio que tenga acreditado hasta un máximo de veinte (20) años;
- 2) El uno y medio por ciento (1 ½%) de la retribución promedio hasta seis mil seiscientos dólares (\$6,600.00) multiplicado por cada año de servicio que tenga acreditado, en exceso de veinte (20) años;
- 3) El uno y medio por ciento (1 ½%) de la retribución promedio en exceso de seis mil seiscientos dólares (\$6,600.00) multiplicado por cada año de servicio que tenga acreditado, hasta un máximo de veinte (20) años;
- 4) El dos por ciento (2%) de la retribución promedio en exceso de seis mil seiscientos dólares (\$6,600.00) multiplicado por cada año de servicio que tenga acreditado, en exceso de veinte (20) años.

C. Tan pronto un(a) pensionado(a) por incapacidad ocupacional cumpla los sesenticinco (65) años de edad, le proveerá a la Administración evidencia de la cantidad que recibe en beneficios del Seguro Social Federal.

D. En ningún caso, los pagos combinados del Seguro Social y del Sistema, por concepto de pensión, serán menores que la pensión que le hubiere correspondido al(la) pensionado(a) conforme a la Ley.

E. El cómputo para la coordinación de pensiones no tendrá efecto sobre lo siguiente:

- 1) Los aumentos que el(la) pensionado(a) hubiere recibido por concepto de Ley;
- 2) Las pensiones concedidas antes del 1 de julio de 1968;
- 3) Las pensiones diferidas de participantes que se separaron del servicio antes del 1 de julio de 1968;
- 4) Las anualidades por traspaso cuya opción haya sido ejercida antes del 1 de julio de 1968;
- 5) Las pensiones mínimas establecidas por Ley.

- F. En ningún caso se coordinarán las pensiones de los miembros del Cuerpo de la Policía, de lo(a)s Alcaldes(as), de lo(a)s empleado(a)s del Servicio de Extensión Agrícola de la Universidad de Puerto Rico, los miembros de la Rama Judicial y de lo(a)s participantes que ingresen por primera vez al Sistema después del 1 de abril de 1990.

### ***Sección 9.2 – Derecho Personalísimo***

- A. Las pensiones por incapacidad son un derecho personal del(de la) pensionado(a) y el traspaso o transferencia de dicho beneficio, o de parte del mismo, será nulo.

### ***Sección 9.3 – Reconsideraciones***

- A. Todo(a) participante, pensionado(a) o beneficiario(a) que no esté conforme con una decisión del(de la) Administrador(a), podrá presentar un escrito de reconsideración ante el(la) Administrador(a) o apelación ante la Junta.
- B. El escrito de reconsideración deberá ser presentado dentro de los quince (15) días desde la fecha de la notificación de la decisión del(de la) Administrador(a).
- C. La solicitud de reconsideración deberá incluir la siguiente información:
- 1) Nombre completo
  - 2) Número de Seguro Social
  - 3) Dirección postal actualizada
  - 4) Número telefónico
  - 5) Patrono
  - 6) Fundamentos en que basa la solicitud
- D. El(la) Administrador(a) considerará la solicitud dentro de los veinte (20) días de haberse presentado el escrito.
- E. Las decisiones del(de la) Administrador(a), relacionadas a solicitudes de reconsideración, se notificarán mediante correo certificado y deberán advertir sobre el derecho a apelar ante la Junta, dentro del término de treinta (30) días.

#### ***Sección 9.4 - Investigaciones***

- A. En el ejercicio de sus facultades para implantar las leyes o cuya administración le ha sido encomendada, el(la) Administrador(a) podrá utilizar los medios que estime convenientes y necesarios para llevar a cabo cualquier tipo de investigación.

#### ***Sección 9.5 – Deberes y Facultades del(de la) Coordinador(a)***

- A. El(la) Coordinador(a), tendrá los siguientes deberes y facultades:
- 1) Será el(la) único(a) gestor(a) y delegado(a) responsable de la coordinación de las actividades sobre asuntos de retiro ante su patrono.
  - 2) Representará, diligenciará y será responsable de gestionar toda solicitud, petición o acción sobre beneficios y servicios solicitados por lo(a)s participantes en el Sistema de Retiro.
  - 3) Será el(la) único(a) custodio y responsable de recopilar y mantener al día el expediente de cada funcionario(a) o empleado(a) acogido(a) al Sistema de Retiro de su patrono. El expediente será de naturaleza confidencial. Lo podrá ver el(la) empleado(a) o cualquier funcionario(a) con capacidad legal para ello ante el(la) Coordinador(a) y supervisado por éste(a).
  - 4) Cualquier otro deber o facultad que disponga la Ley.

#### ***Sección 9.6 – Expedientes de Asuntos de Retiro***

- A. El expediente de Asuntos de Retiro, constará de los documentos siguientes:
- 1) El Acta de Nacimiento del(de la) participante. Este documento deberá estar en original del Acta Certificada de Nacimiento o en Acta de Bautismo acompañada de una certificación negativa del Registro Demográfico. En ausencia de Acta de Nacimiento o Acta de Bautismo, se aceptará un certificado de la Comisión Estatal de Elecciones donde conste la edad del(de la) participante a la fecha de su inscripción como elector(a). Cuando el nombre del(de la) participante según aparece en el Acta de Nacimiento, en el Acta de Bautismo o en la Certificación de la Comisión Estatal de Elecciones, no coincida con el nombre que figura en el nombramiento del(de la) participante, éste(a) deberá someter una declaración jurada acreditativa de que es una y la misma persona;

- 2) La Notificación de Nombramiento y Juramento o el formulario que se utilice en el patrono para informar los nombramientos, sean de carrera o de confianza;
  - 3) Declaración individual; no aplica a lo(a)s Policías de Puerto Rico;
  - 4) Informe de cambio de licencia sin sueldo;
  - 5) Informes de cambio de reinstalación;
  - 6) Informes de cambio de renuncia o cese;
  - 7) Hoja de Servicio;
  - 8) Certificado de interrupciones en el servicio;
  - 9) Evidencia de cualquier beneficio o derecho, concedido o denegado por el Sistema de Retiro;
  - 10) Cualquier otro documento que en el futuro se estableciere.
- B. De todo expediente del(de la) empleado(a), permanecerá una copia en la Oficina del(de la) Coordinador(a) del patrono. Además, una bitácora de los documentos incluidos y de la acción tomada sobre los mismos, ya sea colectiva, de forma parcial o individual.

### ***Sección 9.7 – Complementación e Interpretación***

Este Reglamento será complementado e interpretado de conformidad con lo dispuesto en la Ley 447 de 15 de mayo de 1951, según enmendada, en la Ley 170 de 12 de agosto de 1988, según enmendada, y en cualquier otra ley cuya administración o implementación haya sido encomendada a la Administración, o que de cualquier modo conceda beneficios, establezca derechos, provea remedios o establezca una relación u obligación o genere una controversia entre cualquier participante, pensionado(a) o beneficiario(a) del Sistema y el(la) Administrador(a) o la Junta. Asimismo, se complementará e interpretará con lo establecido por la Junta en sus Resoluciones y los Reglamentos que adopte en cumplimiento a los mandatos de la Ley y la jurisprudencia aplicable.

### ***Sección 9.8 – Cláusula de Salvedad***

La declaración de inconstitucionalidad o nulidad de cualquiera de estos Artículos o parte de ellos, no afectará la validez de los Artículos restantes.

### **Sección 9.9 - Enmiendas**

Toda enmienda o cambio a este Reglamento, deberá efectuarse conforme a lo establecido en la Sección 2.1 de la Ley 170 de 12 de agosto de 1988, según enmendada.

### **Sección 9.10 – Cláusula de Derogación**

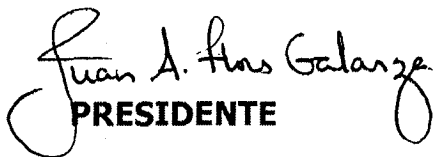
Se derogan expresamente las Reglas del Reglamento General para la Concesión de Pensiones, Beneficios y Derechos (4930), aprobado el 22 de abril de 1993, que se especifican a continuación: REGLA.-5: incisos: 9, 11, 21 y 23; REGLAS: 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 48 inciso ñ y 49.

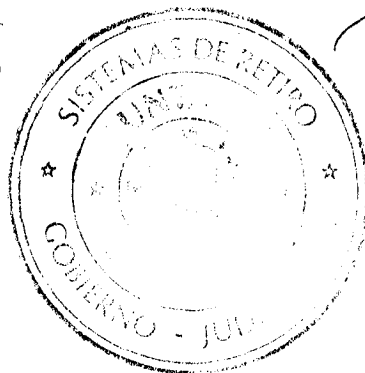
La concesión de pensiones por incapacidad se registrará según lo dispuesto en este Reglamento; y los que se aprueben de conformidad con la Ley 170 de 12 de agosto de 1988, según enmendada.

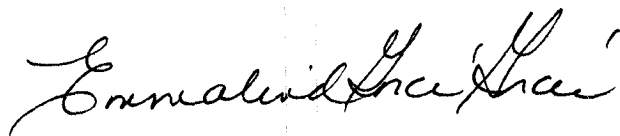
### **ARTÍCULO 10.- VIGENCIA**

Este Reglamento comenzará a regir luego de su radicación y promulgación en el Departamento de Estado, de conformidad con la Ley 170 de 12 de agosto de 1988, según enmendada.

**ADOPTADO Y APROBADO** por la Junta de Síndicos de los Sistemas de Retiro de los Empleados del Gobierno y la Judicatura, en reunión celebrada en San Juan, Puerto Rico, el día 5 de noviembre de 2003.

  
**PRESIDENTE**



  
**SECRETARIO**





***Estado Libre Asociado de Puerto Rico***  
**Administración de los Sistemas de Retiro**  
**de los Empleados del Gobierno y la Judicatura**

**MANUAL PARA LA EVALUACIÓN DE  
INCAPACIDAD**



*Apéndice del Reglamento para la Concesión  
de Pensiones por Incapacidad a lo(a)s  
Participantes de los Sistemas de Retiro de  
los Empleados del Gobierno y la Judicatura*

## **APLICABILIDAD Y PROPÓSITO**

La Administración de los Sistemas de Retiro de los Empleados del Gobierno y la Judicatura, con el propósito de establecer las normas para adjudicar las reclamaciones del beneficio de incapacidad a sus participantes, utilizará los criterios establecidos en este Manual, el cual se conocerá como: *MANUAL PARA LA EVALUACIÓN DE INCAPACIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS SISTEMAS DE RETIRO.*

Este Manual contiene los códigos médicos con el grado de severidad y hallazgos médicos requeridos para determinar si existen las condiciones físicas y/o mentales que, por su naturaleza, resultan incapacitantes. Este Manual provee, además, las normas aplicadas durante el proceso de evaluación de determinación de incapacidad.

## ***TABLA DE CONTENIDO***

PÁGINA

|            |                                                                              |          |
|------------|------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>I.</b>  | <b>INFORMACIÓN GENERAL .....</b>                                             | <b>1</b> |
|            | Definición de Incapacidad para la Administración de los Sistemas de Retiro.. | 1        |
|            | Definición de Incapacidad Médicamente Determinable.....                      | 1        |
|            | Evidencia Médica Aceptable.....                                              | 1        |
|            | Proceso de Evaluación .....                                                  | 1-3      |
| <b>II.</b> | <b>CÓDIGOS MÉDICOS.....</b>                                                  | <b>3</b> |
|            | Sistema Musculoesqueletal.....                                               | 4-10     |
|            | Sentidos Especiales y Habla .....                                            | 10-15    |
|            | Sistema Respiratorio.....                                                    | 15-26    |
|            | Sistema Cardiovascular .....                                                 | 26-43    |
|            | Sistema Gastrointestinal.....                                                | 44-50    |
|            | Sistema Genitourinario.....                                                  | 50-52    |
|            | Sistema Hemático y Linfático.....                                            | 52-55    |
|            | Piel .....                                                                   | 55-56    |
|            | Sistema Endocrino y Obesidad.....                                            | 56-60    |
|            | Sistema Neurológico .....                                                    | 60-66    |
|            | Trastornos Mentales .....                                                    | 67-89    |
|            | Enfermedades Neoplásicas.....                                                | 90-98    |
|            | Sistema Inmunológico .....                                                   | 98-115   |

## I. INFORMACIÓN GENERAL

### A. Definición de Incapacidad para la Administración de los Sistemas de Retiro:

Se considerará incapacitado a un participante, cuando la incapacidad esté sustentada con suficiente prueba médica, conforme a los criterios aquí establecidos, que revele que el participante está imposibilitado para cumplir los deberes de cualquier cargo que en el servicio del patrono se le hubiere asignado. Dicha imposibilidad deberá durar un período no menor de doce (12) meses.

Se considerará una incapacidad como total y permanente, cuando las condiciones que lo incapacitan sean de tal naturaleza, que no se espere recuperación alguna.

### B. Definición de Incapacidad médicamente determinable:

Una incapacidad médicamente determinable es aquella que resulta de alteraciones anatómicas, fisiológicas o psicológicas que puedan ser demostradas por la clínica, estudios y pruebas de laboratorio médicamente aceptables. La evidencia médica debe incluir signos, síntomas y hallazgos de estudios y laboratorios que permitan al Médico Asesor analizar y establecer, de forma fiel y objetiva, el grado de limitación correspondiente.

El diagnóstico, las alegaciones y quejas de síntomas del reclamante, no se consideran como incapacitantes por sí solas.

### C. Evidencia médica aceptable:

Se considera evidencia médica aceptable, toda aquella presentada por las fuentes de tratamiento del reclamante, ya sea copia de expedientes médicos, de hospitalizaciones o cuestionarios provistos por la Administración, además de todo estudio, resultado de laboratorio o examen mental concerniente a los diagnósticos, alegaciones y quejas del reclamante.

**Las opiniones o decisiones de incapacidad emitidas por otras fuentes, no obligan a la Administración a otorgar una incapacidad.**

### D. Proceso de evaluación:

1. Se evaluará la evidencia, según los criterios establecidos en los Códigos Médicos, si:
  - a. Llena los requisitos de los mismos; o

b. si iguala los requisitos. Se entiende por igualar, si:

1. la condición médica tiene el mismo nivel de severidad que se establece en el código, pero se llegó a la misma por pruebas o exámenes médicos equivalentes y no necesariamente a través de los requisitos específicos que exige el mismo; o
2. si una condición médica no está contemplada en ninguno de los códigos, pero la severidad es similar o comparable a uno ya establecido; o
3. que un impedimento contemplado en un código no esté presente y pueda ser sustituido por otro equivalente y de igual severidad; o

c. por combinación de impedimentos;

1. Cuando las condiciones médicas documentadas, por sí solas, no llenan ni igualan un código en particular, pero al considerarse en conjunto alcanzan un grado de severidad incapacitante.

La combinación será por el conjunto de las condiciones físicas, por el conjunto de las condiciones mentales o por combinación de ambas.

2. Si cumple con los requisitos administrativos de la Ley 447 de 15 de mayo de 1951, según enmendada:

- a. Se considerará la posibilidad de combinación del Fondo del Seguro del Estado. Sino cualifica, entonces,
- b. Se considerará la posibilidad de combinación de condiciones no relacionadas.
- c. En el caso de que la combinación de condiciones relacionadas por la Corporación del Fondo del Seguro del Estado y las no relacionadas, resulten incapacitantes, se adjudicará como Incapacidad no Ocupacional.

2. Si se determina que el participante está incapacitado, se otorgará el beneficio como total o permanente, si no se espera recuperación médica alguna. De no ser así, se otorgará el beneficio con exámenes médicos periódicos.

## II. CÓDIGOS MÉDICOS

La evaluación médica se basará en trece (13) códigos, descritos a continuación. Cada uno incluye una introducción general que contiene la definición de los conceptos claves que se usan en los mismos. También, se incluye en esta introducción, determinados hallazgos médicos específicos; algunos de los cuales son necesarios para establecer un diagnóstico o confirmar la presencia de una condición incapacitante. Si los hallazgos necesarios para sustentar una condición médica, no se encuentran en la introducción, o en cualquier otra parte del código, aún así, ésta tiene que establecerse mediante pruebas diagnósticas clínicas de estudios y laboratorios médicamente aceptables.

Seguido a la introducción, cada código contendrá el grado de severidad y hallazgos médicos requeridos para llenar el mismo. De no llenar la severidad requerida por el código, se podrá considerar la incapacidad por el concepto de igualar o el de combinación de impedimentos, según se establece en la sección de normas y procedimientos de este Manual.

Los códigos están divididos en la siguiente forma:

- 1.0 Sistema Musculoesquelético
- 2.0 Sentidos Especiales y Habla
- 3.0 Sistema Respiratorio
- 4.0 Sistema Cardiovascular
- 5.0 Sistema Gastrointestinal
- 6.0 Sistema Genitourinario
- 7.0 Sistema Hemático y Linfático
- 8.0 Piel
- 9.0 Sistema Endocrino y Obesidad
- 10.0 Sistema Neurológico
- 11.0 Trastornos Mentales
- 12.0 Enfermedades Neoplásicas
- 13.0 Sistema Inmunológico

## I. SISTEMA MUSCULOESQUELETAL

- A. La pérdida de función podría deberse a una amputación o deformidad. El dolor también podría constituir un importante factor causante de pérdida funcional, pero el mismo tiene que estar asociado con signos y/o pruebas de laboratorio anormales pertinentes a la condición médica. La evaluación de cualquier impedimento musculoesquelético debe estar sustentada, donde aplique, por una descripción detallada de las articulaciones, incluyendo el arco de movimiento, la condición de la musculatura, cambios sensoriales o de reflejos, deficiencia circulatoria y cualquier anomalía en los estudios radiográficos.
- B. **Desórdenes de la Columna Vertebral**, asociados a trastornos vertebrogénicos, como se contempla en el 1.05C, pueden ocasionar un impedimento debido a una distorsión de la estructura anatómica de huesos y ligamentos de la columna o debido a la presencia de una herniación del núcleo pulposo o al abultamiento del anillo discal sobre una raíz nerviosa. Los impedimentos producidos por estas anomalías generalmente mejoran con el tiempo o responden a tratamiento. Los hallazgos físicos anormales de la condición tienen que estar presentes en repetidos exámenes médicos, donde se presume que la severidad de la misma va a durar un periodo no menor de 12 meses. Esto también puede ocurrir en aquellos casos en donde el tratamiento quirúrgico previo no fue exitoso.

La evaluación del impedimento causado por un desorden de columna requiere que el diagnóstico clínico de la entidad haya sido establecido en base a un historial completo adecuado y exámenes físicos y radiológicos. Los hallazgos específicos enunciados en el 1.05C representan el grado de severidad requerido para ese impedimento. Los hallazgos por si solos no representan la base para establecer un diagnóstico clínico. Aunque los hallazgos de un examen neurológico son necesarios, no se tomarán como base para evaluar la magnitud de un impedimento neurológico. Las incapacidades neurológicas tenemos que evaluarlas bajo los Códigos Médicos 10.00 al 10.19.

El historial tiene que incluir una descripción detallada de la condición, localización y radiación del dolor; los factores mecánicos que exacerban y alivian el dolor, tratamiento prescrito incluyendo tipo, dosis y frecuencia de analgésicos, y actividades del diario vivir. Debemos estar muy atentos para asegurarnos que los hallazgos médicos reportados son consistentes con las actividades diarias del reclamante.

Los hallazgos médicos en los exámenes ortopédicos y neurológicos deben incluir, en forma detallada, una descripción de la postura y forma de caminar, la presencia de espasmos musculares y la medida cuantitativa de los arcos de movimiento y los reflejos tendinosos profundos. Deben incluir también una

descripción de los desplazamientos llevados a cabo por el reclamante (Ej: cómo sube y baja de la mesa de examen, habilidad para caminar en punta y talón de los pies, acucillarse e incorporarse). Esto puede ser indicativo de la fuerza motora.

Debe cuantificarse el grado de atrofia muscular existente con medidas en pulgadas o centímetros de las regiones (Ej: circunferencia de ambos muslos, piernas o extremidades superiores) y señalando el punto específico sobre el que se toma la medida (Ej.: sobre la rodilla, el codo, etc.). Se considerará severa la pérdida de masa muscular de dos pulgadas o más. En el caso de las manos bastará una descripción específica de la atrofia (tenar, hipotenar o interósea) pero tiene que indicar la medida de la fuerza de agarre y los arcos de movimiento.

Una atrofia muscular significativa no será limitante por si sola (Ej: residual de poliomielitis) si no está acompañada de una pérdida en la fuerza muscular significativa.

La fuerza muscular se cuantificará de la siguiente manera:

- 5 – Normal: Puede completar un arco de movimiento y vencer completamente, tanto, la gravedad como una resistencia externa.
- 4 – Buena: Puede completar un arco de movimiento en contra de la gravedad y vencer una resistencia parcialmente.
- 3 – Regular: Puede completar un arco de movimiento en contra de la gravedad pero no vencer una resistencia.
- 2 – Pobre: El movimiento es en el mismo plano sin vencer ni la gravedad ni una resistencia.
- 1 – Traza: La contracción muscular solo se demuestra con estímulo eléctrico.

Se considerará como pérdida significativa una fuerza muscular de 3/5 o menos.

Los hallazgos del examen físico tienen que estar determinados en base a observaciones objetivas durante el examen y no simplemente a las alegaciones del reclamante. Deben utilizarse pruebas alternas para verificar la objetividad de cualquier hallazgo anormal (Ej.: Straight leg raising, Phalen, Tinnel, etc.). Dado que los hallazgos anormales pueden ser intermitentes, su presencia debe estar establecida, durante un periodo de tiempo considerable, en el expediente del



médico de tratamiento. Las anomalías neurológicas pueden no sanar completamente con el tratamiento medicamentoso, quirúrgico o con el paso del tiempo, pero las anomalías neurológicas residuales que persistan después de haberse curado la condición que las ocasionó no necesariamente llenarán la severidad del Código. Cuando se hayan llevado a cabo procesos quirúrgicos, la documentación debe incluir copia del informe operatorio y patológico.

Los procedimientos electrodiagnósticos y melografías pueden ser de utilidad para establecer el diagnóstico clínico, pero no constituyen alternativa a los requisitos del 1.05C.

- C. Después de haber obtenido el beneficio máximo de un tratamiento quirúrgico en situaciones que envuelvan fractura de una extremidad superior (1.12) o de lesiones al tejido blando (1.13) y no se haya obtenido cambios significativos en los hallazgos físicos o radiológicos en un periodo de seis meses luego del último proceso quirúrgico, la evaluación debe ser hecha en base a residuales demostrables de función de la extremidad
- D. El término **articulaciones mayores** se refiere a: cadera, rodilla, tobillo, hombro, codo o mano y muñeca (mano y muñeca se consideran en conjunto como una sola articulación mayor).
- E. Las medidas usadas en este código para los arcos de movimiento de las articulaciones son tomadas de las técnicas descritas en las publicaciones correspondientes de la Sociedad Americana de Cirujanos Ortopédicos y de la Asociación Médica Americana.

#### 1.01 Códigos de Impedimentos, Sistema Musculoesquelético

#### 1.02 Artritis Reumatoidea activa y otras artritis inflamatorias

Con ambas A y B:

- A. Historial de dolor persistente en las articulaciones, inflamación y sensibilidad de dolor al tacto en múltiples articulaciones mayores (ver 1.00D) y con signos de inflamación en la articulación (hinchazón y dolor al tacto) en el examen físico actual a pesar del tratamiento ordenado por un periodo no menor de tres (3) meses consecutivos, que resulte en limitación significativa funcional de las articulaciones afectadas y donde la actividad clínica se espera que dure por lo menos 12 meses consecutivos; y

B. Corroboración del diagnóstico en algún momento por una de las siguientes:

1. Prueba de serología positiva para factor reumatoide.
2. Prueba de anticuerpo antinuclear (ANA test).
3. Elevación de la velocidad de sedimentación.
4. Biopsia que demuestre cambios histológicos, característicos de la condición, en membrana sinovial o en nódulos subcutáneos (Esta prueba no será costeada por la ASR).

1.03 Artritis de las articulaciones mayores que sostienen peso (por cualquier causa):

Con historial de dolor y rigidez persistente en la articulación, signos de marcada limitación en los arcos de movimiento o de movimiento anormal de la articulación afectada en el examen físico al presente; con:

- A. Deformidad anatómica de rodillas o cadera (Ej.: subluxación, contractura, anquilosis ósea o fibrosa, inestabilidad) con estrechamiento significativo del espacio articular o destrucción ósea sustentado por radiografía y marcada limitación para pararse y caminar; o
- B. Cirugía reconstructiva o artrodesis quirúrgica de una articulación mayor de sostén, donde no ocurre o no se espera que ocurra recuperación de la habilidad para sostener el peso completo del cuerpo en un término de doce (12) meses luego de la última cirugía.

1.04 Artritis de una articulación mayor en cada una de las extremidades superiores (debido a cualquier causa):

Con historial de dolor y rigidez persistente, signos de marcada limitación en los arcos de movimiento de la articulación afectada en el examen físico al presente, y evidencia de estrechamiento significativo del espacio articular o destrucción ósea, corroboradas por radiografía. Con:

- A. Abducción y flexión delantera (elevación) de ambos brazos en los hombros, incluyendo movimiento escapular, limitados a menos de 90 grados; o
- B. Con deformidad anatómica (Ej. subluxación, deformidad, anquilosis ósea o fibrosa, inestabilidad o desviación ulnar) y agrandamiento y/o efusión de la articulación afectada.

### 1.05 Desórdenes de la Espina Vertebral:

- A. Artritis manifestada por anquilosis o fijación de la columna cervical o dorsolumbar a 30 grados o más de flexión, medida desde una posición-neutral, con evidencia en radiografía de:
  - 1. Calcificación de los ligamentos anteriores y laterales; o
  - 2. Anquilosis bilateral de las articulaciones sacroiliacas con articulaciones apofisiarias anormales; o
- B. Osteoporosis generalizada (demostrada por estudios pertinentes) manifestada por dolor, limitación del arco de movimiento de la espalda y espasmo de los músculos paravertebrales, con evidencia de una de las siguientes:
  - 1. Fractura por compresión del cuerpo vertebral con pérdida de un 30% del alto estimado antes de la fractura y donde no haya intervenido un episodio traumático directo, o
  - 2. Fractura(s) espontánea(s), no traumática, de las vértebras.
- C. Otros desórdenes vertebrogénicos (Ej. herniación del núcleo pulposo, estenosis espinal) con persistencia de los siguientes por lo menos durante tres meses, a pesar de estar bajo tratamiento, y que se espera duren por lo menos doce (12) meses consecutivos. Con ambos 1 y 2:
  - 1. Dolor, espasmo muscular y limitación significativa del arco de movimiento de la columna; y
  - 2. Pérdida motora, de fuerza muscular, sensorial y de reflejos significativas.

### 1.08 Osteomielitis o artritis séptica (establecida por radiografías):

- A. Localizada en la pelvis, vértebra, fémur, tibia o en una articulación mayor de las extremidades superiores o inferiores, con actividad persistente o ocurrencia de por lo menos dos episodios de actividad aguda en un periodo de cinco meses antes de la evaluación del caso, manifestada por inflamación local, y signos sistémicos y hallazgos de laboratorio (Ej. calor, enrojecimiento, inflamación, leucocitosis, o aumento en la velocidad de sedimentación) y que se espere dure por lo menos doce (12) meses consecutivos a pesar del tratamiento ordenado; o

B. Múltiples focos y manifestaciones sistémicas como se describe en el 1.08A.

1.09 Amputación o deformación anatómica (Ej. pérdida de la función principal debido a cambios degenerativos asociados a deficiencias vasculares y/o neurológicas, pérdida de la masa muscular o tendones por trauma y evidencia radiológica de anquilosis en el hueso en un ángulo desfavorable, subluxación de la articulación o inestabilidad):

A. Ambas manos; o

B. Ambos pies; o

C. Una mano y un pie

1.10 Amputación de una extremidad inferior (en o sobre la región tarsal):

A. Hemipelvectomía o desarticulación de la cadera; o

B. Amputación en o por arriba de la región tarsal debido a enfermedad vascular periférica o diabetes mellitus; o

C. Incapacidad para usar prótesis efectivamente, sin que sea necesario el uso de un mecanismo auxiliar para caminar, debido a uno de los siguientes:

1. Enfermedad vascular; o

2. Complicaciones neurológicas (Ej. pérdida del sentido de posición); o

3. Muñón demasiado corto o complicaciones persistentes del mismo por un periodo no menor de doce (12) meses consecutivos a partir de la fecha en que se establece la condición; o

4. Desorden o trastorno de la extremidad contralateral inferior que limite marcadamente la habilidad para caminar y estar de pie.

1.11 Fractura del fémur, tibia, hueso tarsal o pelvis donde no haya evidencia de consolidación en la radiografía y no esté clínicamente sólida, cuando dicha determinación sea factible, y donde el soporte del peso no ha ocurrido o no se espera que ocurra dentro de los doce (12) meses de ocurrir la misma.

- 1.12 Fractura de una extremidad superior no consolidada de la diáfisis del humero, radio o una que está bajo continuo tratamiento quirúrgico dirigido a restablecer su función y la misma no se ha restablecido o no se espera se restablezca dentro de los doce (12) meses de ocurrir la lesión.
- 1.13 Lesión o daño al tejido blando de una extremidad inferior o superior que requiera procedimientos quirúrgicos continuos dentro de un periodo de doce (12) meses de ocurrir la lesión para salvar y/o restablecer la función principal de la extremidad y la cual no se ha logrado o no se espera se logre dentro de los doce (12) meses de ocurrir dicha lesión.

