

JAUME BURCET DARDÉ
HOSPITAL UNIVERSITARIO SON DURETA

Con la colaboración de los médicos del INSS DE BALEARES
Dr. Raúl Izquierdo Rodríguez y Dr. Manuel García Herrera

Palma de Mallorca 2003

Primera edición: Noviembre 2003

© Doctor Jaume Burcet i Dardé

Editor: **Jaume Burcet i Dardé**

Con la colaboración de: **UCB Pharma**
Avda. de Barcelona, 239
08750 Molins de Rei (Barcelona)

Diseño y maquetación: **Exter v, s.l.**
Muntaner, 200 • 08036 Barcelona

Depósito legal:

Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de los titulares del copyright, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento.

Esta obra pretende ser un manual informativo, los autores y editores no se responsabilizan de ningún daño o perjuicio derivado, directa o indirectamente, del uso y la aplicación de los contenidos de la presente obra.

Prólogo



Los aspectos jurídicos y sociales de la medicina han adquirido una relevancia notoria en los últimos años.

Ello, es particularmente evidente en la enfermedad epiléptica, en la que el paciente presenta crisis, pero ello supone menos de un 1 por mil del periodo total de su vida y ha sido objeto prioritario de estudio.

Es el periodo intercrítico, fuera de las crisis, donde el paciente presenta un grave problema de adaptación social.

Esta es la tercera edición corregida y aumentada de lo que empezó siendo unas pequeñas anotaciones escritas como base de unas jornadas de ayuda al enfermo epiléptico y han ido creciendo hasta convertirse en el trabajo que el lector tiene entre sus manos.

Lo novedoso de esta edición es la incorporación de los médicos inspectores del INSS, que con denodado esfuerzo, han conseguido actualizar una legislación, no siempre bien sistematizada, y de difícil acceso.

Por último, agradecer a los Laboratorios UCB la ayuda prestada para la difusión de esta obra.

Jaume Burcet Dardé

Dedico este trabajo a mi esposa Teresa, a mi hija Meritxell, a Toni Zanoguera y a todos los epilépticos que tanto me han enseñado a lo largo de toda mi vida profesional.



Introducción	8
Aspectos Jurídicos de la Epilepsia	10
Aspectos Sociales de la Epilepsia	15
1. Licencias de Conducción	16
2. Epilepsia y Trabajo	16
3. Epilepsia en Profesiones Especiales	18
4. Epilepsia y Minusvalía	18
Epilepsia e Incapacidad Laboral	21
1. La Seguridad Social en su Nivel Contributivo	21
2. La Valoración Laboral de la Epilepsia	30
Epilepsia y Daño Cerebral Adquirido	44
Bibliografía	48
Anexos:	
I. Glosario	50
II. Epilepsia y Conducción	53
III. Normativa de Profesiones con Especial Regulación	54
IV. Epilepsia y Minusvalía	62
V. Criterios Orientativos para la Valoración Médica de la Incapacidad laboral en Patologías Neurológicas	64
VI. Indemnizaciones por Lesiones causadas por Vehículos a Motor	75

Introducción



La epilepsia es uno de los estados neurológicos más frecuentes. Basta decir que en Europa tiene una prevalencia diez veces superior a la de la esclerosis múltiple y cien veces mayor que la de la enfermedad de la motoneurona.

Esta revisión, análogamente a las revisiones previas realizadas, pretende actualizar los aspectos jurídicos y sociales de la epilepsia en nuestro medio, teniendo en cuenta las notables modificaciones que ha sufrido el manejo de la enfermedad en la última década, especialmente por lo que se refiere a su implicación social y a la calidad de vida del enfermo epiléptico.

Si bien estas consideraciones son obvias para los médicos especialistas que tratamos enfermos epilépticos, procede insistir especialmente en aquellos profesionales médicos y no médicos, que también están implicados en el manejo de dicha enfermedad.

En primer lugar, debe insistirse que las crisis epilépticas y las epilepsias deben clasificarse según criterios de la ILAE (1989), que se incluyen en la Tabla I. Y según la nomenclatura actual que se adjunta en el Anexo I.

Tabla I. Clasificación Internacional de las Epilepsias y Síndromes Epilépticos. ILAE-1989 (Se incluye aquí las epilepsias idiopáticas, sintomáticas y criptogénicas)

I.	Epilepsias y síndromes relacionados con la localización (focal, local, parcial).
II.	Epilepsias generalizadas y síndromes.
III.	Epilepsias y síndromes determinados ya sean focales o generalizados.
IV.	Síndromes especiales (crisis relacionadas con situaciones).

En todo momento debe respetarse y utilizarse la nomenclatura de la ILAE, especialmente en aquellos aspectos del manejo de la epilepsia en que esté involucrado personal no médico o médico no especializado en estos temas. Dicha nomenclatura debe ser objeto de la máxima difusión en todos los ámbitos.

► **Calidad de vida del paciente epiléptico.**- Desde un punto de vista práctico, en la clínica habitual, clasificamos la calidad de vida del enfermo epiléptico bajo dos grandes apartados:

A) Epilepsia: Aspectos Jurídicos

Hay que diferenciar claramente al epiléptico como sujeto pasivo con relación a su capacidad legal (**Código Civil**) y su imputabilidad (**Código Penal**).

Este aspecto es muy clásico en todos los tratados de psiquiatría incluso en los más recientes, pero no siempre los encontramos actualizados, desde el punto de vista de los conocimientos actuales que tenemos de la enfermedad.

B) Epilepsia: Aspectos Sociales

Que incluye en un sentido amplio la calidad de vida del epiléptico, incidiendo desde orientación profesional y su eventual incapacidad (Derecho Laboral), hasta la normativa que regula la Epilepsia como minusvalía así como la regulación de las diversas licencias de conducción de vehículos (desde motocicletas hasta la conducción de aeronaves).

Un capítulo especialmente importante es la epilepsia sobrevenida a un daño cerebral adquirido y que tiene implicación prácticamente en todos los diferentes ámbitos legales.

1 Aspectos Jurídicos de la Epilepsia



Los clínicos actuales hace mucho tiempo que han abolido la antigua trinidad formada por...

Delito • Enfermedad Mental • Epilepsia

pero quizás ello no ha sido suficientemente bien transmitido a las instancias judiciales de nuestro país, donde aún parece tener vigencia.

Procede aclarar algunos conceptos básicos:

1. De todos los enfermos epilépticos, un 40 % sólo presenta crisis epilépticas y **ningún otro tipo de patología, ni neurológica, ni psiquiátrica**. El 60% restante presentan **alteraciones adicionales, bien sea de tipo conductual, neurológico o psíquico**.
2. La comorbilidad específicamente de tipo psiquiátrico debe valorarse siempre en el contexto del tipo de epilepsia que presenta el paciente:
 - a. En las Epilepsias Generalizadas Primarias (E.G.P.) se sugiere que un 30% de los pacientes presentan **ansiedad o depresión de tipo reactivo**. En estos pacientes no hay comorbilidad psiquiátrica que sea significativamente más elevada respecto al resto de la población, excepto la ya descrita.
 - b. En las Epilepsias Generalizadas Secundarias (E.G.S.) el problema que se planteará será la existencia de deterioro o debilidad mental y por ende la capacidad legal del sujeto, no por la refractariedad de las crisis, si la hay, sino por la patología orgánica subyacente o la epilepsia.
 - c. El gran grupo de comorbilidad psiquiátrica es el de la epilepsia focal parcial temporal de tipo mesolímbica, es decir la epilepsia tèmpero-límbica, en la que se involucra el hipocampo y la amígdala, con **tanta implicación en la patología psiquiátrica**.

La Epilepsia Temporal Medio-Basal, supone casi el **40% de las epilepsias, y es precisamente este grupo el que presenta la mayor parte de la problemática jurídico-social**.

Son clásicos los trabajos de Hill⁸, Flor Henry⁹ y Gunnith¹⁰ **donde se documenta la coexistencia de trastornos psiquiátricos** (psicosis y trastornos depresivos mayores), e incluso se ha sugerido que en las **epilepsias temporales del hemisferio izquierdo dominante**, sería más frecuente la **existencia de un trastorno esquizofrénico**, estando por el contrario la **afectación temporal derecha** más asociada con un **trastorno depresivo**.

La frecuencia real de dicha comorbilidad es muy difícil de valorar, al haberse realizado los trabajos clásicos en ambientes hospitalarios y en pacientes institucionalizados; quizás el dato más relevante desde el punto de vista estadístico es el trabajo realizado por Edeth y Toone¹¹, en el Reino Unido, **por médicos de atención primaria, y específicamente en epilepsias temporales** y en el que la comorbilidad de esquizofrenia y trastornos depresivos mayores (ambas según criterios de ICD-9), no llegaba al 10%.

Estas cifras **relativamente bajas**, contrastan notoriamente con los datos de la literatura clásica, fundamentalmente psiquiátrica, basados en epilepsias refractarias, institucionalizadas y marginadas socialmente, hecho que en el momento actual debe considerarse más la excepción que la norma.

En los pacientes con Epilepsia Temporal, la comorbilidad con **ataques de pánico** es muy elevada, superando más del 21% de los casos estudiados, planteándose diversas hipótesis etiopatogénicas que expliquen esta asociación, (Epilepsia versus Ataques de pánico) más elevada de lo que cabría deducir de la prevalencia de ambas patologías en la población normal⁷.

Una excelente revisión de este tema ha sido realizada por Genton¹², **destacando la dificultad del diagnóstico diferencial entre ambos procesos**; así como la importancia de la **ansiedad** como fenómeno crítico, bien **sola** (fenómeno experiencial), bien **asociada a cambios conductuales** y que, en los registros críticos E.E.G. con electrodos implantados, no sólo está causada por descargas Temporales-mesiales o Fronto-basales, sino que en algún caso ratificado por la cirugía y la estereo-electroencefalografía, la descarga ictal tiene un origen parietal, es decir claramente extratemporal.

Por todo ello, en el diagnóstico diferencial de una crisis de pánico, **siempre debe sospecharse un posible origen ictal comicial temporal, e incluso extra temporal**.

A modo de resumen, en la **Epilepsia Temporal**, debe tenerse presente la posible coexistencia con:

1. Un trastorno de tipo esquizofrénico o depresivo mayor (menos del 10% de los casos).
2. Crisis de pánico y/o trastornos de ansiedad generalizada (21% de casos); coexistencia mucho más frecuente, pero menos referida en la literatura, y no por ello menos importante.

Así pues la comorbilidad psiquiátrica de la Epilepsia Temporal es de un 10 % de trastornos psicóticos o depresivos y de más de un 21% de crisis de pánico.

○ IMPUTABILIDAD

El problema de la Imputabilidad, entendida como capacidad de culpabilidad, supone que la persona es responsable de sus actos, es decir, que conoce y quiere actuar en una concreta dirección de su voluntad y desde siempre, la **Imputabilidad de los enfermos epilépticos** ha sido tema de discusión, en las diversas circunstancias críticas e intercríticas en las que cometa el presunto acto delictivo.

En el momento actual, debe ser causa de **No Imputabilidad/Inimputabilidad**, aquellos delitos cometidos en un estado de **perturbación de consciencia causada por patogenia epiléptica**, bien sean críticos o postcríticos, siendo ya más cuestionable la valoración legal de aquellos actos cometidos con la **consciencia lúcida y en fase intercrítica**, en lo que concierne a la enfermedad epiléptica.

En el nuevo Código Penal Español de reciente redacción¹³, en el artículo 20, se considera *“exento de responsabilidad penal, el que, al cometer la infracción penal, presente cualquier anomalía o perturbación psíquica, por la que no pueda comprender la licitud o la ilicitud de sus actos”*.

En la redacción del nuevo Código Penal ya no se incide en la existencia de **Enajenación** o de **Trastorno Mental Transitorio**, sino que se debe demostrar que el presunto delincuente **no puede comprender la licitud o la ilicitud del acto**, y por ello debe ser considerado inimputable, o en todo caso, valorar el artículo 21 donde se refieren las posibles circunstancias atenuantes.

A la luz de los conocimientos médicos actuales, parece evidente que la existencia de una **perturbación de consciencia, sólo puede ratificarse en los periodos críticos o inmediatamente postcríticos**, siendo labor del médico especialista establecer un correcto diagnóstico diferencial de los estados críticos y postcríticos comiciales.

○ DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS ESTADOS DE AFECTACIÓN DE CONCIENCIA DE CORTA DURACIÓN Y SUS IMPLICACIONES MÉDICO-LEGALES

Los estudios actuales mediante Video-E.E.G. y/o con monitorización E.E.G. de larga duración, han podido aclarar muchos conceptos que antes sólo se documentaban mediante observaciones clínicas, siempre imprecisas.

1. Según Delgado Escueta¹⁴, debe comprobarse la rareza de los episodios de violencia registrados durante los automatismos ictales, circunscritos a algunas descargas de origen frontal y especialmente a nivel cingular. Hecho que contrasta claramente con lo descrito por la literatura clásica que consideraba prevalente la violencia ictal. **Los actos de violencia durante las crisis son pues más la excepción que la regla.**

2. La importancia del diagnóstico diferencial entre tres clases de estados confusionales, que precisan un correcto esclarecimiento diagnóstico:

- a. Las **Pseudocrisis**, que obviamente no son crisis epilépticas.
- b. La existencia de **estados de Ausencias en la Epilepsia Generalizada**, presentes en todas las edades, **tanto en la niñez como en la edad adulta**.
- c. La **relativa frecuencia**, a menudo poco valorada, de **Crisis Parcial Compleja, frontal o temporal**, como **causa de un estado confusional**¹⁵.

3. La existencia de **Episodios Psicóticos en pacientes epilépticos, no críticos** desde el punto de vista comicial, **de larga duración** (semanas e incluso meses), y que cursan **con consciencia clara**, que **no se inician** con crisis convulsivas, pero que **a veces finalizan con ellas**.

Los estudios E.E.G. clásicos con electrodos de superficie, ya desde Landolt, documentaban que el ritmo de fondo no se perturbaba y que, de hecho, no se activaban las descargas focales, describiéndose la clásica normalización forzada¹⁶.

Este tema ha sido retomado en una excelente revisión de Wolf¹⁷, que ratifica la existencia de psicosis alternativas (trastorno psiquiátrico), cuya aparición coincidiría con el control de las crisis epilépticas.

Estos fenómenos han sido muy estudiados en los últimos años por Dongier¹⁸ y Trimble¹⁹, demostrando que son absolutamente excepcionales desde el advenimiento de la Carbamacepina²⁰.

Recientemente se han vuelto a estudiar estos episodios debido a la introducción de los nuevos fármacos **gabaérgicos**, especialmente con la vigabatrina y en menor medida con la tiagabina²¹.

Los estudios críticos más recientes, realizados en psicosis interictales, con electrodos implantados en la amígdala, han demostrado actividad epileptiforme en dicha estructura, que no se registraba con electrodos de superficie.

Es lógico suponer, aunque esté pendiente de demostrar, que estas **psicosis interictales son realmente un Status Epiléptico, con activación del sistema límbico y como tal se deben de considerar.**

Ante esta dicotomía de la patología en pacientes con epilepsia Temporal-Medio-Basal que afecta al sistema límbico, la hipótesis más integradora sería la de Bear²², que con criterio conciliador intenta unificar la sintomatología neurológica con la psiquiátrica. Postula que las crisis y las alteraciones bioeléctricas del sistema límbico aumentarían la significación emocional de las actividades de la vida del sujeto, explicando así su doble psicopatología, que por una parte serían las alteraciones psicóticas y del estado del ánimo ya clásicas, y por otra (más novedosa y menos estudiada) la coexistencia con los ataques de pánico.

Por todo ello, **corresponde al clínico actual, ayudado por la tecnología disponible** (monitorización vídeo E.E.G.) **establecer con la máxima precisión el grado de perturbación de la consciencia del paciente, así como establecer el mecanismo desencadenante, en el momento en el que cometiere un acto presuntamente delictivo, con objeto de valorar su Imputabilidad o no Imputabilidad de dicha alteración conductual, o en su defecto determinar el grado de atenuación que ello requiriese.**

○ CAPACIDAD CIVIL

La epilepsia *per se*, **no es causa de incapacidad civil**, únicamente aquellos casos en los que se asocian con deficiencia mental, con deterioro, con epilepsia refractaria o con crisis incoercibles, van a ser tributarios de un proceso de incapacitación que normalmente no planteará ningún problema para su correcta valoración.

Generalmente se tratará bien de Epilepsias Generalizadas Secundarias, con lesión cerebral y debilidad mental evidente, o bien de Epilepsias Parciales Sintomáticas, que además de la lesión cerebral se añadirá la refractariedad de las crisis.

Estos aspectos ya son clásicos en todas las revisiones que se han hecho de la enfermedad epiléptica, pero debe insistirse una vez más, que ésta es la dimensión real de la implicación jurídica de la epilepsia y que debe ser siempre contemplada desde el conocimiento y manejo actual de esta enfermedad.

Aspectos Sociales de la Epilepsia



En esta segunda parte se expondrá la legislación y la normativa aplicable al enfermo epiléptico en su integración social.

Es un tema mucho más complejo, pues la legislación es en muchos casos contradictoria, y no está adaptada a la realidad actual de nuestro siglo.

Socialmente aún no se ha superado completamente la visión que podríamos llamar psiquiátrica y penalista de la epilepsia y ello pesa todavía en la mente del legislador.

En este capítulo se analizarán de forma consecutiva:

1. Licencias de conducción de vehículos
2. Epilepsia y Trabajo
3. Epilepsia y profesiones especiales
4. Epilepsia y minusvalía

1. LICENCIAS DE CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS

Este es el primer tema con el que suele enfrentarse el paciente epiléptico en su vida cotidiana, **la capacidad de conducir vehículos**, a causa del estigma social que supone, además de la importancia que tiene en el devenir profesional de la persona.

Es un tema en el que no existen criterios armonizados en nuestra sociedad occidental, existiendo notorias discrepancias entre los de la Unión Europea, así como con USA y Canadá.

La primera vez que se intentó consensuar criterios fue en un Comité ad hoc constituido por miembros de la ILAE/IBE en 1992, fruto del cual fue un documento en el que se analizaban las diferencias de criterios entre las legislaciones de diversos estados de la U.E. y del otro lado del Atlántico. Se consensuaron unas normas excesivamente amplias que resultaban de poca utilidad para la práctica diaria.

En 1996 una Comisión de la U.E. presidida por A. Sonnen y R. Holmes elaboró el primer documento publicado por el Bureau Europeo que intentó armonizar criterios.