## 2.00 SENTIDOS ESPECIALES Y EL HABLA

### A. Oftalmología

1. Las causas de impedimentos son enfermedades o lesiones de los ojos que pueden producir pérdida de la visión central o periférica.

La pérdida de la visión central resulta en la inhabilidad para distinguir detalles e impide leer y realizar trabajos finos. La pérdida de visión periférica limita la habilidad del individuo a moverse libremente. La extensión del impedimento de la visión debe ser determinado por pruebas visuales.

2. **Agudeza visual central.** Una pérdida de agudeza visual central puede ser causada por un trastorno de la visión distante y/o cercana. Sin embargo, para que un individuo llene el nivel de severidad en los códigos descritos en 2.02 y 2.04, solo se deberá usar la medida para la agudeza visual central residual a distancia corregida en el mejor ojo usando la prueba de Snellen.

La corrección obtenida por ayudas visuales especiales (e.g.) lentes de contacto) podrá ser considerada si el individuo tiene la habilidad para usarlas.

3. **Campos visuales.** El impedimento de la visión periférica podría resultar si hay reducción de los campos visuales. La contracción puede ser simétrica o irregular.

La extensión del campo visual periférico residual será determinado por métodos perimétricos médicamente aceptables (Ej: Goldmann, Humphrey, etc.). Las medidas obtenidas deben venir acompañadas por las anotaciones y las gráficas visuales realizadas.

4. **Función muscular.** Parálisis del tercer nervio craneal, produciendo ptosis, parálisis de acomodación, y la dilatación e inmovilidad de la pupila, pueden causar un impedimento visual significativo.

Cuando todos los músculos del ojo están paralizados incluyendo el iris y el cuerpo ciliar (oftalmoplejía total) la condición es considerada un impedimento severo proveyendo que sea bilateral. Un hallazgo de impedimento severo basado principalmente en trastorno de la función muscular deberá ser sostenida por un informe actualizado de la medida de la movilidad ocular.

5. **Eficiencia visual.** La pérdida de eficiencia visual puede ser causada por enfermedad o lesión, resultando en una reducción de la agudeza visual central o de los campos visuales.

La eficiencia visual de un ojo es el producto del porcentaje de la eficiencia de la visión central y el porcentaje de la eficiencia del campo visual (vea Tabla 1 y 2 que siguen al 2.09).

6. **Situaciones especiales:** Afaquia representa un impedimento visual en adición a la pérdida de la agudeza visual central.

El término afaquia monocular será aplicado a un individuo al que se le ha removido el lente ocular en el mejor ojo y que retiene el lente en el peor ojo, o a un individuo que solo tiene un ojo, el cual es afáquico. El término afaquia binocular será aplicado a un individuo al que se le han removido ambos lentes oculares. En casos de afaquia binocular, la eficiencia central del mejor ojo será aceptada como el 75% de su valor. En casos de afaquia monocular, en donde el mejor ojo sea afáquico, la eficiencia visual central será aceptada como el 50% del valor (si un individuo tiene afáquia binocular y la agudeza visual central en el peor ojo solo podrá ser corregida a 20/200 o menos, la eficiencia de la visión en el mejor ojo será aceptada como el 50% de su valor). Síntomas oculares de enfermedades sistémicas, podrán o no producir trastornos visuales. Estas manifestaciones deberán ser evaluadas como parte de la entidad de la enfermedad subyacente con referencia particular al sistema del cuerpo envuelto.

7. Se considerará ciego legal una agudeza visual corregida de 20/200 en el mejor ojo.

## B. Otorrinolaringología

1. **Impedimentos auditivos.** La capacidad auditiva debe evaluarse en término de la habilidad para oír y discernir lo que se le habla.

La pérdida de audición puede ser determinada cuantitativamente por una audiometría que llene los requisitos de la "American National Standards Institute (ANSI)" para estímulo conductivo de aire y de hueso y que se lleve a cabo en un ambiente en donde también cumpla con los niveles de la "ANSI" para el máximo de sonido de fondo permitido ("ANSI" S 3.1-1977).

El discernimiento del habla debe ser determinado usando una medida uniforme de la capacidad para poder diferenciar la misma en un ambiente de silencio durante la presentación de una prueba que nos asegure al máximo de sus habilidades. La prueba usada y el nivel en el que fue hecha debe ser parte del informe médico.

Las pruebas de audición deben ser precedidas por un examen otorrinolaringológico y un audiólogo certificado y/o licenciado debe realizar dicho examen.

En orden de establecer un juicio médico independiente del grado de severidad en aquellos reclamantes alegando sordera, los siguientes exámenes deben ser parte de la evidencia médica: examen otorrinolaringológico, audiometría de los tonos puros por conducción ósea y aérea, tonos puros, umbral de recepción del habla y prueba de discriminación del mismo. Una copia del examen médico y de la evaluación audiológica tienen que ser parte de la evidencia médica sometida.

2. Vértigo asociado con disturbios de la función vestibulolaberíntica, incluyendo enfermedad de Meniere. Estos disturbios de balance se caracterizan por una alucinación de movimiento o pérdida del sentido de la posición y una sensación de mareo que puede ser constante o que pueden ocurrir en ataques paroxísticos. Náusea, vómitos, ataxia y sensación de inestabilidad son frecuentemente observados, particularmente durante el ataque agudo. Es importante diferenciar el relato de vértigo rotatorio de aquel que se relata como mareo y que es descrito como sentir la cabeza vana, vacilación, confusión y síncope. La enfermedad de Meniere se caracteriza por ataques paroxísticos de vértigo, tinnitus y pérdida auditiva fluctuante. Las remisiones son impredecibles e irregulares, pero pueden ser de larga duración; por

consiguiente la severidad del impedimento se puede determinar mejor luego de una observación prolongada y exámenes repetidos.

El diagnóstico de desórdenes del vestíbulo requiere un extenso examen neuro-otorrinolaringológico, con descripción detallada de los episodios vertiginosos, incluyendo frecuencia, severidad y duración de los mismos. Una audiometría de los tonos puros y del habla, con exámenes especiales particulares, es necesario. La función vestibular será evaluada a través de las pruebas posicionales y calóricas, preferiblemente por una electronistagmografía. Cuando se han realizado pruebas tales como politomogramas, radiografías de contraste o cualquier otra prueba especializada, copia de dichos informes debe ser parte del expediente, en adición a cualquier radiografía del cráneo y del hueso temporal.

3. **Pérdida orgánica del habla.** Una glossectomía o laringectomía o una estenosis de laringe por tejido cicatrizante debido a una lesión o infección que resulte en la pérdida de la producción de voz por medios normales. Cuando evaluemos la pérdida orgánica del habla (2.09), la habilidad de producir habla por cualquier medio incluye el uso de un dispositivo mecánico o electrónico. La pérdida del habla debido a un desorden neurológico debe de evaluarse bajo el Código neurológico que corresponda.

2.01 Códigos de Impedimentos, Sentidos Especiales y del Habla.

2.02 Impedimento de la Agudeza Visual Central con visión residual en el mejor ojo, después de la mejor corrección, de 20/200 o menos.

2.03 Reducción de los Campos Visuales Periféricos en el mejor ojo:

- A. A 10 grados o menos del punto de fijación; o
- B. Que el diámetro más amplio tenga un ángulo no mayor de 20 grados; o
- C. El 20 por ciento o menos de la eficiencia del campo visual.

2.04 Pérdida de la Eficiencia Visual. Que la eficiencia visual del mejor ojo, luego de corrección óptima, sea de 20 por ciento o menos. (El por ciento de la eficiencia visual residual es igual al producto del por ciento residual de la eficiencia visual central y el por ciento del remanente de la eficiencia del campo visual).

2.05 Hemianopsia homónima total (con o sin envolvimiento de la mácula), se evalúa bajo el código 2.04.



2.06 Oftalmoplejía total bilateral

2.07 Desorden de la función vestíbulo-labérintica (Incluyendo enfermedad de Meniere) caracterizado por un historial de ataques frecuentes de alteración del balance, tinnitus y pérdida progresiva de audición con ambas, A y B:

A. Desorden de la función vestíbulo-labérintica demostrada por una prueba calórica y otros exámenes vestibulares; y

B. Pérdida de audición establecida por una audiometría.

2.07 Disminución de la audición (donde la misma no es restituida por un audífono) manifestada por:

A. Un promedio del umbral de sensibilidad de audición para conducción aérea de 90 decibeles o más y para conducción ósea que corresponda a niveles máximos, en el mejor oído, determinado por el promedio único de los niveles de umbrales de audición a 500, 1000 y 2000 hz. (ver 2.00B1); o

B. Que el valor de discernimiento del habla sea de 40 por ciento o menos en el oído con mejor audición.

2.08 Pérdida orgánica del habla debido a cualquier causa con impedimento para producir, por cualquier medio, habla que pueda ser escuchada, comprendida y sostenida.

Tabla I- por ciento de eficiencia visual central, correspondiente a las anotaciones numéricas de la agudeza central visual para la distancia en el mejor ojo fáquico y afáquico.

| Snellen |         | Por ciento de eficiencia visual Central |                    |                      |
|---------|---------|-----------------------------------------|--------------------|----------------------|
| Inglés  | Métrico | Fáquico                                 | Afáquico Monocular | Afáquico Binocular 3 |
| 20/16   | 6/5     | 100                                     | 50                 | 75                   |
| 20/20   | 6/6     | 100                                     | 50                 | 75                   |
| 20/25   | 6/7.5   | 95                                      | 47                 | 71                   |
| 20/32   | 6/10    | 90                                      | 45                 | 67                   |
| 20/40   | 6/12    | 85                                      | 42                 | 64                   |
| 20/50   | 6/15    | 75                                      | 37                 | 56                   |
| 20/64   | 6/20    | 65                                      | 32                 | 49                   |
| 20/80   | 6/24    | 60                                      | 30                 | 45                   |

| Snellen |         | Por ciento de eficiencia visual Central |                    |                      |
|---------|---------|-----------------------------------------|--------------------|----------------------|
| Inglés  | Métrico | Fáquico                                 | Afáquico Monocular | Afáquico Binocular 3 |
| 20/100  | 6/30    | 50                                      | 25                 | 37                   |
| 20/125  | 6/38    | 40                                      | 20                 | 30                   |
| 20/160  | 6/48    | 30                                      | ----               | 22                   |
| 20/200  | 6/60    | 20                                      | ----               | ----                 |

Columna y uso:

#### I. Fáquico

1. El lente está presente en ambos ojos.
2. El lente está presente en el mejor ojo y ausente en el peor ojo.
3. El lente está presente en un ojo y el otro ojo está enucleado.

#### II. Monocular

1. El lente está ausente en el mejor ojo y presente en el peor ojo.
2. Los lentes están ausentes en ambos ojos, sin embargo, la agudeza visual central en el peor ojo, después de la mejor corrección es de 20/200 o menos.
3. El lente está ausente en un ojo, y el otro ojo está enucleado.

#### III. Binocular

1. Los lentes están ausentes en ambos ojos, y la agudeza central visual en el peor ojo, después de la mejor corrección es mayor de 20/200.

### 3.00 SISTEMA RESPIRATORIO

**A. Introducción:** Los Códigos en esta sección, describen los impedimentos resultantes de desórdenes respiratorios basados en síntomas, signos físicos, anormalidades en pruebas de laboratorios y respuesta a un régimen de tratamiento prescrito por una fuente de tratamiento. Los desórdenes respiratorios, en unión a cualquier impedimento asociado, tienen que ser establecidos por evidencia médica. La evidencia médica debe ser provista con suficientes detalles que le permitan al médico asesor evaluar la severidad del impedimento.

Muchos individuos, especialmente aquellos que tienen impedimentos a nivel del Código, habrán recibido el beneficio de tratamiento prescrito por su médico. Donde haya evidencia de tratamientos, el expediente clínico longitudinal, debe incluir:

- a) el tipo de tratamiento prescrito, la respuesta al mismo y si hubo mejoría en el estado funcional del peticionario.
- b) información acerca de la naturaleza y severidad del impedimento.

Algunos individuos no reciben tratamiento continuo, a pesar de tener un impedimento severo. Estos pueden o no demostrar la existencia del impedimento que llene los Códigos. Aún así, a menos que la reclamación pueda ser decidida favorablemente, el expediente longitudinal es importante porque ofrecerá información sobre la severidad médica del impedimento, la capacidad funcional del individuo, frecuencia de los ataques y la severidad y duración de los síntomas. También, el código de asma bronquial requiere, específicamente, signos y síntomas continuos a pesar de un régimen de tratamiento prescrito.

Los impedimentos causados por desórdenes crónicos del sistema respiratorio, generalmente, producen pérdida irreversible de la función pulmonar debido a problemas ventilatorios, anormalidad en el intercambio de gases o la combinación de ambos. Los síntomas más comunes atribuibles a estos desórdenes son: disnea al esfuerzo, tos, sibilancias, producción de esputo, hemoptisis y dolor de pecho. Debido a que estos síntomas son comunes a muchos otros desórdenes, un historial médico y examen físico completo, radiografías del pecho y otras técnicas de imagen apropiadas son requeridas para poder establecer la presencia de una enfermedad crónica pulmonar. Se requieren pruebas de función pulmonar para analizar la severidad del impedimento respiratorio, una vez la enfermedad esté establecida por hallazgos clínicos y de laboratorios apropiados.

Alteraciones en la función pulmonar pueden deberse a enfermedad obstructiva de las vías respiratorias (Ej.; Enfisema, Bronquitis crónica, Asma), o desórdenes restrictivos con pérdida primaria del volumen pulmonar (Ej. toracoplastía, deformidad de la caja torácica como en Cifoescoliosis u obesidad), o resección pulmonar, o desórdenes intersticiales infiltrativos (Ej; Fibrosis Pulmonar Difusa). Anormalidades en el intercambio de gases, sin obstrucción significativa de las vías aéreas, pueden ser producidas por desórdenes intersticiales. Desórdenes que envuelvan la circulación pulmonar (Ej: hipertensión pulmonar primaria, enfermedad tromboembólica recurrente, vasculitis pulmonar primaria o secundaria, etc.) pueden producir hipertensión pulmonar vascular y eventualmente enfermedad cardiopulmonar (Cor

pulmonale) y fallo cardiaco derecho. Hipoxemia persistente producida por cualquier desorden pulmonar crónico también puede resultar en hipertensión pulmonar crónica y fallo cardiaco del ventrículo derecho.

Infecciones crónicas, causadas frecuentemente por organismos micobacteriales o micóticos, pueden producir destrucción pulmonar extensa y progresiva, resultando en marcada pérdida de función pulmonar. Algunos desórdenes, tales como bronquioectasia, fibrosis quística y asma, pueden estar asociados a exacerbaciones intermitentes de tal frecuencia e intensidad que produzcan impedimentos incapacitantes, aún cuando la función pulmonar durante los periodos de estabilidad clínica es, relativamente, bien mantenida.

Los impedimentos respiratorios, usualmente, pueden ser evaluados bajo estos Códigos en base a un historial médico completo, examen físico, radiografías de pecho u otras técnicas de imagen apropiadas y pruebas funcionales pulmonares espirométricas. En algunas situaciones, más típicamente aquellas con un diagnóstico de fibrosis intersticial difusa o hallazgos clínicos que sugieran Cor Pulmonale, tales como cianosis o policitemia secundaria, el impedimento puede ser subestimado en base a los resultados de una espirometría únicamente. Pruebas funcionales sofisticadas adicionales podrían ser necesarias para determinar si las anormalidades en el intercambio de gases contribuyen a la severidad del impedimento respiratorio. Estas pruebas pueden incluir medidas de la capacidad de difusión del monóxido de carbono en los pulmones o gases arteriales en descanso. Las mismas no serán costeadas por la Administración de los Sistemas de Retiro.

En desórdenes de circulación pulmonar, la cateterización del ventrículo derecho con angiografía y/o medidas directas de la presión arterial pulmonar, pudieran haberse realizado para establecer el diagnóstico y evaluar la severidad. Cuando éste sea el caso, los resultado deben ser obtenidos. La cateterización cardiaca no será costeada por la Administración de los Sistemas de Retiro.

- B. Infecciones micobacteriales, micóticas y otras infecciones crónicas del pulmón serán evaluadas en base a las limitaciones resultantes en la función pulmonar. Evidencia de infecciones crónicas del pulmón, tales como enfermedades micobacteriales o micosis activas con cultivos positivos resistentes a medicamentos, lesiones parenquimatosas grandes, o cavitación, no son, por sí mismas, una base para determinar que un individuo tiene un impedimento incapacitante que se espere dure 12 meses. En esos casos inusuales de una infección que persiste por un periodo que se acerque a 12 meses consecutivos, los hallazgos clínicos, complicaciones, consideraciones terapéuticas y el pronóstico deben ser cuidadosamente analizados

para determinar si a pesar de una función pulmonar relativamente bien mantenida, el individuo aún así tiene un impedimento que se espera dure al menos 12 meses consecutivos y que le impida realizar actividad remunerativa.

- C. **Enfermedad respiratoria episódica.** Cuando un impedimento respiratorio es de naturaleza episódica, como puede ocurrir con los brotes de asma, fibrosis quística, bronquioestasis o bronquitis asmática crónica, la frecuencia y la intensidad de los episodios que ocurran a pesar del tratamiento prescrito son frecuentemente el criterio principal para determinar el nivel de impedimento. La documentación de esas exacerbaciones debe estar incluida en los expedientes de hospitalizaciones, Salas de Emergencias y/o médicos de tratamiento indicando fechas de tratamientos, hallazgos clínicos y de laboratorios durante el ataque, resultados de espirometrías, estudios de gases arteriales (ABG) y tratamientos administrados, incluyendo el periodo de tiempo requerido y la respuesta clínica obtenida al mismo. Ataques de asma, episodios de bronquitis, pulmonía o hemoptisis (más que estrías de sangre en esputo) o fallo respiratorio como se refiere en el párrafo B de los Códigos 3.03, 3.04 y 3.07, son definidos como episodios sintomáticos prolongados que duren uno o más días y que requieran tratamiento intensivo, tales como broncodilatadores intravenosos, administración de antibióticos o terapia respiratoria broncodilatadora inhalada prolongada, en un hospital, Sala de Emergencia o lugar equivalente. Las admisiones hospitalarias se definen como estadías de más de 24 horas en un hospital. La evidencia médica también debe incluir información que documente que sigue un régimen de tratamiento prescrito, así como la descripción de los signos físicos. Para el asma, la evidencia médica debe incluir los resultados de una espirometría obtenida entre ataques, que documente la presencia de una obstrucción de flujo de aire en la línea basal.
- D. **Fibrosis Quística.** Desorden que afecta el sistema respiratorio, el sistema digestivo o ambos, y es responsable de un amplio y variable espectro de manifestaciones y complicaciones clínicas. La confirmación del diagnóstico está basada en una concentración de sodio o concentración de cloruro elevadas en la sudoración, acompañada por uno o más de los siguientes: la presencia de una enfermedad pulmonar crónica obstructiva, insuficiencia de la función pancreática exocrina, íleo meconial o un historial familiar positivo. El contenido de sodio o cloruro en la sudoración debe ser analizado cuantitativamente usando una técnica de laboratorio médicamente aceptable. Las manifestaciones pulmonares de este desorden deben ser evaluadas bajo el Código 3.04. Los aspectos no pulmonares de la Fibrosis Quística deben ser evaluados bajo el sistema digestivo. Los efectos de envolvimiento combinado de varios sistemas del cuerpo deberán considerarse para adjudicar la incapacidad.
- E. **Documentación de pruebas de función pulmonar.** Los resultados de una espirometría que sean usados para adjudicar incapacidad bajo los párrafos A y B del 3.02 y párrafo A del 3.04, deben ser expresados en litros (L), temperatura corporal y

presión saturada con vapores de agua (BTPS); el volumen expiratorio forzado reportado en un segundo (FEV1) y la capacidad vital forzada (FVC) deben representar el valor mayor de por lo menos tres maniobras de expiración forzadas satisfactorias.

Dos de los espirogramas satisfactorios deberán ser reproducibles para ambas, las pruebas pre broncodilatadoras y, si indicado, las pruebas post broncodilatadoras. Un valor es considerado reproducible, si éste no difiere de el valor mayor por más de 5% ó 0.1 L, cual sea mayor. Los valores más altos de FEV1 y FVC, ya sea del mismo o de diferentes trazados, deberán ser usados para analizar la severidad del impedimento respiratorio. El pico máximo de flujo debe ser alcanzado al comenzar la inspiración y el espirograma deberá tener un contorno suave con un flujo gradualmente decreciente a través de la expiración.

El espirograma será satisfactorio para la medida del FVC si el esfuerzo expiratorio máximo es continuo por lo menos seis segundos o si hay una meseta en la curva volumen / tiempo sin cambios detectables en el volumen expirado (VE) durante los últimos dos segundos de una expiración forzada.

La espirometría deberá ser repetida después de la administración de un broncodilatador aerolizado, bajo la supervisión del personal que hace la prueba, si el valor del FEV1 pre-broncodilatador es menor del 70% del valor normal pre-establecido.

Las pruebas funcionales pulmonares no deben hacerse a menos que el estado clínico sea estable (Ej; no está sufriendo un ataque de asma agudo, una infección respiratoria aguda o alguna enfermedad crónica). Las sibilancias son comunes en asma, bronquitis crónica o enfermedad pulmonar obstructiva crónica y no impiden se efectúe la prueba.

El efecto del broncodilatador administrado para aliviar el broncoespasmo y mejorar la función ventilatoria es evaluado por la espirometría. Si no se administra, la razón deberá ser claramente expuesta en el informe. Los estudios funcionales hechos para evaluar la obstrucción de las aerovías, sin haber sido comprobados después del uso del broncodilatador, no podrán ser utilizados para medir los niveles del impedimento en la escala donde impida cualquier actividad remunerativa, a no ser que el uso del broncodilatador esté contraindicado.

Los valores de los párrafos A y B del Código 3.02 se usarán como criterios para medir el impedimento ventilatorio únicamente durante la etapa más estable del peticionario (cualquier periodo de tiempo, excepto durante o inmediatamente después de un periodo agudo).

El informe de la espirometría debe incluir una anotación sobre la habilidad del individuo para seguir instrucciones, así como el esfuerzo y cooperación para llevar a cabo la misma. Dicho informe debe estar cotejado y firmado por un neumólogo.

Cuando un individuo tenga una marcada deformidad de columna (Ej; Cifoescoliosis), se tomará como medida de estatura la distancia entre las puntas de los dígitos terceros de las manos, con ambos brazos en abducción a 90°.

## **F. Documentación de impedimento crónico del intercambio de gases.**

### **a. Capacidad de difusión pulmonar para el monóxido de carbono(DLCO).**

Un estudio de la capacidad de difusión de los pulmones para el monóxido de carbono podrá ser utilizado en los casos en los cuales haya documentación de enfermedad pulmonar crónica, pero donde la evidencia existente, incluyendo una espirometría propiamente hecha, no puede establecer adecuadamente el nivel de impedimento funcional.

Antes de adquirir las medidas del DLCO, se deberá obtener un historial médico, examen físico, informes de radiografías u otras técnicas de imágenes apropiadas y los resultados de las medidas espirométricas para ser revisados, debido a que decisiones favorables a veces pueden hacerse en base a la evidencia disponible sin la necesidad de hacer estudios de DLCO. De ser necesario, el mismo no será costado por la A.S.R.

- b. Estudios de gases arteriales (ABGS).** Los estudios de ABGS en descanso, mientras se respira aire ambiental, despierto, sentado o parado) o durante ejercicio deberán ser efectuados en un laboratorio debidamente certificado. El análisis de ABGS se requerirá cuando haya interrogantes en si el impedimento llena o es equivalente en severidad a un Código y la reclamación no pueda ser decidida favorablemente. Si el resultado de un estudio de DLCO es mayor de 40% pero menos del 60% del valor normal estimado, un ABGS deberá ser considerado. Esta prueba deberá ser sometida por el reclamante y la A.S.R. no la costeará.

## **G. Cor Pulmonale Crónico y Enfermedad Vascular Pulmonar**

El establecimiento de un impedimento atribuible a un Cor Pulmonale irreversible, secundario a una hipertensión pulmonar crónica, requiere documentación por signos y hallazgos de laboratorio de sobre carga ventricular derecha o fallo (Ej; un galope diastólico temprano del ventrículo derecho en la auscultación, distensión venosa yugular, hepatomegalia, edema periférico, agrandamiento en el flujo de salida del ventrículo derecho en radiografía u otra técnica de imágenes

apropiadas, hipertrofia del ventrículo derecho en el EKG y aumento en la presión arterial pulmonar, medida en una cateterización suministrada por la fuente de tratamiento). La cateterización cardiaca no será pagada por la A.S.R. El fallo cardiaco, hipertensión pulmonar, hipoventilación y acidosis respiratoria pueden estar acompañados de hipoxemia. Esta debe ser demostrada por gases arteriales. En presencia de hipoxemia crónica se podrá encontrar policitemia con un conteo elevado de células rojas y de hematocrito.

Una onda P Pulmonale en el EKG no establece el diagnóstico de hipertensión pulmonar crónica o de Cor Pulmonale.

La evidencia de un fallo cardiaco derecho agudo, no necesita estar presente al momento de la adjudicación para llenar un Código (Ej; el 3.09), pero la evidencia médica en el expediente deberá establecer que el Cor Pulmonale es crónico e irreversible.

- H. **Desórdenes respiratorios relacionados al sueño** (apnea del sueño) son causados por un cese periódico de la respiración, asociado con hipoxemia y frecuentes interrupciones del sueño.

A pesar de que muchos individuos, con uno de estos desórdenes, responden al tratamiento prescrito, en algunos el patrón del sueño alterado y la hipoxemia crónica nocturna asociada, les causa somnolencia diurna, con hipertensión pulmonar crónica y/o disturbios en la función cognoscitiva. Debido a que la somnolencia diurna puede afectar la memoria, la orientación y la personalidad, un expediente longitudinal del tratamiento será necesario para evaluar la función mental. No todos los individuos con apnea del sueño desarrollan un impedimento funcional que afecte la actividad laboral. Cuando cualquier trabajo remunerativo sea imposibilitado, las bases fisiológicas para el impedimento podrán ser las de Cor Pulmonale crónico. Hipoxemia crónica debido a apnea episódica puede causar hipertensión pulmonar (ver 3.00 G y 3.09).

La somnolencia diurna puede estar asociada con disturbios en las funciones cognoscitivas. Los impedimentos en las funciones cognoscitivas pueden ser evaluados bajo los desórdenes mentales orgánicos (11.02).

Si el desorden está asociado con la obesidad mórbida, será evaluado bajo el código de obesidad aplicable.

### 3.01 Códigos de Impedimentos, Sistema Respiratorio



### 3.02 Insuficiencia Pulmonar Crónica

- A. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica debido a cualquier causa, con un FEV1 igual o menor que los valores especificados en la Tabla I, correspondientes a la estatura de la persona sin zapatos; o

**Tabla I**

| Estatura sin zapatos<br>(centímetros) | Estatura sin zapatos<br>(pulgadas) | FEV1 igual o menor de<br>(L, BTPS) |
|---------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| 154 o menos                           | 60 o menos                         | 1.05                               |
| 155-160                               | 61-63                              | 1.15                               |
| 161-165                               | 64-65                              | 1.25                               |
| 166-170                               | 66-67                              | 1.35                               |
| 171-175                               | 68-69                              | 1.45                               |
| 176-180                               | 70-71                              | 1.55                               |
| 181 o más                             | 72 o más                           | 1.65                               |

- B. Enfermedad ventilatoria restrictiva crónica debido a cualquier causa con FVC igual o menor que los valores especificados en la Tabla II, correspondientes a la estatura de la persona sin zapatos (en casos de deformidad espinal marcada, vea el 3.00 E); o

**Tabla II**

| Estatura sin zapatos<br>(centímetros) | Estatura sin zapatos<br>(pulgadas) | FVC igual o menor de<br>(L, BTPS) |
|---------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| 154 o menos                           | 60 o menos                         | 1.25                              |
| 155-160                               | 61-63                              | 1.35                              |
| 161-165                               | 64-65                              | 1.45                              |
| 166-170                               | 66-67                              | 1.55                              |
| 171-175                               | 68-69                              | 1.65                              |
| 176-180                               | 70-71                              | 1.75                              |
| 181 o más                             | 72 o más                           | 1.85                              |

C. Impedimento crónico de intercambio de gases debido a una enfermedad pulmonar, clínicamente documentada, con

1. Un DLCO (ver 3.00 F1) con 10.5 ml/min/mm Hg o menos o menor del 40% del valor normal predeterminado. (Los valores de referencia deberán estar basados en la data obtenida en el lugar de la prueba o en valores publicados en un laboratorio en el que se use la misma técnica que en el lugar de la prueba. La fuente de los valores de referencia deberán ser informados. Si no han sido publicados, deberán someterse en forma de Tabla o Nomograma); o
2. Valores en gases arteriales de PO<sub>2</sub> y PCO<sub>2</sub> simultáneamente determinados y medidos mientras se está en descanso (respirando aire ambiental, despierto y sentado o de pie) y en una condición clínicamente estable en, al menos, dos ocasiones con tres o cuatro semanas de separación dentro de un período de tiempo de 6 meses, igual o menor que los valores especificados en la Tabla aplicable III; o

Tabla III

(Aplicable a sitios donde se haga la prueba a menos de 3,000 pies sobre el nivel del mar)

| PCO <sub>2</sub> Arterial<br>(mm. Hg.) y | PO <sub>2</sub> Arterial<br>Igual o menor de (mm.<br>Hg.) |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 30 o debajo de.....                      | .....65                                                   |
| 31.....                                  | .....64                                                   |
| 32.....                                  | .....63                                                   |
| 33.....                                  | .....62                                                   |
| 34.....                                  | .....61                                                   |
| 35.....                                  | .....60                                                   |
| 36.....                                  | .....59                                                   |
| 37.....                                  | .....58                                                   |
| 38.....                                  | .....57                                                   |
| 39.....                                  | .....56                                                   |
| 40 o por encima de.....                  | .....55                                                   |

3. Valores en gases arteriales de PO<sub>2</sub> y PCO<sub>2</sub> simultáneamente determinados durante una condición respiratoria estable, en ejercicio y respirando aire ambiental (el nivel de ejercicio equivalente a un consumo de 17.5 ml de O<sub>2</sub>/Kg/min o 5 METs o menos) igual a/o menor que el valor específico en la Tabla III.

#### 3.03 Asma con:

- A. Bronquitis asmática crónica. Se evaluará bajo el criterio para enfermedad pulmonar obstructiva en el código 3.02A; o
- B. Ataques asmáticos (como se definen en el 3.00C), a pesar de la terapia prescrita, que requieran intervención médica y que ocurran, al menos, un ataque cada dos meses o seis veces al año. Cada hospitalización de más de 24 horas para controlar el asma cuenta por dos ataques y un periodo de evaluación de al menos 12 meses consecutivos deberá ser usado para determinar la frecuencia de los ataques.

#### 3.04 Fibrosis Quística con:

- A. Un FEV<sub>1</sub> igual o menor que el valor apropiado especificado en la Tabla IV, correspondiente a la estatura del individuo sin zapatos (en casos de deformidad espinal marcada vea el 3.00E); o
- B. Episodios de Bronquitis, Pulmonía, Hemoptisis (más que estrías de sangre en el esputo) o fallo respiratorio (documentado de acuerdo al 3.00C) que requiera la intervención del médico y que ocurra, al menos, una vez cada dos meses o seis veces al año. Cada hospitalización por más de 24 horas para tratamiento cuenta como dos episodios y un periodo de evaluación de, al menos, 12 meses consecutivos debe ser usado para determinar la frecuencia de los episodios; o
- C. Infección pulmonar persistente acompañada por sobreimposición recurrente de episodios sintomáticos de infección bacterial aumentada que ocurra, al menos, una vez cada seis meses y que requiere terapia intravenosa o nebulización antimicrobial.

Tabla IV

(Aplicable sólo para evaluación bajo el 3.04A, Fibrosis Quística)

| Estatura<br>zapatos<br>(centímetros) | sin | Estatura sin zapatos<br>(pulgadas) | FEV1 igual o menor de<br>(L, BTPS) |
|--------------------------------------|-----|------------------------------------|------------------------------------|
| 154 o menos                          |     | 60 o menos                         | 1.45                               |
| 155-159                              |     | 61-62                              | 1.55                               |
| 160-164                              |     | 63-64                              | 1.65                               |
| 165-169                              |     | 65-66                              | 1.75                               |
| 170-174                              |     | 67-68                              | 1.85                               |
| 175-179                              |     | 69-70                              | 1.95                               |
| 180 o más                            |     | 71 o más                           | 2.05                               |

3.06 Neumoconiosis (demostrada por técnicas de imagen apropiadas) Evaluar bajo el criterio apropiado en el Código 3.02.

3.07 Bronquioestasia (demostrada por técnicas de imagen apropiadas) con:

- A. Impedimento en la función pulmonar debido a enfermedad extensiva. Evaluar bajo el criterio apropiado en el Código 3.02; o
- B. Episodios de Bronquitis, Pulmonía, Hemoptisis (más que estrías de sangre en esputo) o fallo respiratorio (documentado de acuerdo al 3.00C) requiriendo la intervención del médico y que ocurra, al menos, uno cada dos meses o seis veces al año. Cada hospitalización por más de 24 horas para tratamiento cuenta como dos episodios y una evaluación de por lo menos 12 meses consecutivos debe ser usada para determinar la frecuencia de los mismos.

3.08 Infecciones Micobacteriales, Micóticas y otras infecciones persistentes del pulmón(vea 3.00B) se evaluarán bajo los criterios apropiados en el código 3.02.

3.09 Cor Pulmonale secundario a hipertensión vascular pulmonar crónica. Evidencia clínica de Cor Pulmonale (documentada de acuerdo al 3.00G) con:

- A. Presión arterial pulmonar promedio mayor de 40 mm Hg; o
- B. Hipoxemia arterial. Se evaluará bajo los criterios del código 3.02C2; o
- C. Evaluar bajo los criterios aplicables en el 4.02.

3.10 Desórdenes respiratorios relacionados al sueño. Evaluar bajo los criterios del código 3.09 (Cor Pulmonale crónico), 9.09 (Obesidad) o 11.02 (desórdenes mentales orgánicos).

#### 4.00 SISTEMA CARDIOVASCULAR

**A. Introducción:** Los códigos en esta sección describen los impedimentos que resultan de Enfermedades Cardiovasculares y se basan en síntomas, signos físicos, anormalidades en pruebas de laboratorio y la respuesta al régimen de terapia prescrito por una fuente de tratamiento.

A menos que la reclamación pueda decidirse favorablemente con la evidencia médica disponible, se requiere un expediente clínico longitudinal que cubra no menos de 3 meses de observación y terapia para así poder hacer un juicio preciso de la severidad y posible duración del trastorno cardiovascular.

Muchos individuos, especialmente esos que tienen impedimentos a nivel de los códigos, deben haber recibido el beneficio de un tratamiento médico. Cuando haya evidencia de tal tratamiento, el expediente clínico longitudinal debe incluir una descripción de la terapia prescrita y el resultado obtenido, en adición a información acerca de la naturaleza y severidad del impedimento. Es importante documentar cualquier terapia prescrita y respuesta obtenida, porque este manejo médico podría haber mejorado la condición funcional del individuo. El expediente longitudinal debe proveer información acerca de la recuperación funcional, si alguna.

Puede ser que algunos no hayan recibido tratamiento continuo, o, no tienen un seguimiento continuo con la comunidad médica a pesar de tener un impedimento(s) severo(s). A menos que la reclamación pueda ser decidida favorablemente basada en la evidencia disponible, un expediente longitudinal sigue siendo importante porque puede ofrecer información acerca de tales cosas, como la presencia de un impedimento severo, el grado de recuperación del trastorno cardíaco, el nivel de funcionamiento individual y la frecuencia, severidad, y duración de síntomas. También, varios códigos incluyen como requisito la continuidad de signos y síntomas a pesar de un régimen de tratamiento médico ordenado.

Puede ser que un reclamante que no recibe tratamiento para una condición cardiovascular en particular y no pueda ofrecer datos, que llenen los criterios de ese código, puede resultar incapacitado por tener combinación de condiciones, que puedan ser igualados en severidad a algún otro código.

Por cierto, debe recordarse que estos códigos son sólo ejemplos de condiciones cardiovasculares comunes que son suficientemente severas para evitar que una persona se dedique a actividades remunerativas. Por lo tanto, en cualquier caso en que un individuo tenga una condición médica determinable que no esté en los códigos, o una combinación de impedimentos, ninguno de los cuales en particular llene un código, podríamos adjudicar el caso basado en una combinación de impedimentos (o igualarlo a otro código).

Personas que tienen un impedimento con un nivel de severidad que no llene o iguale el criterio de los códigos cardiovasculares, podrían o no tener una condición física funcional muy limitada que le permita actividades remunerativas sustanciales.

B. Los impedimentos (trastornos) cardiovasculares pueden resultar como consecuencia de una o más de cuatro (4) complicaciones de una enfermedad cardiovascular:

1. Fallo cardíaco crónico o disfunción ventricular.
2. Incomodidad o dolor de pecho debido a isquemia del miocardio, con o sin necrosis del músculo cardíaco.
3. Síncope debido a una perfusión cerebral inadecuada por cualquier condición cardíaca, tal como obstrucción del flujo sanguíneo o trastorno en el ritmo (arritmias) o en la conducción eléctrica (bloqueos) dando lugar a una producción-función cardíaca inadecuada.
4. Cianosis Central debido a la pobre oxigenación de la sangre arterial (saturación O<sub>2</sub> por desvío de derecha a izquierda, por la presencia de defectos inter atrio-ventriculares o por enfermedad pulmonar vascular.

Las enfermedades de arterias y de las venas de órganos principales= sistema nervioso central (10.04 A,B), Ojos (2.02 – 2.04), riñones (6.02), extremidades y otros órganos pueden dar lugar a trastornos funcionales incapacitantes.

C. **Documentación:** El expediente médico individual debe incluir suficiente información detallada del historial, exámenes físicos, estudios de laboratorio de cualquier terapia prescrita y la respuesta a ésta, que permita a un asesor médico independiente evaluar la severidad y duración del impedimento cardiovascular.

## 1. Electrocardiografía:

- a) Los Electrocardiogramas (ECGS) obtenidos en descanso deben ser sometidos en original o copia legible con las 12 derivaciones propiamente rotuladas, con la calibración inscrita en el trazado y la fecha en que fue hecho. La alteración en la calibración de una derivación en específico (tales como para acomodar un segmento QRS muy amplio) debe reseñarse en ese trazado.
- b) Ciertas drogas, (ejemplo, digital), desbalance electrolítico y otras condiciones pueden dar alteraciones en el ECG, sobre todo en el segmento ST, sin que sean alteraciones por enfermedad de las coronarias. Esto debe tenerse en consideración y de ser posible tratar de conseguir un ECG previo a esta condición para ser comparado.
- c) El término isquemia es usado en el código 4.04 para describir una desviación patológica del segmento ST y onda T. Cambios no específicos de ST como los de repolarización temprana no deben confundirse como lesiones isquémicas.
- d) No deben aceptarse lecturas, o, interpretaciones del ECG por computadoras, o descripción escrita detallada de un ECG sin el ECG original, o copia legible de éste.
- e) Los ECGs obtenidos durante las pruebas de ejercicio, pruebas de esfuerzo (polea rodante), bicicletas o de brazos debe reunir las siguientes especificaciones:
  - Pruebas de ejercicio, deben someterse los ECGs, trazados originales o copias legibles de estos. Obtenerse ECGs o derivaciones apropiadas antes, durante y después del ejercicio. Trazados del control tomados en posición erecta antes del ejercicio. ECG inmediatamente después de someter al paciente por 20 segundos a una hiperventilación vigorosa.
  - Debe obtenerse un ECG de 12 derivaciones al final de cada minuto de la prueba de ejercicio, otro al momento en que surja anomalías en el segmento ST y estas alcancen o excedan los criterios de anomalía descritos en el código 4.04A, o cuando el paciente experimente malestar, dolor de pecho o surjan otras anomalías así como, otro cuando se alcancen los 5 MET'S y al terminar la prueba.
  - Si se obtiene un ECG post hiperventilación la prueba de ejercicio debe dilatarse por lo menos 10 minutos debido a que los cambios metabólicos de hiperventilación podrían alterar la respuesta fisiológica y el ECG al ejercicio.

- ECGs post-ejercicio deben grabarse usando un protocolo generalmente aceptado por el estado prevaleciente de conocimiento médico y práctica clínica.
- Todo trazado electrocardiográfico durante la prueba de esfuerzo debe ser calibrado y propiamente rotulado indicando la hora en que fue tomado y la relación a la etapa del ejercicio.
- El grado velocidad del ejercicio alcanzado, los niveles de presión sanguínea durante el examen y cualquier motivo por el cual se terminó la prueba, deben también ser incluidos en el informe.

## **2. Pruebas de ejercicio**

- a. Es bien reconocido por expertos médicos que el examen de ejercicio es la mejor herramienta actualmente disponible para estimar la máxima capacidad aeróbica en individuos con deterioro cardiovascular. El requerir una prueba de ejercicio podría estar indicado cuando hay una duda de si una condición reúne o es equivalente en severidad a uno de los códigos, o cuando hay evidencia insuficiente en el expediente para evaluar la capacidad aeróbica y la reclamación no puede de otra forma decidirse favorablemente.

Será responsabilidad del reclamante de obtener y someter dicha evidencia cuando ésta sea necesaria para la evaluación de su condición.

No es responsabilidad de la ASR ordenar y comprar dicha prueba.

La prueba puede hacerse cuando no exista una contraindicación, no represente un riesgo para el individuo. Esto será determinado por su médico, fuente de tratamiento o por el médico que la vaya a realizar, los cuales deben revisar el historial pertinente, examen físico, pruebas de laboratorios, etc. y determinar si está contraindicada.

De existir una prueba previa que aún está en tiempo (hasta 12 meses de haberse realizado, y de no haber ocurrido un cambio en el estado clínico que haya alterado el impedimento, la condición cardíaca) dicha prueba puede servir y debe ser enviada.



## **b. Metodología en la realización de la prueba**

1. La prueba de ejercicio, debe ser un examen delimitado por "signos o síntomas", caracterizado por un régimen de multietapas progresivas. Debe de ser realizado usando un protocolo generalmente aceptado, consistente con el estado prevaleciente de conocimiento médico y práctica clínica. Debe ofrecerse una descripción del protocolo que se siguió y el examen debe reunir los requisitos de 4.00 C-1e y de esta sección. Un ECG pre-ejercicio posthiperventilación podría ser esencial para una propia evaluación de un examen anormal en ciertas circunstancias, tal como en pacientes con evidencia de prolapso de la válvula mitral.
2. La prueba de ejercicio debe ser pautada, ajustada a las capacidades del individuo y ser supervisado por un médico. En la prueba de ejercicio con polea rodante debe registrarse en cada etapa realizada, la velocidad, grado de inclinación y duración de ésta.

Otros protocolos de pruebas de ejercicio, o técnicas que sean usadas, deben utilizar similares cargas de trabajo.

3. Los niveles de ejercicios deben ser descritos en términos de cargas de trabajo y duración de cada etapa, ejemplo, velocidad y grado de la polea rodante, o carga de trabajo en kpm/min, o vatios en bicicleta ergométrica.

El objetivo es alcanzar no menos del 85% de la frecuencia cardíaca pre-estimada a menos que esté contra-indicado, o se estime es un riesgo ejercitar hasta esta frecuencia, o porque se obtengan los criterios del código 4.04A a una frecuencia más baja. Más allá de estos requerimientos, es prudente aceptar la metodología de examen de una facilidad médica competente y cualificada.

4. Normalmente la presión arterial sistólica y la frecuencia cardíaca aumentan gradualmente con el ejercicio. La caída de la presión arterial sistólica durante el ejercicio, a niveles por debajo de los valores iniciales al descanso está usualmente asociado a procesos isquémicos que provocan una disfunción ventricular, dando como resultado una disminución en la expulsión cardíaca, en la fracción de eyección.

Algunos individuos, ya sea por aprehensión, nerviosismo o falta de acondicionamiento físico, con un aumento en las respuestas simpáticas, pueden tener un aumento en su presión sistólica o en su frecuencia cardíaca por encima de los valores al descanso aún antes o en etapas muy tempranas del ejercicio. Esto puede limitar la habilidad de apreciar el significado de una caída temprana en la presión arterial sistólica, y en la frecuencia cardíaca si

se descontinúa el ejercicio poco tiempo después de iniciarse. En adición, una respuesta aislada de hipertensión sistólica podría ser una manifestación de arteriosclerosis.

5. El ambiente físico del laboratorio, el personal, y el equipo debe reunir los requisitos patrones generalmente aceptados para Laboratorios de Pruebas de Ejercicios.

### **c. Factores de riesgo en pruebas de ejercicios**

Los siguientes son ejemplos de situaciones en que la prueba de laboratorio no debe realizarse: angina de pecho inestable, progresiva, un historial de infarto agudo del miocardio dentro de los pasados tres meses, fallo cardíaco clase IV New York Heart Association (NYHA), toxicidad con drogas cardíacas, arritmia severa incontrolable (incluyendo fibrilación atrial incontrolable, bloqueos de segundo (2do) y tercer grado(3er), síndrome de Wolff-Parkinson-White, hipertensión arterial sistémica severa, marcada hipertensión pulmonar, disección aortica irreparable, estenosis tronco coronaria izquierda de un 50 por ciento o más, marcada estenosis aortica, aneurisma aórtico crónico disectante, embolismo pulmonar reciente, cardiomiopatía hipertrófica, deterioro neurológico o musculoesquelético limitante, o enfermedad aguda.

- d. Para poder permitir el restablecimiento máximo posible de la capacidad funcional, la prueba de ejercicio no debe realizarse hasta tres (3) meses después de un infarto agudo del miocardio, de una revascularización quirúrgica del miocardio, u otros procedimientos de cirugía abierta del corazón. También debe posponerse hasta tres (3) meses después de una angioplastia percutánea transluminal de las coronarias ("PTCA") porque pueden ocurrir reestenosis con síntomas isquémicos dentro de unos meses después de la angioplastia. Personas que han tenido un periodo de inactividad física o hayan estado postrados en cama por 2 semanas o más, dando como resultado una pobre condición física (reversible) y llevarían a cabo una prueba de ejercicio pobre de ser sometido a ella.

### **e. Evaluación**

- 1) La prueba de ejercicio es evaluada considerando el nivel de ejercicio cuando ésta se torna anormal, según documentado por la aparición de signos o síntomas y en anomalías en el ECG, según señalados en 4.04A. La capacidad o la imposibilidad de completar un examen de ejercicio no es, por sí misma, evidencia de una persona que está libre de enfermedad Isquémica

cardíaca. El resultado de una prueba de ejercicio debe considerarse en el contexto de todas las otras evidencias en el expediente médico.

- 2) Hay condiciones que pueden limitar la interpretación de la prueba de ejercicio. Estas incluyen: la presencia de factores no coronarios, o no isquémicos, que pueden alterar la hemodinámica dando cambios en el EKG, tal como hipokalemia u otras anormalidades electrolíticas, hiperventilación, pobre acondicionamiento vasoregulator, periodos prolongados de inactividad (por ejemplo, 2 semanas postrado en cama), anemia significativa, patrón de bloqueo de rama izquierda en el EKG (y otras anormalidades de conducción que no contraindican que se haga la prueba.) El digital puede causar anormalidades en el segmento ST al descanso, durante y después del ejercicio. Las alteraciones del segmento ST, relacionadas al digital y otras drogas, presentes en los ECG al descanso, pueden acentuarse durante la prueba de ejercicio y hacer difícil la interpretación de éste. No obstante, el uso de éstas no invalidan de otra manera una prueba de ejercicio normal. La hipokalemia provocada por los diuréticos, la hipertrofia ventricular izquierda, también puede estar asociadas a cambios de repolarización y por lo tanto pueden crear dificultades similares. También debe señalarse, que el tratamiento con beta-bloqueadores, producen una disminución en la frecuencia cardíaca, más durante el ejercicio que al descanso, limitando aparentemente la capacidad cronotrópica.

### **3. Otros estudios**

Es de gran utilidad la información que se obtiene sobre el tamaño y la función ventricular por medio de los estudios Ecocardiogramas-Doppler bidimensionales, así como de la perfusión del miocardio con las pruebas radionucleares con Thallium-201 y los ventriculogramas con Technetium-99 m (RVG o MUGA). Estas técnicas pueden ofrecer un estimado confiable de la fracción de eyección. De haberse realizado, deben ser obtenidos. No es responsabilidad de la ASR el comprarlas. Estas pruebas son de gran ayuda cuando la información disponible no es adecuada para evaluar si el individuo podría tener una disfunción ventricular severa, o isquemia del miocardio, y la reclamación no puede decidirse favorablemente bajo otras consideraciones.

La prueba de ejercicio con medidas de la toma máxima de oxígeno ( $VO_2$ ) ofrece una determinación exacta de la capacidad aeróbica. Un examen de ejercicio sin medida de la toma de oxígeno, provee solo un estimado de la capacidad aeróbica. Debe hacerse todo el esfuerzo razonable para obtener el resultado de estas pruebas cuando se sepa fueron realizadas.

Los estudios de electrocardiografía ambulatoria (Pruebas de Holter), para el análisis de cambios del segmento ST, conjuntamente con el informe de los

síntomas y tratamiento registrado durante el procedimiento, pueden ser de ayuda para una mejor evaluación de los malestares o dolores de pecho que ocurren durante las actividades diarias; pero en ausencia de síntomas (isquemia silente) los cambios que se observan en el segmento ST no tienen validez para el propósito de establecer una Incapacidad. Es decir los cambios de ST tienen que acompañarse de síntomas registrados.

#### **4. Cateterismo cardíaco:**

##### **a. Arteriografía coronaria**

Este procedimiento nunca debe ser comprado por la Agencia. De estar estos resultados disponibles, el informe debe ser considerado en cuanto a calidad y clase de la información proporcionada y su aplicabilidad a los requisitos del Código de Incapacidad. Debe obtenerse una copia del informe del cateterismo y de los estudios relativos al mismo. Este debe ofrecer información en cuanto a la técnica usada, el método de medir el diámetro del lumen coronario y la naturaleza y localización de cualquier lesión obstructiva. Ayuda, el conocer el método usado, el número de proyecciones y si la visualización y acceso de cada vaso coronario se hizo satisfactoriamente.

Es importante también conocer si el vaso inyectado fue entera y uniformemente opacado, evitando por tanto la apariencia artificiosa de una obstrucción. El espasmo de las arterias coronarias inducido por el cateter intra-coronario no debe considerarse como evidencia de una enfermedad isquémica del corazón. La descripción detallada de cuan satisfactoriamente se visualiza la parte distal del vaso obstruido, es de ayuda a determinar cuanto afecta a la función del miocardio una lesión obstructiva. Algunos pacientes con una lesión arteriosclerótica obstructiva en una coronaria proximal, tienen buen desarrollo de colaterales y gran suplido de sangre al miocardio sin evidencia de daño o de isquemia, aún en condiciones de estrés severo o de ejercicio físico.

##### **b. Ventriculografía Izquierda (por angiografía).**

El informe debe describir el movimiento de las paredes del miocardio, con relación a cualquier área de hipoquinesia o disquenesia, y de toda la contracción del ventrículo medida por la fracción de expulsión (fracción de eyección).

Es de utilidad las medidas de la capacidad y presión de las cámaras del corazón. Cuando están disponibles los valores de análisis cuantitativos computarizados, pueden ofrecer una medida precisa del grosor y movilidad de segmentos de las paredes del ventrículo izquierdo. Con mucha frecuencia hay una pobre correlación entre la función del ventrículo izquierdo al descanso y la capacidad funcional para la actividad física.

#### **D. Tratamiento y relación al estado funcional**

1. En general, no se puede llegar a conclusiones acerca de la severidad del impedimento cardiovascular basado en el tratamiento suministrado o anticipado. La evidencia general clínica y de laboratorio, incluyendo el plan de tratamiento o resultados de éste, son indicativos de que existe un impedimento a nivel de un código. La cantidad de función restablecida y el tiempo requerido para una mejoría después del tratamiento prescrito (médico, quirúrgico, o un programa de actividad física progresiva) varía con la naturaleza y extensión del trastorno, el tipo de tratamiento, así como de otros factores. Dependiendo del tiempo de este tratamiento en relación con la fecha de incapacidad alegada, la evaluación del impedimento podría necesitar ser diferida hasta por lo menos 3 meses después del día en que comenzó el tratamiento, para así poder permitir y considerar los efectos de éste. No debe diferirse la evaluación si la reclamación puede decidirse favorablemente basada en la otra evidencia disponible.
2. El tiempo usual, para hacer una evaluación adecuada de los resultados del tratamiento después de un infarto del miocardio o cirugía valvular o de revascularización, se considera debe ser de 3 meses. Si se hace una prueba de ejercicio por un médico de tratamiento dentro de una o dos semanas después de una angioplastia, y no hay cambio significativo en el estado clínico durante los tres meses del periodo de espera después de la angioplastia que pueda invalidar la implicación de los resultados de esa prueba, ésta puede usarse para reflejar una capacidad funcional durante el periodo en análisis. Sin embargo, si el examen fue hecho inmediatamente de ocurrir un infarto del miocardio agudo o durante un periodo de inactividad física prolongada, los resultados no deben proyectarse a 3 meses, aún si no hay cambio en el estado clínico.
3. Se le concederá una Incapacidad por tres años después de la cirugía, a todo aquel que se le ha transplantado un corazón, dado que durante ese periodo de tiempo hay una gran posibilidad de rechazo del órgano o infecciones recurrentes. Después del tercer año post-transplante, la evaluación de la incapacidad estará basada en el impedimento residual, como puedan demostrar los síntomas, signos y hallazgos de laboratorio.

## E. Síndromes clínicos

1. El Fallo Cardíaco Crónico (disfunción ventricular) es considerada en estos códigos como una sola categoría, cualquiera que sea su etiología (Ej. arterosclerosis, hipertensión, reumática, pulmonar, congénita u otras enfermedades cardíacas orgánicas.)

El Fallo Crónico se puede manifestar por:

- a. Congestión pulmonar o sistémica o ambas; o
- b. Síntomas de una fracción de eyección, expulsión cardíaca limitada, flujo cardíaco limitado, tal como debilidad, fatiga o intolerancia cansancio a la actividad física.

Para el propósito del código 4.02A, la congestión pulmonar y sistémica no se consideran hayan ocurrido a menos que se establezca por la evidencia que hay o hubo retención de líquido, tal como hepatomegalia o ascitis, o edema periférico o, pulmonar de origen cardíaco. Estos hallazgos de retención de fluido no tienen que estar presentes al tiempo de la adjudicación, porque la congestión puede controlarse con medicamentos. El Fallo cardíaco crónico debido a flujo cardíaco (fracción de eyección) limitado no se considera esté presente, para el propósito de 4.02, a menos que los síntomas ocurran con las actividades ordinarias diarias (por ejemplo, limitación de la actividad manifestada por la necesidad de disminuirla o disminuir el paso, o tener que descansar intermitentemente, y son asociados con uno o más signos físicos o estudios de laboratorio anormales señalados en el código 4.02. Estos estudios incluyen pruebas de ejercicios con ECG y registro de la presión arterial y/o técnicas de imagen apropiadas, tales como eco cardiografía bi-dimensional, o ventriculograma de contraste o radionucleares. En adición, otros signos, síntomas o resultados de estudios de laboratorio que den credibilidad a la impresión de disfunción ventricular, deben ser considerados.

2. Para el propósito del código 4.03, la enfermedad cardiovascular hipertensiva es evaluada por referencia al sistema orgánico específico envuelto (corazón, cerebro, riñones, ojos). La presencia de daño orgánico debe establecerse por signos físicos apropiados y anormalidades de los exámenes de laboratorio, como se especifica en 4.04, o por el sistema orgánico envuelto.
3. La enfermedad isquémica cardíaca (enfermedad de las coronarias) puede dar lugar a una Incapacidad debido a una isquemia del miocardio y/o disfunción ventricular, o infarto. Para los propósitos del código 4.04, la determinación clínica de que el malestar de origen isquémico (angina de pecho) está presente, debe de estar sustentado por evidencia objetiva, según se ha descrito.

- a. El dolor debido a la isquemia del miocardio (angina de pectoris) es un malestar precipitado por el esfuerzo o por la emoción y prontamente aliviado con nitroglicerina sublingual, u otros nitratos de rápida acción, o por el descanso. Típicamente el malestar es localizado en el pecho (usualmente subesternal) y se describe como aplastante, exprimir, quemazón, dolor u opresión. El malestar descrito como afilado, agudo, hincar, lancinante, retorcijones, es considerado menos común o atípico. El malestar que ocurre con actividad física o con las emociones, debe ser descrito específicamente en cuanto a frecuencia y factores que lo precipitan (tipo/intensidad), carácter, localización, radiación, duración y respuesta a la terapia con nitrato, o con el descanso.
- b. Los llamados equivalentes anginosos pueden ser localizados en el cuello, quijada(s), o en las manos y tienen los mismos factores precipitantes o alivio como el malestar de pecho típico. La respiración corta aislada, falta de aire (disnea) no se considera sea un equivalente anginoso para propósitos de adjudicación.
- c. La angina variante del tipo Prinzmetal, por ejemplo, angina en reposo con elevación transitoria del segmento ST en el ECG, puede tener el mismo significado clínico de la angina típica ya descrita.
- d. Si hay evidencia documentada de isquemia silente o que se limite la actividad física para prevenir el malestar, dolor de pecho, esta información debe considerarse conjuntamente con toda otra evidencia disponible para determinar si se puede adjudicar el caso por equivalencia (igualar listado).
- e. El malestar de pecho de origen isquémico-miocárdico es usualmente causado por enfermedad de las arterias coronarias. Sin embargo, un malestar isquémico puede ser causado por condiciones no debidas a enfermedades de las arterias no coronarias, tales como estenosis aortica severa, cardiomiopatía hipertrófica, hipertensión pulmonar o anemia. Estas condiciones deben ser distinguidas de las enfermedades de las arterias coronarias, porque los criterios de evaluación, manejo y pronóstico (duración) pueden ser diferentes a los de las enfermedades de las coronarias.
- f. Pueden ocurrir incomodidades, dolores de pecho de origen no isquémico, como resultado de otras condiciones cardiacas, tales como pericarditis y prolapso de la válvula mitral. Condiciones no cardiacas pueden también producir síntomas parecidos al de la isquemia miocárdica. Estas condiciones incluyen desórdenes del tracto gastrointestinal, tales como espasmos esofágicos, esofagitis, hernia hiatal, enfermedad del tracto biliar, gastritis, úlcera péptica, pancreatitis y síndrome musculoesqueletal, tal como espasmo

de la pared muscular, síndrome de la pared del pecho (especialmente, después de cirugía para un puente de las coronarias) costochondritis y artritis cervical o dorsal. La hiperventilación también puede simular un malestar isquémico. Tales desórdenes deben ser considerados antes de concluir que el malestar o dolor de pecho es de origen miocárdico isquémico.