En nuestro país, el muy obsoleto Real Decreto de 1985, fue substituido por la Normativa de 1997, publicada en el BOE nº 135 de 6 de Junio de 1997²⁴, legislación actualmente vigente que se adjunta en el Anexo II y cuya redacción se basó en la normativa europea vigente, con el fin de armonizar criterios.

Hay que destacar que la normativa española es de las más permisivas de la U.E. y como dato a considerar debe indicarse que se **precisa un Informe Neurológico para emitir la pertinente licencia**.

2. EPILEPSIA Y TRABAJO

En el año 1959 la normativa española sobre Derecho Laboral creó los Servicios Médicos de empresa, que debían realizar los preceptivos reconocimientos médicos a los trabajadores. En dichos reconocimientos los trabajadores **debían firmar un documento en el que declaraban no haber padecido pérdidas de conocimiento**, siendo informados de que si mentían y ocultaban pérdidas de conocimiento, **el trabajador sería automáticamente dado de baja en la empresa**.

Esta normativa debe verse bajo una perspectiva histórica y dentro del contexto médico de la época, pero ilustra la discriminación que existió contra la enfermedad epiléptica, hasta fechas muy recientes.

En aquella normativa no se planteaba la posible integración social del epiléptico y tener presente que aún **estábamos en el periodo “psiquiátrico” de la epilepsia, entonces catalogada como una psicosis endógena**. Hay que destacar que dentro de este mismo apartado se incluían la esquizofrenia y la psicosis maníaco depresiva, siguiendo los postulados de Kraepelin.

En el momento actual, siguiendo las directrices de la O.I.T. (Organización Internacional del Trabajo), asumidas por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social²⁵ y la Ley de 08-11-1995 sobre Prevención de Riesgos Laborales, un paciente epiléptico no puede ser rechazado *per se* de un determinado puesto de trabajo, salvo que exista una normativa específica para esta determinada profesión y en caso de aparición de la enfermedad, es decir, de una patología sobrevenida, no podrá ser despedido sino que se adecuará su actividad laboral a las características de su enfermedad.

► Orientación Profesional

La labor de médicos, profesionales sanitarios y profesionales en el aspecto laboral, debe ser fundamentalmente orientativa, aconsejando, ya desde la juventud, un puesto de trabajo sin riesgo, con el fin de evitar accidentes laborales y conseguir que el enfermo pueda desarrollar en todos los aspectos su actividad profesional adecuada, integrándose plenamente en el cada vez más competitivo mercado laboral.

La siguiente tabla muestra una orientación sobre las profesiones aconsejadas y desaconsejadas para los enfermos epilépticos.

Profesiones No permitidas a los Epilépticos	Profesiones DESACONSEJADAS a los Epilépticos	Profesiones ACONSEJADAS a los Epilépticos
Piloto en compañías aéreas	Todas las profesiones basadas en conducción de vehículos	Agricultor y actividades asimilables
Conductor de vehículos pesados	Todas las profesiones que requieran el control de una máquina	Jardinero y análogos
Conductor de transporte público	Todas las tareas en las que frecuentemente se necesita trabajar a cierta altura	Comerciante
Submarinista Profesional	Vigilante nocturno (a turnos)	Abogado
Profesor de natación	Guardia de Seguridad	Administrativo de cualquier nivel
Policía	Gruista	Ninguna profesión debe descartarse a priori
Bombero		

3. EPILEPSIA Y PROFESIONES ESPECIALES

Existe una regulación específica para las profesiones de riesgo, como marinos, profesionales de buceo, operadores de maquinaria pesada, profesionales del ferrocarril, marina mercante, fuerzas armadas y seguridad privada, igualmente para la concesión de licencias de armas.

Toda la legislación relativa a estas actividades, ha sido recopilada en un trabajo que ha sido recientemente publicado²⁶.

Toda la legislación sobre estas profesiones se presenta en el Anexo III.

4. EPILEPSIA Y MINUSVALÍA

En primer lugar debe señalarse que el término **Minusvalía**, no es un término médico, sino jurídico. Un minusválido es una **persona discapacitada** que, como mínimo, ha perdido un 33% de la capacidad que como persona le corresponde, incluyendo no sólo los aspectos médicos (que luego se definirán) sino también los aspectos sociales.

Recientemente este tema ha sido objeto de una **nueva regulación por parte del Estado Español**, estableciéndose toda la normativa en el **Real Decreto 1971/1999 de 23 de Diciembre, publicado en el BOE de fecha 26 de Enero de 2000**²⁷.

Posteriormente se han efectuado correcciones a dicho Real Decreto, que se publicaron en el **BOE de fecha de 13 de marzo de 2000 (numero 63)**²⁸.

En el Anexo III de esta normativa se establecen las líneas básicas de los baremos, y se hace hincapié en seguir los modelos propuestos por la O.M.S.

Desde un punto de vista médico, hay que seguir la definición de la O.M.S.²⁹, en lo que se refiere a los **conceptos de Deficiencia, Disfunción y Discapacidad**. Es especialmente importante la definición de **Discapacidad como restricción o ausencia de capacidad para realizar una actividad de la forma que se considera normal para un ser humano**.

La severidad de estas limitaciones es esencial como criterio para elaborar los baremos.

Se han propuesto muchos modelos y escalas para valorar **la discapacidad**. Por su difusión entre todas las especialidades médicas, la más clásica es la **escala de Rankin**, que puede servir de orientación básica y que consta de 5 grados³⁰.

Tabla III. Escala de RANKIN

0	Ausencia de síntomas.
1	Síntomas Menores que no interfieren con el estilo de vida.
2	Handicap menor: los síntomas interfieren en el estilo de vida, pero sin llegar a ninguna necesidad de dependencia.
3	Handicap moderado: síntomas que restringen significativamente el estilo de vida y obligan a una existencia dependiente.
4	Handicap de moderado a severo: se precisa una dependencia, que sin embargo no es constante.
5	Handicap severo: totalmente dependiente, requiriendo asistencia constante día y noche.

Hemos explicado antes que la normativa actual determina claramente que para valorar los grados de minusvalía, se aplicaran básicamente las tablas de la A.M.A. (Asociación Médica Americana), y así regular el sistema especial de prestaciones y subsidios previstos en las sucesivas legislaciones.

Las tablas de la A.M.A fueron publicadas en el año 1994 y prácticamente son de uso universal³¹.

▶ Criterios de la A.M.A.

Se especifican 2 grandes grupos:

1. Actividades de autocuidado personal.

2. Otras actividades de la vida diaria

- Comunicación.
- Actividad física tanto intrínseca como extrínseca.
- Funciones sensoriales.
- Funciones manuales.
- Transporte.
- Función sexual.
- Sueño.
- Actividades sociales y de ocio.

La determinación de los grados de minusvalía, viene determinada a través de las **Consejerías de Asuntos Sociales, u organismo equivalente, de las diversas comunidades autónomas**, existiendo unos organismos denominados Centros Base, pluridisciplinarios, que son los competentes para emitir los dictámenes sobre el grado de minusvalía de los afectados.

La epilepsia se contempla en el Capítulo III anteriormente citado, en el apartado **Trastornos Episódicos Neurológicos de la Consciencia, Alerta, Sueño y Epilepsia**.

Se asignan 5 grados de discapacidad:

- Clase 1.- Discapacidad 0**, que es el paciente correctamente tratado.
- Clase 2.- Discapacidad de hasta el 24%** donde los episodios son de frecuencia mensual.
- Clase 3.- Discapacidad del 25 al 49%**, que presentan más de un episodio mensual: Entre uno y tres episodios, con una serie de consideraciones.
- Clase 4.- Discapacidad del 50 al 70%**, con más de 4 episodios mensuales.
- Clase 5.- Discapacidad del 75%**, donde el criterio determinante, más que el número de crisis, es la necesidad de una tercera persona para ayudar en las actividades de la vida ordinaria.

La información completa se adjunta en el **Anexo IV**.

3 Epilepsia e Incapacidad Laboral



Dr. Raúl Izquierdo Rodríguez; Dr. Manuel García Herrera; y Juana M^a Galmés Cerdà.
Unidad Médica del Equipo de Valoración de Incapacidades de les Illes Balears (UMEVI-Illes Balears).
Instituto Nacional de la Seguridad Social. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

El presente capítulo para poder ser abordado con cierta claridad nos obliga a describir primero **dos apartados**:

El primero, **La Seguridad Social en su nivel contributivo**, que para los "neófitos" y no introducidos en el ámbito de la Jurisdicción de lo Social puede resultar algo complejo, aunque necesario para el mejor entendimiento del siguiente apartado...

El segundo, **la valoración laboral de la epilepsia**, que aporta una novedad en el área de la valoración del menoscabo funcional neurológico, como son los Grados de afectación funcional en Neurología recientemente aprobados para su aplicación en los Equipos de Valoración de Incapacidad en España, y que pueden ser empleados como estándares en la Jurisdicción de lo Social, como se recoge en el Anexo V en el que se incluye a su vez, a modo de **Conjunto Mínimo de Datos** los parámetros necesarios para el cumplimiento de los **Informes Médicos de Síntesis** en las enfermedades neurológicas.

1. LA SEGURIDAD SOCIAL EN SU NIVEL CONTRIBUTIVO

1.1 Introducción: La Seguridad Social en España

La Constitución Española de 1978 establece un modelo abierto y flexible de Seguridad Social. La clave para interpretar el sistema constitucional de la Seguridad Social está en el art. 41 en el que podemos observar la confluencia de un modelo contributivo y otro asistencial. Además del art. 41 de la Constitución, hay otros que hacen referencia a la Seguridad Social como son los art. 25.2, 43, 49, 50, 129 y 149. Así pues, el modelo mixto de Seguridad Social tiene un nivel básico no contributivo, dirigido a todos los ciudadanos y un nivel profesional contributivo, dirigido a quienes ejercen una actividad profesional. A estos dos niveles públicos se añade un nivel complementario libre de carácter privado³³:

► **1. Nivel básico o no contributivo.**- Se extiende a todos los ciudadanos, con prestaciones uniformes, de gestión pública, financiado por los Presupuestos Generales

del Estado, con prestaciones de naturaleza no contributiva: pensión de invalidez y jubilación en su modalidad no contributivas, asignación económica por hijo a cargo y por nacimiento de tercer hijo o sucesivos hijos y por parto múltiple, complementos para garantizar los mínimos de pensiones, los servicios sociales y la asistencia sanitaria siempre que no deriven de accidente de trabajo o enfermedad profesional.

► **2. Nivel profesional o contributivo.-** Se extiende a la población trabajadora, con prestaciones proporcionales a las cotizaciones-salarios, de gestión pública, a través de cotizaciones sociales, de trabajadores y empresarios, integradas por prestaciones de naturaleza contributiva: incapacidad permanente y de jubilación en su modalidad contributiva, incapacidad temporal, maternidad y riesgo de embarazo, recuperación y muerte-supervivencia, y la totalidad de contingencias de trabajo y enfermedades profesionales.

► **3. Nivel complementario.-** Otorga prestaciones complementarias del preceptivo sistema de Seguridad Social al que en ningún caso sustituye. Puede ser de gestión pública (nivel complementario interno) o de gestión privada (nivel complementario externo). Se financia con las aportaciones de los partícipes. Integran este nivel complementario: las mejoras voluntarias de la acción protectora de la Seguridad Social, y las prestaciones a cargo de los Planes y Fondos de Pensión.

1.2 El nivel contributivo o profesional de la Seguridad Social

Hecha esta introducción, en lo que nos ocupa en este capítulo, vamos a referirnos sólo al nivel contributivo o profesional, aquel que se extiende a la población trabajadora.

La Prestación de Incapacidad Permanente en su modalidad contributiva, gestionada por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), es una prestación que en algunos foros se ha denominado **la no deseada** en contraposición a la jubilación. La incapacidad sobrevenida en plena actividad laboral, no se espera, ni se desea.

La ley General de la Seguridad Social (LGSS) define la Incapacidad Permanente (IP) en la modalidad contributiva como *la situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas que disminuyen o anulan su capacidad laboral. No obstará a tal calificación la posibilidad de recuperación de la capacidad laboral del inválido, si dicha posibilidad se estima médicamente como incierta o a largo plazo*³³.

Para la Organización Internacional del Trabajo (OIT) el término **inválido** designa *toda persona cuyas posibilidades de obtener y conservar un empleo adecuado se hallen realmente reducidas debido a una disminución de su capacidad física o mental*³⁴.

La protección de la Incapacidad Permanente es diversificada en atención no sólo a la causa, común o profesional, determinante de la contingencia, sino al grado menor o mayor de limitación de la capacidad laboral.

1.2.1 Contingencias protegidas

La Incapacidad Permanente tiene su causa en dos tipos de contingencias:

► 1. Contingencias profesionales:

a. Accidente de trabajo (AT): se entiende que es *toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena. También tendrá tal consideración los que sufra el trabajador al ir o volver del lugar de trabajo.*

b. Enfermedad profesional (EP): es *la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifican en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de la LGSS que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional*³⁵.

El cuadro vigente en España viene recogido en el R.D. 1995/78 parcialmente modificado por el R.D. 2821/81, que incluye la hepatitis, y por la resolución de la Secretaría de Estado para la Seguridad Social de 30.12.93 sobre el Síndrome Ardystil.

Actualmente se está trabajando en un nuevo cuadro de Enfermedades Profesionales bajo Directiva Europea que va a permitir ciertos cambios en la normativa vigente que ha quedado en algunos aspectos obsoleta (48).

► 2. Contingencias comunes:

a. Enfermedad común (EC): se considera como tal, las alteraciones de la salud que no tengan la condición de accidente de trabajo, ni de enfermedades profesionales.

b. Accidente no laboral (ANL): es el que no tenga el carácter de accidente de trabajo.

1.2.2 Grados de incapacidad y su cuantía

La incapacidad Permanente, cualquiera que sea su causa determinante, se clasifica con arreglo a los siguientes grados³³:

▶ 1. Incapacidad Permanente Parcial para la profesión habitual (IPP).

Es la incapacidad que, sin alcanzar el grado de total, ocasione al trabajador una disminución no inferior al 33% en su rendimiento normal para dicha profesión, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma.

La prestación económica consistirá en una cantidad a tanto alzado. Es una indemnización de 24 mensualidades de la base reguladora que haya servido para determinar la prestación de la Incapacidad Temporal (IT).

Esta indemnización es totalmente compatible con el trabajo que viniera desarrollando, como también con el ejercicio de cualquier otra profesión u oficio.

▶ 2. Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual (IPT).

Es la incapacidad que inhabilita al trabajador para la realización de todas o las fundamentales tareas de dicha profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta.

La prestación económica correspondiente consistirá en una pensión vitalicia del 55% de la base reguladora.

Lo que define este grado de incapacidad es la capacidad laboral residual, la posibilidad de seguir generando rentas salariales por otra profesión diferente a la habitual.

La Incapacidad Permanente Total Cualificada supone unas mejoras en las cuantías de la prestación en los casos de pensionistas mayores de 55 años que no han accedido a un nuevo trabajo. El porcentaje del 55% se puede incrementar en estos casos en un 20%.

▶ 3. Incapacidad Permanente Absoluta (IPA).

Es la incapacidad que inhabilita por completo al trabajador para toda profesión u oficio.

Sin embargo el art. 141.2 de la LGSS dice que estas pensiones no impedirán el ejercicio de aquellas actividades, sean o no lucrativas, compatibles con el estado del incapacitado y que no representen un cambio en su capacidad de trabajo a efectos de revisión.

La prestación económica correspondiente a esta incapacidad será equivalente al 100% de la base reguladora.

▶ 4. Gran Invalidez (GI).

Se define legalmente como *la situación del trabajador afecto de incapacidad permanente y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesita la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.*

La calificación de la Incapacidad Permanente en grado de GI supone al derecho a la pensión vitalicia en las mismas condiciones que para el grado de Incapacidad Permanente en grado de IPA, incrementándose su cuantía en un 50%, destinado a que el inválido pueda remunerar a la persona que le atiende.

▶ Lesiones Permanentes No Invalidantes (LPNI)

Aunque no se traten de incapacidades en ninguno de sus grados, se definen como *lesiones, mutilaciones o deformidades, de carácter definitivo, causadas por accidente de trabajo (AT) o enfermedad profesional (EP), que supongan una disminución o alteración de la integridad física del trabajador.*

Estas lesiones están recogidas en un baremo aprobado por la Orden de 16 de enero de 1991.

1.2.3 Beneficiarios

Tendrán derecho a la prestación por incapacidad permanente las personas incluidas en el Régimen General o en los Regímenes Especiales de la Seguridad Social que reúnan los requisitos exigidos en cada caso³³.

1.2.4 Requisitos

En los supuestos de incapacidades derivadas de **contingencias profesionales**, no será exigido ningún periodo previo de cotización.

En los supuestos de incapacidades derivadas de **enfermedad común** cuando el causante en la Seguridad Social, el periodo mínimo de cotización exigible será:

- a. Si el sujeto tiene menos de 26 años de edad, la mitad del tiempo transcurrido entre la fecha que cumplió los 16 años y la del hecho causante de la pensión.
- b. Si el causante tiene cumplidos los 26 años de edad un cuarto del tiempo transcurrido entre la fecha en que haya cumplido los 20 años y el día en que se hubiese producido el hecho causante, con un mínimo de 5 años. En este supuesto al menos la quinta parte del periodo de cotización exigible, deberá estar comprendido dentro de los 10 años inmediatamente anteriores al hecho causante.

Sólo en el supuesto de IPP para la profesión habitual derivada de enfermedad común, el periodo exigible será de 1800 días comprendidos en los 10 años inmediatamente anteriores a la fecha del hecho causal.

En los supuestos de incapacidad permanente derivada de accidente no laboral, cuando el causante esté de alta en la Seguridad Social, no será exigido ningún periodo de cotización.

En los supuestos en que los causantes no estén de alta en la Seguridad Social sólo tendrán acceso a ella:

- a. Los que hayan sido declarados en situación de IPA para todo tipo de trabajo o GI.
- b. Deberán haber cotizado 15 años, de los cuales 3 años deberán estar comprendidos dentro de los 10 últimos años.

No tendrán derecho a pensión de incapacidad permanente derivada de enfermedad común, cuando en la fecha del hecho causante de incapacidad tengan los 65 años cumplidos y la cotización exigida para la jubilación.

1.2.5 Procedimiento de gestión

La gestión de las prestaciones por incapacidad permanente, en la modalidad contributiva, esta expresamente encomendada al Instituto nacional de la Seguridad Social (INSS) y al Instituto Social de la Marina (ISM) que gestiona el Régimen Especial de los Trabajadores del Mar³³.

La estructura general del procedimiento está regulada por la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC) (Ley 30/1992 de 26 de noviembre, modificada por la Ley 4/1999 de 13 de enero).^{34,35}

No obstante, tradicionalmente ha existido un régimen procedimental específico para el reconocimiento del derecho a las prestaciones por incapacidad permanente.

El R.D. 1300/1995, de 21 de julio, determina las competencias del INSS en materia de incapacidades laborales; establece la constitución, composición y funciones que han de desarrollar los Equipos de Valoración de Incapacidades (EVI) y fija las reglas de procedimiento aplicables a este respecto. Se incorpora al INSS, la Unidad de Valoración Médica de Incapacidades (UVMI) del recientemente extinguido Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), integrada por Médicos Inspectores y se crea la Unidad Médica del Equipo de Valoración de Incapacidades (UMEVI), su función, en un principio, será la de elaborar Informes Médicos de Síntesis (IMS) que elevarán a la EVI para la elaboración del Informe-propuesta³⁶.

1.2.6 Composición de los Equipos de Valoración de Incapacidades (EVI)

La composición del EVI es la siguiente³⁷:

- ▶ 1. El Presidente/a será el Subdirector/a Provincial de Incapacidad permanente del INSS o funcionario que designe el Director General de dicho Instituto.
- ▶ 2. Los Vocales, nombrados por el Director General del INSS, serán los siguientes:
 - 2.1 Un Médico Inspector, propuesto por el Directo provincial del INSALUD (actualmente INGESA para Ceuta y Melilla), o en su caso, por el órgano competente de la Comunidad Autónoma. En el ámbito de aplicación del Régimen Especial de los Trabajadores del Mar formará parte también del EVI un Médico Inspector, propuesto por el ISM.
 - 2.2 Un Facultativo Médico, perteneciente al personal del INSS.
 - 2.3 Un Inspector de Trabajo y Seguridad Social, propuesto por la Inspección de Trabajo y Seguridad Social.
 - 2.4 Un funcionario titular de un puesto de trabajo de la Unidad encargada del trámite de la prestaciones de incapacidad permanente de la correspondiente Dirección provincial del INSS, quién ejercerá las de Secretario/a.

También pueden designarse por el Director Provincial del INSS otros dos vocales en casos concretos:

- a. Un experto en recuperación y rehabilitación, propuesto por el IMSERSO o por el órgano competente de la Comunidad Autónoma respectiva, cuando del expediente se deduzcan indicios razonables de recuperación del trabajador.
- b. Un experto en Seguridad e Higiene en el Trabajo, propuesto por el órgano competente del Estado o de la respectiva Comunidad Autónoma, cuando existan indicios de incumplimiento de las medidas de seguridad e higiene en el trabajo.

El régimen de funcionamiento de los EVIs es el establecido en la LRJAP-PAC³⁵.

1.2.7 Funciones de los EVIs

Son funciones de la EVI³⁵:

- ▶ 1. Examinar la situación de incapacidad del trabajador y formular al Director Provincial del INSS los dictámenes-propuesta, preceptivos y no vinculantes, en materia de:
 - a. Anulación o disminución de la capacidad para el trabajo por existencia de situaciones de Incapacidad Permanente, calificación de estas situaciones en sus distintos grados, revisión de las mismas por agravación, mejoría o error de diagnóstico, y contingencia determinante.
 - b. Determinación del plazo a partir del cual se podrá instar la revisión del grado de Incapacidad Permanente por agravación o mejoría.
 - c. Procedencia o no de la revisión por previsible mejoría de la situación de incapacidad del trabajador.
 - d. Disminución o alteración de la integridad física del trabajador por existencia de lesiones permanentes no invalidantes, causadas por AT o EP.
 - e. Determinación del carácter común o profesional de la enfermedad que la origina la situación de incapacidad o muerte del trabajador cuando le sea solicitado tal dictamen.

En el ejercicio de estas funciones que tiene encomendada el EVI, y para examinar la situación de incapacidad del trabajador será preciso citar a los interesados en el local donde están ubicados los facultativos del INSS.
- ▶ 2. Efectuar el seguimiento de los programas de control de las prestaciones económicas de Incapacidad Temporal (IT) y proponer al Director Provincial del INSS la adopción de medidas adecuadas, en coordinación con los restantes órganos competentes en esta materia.
- ▶ 3. Prestar asistencia técnica y asesoramiento en los procedimientos contenciosos en los que sea parte el INSS, en materia de incapacidades laborales.

También, la Orden de 18.1.96 añade el pronunciamiento del EVI, en el caso en que se hubiera apreciado incumplimiento de las medidas de seguridad e higiene en el trabajo, sobre: el porcentaje de incremento de prestación que se propone y las posibilidades de recuperación del trabajador.

1.2.8 Formulación del dictamen-propuesta por el EVI

Estará acompañado de los siguientes informes⁴⁰:

1. El IMS, comprensivo de todo lo referido acreditado en el expediente.
2. El informe de antecedentes profesionales.
3. Los informes de alta y cotización, que condicionan el acceso al derecho.

Una vez examinado el IMS y el de antecedentes profesionales del trabajador, y cuanta documentación contenga el expediente, el EVI procederá a emitir y a elevar al Director Provincial del INSS el dictamen-propuesta en relación con el supuesto que se trate⁴⁰:

- a. Anulación o disminución de la capacidad para el trabajo, calificación en sus distintos grados, y contingencia determinante.
- b. Plazo a partir del cual se podrá instar la revisión del grado de incapacidad por agravación o mejoría.
- c. Procedencia o no de la revisión por previsible mejoría de la situación de incapacidad del trabajador, a efectos de la posible reserva del puesto de trabajo (art. 48.2 del Estatuto de los Trabajadores RDL 1/1995 de 24 de marzo).
- d. Disminución o alteración de la integridad física del trabajador por existencia de lesiones permanente no invalidantes, causadas por AT o EP.
- e. Porcentaje de incremento de la prestación y posibilidades de recuperación del trabajador, en caso de haberse apreciado falta de medidas de prevención de riesgos laborales.

1.2.9 Iniciación del procedimiento

El procedimiento para evaluar la incapacidad en orden al reconocimiento del derecho a las prestaciones económicas por Incapacidad Permanente, pueden iniciarse por tres vías diferentes, en función de los sujetos legitimados para ello³⁶:

- ▶ 1. Iniciación de oficio: Los Directores Provinciales del INSS inician de oficio el procedimiento:
 - a. Por propia iniciativa, cuando se extinga la situación de incapacidad por el transcurso del plazo máximo fijado y se emita, en su caso, alta médica por agotamiento de la IT (18 meses).
 - b. Como consecuencia de la petición razonada de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social.

c. Cuando reciban del Servicio Público de Salud competente para gestionar la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social (INGESA o el Servicio correspondiente de la Comunidad Autónoma) petición razonada, junto con el alta médica de asistencia sanitaria, el historial clínico, previo consentimiento del interesado o de su representante legal o, en defecto de dicho historial, el informe o dictamen médico de los cuales se deduzca la posible existencia de una situación constitutiva de incapacidad permanente.

- ▶ 2. Iniciación a solicitud del propio trabajador o su representante legal.
- ▶ 3. Iniciación a solicitud de las Entidades Colaboradoras de la Seguridad Social.

La iniciación del procedimiento a solicitud de una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (MATEP) o de una empresa colaboradora se llevará a cabo, en aquellos asuntos que les afecten directamente, aportando el alta médica de asistencia sanitaria y el historial clínico, antecedentes profesionales, profesión habitual, categoría profesional, datos personales y salariales, y función y descripción del trabajo que realiza al producirse la contingencia. En los casos de AT deberán acompañar el parte correspondiente.

Las Entidades Colaboradoras serán tenidas como interesadas y parte en todos los trámites del procedimiento.

○ 2. LA VALORACIÓN LABORAL DE LA EPILEPSIA

A continuación vamos a abordar la epilepsia en su ámbito laboral. Sin olvidar que la actividad laboral constituye una tercera parte de nuestra vida, una vez alcanzada la edad productiva, ésta debe recogerse en cualquier procedimiento de registro. Debemos describir la importancia de entender la historia clínica en su contexto laboral, necesidad requerida para entender lo que realmente queremos transmitir en este capítulo: la evaluación de la repercusión de la enfermedad en el puesto de trabajo, su menoscabo funcional y la capacidad residual del paciente.^{38 39 40 41 42 43}

2.1 La historia clínico laboral

Este concepto que parece nuevo no lo es tanto, el reciente interés sobre la prevención laboral, el desarrollo legislativo surgido en los últimos años y la proyección de la Salud Laboral hacia una posición nunca antes conocida en nuestro país, hace pensar que el concepto de historia clínico-laboral es de reciente aparición. Lo cierto es que no lo es tanto, ya Hipócrates y Galeno formaba a sus alumnos, futuros médicos, bajo el concepto de la historia clínico-laboral, les contaban en sus clases

magistrales que no podían ser buenos profesionales de la Medicina sin conocer cuales eran las profesiones artesanales a las que se dedicaban sus pacientes, y esto no en el sentido lucrativo como cabría pensar en una sociedad como la actual, sino para tener información sobre posibles causas de enfermedad con la asociación a agentes y procedimientos operativos en el trabajo y en definitiva para el conocimiento del estado de salud de los pacientes trabajadores.

La historia clínica debe recuperar su aspecto laboral, esta condición se ha alcanzado ya en Atención Primaria, actualmente es en este ámbito donde se utiliza una historia clínica que entre otros aspectos aborda también los laborales. Este hecho debería extenderse también en Atención Especializada ya que la utilidad de la misma, sin duda demostrada, es extensible al segundo nivel asistencial. Llama la atención como en este nivel donde la exigencia y rigor científico resulta mas que demostrada y la práctica más que acurada, todavía hoy no se emplea de forma sistemática la historia clínico-laboral en los hospitales, es por lo que debe ser recuperada la utilización de los datos profesionales en la historia clínica hospitalaria.

Es en medicina evaluadora donde el interés sobre aspectos laborales resulta más relevante, ya que el menoscabo que produce la enfermedad será siempre referido al puesto de trabajo, teniéndose en cuenta no sólo la pérdida de capacidad para el desarrollo del mismo, sino también el hecho de que padecer una determinada enfermedad puede inferir en un mayor riesgo tanto para el propio trabajador que la padece, como también para terceros.

La historia clínico-laboral del paciente debe comprender datos relativos a los antecedentes familiares patológicos, las patologías previas del paciente, sean éstas activas o pasivas, y también los antecedentes laborales del interesado tanto actuales como anteriores^{41 42 43}.

▶ **A. Antecedentes familiares.**- Debe relacionarse el parentesco y grado familiar, así como la datación ordenada de las manifestaciones. Debe incluir la presencia sobre todo de episodios comiciales en miembros familiares, otras enfermedades neurológicas, psiquiátricas, cardiovasculares, enfermedades malformativas, hereditarias con implicación neurológica: como las neuropilosis, los Síndromes neurocutáneos, las degeneraciones espinocerebelosas etc.

▶ **B. Antecedentes personales.**- Debe practicarse una anamnesis completa por aparatos y sistemas con especial énfasis sobre el sistema nervioso y del comportamiento, también debe preguntarse sobre enfermedades de otros órganos y aparatos como enfermedades cardiovasculares, oncológicas, neuroquirúrgicas, politraumatismos, etc. con descripción de la entidad y la datación ordenada de toda aquella patología relevante. Deben recogerse el tipo de molestias referidos, las características de las mismas, el momento del debut, curso, duración, distribución topográfica del fenómeno,

lateralidad, circunstancias especiales concomitantes, molestias secundarias, mecanismos de remisión. etc.

Es importante poder determinar una posible afectación orgánica cerebral previa (T.C.E., infecciones agudas o crónicas, tumores, enfermedades degenerativas, enfermedades vasculares, trastornos tóxicos o metabólicos, agresión perinatal, malformación, etc.).

▶ **C. Antecedentes laborales.-** Descripción del puesto de trabajo (profesiograma) actual y anteriores, tipo de empresas, si eran de riesgo, la datación cronológica y duración en los distintos puestos de trabajo y empresas. Descripción de agentes tóxicos laborales (químicos, físicos y biológicos) actuales y anteriores, procedimientos de riesgo para el trabajador y que puedan ser peligrosos para terceros en el puesto de trabajo. Jornada laboral con descripción del horario, turnos, nivel de carga física y psíquica, responsabilidad y exigencia, horarios nocturnos o irregulares, corre-turnos, descripción minuciosa de la operatividad física o psíquica profesional, trabajos con focos de luz estereoscópica, ruidos, monitores a 50 Hz, etc.

▶ **D. Antecedentes administrativos.-** Deben recogerse cuantos documentos e informes médicos asistenciales obren en poder del paciente sobre visitas a urgencias, ingresos hospitalarios, estudios complementarios efectuados, revisiones médicas, informes expresos del médico de cabecera o especialista, y evaluaciones previamente realizadas por el Equipo de Valoración de Incapacidades.

En muchas ocasiones nos van a facilitar el camino a la evaluación clínica y laboral, nos permitirá evitar realizar pruebas complementarias recientemente practicadas y en definitiva conocer el estado anterior del paciente y evaluar el curso evolutivo.

▶ **E. Hábitos tóxicos.-** Importante es siempre recoger información sobre el consumo de tabaco (número de paquetes/año), enolismo (*gr./día*), fármacos (tipo, frecuencia, dosis/mes), psicotropos (tipo, frecuencia, dosis/mes), estupefacientes (tipo, frecuencia, dosis/mes), otros fármacos (tipo, frecuencia, dosis/mes).

▶ **F. Actividades de ocio.-** Deben recogerse las actividades deportivas de riesgo, violentas, con riesgos traumáticos graves o para terceros, y si las crisis guardan relación con la práctica de estas.

▶ **G. Manifestaciones alegadas.-** En un principio la anamnesis debe ser espontánea y posteriormente dirigida y complementaria. Referente a las crisis comiciales, debe recogerse la descripción minuciosa de los síntomas prodrómicos (horas antes de las crisis), el aura (segundos o minutos antes de las crisis), la propia crisis, el periodo postcrisis inmediato y la situación intercrítica. En la mayoría de ocasiones será necesaria e imprescindible la colaboración de familiares, allegados o testigos presenciales para la descripción y corroboración de los relatos descritos por el paciente o

para conocer ciertamente lo ocurrido en cada episodio. En general debe establecerse ya en la entrevista la distinción entre crisis generalizada y crisis parcial simple o compleja y confirmarse posteriormente con las pruebas complementarias.

Todo síntoma y signo debe incluir la datación del hecho variante, en el caso concreto de las crisis comiciales, el momento particular de su debut, el mecanismo causante (T.C.E., tumores, A.V.C., etc.), los factores precipitantes (falta de sueño, omisión de comidas, el estrés emocional, la menstruación, ingesta de alcohol, etc.), los estímulos específicos (luces centelleantes, parpadeo de la televisión, música, lectura, etc.), el curso evolutivo (características descriptivas, pérdida de conciencia, duración del episodio, acontecimientos, etc.), la descripción del periodo postcomicial inmediato, del periodo intercrisis y del control farmacológico (si responde al mismo y tipo de fármaco, dosis, combinación de fármacos, etc.) o si se ha requerido otros procedimientos como el neuroquirúrgico y si ha respondido favorablemente al mismo y/o sus posibles complicaciones. La evolución en el tiempo y los tratamientos efectuados resulta de especial interés. Debe ponerse énfasis en recoger la fecha del último episodio, el control terapéutico de las crisis y su seguimiento que resultan básicos en medicina evaluadora.

▶ **H. Exploración física.-** La exploración neurológica como siempre debe comprender al menos los aspectos mínimos de su semiología como son el estudio del fondo de ojo, los pares craneales, la valoración del tono y la fuerza muscular, la sensibilidad tanto superficial como profunda, los reflejos osteotendinosos y cutáneos, así como los patológicos, la coordinación y el equilibrio, la marcha y la postura y aspectos neuropsicológicos, con la intencionalidad de determinar focalidades neurológicas o deficiencias atribuibles a organicidad durante los periodos de intercrisis.

▶ **I. Pruebas complementarias.-** Es básico el E.E.G. basal con/sin estimulación, en sueño/vigilia. Logra apoyar el diagnóstico clínico, es guía para el pronóstico, permite una clasificación correcta que es fundamental para el tratamiento y evalúa a los candidatos a intervención quirúrgica (localización de la fuente epileptógena).

Hay que tener en cuenta que:

- a. Sobrevalora la lentificación del trazado durante las hiperapneas para etiquetar a un paciente de epiléptico.
- b. El 50% de los epilépticos tienen un trazado intercrítico normal.
- c. La repetición de 3-4 E.E.G. permite detectar anomalías en el 90% de los epilépticos.
- d. Es muy útil el registro del sueño, la siesta, la privación del sueño la noche anterior, registro del sueño nocturno o 24 horas, así como su grabación videográfica.

En ocasiones puede ser necesaria la exploración con potenciales evocados visuales (PEV), auditivos o de tronco cerebral (PEA, BEAPs), somatosensoriales (PES) cuando se piense en un compromiso de alguna de estas vías y áreas. También resulta **básica la R.M. cerebral** para el estudio morfológico y confirmar o descartar cualquier proceso orgánico cerebral. Otras pruebas a nuestra disposición aunque menos empleadas por falta de una completa accesibilidad en estos momentos en ciertas zonas de nuestro país son el PET, el SPECT o incluso la magnetoencefalografía.

Todo lo anterior va encaminado a:

- a. Confirmar que se trata de una crisis epiléptica.
- b. Discernir si se trata de una enfermedad idiopática o secundaria.
- c. Delimitar los parámetros de severidad y pronóstico de la crisis.

2.2 La Unidad Médica del Equipo de Valoración de Incapacidades (UMEVI) y el Informe Médico de Síntesis (IMS)

La Unidad Médica del Equipo de Valoración de Incapacidades (UMEVI), dependiente funcionalmente del INSS, integrada por Médicos Facultativos de INSS (Médicos Evaluadores del Cuerpo de Inspección Sanitaria) de la Administración de la Seguridad Social, es la encargada en cada provincia, con excepción de Cataluña que cuenta con un órgano propio equivalente, de la elaboración del Informe Médico de Síntesis (IMS).⁴⁰

En él se recogen todos los aspectos indicados anteriormente, no sólo neurológicos sino también del resto de órganos y aparatos, fundamentales en la evaluación completa del menoscabo funcional, consta de los siguientes apartados.