#### **4. Enfermedad arterial periferal**

El grado del impedimento se basa en la sintomatología, hallazgos físicos, estudios de Doppler antes y después de una prueba de ejercicio usual o por hallazgos angiográficos.

Los requisitos para la evaluación de la enfermedad arterial periférica en el código 4.12B se basan en la razón de la presión arterial sistólica en el tobillo a la presión arterial sistólica en la arteria braquial, tomada en la posición supina al mismo tiempo. Técnicas para obtener la presión sistólica sanguínea del tobillo, incluyen Doppler arterial, estudios Pletismográficos u otras técnicas.

El código 4.12B1 es alcanzado cuando el promedio de la presión sanguínea sistólica del tobillo braquial en descanso, es menos de 0.50. El código 4.12B2 ofrece criterios adicionales para la evaluación del impedimento arterial periferal basado en pruebas de ejercicios cuando el promedio de la presión sanguínea sistólica del tobillo/brachial es 0.50 ó por encima de ésta. La decisión de obtener estudios de ejercicios debe basarse en una evaluación de la evidencia clínica existente, pero los estudios de ejercicios raramente se ordenan cuando el promedio o la razón de la presión arterial sistólica al descanso del tobillo/ sobre la presión sistólica braquial está en o sobre 0.80.

El resultado del estudio de ejercicio debe describir el nivel de ejercicio, por ejemplo, velocidad y grado de elevación de la polea rodante, síntomas durante el ejercicio, duración de éste, razón para detenerlo, si no se alcanzó el grado de ejercicio esperado, la presión arterial en el tobillo y en otros lugares pertinentes, medidos después del ejercicio y el tiempo requerido para que la presión sanguínea sistólica retornara hacia, o al nivel del pre-ejercicio.

La aplicación de los criterios del código 4.12B puede estar limitado en individuos que tengan marcada calcificación esclerótica (Enfermedad de Monckeberg) de las arterias periferales, o marcada enfermedad de los vasos sanguíneos pequeños asociados con diabetes mellitus.



#### 4.01 Categorías de impedimentos, sistema cardiovascular

4.02 Fallo cardíaco, crónico, mientras está bajo un régimen de tratamiento prescrito (ver 4.00A si no hay un régimen de tratamiento prescrito), con uno de los siguientes:

- A. Agrandamiento cardíaco documentado por técnicas apropiadas de imagen (Ej. Una razón cardiotorácica mayor de 0.50 en una radiografía anteroposterior del pecho con buen esfuerzo inspiratorio o diámetro ventricular diastólico de o mayor de 5.5 cm en eco cardiografía bidimensional) y que impida llevar a cabo cualquier actividad física, y con síntomas de expulsión cardíaca inadecuada (disminución fracción de eyección) congestión edema pulmonar, congestión edema sistémico o síndrome anginoso en descanso (Ej., fatiga persistente o recurrente, disnea ortopnea, incomodidad anginosa); o
- B. Agrandamiento e hipertrofia persistente del ventrículo izquierdo documentada por ambos:
  - 1. Extensión de la sombra cardíaca(ventrículo izquierdo) a la columna vertebral en una radiografía de pecho lateral izquierda; y
  - 2. ECG demostrando duración de la onda QRS de menos de 0.12 segundos con Sv1 más Rv5 (Rv6) de 35 mm o más y Onda – T de bajo voltaje difásicas o invertidas en las derivaciones con Onda R altas; o
- C. Envolvimiento persistente del corazón tipo mitral, documentado por agrandamiento atrial izquierdo demostrado por una sombra doble en una radiografía anteroposterior de pecho, o (distorsión característica de un esófago lleno con líquido de bario) y cualesquiera de:
  - 1. ECG demostrando una Onda QRS con duración de menos de 0.12 segundos con Sv1 más Rv5 (o, Rv6) de 35 mm o más, y segmento de ST deprimido más de 0.5 mm y Onda-T baja difásica, o invertidas en derivaciones con Onda R alta; o
  - 2. En el ECG hipertrofia del ventrículo derecho con Onda R de 5.0 mm o, mayor, en V1 y disminución progresiva en amplitud de Onda R/S desde V1 hasta V5, o, V6; o

D. Agrandamiento cardíaco documentado por técnicas de imagen apropiadas, o, disfunción ventricular manifestado por S3, (galope) movimiento anormal de la pared ventricular izquierda o una fracción de expulsión del ventrículo izquierdo de 30 por ciento o menos determinado por técnicas de imagen apropiadas; o

1. Imposibilidad de realizar en una prueba de ejercicio una carga equivalente 5 MET'S o menos, debido a síntomas de fallo cardíaco crónico o, en raras circunstancias, la necesidad de detener la prueba de ejercicio por debajo de este nivel de trabajo debido a:

a. Tres o más prematuros ventriculares consecutivos o tres o más latidos prematuros multiformes (multifocales); o

b. Fallo en aumentar la presión sanguínea sistólica en 10mmHg, o, caída de la presión sistólica bajo el nivel obtenido al descanso; o

c. Signos atribuidos a una perfusión cerebral inadecuada, tales como marcha atáxica o confusión mental; y

2. Resultando en limitación marcada de la actividad física, manifestada por fatiga, palpitación, disnea o angina en actividad física ordinaria, aunque el individuo esté asintomático al descanso.

E. Cor pulmonale llenando completando los criterios del código 4.02A o, B.

4.03 Enfermedad cardiovascular hipertensiva. Evaluar bajo 4.02 o, 4.04, o bajo el criterio del sistema orgánico afectado (2.02 al 2.04, 6.02, o 11.04A o B.)

4.04 Enfermedad Cardíaca Isquémica: con malestares – dolor de pecho asociados a isquemia del miocardio mientras está en un régimen de tratamiento prescrito (ver 4.00A si no está bajo tratamiento) con uno de los siguientes:

A. Signos o síntomas que limitan la Prueba de ejercicio demostrando por lo menos una de las siguientes manifestaciones a un equivalente de carga de trabajo 5 MET's o menos;

1. Depresión horizontal o en bajada del segmento ST en la ausencia de terapia con digital y/o hypokalemia de por lo menos 0.10 milivoltios (-1.0 mm) en por lo menos tres complejos consecutivos que están a nivel de la línea de base en cualquier derivación (que no sea AVR) y que tenga un desarrollo típico de isquemia en curso y resolución (progresión de una depresión horizontal o descendente de ST con ejercicio y que

persista la depresión de al menos  $-0.10$  milivoltios durante 1 minuto de la recuperación.); o

2. Depresión de la Unión, depresión del segmento ST de 2.0 mm ( $-0.2$  milivoltios o más) que ocurre después del punto de unión J, (unión de onda S con onda T) durante el ejercicio y se mantiene deprimido por lo menos 0.08 segundos después de la unión J, (la llamada depresión en subida lenta del segmento ST) y que es claramente discernible persistente en por lo menos 1 minuto de la recuperación o en 2 complejos consecutivos que están a nivel de una línea base en cualquier derivación, excepto AVR – y en ausencia de terapia con Digital o hipokalemia; o
  3. Elevación del segmento ST sobre la línea de base al descanso de por lo menos milivoltio (1mm) durante ambos: durante el ejercicio y durante 3 ó más minutos del periodo de recuperación en derivaciones electrocardiográficas con onda R y T bajas en esas derivaciones que demuestren el desplazamiento del segmento ST; o
  4. Fallo en elevar la presión arterial sistólica en 10 mmHg, o disminución de la presión arterial sistólica bajo el nivel clínico usual al descanso; o
  5. Un defecto de perfusión reversible documentado con una prueba radio nuclear con Thallium 201, durante un nivel de ejercicios equivalente a 5 METS o menos; o
- B. Alteración en la función del miocardio, documentada por la evidencia de hipoquinesia, aquinesia o disquinesia del movimiento de la pared libre del miocardio o de la pared del septum (pared interventricular) con una fracción de expulsión de 30% o menos. Dando como resultado en una marcada limitación de la actividad física manifestándose en fatiga, palpitaciones, disnea o malestar anginoso, aunque el individuo esté asintomático al descanso; o
- C. En la ausencia de un informe de la prueba de ejercicios aceptable, uno de los siguientes:
1. Un infarto del miocardio transmural exhibiendo un patrón QS, o una Onda Q con amplitud de por lo menos  $1/3$  de la Onda R y con duración de 0.04 segundos o más. (Si estas Ondas Q están presentes solamente en la derivación III y AVF, se requiere que se haga y rotule un trazado en inspiración profunda de estas dos derivaciones y que dichas Q persistan en ellas,); o

2. Hallazgos en un ECG en reposo que presente depresión del segmento ST tipo isquémico 0.5 mm o más, de depresión en cualquiera de las derivaciones:
    - a. L1, VL y, V6; o
    - b. derivaciones II – III VF; o
    - c. V3 hasta V6
  3. ECG en reposo que demuestre configuraciones isquémicas o de lesiones recientes en curso con elevación del segmento ST de 2mm o más, en cualquiera de:
    - a. las derivaciones IAVL y V6; o
    - b. en derivaciones II-III VF; o
    - c. derivaciones de V3-V6
  4. Hallazgos en ECG al descanso, demostrando inversión simétrica de Onda T de 5.0mm o más, en cualquiera de dos derivaciones, excepto derivaciones III, o a VR, o V1, o V2; o
  5. Inversión de Onda T a 1.0mm o más, en cualquier derivación I, II a VL, V2 a V6 y Onda R de 5.0mm o más, en a VL y Onda R mayor que la Onda S en derivación a VF
- D. Enfermedad de las arterias coronarias demostrado por Angiografía no comparada por la Agencia, con ambos 1 y 2
1. Evidencia angiográfica que revele:
    - a. 50 por ciento o más de reducción del tronco de la arteria coronaria izquierda principal, no operada, sin puentes; o
    - b. 70 por ciento o más de estrechamiento de otra arteria coronaria no operada; o
    - c. 50 por ciento o más de reducción que envuelva un segmento largo mayor de un 1cm de una arteria coronaria no operada; o
    - d. 50 por ciento o más de reducción de por lo menos dos arterias coronarias no operadas; o
    - e. Obstrucción total de un vaso ya operado (arteria con puente) y

2. Que ocasione una limitación marcada de la actividad física, dando lugar a fatigas, palpitaciones, disnea o malestar anginoso durante la actividad física ordinaria, aunque el individuo esté confortable al descanso.
- 4.05 Arritmias recurrentes, no relacionadas a causas reversibles, tales como anormalidades electrolíticas, o a toxicidad con drogas antiarrítmicas, o con digital resultando en episodios repetidos incontrolables de síncope cardiaco a pesar de tratamiento prescrito (ver 4.00A si no lo hay) documentado por electrocardiografía al descanso o ambulatorio (Holter) coincidiendo con la ocurrencia de un síncope, cerca a un síncope.
  - 4.06 Enfermedad cardiaca congénita, sintomática (cianótica o no cianótica), documentada por técnica de imagen apropiadas o cateterismo cardiaco, con uno de los siguientes:
    - A. Cianosis en descanso y:
      1. Hematocrito de 55 por ciento o más; o
      2. Saturación de la sangre arterial con O<sub>2</sub> de menos de 90% en el aire de la habitación o el PO<sub>2</sub> arterial (presión O<sub>2</sub>) en descanso de 60 Torr o menos; o
    - B. Desvío intermitente de derecha a izquierda resultando en cianosis al ejercicio (Ej. fisiología de Eisenmenger) y con PO<sub>2</sub> arterial de 60 Torr o menos en un equivalente de carga de trabajo de 5 MET's o menos; o
    - C. Fallo cardiaco con evidencia de disfunción ventricular, como se describe en 4.02; o
    - D. Arritmias recurrentes como descritas en 4.05; o
    - E. Enfermedad Pulmonar Vascular Obstructiva Secundaria, con una presión arterial pulmonar media elevada a por lo menos 70% de la presión arterial sistémica promedio.
  - 4.07 Enfermedad valvular del corazón u otros defectos estenóticos o regurgitación valvular, documentadas por técnicas de imagen o cateterización cardiaca. Evaluar bajo los criterios en 4.02, 4.04, 4.05 u 11.04.
  - 4.08 Cardiomiopatías, documentadas por técnicas de imagen apropiadas o cateterización cardiaca. Evaluar bajo el criterio 4.02, 4.04, 4.05 u 11.04.
  - 4.09 Transplante cardiaco. Dar una incapacidad de tres años después de cirugía; luego reevaluar el deterioro residual bajo 4.02 hasta 4.08.

4.10 Aneurisma de la aorta o ramas principales, debido a cualquier causa (por ejemplo, aterosclerosis, necrosis cística medial, síndrome de Marfan, trauma), demostrado por una técnica de imagen apropiada. Con uno de los siguientes:

- A. Disección aguda o crónica no controlada por tratamiento médico-quirúrgico; o
- B. Fallo cardíaco crónico según se describe en 4.02; o
- C. Fallo renal como descrito bajo el código 6.02; o
- D. Complicaciones neurológicas como se describen bajo 11.04.

4.11 Insuficiencia venosa crónica de una extremidad inferior, con incompetencia u obstrucción del sistema venoso profundo y una de las siguientes:

- A. Edema indurado de 2/3 partes o más de la pierna (s) ; o
- B. Varicosidades superficiales, dermatitis por estancamiento sanguíneo y ulceración recurrente o persistente, la cual no haya cicatrizado después de por lo menos tres meses de tratamiento médico quirúrgico.

4.12 Enfermedad arterial periferal, con uno de los siguientes:

- A. Claudicación intermitente con fallo en visualizar (en arteriograma obtenido independiente de la ASR) la arteria femoral común o la femoral profunda en una extremidad; o
- B. Claudicación intermitente con un marcado deterioro de la circulación arterial periférica determinado por estudios de Doppler, que demuestren:
  - 1. El promedio de la presión arterial sistólica del tobillo/braquial al descanso es menos de 0.50; o
  - 2. Caída de la presión arterial sistólica, en el tobillo durante una prueba de ejercicios, de un 50% o más, de los niveles pre-ejercicios y necesitando 10 minutos o más para retornar a los niveles que tenía antes de empezar la prueba.
- C. Amputación del pie a nivel o por encima de la región tarsal debido a la enfermedad arterial periférica.

## 5.00 SISTEMA DIGESTIVO

- A. Desórdenes del sistema digestivo que resulten en un impedimento marcado usualmente debido a una interferencia con la nutrición, lesiones inflamatorias recurrentes o complicaciones de desórdenes, como fístulas, abscesos u obstrucciones recurrentes. Usualmente estas complicaciones responden a tratamiento. Estas tienen que estar presente en repetidos exámenes médicos, a pesar del tratamiento, por un periodo no menor de 12 meses.
- B. Pérdida de Peso o Malnutrición debido a desórdenes gastrointestinales. Cuando esté establecido el diagnóstico del desorden primario en el tracto digestivo (Ej. pancreatitis crónica, enterocolitis, estado post resección gastrointestinal, estrechez del esófago, estenosis u obstrucción) que interfiere con la nutrición, tiene que ser considerado bajo los criterios del código 5.08. Esto va a aplicar sin importar que la pérdida de peso sea debida a un desorden primario o secundario de mal absorción, malnutrición u obstrucción.

La pérdida de peso no relacionada a condiciones del tracto digestivo, pero si a trastornos siquiátricos, condiciones endocrinas o cualquier otra condición, será evaluada bajo el código del sistema relacionado.

- C. Desviaciones quirúrgicas del tracto intestinal, incluyendo la colostomía o ileostomía, no se incluyen en los Códigos porque las mismas no representan un impedimento que limite toda actividad laboral si la persona es capaz de mantener una nutrición adecuada y buena función del estoma. El Síndrome de Dumping, que puede ocurrir luego de una resección gástrica, rara vez representa un impedimento severo que dure por doce (12) meses. La enfermedad de ulcera péptica, cuando hay recurrencia de la ulceración luego del proceso quirúrgico, por lo regular responde a tratamiento. La recurrencia de una ulcera, luego de un proceso quirúrgico final, tiene que ser demostrada por estudios de imagen consistentes de radiografías o estudios gastroscópicos, a pesar del tratamiento médico, para poder ser considerado como un impedimento severo. Existen procedimientos quirúrgicos definitivos para el tratamiento de úlceras pépticas, como lo son la vagotonía, piloroplastía y gastrectomía subtotal. El simple cierre de una úlcera perforada no constituye un proceso de terapia quirúrgica definitiva.

5.01 Códigos de Impedimentos, Sistema Digestivo

5.02 Hemorragia recurrente del tracto gastrointestinal superior, por causa indeterminada, con anemia manifestada por un hematocrito de 30 por ciento o menos en pruebas de laboratorio repetidas.

5.03 Estrechez, estenosis u obstrucción del esófago (demostrado por radiografías o endoscopia) con pérdida de peso como se describe en el 5.08.

5.04 Enfermedad de Úlcera Péptica (demostrada por radiografías o endoscopia) con:

- A. Ulceración recurrente después de cirugía definitiva, persistente a pesar de tratamiento; o
- B. Formación de fístula inoperable; o
- C. Obstrucción recurrente demostrada por radiografías o endoscopia; o
- D. Pérdida de peso como se describe en el Código 5.08.

5.05 Enfermedad Crónica del Hígado (Ej. cirrosis postnecrótica, portal o biliar, hepatitis crónica activa, Enfermedad de Wilson) con:

- A. Várices esofágicas (demostradas por radiografías o endoscopia) con historial documentado de hemorragia masiva atribuible a las mismas. Se adjudicará la incapacidad por un periodo de tres años, luego del último evento hemorrágico, y la finalizar el periodo se reevaluará el impedimento residual; o
- B. Cirugía de desvío porta-cava para várices esofágicas. Se adjudicará incapacidad por un periodo de tres años, siguiente a la cirugía, y al finalizar el periodo se reevaluará el impedimento residual; o
- C. Bilirrubina sérica de 2.0 mg por decilitro (100 ml.) o más que persista en exámenes repetidos por un periodo no menor de 5 meses; o
- D. Ascitis, no atribuible a otras causas, recurrente o persistente por un periodo de por lo menos 5 meses y demostrada por una paracentesis u otras pruebas abdominales, o asociada con una hipoalbuminemia de 3.0 gr. por decilitro (100 ml.) o menos; o



- E. Encefalopatía Hepática. Evaluada bajo el código 11.02; o
  - F. Confirmación de la presencia de enfermedad hepática crónica por una biopsia de hígado (obtenida independiente de la ASR) y una de las siguientes:
    - 1. Ascitis, no atribuible a otra causa, recurrente o persistente por un periodo no menor de tres meses, demostrada por una paracentesis u otras pruebas abdominales, o asociada a una hipoalbuminemia de 3.0 gm. por decilitro (100 ml.) o menos; o
    - 2. Bilirrubina sérica de 2.0 mg. por decilitro (100 ml.) o más en exámenes repetidos por un periodo no menor de tres meses; o
    - 3. Necrosis de las células hepáticas o inflamación persistente por un periodo no menor de tres meses, documentado por anomalías repetitivas en el tiempo de protrombina y enzimas que sean indicativas de disfunción hepática.
- 5.06 Colitis Ulcerativa Crónica o Granulomatosa (demostrada por endoscopia, enema de bario, biopsia o hallazgos operatorios) con:
- A. Sangre recurrente en la excreta documentada en exámenes repetidos y anemia manifestada por un hematocrito de 30 por ciento o menos en pruebas repetitivas; o
  - B. Manifestaciones sistémicas persistentes o recurrentes, tales como artritis, iritis, fiebre o disfunción hepática, que no sean atribuibles a otra causa; o
  - C. Obstrucción intermitente debido a un absceso, que no responda a tratamiento, o la formación de una fístula o estenosis; o
  - D. Recurrencia de los hallazgos en A, B o C después de haber sido sometido a una colectomía total; o
  - E. Pérdida de peso como se describe en el 5.08.
- 5.07 Enteritis regional (demostrada por hallazgos operatorios, estudios de bario, biopsia o endoscopia) con:
- A. Obstrucción intestinal persistente o recurrente evidenciada por dolor abdominal, distensión, náusea y vómitos y acompañada por áreas estenosadas del intestino delgado con dilatación proximal; o

- B. Manifestaciones sistémicas persistentes o recurrentes, como la artritis, iritis, fiebre, disfunción hepática, no atribuibles a otra causa; o
- C. Obstrucción intermitente debido a un absceso, que no responda a tratamiento, o la formación de una fístula; o
- D. Pérdida de peso como se describe en el 5.08.

5.08 Pérdida de peso debido a un desorden gastrointestinal persistente (los pesos que siguen a continuación tienen que haber persistido por un periodo no menor de tres meses, a pesar de tratamiento, y que se espere persista por un periodo no menor de doce meses) con:

- A. Un peso igual o menor a los valores que se especifican en las Tablas I o II; o
- B. Un peso igual o menor a los valores que se especifican en las Tablas III o IV y uno de los siguientes hallazgos anormales en exámenes repetidos:
  - 1. Albúmina sérica de 3.0 gm. por decilitro (100 ml.) o menos; o
  - 2. Hematocrito de 30 por ciento o menos; o
  - 3. Calcio sérico de 8.0 por decilitro (100 ml.) (4.0 m eq./L) o menos; o
  - 4. Diabetes Mellitus no controlada debido a disfunción pancreática con episodios repetidos de hiperglicemia, hipoglicemia o ketosis; o
  - 5. Grasa en la excreta de 7 gm. o más en una muestra de 24 horas; o
  - 6. Nitrógeno en la excreta de 3 gm. o más en una muestra de 24 horas;  
o
  - 7. Ascitis, persistente o recurrente, o edema no atribuible a otra causa.

Las Tablas de Peso reflejan malnutrición en escala de acuerdo a estatura y sexo.

Para ser usadas solamente con el Código 5.08.

TABLA I – HOMBRE

| ESTATURA SIN ZAPATOS<br>(PULGADAS) | PESO<br>(LIBRAS) |
|------------------------------------|------------------|
| 61.....                            | 90               |
| 62.....                            | 92               |
| 63.....                            | 94               |
| 64.....                            | 97               |
| 65.....                            | 99               |
| 66.....                            | 102              |
| 67.....                            | 106              |
| 68.....                            | 109              |
| 69.....                            | 112              |
| 70.....                            | 115              |
| 71.....                            | 118              |
| 72.....                            | 122              |
| 73.....                            | 125              |
| 74.....                            | 128              |
| 75.....                            | 131              |
| 76.....                            | 134              |

TABLA II – MUJER

| ESTATURA SIN ZAPATOS<br>(PULGADAS) | PESO<br>(LIBRAS) |
|------------------------------------|------------------|
| 58.....                            | 77               |
| 59.....                            | 79               |
| 60.....                            | 82               |
| 61.....                            | 84               |
| 62.....                            | 86               |
| 63.....                            | 89               |
| 64.....                            | 91               |
| 65.....                            | 94               |
| 66.....                            | 98               |
| 67.....                            | 101              |
| 68.....                            | 104              |
| 69.....                            | 107              |
| 70.....                            | 110              |
| 71.....                            | 114              |
| 72.....                            | 117              |

| ESTATURA SIN ZAPATOS<br>(PULGADAS) | PESO<br>(LIBRAS) |
|------------------------------------|------------------|
| 73.....                            | .....120         |

TABLA III - HOMBRE

| ESTATURA SIN ZAPATOS<br>(PULGADAS) | PESO<br>(LIBRAS) |
|------------------------------------|------------------|
| 61.....                            | .....95          |
| 62.....                            | .....98          |
| 63.....                            | .....100         |
| 64.....                            | .....103         |
| 65.....                            | .....106         |
| 66.....                            | .....109         |
| 67.....                            | .....112         |
| 68.....                            | .....116         |
| 69.....                            | .....119         |
| 70.....                            | .....122         |
| 71.....                            | .....126         |
| 72.....                            | .....129         |
| 73.....                            | .....133         |
| 74.....                            | .....136         |
| 75.....                            | .....139         |
| 76.....                            | .....143         |

TABLA IV - MUJER

| ESTATURA SIN ZAPATOS<br>(PULGADAS) | PESO<br>(LIBRAS) |
|------------------------------------|------------------|
| 58.....                            | .....82          |
| 59.....                            | .....84          |
| 60.....                            | .....87          |
| 61.....                            | .....89          |
| 62.....                            | .....92          |
| 63.....                            | .....94          |
| 64.....                            | .....97          |
| 65.....                            | .....100         |
| 66.....                            | .....104         |

| ESTATURA SIN ZAPATOS<br>(PULGADAS) | PESO<br>(LIBRAS) |
|------------------------------------|------------------|
| 67.....                            | .....107         |
| 68.....                            | .....111         |
| 69.....                            | .....114         |
| 70.....                            | .....117         |
| 71.....                            | .....121         |
| 72.....                            | .....124         |
| 73.....                            | .....128         |

## 6.00 SISTEMA GENITOURINARIO

- A. La determinación de la presencia de una enfermedad renal crónica debe estar basada en el historial, examen físico y resultados de laboratorio que corroboren la existencia de la enfermedad renal y en las indicaciones de su naturaleza progresiva o en la evidencia de laboratorios que demuestren deterioro de la función renal.
- B. **Síndrome Nefrótico.** La evidencia médica para establecer el diagnóstico clínico tiene que incluir una descripción de la extensión del edema en el tejido afectado, incluyendo edema pretibial, periorbital o presacral. Si existe la presencia de ascitis, efusión pleural, efusión pericárdica e hidroartrosis, también deben ser descritas. Los resultados de laboratorios pertinentes tienen que ser incluidos con la evidencia médica. Si se ha efectuado alguna biopsia renal, se debe incluir copia del resultado del examen microscópico del espécimen. Complicaciones tales como hipotensión ortostática severa, infecciones recurrentes o trombosis venosa deben ser evaluadas en base al impedimento resultante de las mismas.
- C. **Hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante de riñón.** Cuando un individuo esté recibiendo diálisis periódica debido a una enfermedad crónica renal, la severidad del impedimento se reflejará en los resultados de la función renal antes del comienzo de la diálisis.

La cantidad de función que se restituya y el tiempo que requiera para que ocurra una mejoría en un individuo que haya sido sometido a un trasplante renal va depender de varios factores, incluyendo la suficiencia de la función renal post trasplante, incidencia y severidad de infecciones renales, incidencia de las crisis de rechazo, la presencia de complicaciones sistémicas (anemia, neuropatía, etc.) y los efectos secundarios de corticoesteroides o de los agentes inmunosupresores. Un periodo de convalecencia de por lo menos veinticuatro meses es requerido antes de poder determinar que la persona ha alcanzado una mejoría estable en su condición.

Los desórdenes y complicaciones asociados deben ser evaluados de acuerdo al código del sistema corporal apropiado.

6.01 Códigos de Impedimentos, Sistema Genitourinario

6.02 Impedimento de la función renal debido a cualquier enfermedad renal crónica que se espera dure doce (12) meses (Ej; enfermedad hipertensiva vascular, nefritis crónica, nefrolitiasis, enfermedad poliquística, hidronefrosis bilateral, etc.) con:

- A. Hemodiálisis crónica o diálisis peritoneal necesarias debido a fallo renal irreversible; o
- B. Transplante de riñón. Se adjudicará incapacidad por veinticuatro meses, después de la fecha de cirugía, y luego de concluido el periodo se evaluará el impedimento residual (ver 6.00C); o
- C. Elevación persistente de la creatinina sérica a 4 mg. por decilitro (100 ml.) o más o reducción de la depuración de creatinina a 20 ml. por minuto (29 litros/24 horas) o menos por un periodo no menor de tres meses, con uno de los siguientes:
  - 1. Osteodistrofia renal manifestada por dolor severo en los huesos y anormalidades apropiadas en las pruebas radiológicas (Ej; osteítis fibrosa, osteoporosis marcada, fracturas patológicas); o
  - 2. Un episodio clínico de pericarditis; o
  - 3. Neuropatía motora o sensorial persistente; o
  - 4. Pruritus intratable; o
  - 5. Síndrome de sobrecarga de volumen resultante en una hipertensión diastólica (110 mm.Hg. o más) o signos de congestión vascular; o
  - 6. Anorexia persistente, con pérdida reciente de peso, y que el peso actual llene los valores que se contemplan en el Código 5.08 tablas III o IV; o
  - 7. Un hematocrito persistente de 30 por ciento o menos.