- N° de expediente.
- Datos del facultativo.
- Datos personales y laborales de la persona examinada: Nombre y Apellidos, DNI, Fecha de nacimiento, Empresa, última profesión, anteriores profesiones.
- Régimen.
- Fecha de IT.
- Manifestaciones del interesado: antecedentes y afectación actual.
- Comprobaciones objetivas: estado general, marcha, estado de nutrición.
- Exploración por aparatos y pruebas complementarias.
- Deficiencias más significativas.
- Tratamientos efectuados, centros y servicios donde ha recibido asistencia el enfermo.
- Evolución.
- Posibilidades terapéuticas y rehabilitación.

- Pronóstico.
- Limitaciones orgánicas y/o funcionales.
- Conclusiones.
- Contingencia.
- Lugar, fecha y firma del facultativo.

Constituye la herramienta básica en el ámbito médico evaluador del expediente de incapacidad del paciente. En este mismo expediente se acompañan otros documentos como: la vida laboral del paciente, el informe de cotización, etc, que son aportados al EVI como ya se ha descrito anteriormente.

2.3 La evaluación del menoscabo funcional del paciente epiléptico

El menoscabo funcional incluye varias vertientes diferentes como son el pronóstico, las disfunciones y deficiencias, las discapacidades, las minusvalías y el resto funcional laboral restante.

2.3.1 Valoración de la discapacidad en epilepsia

Valorar la capacidad laboral, cuando una enfermedad ha producido un menoscabo funcional de determinada duración, supone un reto difícil que debemos intentar resolver desde la perspectiva del conocimiento lo más completo posible de 40, 41 y 45:

▶ 1. Pronóstico: Los factores de pronóstico esenciales son:

- a. Etiología del procedo
- b. El grado y extensión de la afectación
- c. La posibilidad terapéutica
- d. La respuesta terapéutica
- e. Los trastornos mentales acompañantes

▶ 2. Disfunciones y deficiencias:

La O.M.S. define la **deficiencia** como *toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica*, así pues la deficiencia representa la desviación de alguna norma del estado biomédico del individuo.

En cuanto a epilepsia y siguiendo a la clasificación y codificación de la O.M.S., se define la deficiencia de los estados de conciencia y vigilia:

► **21.** Deficiencia intermitente de la conciencia. Incluye: Perturbaciones paroxísticas intermitentes, caracterizadas por una pérdida total o parcial de conciencia o por estados de conciencia alterada, y toda gama de señales y síntomas cerebrales locales:

- 21.0. Profunda interrupción intermitente de la conciencia. Incluye: Epilepsia con frecuencia de un ataque o más al día.
- 21.1. Severa interrupción intermitente de la conciencia. Incluye: Epilepsia con una frecuencia de un ataque o más por semana.
- 21.2. Moderada interrupción intermitente de la conciencia. Incluye: Epilepsia con una frecuencia de un ataque o más por mes.
- 21.3. Benigna interrupción intermitente de la conciencia. Incluye: Epilepsia con una frecuencia de menos de un ataque al mes.
- 21.4. Perturbación intermitentemente de la conciencia. Incluye: Epilepsia psicomotriz.
- 21.5. Otros tipos de ataque. Incluye: AUSENCIAS.
- 21.6. Otras interrupciones intermitentes de la conciencia. Incluye: Síncopes y crisis atónicas de muy corta duración.
- 21.7. Estados de fuga.
- 21.8. Otra.
- 21.9. Sin especificar.

► **3. Discapacidades:**

La O.M.S. define **discapacidad** como *toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano*, así pues la discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño y comportamiento en una normal actividad rutinaria.

Siguiendo la clasificación y codificación de la O.M.S.:

- 1. Discapacidades de la conducta.
 - 10. Discapacidades de la conducta del yo.
 - 10.0 Discapacidad transitoria de la conducta del yo.
 - 13. Discapacidad de la seguridad de la persona. Incluye: Perturbación de la capacidad para eludir riesgos para la integridad del cuerpo del sujeto.
 - 18. Discapacidad del rol de la ocupación.
 - 18.4 Otra discapacidad en la relación del trabajo.

4. Discapacidad de la locomoción.

47.0 Discapacidad de transporte personal.

7. Discapacidad de situación.

78. Otra discapacidad de situación: Incluye: Restricciones generalizadas de la actividad de la propensión a sufrir traumas.

► **4. Minusvalía:**

Para O.M.S. la **minusvalía** consiste en *una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, sexo, factores sociales y culturales)*. Así pues la minusvalía está en relación con el valor atribuido a la situación o experiencia de un individuo cuando se aparta de la norma. Se caracteriza por la discordancia entre el rendimiento o status del individuo y la expectativa del individuo mismo o del grupo concreto a que pertenece.

En las minusvalías, la clasificación codificada de aplicación es la siguiente:

- 1. Minusvalía de orientación.
 - 1.2 Perturbación intermitente de la orientación. Incluye: La interrupción intermitente de la conciencia de la epilepsia.
- 4. Minusvalía ocupacional:
 - 4.1 Desocupado intermitentemente. Incapacidad intermitente de dedicarse a una actividad como consecuencia de padecer epilepsia.
- 6. Minusvalía de autosuficiencia económica.
 - 6.3 Autosuficiencia reajustada: "... Deterioro en su situación económica, con respecto a la posición anterior a adquirir la discapacidad ..."

Como resumen de deficiencias orgánicas o funcionales:

- 1. Durante la crisis: Pérdida de conciencia, trastorno del comportamiento, etc.
- 2. Durante la intercrisis: Trastornos de la conducta, del aprendizaje, de la atención, etc.
- 3. Secundarios a la etiología orgánica: Depende de la causa, localización topográfica y extensión.
- 4. Secundarios al tratamiento anticomitial.

Resto funcional laboral.- Para fijar el resto funcional del paciente epiléptico tendremos que estudiar la ergonomía de los diversos puestos de trabajo, a fin de

ajustar, si es posible, el puesto a las peculiaridades del trabajador y establecer aquellas profesiones a las que por sus tareas esenciales, se hacen desaconsejables para este tipo de pacientes.

Desde el punto de vista de la metodología ergonómica⁴², el médico evaluador deberá definir:

▶ **1. Entorno físico:**

- a. **Ambiente térmico:** Habrá que tener en cuenta el tipo de trabajo, y el consumo energético, evitando variaciones de temperatura de más de 10° y más del 25% del tiempo de esta exposición, y en todo caso asegurar la protección suficiente.
- b. **Ruido:** Se deberá usar la protección adecuada a partir de 80 dB, así como valorar las variaciones de frecuencia a soportar.
- c. **Iluminación:** Evitar variaciones bruscas de intensidad y contraste.
- d. **Vibraciones:** En general es desaconsejable soportar frecuencias superiores a 40 Hz de frecuencia.

▶ **2. Carga física:**

- a. **Carga estática:** Evitar posturas fatigosas mantenidas.
- b. **Carga dinámica:** Evitar sobrecargas excesivas.

▶ **3. Carga mental:**

- a. Evitar exigencia o apremios de tiempo que produzcan estrés mantenido.
- b. En las tareas de complejidad/rapidez. Tener en cuenta las limitaciones psíquicas acompañantes.
- c. En las tareas que requieran atención mantenida. Valorar el riesgo de accidente y el posible deterioro de material frágil o valioso.
- d. En las tareas que requieran minuciosidad. Valorar la capacidad para trabajos donde se requiera manipulación de objetos de pequeñas dimensiones, o bien tareas donde se deban observar detalles muy precisos.

▶ **4. Aspectos Psicosociales:**

- a. Requerimientos del puesto de especial iniciativa. En función del nivel psíquico.
- b. Estatus social. Valorar para cambios de puesto.
- c. Exigencia de tareas con alto contenido y complejidad de comunicación. Valorar nivel psíquico.
- d. Tareas con necesidad de cooperación. Valorar nivel psíquico.

▶ **5. Tiempo de trabajo:**

- a. No se deben superar las 8 horas por día de trabajo (valorar el tiempo empleado *in itinere*).
- b. Un 15% del tiempo total diario de trabajo, se debe usar en pausas de descanso.
- c. El paciente epiléptico debería evitar los trabajos a turnos.

▶ **6. En estos pacientes se debe valorar de forma sistemática los siguientes riesgos de accidentes.**

- a. Riesgo de accidentabilidad por manipulación de cargas.
- b. Riesgo de microtraumatismos repetidos.
- c. Riesgo de accidentabilidad por herramientas.
- d. Riesgo por las condiciones del entorno.
- e. Riesgo por la conducción de vehículos.

Teniendo en cuenta todos los aspectos ergonómicos y siguiendo los grupos de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupación de la OIT, se podrían establecer las siguientes pautas⁴³:

- Grupo I.** Miembros del poder ejecutivo y de los cuerpos legislativos. Personal directivo de la administración pública o empresas: Sin limitaciones, salvo en caso de déficit psíquicos concomitantes.
- Grupo II.** Profesionales científicos e intelectuales: Sin limitaciones, salvo en caso de déficit psíquicos concomitantes.
- Grupo III.** Técnicos y profesionales de nivel medio: Limitaciones en navegación aérea y marítima, construcción, industria y cuerpos de seguridad.
- Grupo IV.** Empleados de oficina: Sin limitaciones.
- Grupo V.** Trabajadores de los servicios y vendedores de comercio y mercados: Limitaciones para cuerpos de seguridad.
- Grupo VI.** Agricultores y trabajadores cualificados, agropecuarios y pesqueros: Limitaciones en agricultores para conducción y uso maquinaria específica, en forestales para utilización de algunas herramientas de riesgo, en pesca (restricciones en el Permiso de Embarque), y para cazadores (armas).
- Grupo VII.** Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios: Restricciones para mineros, canteros, construcción y metalurgia.

Grupo VIII. Operadores de instalaciones, máquinas y montadores: Limitaciones en trabajadores relacionados con la minería, la metalurgia, la industria, el sector de producción de energía, conductores de vehículos y marineros.

Grupo IX. Trabajadores no cualificados: Limitaciones en vendedores (con uso obligado de vehículo), limpieza (tareas con trabajos que supongan riesgo de caídas), mensajeros (con vehículo), tratamiento y recolección de basuras, peones agropecuarios, forestales, pesqueros, minería, construcción, industria y transportes.

Grupo X. Fuerzas armadas: Restricciones importantes, por el uso de armamentos, vehículos, y realización de horarios especiales.

Finalmente convendría resaltar que aunque la valoración se debe realizar de forma individualizada, es obligación del médico evaluador reflejar y documentar los criterios pronóstico, menoscabo y ergonomía, en que se ha basado para su dictamen médico-laboral.

2.3.2 Consideraciones laborales

Considerando siempre, que en un mercado laboral competitivo, la capacidad de ganancia debe estar lo más completamente evaluada, si no queremos abocar de forma permanente al trabajador a ser un elemento fijo de la lista de parados.

En la valoración de capacidad laboral, no se dispone de baremos indemnizatorios, ni de escalas graduadas para establecer clases cerradas de pacientes mas o menos afectados. Y la propia Jurisprudencia establece la necesidad de evaluación flexible y personalizada de cada caso, descartando la aplicación de clasificaciones estandarizadas, que hoy en día no tienen base científica para su aplicación.

En la epilepsia la valoración es especialmente compleja, ya que la diversidad de localización topográfica del foco, sus repercusiones neurológicas, la frecuencia y gravedad de las mismas, la diversidad de respuesta a la terapéutica y su posible asociación con déficit psíquicos, hacen de estos pacientes un grupo muy heterogéneo.

Las enfermedades neurológicas tomadas en su conjunto constituyen uno de los grupos de enfermedades que con frecuencia dan lugar al mayor número de incapacidades permanentes y grandes invalideces. El menoscabo neurológico va a depender de la etiología de la enfermedad, del estado evolutivo clínico o funcional en que se encuentre (extensión de los síntomas), del pronóstico y de las posibilidades terapéuticas o de respuesta a la misma.

Teniendo en cuenta lo anterior, puede establecerse que en general, de la enfermedad neurológica se desprende una serie de premisas:

- a. Que la evaluación neurológica de la enfermedad y de sus manifestaciones clínicas no es fácil.
- b. Que la misma debe hacerse después de pasado un tiempo prudencial, posterior al tratamiento recientemente instaurado para comprobar la eficacia del mismo.
- c. Que es obligado tener en cuenta el pronóstico, pues el menoscabo neurológico no es estático, sino que a menudo estamos ante un proceso evolutivo o involutivo, lo cual implica la reevaluación del paciente.

Respecto a la epilepsia, las consideraciones laborales a tener en cuenta deben ser las siguientes⁴³:

1. Si responde al primer ensayo terapéutico y está libre de crisis durante 2 años, se puede afirmar que existe un 95% de probabilidades de una remisión.
2. Muchos epilépticos están más incapacitados por sus defectos intelectuales y motores derivados de lesiones orgánicas que por las mismas crisis, p.ej. epilepsia postraumática.
3. El epiléptico diagnosticado y tratado, y de inteligencia normal puede realizar cualquier trabajo que no implique riesgo físico o peligrosidad potencial.
4. Si evoluciona desfavorablemente, psicosis epileptógena o demencia, se valorarán las secuelas de las mismas.
5. Si un epiléptico accede al mercado laboral con ese proceso ya diagnosticado es lógico concluir que tiene la misma validez o invalidez que en el momento de la filiación a la Seguridad Social.
6. La evolución favorable de la epilepsia conlleva que sea procedente revisar la Incapacidad Permanente.
7. Puede estar limitado para trabajos que impliquen riesgos con crisis activas que conlleven pérdida de conciencia transitoria.
8. Cada vez son menos las solicitudes de incapacidad por los avances sanitarios, terapéuticos y mejores controles de los mismos.

2.3.3. Grados de afectación funcional del paciente epiléptico

La necesidad de contar con un estadiaje o clasificación funcional propio, que contemple los aspectos comunes y a la vez que los específicos de la Medicina

Evaluadora, útiles como referencia común no sólo para las UMEVIs y EVIs de España, sino también para el Juzgado de lo Social, y que abarque todas las áreas de la Patología, resulta ser una tarea ambiciosa a la vez que necesaria y urgente.

Recientemente se acaba de presentar esta clasificación inicialmente para unas pocas especialidades, contándose en estos momentos ya con la del área neurológica.

La UMEVI de les Illes Balears⁴² ha establecido como medida de estandarización del conjunto mínimo de datos por patología neurológica requeridos en el IMS, exploraciones complementarias mínimas a practicar y la gradación del estado funcional del paciente neurológico valores que han sido aceptados para su utilización en todos las UMEVIs del Estado y que puedan ser empleados en el ámbito jurídico de lo Social como criterios estándar (Anexo V).

Estos se recogen en el Anexo V, en ellos se contempla además los contenidos mínimos que el IMS debe contener en patología neurológica.

Referente a la epilepsia, a continuación se exponen los grados funcionales en el ámbito de la Medicina Evaluadora, que deben ser considerados a la hora de establecer en menoscabo funcional en la valoración laboral de todo paciente epiléptico y son los siguientes:

GRADOS DE AFECTACIÓN FUNCIONAL EN EPILEPSIA			
Grado	Situación Funcional neurológica	Tratamiento	Capacidad Laboral
0	Normal para su grupo de referencia. Diagnóstico casual de la patología neurológica, en estado clínico no evolutivo.	Ninguno o preventivo.	Completa, salvo si la patología es susceptible de ocasionar episodios de pérdida de conciencia o descoordinación motora o sensitiva; o en profesiones que comporten alto riesgo de accidentes.
1	Antecedentes de crisis convulsiva o mioclonias (no activas) de más de 1 año.	Ocasional o sintomático, que no afecta secundariamente las funciones neurológicas ni otras funciones que comprometan la seguridad propia o ajena.	Completa, Salvo profesiones cuya ergonomía comporte alta exigencia de: - Cargas físicas muy intensas. - Cargas sensoriales intensas o alta discriminación sensorial. - Riesgo de accidentes. Profesiones reguladas específicamente. - Comunicación.
2	Crisis convulsivas o mioclónicas en el último año	Habitual que compensa la clínica	Limitada a aquellas profesiones cuyas exigencias ergonómicas no se vean limitadas por las disfunciones neurológicas del paciente.
3	Crisis convulsivas o mioclónicas severas, frecuentes y refractarias a la terapéutica.	Habitual que no compensa la clínica	Capacidad laboral para tareas laborales marginales o tutorizadas.
4	Crisis convulsivas o mioclónicas severas, frecuentes y refractarias a la terapéutica, que se acompañan de otras alteraciones o déficit neurológicos considerados como Grado 4 (ver Anexo V).	Precisa ayuda de terceras personas para las actividades de la vida diaria	No procede

4 Epilepsia y Daño Cerebral Adquirido



Es importante documentar la epilepsia dentro del contexto de las secuelas de una **Lesión Cerebral Adquirida**, es decir la epilepsia sobrevenida tras una lesión cerebral, adquirida, bien sea vascular, tumoral, traumática...

Es pues una enfermedad que se sobrepone a otra patología y que, además presenta normalmente una latencia respecto a la agresión cerebral, es decir se desencadena meses o incluso años después de la lesión cerebral.

Sin ninguna duda el capítulo más importante de esta obra es la de causa postraumática, dada la mayor implicación legal que ella tiene.

La epilepsia postraumática (E.P.T.) supone el 5% de las epilepsias y un tercio de las adquiridas, respecto las que se puede conocer la causa.

Las otras dos causas, son la vascular y la enólica, por orden de frecuencia en nuestro medio.

En el momento actual, las causas de E.P.T. son tres para tres grandes apartados:

1. Accidentes Laborales.
2. Accidentes de Tráfico.
3. Agresiones.

Una cuestión previa, sería catalogar con precisión, qué tipo de epilepsias son realmente postraumáticas en los accidentes habituales de la vida civil, tema en el que existe profusa^{44 45 46 47}.

Veamos los siguientes supuestos prácticos de la epileptogenicidad de los Traumatismos Cráneo Encefálicos (T.C.E.):

- a. Tienen nula capacidad epileptógena las conmociones cerebrales leves, sin pérdida de consciencia y sin fractura de cráneo.
- b. El riesgo de epilepsia postraumática en las lesiones de la vida civil, es muy inferior a la referida en lesiones por armas de fuego, en heridas de guerra, que es lo que normalmente se cita en la bibliografía sin tener en cuenta este aspecto sesgado de la procedencia de la serie.

En términos generales **solo un 5% de pacientes afectados de un T.C.E., desarrollaran una epilepsia postraumática de etiología cierta y bien documentada y todo ello en función de unos factores de riesgo bien definidos.**

Como criterios básicos para tener en cuenta que una epilepsia es de etiología postraumática debe tenerse claro que **una E.P.T. es una epilepsia, sintomática, remota, con un T.C.E. previo documentado, una latencia de tiempo (normalmente inferior a dos años) y el desarrollo de una E.P.T. que viene definida como crisis recurrentes y no provocadas.**

Se excluyen del concepto de E.P.T., las crisis sintomáticas agudas, es decir las crisis que se desarrollan en la fase aguda de un T.C.E.

Se estima que **la Epilepsia Postraumática supone el 5% de todas las epilepsias en nuestro medio.** Ello supone una cifra importante en relación con aquellas epilepsias en las que se puede establecer una etiología cierta en el adulto.

Pueden ser útiles los criterios documentados en las Tablas III y IV de cara a la valoración médico legal de una epilepsia postraumática.

Tabla III. Riesgo de crisis en función de la severidad del Traumatismo

Severidad	Riesgo al cabo de 1 año	Riesgo al cabo de 5 años
Lesión LEVE, sin fractura y pérdida de consciencia de menos de 30 minutos, así como Amnesia Postraumática (A.P.T.) de corta duración.	0,1%	0,6%
Lesión MODERADA con pérdida de consciencia de más de 30 minutos y A.P.T. de más de 24 horas.	0,7%	1,6%
Lesión SEVERA con hematoma cerebral, contusión y pérdida de consciencia de más de 24 horas.	7,1%	11,5%

Tabla IV. Factores de Riesgo de E.P.T. en Traumatismos cerrados

Fractura deprimida, sin especificar	17%
Fractura deprimida con A.P.T. de más de 24 horas	32%
Fractura deprimida con A.P.T. de menos de 24 horas	9%
Presencia de crisis precoz (en la primera semana)	25%
Hematoma intracraneal que requiera cirugía	35%
Ausencia de fractura, de crisis precoz, de hematoma y A.P.T. de menos de 24 horas	1%

Un tema importante desde el punto de vista médico legal, es la diferente consideración jurídica que tienen las epilepsias en función de la contingencia que las ha desarrollado.

Revisaremos de forma sucinta la legislación laboral, la legislación que hace referencia a los accidentes de tráfico y por último, la legislación con relación a la incapacidad laboral con relación a contingencia común que son los tres supuestos en donde se va a desarrollar una epilepsia por lesión cerebral adquirida.

DERECHO LABORAL

Por lo concerniente al Derecho Laboral, en aquellos pacientes en los que **queden secuelas a consecuencia de un accidente laboral**, deberá aplicarse la normativa del B.O.E. nº 10 del 18/01/91 .

No se considera la epilepsia como una lesión permanente no invalidante debiéndose considerar, como un **Cuadro de Invalidez Permanente**, que en función de la profesión declarada y de las circunstancias de la epilepsia sería **Parcial, Total o Absoluta**.

ACCIDENTES POR VEHÍCULOS A MOTOR

En lo que concierne a la **Indemnización por Secuelas, por daños causados a las personas en accidente por Vehículos a Motor**, la normativa está muy estandarizada y viene recogida en el B.O.E. n ° 268 del 09/11/95, con un apartado concreto donde en el capítulo I se documenta, tanto la indemnización por riesgo, teóricamente hipotético de presentar **una Epilepsia, expresada en la existencia de un foco E.E.G. de tipo irritativo, así como la presencia de Epilepsia Postraumática**, la puntuación dependerá del número de crisis, de su repercusión socio-laboral y de la necesidad de tratamientos. Se indemniza en función de un baremo. Dicho baremo se adjunta en el Anexo VI.

CONTINGENCIA COMÚN

Por último, en aquellos casos de epilepsia de causa adquirida, que no sea por contingencia laboral, ni por accidente de tráfico, el paciente debe atenerse a la legislación en cada materia, tal como aquí se ha referido y que puede ser a veces incluso discordante, pues dependerá de la situación socio-laboral de cada persona, así se contempla desde la denegación de un permiso de conducir (que puede ser crucial en un viajante de comercio), hasta el cambio de puesto de trabajo y ulterior adaptación. Incluso puede influir muy poco negativamente en su actividad profesional en aquellos casos de profesiones sin riesgo (p. ej.: un administrativo que trabaja en una oficina).

Todo ello añadido al daño moral que una patología así supone en toda persona.

Como corolario puede decirse aquello tan viejo, de que no hay enfermedades sino enfermos, y que a lo largo de este trabajo se ha intentado dar una visión a la vez sucinta y práctica del estado de la cuestión.



1. M. J. Brodie, S. D. Shorvon, R. Canger, P. Halász, S. Johannessen, P. T. Thompson, H. G. Wieser y P. Wolf. Informe de la comisión de la I.L.A.E.. Comisión sobre Asuntos Europeos: Normas Adecuadas de Asistencia a la Epilepsia en Europa. *Epilepsia*. 38 (11): 1245-1250, 1997. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia International League Against Epilepsy.
2. Díez-Cuervo, A. Aspectos legales sobre Epilepsia y coexistencia de trastornos psíquicos. *Rev. Neurol.* 1997;25(139):435-447.
3. Villanueva, F. Responsabilidad Civil y Penal del epiléptico. *Rev. Neurol.* 1997;25(139-): 429-434.
4. Cabrera Forneiro, J. Fuertes Roca-in, J. C. Las Epilepsias. Aspectos Psiquiátricos forenses. ELA. 1994. Capítulo 15: 181-191
5. Taylor J. Employment, Epilepsy and the law. The Royal Society of Medicine, ed. Epilepsy and the law. A medical symposium on the current law. London: Oxford University Press, 1985;43-47.
6. Commission on Classification and terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic Syndromes. *Epilepsia* 1989. 20: 389-399.
7. Pariente P. D, Lepine J. P. Lellouch J.; Lifetime history of panic attacks and epilepsy: and asociación forma a general population survey. *J. Clin Psychiatry* 1991. 52: 88-9.
8. Hill D. 1952 E.E.G. in episodic psychotic and psychopathic behaviour. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology* 4: 419-442.
9. Flor-Henry P. 1969. Psychosis and Temporal lobe epilepsy. *Epilepsia* 10: 363-395.
10. Gumnit R. J. 1985. Behaviour disorders related to epilepsy. In: Gotman J, Ives J. R, Gloor P (eds). Long-term monitoring in epilepsy. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology supplement* 37: 313-323.
11. Edeh J, Toone B. 1987. Relationship between interictal psychopathology and the type of epilepsy. Results of a survey in general practice. *British Journal of Psychiatry* 151: 95-101.
12. Genton P, Bartolomei F, Guerrini R. Panic attacks mistaken for relapse of epilepsy. *Epilepsia* 1995; 36(1):48-51.
13. Código Penal Español 1996.
14. Delgado-Escueta A. V, Bascall T. E, Treiman D. M. 1982. Complex partial seizures on closed circuit television and E.E.G: a study of 691 attacks in 79 patients. *Annals of Neurology* 11: 292-300.
15. Treiman, D. M, and Delgado-Escueta, A. V. 1983. Complex partial status epilepticus. In status Epilepticus, Eds. A. V. Delgado-Escueta, C. G, Wasterlain, D. M. Treiman, and R. J. Porter, pp. 69-81. New York: Raven Press.
16. Landolt H. 1959. Serial Electroencephalographic investigations during psychotic episodes in epileptic patients and during schizophrenic attacks. In: de Haas L. (ed) Lectures on epilepsy. El servier, Amsterdam.
17. Wolf P. Acute behavioral symptomatology at disappearance of epileptiform EEG abnormality. Paradoxical or forced normalization. En Smith DB, Trejman DM, Trimble MR, eds. *Neurobehavioral Problems in Epilepsy*. New York: Raven Press. 1991: 127-142.
18. Dongier M. 1959. Statistical study of clinical and electroencephalographic manifestations of 536 psychotic episodes in 516 epileptics between clinical seizures. *Epilepsia* 1: 117-142.
19. Trimble, M. R. 1985. Psychiatric and psychological aspects of epilepsy. In the epilepsies, eds. R. J. Poter and P. L. Morselli, pp. 322-355. London: Butterworth.
20. E. H. Reynolds. "Epilepsy and mental illness". *The Bridge Between Neurology & Psychiatry*. Edited by E. H. Reynolds, M. R Trimble.
21. A. Higuera Aranda, C. Ruiz Ogara. "Parricidio en un estado crepuscular de un enfermo epiléptico: ¿Enajenación o trastorno mental transitorio? *Folia Neuropsiquiátrica* (1994), 29: 137-147.
22. Bear DM. Temporal lobe epilepsy. A syndrome of limbic hiperconnection. *Cortex* 1979;15:357-384.
23. Sonnen A and Holmes R. Working group Epilepsy and Driving. European Union Association of International Bureau Epilepsy. Brussels. 1998
24. BOE N 135 6 de JUNIO DE 1997
25. Lukanov M. Epilepsia. En Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Ed. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Madrid: Centro de Publicaciones del MTSS 1989;934-935.
26. Epilepsia y Sociedad. Jaume BURCET. Grupo de estudio de la SEN. Madrid 2002.
27. B.O.E. N 26 de Enero del 2000.
28. BOE N 26 13 de Marzo DE 2000.
29. World Health Organization. International Classification of impairments, disabilities and handicaps. Geneva. World Health Organization: 1980.
30. Rankin J. Cerebrovascular accidents in patients over the age of 60: II. prognosis. *Scot Med J* 1957. 2:200-215.
31. American Medical Association (1994). Guides to the evaluation of permanent impairment, 3- ed. AMA, Chicago.
32. Constitución Española 1978.
33. Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social.
34. Manual Técnico de Incapacidad Permanente. INSS, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. octubre 2001.
35. Real decreto 1300/1995, de 21 de julio, por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social, la Ley 42/1994 de 30 de diciembre, de medidas fiscales y de orden social.
36. Ley 24/1997, de 15 de julio, de consolidación y racionalización del sistema de la Seguridad Social
37. Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del procedimiento Administrativo Común.
38. *Rev Neurol Volumen.26 Número.150 Pág.0256 Sección.* Fecha de publicación.01/02/1998
Epilepsia postraumática. Pilar de la Peña , Jesús Porta Etesam .
39. Estudio de Posibles Actividades de Tiempo libre para Minusválidos Físicos, Según Minusvalías y núcleos de Esparcimiento. Alfonso Ruiz Abellán. SEREM, 1974
40. Manual de Cumplimiento Uniforme del Informe Médico de Síntesis (IMS), Neurología. Raúl Izquierdo Rodríguez, Manuel García Herrera y otros. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2002
41. Jornadas sobre procedimiento de Actuación de Médicos Evaluadores. Neurología. Raúl Izquierdo Rodríguez, Manuel García Herrera y otros. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Ministerio de Trabajo y seguridad Social. 2001, 2002 y 2003
42. Manual de Actuación para Médicos del INSS. Neurología. Raúl Izquierdo Rodríguez, Manuel García Herrera y otros. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2003
43. Epilepsia & Sociedad, aspectos jurídicos y sociales. Jaume Burcet Dardé. Capítulo IV: Epilepsia e incapacidad laboral. Raúl Izquierdo Rodríguez y Manuel García Herrera, Ed: Janssen-Cilag. 2002
44. Jennet B. Epilepsy after non-missile head injuries. Chicago: Yearbook. Medical Publishers:1975. p. 35-49.
45. Chadwick, eds. Seizures and epilepsy in adult. In Laidlaw J, Richens a, Chadwick, eds. A textbook of epilepsy. Livingstone : Churchill;1993. p. 165-204.
46. Majkowskij J. Posttraumatic epilepsy. In Dam M, Gram L, eds. *Comprehensive epileptology*. New York: Raven Press:1991. p 281-288.
47. Burcet J. Olabe J. "Epilepsia Postraumática ". Barcelona. Espaxs ed. 1992
48. B.O.E. n° 10,18-01-1991. Orden Ministerial de 16-01-1991.
49. B.O.E. n° 268,09-11-1995. Capítulo 1.

ANEXO I



○ GLOSARIO DE TÉRMINOS EN EPILEPSIA

▶ **CRISIS EPILÉPTICAS.**

Aquella manifestación clínica atribuible a una anormal y excesiva descarga de neuronas en el cerebro. La clínica consiste en fenómenos súbitos y transitorios que pueden incluir alteraciones de la consciencia, alteraciones motoras, sensitivas autonómicas o psíquicas percibidas por el paciente o por un observador.

▶ **EPILEPSIA.**

Una condición clínica caracterizada por crisis epilépticas recurrentes (dos o más), no provocadas por una causa inmediata.

Múltiples crisis en un período de 24 horas se considera un solo evento.

Un status epiléptico es considerado un solo evento. Los pacientes que tienen sólo crisis febriles o crisis neonatales se excluyen de esta categoría diagnóstica.

▶ **EPILEPSIA ACTIVA.**

Se define como aquella persona que ha tenido por lo menos una crisis epiléptica dentro de los últimos 5 años, independientemente de si está o no está tratada.

▶ **EPILEPSIA EN REMISIÓN.**

Es aquel caso de epilepsia sin crisis, por más de 5 años que será remisión con o sin tratamiento.

▶ **CRISIS FEBRIL.**

Aquella crisis en la infancia (**entre 3 meses y cinco años**) no causada por infección del sistema nervioso central y sin historia previa de crisis.

▶ **PSEUDOCRISIS.**

Episodio súbito de la alteración conductual, que se presume de origen psicógeno.

○ CLASIFICACION DE LAS CRISIS

1. **CRISIS GENERALIZADAS:**

Una crisis es generalizada, cuando la sintomatología clínica no indica una localización anatómica y no hay evidencia de inicio focal.

2. **CRISIS PARCIALES:**

Es cuando existe evidencia de inicio focal, independientemente de que luego se generalice.

El primer signo clínico de inicio de la crisis clásicamente llamado "AURA", tiene un alto grado de localización, en cuanto a la activación de la función neuronal, y su ubicación anatómica.

Cuando la consciencia, la memoria y/o hay confusión durante la crisis se clasifica como parcial compleja.

3. **CRISIS NO CLASIFICABLES:**

Una crisis es **NO** clasificada en cuanto los datos de la historia Clínica y de la exploración no pueden encuadrarse en el contexto adecuado.

○ FACTORES DE RIESGO DE LAS CRISIS

Las crisis Epilépticas pueden ser la manifestación tanto de alteraciones cerebrales como sintéticas.

El primer paso en la categorización de las crisis pasa por la existencia o no de factores de precipitación, que se asumen que han causado la crisis, por lo que se clasifican en provocadas y no provocadas.

Las **crisis recurrentes y no provocadas** pueden ser de origen conocido, **sintomáticas, idiopáticas** en caso de presumirse **causa genética y Criptogenética** en el cual se sugiere causa, pero se mantiene oculta debido a la insuficiencia de métodos de diagnóstico, actualmente vigentes.

Crisis no provocada y sintomática es aquella crisis que ocurre en relación a un antecedente bien documentado, que ha causado lesión cerebral y riesgo de crisis.

Las crisis no provocadas se pueden categorizar en dos sub-apartados:

1. **LESION ESTÁTICA**
2. **LESION PROGRESIVA.**

Ambas en función de que la lesión cerebral, causante de la Epilepsia es estática o es progresiva.

Así una Epilepsia Post-traumática sería una EPILEPSIA SINTOMÁTICA a causa remota, no provocada y secundaria a la lesión no progresiva.



GLOSARIO DE ANTIEPILEPTICOS COMERCIALIZADOS EN ESPAÑA "CLÁSICOS"

Nombre	Nombre Comercial	Forma Galénica	Dosis
CLONACEPAN (CZP)	Rivotril	Comprimidos	0'5 y 2 mg
		Inyectables	1 mg
		Gotas	10 gotas-1 mg
DIACEPAN (DZP)	Stesolid	Microenema	5 y 10 mg
		Comprimidos	5 y 10 mg
	Valium	Inyectable	10 mg
		Comprimidos	2'5, 5, 10 y 25 mg
	Diacepán Prodes	Gotas	1 gota= 0'05 mg
Diacepán Leo	Comprimidos	2'5 mg	
CLOBAZAN (CLB)	Clarmyl	Cápsulas	10 y 20 mg
	Noiafren	Comprimidos	10 y 20 mg
FENOBARBITAL (PB)	Gardenal	Comprimidos	50 mg
	Luminaletas	Comprimidos	15 mg
	Luminal	Ampollas	200 mg = 1cm3
DIFENILHIDANTOINA (PHT)	Epanutin	Cápsulas	100 mg
	Fenitoina	Inyectables	250 mg
	Neosidantoina	Comprimidos	100 mg
CARBAMACEPINA (CBZ)	Tegretol	Comprimidos	200 y 400 mg
VALPROATO SODICO (VPA)	Depakine	Comp. Entéricos	200 y 500 mg
		Solución	1 c.c. = 200 mg
	Depakine Crono	Grageas	300 y 500 mg
	Depakine I.M.	Inyectable	400 mg
PRIMIDONA (PRM)	Mysoline	Comprimido	250 mg
ETOSUXIMIDA (ESM)	Etosuximida	Comprimido	250 mg

GLOSARIO DE ANTIEPILEPTICOS COMERCIALIZADOS EN ESPAÑA "NUEVOS"

Nombre	Nombre Comercial	Forma Galénica	Dosis
VIGABATRINA (VGB)	Sabrilix	Comprimidos	500 mg
		Solución/Polvos	1 sobre = 500 mg
LAMOTRIGINA (LTG)	Lamictal	Comprimidos Dispersables	25, 50, 100 y 200 mg
	Labileno - Crisomet	Comprimidos Dispersables	25, 50, 100 y 200 mg
GABAPENTINA (GBP)	Neurontin Generico	Comprimidos	300, 400, 600 y 800 mg
FELBAMATO (FBM)	Taloxa	Comprimidos	600 y 400 mg
TIAGABINA (TGB)	Gabitril	Comprimidos	5, 10 y 15 mg
TOPIRAMATO (TPM)	Topamax	Comprimidos	15, 25, 50, 100 y 200 mg
LEVETIRACETAM (LEV)	Keppra	Comprimidos	250, 500 y 1000 mg
OXCARBAMACEPINA (OXC)	Trileptal	Comprimidos	300 y 600 mg.
		Jarabe	60 mg = 1 c.c.

ANEXO II.

● EPILEPSIA Y CONDUCCIÓN

B.O.E. nº 135 de 6-Junio-1997

Apartado 9.2 Epilepsias y Crisis convulsivas de otras etiologías.