6.06 Síndrome nefrótico con anasarca significativa persistente por lo menos tres meses a pesar de tratamiento médico con:

- A. Albúmina sérica de 3.0 gr. por decilitros (100 ml.) o menos y una proteinuria de 3.5 gm. o más en 24 horas ; o
- B. Proteinuria de 10.0 gm. o más en 24 horas.

## 7.00 **SISTEMA HEMÁTICO Y LINFÁTICO**

- A. Un impedimento causado por anemia deberá ser evaluado de acuerdo a la habilidad del individuo para ajustarse a la reducida capacidad de transporte de oxígeno en la sangre.

Una reducción gradual de la masa de células rojas, aún a valores muy bajos, es a veces bien tolerado en individuos con un sistema cardiovascular saludable.

- B. Cronicidad es el término que se aplica cuando la persistencia de la condición ha sido de por lo menos tres meses. Los hallazgos de laboratorio exigidos en el código deberán reflejarse en los resultados de más de un examen en un periodo no menor de tres meses.

- C. **Enfermedad Drepanocítica (Sickle Cell)** se refiere a una anemia hemolítica crónica asociada con hemoglobina drepanocítica (Sickle Cell), ya sea homocigótica o en combinación con Talasemia o con otra hemoglobina anormal (tal como C o F).

Evidencia hematológica apropiada para enfermedad drepanocítica, tal como electroforesis de la hemoglobina, deberá ser incluida. Los episodios vaso-oclusivos o aplásicos deberán ser documentados con descripción de severidad, frecuencia y duración.

Episodios viscerales mayores incluyen Meningitis, Osteomielitis, infecciones pulmonares o infartos, accidentes cerebrovasculares, fallo cardiaco congestivo, envolvimiento genitourinario, etc.

- D. **Defectos de coagulación.** Los desórdenes crónicos de coagulación heredados deberán ser documentados con la evidencia de laboratorio apropiada. La terapia profiláctica, tales como la concentración de hemoglobina antihemofílica (AHG), por sí misma, no implica severidad.

- E. **Leucemia aguda.** El diagnóstico inicial de Leucemia aguda deberá estar basado en evidencia patológica definitiva de la médula ósea.

La recurrencia de la enfermedad puede ser documentada por exámenes de sangre periférica, médula ósea o líquido cerebro espinal y el informe patológico deberá ser incluido. La fase aguda de leucemia mielocítica crónica (granulocítica) deberá ser considerada bajo los criterios para Leucemia aguda.

El código 7.11 contiene el periodo de tiempo designado para la adjudicación de la incapacidad. Una vez finalizado el periodo, el diagnóstico por sí solo no será suficiente para continuar la incapacidad y el nivel de impedimento residual deberá ser evaluado en base a la nueva evidencia médica.

7.01 Códigos de Impedimentos, Sistema Hemático y Linfático.

7.02 Anemia crónica (hematocrito persistente de 30% o menos debido a cualquier causa) con:

- A. una o más transfusiones de sangre en un promedio de por lo menos una vez cada tres meses; o
- B. evaluación del impedimento resultante bajo el criterio para el sistema que esté afectado.

7.05 Enfermedad Drepanocítica (Sickle Cell) o una de sus variantes con:

- A. Crisis dolorosa (trombocítica) documentada que ocurran por lo menos dos veces durante los cinco meses previos a la adjudicación; o
- B. Que requiera hospitalización extendida (mas allá del cuidado de emergencia) de al menos tres veces durante el periodo de 12 meses antes de la adjudicación; o
- C. Anemia crónica severa con persistencia de un hematocrito de 30% o menos; o
- D. Evaluar el impedimento resultante bajo los criterios para el sistema del sistema afectado.

7.06 Trombocitopenia crónica (debido a cualquier causa) con contajes plaquetarios repetidos por debajo de 60,000/milímetros cúbicos con:

- A. Al menos una hemorragia espontánea requiriendo transfusión de sangre durante los cinco meses previos a la adjudicación; o



B. Sangrado intracraneal dentro de 12 meses previos a la adjudicación.

- 7.07 Telangectasia hereditaria con hemorragia requiriendo transfusión al menos dos veces durante los cinco meses previos a la adjudicación.
- 7.08 Defectos de coagulación (hemofilia o un desorden similar) con hemorragia espontánea requiriendo transfusión de sangre al menos tres veces durante cinco meses previos a la adjudicación.
- 7.09 Policetemia Vera con eritrocitosis, esplenomegalia y leucocitosis o trombocitosis. Se evalúa el impedimento resultante bajo el criterio para el sistema afectado.
- 7.10 Mielofibrosis (síndrome mieloproliferativo) con:
- A. Anemia crónica. Evaluar de acuerdo al código 7.02; o
  - B. Infecciones bacterianas sistémicas recurrentes documentadas que ocurran al menos dos veces durante los cinco meses previos a la adjudicación; o
  - C. Dolor de hueso con evidencia radiológica de Osteosclerosis.
- 7.11 Leucemia Aguda. Adjudicar una incapacidad por 3 años a partir del momento del diagnóstico inicial y al finalizar el periodo se evaluará el impedimento residual en base a la nueva evidencia médica.
- 7.12 Leucemia Crónica. Evaluar de acuerdo a los códigos 7.02, 7.06, 7.10B, 7.11, 7.17 o 12.06A.
- 7.13 Linfomas. Evaluar bajo el código 12.06A.
- 7.14 Macroglobulinemia o Enfermedad de cadena pesada confirmada por electroforesis de proteínas en suero u orina o inmuno-electroforesis. Evaluar el impedimento bajo los criterios para el sistema afectado o bajo los códigos 7.02, 7.06 o 7.08.
- 7.15 Granulocitopenia Crónica (debido a cualquier causa) con ambos A y B
- A. Contajes neutrofílicos absolutos repetidos por debajo de 1,000 células/milímetro cúbico; y
  - B. Infecciones Bacterianas sistémicas recurrentes documentadas, que ocurran al menos dos veces durante los cinco meses previos a la adjudicación.

7.16 Mieloma (confirmado por electroforesis apropiada de proteínas séricas o urinarias y hallazgos de médula ósea) con:

- A. Evidencia radiológica de involucrimiento óseo con dolor resistente al tratamiento; o
- B. Evidencia de impedimento renal como se describe en el código 6.02; o
- C. Hipercalcemia con niveles séricos persistentemente mayores de 11 mg por decilitro (100 ml) de por lo menos un mes de duración a pesar de la terapia prescrita; o
- D. Células plasmáticas (100 o más células/milímetro cúbico) en la sangre periférica.

7.17 Anemias Aplásticas o malignidades hematológicas (excluyendo Leucemias agudas) con transplantes de médula ósea. Adjudicar incapacidad por 24 meses después del trasplante y luego de finalizado el término se evalúa acuerdo a las características primarias del impedimento residual.

## **8.00 PIEL**

- A. Las lesiones de piel pueden resultar en un impedimento severo y de larga duración si envuelven áreas corporales extensas o críticas, como son las manos o pies, y si las mismas son resistentes a tratamiento médico. Estas lesiones tienen que persistir por un periodo de tiempo suficiente, a pesar del tratamiento, para poder hacer una presunción de que el impedimento va a durar por un periodo de doce meses o más. El tratamiento para algunas de estas enfermedades de la piel pueden requerir el uso de altas dosis de drogas con posibles efectos secundarios adversos. Estos efectos secundarios deben ser considerados cuando se evalúe el cuadro general del impedimento.
- B. Cuando las lesiones de la piel estén asociadas con enfermedades sistémicas que sean el problema predominante, la evaluación de la condición se hará bajo los criterios del código apropiado. El lupus eritematoso diseminado (sistémico) y la escleroderma usualmente envuelven más de un sistema y deben ser evaluados bajo los códigos 13.02 y 13.04. Las lesiones neoplásicas de la piel deben evaluarse bajo el 12.00. Cuando las lesiones de la piel (incluyendo las producidas por quemaduras) estén asociadas a contracturas o a la limitación de movimiento de una articulación, éstas deben ser evaluadas bajo el 1.00.

#### 8.01 Códigos de Impedimentos, Piel

8.02 Dermatitis exfoliativa, ictiosis y eritroderma ictiosiforme con lesiones extensas que no respondan a tratamiento médico.

8.03 Pénfigo, eritema multiforme bulloso, pénfigo bulloso y dermatitis herpetiforme con lesiones extensas que no respondan a tratamiento médico.

8.04 Infecciones micóticas profundas con lesiones extensas, ulcerativas o fungoides, que no respondan a tratamiento médico.

8.05 Psoriasis, dermatitis atópica y deshidrosis con lesiones extensas, incluyendo envolvimiento de las manos o pies, que impongan una marcada limitación de función y que no respondan a tratamiento médico.

8.06 Hidradenitis supurativa y acné conglobado con lesiones extensas que envuelvan la axila o el área perineal y que no respondan a tratamiento médico y/o quirúrgico.

### 9.00 SISTEMA ENDOCRINO Y OBESIDAD

**Causas de impedimento.** El impedimento es causado por una sobre o baja producción hormonal resultando en cambios estructurales o funcionales en el cuerpo.

Cuando ocurra el envolvimiento de otro sistema como resultado de un desorden endocrino primario, éstos impedimentos deberán ser evaluados de acuerdo a los criterios de los códigos apropiados. La obesidad mórbida de larga duración usualmente está asociada con desórdenes de los sistemas musculoesquelético, cardiovascular, periferovascular y pulmonar y la ocurrencia de éstos es la mayor causa del impedimento a nivel del código. La obesidad extrema produce una restricción impuesta por el peso del cuerpo, en adición a las restricciones impuestas por disturbios en otros sistemas. El criterio para articulaciones de soporte de peso en el código 9.09A, se refiere a la columna lumbosacral y las articulaciones del código 1.03.

#### 9.01 Códigos de Impedimentos, Sistema endocrino y Obesidad

9.02 Desórdenes tiroideos con

- A. exoftalmos progresivo, según medido por exoftalmometría; o
- B. evaluación del impedimento resultante bajo los criterios del sistema afectado.

9.03 Hiperparatiroidismo con

- A. decalcificación ósea generalizada, comprobada mediante estudios de radiografía, y elevación del calcio sérico a 11 mg. por decilitro o más; o
- B. un impedimento resultante. Evaluar de acuerdo a los criterios del código del sistema afectado.

9.04 Hipoparatiroidismo con

- A. tetania severa recurrente; o
- B. convulsiones generalizadas recurrente; o
- C. Cataratas lenticulares. Evaluar bajo los criterios en 2.00.

9.05 Insuficiencias neurohipofisarias (diabetes insípida) con gravedad específica de la orina de 1.005 o menor, que persista al menos tres meses, y deshidratación recurrente.

9.06 Hiperfunción de la corteza adrenal. Evaluar los impedimentos resultantes bajo los criterios del sistema afectado.

9.08 Diabetes Mellitus con:

- A. Neuropatía demostrable por desorganización significativa y persistente de la función motora en dos extremidades, resultando en un disturbio sostenido de los movimientos diestros y ordinarios o de la marcha y postura (ver el 10.00C); o
- B. Acidosis, que ocurra al menos en un promedio de un episodio cada tres meses, documentada por pruebas de química sanguínea apropiadas (pH, pCO<sub>2</sub> o niveles de bicarbonato); o
- C. Amputación a nivel o sobre la región tarsal debido a necrosis diabética o enfermedad arterial periférica; o

D. Retinitis proliferativa. Evaluar el impedimento visual bajo los criterios del 2.02, 2.03 ó 2.04.

9.09 Obesidad con peso igual o mayor que los valores especificados en la Tabla I para varones, y Tabla II para féminas (100 por ciento sobre el nivel deseado) y uno de los siguientes:

- A. Historial de dolor y limitación de movimientos, en cualquier articulación de soporte de peso o de la columna lumbosacral, (al examen físico) asociado con hallazgos de artritis en las articulaciones afectadas o columna lumbosacral en técnicas de imagen médicamente aceptables; o
- B. Hipertensión arterial con presión diastólica persistente en exceso de 100mm Hg, medido con un manguillo de tamaño apropiado; o
- C. Historial de fallo cardíaco congestivo manifestado por evidencia pasada de congestión vascular, tal como hepatomegalia, edema periférico o edema pulmonar, disfunción del ventrículo izquierdo clase III ó IV según NYHS; o
- D. Insuficiencia venosa crónica con varicosidades superficiales en una extremidad inferior, dolor al soporte del peso y edema persistente; o
- E. Enfermedad respiratoria con una capacidad vital total forzada igual o menor de 2.0 L. o un nivel de hipoxemia en descanso igual o menor que los valores especificados en la Tabla III A.

Tabla I – Hombres

Tabla II – Mujeres

| Estatura sin zapatos<br>(centímetros) | Peso<br>(kilogramos) | Estatura sin zapatos<br>(centímetros) | Peso<br>(kilogramos) |
|---------------------------------------|----------------------|---------------------------------------|----------------------|
| 152                                   | 112                  | 142                                   | 95                   |
| 155                                   | 115                  | 145                                   | 96                   |
| 157                                   | 117                  | 147                                   | 99                   |
| 160                                   | 120                  | 150                                   | 102                  |
| 163                                   | 123                  | 152                                   | 105                  |
| 165                                   | 125                  | 155                                   | 107                  |
| 168                                   | 129                  | 157                                   | 110                  |
| 170                                   | 134                  | 160                                   | 114                  |
| 173                                   | 137                  | 163                                   | 117                  |
| 175                                   | 141                  | 165                                   | 121                  |
| 175                                   | 141                  | 165                                   | 121                  |

| Estatura sin zapatos<br>(centímetros) | Peso<br>(kilogramos) | Estatura sin zapatos<br>(centímetros) | Peso<br>(kilogramos) |
|---------------------------------------|----------------------|---------------------------------------|----------------------|
| 178                                   | 145                  | 168                                   | 125                  |
| 180                                   | 149                  | 170                                   | 128                  |
| 183                                   | 153                  | 173                                   | 132                  |
| 185                                   | 157                  | 175                                   | 135                  |
| 188                                   | 162                  | 178                                   | 139                  |
| 190                                   | 165                  | 180                                   | 143                  |
| 193                                   | 170                  | 183                                   | 146                  |

Tabla I – Hombre

Tabla II – Mujeres

| Estatura sin zapatos<br>(pulgadas) | Peso<br>(libras) | Estatura sin zapatos<br>(pulgadas) | Peso<br>(libras) |
|------------------------------------|------------------|------------------------------------|------------------|
| 60                                 | 246              | 56                                 | 208              |
| 61                                 | 252              | 57                                 | 212              |
| 62                                 | 258              | 58                                 | 218              |
| 63                                 | 264              | 59                                 | 224              |
| 64                                 | 270              | 60                                 | 230              |
| 65                                 | 276              | 61                                 | 236              |
| 66                                 | 284              | 62                                 | 242              |
| 67                                 | 294              | 63                                 | 250              |
| 68                                 | 302              | 64                                 | 258              |
| 69                                 | 310              | 65                                 | 266              |
| 70                                 | 318              | 66                                 | 274              |
| 71                                 | 328              | 67                                 | 282              |
| 72                                 | 336              | 68                                 | 290              |
| 73                                 | 346              | 69                                 | 298              |
| 74                                 | 356              | 70                                 | 306              |
| 75                                 | 364              | 71                                 | 314              |
| 76                                 | 374              | 72                                 | 322              |

Tabla III – A

(Aplicable a pruebas en sitios de 3,000 pies de altura sobre el nivel del mar)

| PCO2 Arterial<br>(mm. Hg) y | PO2 Arterial<br>Igual o menor de<br>(mm. Hg) |
|-----------------------------|----------------------------------------------|
| 30 o por abajo              | 65                                           |
| 31                          | 64                                           |
| 32                          | 63                                           |
| 33                          | 62                                           |
| 34                          | 61                                           |
| 35                          | 60                                           |
| 36                          | 59                                           |
| 37                          | 58                                           |
| 38                          | 57                                           |
| 39                          | 56                                           |
| 40 o sobre                  | 55                                           |

## 10.00 SISTEMA NEUROLÓGICO

A. **Desórdenes convulsivos.** En los desórdenes convulsivos, sin considerar la etiología, el grado de severidad será determinado conforme al tipo, frecuencia, duración y secuela de las convulsiones.

Al menos una descripción detallada de una convulsión típica será requerida y deberá incluir la presencia o ausencia de "auras", mordidas de lengua, control de esfínteres y lesiones asociadas con el ataque y los fenómenos postictales. El médico que rinda el informe deberá indicar hasta donde la descripción de la convulsión refleja sus propias observaciones y las fuentes de información auxiliar. Los testimonios de otras personas, a parte del reclamante, son esenciales para la descripción del tipo y la frecuencia de las convulsiones, si la observación profesional no está disponible. La documentación de epilepsia deberá incluir al menos un electroencefalograma (EEG). Bajo el código 10.02 y 10.03, los criterios podrán ser aplicables solo si el impedimento persiste a pesar de que el individuo esté siguiendo el tratamiento anticonvulsivo prescrito.

La adhesión a una terapia anticonvulsiva prescrita podrá ser determinada ordinariamente de los hallazgos clínicos objetivos del informe del médico que al presente provea el tratamiento. Los resultados de los niveles sanguíneos de 'phenitoin sodium' (Dilantin) u otra droga anticonvulsiva podrán servir para indicar si el medicamento prescrito se está tomando o no. Cuando las convulsiones ocurren a la frecuencia que se especifica en los códigos 10.02 y 10.03, la evaluación de la severidad del impedimento tiene que tener en cuenta los niveles séricos de la droga. Si los niveles séricos resultan terapéuticamente inadecuados, se deberá dar consideración a si esto es causado por una idiosincrasia individual en la absorción o en el metabolismo de la droga. Los niveles sanguíneos deberán ser evaluados en conjunto con toda la evidencia para determinar el grado de anuencia al tratamiento. Cuando el resultado de los niveles sanguíneos del medicamento sean bajos, entonces, la información obtenida de la fuente de tratamiento deberá incluir la opinión médica de por qué los niveles están bajos y el resultado de cualquier estudio de diagnóstico relevante que se refiera a niveles sanguíneos. Cuando se consigue un control adecuado de las convulsiones solo con dosis extraordinariamente grandes de la droga, la posibilidad del daño resultante por los efectos secundarios del medicamento deberá también ser analizada. Si la documentación demuestra que el uso de alcohol o drogas afecta el adherirse a la terapia prescrita o pueda contribuir a la precipitación de las convulsiones, esto también deberá ser considerado en el análisis global del nivel de severidad de la condición.

- B. **Tumores cerebrales.** El diagnóstico de tumores cerebrales malignos tiene que estar establecido y la persistencia del tumor será evaluada bajo los criterios descritos en el 12.00 B y C para enfermedades neoplásicas. En tumores histológicamente malignos, el diagnóstico patológico, por sí mismo, será el criterio decisivo para la severidad y duración esperada (ver 10.05A). Para otros tumores del cerebro, la severidad y la duración del impedimento será determinada en base a los síntomas, signos y los hallazgos de laboratorios pertinentes (10.05B).
- C. La desorganización persistente de la función motora en forma de paresis o parálisis, temblor u otros movimientos involuntarios, ataxia o disturbios sensoriales (cualquiera o todos de los cuales podrían deberse a disfunción cerebral, cerebral, tallo del cerebro, cordón espinal o de los nervios periféricos), que ocurran individualmente o en varias combinaciones, frecuentemente proveen la base única parcial para tomar una decisión en casos de impedimentos neurológicos.



La evaluación del impedimento depende del grado de interferencia con la locomoción y/o con el uso de los dedos, manos y brazos.

D. En condiciones que son de carácter episódico, tales como esclerosis múltiple o miastenia grave, se deberá dar consideración a la frecuencia y duración de las exacerbaciones, duración de las remisiones y los residuales permanentes.

E. **Esclerosis Múltiple.** Los criterios principales para evaluar los impedimentos causados por esclerosis múltiple se discuten en el código 10.09. El párrafo A provee criterios para evaluar la desorganización de la función motora y hace referencia al código 10.04B (10.04B entonces refiere al 10.00C). El párrafo B provee referencias a otros códigos para impedimentos visuales o mentales causados por esclerosis múltiple. El párrafo C provee criterios para evaluar impedimentos en individuos que no tengan debilidad muscular u otra desorganización significativa de la función motora en descanso, pero que si desarrollan debilidad muscular en actividad como resultado de fatiga.

El uso de los criterios del código 10.09C va a depender de:

1. documentación del diagnóstico de esclerosis múltiple;
2. obtener una descripción de la fatiga muscular considerada característica de esclerosis múltiple;
3. obtener evidencia de que el sistema actualmente se ha fatigado. La evaluación de la magnitud del impedimento deberá considerar el grado de ejercicio y la severidad de la debilidad muscular resultante.

El uso del criterio en el 10.09 tiene que ver con las anormalidades motoras que ocurren en actividad física. Si la desorganización motora está presente en descanso, entonces el párrafo A deberá ser usado teniendo en consideración cualquier aumento en la debilidad motora resultante de la actividad física. Pueden ocurrir anormalidades sensoriales particularmente envolviendo la agudeza visual central. La disminución de la agudeza visual puede ocurrir después de periodos cortos de actividad envolviendo visión de cerca, tal como el leer.

Esta disminución en la agudeza visual puede no ser persistente cuando se finaliza una actividad específica, como sucede con el descanso, pero podemos predecir su reproducción al reanudar la actividad. El impedimento de la agudeza visual central en estos casos deberá ser

evaluado en el código 2.02, tomando en consideración el hecho de que la agudeza visual fluctuará (aumentará y disminuirá).

Aclarar la evidencia en relación a la disfunción del sistema nervioso central responsable por los síntomas podría requerir el apoyo de evidencia técnica del impedimento funcional, tales como pruebas de potenciales evocados durante ejercicio.

## **F. Lesiones traumáticas del cerebro**

Las guías para evaluar los impedimentos causados por traumas cerebrales se encuentran en el código 10.18. Este establece que dichos traumas deben ser considerados bajo los códigos 10.02, 10.03, 10.04 y 11.02 según corresponda.

Estos traumas pueden dar lugar a una gran variedad de signos y síntomas post traumáticos como resultado de impedimentos neurológicos y mentales. El grado y tiempo de recuperación es altamente variable y difícil de predecir en los primeros meses post trauma. Generalmente los trastornos neurológicos se estabilizan más rápido que los mentales. A veces da la impresión de una mejoría del trastorno mental para luego empeorar. En otras ocasiones se observa un trastorno muy severo inicialmente para luego mejorar marcadamente durante los meses subsiguientes. Por tanto, los hallazgos iniciales no reflejan el grado de severidad final. La severidad real del impedimento no podrá ser establecida hasta seis meses post trauma.

En algunos casos la evidencia del impedimento neurológico profundo es suficiente para adjudicar una incapacidad dentro de los primeros tres meses post trauma. De no ser así, se debe posponer la evaluación hasta obtener evidencia del impedimento mental y/o neurológico por lo menos tres meses post trauma. Si aún así, los hallazgos no son establecidos, se debe esperar tres meses adicionales para la adjudicación. Luego del período total de seis meses, se evaluará completamente cualquier impedimento neurológico y/o mental para decidir la adjudicación.

### **10.01 Códigos de Impedimentos, Sistema Neurológico**

- 10.02 Epilepsia de convulsiones motoras mayores (grand mal o psicomotoras) documentada por EEG y por una descripción detallada de un patrón de convulsión típica, incluyendo todos los fenómenos asociados y que ocurran con más frecuencia que una vez al mes a pesar de seguir, al menos, tres meses de tratamiento prescrito con:

- a. episodios diurnos de ataques convulsivos y pérdida de conciencia; o
- b. episodios nocturnos manifestando residuales que interfieran significativamente con su actividad durante el día.

10.03 Epilepsia de convulsiones motoras menores (petit mal, psicomotoras o focales) documentada por EEG y por una descripción detallada de un patrón de convulsión típica, incluyendo todos los fenómenos asociados, y que ocurran con más frecuencia que una vez por semana a pesar de seguir, al menos tres meses, el tratamiento prescrito. Con alteración del estado de alerta o pérdida de la conciencia y manifestaciones postictales transitorias de conducta poco habitual o interferencia significativa con la actividad durante el día.

10.04 Accidente cerebrovascular con uno de los siguientes que persista tres meses o más posterior al accidente:

- A. Afasia sensorial o motora resultando en habla o comunicación inefectiva; o
- B. Desorganización persistente y significativa de la función motora en dos extremidades resultando en disturbios sostenidos de los movimientos diestros y ordinarios o de la marcha y postura (ver 10.00C).

#### 10.05 **TUMORES CEREBRALES**

- A. Gliomas malignos (Astrocitoma, grados III y IV, y Glioblastoma multiforme), Meduloblastoma, Ependimoblastoma, o Sarcoma primario; o
- B. Astrocitoma (grado I y II), Meningioma, tumores pituitarios, Oligodendroglioma, Ependimoma, Clivus Chordoma y tumores benignos. Evaluar bajo los códigos 10.02, 10.03, 10.04A o B, ó 11.02.

10.06 Síndrome de Parkinson con signos de rigidez significativa, bradikinesia o temblor en dos extremidades que, por sí solos o en combinación, resulten en un trastorno sostenido de los movimientos diestros u ordinarios o de la marcha y la postura.

10.07 Perlesía cerebral con:

- a) IQ (coeficiente de inteligencia) de 70 o menos; o

- b) patrones de conducta anormal, tales como ser destructivo o inestabilidad emocional; o
  - c) interferencia significativa en la comunicación debido a defectos del habla, audición o visuales; o
  - d) desorganización en la función motora como se describe en el 10.04B.
- 10.08 Lesiones del cordón espinal o de la raíz nerviosa, debido a cualquier causa, con desorganización de la función motora como se describe en el código 10.04B.
- 10.09 Esclerosis Múltiple con:
- a) desorganización de la función motora como se describe en el 10.04B; o
  - b) impedimento visual o mental como se describe bajo los códigos 2.02, 2.03, 2.04 o 11.02.; o
  - c) fatiga significativa de la función motora con debilidad muscular sostenida en actividad repetitiva, demostrada en el examen físico, como resultado de disfunción neurológica en áreas del sistema nervioso central conocidas por estar patológicamente envueltas en el proceso de Esclerosis Múltiple.
- 10.10 Esclerosis Lateral Amiotrófica con:
- a) signos bulbares significativos; o
  - b) desorganización de la función motora como se describe en el 10.04B.
- 10.11 Poliomiелitis anterior con:
- a) dificultad persistente al deglutir o respirar; o
  - b) hablar ininteligible; o
  - c) desorganización de la función motora como se describe en el 10.04B.
- 10.12 Miastenia Gravis con:
- a) dificultad significativa en el habla, deglutir o respirar mientras esté en tratamiento prescrito; o

- b) debilidad motora significativa de los músculos de las extremidades al movimiento repetido en contra de la resistencia en actividad mientras esté en terapia prescrita.
- 10.13 Distrofia muscular con desorganización de la función motora como se describe en el 10.04B.
- 10.14 Neuropatías periféricas con desorganización de la función motora, como se describe en el 10.04B, a pesar del tratamiento prescrito.
- 10.15 Tabes Dorsal con:
- a) crisis tabética que ocurra más frecuente que una vez al mes; o
  - b) caminar atáxico o de base ancha causando restricción significativa del movimiento y evidenciado por signos apropiados de la columna posterior.
- 10.16 Degeneración subaguda combinada del cordón espinal (anemia perniciosa) con desorganización de la función motora como se describe en el 10.04B o 10.15B y que no haya mejorado significativamente con el tratamiento prescrito.
- 10.17 Enfermedad degenerativa que no esté mencionada en ningún código, tal como Corea de Huntington, Ataxia de Friedreich y degeneración espino- cerebelar con:
- a) desorganización de la función motora como se describe en el código 10.04B o 10.15B; o
  - b) síndrome cerebral crónico. Evaluar bajo el Código 11.02.
- 10.18 Trauma cerebral, evaluar bajo los códigos 10.02, 10.03, 10.04 y 11.02, según apliquen.
- 10.19 Siringomielia con
- a) signos bulbares significativos; o
  - b) desorganización de la función motora como se describe en el código 10.04B

## 11.00 TRASTORNOS MENTALES

### A. Introducción

La evaluación de incapacidad como consecuencia de un trastorno mental, requiere la documentación de uno o más impedimentos médicamente determinados, así como también considerar el grado de limitación que tales impedimentos pueden imponer en la habilidad de un individuo para trabajar, y si estas limitaciones han durado o se espera que duren por un período continuo no menor de doce meses.

Los códigos de los trastornos mentales han sido organizados en nueve categorías diagnósticas: trastornos mentales orgánicos (11.02); esquizofrenia, paranoia y otros trastornos psicóticos (11.03); trastornos afectivos (11.04); retardación mental (11.05); trastornos de ansiedad (11.06); trastornos sematoformes (11.07); trastornos de la personalidad (11.08); trastornos relacionados con el uso de sustancias adictivas (11.09) y trastorno autista y otros trastornos generalizados del desarrollo (11.10).

Cada grupo diagnóstico, excepto el 11.05 y 11.09, presenta una descripción de los trastornos incluidos en el mismo. Los criterios del párrafo A exponen el conjunto de hallazgos médicos necesarios y el párrafo B expone el conjunto de limitaciones funcionales relacionadas con el impedimento. Hay criterios funcionales adicionales (criterios del párrafo C) en los códigos 11.02, 11.03, 11.04 y 11.06, que se discutirán más adelante.

Se evaluarán los criterios del párrafo B antes de utilizar los criterios del párrafo C. Los criterios del párrafo C se evaluarán solamente si no se satisfacen los criterios del párrafo B. Un impedimento se considerará debidamente codificado si la descripción diagnóstica en el párrafo introductorio y los criterios de los párrafos A y B (o A y C cuando sea apropiado) del impedimento codificado han sido satisfechos.

Los criterios del párrafo A documentan médicamente la presencia de un trastorno mental en particular. Los síntomas, signos y hallazgos de laboratorio de los criterios del párrafo A o de cualquiera de los códigos en esta sección, no pueden considerarse aisladamente del trastorno mental descrito al comienzo de cada uno de los diferentes códigos. Los impedimentos deben ser analizados o revisados bajo las categorías mentales indicadas por los hallazgos médicos. Sin embargo, también se pueden considerar impedimentos mentales bajo los códigos de condiciones físicas, usando el concepto de equivalencia médica, cuando el trastorno mental resulta en una disfunción física (Ej. el código 11.00D12 relacionado con la

evaluación de la anorexia nerviosa y otros trastornos de la conducta alimentaria).

Los criterios incluidos en los párrafos B y C describen limitaciones funcionales que son incompatibles con la habilidad para realizar cualquier trabajo remunerativo. Las limitaciones funcionales en los párrafos B y C tienen que ser el resultado del trastorno mental manifestado por los hallazgos clínicos que se especifican en el párrafo A.

La estructura del código para retardo mental (11.05) es diferente de la de los otros códigos de trastornos mentales. El código 11.05 contiene un párrafo introductorio con la descripción diagnóstica de retardo mental. También contiene cuatro grupos de criterios (párrafo A hasta D). Si un impedimento satisface la descripción diagnóstica del párrafo introductorio y cualquiera de los cuatro grupos de criterios, se podrá concluir que dicho impedimento satisface los requisitos de ese código.

Los párrafos A y D contienen criterios que describen trastornos de tal severidad que impiden realizar cualquier actividad remunerativa y que no necesitan evaluaciones adicionales sobre sus limitaciones funcionales.

En el párrafo C se evaluará el grado de limitación funcional que imponen los impedimentos adicionales para determinar si los mismos limitan en una forma significativa la habilidad física o mental para realizar trabajos remunerativos básicos. Si estos impedimentos adicionales no causan limitaciones severas, se concluirá que los mismos no imponen una limitación adicional y significativa en las funciones relacionadas directamente con el trabajo, incluso si la persona no puede hacer su trabajo anterior por causa de las características especiales de dicho trabajo. El párrafo D contiene los mismos criterios funcionales que se requieren bajo el párrafo B de los códigos de los otros trastornos mentales.

La estructura del código para los trastornos por el uso de sustancias adictivas (11.09) es diferente a la de los códigos de los restantes trastornos mentales. El código 11.09 se diseña como uno de referencia, es decir, servirá únicamente para indicar cuáles de los otros impedimentos mentales o físicos se utilizará para evaluar los cambios físicos o de conducta que sean el resultado del uso regular de sustancias adictivas.

Los códigos de los trastornos mentales están diseñados de tal manera que no se pueda esperar, razonablemente, que una persona que llene o iguale cualquiera de estos, pueda realizar alguna actividad remunerativa. Estos códigos son solamente ejemplos de trastornos mentales comunes considerados como suficientemente severos para impedir que una persona

pueda realizar alguna actividad remunerada. Cuando hay un impedimento mental severo médicamente determinable, pero que no satisface la descripción diagnóstica o los requisitos de los criterios del párrafo A del código aplicable, la evaluación de los criterios de los párrafos B y C es crítica para determinar su equivalencia médica.

## **B. Evidencia médica necesaria**

La existencia de una incapacidad médicamente determinable y con la duración requerida, se debe establecer mediante la evidencia médica, que debe constar con los signos clínicos, síntomas y análisis de laboratorio, incluyendo los hallazgos de las pruebas psicológicas. Los síntomas son la descripción que hace el propio interesado de su impedimento físico o mental. Los signos psiquiátricos son los fenómenos médicamente demostrables que indican la presencia de anomalías psicológicas específicas, por ejemplo, trastornos de la conducta, desarrollo, ánimo, pensamiento, memoria, orientación o percepción, tal como se describe en la literatura médica especializada. Los síntomas y signos generalmente se agrupan para constituir los trastornos mentales descritos en los códigos. Los síntomas y signos pueden ser episódicos o continuos, dependiendo de la naturaleza del trastorno.

## **C. Evaluación de la severidad**

La severidad se evalúa en términos de las limitaciones funcionales que impone el trastorno mental médicamente determinable. Se evaluarán las limitaciones funcionales utilizando los cuatro criterios del párrafo B de cada código descritos a continuación:

1. Actividades del diario vivir, que incluyen las actividades adaptables, tales como limpiar, comprar, cocinar, usar la transportación pública, pagar las cuentas, mantener una residencia, cuidar apropiadamente la higiene y la apariencia personal, usar el teléfono y su directorio, usar las oficinas del correo, etc. En el contexto de la situación general del individuo, la calidad de estas actividades se juzga por su independencia, propiedad, efectividad y su realización en forma sostenida. Es necesario definir su alcance, es decir, hasta donde el individuo tiene la suficiente capacidad para iniciar y participar en las diferentes actividades de una manera independiente, sin supervisión o dirección.
2. Funcionamiento social se refiere a la capacidad del individuo para interaccionar independiente, apropiada, efectiva y continuamente con otras personas. El funcionamiento social incluye la habilidad para llevarse



bien con otros, tales como miembros de la familia, amigos, vecinos, empleados de tiendas de comestibles, propietario del inmueble, chóferes de guaguas, etc. Los impedimentos en el funcionamiento social se pueden demostrar mediante un historial de altercados, desahucios, despidos, miedo a los extraños, rehuir las relaciones interpersonales, aislarse socialmente, etc. Las fortalezas en el funcionamiento social pueden ser documentadas por la habilidad que el individuo demuestra para iniciar contactos sociales con otras personas, comunicarse claramente con otros, interaccionar y participar activamente en reuniones de grupos, etc. Las actitudes de cooperación, consideraciones hacia otros, crear conciencia sobre los sentimientos de las personas y la madurez social, también deben ser consideradas. El funcionamiento social en el ambiente del trabajo pueden incluir las interacciones con el público, las respuestas apropiadas a las personas de autoridad (Ej. supervisores) o la actitud de cooperación hacia los compañeros de trabajo.

3. Concentración, persistencia y ritmo se refiere a la habilidad para sostener la atención y concentración en una manera suficientemente prolongada que permita completar a tiempo y satisfactoriamente las funciones que se realizan comúnmente en su ambiente laboral. Las limitaciones en la concentración, persistencia y ritmo se observan mejor en el lugar de trabajo, pero también pueden manifestarse en otros ambientes y situaciones. Además, las limitaciones mayores en esta área pueden evaluarse frecuentemente mediante exámenes clínicos o pruebas psicológicas. Siempre que sea posible, el examen mental y las pruebas psicológicas deberán ser complementadas con otras evidencias que estén disponibles.

En el examen del estado mental, la concentración se evalúa mediante tareas, tales como pedirle al sujeto que reste en series de siete y tres empezando en 100. En los exámenes psicológicos de inteligencia o memoria, la concentración se evalúa mediante la realización de tareas que requieran el uso de la memoria a corto plazo o a través de tareas que tienen que ser completadas dentro de unos límites de tiempo ya establecidos. Para evaluar la concentración, persistencia y ritmo en el trabajo, se examina la habilidad de la persona para realizar actividades usuales en un ambiente laboral, como archivar documentos y tarjetas, localizar números telefónicos o desarmar y armar objetos. Las fortalezas y debilidades en las áreas de concentración y atención pueden ser discutidas en términos de la habilidad para trabajar a un ritmo consistente por períodos de tiempo aceptables hasta completar la tarea, y de la habilidad para repetir una serie de actos necesarios para alcanzar una meta u objetivo.

Tenemos que ser muy cuidadosos a la hora de llegar a conclusiones sobre la habilidad o incapacidad para completar tareas bajo las presiones normales del trabajo, bien sea durante una jornada laboral diaria o semanal, basados en un examen del estado mental o pruebas psicológicas limitados en el tiempo, o basados en la habilidad para completar tareas en otros ambientes menos demandantes, altamente estructurados o de mayor apoyo. Tenemos que evaluar la habilidad para completar tareas examinando toda la evidencia y haciendo énfasis en cuán independiente, apropiada y efectiva es la persona para completarlas en el tiempo requerido.

4. Episodios de descompensación son exacerbaciones o aumentos transitorios de los síntomas y signos acompañados por una pérdida de las habilidades de adaptación, manifestadas por las dificultades para realizar las actividades del diario vivir, las relaciones sociales o para mantener la concentración, persistencia o ritmo. Los episodios de descompensación se pueden manifestar mediante una exacerbación de los síntomas o signos que podría ordinariamente requerir un aumento en el tratamiento, una reducción de las situaciones estresantes, o una combinación de ambos. Se pueden deducir los episodios de descompensación cuando el expediente médico presenta una alteración significativa en la medicación, se documenta la necesidad de un sistema de apoyo psicológico más estructurado (Ej. hospitalización, centros de cuidado diurno o una casa con normas muy metódicas y directivas) o con alguna otra información relevante en el expediente médico relacionada con la existencia, severidad y duración del episodio.

El término "episodios repetidos de descompensación", cada uno de duración prolongada, se refiere a la aparición de tres episodios dentro de un año o un episodio cada cuatro meses con una duración de dos semanas, por lo menos. Si se presentan episodios con más frecuencia y menor duración, o con menos frecuencia y mayor duración, tenemos que utilizar el juicio médico para determinar si la duración y los efectos de estos episodios sobre la capacidad funcional, son de igual severidad y pueden usarse como sustitutos de los criterios del código, a modo de una decisión por equivalencia.

#### **D. Documentación**

La evaluación de una incapacidad basada en un trastorno mental, requiere la suficiente evidencia para (1) establecer la presencia de un impedimento mental médicamente determinable, (2) evaluar el grado de limitación funcional que el impedimento impone, y (3) proyectar la duración

probable del impedimento. La evidencia médica tiene que estar lo suficientemente detallada y completa con los síntomas, signos y hallazgos de laboratorio para permitir una decisión independiente. Además, se considerará la información de otras procedencias cuando se va a establecer de qué manera el impedimento afecta la habilidad para funcionar. Se tiene que tomar en cuenta toda la evidencia relevante al caso.

## **2. Fuentes de evidencia**

### **a. Evidencia médica**

Para determinar la existencia de un impedimento mental médicamente determinable, se tiene que hacer todo el esfuerzo razonable para obtener toda la evidencia médica relevante y disponible sobre dicho impedimento, incluyendo su historial y todos los documentos relacionados con los exámenes del estado mental, pruebas psicológicas, hospitalizaciones y tratamientos. Siempre que sea posible y apropiado, la evidencia examinada debe reflejar las consideraciones sobre las fuentes de información médica y de otras personas conocedoras de las actividades del diario vivir, funcionamiento social, concentración, persistencia, ritmo y episodios de descompensación de la persona a evaluar.

Además, y de acuerdo con las normas de la práctica clínica, cualquier evaluación de una fuente médica relacionada con el funcionamiento mental, debe tomar en cuenta todas las anormalidades sensoriales, motoras y de la comunicación, así como también los antecedentes étnicos y culturales de la persona.

### **b. Información del individuo**

Las personas con impedimentos mentales pueden proporcionar, frecuentemente, una descripción de sus limitaciones. La presencia de un impedimento mental no lo descarta automáticamente como fuente confiable para dar información relacionada con sus limitaciones funcionales. Siempre que esté dispuesta y capacitada para describir sus limitaciones, se deberá intentar obtenerla de dicha persona. Otras veces, puede no estar dispuesta o capacitada para ofrecer una descripción completa y precisa de las limitaciones ocasionadas por su impedimento. Por eso, se debe examinar cuidadosamente todo su relato para determinar si es consistente con la información o el patrón general del impedimento, tal como fue descrito por la evidencia

médica u otras, para determinar si se necesita información adicional de dicha persona o de otras fuentes sobre su funcionamiento.

### **c. Otras informaciones**

Otros profesionales proveedores de cuidados de la salud, como el personal de enfermería y de trabajo social psiquiátrico, pueden ofrecer una información valiosa sobre las capacidades funcionales; deberá obtenerse siempre que esté disponible y sea necesaria. De ser igualmente necesario, se debe obtener información de fuentes no médicas, tales como familiares y amistades, para completar la información sobre el funcionamiento de la persona, a fin de establecer la consistencia de la evidencia médica y la severidad del impedimento a lo largo del tiempo, como se discutió en el 11.00D2. Otras fuentes de información relacionadas con el funcionamiento incluyen, pero no se limitan, a las evaluaciones del trabajo y las notas de progreso de rehabilitación.

## **2. Necesidad de evidencia longitudinal**

El nivel de funcionamiento puede variar considerablemente a lo largo del tiempo. En un momento dado puede parecer relativamente adecuado, o a la inversa, más bien pobre. Una evaluación correcta del impedimento, tiene que tomar en cuenta estas variaciones en los niveles de funcionamiento para llegar a una determinación de la severidad a lo largo del tiempo. Por esta razón es importante obtener evidencia de fuentes confiables, que abarquen un período de tiempo suficientemente prolongado, con anterioridad a la fecha de evaluación del caso para poder establecer el grado de severidad del impedimento.

## **3. Intentos para regresar al trabajo**

Algunos individuos pueden haber intentado trabajar o pueden haber trabajado durante el tiempo pertinente a la evaluación de su incapacidad. Puede ser un intento independiente del individuo o un esfuerzo propiciado por algún centro de salud mental de su comunidad u otro programa institucional, y que ha sido de corta o larga duración. La información concerniente al comportamiento del individuo durante cualquier intento de trabajar y las circunstancias que rodean la terminación de dicho esfuerzo, son de particular utilidad a la hora de determinar la habilidad o inhabilidad para funcionar satisfactoriamente en el ambiente del trabajo. Además, se debe examinar el grado de apoyo especial que necesita para trabajar.

#### **4. Examen del estado mental**

El examen del estado mental se realiza durante la entrevista clínica y se evalúa parcialmente mientras se obtiene el historial. Un examen amplio del estado mental, incluye generalmente una descripción narrativa de la apariencia personal, conducta y habla curso del pensamiento (Ej. asociaciones laxas), contenido del pensamiento (Ej. delirios), trastornos de la percepción (Ej. alucinaciones), afecto y ánimo (Ej. tristeza, manía), estado de alerta y cognoscitivo (Ej. orientación, memoria, recuerdo, concentración, caudal de conocimientos e inteligencia), juicio e introspección. Hechos particulares del caso determinarán qué áreas específicas del examen mental se tienen que enfatizar.

#### **5. Pruebas psicológicas**

- a. La referencia a una "prueba psicológica estandarizada" indica el uso de una prueba psicológica de medición que tiene normativa, validez, confiabilidad y es administrada por un especialista cualificado. Por "cualificado" se entiende que el especialista tiene que estar legalmente licenciado o certificado en el Estado para administrar, contabilizar e interpretar los resultados y tener la preparación y experiencia para realizar la prueba.
- b. Las pruebas psicológicas son mejor consideradas como grupos estandarizados de tareas y preguntas diseñadas para obtener una serie de respuestas que fluctúen dentro de ciertos límites. Las pruebas psicológicas pueden proporcionar también otra información útil, como son las observaciones de los especialistas relacionadas con la habilidad para mantener la atención y concentración, relacionarse apropiadamente con el especialista y realizar las tareas independientemente (sin recibir ayuda o recomendaciones). Por lo tanto, un informe con los resultados de las pruebas debe incluir los datos objetivos y las observaciones clínicas.
- c. Las características sobresalientes de una buena prueba psicológica, son: (1) validez, es decir, la prueba mide lo que se supone que mida; (2) confiabilidad, es decir, los resultados obtenidos son consistentes a lo largo del tiempo cuando se repite la misma prueba; (3) uniformidad apropiada de los datos, es decir, los resultados obtenidos con un individuo pueden ser comparados con los de otros individuos o grupos de una clase similar y representativos de esa población; y (4) alcance amplio de la medición, es decir, la prueba debe medir una amplia extensión de facetas y aspectos del área que se está evaluando.

## 6. Pruebas de inteligencia

- a. Los resultados de las pruebas de inteligencia estandarizadas pueden proporcionar datos que ayuden a demostrar la presencia de una retardación mental o un trastorno mental orgánico, así como también la severidad de cualquier dificultad en las funciones cognoscitivas. Sin embargo, puesto que los resultados de las pruebas de inteligencia son solo una parte de la evaluación general, el informe narrativo que acompaña los resultados de esas pruebas, deberá comentar sobre si las puntuaciones de los cocientes intelectuales (IQ) se consideran válidas y consistentes con el historial relativo al desarrollo del individuo y con el grado de limitaciones funcionales.
- b. Los resultados de las pruebas de inteligencia estandarizadas, son esenciales para la evaluación de todos los casos de retardación mental que no estén cubiertos bajo las disposiciones del 11.05 A. Este código puede ser la base para la adjudicación de los casos en los que las pruebas de inteligencia estandarizadas no estén disponibles (Ej. cuando la naturaleza del impedimento intelectual es tal que impide realizar una prueba estandarizada precisa).
- c. Los resultados de unos IQ idénticos obtenidos en diferentes pruebas, no siempre relejan un grado similar de funcionamiento intelectual, debido a factores, tales como medias proporcionales que difieren y desviaciones estándar. Los resultados de los cocientes intelectuales (IQ) del código 11.05 reflejan los valores de las pruebas de inteligencia general que tienen una media de 100 y una desviación estándar de 15 (Ej. las series del Wechsler). Índices de inteligencia obtenidos de pruebas estandarizadas que se desvían de la media de 100 y de una desviación estándar de 15, requieren su conversión al rango de la percentila correspondiente a la población general para poder determinar el grado actual de la limitación reflejada por los resultados del IQ. En los casos donde se obtiene más de un IQ en el examen administrado, es decir, un cociente intelectual para la escala verbal, otro para la escala de ejecución manual y otro para la escala total, como los que proveen las series del Wechsler, el menor de éstos es el que se utiliza conjuntamente con el código 11.05.
- d. Generalmente, es preferible utilizar medidas de IQ que tengan un alcance amplio y que incluyan detalles para comprobar las habilidades verbales y de ejecución manual. Sin embargo, en circunstancias especiales, tales como en la evaluación de individuos con trastornos sensoriales, motores o de la comunicación, pruebas como la Escala de Inteligencia no Verbal Tercera Edición (TONI-3), la Escala

Internacional de Ejecución Leiter-Revisada (Leiter-R), o la prueba de Peabody Tercera Edición, para medir la adquisición de un vocabulario receptivo mediante láminas (PPVT-III), pueden ser utilizadas.

- e. Tenemos que considerar excepciones cuando no se dispone de una persona cualificada, por sus estudios y experiencia, para administrar e interpretar las pruebas psicológicas estandarizadas formalmente o cuando no se disponen de pruebas estandarizadas apropiadas para las raíces sociales, idiomáticas y culturales de la persona a examinar. En estos casos, el mejor índice de severidad es frecuentemente el grado del funcionamiento de adaptación y la manera en que se realizan las actividades del diario vivir y el funcionamiento social.

## **7. Pruebas de personalidad y técnicas proyectivas**

Los resultados de las pruebas de personalidad estandarizadas, como el Inventario de Personalidad Multifactorial de Minnesota-Revisado (MMPI-II), o de las pruebas proyectivas como son el Rorschach y el Test de Apercepción Temática (TAT), pueden proporcionar información útil para evaluar diferentes tipos de trastornos mentales. Estos resultados pueden ser de utilidad para evaluar una incapacidad cuando se pueden corroborar mediante otras evidencias, incluyendo los resultados de diferentes pruebas psicológicas, y la información obtenida durante el curso del examen clínico de otros profesionales de la salud y de fuentes no médicas. Cualquier inconsistencia entre los resultados de las pruebas, el historial clínico y otras observaciones, debe ser explicada mediante una descripción narrativa.

## **8. Evaluaciones neuropsicológicas**

Se pueden usar exámenes neuropsicológicos de amplio espectro para establecer la existencia y la extensión de la deficiencia de la función cerebral, particularmente en los casos relacionados con trastornos mentales orgánicos. Normalmente, estos exámenes incluyen evaluaciones sobre el hemisferio dominante, percepción y sensaciones básicas, velocidad motora y coordinación, atención y concentración, función visual-motora, memoria verbal y visual, afasia motora y sensorial, operaciones lingüísticas de orden superior, capacidad para resolver problemas, abstracción e inteligencia general. Además, se debe realizar una entrevista clínica dirigida a evaluar los rasgos patológicos que ocurren frecuentemente en los traumatismos y en las enfermedades neurológicas (Ej. labilidad emocional, trastornos del ánimo, trastornos en el control de

los impulsos, pasividad y apatía o conducta social inapropiada). El especialista debidamente entrenado para realizar estos exámenes, puede administrar una de las baterías de pruebas neuropsicológicas de amplio espectro disponibles, como son el Luria-Nebraska o el Halstead-Reitan, o una batería de pruebas seleccionadas como apropiadas para la disfunción cerebral sospechada.

## **9. Pruebas de discernimiento**

Junto con los exámenes clínicos se pueden informar los resultados de las pruebas de discernimiento (Ej. pruebas usadas para determinar lo obvio en el nivel de funcionamiento). Los instrumentos de discernimiento pueden ser útiles para descubrir impedimentos potencialmente serios, pero frecuentemente se tienen que complementar con otros datos. Sin embargo, en algunos casos los resultados de las pruebas de discernimiento muestran unas anomalías tan claras que se hace innecesario realizar otros exámenes.

## **10. Daño cerebral traumático (TBI)**

En estos casos se debe seguir la documentación y las guías de evaluación del código 10.00F.

## **11. Trastornos de ansiedad**

En los casos que incluyen agorafobia y otros trastornos fóbicos, trastornos de pánico y trastornos de estrés postraumático, la documentación de reacción de ansiedad es esencial. Se requiere, por lo menos, una descripción detallada de la reacción típica alegada. La descripción deberá incluir la naturaleza, frecuencia y duración de cualquiera de los ataques de pánico u otras reacciones, los factores precipitantes y exacerbantes y los efectos funcionales. Si la descripción es proporcionada por la fuente médica, el informe médico psicológico debe indicar en qué extensión dicha descripción refleja las observaciones personales, así como la fuente de cualquier información auxiliar.

Los relatos de otras personas que hayan observado al individuo se pueden usar para esta descripción, si la observación profesional no está disponible.



## **12. Trastornos de la conducta alimentaria**

En los casos relacionados con anorexia nerviosa y otros trastornos de la conducta alimentaria, las primeras manifestaciones pueden ser mentales o físicas, dependiendo de la naturaleza y extensión del trastorno. Cuando la limitación funcional primaria es física (Ej. cuando una pérdida severa de peso, junto con los hallazgos clínicos asociados, son la causa principal de inhabilidad para trabajar) podemos evaluar el impedimento bajo el código apropiado del sistema afectado. Por supuesto, se tiene que considerar cualquier aspecto mental de dicha limitación, a menos que se pueda hacer una determinación completamente favorable o una decisión basada en los impedimentos físicos solamente.

### **E. Impedimentos mentales crónicos**

Suelen existir problemas particulares al evaluar impedimentos mentales en individuos que tienen historiales extensos de hospitalizaciones repetidas o de tratamientos ambulatorios prolongados con terapias de sostén y medicamentos. Por ejemplo, individuos con trastornos orgánicos crónicos, psicóticos o con trastornos afectivos, comúnmente tienen sus vidas estructuradas de tal modo que pueden minimizar el estrés y reducir sus signos y sus síntomas. Estos individuos pueden estar más imposibilitados para trabajar que lo que sus signos y síntomas indican. Los resultados de una sola evaluación puede que no describan adecuadamente la habilidad sostenida de estos individuos para funcionar. Por lo tanto, es vital la revisión de toda la información pertinente relacionada con su condición, especialmente en los momentos en que el estrés es mayor. Hay que intentar obtener una información descriptiva adecuada de todas las fuentes que han tratado al individuo recientemente o en el período de tiempo relevante a la decisión.

### **F. Efectos de los ambientes estructurales**

Particularmente, en los casos que envuelven trastornos mentales crónicos, la sintomatología visible puede ser controlada o atenuada por factores psicosociales, tales como la ubicación en un hospital, en facilidades de cuidado diurno u otros ambientes que provean una estructura similar. Ambientes altamente estructurados y de apoyo, pueden ser encontrados también en el propio hogar. Tales ambientes pueden reducir grandemente las demandas mentales en el individuo. Al reducir las demandas mentales, la sintomatología y los signos observables del trastorno mental subyacente pueden ser minimizados. A la misma vez, es posible que la habilidad del individuo para funcionar fuera de ese ambiente tan estructurado y de apoyo no haya cambiado. Si la

sintomatología se controla o atenúa mediante los factores psicosociales, entonces se tiene que considerar la habilidad de estas personas para funcionar fuera de los ambientes altamente estructurados. Por estas razones, los criterios del párrafo C fueron incluidos en los códigos 11.02, 11.03 y 11.04. El criterio del párrafo C del código 11.06, refleja la singularidad de la agorafobia, un trastorno de ansiedad manifestado por un miedo irresistible a salir del hogar.

## **G. Efectos de la medicación**

Se debe prestar atención a los efectos que los medicamentos ejercen sobre los signos, síntomas y las habilidades para funcionar. Mientras que los medicamentos usados para modificar las funciones psicológicas y los estados mentales pueden controlar ciertas manifestaciones primarias de un trastorno mental, como son las alucinaciones, la atención disminuida, inquietud o hiperactividad, tales tratamientos pueden no afectar todas las limitaciones funcionales impuestas por el trastorno mental. En los casos donde la sintomatología manifiesta se reduce con tales medicamentos, se debe prestar una atención particular a las restricciones funcionales que puedan persistir. Estas restricciones se consideran al evaluar la severidad del impedimento (ver los criterios del párrafo C en los códigos 11.02, 11.03, 11.04 y 11.06). Los medicamentos usados en el tratamiento de algunas enfermedades mentales, pueden causar mareos, embotamiento afectivo u otros efectos secundarios que pueden envolver diferentes sistemas del cuerpo. Estos efectos secundarios deben ser considerados al evaluar la severidad del impedimento en general.

## **H. Efectos del tratamiento**

Algunos individuos con trastornos mentales crónicos, no sólo pueden mejorar sus síntomas con el tratamiento adecuado, sino que también pueden regresar a un nivel de funcionamiento cercano al de su estado premórbido. El tratamiento puede o no ayudar a alcanzar el nivel de adaptación adecuado para realizar actividades remunerativas sustanciales de forma sostenida (ver los criterios del párrafo C de los códigos 11.02, 11.03, 11.04 y 11.06).

### **11.01 Códigos de Impedimentos, Trastornos Mentales**

**11.02 Trastornos Mentales Orgánicos:** Anormalidades psicológicas o de la conducta asociadas con una disfunción del cerebro. Los historiales, exámenes físicos o pruebas de laboratorio demuestran la presencia de un factor orgánico específico que se considera etiológicamente relacionado al estado mental anormal y a la pérdida de las habilidades funcionales previamente adquiridas.

El nivel de severidad requerido para estos trastornos se alcanza cuando se satisfacen los requisitos de los párrafos A y B o cuando los requisitos del párrafo C son satisfechos con:

A. Demostración de la pérdida de habilidades cognoscitivas específicas o de cambios afectivos y la persistencia médicamente documentada, de por lo menos uno de los siguientes:

1. Desorientación en tiempo y lugar; o
2. Impedimento de la memoria, tanto a corto (inhabilidad para aprender nueva información)
3. Disturbios de la percepción o del pensamiento (Ej. alucinaciones, delirios); o
4. Cambios en la personalidad; o
5. Disturbios en el ánimo; o
6. Habilidad emocional (Ej. arranques explosivos del humor, llanto repentino) e impedimento en el control de los impulsos; o
7. Pérdida de la habilidad intelectual previamente medida de por lo menos 15 puntos del Cociente Intelectual de los niveles permórbidos o un índice del impedimento global claramente enmarcado dentro de los límites de severidad en las pruebas neuropsicológicas, como el Luria-Nebraska, Halstead-Reitan; y

B. Resultando por lo menos en dos de las siguientes:

1. Restricciones marcadas en las actividades del diario vivir; o
2. Dificultades marcadas para mantener la concentración, persistencia o ritmo; o episodios repetidos de descompensación de duración prolongada; o

C. Historial médicamente documentado de un trastorno mental orgánico, de por lo menos dos (2) años de duración, que haya causado más de una limitación mínima en la habilidad para realizar actividades laborales básicas, y con unos síntomas y signos actualmente disminuidos mediante la medicación o el apoyo psicosocial; y uno de los siguientes:

1. Episodios repetidos de descompensación de duración prolongada; o
2. Una enfermedad residual que ha terminado en un ajuste marginal, de tal grado que un aumento mínimo en las demandas mentales o cambios en el medio ambiente podrían ocasionar una descompensación en el individuo; o
3. Historial actual, de un año o más de inhabilidad para funcionar fuera de un ambiente altamente protegido y con una indicación de que necesita mantenerse en dicho ambiente continuamente.