► CRITERIOS DE APTITUD PARA OBTENER O PRORROGAR PERMISO O LICENCIA DE CONDUCCIÓN ORDINARIOS

TABLA DEL B.O.E. N1 135 DE 6-JUNIO-1997

	Criterios de aptitud para obtener o prorrogar permiso o licencia de conducción ordinarios	Adaptación, restricciones y otras limitaciones en personas, vehículos o de circulación en permiso o licencia sujetos a condiciones restrictivas		
Exploración 9.2 Epilepsias y crisis convulsivas de otras etiologías.	No se permiten cuando hayan aparecido crisis epilépticas convulsivas o crisis con pérdida de consciencia durante el último año.	Sólo se permiten cuando no han precisado tratamiento ni se han producido crisis durante los cinco últimos años.	Los afectados de epilepsias con crisis convulsivas o con crisis con pérdida de consciencia, deberán aportar informe favorable de un neurólogo en el que se acredite que no han precisado tratamiento ni han padecido crisis durante los cinco últimos años. El periodo de vigencia del permiso será de dos años, como máximo.	
	En el caso de crisis durante el sueño, se deberá constatar que, al menos, ha transcurrido un año sólo con esta sintomatología.	En el caso de crisis durante el sueño, se deberá constatar que, al menos, ha transcurrido un año sólo con esta sintomatología.	En el caso de crisis durante el sueño, el periodo de vigencia del permiso o licencia será como máximo de un año, con informe de un especialista en neurología en el que se haga constar el diagnóstico, el cumplimiento del tratamiento, la ausencia de otras crisis convulsivas y que el tratamiento farmacológico prescrito, en su caso, no impide la conducción.	En el caso de crisis durante el sueño, el periodo de vigencia del permiso o licencia será como máximo de un año, con informe de un especialista en neurología en el que se haga constar el diagnóstico, el cumplimiento del tratamiento, la ausencia de otras crisis convulsivas y que el tratamiento farmacológico prescrito, en su caso, no impide la conducción.
	En el caso de tratarse de sacudidas mioclónicas que puedan afectar la seguridad de la conducción, deberá existir un periodo libre de sacudidas de, al menos, tres meses.	En el caso de tratarse de sacudidas mioclónicas que puedan afectar la seguridad de la conducción, deberá existir un periodo libre de sacudidas de, al menos, doce meses.	En el caso de tratarse de sacudidas mioclónicas que puedan afectar la seguridad de la conducción, deberá aportarse informe favorable de un neurólogo en que se haga constar el diagnóstico, el cumplimiento del tratamiento, en su caso, la frecuencia de crisis convulsivas y que el tratamiento farmacológico prescrito no impide la conducción. El periodo de vigencia del permiso o licencia será de dos años como máximo.	En el caso de tratarse de sacudidas mioclónicas que puedan afectar la seguridad de la conducción, deberá aportarse informe favorable de un neurólogo en que se haga constar el diagnóstico, el cumplimiento del tratamiento, en su caso, la frecuencia de crisis convulsivas y que el tratamiento farmacológico prescrito no impide la conducción. El periodo de vigencia del permiso o licencia será de un año como máximo.
	En el caso de antecedente de trastorno convulsivo único no filiado o secundario a consumo de medicamentos o drogas o posquirúrgico, se deberá acreditar un periodo libre de crisis de, al menos, seis meses mediante informe neurológico.	En el caso de antecedente de trastorno convulsivo único no filiado o secundario a consumo de medicamentos o drogas o postquirúrgico, se deberá acreditar un periodo libre de crisis de, al menos, seis meses mediante informe neurológico.	No se admiten.	No se admiten.

ANEXO III.



● EPILEPSIA Y PROFESIONES CON ESPECIAL REGULACIÓN

En este capítulo se revisarán, desde el punto de vista de la normativa vigente, una serie de profesiones especiales en las que, dadas sus características y el hecho de padecer epilepsia, supone un impedimento para su realización.

Clásicamente el tema se centraba en las fuerzas armadas y permisos de armas, pero con la integración progresiva de los pacientes en el mercado laboral, el servicio y uso de armas es sólo una profesión más dentro de las muchas de riesgo en esta enfermedad.

Si bien el trabajo es un derecho y un deber recogidos en la constitución, la seguridad tanto del propio individuo epiléptico, como del resto de personas, aconsejan una reglamentación explícita de los casos de epilepsia y determinadas profesiones.

Se detallarán las reglamentaciones organizadas en cuatro apartados:

- A. Epilepsia y Fuerzas Armadas, permisos de armas y seguridad privada.
- B. Epilepsia y Licencias de vuelo de aviones y helicópteros.
- C. Epilepsia y profesiones marítimas.
- D. Epilepsia y buceo.
- E. Reconocimientos médicos en servicios ferroviarios.

A. EPILEPSIA Y FUERZAS ARMADAS, PERMISOS DE ARMAS Y SEGURIDAD PRIVADA

En esta revisión se tratarán los temas que conciernen a las normas y reglamentos de utilización de armas y se distinguirán dos apartados:

1. Epilepsia y Fuerzas Armadas Profesionales.
2. Licencias de armas en situaciones ajenas a las Fuerzas Armadas (uso privado de armas de fuego).

▶ A.1. Epilepsia y Fuerzas Armadas

En este apartado deben distinguirse dos supuestos en la evaluación de un sujeto con relación a las fuerzas armadas.

A.1.1. Militar Profesional, en la categoría de tropa y marinería profesionales de las Fuerzas Armadas.

Este apartado viene regulado en el BOE nº 92 del 18 de Abril de 1994 y según la orden ministerial 42/1994 del Ministerio de Defensa, en el anexo 1, se indica claramente que la epilepsia, en todas sus formas, es causa de **exclusión**¹.

Asimismo, en el caso de un militar profesional al que le sobreviniera una enfermedad epiléptica, es oportuno referir, que en la orden 7/1987 de 29 de Enero de 1987, del BOD (Ministerio de Defensa), publicado el 13 de Febrero, en la que se legisla sobre la pérdida de la aptitud mínima requerida, por cuyo motivo no causará baja, sino que pasará a la Reserva Activa y el Ejército le buscará un destino adecuado a sus aptitudes².

A.1.2. Servicio Militar Obligatorio.

Se rige por el Reglamento de Reclutamiento aprobado en el BOE nº 191 del 11 de Agosto de 1993, y en sus correspondientes anexos se refieren las causas de exenciones y de aplazamientos³.

En estos momentos, el servicio militar obligatorio en España está extinguido, desde el 1 de Enero de 2002. Cabe únicamente destacar la regulación descrita en el artículo 315 del Reglamento, donde se consideraba la epilepsia activa como causa de exclusión del servicio militar obligatorio.

▶ A.2. Permisos de armas y prestaciones de servicio de seguridad privada

Se rige por el Real Decreto 2487/1998, publicado en el BOC nº 34 de 10 de Diciembre, del Ministerio de Interior en el que se clasifican las licencias de armas en tres apartados⁴.

- M - Licencia de armas para recinto cerrado y específico y con acompañante con licencia de armas tipo L.
- L - Licencia de armas para caza y deporte.
- S - Seguridad Privada.

La normativa es muy clara y no se admite **en ningún caso siendo la epilepsia, causa de exclusión en todas ellas**. Aparece reflejado en el anexo al citado real decreto en el apartado 10.

A modo de resumen, en el momento actual con la desaparición del Servicio Militar Obligatorio, el papel del médico debe ser el de **asesoramiento profesional** en los casos de Servicio Militar Profesional, de las Licencias de armas y de la seguridad privada. El médico deberá tener en cuenta que no deben hacerse sobrediagnósticos

1 BOE nº 92, pág. 11.772 de 18/04/1994. Orden 42. 13 de Abril de 1994.

2 BOD. Ministerio de Defensa. Orden 7 de 1987. 29/01/1987.

3 BOC nº 191, 11/08/1993. Real Decreto 1107/1993

4 BOC nº 34. 10/12/1998. Real Decreto 2487/1998, pág.5757-5777.

de epilepsia en ausencia de crisis clínicas. Deberá ser razonable y objetivo ante un paciente epiléptico que quiera elegir esta opción profesional, debiendo explicarle claramente cual es la legislación actualmente vigente.

B. EPILEPSIA Y LICENCIAS DE AERONAVES Y HELICÓPTEROS

La reglamentación española viene regulada en el BOE nº 87 del 11 de Abril de 2000⁵, que regula la Orden Ministerial del 21 de marzo de 2000, donde se especifican los requisitos conjuntos de aviación para las licencias de vuelo (JAR-FCL), relativos a la organización médico-aeronáutica, referentes a los requisitos médicos exigibles al personal de vuelo de aviones y helicópteros civiles.

En primer lugar, en dicho boletín se especifican dos clases de certificados médicos, en función de los diversos títulos que se requieran:

Certificado Médico Clase I.- Se exigirá básicamente para las licencias de piloto y de mecánico de a bordo, en los casos de aviación comercial y de transporte.

Certificado Médico Clase II.- Se exige en el caso de licencias de piloto privado, así como de alumno de piloto privado.

Asimismo se exigirá esta evaluación en el caso de licencias de planeadores y pilotos de globo libre.

En algunos casos, por ejemplo para habilitador de vuelos instrumentales se exigirá, incluso siendo una licencia de piloto privado, un certificado de clase I.

Dichos certificados deberán emitirse por centros médicos autorizados que deberán disponer de profesionales médicos examinadores, que hayan superado un curso de preparación para poder emitir estos certificados.

Los requisitos médicos para ambos tipos de certificados se describen en la tabla I.

Tabla I. IEM FCL 3.095 (a) y (b): Resumen de los requisitos mínimos periódicos

Licencia	Clase I Piloto comercial Piloto de Transporte	Clase II Alumno Piloto Piloto privado
Examen inicial (Referencia JAR-FCL 3.100)	AMC	AMC o AME
Validez del certificado Examen médico periódico (3.105)	Menos de 40 años: 1 año 40 o más años: 6 meses	Menos de 30 años: 5 años Menos de 50 años: 2 años Entre 50-60 años: 1 año 65 o más años: 6 meses
Radiografía tórax (3.155 y 3.275)	En el inicial	Si está indicado
E.E.G. (3.210 y 3.330)	En el inicial	Si está indicado

⁵BOE nº 87, 11 de Abril de 2000, págs. 14338 a 14499. Orden Ministerial de 21 de Marzo de 2000.

Tabla I. IEM FCL 3.095 (a) y (b): Resumen de los requisitos mínimos periódicos

Hemoglobina (3.180 y 3.300)	En el inicial, después en cada examen	En el inicial
	Piloto comercial Piloto de Transporte	Alumno Piloto Piloto privado
Examen inicial (Referencia JAR-FCL 3.100)	AMC	AMC o AME
Validez del certificado Examen médico periódico (3.105)	Menos de 40 años: 1 año 40 o más años: 6 meses	Menos de 30 años: 5 años Menos de 50 años: 2 años Entre 50-60 años: 1 año 65 o más años: 6 meses
Radiografía tórax (3.155 y 3.275)	En el inicial	Si está indicado
E.E.G. (3.210 y 3.330)	En el inicial	Si está indicado
Hemoglobina (3.180 y 3.300)	En el inicial, después en cada examen	En el inicial
E.C.G. (3.130 y 3.250)	En el inicial, después Menos de 30 años: 5 años De 30 a 39 años: 2 años de 40 a 49 años: 1 año de 50 o más años: 6 meses	En el inicial, después de 40 a 49 años: 2 años de 50 a 64 años: 1 año de 65 o más años: 6 meses
Audiograma (3.235 y 3.355)	En el inicial, después menos de 40 años: 5 años de 40 o más años: 2 años	En la emisión inicial de la habilitación instrumental, después menos de 40 años: 5 años de 40 o más años: 2 años
Examen otorrinolaringológico extendido (3.230 y 3.350)	En el inicial, después menos de 40 años: 5 años de 40 o más años: 2 años	Si está indicado
Examen oftalmológico extendido (3.215 y 3.335)	En el inicial, después menos de 40 años: 5 años de 40 o más años: 2 años	En el inicial
Perfil lipídico (3.130 y 3.250)	En el inicial, después a los 40 años	Si se identifican dos o más factores de riesgo coronarios, en el inicial. Después de los 40 años
Pruebas de función pulmonar (3.155 y 3.275)	En el inicial, después flujo pico a la edad de 30, 35 y 40. Después cada 4 años	Flujo pico en el inicial, después a los 40 años, a partir de ahí, cada 4 años
Análisis de orina (3.185 y 3.305)	En el inicial, después cada examen	En el inicial, después cada examen

En la guía del examen médico, en el apartado del historial neurológico, se especifica que se deberá prestar atención a varios apartados, donde explícitamente se incluye la existencia de epilepsia u otras alteraciones convulsivas y de cualquier alteración o merma de consciencia.

Existen además una serie de normas que pueden ayudar a clarificar los casos más problemáticos, destacando que no se valoran los episodios convulsivos de presentación a edades inferiores a los 5 años y que **un episodio único** que sea sintomático, puede aceptarse siempre dentro del contexto neurológico.

Debe destacarse que el criterio de anomalías paroxísticas del E.E.G., quizás debería ser objeto de revisión o por lo menos de una sistematización, admitiéndose únicamente los patrones epileptiforme específicos.

Se adjuntan estas consideraciones en la tabla II.

JAR-FCL 3.290 - Requisitos neurológicos

El solicitante o titular de un certificado médico de Clase I no tendrá un historial o diagnóstico médico establecido de cualquier condición neurológica que pueda interferir con el ejercicio seguro de las atribuciones de la(s) licencia(s) aplicada(s).

- 1 Se deberá prestar particular atención a lo siguiente (ver Apéndice I a la Subparte B):
 - 1.1 Enfermedad progresiva del sistema nervioso
 - 1.2 Epilepsia y otras afecciones convulsivas.
 - 1.3 Condiciones con alta probabilidad de cursar con disfunciones cerebrales.
 - 1.4 Alteración o pérdida de conciencia.
 - 1.5 Traumatismos craneoencefálicos.

Se requiere un electroencefalograma en el reconocimiento inicial (ver Apéndice 11 a la Subparte B) y cuando esté indicado por el historial del solicitante o por motivos clínicos.

C. EPILEPSIA Y PROFESIONES MARÍTIMAS

En este apartado, la legislación no está tan sistematizada como en las licencias de vuelo. Es menos explícita, dejando muchos puntos bajo criterio del examinador, en cuanto a la interpretación de las normas.

La normativa distingue entre la capacidad de obtener títulos o certificados profesionales marítimos y la aptitud para el embarque de marinos.

Las normas que regulan los exámenes para obtener los títulos profesionales marítimos, vienen especificadas en la orden ministerial del Ministerio de Comercio del 7 de Diciembre en el BOE nº 308 de 1964⁶.

Las normas, en el apartado III, número 25, indican como causa de exclusión, la existencia de enfermedades crónicas –orgánicas y funcionales– del sistema nervioso, así como las enfermedades mentales. En ningún punto se hace mención explícita de la epilepsia.

Se hace constar que el certificado médico y por tanto la aptitud, se establecerán antes de obtener el primer certificado, es decir, antes de obtener el título profesional marítimo y no se repetirá, salvo en casos en que se opte a un título distinto, como es el de personal de puente. En este caso se incidirá en un reconocimiento específico de la capacidad de visión.

En comparación a la legislación para obtener los títulos y certificados profesionales marítimos, la normativa para el enrolamiento del profesional en un buque, está mucho más estandarizada.

Con fecha de 6 de marzo de 1973, en el BOE nº 56⁷, se desarrolla por parte del Ministerio de la Presidencia, una normativa de reconocimientos médicos para el enrolamiento en el ámbito de la Marina Mercante y de la Pesca Marítima, reunificando la legislación vigente en aquel momento que estaba disgregada y dispersa en múltiples reglamentaciones. Dicha normativa establece que los **Servicios Sanitarios del Instituto Social de la Marina (ISM)**, son los responsables de efectuar los reconocimientos médicos y de emitir el oportuno certificado de aptitud para embarcar.

Más reciente, en fecha de 9 de Junio de 1993, una circular del ISM (Circular 12/93),⁸ actualiza la normativa para los reconocimientos médicos donde, de forma **explícita** ya se consideran **no aptos para el embarque**, quienes se encuentren afectados de patologías del S.N.C. y, específicamente **deniega la aptitud para el embarque** en navíos, tanto de marina mercante como de pesca, de los pacientes afectados de epilepsia.

Por último, la O.M.S., a través de la O.I.T., ha publicado en 1997⁹ unas directrices, bajo la referencia ILO/WOD/D2/1997 en las que se especifican con todo detalle las condiciones médicas con relación a los certificados médicos de la gente de mar.

⁶BOE nº 308, 15 de Diciembre de 1964. Orden Ministerial de 7 de Diciembre de 1964.

⁷BOE nº 56, 6 de Marzo de 1973. Orden Ministerial de 1 de Marzo de 1973.

⁸Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Instituto Social de la Marina. Normativa de Reconocimientos Médicos. Circular 12/93 del 9 de Junio de 1993.

⁹O.M.S. OIT. Directrices para la realización de reconocimientos médicos periódicos y previos al embarque de marinos. ILO/WO/D2/1997.

En el apartado 6 (dedicado a las condiciones del sistema nervioso), se menciona la epilepsia como circunstancia médica, que de forma temporal o permanente y en función del puesto de trabajo, puede causar una restricción al enrolamiento marítimo.

Como resumen puede decirse que la legislación presenta dos niveles, diferenciando la obtención de títulos de tipo profesional marítimo, del enrolamiento en buques. Para el primer caso se aplican escasas restricciones médicas, mientras que para el segundo, la normativa es mucho más restrictiva y explícita, incluyendo las más recientes directrices de la O.I.T. antes mencionadas.

D. EPILEPSIA Y BUCEO

Dentro del buceo pueden considerarse tres situaciones distintas:

1. Buceo Militar.- En el reconocimiento médico vigente en la armada española, se aplica la normativa publicada en el Diario Oficial de la Marina (nº 251 de 1982). En ella, concretamente en su artículo 26, se especifica que cualquier enfermedad nerviosa como la epilepsia, será causa de inutilidad para el buceo.

2. Buceo Profesional y Deportivo.- Ambas actividades vienen englobadas en el reconocimiento médico propuesto por la Orden Ministerial de 26 de Abril de 1973, publicada en el BOE nº 173/1973 por la Subsecretaría de Marina Mercante¹⁰.

En esta orden, en las instrucciones que contiene, se asimila por completo el buceador deportivo y el profesional al militar. En el reconocimiento se establece que cualquier enfermedad nerviosa, como la epilepsia, será causa de inutilidad para el buceo. En fecha más reciente en el BOE nº 280 del 22 de Noviembre de 1997, se recoge la orden de 14 de Octubre de 1997, por la que se aprueban las normas de seguridad de las actividades subacuáticas¹¹.

En el artículo 25, se especifica la necesidad de realizar un reconocimiento médico, tanto inicial como periódico, para toda persona sometida a ambiente hiperbárico, pero sin especificar qué tipo de reconocimiento debe hacerse, por lo que se sobreentiende que los criterios médicos siguen vigentes. Se especifica en dicho documento, que las revisiones serán efectuadas por un médico especialista en Medicina Subacuática y en posesión del correspondiente título oficial.

Los reconocimientos serán anuales para los profesionales y bianuales para los deportivos.

¹⁰ BOE nº 173 de 1973. Orden Ministerial de 26 de Abril de 1973.

¹¹ BOE nº 280, de 22 de Noviembre de 1997. Orden Ministerial de 14 de Octubre de 1997.

E. RECONOCIMIENTOS MÉDICOS EN SERVICIOS FERROVIARIOS

En los servicios ferroviarios españoles (RENFE) las condiciones de capacidad médico-laboral se reflejan en la circular 13/92, sobre reconocimientos médicos¹².

Las normas están muy bien sistematizadas y, aparte de los reconocimientos previos al ingreso, se especifican una serie de reconocimientos periódicos en función de la responsabilidad del lugar de trabajo, clasificando el personal en tres grandes grupos:

1. Personal con especial responsabilidad de circulación.
2. Personal con riesgo específico elevado de accidente de trabajo o de enfermedad profesional.
3. Resto de personal no adscrito a los dos apartados anteriores, que se someterá a reconocimiento médico cada 5 años.

En el sistema de reconocimiento se definen cinco grupos de exploración (denominados canales) y en cada grupo de exploración se establece una serie de exigencias específicas.

La epilepsia está ubicada en el canal V, grupo de exploración que engloba el sistema cardiovascular y el estado psíquico. En función de las exigencias crecientes, el trabajador es asignado a un grupo específico, exigiéndose la ausencia de epilepsia, a partir de los grupos 5, 6 y 7, es decir, a mayor puntuación, mayores requerimientos físico-psíquicos.

En el mismo anexo, en función de las características laborales, se especifican las diversas exigencias para los diversos grupos de exploración.

¹² RENFE. Presidencia. Circular 13/1992. Reconocimientos Médicos. Condiciones Mínimas de capacidad Médico Laboral.

ANEXO IV.



● EPILEPSIA Y MINUSVALIA

En la vigente normativa la discapacidad originada por la EPILEPSIA, viene incluida en una tabla asociada a las alteraciones episódicas del nivel de vigilia, de la alerta y del sueño, no existiendo, pues un capítulo específico dedicado a la EPILEPSIA, bien que se dan una serie de normas para la evaluación específica de estos enfermos^{1 2 3 4 5}.

Las normas básicas de evaluación son:

1. Como norma general, se indica que sólo serán objeto de evaluación los casos, de epilepsia refractaria, en que a pesar del tratamiento, persisten las crisis. Se asume que las epilepsias generalizadas, (ausencias y convulsiones tónico clónicas) tienen un buen pronóstico.
2. Se exigen niveles terapéuticos correctos de fármacos para demostrar que un paciente está correctamente tratado.
3. Se exige un año de evolución con crisis, es decir la valoración será tras un año de seguimiento, con crisis, con tratamiento que se considere correcto.
4. Se asume que las ausencias, y las crisis parciales simples, son menos incapacitantes que, las crisis parciales complejas, y por ello sólo podrán las ausencias y las crisis parciales complejas ser incluidas en los apartados I y II es decir en las discapacidades leves.
5. En las epilepsias iniciadas en la infancia se harán revisiones cada 5 años.

Las discapacidades son:

Clase 1: 0% de discapacidad

Paciente con alteración episódica de la consciencia, vigilia, alerta, sueño o epilepsia, correctamente tratado, y el grado de discapacidad es nulo. Se incluiría aquí, el paciente, con epilepsia activa o no activa sin crisis y con o sin tratamiento.

Clase 2: 1-24% de discapacidad

Paciente con alteración episódica de la conciencia, la vigilia, la alerta o el sueño o epilepsia, correctamente tratado y presenta menos de un episodio mensual y el grado de discapacidad es leve.

En este apartado se hace mención expresa de las ausencias y de las crisis parciales simples, en que la frecuencia podrá ser superior a una al día. Estas formas clínicas, tendrán una valoración máxima del 24% tal como se ha referido en el apartado de generalidades

Clase 3 : 25-49% de discapacidad.

Paciente con alteración episódica de la consciencia, la vigilia, la alerta, y el sueño o epilepsia(excepto ausencias y crisis parciales simples) correctamente tratado y presenta de 1 a 3 episodios mensuales.

Clase 4: 50-70% de discapacidad.

Paciente con más de 4 episodios mensuales con las singularidades ya referidas del tipo de crisis, en que las ausencias y crisis parciales simples no pueden ser motivos de este tipo de minusvalía por sí mismas.

Clase 5: 75% de discapacidad.

Paciente en que las crisis aunque, correctamente tratadas, precisan del paciente, el cuidado de una tercera persona para las actividades de la vida diaria.

Se explica asimismo en dicho Real Decreto, que cuando coexistan dos o más deficiencias en la misma persona, incluidas en las clases desde la 2 a la 4, podrán combinarse los porcentajes, utilizando una tabla de valores que va en el anexo.

Y se considera asimismo que las deficiencias pueden potenciarse, produciendo una mayor interferencia en las actividades de la vida diaria, que cada una de ellas por separado.

Se debe pues así considerar, que además de las crisis, si existe déficit neurológico o psíquico además de la epilepsia, debe de hacerse constar, en el informe pertinente, para que sea evaluado por el órgano competente en vistas a la evaluación.

1) World Health Organization. International Classification of impairment disabilities and handicaps .Geneve .WOH. .1980.
2) American Medical Association (1994) ,Guides to evaluation of permanent impairment 3 ed . Chicago .USA.
3) Real decreto 1971 /1999 de 23 de Diciembre
4) BOE . Numero 22 , 26 de Enero del 2000 .paginas 3317-3409.
5) BOE Numero 62 13 de marzo de 2000 (correcciones al BOE de Enero)

ANEXO V



CRITERIOS ORIENTATIVOS PARA LA VALORACIÓN MÉDICA DE LA INCAPACIDAD LABORAL EN PATOLOGÍAS NEUROLÓGICAS

PATOLOGÍAS A LAS QUE SE APLICA: Los criterios de valoración que se presentan más abajo, pueden ser aplicados a las siguientes patologías:

DENOMINACIÓN	CÓDIGO (CIE MC)
Enfermedad de Alzheimer	331
Degeneración cerebral senil	331.2
Enfermedad de Parkinson	332
Enfermedad de la neurona motora	335.2
Esclerosis múltiple	340
Hemiplejía y Hemiparesia	342
Cuadriplejía y Cuadriparesia	344
Paraplejía	344.1
Epilepsia	345
Síndrome del Túnel Carpiano	354
Polineuropatía en la diabetes	357.2
Polineuropatía alcohólica	357.5

INFORMACIONES NECESARIAS PARA LA VALORACIÓN: Para aplicar los criterios de valoración es necesario disponer de la siguiente información:

ANTECEDENTES

Hábitos tóxicos (activos/pasivos)	Enolismo (gr./día)	Tabaquismo (nº paquetes/año)	Psicotropos (tipo, frecuencia, dosis/mes)	Otros fármacos (tipo, frecuencia, dosis/mes)
Antecedentes familiares	E. Mentales:	E. Neurológicas:	E. Cardiovasculares:	E. Oncológicas y Neuroquirúrgicas:
(parentesco y datación ordenada de las manifestaciones)	Oligofrenia Demencias Psicosis Depresión Neurosis	Ataxias Miopatías Neuropatías Facomatosis Epilepsia AVC Cefaleas	Valvulopatías Isquemias IAM Arritmias Insuf. Venosa Tromboembolismo	Tumor primario Glioblastomas Meningiomas Angiomas Tumor secundario Mieloma Leucemia

Antecedentes personales (Entidad y datación ordenada)	E. Infecciosas:	E. Metabólicas:	Traumatológicos:	E. CardioVasculares:
	Sífilis Lúes TBC HIV HTLV 1 y 2 FR Enferm. Lyme	Diabetes Dislipemias Insuf. Renal Insuf. Hepática	TCE (Confusión, Conmoción) Fracturas Hemagia	HTA Arritmia IAM Isquemias Valvulopatías Endocarditis

Antecedentes personales (Entidad y datación ordenada)	E. Infecciosas:	E. Metabólicas:	Traumatológicos:	E. CardioVasculares:
	Sífilis Lúes TBC HIV HTLV 1 y 2 FR Enferm. Lyme	Diabetes Dislipemias Insuf. Renal Insuf. Hepática	TCE (Confusión, Conmoción) Fracturas Hemagia	HTA Arritmia IAM Isquemias Valvulopatías Endocarditis

Antecedentes laborales	Exposiciones Químicas:	Exposiciones Físicas:
	Mercurio: Fabricación de pigmentos Percloroetileno: Colas, aerosoles, pintura Disulfuro de carbono: Industria textil Tolueno: Calzado, barnices, neumáticos Tricloroetileno: Desengrase, calzado Organofosforados: Trabajador agrícola Arsénico: Soldadores, fundición, pinturas Acrilamida: Papel, cartón, textil, plásticos Manganeso: Pinturas, barnices, vidrio Disulfuro de carbono: Textil, agricultura Hexano: Pegamentos, colas Monóxido de carbono: Mecánicos y ajustadores de vehículos a motor	Movimientos repetidos de muñecas y dedos, posturas mantenidas y forzadas de muñeca, apoyos prolongados de repetición o pinza manual: STC P.Ej. montaje manual, carpinteros. Transportar cargas sobre el hombro con los brazos colgando, trabajo manual con brazos elevados: neuropatía por presión del plexo braquial, P. Ej.: mozos de equipaje, personal limpieza, montadores, ensambladores. Movimientos repetidos de miembro superior, posturas forzadas de miembro superior, apoyo prolongado del codo. Otras mononeuritis de miembro superior o mononeuritis múltiple. P. Ej.: trabajadores con martillo neumático.

A. ANAMNESIS

Tipo de molestia(s) actual(es), momento del debut, curso, duración, distribución topográfica del fenómeno, lateralidad, circunstancias especiales concomitantes, molestias secundarias, mecanismos de remisión, etc.

1) Alteración de las funciones superiores			
Pérdida de consciencia (Datación, nivel, duración)	Memoria (reciente/antigua)	Atención/Concentración	Bradipsiquia
Razonamiento abstracto	Afasia	Dis/agrafía	Dis/acalculia
Mutismo	Apraxia	Disartría	

2) Alteración sensitiva (Tipo: algésica, térmica, táctil y extensión)

Parestesia	Disestesia	Hiperestesia	Hipoestesia
Anestesia	Alodinia		

3) Alteración motora (Grado y grupos musculares)

Potencia muscular	Monoparesia/plejía	Hemiparesia/plejía	Tetraparesia/plejía
Aquinesia/Bradiquinesia	Trofismo muscular	Dificultad trabajos finos	

4) Movimiento involuntario (Tipo, extensión y grado)

Convulsiones (tónico/clónicas)	Temblores (reposo/intención) (ciclos/seg.)	Coreas (ciclos/seg.)	Atetosis (ciclos/seg.)
Espasticidad	Fasciculaciones	Clonus	Tics (descripción)
Espasmos (descripción)	Distonías	Mioclónicas	Rigidez

5) Alteración de la Marcha (tipo y grado) y Coordinación (tipo y grado)

Tropezos/Caidas/ Marcha cautelosa	Inestabilidad	Pequeños pasos	Ataxia
-----------------------------------	---------------	----------------	--------

6) Alteración de los Pares Craneales

Pérdida agudeza visual	Alteración del campo visual	Diplopia	Pérdida agudeza auditiva
Vértigo (subjetivo/objetivo, horizontal/vertical)	Acúfenos (agudos, graves)	Pérdida olfatoria	Cacosmia
Nistagmus (dirección vertical/horizontal, agotamiento)	Ptois	Disfagia	Disartria

7) Alteración del Sueño

Insomnio (1ª/2ª fase)	Hipersomnias	SAOS	Síndrome de las piernas inquietas
Catalepsia	Narcolepsia	Sonambulismo	Somnolencia
Trastornos del sueño/vigilia asociado al sueño REM	Trastorno de conducta	Distonía paroxística nocturna	Crisis epilépticas nocturnas

8) Trastornos Disautónomos

Sudoración	Rubicundez	Mareos	Palpitaciones
Incontinencia urinaria	Incontinencia fecal	Síncope	Vómitos

9) Disfunciones Sexuales

Impotencia	Dispareunia	Alteraciones de la eyaculación	Alteraciones del orgasmo
Disminución de la libido	Priapismo		

B. EXPLORACIÓN CLÍNICA SISTEMÁTICA

1. Estado Mental

Aspecto	Estabilidad Emocional	Capacidad Cognitiva	Expresión verbal y lenguaje
<ul style="list-style-type: none"> - Nutrición e Higiene - Estado emocional - Expresión corporal: postura erecta, contacto visual con el explorador. - Despreocupación por el propio aspecto. - Ropas inadecuadas a la estación del año, al sexo o a la ocasión 	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar variantes culturales al analizar las respuestas emocionales. - Descuido, indiferencia, incapacidad de sentir las emociones de los demás. - Abulia. - Conducta y emotividad: aspecto deprimido, pérdida de interés, euforia, irritabilidad, desinhibición, ira, labilidad emocional, cambios de carácter y personalidad. - Proceso y contenido de pensamiento: ilusiones, alucinaciones (auditivas, visuales y táctiles), obsesiones, ideas recurrentes. Delirio. - Risa y llanto espasmódico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nivel de consciencia/orientación temporo-espacial y de personas. - Analogías (similitudes, diferencias, comparaciones). - Razonamiento abstracto. - Cálculos aritméticos. - Capacidad de escritura. - Memoria inmediata (repetir una serie de números), reciente (al cabo de 15 minutos), y remota (sobre hechos comprobados), verbal y visual. - Gnosias. - Capacidad de atención (cumplir una serie de órdenes cortas). - Praxias. - Capacidad de juicio sobre el entorno social y familiar, planes futuros, soluciones ante situaciones hipotéticas, explicaciones de fábulas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Articulación (conversación espontánea, fluidez, ritmo y facilidad de expresión). - Comprensión (capacidad para seguir instrucciones sencillas). - Coherencia. - Expresión (afasia, pobreza del lenguaje, contenido).

2. Pares Craneales

I	II	III, IV y VI	V	VIII
<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad olfatoria (Exploratoria de ambos orificios nasales, ocluyendo el no explorado y con los ojos cerrados explorar varios aromas familiares) 	<ul style="list-style-type: none"> - Agudeza (Tarjeta de Snellen) y Campo visual (confrontación). - Exploración del fondo del ojo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Motilidad ocular externa (mediante una luz o un objeto que se desplaza en los cuatro ejes cardinales). - Hendidura parpebral. - Reflejos oculomotores (fotomotor directo y coconsensual, acomodación/convergencia). 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilidad de la cara (ramas oftálmica, maxilar y mandibular). - Fuerza y trofismo de los músculos de la masticación (masetero, temporal). - Reflejo corneal. - Reflejo mandibular. 	<ul style="list-style-type: none"> - Simetría facial (sonreír, fruncir el entrecejo, inflar los carrillos, arrugar la frente, cierre de los párpados contra resistencia, etc.) - Pronunciación de los sonidos labiales (b, m, p). - Gusto dulce y salado (a cada lado de la lengua).
VIII	IX	X	XI	XII
<ul style="list-style-type: none"> - Audición (conversación, voz cuchicheada, audiometría). - Conducción aérea y ósea del sonido. - Función vestibular (marcha, equilibrio, nistagmus, Romberg) 	<ul style="list-style-type: none"> - Gusto agrio y amargo. - Reflejo de arcada. - Función motora de la deglución. 	<ul style="list-style-type: none"> - Función motora de la deglución. - Simetría paladar blando (decir AAA) y úvula. - Reflejo de arcada. - Calidad de la voz 	<ul style="list-style-type: none"> - Trofismo músculos trapecio (encoger hombros contra resistencia) y esternocleidomastoideos (girar la cabeza a ambos lados contra resistencia). 	<ul style="list-style-type: none"> - Inspección de la lengua dentro y fuera de la boca (simetría, temblor, atrofia). - Fuerza (presión de la lengua contra mejilla y dedo del explorador) y movilidad de la lengua.

3. Sistema Motor		
Inspección	Palpación	Fuerza Muscular
<ul style="list-style-type: none"> - Postura (contorno uniforme de los hombros, niveles de las escápulas y crestas ilíacas, alineación de la cabeza sobre los pliegues glúteos y simetría y alineación de las extremidades). - Marcha - Fasciculaciones. - Calidad de los movimientos. - Movimientos involuntarios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tono muscular (hipertonía, espasticidad, rigidez, hipotonía). - Trofismo muscular (atrofia, hipo- e hipertrofia). 	<ul style="list-style-type: none"> - Fuerza-Balance muscular en cada uno de los grupos principales de músculos (Escala de Medical Research Council). - Levantarse desde la posición de cuclillas, desde la posición de decúbito supino, subirse a una silla, caminar sobre los talones o puntillas.

4. Sistema Sensitivo		
Sensibilidad Superficial	Sensibilidad Profunda	Otros
<ul style="list-style-type: none"> - Táctil (algodón). - Dolorosa (aguja estéril) - Térmica (tubos de ensayo con agua fría o caliente). - Presión profunda (apretando el trapecio, pantorrilla o el bíceps). 	<ul style="list-style-type: none"> - Vibratoria (diapasón de 128 Hz sobre el esternón, hombro, codo, muñeca, articulaciones de los dedos, espinillas, tobillos y dedos de los pies). - Posición articular (mover hacia arriba o hacia abajo la articulación IF distal del índice de la mano o del dedo gordo del pie). 	<ul style="list-style-type: none"> - Discriminación entre dos puntos (dos agujas estériles). - Fenómeno de extinción. - Localización de puntos. - Esterognosis (utilizar un objeto familiar). - Grafitestias.