#### 11.03 Esquizofrenia, Paranoia y otros Trastornos Psicóticos

Están caracterizados por el comienzo de rasgos psicóticos con un deterioro de los niveles de funcionamiento previos. El nivel de severidad requerido para estos trastornos se alcanza cuando los requisitos en A y B son satisfechos o cuando se satisfacen los requisitos en C.

- A. Persistencia médicamente documentada, tanto de forma continua o episódica, de uno o más de los siguientes:
1. Delirios o alucinaciones; o
  2. Comportamiento catatónico o marcadamente desorganizado; o
  3. Incoherencia, asociaciones laxas, pensamiento ilógico o pobreza en el contenido del habla si se asocia con uno de los siguientes:
    - a. Afecto embotado; o
    - b. Afecto llano; o
    - c. Afecto inapropiado; o
  4. Retraimiento emocional y/o aislamiento; y
- B. Que resulten por lo menos en dos de las siguientes:
1. Restricciones marcadas en las actividades del diario vivir; o
  2. Dificultades marcadas para mantener el funcionamiento social; o

3. Dificultades marcadas para mantener la concentración, persistencia o ritmo; o
  4. Episodios repetidos de descompensación de duración prolongada: o
- C. Historial médicamente documentado de una esquizofrenia crónica, paranoia u otro trastorno psicótico, de por lo menos dos (2) años de duración, que haya causado más que una limitación mínima en la habilidad para realizar actividades laborales básicas, y con unos síntomas o signos actualmente disminuidos mediante la medicación o el apoyo psicosocial; y uno de los siguientes:
1. Episodios repetidos de descompensación con duración prolongada cada uno; o
  2. Residuales de la enfermedad que resulten en un ajuste marginal de tal grado que se podría predecir que un aumento mínimo en las demandas mentales o cambios en el medio ambiente, podrían ocasionar una descompensación en el individuo; o
  3. Historial actual de un año o más de inhabilidad para funcionar fuera de un ambiente altamente protegido y con una indicación de que necesita mantenerse en dicho ambiente continuamente.

#### 11.04 Trastornos afectivos

Están caracterizados por un disturbio en el estado del ánimo que se compara por un síndrome maníaco o depresivo, total o parcial. Ánimo (mood) se refiere a una emoción prolongada que matiza toda la vida psíquica y que envuelve, usualmente, un estado de depresión o de euforia.

El nivel de severidad requerido para estos trastornos se alcanza cuando los requisitos en A y B son satisfechos o cuando se satisfacen los requisitos en C.

- A. Persistencia médicamente documentada, tanto de forma continua como episódica, de uno de los siguientes:
1. Síndrome depresivo caracterizado al menos por cuatro de los siguientes:
    - a. Anhedonia o pérdida persistente del interés en casi todas las actividades; o
    - b. Disturbios del apetito con cambios en el peso; o

- c. Disturbios en el sueño; o
  - d. Agitación o retardación psicomotora; o
  - e. Disminución de la energía; o
  - f. Sentimientos de culpa o de inutilidad; o
  - g. Dificultad en la concentración o en el pensamiento; o
  - h. Pensamientos suicidas; o
  - i. Alucinaciones, delirios o pensamiento paranoide; o
2. Síndrome maníaco caracterizado al menos por tres de los siguientes:
- a. Hiperactividad; o
  - b. Habla apresurada; o
  - c. Fuga de ideas; o
  - d. Autoestima exagerada; o
  - e. Disminución de la necesidad de dormir; o
  - f. Fácilmente distraído; o
  - g. Envolvimiento en actividades que tienen un alto potencial para producir consecuencias dolorosas que no son reconocidas como tal; o
  - h. Alucinaciones, delirios o pensamiento paranoide; o
3. Síndrome bipolar con un historial de períodos episódicos manifestados por el cuadro sintomático completo de ambos síndromes, depresivo y maníaco (actualmente caracterizados lo mismo el uno o por ambos síndromes); y
- B. Resultando por lo menos en dos de los siguientes:
- 1. Restricciones marcadas en las actividades del diario vivir; o
  - 2. Dificultades marcadas para mantener la concentración, persistencia o ritmo; o

3. Episodios repetidos de descompensación con duración prolongada; o
- C. Historial médicamente documentado de un trastorno mental orgánico crónico, de por lo menos dos (2) años de duración, que haya causado más de una limitación mínima en la habilidad para realizar actividades laborales básicas y con síntomas y signos actualmente disminuidos mediante la medicación o el apoyo psicosocial, y uno de los siguientes:
1. Episodios repetidos de descompensación con duración prolongada; o
  2. Residuales de la enfermedad que resulten en un ajuste marginal, de tal grado que se podría predecir que un aumento mínimo en las demandas mentales o cambios en el medio ambiente podrían ocasionar una descompensación en el individuo; o
  3. Historial actual de un año o más de inhabilidad para funcionar fuera de un ambiente altamente protegido, y con una indicación de que necesita mantenerse en dicho ambiente continuamente

#### 11.05 Retardación mental

Retardación mental indica un funcionamiento intelectual general significativamente inferior al promedio y presenta una deficiencia en el funcionamiento adaptable, manifestado inicialmente durante el período del desarrollo.

El nivel de severidad requerido para este trastorno se alcanza cuando los requisitos en A, B, C y D son satisfechos.

- A. Incapacidad mental evidenciada por una dependencia en otros para poder realizar las necesidades personales (Ej. ir al baño, comer, vestirse o bañarse) e inhabilidad para seguir direcciones, de forma tal que el uso de medidas estandarizadas del funcionamiento intelectual no es posible; o
- B. Un IQ (Cociente Intelectual) válido de 59 ó más en la escala verbal, de ejecución o completa; o
- C. Un IQ (Cociente Intelectual) válido entre 60 y 70 en la escala verbal, de ejecución o completa, y un impedimento mental o físico que impone limitaciones adicionales y significativas en las funciones relacionadas con el trabajo; o

D. Un IQ (Cociente Intelectual) válido entre 60 y 70 en la escala verbal, de ejecución o completa que resulta por lo menos en dos de los siguientes:

1. Restricciones marcadas en las actividades del diario vivir; o
2. Dificultades marcadas para mantener el funcionamiento social; o
3. Dificultades marcadas para mantener la concentración, persistencia o el ritmo; o
4. Episodios repetidos de descompensación de duración prolongada.

#### 11.06 Trastornos relacionados a la ansiedad

En estos trastornos la ansiedad puede ser el disturbio predominante o ser experimentada si el individuo intenta dominar los síntomas; por ejemplo, confrontando el objeto o la situación temida en un trastorno fóbico o resistiendo las obsesiones o compulsiones en los trastornos obsesivos compulsivos.

El nivel de severidad requerido para estos trastornos se alcanza cuando los requisitos en A y B son satisfechos o cuando se satisfacen los requisitos en A y C.

A. Hallazgos médicamente documentados de por lo menos uno de los siguientes:

1. Ansiedad generalizada persistente acompañada por tres de los cuatro signos o síntomas siguientes:
  - a. Tensión motora; o
  - b. Hiperactividad autonómica; o
  - c. Espera temerosa; o
  - d. Vigilancia y escudriñamiento suspicaz; o
2. Temor irracional y persistente de un objeto, actividad o situación específica que resulta en un deseo apremiante de evadir el objeto, actividad o situación temida; o
3. Ataques de pánico severos y recurrentes manifestados por un comienzo súbito e impredecible de una aprensión, miedo o terror intenso, junto a una sensación de desenlace fatal inminente y que ocurren con un promedio de por lo menos una vez a la semana; u



4. Obsesiones o compulsiones recurrentes que son una fuente de marcada angustia; o
  5. Recuerdos recurrentes e inoportunos de una experiencia traumática que son una fuente de marcada angustia; y
- B. Resultando por lo menos en dos de los siguientes:
1. Restricciones marcadas en las actividades del diario vivir; o
  2. Dificultades marcadas para mantener el funcionamiento social; o
  3. Dificultades marcadas para mantener la concentración, la persistencia o el ritmo; o
  4. Episodios repetidos de descompensación con duración prolongada; o
- C. Resultando en una inhabilidad completa para funcionar de forma independiente fuera del área del propio hogar.

#### 11.07 Trastornos somatoformes

Síntomas físicos para los que no hay hallazgos orgánicos demostrables o mecanismos fisiológicos conocidos. El nivel de severidad requerido para estos trastornos se alcanza cuando los requisitos en A y B son satisfechos.

- A. Documentado médicamente por la evidencia de uno de los siguientes:
1. Un historial de múltiples síntomas físicos de varios años de duración, empezando antes de los 30 años de edad, que han obligado al individuo a tomar medicinas frecuentemente, visitar un médico a menudo y alterar sus patrones de vida significativamente; o
  2. Disturbio no orgánico persistente de uno de los siguientes:
    - a. Visión; o
    - b. Habla; o
    - c. Audición; o
    - d. Uso de una extremidad; o

- e. Movimiento y control del mismo (Ej. trastornos de la coordinación, convulsiones psicogénicas, aquinesia, disquinesia); o
  - f. Sensación (Ej. disminuida o aumentada)
3. Interpretación irrealista de los signos o sensaciones físicas asociada con la preocupación o el convencimiento de tener una enfermedad o lesión seria; y
- B. Resultando por lo menos en dos de los siguientes:
- 1. Restricción marcada en las actividades del diario vivir; o
  - 2. Dificultades marcadas para mantener el funcionamiento social; o
  - 3. Dificultades marcadas para mantener la concentración, la persistencia o el ritmo; o
  - 4. Episodios repetidos de descompensación con duración prolongada.

#### 11.08 Trastornos de personalidad

Un trastorno de personalidad existe cuando los patrones de conducta son inflexibles, inadaptables y causan un impedimento significativo en el funcionamiento social u ocupacional o una angustia subjetiva. Rasgos característicos son típicos en el funcionamiento del individuo a lo largo de su vida y no se limitan a episodios discretos de la enfermedad.

El nivel de severidad requerido para estos trastornos se alcanza cuando los requisitos en A y B son satisfechos.

- A. Patrones de conducta inadaptable y profundamente arraigados asociados con uno de los siguientes:
- 1. Retraimiento o pensamiento autista; o
  - 2. Desconfianza u hostilidad patológicamente inapropiada; o
  - 3. Rarezas del pensamiento, percepción, habla y conducta; o
  - 4. Disturbios persistentes del ánimo o afecto; o

5. Dependencia patológica, pasividad o agresividad; o
  6. Relaciones interpersonales intensas e inestables y conducta impulsiva y perjudicial; y
- B. Resultando por lo menos en dos de los siguientes:
1. Restricción marcada en las actividades del diario vivir; o
  2. Dificultades marcadas para mantener el funcionamiento social; o
  3. Dificultades marcadas para mantener la concentración, la persistencia o el ritmo; o
  4. Episodios repetidos de descompensación de duración prolongada.

#### 11.09 Trastornos relacionados al uso de sustancias adictivas

Se incluyen los cambios de conducta o físicos asociados con el uso regular de sustancias que afectan el sistema nervioso central. El nivel de severidad requerido para estos trastornos se alcanza cuando los requisitos en cualquiera de los siguientes (desde A hasta I) son satisfechos:

- A. Trastornos mentales orgánicos; evaluar bajo el 11.02.
- B. Síndrome depresivo; evaluar bajo el 11.04.
- C. Trastorno de ansiedad; evaluar bajo el 11.06.
- D. Trastornos de personalidad; evaluar bajo el 11.08.
- E. Neuropatías periféricas; evaluar bajo el 10.14.
- F. Daño hepático; evaluar bajo el 5.05.
- G. Gastritis; evaluar bajo el 5.04
- H. Pancreatitis; evaluar bajo el 5.08.
- I. Convulsiones; evaluar bajo el 10.02 ó 10.03

#### 11.10 Trastorno autista y otros trastornos relacionados al desarrollo

Caracterizados por una deficiencia cualitativa en el desarrollo de la interacción social recíproca, en el desarrollo de las destrezas para la comunicación verbal y no verbal, y en la actividad de la imaginación. Frecuentemente hay un repertorio marcadamente restringido de las actividades e intereses, las cuales son estereotipadas y repetitivas.

El nivel de severidad requerido para estos trastornos se alcanza cuando los requisitos en A y B son satisfechos.

A. Hallazgos médicamente documentados de lo siguiente:

1. Para el trastorno autista, todos los siguientes:
  - a. Deficiencia cualitativa en la interacción social recíproca; y
  - b. Deficiencia cualitativa en la comunicación verbal y no verbal, y en la actividad de la imaginación; y
  - c. Repertorio marcadamente restringido de las actividades e intereses; o
2. Para otros relativos al desarrollo, los dos siguientes:
  - a. Deficiencia cualitativa en la interacción social recíproca; y
  - b. Deficiencia cualitativa en la comunicación verbal y no verbal, y en la actividad de la imaginación; y

B. Resultando por lo menos en dos de los siguientes:

1. Restricción marcada en las actividades del diario vivir; o
2. Dificultades marcadas para mantener el funcionamiento social; o
3. Dificultades marcadas para mantener la concentración, la persistencia o el ritmo; o
4. Episodios repetidos de descompensación con duración prolongada.

## 12.00 ENFERMEDADES NEOPLÁSTICAS MALIGNAS

### A. Introducción

Para determinar el grado de impedimento que resulta de los tumores malignos, tiene que tomarse en consideración la localización de la lesión, la histogénesis del tumor, el grado de extensión, involucramiento, la aparente eficacia y respuesta a la terapia (cirugía, irradiación, hormonas, quimioterapia, etc.) así como la magnitud de los residuales post-terapéuticos.

### C. Documentación

El diagnóstico de tumores malignos debe basarse en los síntomas, signos y hallazgos de laboratorios. En todos los casos de enfermedades neoplásicas malignas, tiene que especificarse la localización del tumor primario, las recurrencias y lesiones metastásicas.

Si se ha llevado a cabo un procedimiento quirúrgico, debe obtenerse el informe o copia de éste, así como del examen patológico macro-microscópico del espécimen obtenido o un resumen de la hospitalización o un informe del médico cirujano detallando los hallazgos de la operación y datos del examen patológico.

Para aquellos casos en los cuales no se estableció un impedimento incapacitante para cuando se comenzó la terapia, pero que el progreso de la enfermedad es obvio, la evidencia médica actualizada debe incluir copia de un examen médico reciente indicando si hay evidencia de recurrencia local o regional, si hay metástasis óseas o de tejidos blandos, así como de residuales post-terapéuticos significativos.

### D. Evaluación

Usualmente no se anticipa recurrencia o metástasis cuando un tumor maligno consiste sólo de una lesión local con metástasis a los nódulos linfáticos regionales y estos aparentemente han sido completamente removidos en la operación. Hay excepciones que son indicadas en los códigos específicos. Para propósitos adjudicativos, "metástasis distante" o "metástasis más allá de los nódulos linfáticos regionales", se refiere a metástasis más allá de las líneas de la resección radical o en bloque.

Las recurrencias locales o regionales después de una operación quirúrgica radical, o la evidencia patológica de una resección incompleta por una cirugía radical, debe ser igualada a lesiones no extirpables (excepto en los casos de

Carcinomas del Seno - código 12.09C) y para los propósitos de nuestra Administración deben ser considerados como "Inoperables".

Las Recurrencias locales o regionales después de una extirpación incompleta de un tumor localizado, y aún completamente resecable, no puede ser igualado a recurrencia después de cirugía radical.

En la evaluación de linfomas, el tipo de tejido y lugar de envolvimento no son necesariamente indicadores del grado de impedimento.

Cuando un tumor maligno ha metastatizado más allá de los nódulos linfáticos regionales, el impedimento usualmente llena los requisitos de un código específico. Excepciones son los tumores dependientes de hormonas, metástasis sensitivas a isótopos y metástasis de seminoma de los testículos que son controlados por terapia específica definitiva.

Cuando el tumor original o cualquiera metástasis aparentemente han desaparecido y no han sido evidente por 3 años o más, el impedimento no llena los criterios del código que corresponde a este sistema de órganos.

#### **D. Efectos de la Terapia**

Los residuales post - terapéuticos significativos no incluidos específicamente en la categoría de los impedimentos neoplásicos malignos, deben ser evaluados de acuerdo al sistema - orgánico afectado.

Cuando una condición incapacitante no se encuentra clasificada en uno de los Códigos de Impedimentos y no es médicamente equivalente a uno de ellos, el impacto incapacitante que esta condición produce, incluyendo aquellos causados por la terapia médica, deben ser considerados en la evaluación.

El régimen terapéutico y las respuestas adversas secundarias a la terapia pueden variar grandemente; por lo tanto, cada caso debe ser considerado individualmente. Es esencial obtener una descripción detallada del régimen terapéutico, incluyendo las drogas, medicamentos usados, dosis, frecuencia de la administración y planes para su administración continua.

También debe obtenerse la descripción de las complicaciones o alguna otra respuesta adversa a la terapia, tales como nausea, vómitos, diarrea, debilidad, desórdenes dermatológicos o reacciones-síntomas, cambios mentales o emocionales secundarios.

Ya que la severidad de los efectos secundarios y adversos de la quimioterapia anti-cáncer puede variar durante el periodo de la administración de la droga, la decisión en relación al impacto de la terapia debe basarse en un periodo suficiente de terapia para permitir una consideración adecuada.

#### **E. Comienzo de la Incapacidad**

Para establecer el inicio de la incapacidad antes que una malignidad haya sido considerada inoperable o que no responde a ningún otro medio de terapia (y que no haya evidencia previa de su existencia), se requiere un juicio médico basado en: síntomas médicos reportados, la clase, localización y extensión de la malignidad cuando esta fue detectada por primera vez.

#### **12.01 CATEGORÍA DE LOS IMPEDIMENTOS, ENFERMEDADES NEOPLÁSTICAS MALIGNAS**

#### **12.02 CABEZA Y CUELLO (EXCEPTO GLÁNDULAS SALIVARES - 12.07, 12.08 Y MANDÍBULA, MAXILAR, ORBITA O FOSA TEMPORAL - 12.11):**

- A. Inoperable; o
- B. No controlado por terapia prescrita; o
- C. Recurrente después de cirugía radical o irradiación; o
- D. Con metástasis a distancia; o
- E. Carcinoma epidermoide ocurriendo en el seno piriforme o tercio posterior de la lengua.

#### **12.03 SARCOMA DE LA PIEL**

- A. Angiosarcoma con metástasis a los ganglios linfáticos o más allá de ellos; o
- B. Miosis Fungoides con metástasis a los nódulos linfáticos regionales o con involucramiento visceral.

#### **12.04 SARCOMA DE TEJIDOS BLANDOS - NO CONTROLADO POR TERAPIA PRESCRITA**

#### **12.05 MELANOMA MALIGNO**

- A. Recurrente después de extirpación extensa; o
- B. Con metástasis a piel adyacente (lesiones satélites) o en otras áreas.

#### **12.06 NÓDULOS GANGLIOS LINFÁTICOS**

- A. Enfermedad de Hodgkin o Linfoma no Hodgkin con enfermedad progresiva no controlada por terapia prescrita; o
- B. Carcinoma metastásico en un nódulo linfático (excepto por un carcinoma epidermoide en un nódulo linfático en el cuello) donde la lesión primaria no es determinada, encontrada, después de una búsqueda adecuada; o
- C. Carcinoma epidermoide en un nódulo linfático en el cuello no respondiendo a terapia prescrita.

#### **12.07 GLÁNDULAS SALIVARES - CARCINOMA O SARCOMA CON METÁSTASIS MÁS ALLÁ DE LOS NÓDULOS LINFÁTICOS REGIONALES, NO CONTROLADO POR TRATAMIENTO PRESCRITO**

#### **12.08 SENOS**

- A. Carcinoma inoperable; o
- B. Carcinoma inflamatorio; o
- C. Carcinoma recurrente ; o
- D. Metástasis distante al carcinoma del seno (carcinoma del seno bilateral, sincrónico o metacrónico, es usualmente primario en cada seno); o
- E. Sarcoma con metástasis en cualquier lugar.

#### **12.10 SISTEMA ESQUELETAL (EXCLUYENDO EL DE LA MANDÍBULA)**

- A. Tumores malignos primarios con evidencia de metástasis y no controlado por terapia prescrita; o



- B. Carcinoma metastásico al hueso donde el tumor primario no es detectado después de una búsqueda adecuada.

#### **12.11 MANDIBULA, MAXILAR, ÓRBITA O FOSA TEMPORAL**

- A. Sarcoma de cualquier tipo con metástasis; o
- B. Carcinoma del antro con extensión a la orbita o al seno etmoidal o seno esfenoidal, o con metástasis regional o distante; o
- C. Tumores orbitales con extensión intracraneal; o
- D. Tumores de la fosa temporal con perforación del cráneo y envolvimiento meníngeo; o
- E. Adamantinoma con infiltración orbital o intracraneal; o
- F. Tumores del Saco de Rathke con infiltración o metástasis a la base del cráneo.

#### **12.12 CEREBRO O CORDÓN ESPINAL**

- A. Carcinoma metastásico al cerebro o cordón espinal
- B. Evaluar otros tumores bajo el criterio descrito en los códigos 11.05 y 11.08.

#### **12.13 PULMONES**

- A. No extirpable o con extirpación incompleta; o
- B. Recurrencia o metástasis después de la extirpación; o
- C. Carcinoma de células Avena (célula pequeña); o
- D. Carcinoma de célula escamosa, con metástasis más allá de los nódulos linfáticos del hilio; o
- E. Otros de tipos histológicos de carcinomas, incluyendo los tipos no diferenciados y tipos de células mixtas (pero excluyendo el carcinoma de célula avena, 12.13C y carcinoma de célula escamosa 12.13 D), con metástasis a los nódulos linfáticos del hilio.

#### **12.14 PLEURA Y MEDIASTINO**

- A. Mesoteliomas malignos de la pleura; o
- B. Tumores malignos metastáticos a la pleura; o
- C. Tumor maligno primario del mediastino no controlado por terapia prescrita.

#### **12.15 ABDOMEN**

- A. Carcinomatosis generalizada; o
- B. Sarcoma celular retroperitoneal no controlado por terapia prescrita; o
- C. Ascitis con demostración de células malignas.

#### **12.16 ESTÓMAGO O ESÓFAGO**

- A. Carcinoma o sarcoma del esófago; o
- B. Carcinoma del estómago con metástasis a los nódulos linfáticos regionales o extendidos a las estructuras circundantes; o
- C. Sarcoma del estómago no controlado por terapia prescrita; o
- D. Carcinoma inoperable; o
- E. Recurrencia o metástasis después de la extirpación.

#### **12.17 INTESTINO DELGADO**

- A. Carcinoma, Sarcoma o tumor carcinoide con metástasis más allá de los nódulos linfáticos regionales; o
- B. Recurrencia del carcinoma, sarcoma o tumor carcinoide después de la extirpación; o
- C. Sarcoma no controlado por terapia prescrita.

**12.18** INTESTINO GRUESO (DESDE LA VÁLVULA ILEOCECAL HASTA EL ANO INCLUYENDO EL CANAL ANAL) CARCINOMA O SARCOMA

- A. Inoperable; o
- B. Metástasis más allá de los nódulos linfáticos regionales; o
- C. Recurrencia o metástasis después de la extirpación.

**12.19** HÍGADO O VESÍCULA BILIAR

- A. Tumores malignos primarios o metastáticos del hígado; o
- B. Carcinoma de la vesícula biliar; o
- C. Carcinoma de los ductos biliares.

**12.20** PÁNCREAS

- A. Carcinoma excepto carcinoma de las células de los Islotes de Langerhans; o
- B. Carcinoma de las Células de los Islotes inoperable y fisiológicamente activo.

**12.21** CARCINOMA DE LOS RIÑONES, DE LAS GLÁNDULAS ADRENALES O DE LOS URETERES

- A. Inoperable; o
- B. Con diseminación hematógena a sitios distantes; o
- C. Con metástasis a los nódulos linfáticos regionales.

**12.22** CARCINOMA DE LA VEJIGA URINARIA – CON:

- A. Infiltración más allá de la pared de la vejiga; o
- B. Metástasis a los nódulos linfáticos regionales; o

- C. Inoperable; o
- D. Recurrencia después de cistectomía total; o
- E. Evaluar el impedimento renal después de la cistectomía total bajo el criterio del código 6.02.

**12.23 CARCINOMA DE LA GLÁNDULA PROSTÁTICA NO CONTROLADO POR TRATAMIENTO PRESCRITO**

**12.24 TESTÍCULOS**

- A. Coriocarcinoma; u
- B. Otros tumores malignos primarios con enfermedad progresiva no controlados por tratamiento de terapia prescrita.

**12.25 ÚTERO - CARCINOMA O SARCOMA (DEL CUERPO O DEL CUELLO DEL ÚTERO)**

- A. Inoperable o no controlado por tratamiento prescrito; o
- B. Recurrente después de histerectomía total; o
- C. Exentéresis Pélvica Total.

**12.26 OVARIOS - TODO TUMOR MALIGNO PRIMARIO O RECURRENTE CON:**

- A. Ascitis con células malignas presentes; o
- B. Infiltración no operable; o
- C. Metástasis inoperable al aumento o en algún otro lugar en la cavidad peritoneal;  
o
- D. Metástasis a distancia.

**12.27** LEUCEMIA - EVALUAR BAJO EL CRITERIO DE 7.00 FF, SISTEMA HEMICO Y LINFÁTICO

**12.28** CARCINOMAS O SARCOMAS TUBOS UTERINOS - TROMPAS FALOPIO

A. Inoperable; o

B. Metástasis a los nódulos linfáticos regionales.

**12.29** PENE CARCINOMA, CON METÁSTASIS MÁS ALLÁ DE LOS NÓDULOS LINFÁTICOS REGIONALES

**12.30** VULVA - CARCINOMA CON METÁSTASIS DISTANTE

### **13.00 SISTEMA INMUNOLÓGICO**

A. Los trastornos de este código incluyen impedimentos que envuelven deficiencias de uno o más componentes del sistema inmunológico (i.e. anticuerpos que producen células B, células asociadas con las células mediadoras de inmunidad, incluyendo linfocitos T, macrófagos y monocitos; y componentes del sistema complementario).

B. La alteración del sistema inmunológico podría resultar en el desarrollo de un desorden del tejido conectivo. Trastornos en el tejido conectivo incluyen diversos desórdenes multisistemáticos crónicos que difieren en su manifestación clínica, manejo (tratamiento) y resultados. Estos generalmente evolucionan y persisten por meses o años y pueden resultar en pérdida de habilidades funcionales, que podrían requerir periodos largos y frecuentes de evaluaciones y manejo.

La documentación necesaria para establecer la existencia de un desorden del tejido conectivo incluye el historial médico, exámenes físicos, estudios de laboratorios específicos, técnicas de imagen médicamente aceptadas y en algunas ocasiones, biopsia del tejido. Sin embargo, la Administración de los Sistemas de Retiro no comprará exámenes diagnósticos o procedimientos que pudieran envolver un riesgo significativo, tales como biopsias o angiogramas. La evidencia médica existente debe contener esta información.

Un expediente médico, de por lo menos tres meses, que demuestre que la enfermedad está activa a pesar del tratamiento prescrito durante este periodo y con la expectativa de que la misma se mantendrá activa, por lo menos doce meses, es necesario para establecer la severidad y duración del impedimento.

Para permitir la aplicación apropiada de un código, las características específicas del diagnóstico que deben ser documentadas en el expediente clínico para cada uno de los desórdenes, se han resumido en las siguientes: lupus eritematoso sistémico, vasculitis sistémica, esclerosis sistémica y escleroderma, polimiositis o dermatosiositis y desórdenes indiferenciados del tejido conectivo.

En adición a las limitaciones causadas por el desorden del tejido conectivo en sí, el efecto crónico adverso del tratamiento (Ej. Necrosis isquémica ósea relacionada con los corticoesteroides) podría resultar en pérdida funcional.

Estos desórdenes pueden impedir la realización de cualquier actividad remunerativa por razones de pérdida severa de la función de un solo órgano o sistema o la pérdida funcional en menor grado de dos o más órganos o sistemas, asociados con síntomas constitucionales significativos y signos de fatiga severa, fiebre, malestar y pérdida de peso. Utilizamos el término "severo" en estos códigos para describir severidad médica.

1. El Lupus Eritematoso Sistémico (13.02) se caracteriza clínicamente por síntomas y signos constitucionales (Ej. fiebre, fatiga, malestar, pérdida de peso) involucramiento multisistémico y, frecuentemente, anemia, leucopenia o trombocitopenia. Inmunológicamente pueden existir autoanticuerpos séricos circulantes que a su vez pueden ocurrir en patrones variables.
2. La Vasculitis sistémica ocurre agudamente, en asociación con reacciones adversas a drogas, ciertas infecciones crónicas y ocasionalmente malignas. Frecuentemente son idiopáticas y crónicas. Existen varios patrones clínicos, incluyendo la poliarteritis nudosa clásica, arteritis del arco aórtico, arteritis de células gigantes, granulomatosis de Wegener y vasculitis asociada con otros desórdenes del tejido conectivo (Ej. Artritis reumatoidea, lupus eritematoso sistémico, síndrome de Sjören, crioglobulinemia). La vasculitis cutánea puede o no estar asociada con involucramiento sistémico y los patrones de involucramiento vascular e isquémico son altamente variables. El diagnóstico debe ser confirmado por angiografía o biopsia del tejido cuando la enfermedad se sospecha clínicamente. La mayoría de los

pacientes a los cuales se les ha dicho tener esta enfermedad, tienen un angiograma o una biopsia confirmatoria en su expediente médico y de seguimiento.

3. la Esclerosis sistémica y la Escleroderma (13.04) constituyen un espectro de enfermedades donde el engrosamiento de la piel es su distintivo clínico. Los fenómenos de Raynaud, a menudo severos y progresivos, son especialmente frecuentes y pueden ser la manifestación periférica de una anomalía vaso-epástica generalizada en el corazón, pulmones y riñones. El síndrome de CREST (calcinosis, fenómeno de Raynaud, difusión de la motilidad esofágica, esclerodactilia, telangiectasia) es una variante que puede progresar lentamente hacia un proceso generalizado o esclerosis sistémica a lo largo de los años. En adición a los vasos sanguíneos y la piel, los órganos internos envueltos incluyen el tracto gastrointestinal, pulmones, corazón, riñones y músculos. A pesar de que puede ocurrir artritis, la disfunción de las articulaciones resulta primeramente como consecuencia del engrosamiento, fibrosis y contracturas del tejido cutáneo/blanco.
4. la Polimiositis y Dermatomiositis son, primariamente, procesos inflamatorios de los músculos estriados que puede ocurrir solos o en asociación con otros desórdenes del tejido conectivo o malignidades. Las manifestaciones cardinales son debilidad y, menos frecuente, dolos y sensibilidad dolorosa de los grupos musculares proximales de las extremidades. Envolvimiento de los músculos cervicales, cricofaríngeo, intercostales y diafragma puede ocurrir en aquellos casos con severidad a nivel del código. Debilidad en la faja pélvica, como se describe en el código 13.05 A, puede resultar en una dificultad significativa para subir escaleras o levantarse de una silla sin el uso de los brazos. Debilidad proximal de las extremidades superiores puede resultar en inhabilidad para levantar objetos, vestirse y peinarse. La debilidad en los flexores anteriores del cuello puede afectar la capacidad de levantar la cabeza de la almohada en la cama. El diagnóstico se sostiene por una elevación de las enzimas séricas musculares (creatina fosfoquinasa (CPK), aminotransferasas, aldolasas) anomalías características en electromiografías y Miositis en biopsia del músculo.
5. Los desórdenes indiferenciados del tejido conectivo (13.06) incluyen síndromes con características clínicas e inmunológicas de varios desórdenes del tejido conectivo, pero que no satisfacen el criterio para ninguno de los desórdenes ya descritos (Ej. El individuo podría tener las características clínicas de lupus eritematoso sistémico y fasculitis sistémica y los hallazgos serológicos de artritis reumatoidea). Esto

también incluye síndromes solapados con características clínicas de más de uno de los desórdenes ya establecidos del tejido conectivo (Ej. el individuo podría tener características de ambos desórdenes, tales como artritis reumatoidea y escleroderma). La designación correcta del desorden es importante para el establecimiento de un pronóstico.

C. Desórdenes alérgicos (Ej. asma o dermatitis atópica) son discutidos y evaluados bajo el código apropiado del sistema afectado.

**D. Infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)**

1. La infección de VIH es causada por un retrovirus específico y puede ser caracterizada por susceptibilidad a una o más enfermedades oportunistas, cáncer, u otras condiciones, como se describen en el código 13.08. Cualquier individuo con infección de VIH, incluyendo aquellos con el diagnóstico de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), puede ser incapacitado bajo este código, si la condición llena cualquiera de los criterios en el mismo o si es equivalente en severidad a cualquiera de éstos.

**2. Definiciones**

En el código 13.08 los términos "resistencia a tratamiento", "recurrente" y "diseminado" tienen el mismo significado general que el usado en la comunidad médica. El significado preciso de cualquiera de estos términos va a depender de la condición o enfermedad específica en cuestión, el sistema afectado, el curso usual del desorden y su tratamiento, y cualquier otra circunstancia del caso.

Resistencia a tratamiento significa que la condición no respondió adecuadamente a un curso apropiado de tratamiento. Si una respuesta es adecuada o el curso del tratamiento es apropiado, va a depender de cada caso en particular.

Recurrente significa que una condición que ha respondido a un curso de tratamiento adecuado revierte después de un periodo de remisión o regresión. El grado de respuesta (o remisión) y el periodo de tiempo envuelto va a depender de los hechos de cada caso en particular.

Diseminado significa que la condición está muy extendida sobre un área considerable o sistema(s) orgánico(s). El tipo y la extensión de la diseminación va a depender de la enfermedad específica.



Pérdida de peso involuntaria significativa, según se utiliza en el 13.08 I, no corresponde a una cantidad mínima específica o a un por ciento de pérdida de peso. Aunque para propósitos de este código, una pérdida involuntaria de peso de por lo menos diez (10) por ciento del marco del marco de referencia es siempre considerada significativa; una pérdida menor de diez (10) por ciento puede o no considerarse significativa, dependiendo del peso base del individuo y el índice de masa corporal. (Ej. una pérdida de siete (7) libras en una mujer de sesenta y tres pulgadas (63") de alto y un peso de cien (100) libras, puede ser considerado significativo, pero una pérdida de catorce (14) libras en una mujer de la misma estatura, pero con un peso de doscientas (200) libras, podría ser considerado no significativo).

### **3. Documentación requerida para una infección de VIH**

La evidencia médica tiene que incluir documentación de que existe una infección con VIH. La documentación puede ser evidencia de laboratorios u otros métodos generalmente aceptables con el estado prevaleciente del conocimiento médico y la práctica clínica.

- a. La documentación para un diagnóstico definitivo de infección por VIH debe incluir una o más de las siguientes pruebas de laboratorio:
  1. Una prueba sérica que contenga anticuerpos VIH. Los anticuerpos del VIH son usualmente detectados mediante pruebas de discernimiento. La prueba más utilizada es "ELISA". Aunque esta prueba es altamente sensitiva, puede rendir falsos positivos. Por lo tanto, resultado positivos de "ELISA" deben ser confirmados por otra prueba más definitiva (Ej. Western Blot, ensayo inmunofluorescente).
  2. Un espécimen que contenga antígeno VIH (Ej. espécimen sérico, cultivo de linfocitos o espécimen de fluido cerebroespinal).
  3. Otra(s) prueba(s) que sea(n) altamente específicas en la detección de VIH (Ej. reacción en cadena de polimerasa (PCR) o aquellos métodos aceptables de detección consistente con el estado prevaleciente de conocimiento médico).

Cuando una prueba de laboratorio para detectar la infección VIH se ha hecho, debe hacerse todo esfuerzo razonable para obtener los resultados de la misma.

Individuos que tienen infección VIH u otros desórdenes del sistema inmunológico, podrán ser sometidos a pruebas que determinen el conteo de linfocitos T auxiliares (CD4). La extensión de la depresión inmunológica guarda correlación con los niveles o porcentaje de declinación del conteo de CD4. En general, cuando el conteo de CD4 es 200/mm<sup>3</sup> o menos (14% ó menos), la susceptibilidad a enfermedades oportunistas es considerablemente mayor. Sin embargo, un conteo reducido de los CD4, por sí sólo, no establece un diagnóstico definitivo de infección VIH ni documenta la severidad o efectos funcionales de infección por VIH.

**b. Otra documentación aceptable de infección por VIH**

Las manifestaciones de infección por VIH también pueden ser documentadas sin la evidencia definitiva de un laboratorio según descrito en el párrafo *a*, siempre que dicha documentación sea consistente con el estado prevaleciente del conocimiento y práctica médica y con el resto de la evidencia. Si la evidencia definitiva de laboratorio no está disponible, la infección VIH puede ser documentada por el historial médico, hallazgos clínicos, laboratorios y diagnósticos indicados en la evidencia médica. Por ejemplo, un diagnóstico de infección VIH puede ser aceptado si el individuo tiene una enfermedad oportunista (Ej. Toxoplasmosis del cerebro, pulmonía por *Pneumocystis carinii* (PCP) que podrían predecir un defecto de inmunidad en las células mediadoras y que no haya otra causa conocida de disminución de la resistencia a la enfermedad (Ej. tratamiento de larga duración con esteroides, linfoma). En estos casos, todo esfuerzo razonable tiene que ser hecho para obtener todos los detalles del historial, hallazgos médicos y resultados de pruebas.

**4. Documentación de las manifestaciones de la infección por VIH**

La evidencia médica tiene que incluir también documentación de las manifestaciones de la infección por VIH. Esta puede ser por evidencia de laboratorios u otros métodos generalmente aceptables y consistentes con el estado prevaleciente del conocimiento médico y práctica clínica.

1. El método de diagnosticar definitivamente la presencia de enfermedades oportunistas o condiciones que son manifestaciones de la infección por VIH, es a través de cultivos, examen serológico o examen microscópico del tejido, obtenido por biopsia u otro método

(Ej. lavado bronquial). Por lo tanto, tiene que hacerse todo esfuerzo razonable para obtener dicha evidencia, siempre y cuando esté disponible. Si se ha hecho un estudio histológico o cualquier otra prueba, la evidencia debe incluir copia del reporte apropiado. Si el reporte no puede ser obtenido, el resumen de la hospitalización o el informe de la fuente de tratamiento debe incluir detalles de los hallazgos y resultados de los estudios diagnósticos (incluyendo estudios radiográficos) o el examen microscópico apropiado de tejido u otros fluidos corporales.

Aunque una reducción en el conteaje de los linfocitos (CD4) podría indicar que hay un aumento en la susceptibilidad a infecciones y enfermedades oportunistas, esto, por sí sólo, no establece la presencia, severidad o efectos funcionales de una manifestación de infección por VIH.

2. Otra documentación aceptable de manifestaciones de infección por VIH cuando no hay evidencia definitiva por laboratorios según descrita en el párrafo *a*, podrán ser descripciones detalladas de las mismas, a condición de que dicha documentación sea consistente con el estado prevaleciente de conocimiento médico y práctica clínica y con la otra evidencia. Si no hay evidencia disponible de laboratorios definitivos, las manifestaciones de infección de VIH deben ser documentadas por el historial médico, hallazgos clínicos y de laboratorios y los diagnósticos indicados en la evidencia médica.

En tales casos, debe hacerse todo esfuerzo razonable para obtener un historial completo y detallado, hallazgos médicos y resultados de pruebas.

La documentación de las enfermedades causadas por citomegalovirus (CMV) (13.08D) presenta problemas especiales porque el diagnóstico requiere identificación de inclusión de cuerpos virales o un cultivo positivo del órgano afectado y la ausencia de cualquier otro agente infeccioso. Un resultado positivo del virus en pruebas serológicas, identifica la infección pero no confirma el progreso infeccioso. Con la excepción de coriorretinitis (que debe ser diagnosticado por un oftalmólogo), la documentación de la enfermedad por CMV requiere confirmación de la misma por una biopsia u otro método aceptable y consistente con el estado prevaleciente del conocimiento médico y práctica clínica:

## **5. Manifestaciones específicas que afectan a las mujeres**

La mayoría de las mujeres con inmunosupresión severa secundaria a infección por VIH, muestran las infecciones oportunistas típicas y otras condiciones, tales como pulmonía por *Pneumocystis carinii* (PC), esofagitis por *Cándida*, síndrome de desgaste, criptococosis y toxoplasmosis. Sin embargo, las infecciones de VIH en mujeres pueden tener manifestaciones diferentes a la de los hombres. Los médicos asesores deben escudriñar cuidadosamente la evidencia médica y estar alerta a la variedad de condiciones médicas específicas o comunes en mujeres con infección por VIH que puedan afectar su habilidad funcional en el trabajo.

Muchas de estas manifestaciones (Ej. candidiasis vulvovaginal, enfermedad inflamatoria pélvica) ocurren en las mujeres, con o sin infección por VIH, pero pueden ser más severas y resistentes a tratamiento u ocurrir más frecuentemente en mujeres donde el sistema inmunológico esté suprimido. Por lo tanto, cuando se evalúa una reclamación de una mujer con infección por VIH, es importante considerar los problemas ginecológicos y otros problemas específicos de las mujeres, incluyendo cualquier síntoma asociado (Ej. dolor pélvico), al evaluar la severidad del impedimento y las limitaciones funcionales. Las manifestaciones de infección por VIH en mujeres, deben ser evaluadas bajo el criterio del código específico (Ej. cáncer cervical, código 13.08E), bajo un código general aplicable (Ej. enfermedad inflamatoria pélvica, 13.08 A5) o en casos apropiados bajo el 13.08N.

## **6. Evaluación**

El criterio del código 13.08 no describe el espectro completo de las enfermedades o condiciones manifestadas por individuos con infecciones por VIH. Como en cualquier otro caso, debe considerarse si los impedimentos del individuo llenan o igualan la severidad contemplada en cualquier otro código (Ej. un desorden neoplásico codificado en el 12.00), aunque el 13.08 hace referencia a otros códigos para las manifestaciones más comunes de infección por VIH, códigos de otros sistemas también podrían aplicar.

En adición, el impacto de todos los impedimentos, estén o no relacionados con la infección por VIH, deben ser considerados. Por ejemplo, individuos con infección VIH pueden manifestar signos y síntomas de un impedimento mental (Ej. ansiedad y depresión) o cualquier otro impedimento físico. La evidencia médica debe incluir

documentación de todos los impedimentos físicos y mentales y los mismos deben ser evaluados, no solamente bajo el código pertinente en el 13.08. sino también bajo cualquier otro código apropiado.

## **7. Efectos del tratamiento**

El tratamiento médico tiene que ser considerado en términos de su efectividad en el mejoramiento de signos, síntomas y anormalidades de laboratorio del desorden específico o de la propia infección por VIH (Ej. agentes antiretrovirales) y en términos de cualquier efecto secundario que pueda empeorar la condición física y/o mental del individuo.

La respuesta al tratamiento y las consecuencias adversas o beneficiosas del mismo, pueden variar ampliamente. Por ejemplo, un individuo con infección por VIH que desarrolla pulmonía o tuberculosis, puede responder al mismo régimen de antibióticos usados en individuos sin infección por VIH, pero otros individuos con infección por VIH pueden no responder al mismo régimen. Por lo tanto, cada caso debe considerarse individualmente, de conformidad con los efectos del tratamiento y la capacidad del individuo para funcionar.

Una descripción específica del tratamiento dado (incluyendo cirugía), dosis, frecuencia de administración y una descripción de las complicaciones y respuestas al mismo, deben ser obtenidas. Los efectos del tratamiento pueden ser temporeros o de largo término. Como tal, la decisión con respecto al impacto del tratamiento debe estar basada en un periodo de tiempo suficiente de tratamiento que nos permita su consideración apropiada.

## **8. Criterio funcional**

El código 13.08N, establece normas para la evaluación de las manifestaciones de la infección por VIH que no llenan los requisitos de los códigos 13.08 A al M. El código N es aplicable a aquellas manifestaciones que no están codificadas en los códigos 13.08 A al M, así como para aquellas sí codificadas, pero que no llenan los criterios de los mismos.

Para individuos con infección por VIH evaluados bajo el código 13.08N, la severidad para llenar o igualar el mismo será determinada en términos de las limitaciones funcionales impuestas por el impedimento. El impacto total de los signos, síntomas y hallazgos de laboratorio en la habilidad del reclamante para funcionar, tiene que ser considerado. Los factores importantes a considerarse en la evaluación del funcionamiento del individuo con infección por VIH, incluyen, pero no

se limitan, a síntomas tales como fatiga y dolor, características de la enfermedad, tales como frecuencia y duración de las manifestaciones o periodos de exacerbación y remisión en el curso de la enfermedad; y el impacto funcional del tratamiento prescrito, incluyendo los efectos secundarios de la medicación.

Repetido, según usado en el 13.08N, significa que la condición ocurre en un promedio de tres (3) veces año o una (1) vez cada cuatro (4) meses, cada una con una duración de dos (2) semanas o más; o que la condición no dure dos (2) semanas, pero que ocurra substancialmente más frecuente que tres (3) veces en el año o una (1) vez cada cuatro (4) meses y que dure substancialmente más de dos (2) semanas.

Para llenar los criterios del 13.08N, un individuo con infección por VIH tiene que demostrar un marcado nivel de restricción en una de tres áreas generales del funcionamiento: actividades del diario vivir, funcionamiento social o dificultad en completar las tareas debido a deficiencia en concentración, persistencia o ritmo. Las restricciones funcionales pueden resultar debido al impacto del proceso mismo de la enfermedad en el funcionamiento mental, físico o ambos, causado por síntomas prolongados o episódicos, tales como depresión, fatiga o dolor, y resultando en una limitación en la habilidad para concentrarse, perseverar en una tarea o ejecutar la tarea a un ritmo aceptable. Las limitaciones también pueden resultar como efecto secundario de la medicación.

Cuando se usa el término "marcado" como regla para medir el grado de limitación funcional, significa que es más que moderado, pero menos que extremo. Una limitación marcada no representa una medida cuantitativa de la habilidad del individuo para hacer una actividad por determinado por ciento de tiempo. Una limitación marcada puede estar presente cuando varias actividades o funciones estén menoscabadas o hasta cuando una sola esté afectada. Sin embargo, el individuo no necesita estar totalmente impedido para realizar una actividad, aunque tenga una limitación marcada, siempre y cuando la misma no interfiera seriamente con la habilidad para funcionar independiente, apropiada y efectivamente. El término "marcado" no implica que el individuo esté confinado a una cama, hospitalizado o en un hogar de cuidado.

Actividades del diario vivir, incluyen, pero no se limitan, a actividades tales como tareas del hogar, acicalarse e higiene, usar una oficina postal, tomar transportación pública y pagar cuentas. Un individuo con infección por VIH que debido a sus síntomas, tales como dolor impuesto por la enfermedad o su tratamiento, no sea capaz de

mantener un hogar, casa o pueda tomar transportación pública en base sostenida o sin ayuda (a pesar de que sea capaz de realizar algunas actividades del cuidado personal) va a tener una limitación marcada en las actividades del diario vivir.

Funcionamiento social incluye la capacidad para interactuar apropiadamente y comunicarse efectivamente con los demás. Un individuo con VIH, que debido a sus síntomas, al patrón de exacerbación y remisión causado por la enfermedad o su tratamiento, no pueda involucrarse en interacción social en una base sostenida (a pesar de que él o ella retengan la capacidad para comunicarse con amigos o familiares) va a tener marcada dificultad para mantener su funcionamiento social.

Completar tareas de forma adecuada envuelve la capacidad para mantener la concentración, persistencia o ritmo que permita completar dichas tareas en el periodo de tiempo en que regularmente se realiza en su lugar de trabajo. Un individuo con VIH, quien debido a la fatiga relacionada a su enfermedad u otros síntomas, no es capaz de mantener la concentración o ritmo adecuado para completar las tareas simples relacionadas a su trabajo (a pesar de ser capaz de realizar las tareas rutinarias del diario vivir) va a tener una dificultad marcada para completar dichas tareas.

13.01 Códigos de Impedimento, Sistema Inmunológico

13.02 Lupus eritematoso sistémico, documentado como se describe en el 13.00B1, con:

A. uno de los siguientes:

1. Envolvimiento de las articulaciones, según descrito bajo los criterios en el 1.00; o
2. Envolvimiento muscular, según descrito bajo los criterios del código 13.05; o
3. Envolvimiento ocular, según descrito bajo los criterios del 2.00; o
4. Envolvimiento respiratorio, según descrito bajo los criterios del 3.00; o

5. Envolvimiento cardiovascular, según descrito bajo los criterios del 4.00 ó 13.04D; o
  6. Envolvimiento digestivo, según descrito bajo los criterios del 5.00; o
  7. Envolvimiento renal, según descrito bajo los criterios del 6.00; o
  8. Envolvimiento de la piel, según descrito bajo los criterios del 8.00; o
  9. Envolvimiento neurológico, según descrito bajo los criterios del 10.00; o
  10. Envolvimiento mental, según descrito bajo los criterios del 11.00; o
- B. Menor envolvimiento de dos o más órganos/sistemas codificados en el A, con síntomas y signos significativos documentados de fatiga severa, fiebre, malestar y pérdida de peso. Por lo menos uno de los órganos/sistemas tiene que estar comprometido a por lo menos un grado moderado de severidad.
- 13.03 Vasculitis sistémica documentada, como se describe en el 13.00B2, incluyendo documentación por angiografías o biopsia del tejido, con:
- A. envolvimiento de un solo órgano o sistema, según descrito bajo el código 13.02 A; o
  - B. menor envolvimiento de dos o más órganos/sistemas codificados en el código 13.02 A, con síntomas y signos físicos significativos, documentados de fatiga severa, fiebre, malestar y pérdida de peso. Por lo menos uno de los órganos/sistemas tiene que estar comprometido en al menos un grado moderado de severidad.
- 13.04 Esclerosis sistémica y Escleroderma, documentada como se describe en el 13.00B3, con
- A. Uno de los siguientes:
    1. Envolvimiento muscular, según descrito bajo el código 13.05; o



2. Envolvimiento respiratorio, según descrito bajo los criterios del 3.00; o
  3. Envolvimiento cardiovascular, según descrito bajo los criterios del 4.00; o
  4. Envolvimiento digestivo, según descrito bajo los criterios del 5.00; o
  5. Envolvimiento renal, según descrito bajo los criterios del 6.00; o
- B. Menor envolvimiento de dos o más órganos/sistemas codificados en el A, con síntomas y signos físicos significativos documentados de fatiga severa, fiebre, malestar y pérdida de peso. Por lo menos uno de los órganos/sistemas tiene que estar comprometido a por lo menos un grado moderado de severidad; o
- C. Escleroderma generalizada con contracción de los dedos; o
- D. Fenómeno de Raynaud severo caracterizado por ulceraciones digitales, isquemia o gangrena.

13.05 Polimiositis o Dermatomiositis documentado, como se describe en el 13.00B, con:

- A. debilidad severa de la faja muscular proximal (hombros y/o pelvis) según descrita en el 13.00B4; o
- B. debilidad de la faja muscular severa que en 13.05 A, asociada con debilidad muscular cervical y uno de los siguientes, a por lo menos un grado de severidad moderada:
  1. Problemas al tragar con disfagia y episodios de aspiración debido a debilidad cricofaríngea; o
  2. Dificultad respiratoria debido a debilidad en los músculos intercostales y diafragmáticos; o
- C. asociación con un tumor maligno, según descrito en los criterios del 12.00; o
- D. asociación con alguna enfermedad generalizada del tejido conectivo, según descrito en los códigos 13.02, 13.03, 13.04 ó 13.06.

13.06 Desórdenes indiferenciados del tejido conectivo, documentados según descritos en el 13.00B5 y con trastornos según descritos bajo los códigos 13.02 A, 13.02B ó 13.04.

13.07 Síndrome de deficiencia de inmunoglobulina o de deficiencia en células mediadoras de inmunidad, exceptuando infecciones por VIH, asociados con una infección severa recurrente documentada que ocurra dos (2) o más veces dentro de un período de seis (6) meses.

13.08 Infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) con documentación según descrita en el 13.00D3 y uno de los siguientes:

A. Infecciones bacterianas:

1. Infección micobacterial (Ej. causada por *M. avium-intracellulae*, *M. kansasii* o *M. tuberculosis*) en un lugar que no sea el pulmón, piel o nódulos linfáticos cervicales o hiliares; o tuberculosis pulmonar resistente a tratamiento; o
2. Nocardiosis; o
3. Bacteriana por *Salmonella* recurrente no tifoidea; o
4. sífilis o neurosífilis, evaluando la secuela bajo el código del sistema afectado (Ej. sistema sensorial y del habla-2.00, sistema cardiovascular-4.00, sistema neurológico-10.00); o
5. Infecciones bacterianas, múltiples o recurrentes, incluyendo enfermedad inflamatoria pélvica, y que requieran hospitalización o tratamiento intravenoso con antibióticos dos (2) o más veces en un año; o

B. Infecciones por hongos:

1. Aspergillosis; o
2. Candidiasis en un lugar que no sea la piel, tracto urinario, tracto intestinal o membranas mucosas orales o vulvovaginal; o candidiasis envolviendo el esófago, tráquea, bronquios o pulmones; o
3. Coccidiomicosis en un lugar que no sea en los pulmones o nódulos linfáticos; o

4. Cryptococcosis en un lugar que no sean los pulmones (Ej. meningitis criptococócica); o
5. Histoplasmosis en un lugar que no sea en los pulmones o nódulos linfáticos; o
6. Mucormicosis; o

C. Infecciones por protozoarios o helmínticos:

1. Criptosporidiosis, isosporiasis o microsporidiosis con diarrea durante un mes o más; o
2. Pulmonía o infección extrapulmonar por *Pneumocystis carinii*; o
3. Strongiloidiasis extraintestinal; o
4. Toxoplasmosis de un órgano que no sea el hígado, bazo o nódulos linfáticos; o

D. Infecciones virales:

1. Enfermedad por Citomegalovirus (documentado según descrito en 13.00D4b) en un lugar que no sea el hígado, bazo o nódulos linfáticos; o
2. Herpes simples causando:
  - a. infección mucocutánea (Ej. oral, genital, perianal) con una duración de un mes o más; o
  - b. infecciones en otro sitio que no sea en la piel o membranas mucosas (Ej. bronquitis, pneumonitis, esofagitis o encefalitis); o
  - c. infecciones diseminadas; o
3. Herpes zoster, ya sea diseminado o con erupciones multidermatomales, resistente al tratamiento; o
4. Leucoencefalopatía multifocal progresiva; o
5. Hepatitis, según descrita en el código 5.05; o

E. Neoplasmas malignos:

1. Carcinoma invasivo del cerviz, FIGO estadio II o más; o
2. Sarcoma de Kaposi con:
  - a. lesiones orales extensas; o
  - b. envolvimiento del tracto gastrointestinal, pulmones u otros órganos; o
  - c. envolvimiento de la piel o membranas mucosas, según descritas bajo el código 13.08F; o
3. Linfoma (Ej. linfoma primario en el cerebro, linfoma de Burkitt, sarcoma inmunoblástico, linfoma non-Hodkin, linfoma de Hodgkin); o
4. Carcinoma de células escamosas del ano; o

F. Condiciones de la piel o membranas mucosas (no descritas en B2, D2 o D3) con lesiones extensas de úlceras u hongos que no responden a tratamiento (Ej. Eczema o Soriasis, Candida vulvovaginal o en oras mucosas, Condiloma causado por Papilomavirus humano, enfermedad genitalulcerativa) o evaluar bajo los criterios del 8.00; o

G. Anormalidades hematológicas:

1. Anemia, como se describe bajo el código 7.02; o
2. Granulocitopenia, como se describe bajo el código 7.15; o
3. Trombocitopenia, como se describe en el código 7.06; o

H. Anormalidades neurológicas:

1. Encefalopatía por VIH, caracterizada por una disfunción cognoscitiva o motora que limite la función y que sea progresiva; o
2. Otras manifestaciones neurológicas de infección por VIH (Ej. neuropatía periferal) como se describe bajo los criterios del 10.00; o

- I. Síndrome de desgaste por VIH caracterizado por pérdida involuntaria de peso en un 10% o más de la masa corporal de base (y otra pérdida de peso involuntaria significativa, según descrita en 13.00D2) en ausencia de una enfermedad concurrente que pudiera explicar los hallazgos, con uno de ambos:
  - 1. Diarrea crónica con dos o más descargas de excreta diarias durante un mes o más; o
  - 2. Debilidad crónica y la documentación de una fiebre de más de 38°C (C100.4°F) en la mayoría de un mes o más; o
- J. Diarrea resistente a tratamiento, durante un mes o más, y que requiera hidratación intravenosa, alimentación intravenosa o alimentación por tubo.
- K. Cardiomiopatía, según descrita bajo los criterios del 4.00 y 10.04; o
- L. Nefropatía, según descrita bajo los criterios del 6.00; o
- M. Una o más de las siguientes infecciones (además de las arriba descritas en A-L) resistentes a tratamiento o que requieran hospitalización o tratamiento intravenoso dos (2) veces o más en un año (o evaluar las secuelas bajo los códigos del sistema afectado);
  - 1. Sepsis; o
  - 2. Meningitis; o
  - 3. Pulmonía; o
  - 4. Artritis séptica; o
  - 5. Endocarditis; o
  - 6. Sinusitis, documentada radiográficamente; o

N. Manifestaciones repetidas (como se define en 13.00D8) de infecciones por VIH (incluyendo aquellas en el 13.08 A a la M, pero sin los hallazgos requeridos, Ej. carcinoma del cuello de la matriz que no reúna los criterios del 13.08F, diarrea que no reúna los criterios del 13.08J, u otras manifestaciones, Ej. leucoplaquia vellosa oral, miositis) resultando en signos y síntomas significativos documentados (Ej. fatiga, fiebre, malestar, pérdida de peso, dolor, sudoración nocturna) y uno de los siguientes a nivel marcado (como se define en el 13.00D8):

1. Restricción de las actividades del diario vivir; o
2. Dificultad para mantener el funcionamiento social; o
3. Dificultad en completar tareas habituales de forma adecuada debido a deficiencia en la concentración, persistencia o ritmo.