5. Reflejos Tendinosos	
Profundos	Superficiales
<ul style="list-style-type: none"> - Percusión con un martillo de reflejos sobre el tendón correspondiente: <ul style="list-style-type: none"> . Bicipital (flexión del codo de 45°, palpar tendón en fosa antecubital con el dedo pulgar). . Tricipital (flexión rodilla 90°) . Aquileo (driflexión del tobillo de 90°). - Clonus del tobillo (dorsiflexión brusca del tobillo). 	<ul style="list-style-type: none"> - Abdominal superior e inferior (rozar los cuatro cuadrantes del abdomen con un objeto punzante). - Cremastérico (rozar la cara interna del muslo). - Plantar (rozar con un objeto punzante desde el talón, el borde lateral del pie hasta la base de los dedos).

6. Coordinación y marcha		
Coordinación y Precisión	Sensibilidad Profunda	Otros
<ul style="list-style-type: none"> - Diadococinesia (movimientos alternantes de supinación y pronación con las manos cada vez de una forma más rápida). - Dedo-dedo (con los ojos abiertos, el paciente toca con el índice el dedo del explorador y después su nariz). - Dedo-nariz (con los ojos cerrados, el paciente se toca la nariz con el índice de cada mano alternativamente). - Talón- rodilla. 	<ul style="list-style-type: none"> - Romberg (de pie con los pies juntos y los ojos cerrados y abiertos). - Prueba del empujón (de pie, con los pies ligeramente separados). - Marcha (en línea recta, con los ojos abiertos y cerrados, hacia adelante y hacia atrás y marcha punta-talón). 	<ul style="list-style-type: none"> - Observación de la marcha (utilización o no de ayuda, caminar en línea recta, movimientos de oscilación con los brazos, giro de marcha punta-talón, permanecer de pie sobre las puntas de los pies y sobre los talones). - Marchas patológicas (hemiparesia espástica, diplegia espástica, marcha equina, distrofica y tabética, ataxia cerebelosa, ataxia sensitiva, distonia atáxica, parkinsoniana).

C. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

	CARACTER	INDICACIÓN	PROBLEMAS	PARÁMETROS	CRITERIOS	TIEMPO
RM	Básica en S.N.C. Conveniente en S.N.P.	Para descartar patología central	Contraindicada: Marcapasos, implantes ferromagnéticos. Claustrofobia. Grueso, rebanaada 3 mm inf a TC	La capacidad diagnóstica 1 con contraste (gadolinio).		6-12 meses. Conveniente placa + informe.
TAC	Básica S.N.C., cuando no está indicada RM	Déficit neurológico de instauración brusca: TCE, Traumatismo espinal, Ictus. Deterioro neurológico agudo. Metástasis base del cráneo. Calcificaciones. Lesiones estructurales óseas.	Menor sensibilidad que RM a cambios tisulares. Radiación ionizante. Imágenes bidimensionales y axiales, pero no coronal y sagital.	Capacidad diagnóstica 1 con contrastes iodados.		6-12 meses. Conveniente placa + informe.
Gammagrafía convencional	Conveniente en ausencia de TAC y RM	Indicación optativa en tumores (meningioma), ACV y masas inflamatorias.				2 años. Informe
Ecografía Eco-Doppler	Básica en...	Detección selectiva de lesiones en bifurcación carotídea, estenosis graves, soplos carotídeos asintomáticos.			Útil cuando está contraindicada la arteriografía y en la vasoconstricción de arterias cerebrales después del HSA.	6-12 meses. Informe.
PET/SPECT	Sin indicación prioritaria en Medicina Evaluadora					
EEG	Básica	Epilepsias. Pseudoconvulsiones. Demencias. Patología del sueño	Desplazada por RM y TC para detectar lesiones focales: tumores, infartos, hematomas. En crisis parciales puede ser normal.	Diagnóstico y clasificación de epilepsia. La capacidad de detectar anomalías 1 cuando se realiza en privación de sueño, hiperventilación y fotoestimulación.	Trazado normal: simétrico, varía con la edad y estado de vigilia. Tipos de ondas: - alfa: 8-13 Hz en adulto despierto, ojos cerrados y relajado. - beta: >13 Hz, bajo voltaje, vigilia atenta. - delta y theta: fase de sueño ligero.	6-12 meses. Gráfico + informe.

	CARACTER	INDICACIÓN	PROBLEMAS	PARÁMETROS	CRITERIOS	TIEMPO
Exploración Neuropsicológica	Básica	Demencias. TCE		Confirma diagnóstico. Cuantifica. Clasifica.	9 Memoria. 9 F. corticales. 9 Orientación. 9 Vel. respuesta	6 meses
Analítica	Básica	Enf. Infecciosas. Enf. Carenciales. Enf. Tóxicas. Neuropatías Miopatías				
PE Visuales Auditivos Somestésicos Cognitivos	Básico	Detectar y localizar lesiones de vías aferentes del SNC	Complementaria y no sustitutiva de los estudios de neuroimagen, valora estado funcional. PEV: técnica Pattern precisa colaboración, inútil en simuladores.	Respuestas centrales a estímulos periféricos. Comprobación de la capacidad visual/auditiva sin cuantificar.	PEV- P100: resp. anormales, registros retardados y cambios de amplitud. PEA: ondas I, II, III, IV y V (presencia, latencia y late. interpicos). PE Cognitivos: P300 alargadas en demencias. PES: vc a través de cordones posteriores medulares.	1 año. Gráfico + informe.
EMG/ENG	Básica en...	El estudio de la función motriz: unidad motora.	Estado funcional de un músculo sin establecer diagnóstico. Prolongación de la exploración clínica.	Objetiva precocidad en el diagnóstico, rapidez en pronóstico y valora los distintos componentes de la unidad motora.	Anormalidades: - Actividad espontánea del músculo en reposos. - Alteración del potencial de la unidad motora. - Anomalia patrón interferencial. - Miotonía, patrón miógeno y patrón neurógeno.	6-12 meses. Gráfico + informe.
ENG/EMG	Básica en...	Patología de nervios periféricos.	Valora estado funcional.	Estudio de los potenciales de acción y VC de los nervios periféricos sometidos a estimulación. Patrón de la neuropatía: - Mono, poli y multineuropatía. - Axonal y desmielinizante.	Amplitud, VC, respuesta, latencia 9 VC: desmieliniza. 9 amplitud: pérdida axonal. VC: 9 con la edad y con la 9 de la temperatura corporal. Onda M. Onda F (ausencias/retraso en radiculopatías). Onda H (sepuede abolir en radiculopatías S1)	6-12 meses. Gráfico + informe.

CRITERIOS ORIENTATIVOS EN APLICACIÓN DE PRUEBAS

	BÁSICO	CONVENIENTE	OPCIONAL
ECV	RM/TAC. Ecodoppler carot.	Analítica	-Estudio Cardiológico
TRAUMATISMOS	TAC /RM Exploración Neuropsicológica	EEG	PEV Cognitivo
TUMORES	RM	EEG	Exploración Neuropsicológica
EPILEPSIA	EEG, RM	Monitorizar focos. Exploración Neuropsicológica	Analítica y PE-
ENF. INFLAMATORIAS	RM, EEG	Analítica	Exploración Neuropsicológica
DEMENCIAS	TAC.Exploración Neuropsicológica, Analítica	EEG y PE	
ENF. DESMIELINIZANTES	RM, PE y Analítica		
ENF. de la MÉDULA	RM, PE y Analítica		
NEUROPATÍAS PERIFÉRICAS	EMG/ENG y Analítica	Biopsia	
TRAS. UNIÓN NEUROMUSCULAR	EMG/ENG, Analítica	Biopsia	
ENF. MUSCULARES	EMG/ENG, Analítica	Biopsia	
PARKINSON Y OTROS T. DEL MOVIMIENTO	RM	Analítica y PE	

GRADOS DE AFECTACIÓN FUNCIONAL

Grado 0

Situación funcional neurológica: Normal para su grupo de referencia. Diagnóstico casual de la patología neurológica, en estadio clínico evolutivo O.

Tratamiento: Ninguno o preventivo.

Capacidad laboral: Completa, salvo si la patología es susceptible de ocasionar episodios de pérdida de conciencia o de descoordinación motora o sensitiva; o en profesiones que comporten alto riesgo de accidentes.

Grado 1

Situación funcional neurológica:

- Antecedentes de crisis convulsiva o mioclonias (no activas) de más de 1 año.
- Limitación piramidal leve.
- Ataxia leve.
- Alteraciones leves de la motilidad ocular, alteración leve del lenguaje o alteraciones moderadas del sueño.
- Alteraciones leves de la sensibilidad.

- Alteración neurológica leve de control esfinteriano vesical y rectal.
- Función visual: reducción periférica leve del campo visual. A.V. (c.m.c) en ambos ojos > 0,5.
- Alteración del estado de ánimo leve.
- Radiculopatías sin afectación motora.
- Miastenia ocular.

Tratamiento: Ocasional o sintomático, que no afecta secundariamente las funciones neurológicas ni otras funciones que comprometan la seguridad propia o ajena.

Capacidad Laboral: Completa, salvo profesiones cuya ergonomía comporte alta exigencia de:

- Cargas físicas muy intensas.
- Cargas sensoriales intensas o alta discriminación sensorial.
- Riesgo de accidentes.
- Profesiones reguladas específicamente.
- Comunicación

► **Grado 2**

Situación funcional neurológica:

- Reiterados episodios de ACV, aneurismas no tratables.
- Crisis convulsivas o mioclonias en el último año.
- Paraplejía de EEII o hemiparesia leve.
- Alteraciones extrapiramidales leves.
- Ataxia moderada.
- Alteraciones moderadas de la motilidad ocular, alteraciones moderadas de otros pares craneales, alteración moderada del lenguaje, alteración del sueño con repercusión en el estado de vigilia.
- Alteraciones del equilibrio de origen vestibular.
- Alteraciones moderadas generalizadas o circunscritas severas de la sensibilidad.
- Radiculopatías con afectación motora.
- Alteraciones neurológicas moderadas del control esfinteriano vesical y rectal.
- Función visual: reducción moderada periférica del campo visual. A.V. (c.m.c.) en el mejor ojo > 0,5 y en el peor ojo <0,5.
- Disminución leve de la función mental.
- Miastenia generalizada leve.
- Debilidad muscular miopática con balances generalizados de grado 4.

Tratamiento: Habitual que compensa la clínica.

Capacidad Laboral: Limitada a aquellas profesiones cuyas exigencias ergonómicas no se vean limitadas por las disfunciones neurológicas del paciente.

► **Grado 3**

Situación funcional neurológica:

- Crisis convulsivas o mioclonias severas, frecuentes y refractarias a la terapéutica.
- Hemiplejía.
- Signos extrapiramidales severos.
- Ataxia severa.
- Alteración severa de pares craneales.
- Pérdida total de la sensibilidad en extremidades.
- Pérdida neurológica total de la función esfinteriana vesical y rectal.
- Función visual: severa reducción del campo visual o A.V. (c.m.c.) en el mejor ojo de 0,2_0,3.
- Disminución moderada de la función mental.
- Debilidad muscular generalizada miopática con balances musculares de grado 3.
- Miastenia generalizada moderada.

Tratamiento: Habitual que no compensa la clínica.

Capacidad laboral: Capacidad para tareas laborales marginales o tutorizadas.

► **Grado 4**

Situación funcional neurológica:

- Tetraplejía o tetraparesia severa.
- Signos extrapiramidales severos.
- Incapacidad de realizar movimientos coordinados por ataxia.
- Necesidad de asistencia para la alimentación y ventilación, narcolepsia severa o cataplejía.
- Pérdida total de la sensibilidad.
- Disminución severa de la función mental.
- Debilidad muscular miopática generalizada con balances musculares de grado 2.
- Miastenia generalizada grave.

Tratamiento: Precisa ayuda de terceras personas para las actividades de la vida diaria.

Capacidad laboral: No procede.



Definición de la Afectación Funcional Neurológica			
Proceso	Afectación Leve	Afectación Moderada	Afectación Severa
Vía Piramidal, Lesión Medular	Reflejos aumentados y Babinski bilateralmente.	Marcha posible, pero alterada por espasticidad.	Precisa silla de ruedas
Vía Piramidal, Lesión Central	Asimetría de reflejos, Babinski unilateral.	Espasticidad unilateral, Marcha posible	Bipedesación imposible.
Ataxia axial	Alteración del equilibrio por exploración	Marcha posible, pero inestable.	Marcha imposible.
Ataxia extremidades	Coordinación alterada por exploración	Algunas tareas se ven interferidas por falta de control.	Imposibilidad de utilizar las manos.
Motilidad ocular	Diplopia a la mirada extrema. Ptosis leve.	Diplopia en alguna posición. Ptosis vencible.	Diplopia permanente. Ptosis invencible.
Lenguaje	Anomia o parafasias ocasionales	Afasia, con lengua simple inteligible.	Afasia que impide totalmente la comunicación verbal.
Sueño	Algún episodio de hipersomnía diurna	Repetidos episodios de hipersomnía diurna.	Inversión del ritmo del sueño.
Esfínteres	Micción imperiosa	Episodios aislados de incontinencia (urinaria o fecal).	Requiere sondaje o el uso de pañales.
Sensibilidad	Sólo apreciable por exploración física.	Alguna quemadura inadvertida o caída de algún objeto.	Impide la marcha o el empleo de las manos.
Campo visual (consulta protocolo visual)	Escotomas periféricos relativos.	Escotomas periféricos absolutos.	Escotomas generalizados absolutos.
Estado de ánimo	Síntomas depresivos por Hª Clínica.	Interfieren en el rendimiento intelectual (altera las escalas de la función cognitiva).	Cursa con delirio y/o alucinaciones.
Radiculopatía	No compromete la fuerza.	Paresia del grupo muscular dependiente de la raíz afectada.	Multirradiculopatía.
Miastenia	Ocular.	Fatigabilidad al ejercicio.	Paresia permanente.
Parkinsonismo	Temblo no invalidante. Rigidez y lentitud por exploración.	Temblo que dificulta algunas tareas. Requiere más tiempo para realizar todas las tareas laborales.	No puede emplear las manos por temblor. Periodos de OFF imprevisibles y absolutamente invalidantes.
Funciones Mentales	Algunos episodios de confusión mental. Alteración de la memoria que no impide el desarrollo de sus tareas habituales.	El deterioro cognitivo interfiere en la socialización y las tareas laborales.	Precisa de un cuidador las 24 horas del día.
Miopatía	Balance grado 4.	Balance grado 3.	Balance grado 2.
Pares craneales bajos	Sólo evidenciable por exploración clínica.	Disartria inteligible. Algún episodio de disfagia.	Lenguaje ininteligible. Precisa sonda nasogástrica.
Dolor	Controlado con analgesia habitual.	Requiere tratamiento crónico pero es bien tolerado.	Efectos secundarios permanentes por el tratamiento.

ANEXO VI

INDEMNIZACIONES POR LESIONES CAUSADAS POR VEHÍCULOS A MOTOR
 BOE. 18/01/91. Orden Ministerial 16/01/91
 BOE. 06/06/97. N1 135. PAG. 17386.
 BOE 09/11/95. N1 268. PAG. 32536.

Valoración secuelas	
Descripción de las secuelas	Puntuación
Cráneo	
Pérdida de sustancia ósea con craneoplastia:	
Con latidos de la duramadre e impulsión a la tos	15-25
Sin latidos de la duramadre e impulsión a la tos	5-10
Pérdida de sustancia ósea sin craneoplastia	10-15
Cuero cabelludo:	
Cicatrices dolorosas o neuralgias (del supraorbital, occipital)	2-12
Alteraciones cerebrales:	
Síndrome postconmocional (cefaleas, vértigos, alteraciones del sueño, de la memoria, del carácter, de la libido)	5-15
Síndromes deficitarios:	
Disfasia	
Alteración más o menos importante del habla pero capacidad de comprensión normal del lenguaje hablado y escrito	25-35
Alteración en la comprensibilidad e incluso imposibilidad de comunicación	35-45
Afasia	45-50
Amnesia (retrógrada o postraumática)	2-20
Amnesia de fijación	35-45
Dislalia-Disartria	10-20
Déficit de coordinación psíquica	10-22
Disminución de la atención	2-15
Capacidad de respuesta disminuida	5-15
Ataxia-Apraxia	30-35
Dispraxia	10-20
Coma vigil (estado vegetativo crónico)	90-95
Pérdida de capacidad intelectual: C.I. 67 a 80	20-30
Pérdida de capacidad intelectual: C.I. de 36 a 66	30-50
Pérdida de capacidad intelectual: C.I. 0 a 35	50-80
Diabetes insípida	10-15
Puesta de manifiesto de una diabetes mellitus latente	10-15
EPILEPSIA	
Ausencias sin antecedentes y en tratamiento	5-10
Localizadas sin antecedentes y en tratamiento	10-20
Generalizadas:	
Una crisis aislada sin tratamiento	9-10
Una crisis aislada con tratamiento	19-20
Una-dos crisis anuales	24-25
Una-dos crisis mensuales	29-30
Crisis frecuentes obligando a modificar actividades habituales	55-70
Crisis frecuentes impidiendo una actividad regular	80-90
Foco irritativo encefálico postraumático sin crisis comiciales y en tratamiento	1-5
SÍNDROMES CEREBELOSOS	
Síndrome cerebeloso unilateral	50-55
Síndrome cerebeloso bilateral	75-95
Hidrocefalia, fistulas osteodurales (hidrorreas), atrofas cerebrales y síndromes parkinsonianos:	
Valorar fallo funcional y darle la puntuación correspondiente. Añadir de 1 a 10	1-10
Derivación cráneo-peritoneal o cráneo-pericárdica (por hidrocefalia)	15-25

○ APOYO BIBLIOGRÁFICO

Adams, R. D., Victor, M. ; "Principles of Neurology"; Ed. McGraw Hill, 1998.

Weisberg, L. A., Strub, R. L., Garcia, C. A.; "Decision making in adult Neurology"; Ed. Decker Company, INC 1987.

Strub, R. L., Black, F. W.; "Mental status examination in neurology"; 2ª ed. Philadelphia: F.A. Davis, 1995.

Mayo Clinic and Mayo Foundation; "Clinical examination in Neurology"; 5th, ed. W. B. Saunders, 1981.

Alberca, R. López-Pousa, S; "Enfermedad de Alzheimer y otras demencias"; IM & C Madrid 1998.

○ GRUPO DE TRABAJO PARA PATOLOGÍAS NEUROLÓGICAS

La elaboración del presente documento ha sido realizado por un grupo de trabajo constituido a los efectos, el cual elaboró el documento base perfeccionado con las aportaciones del colectivo médico del INSS. Dicho grupo está formado por los siguientes facultativos médicos:

Raúl Izquierdo Rodríguez - Médico Evaluador Jefe de la Unidad Médica del Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) del Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS) de las Islas Baleares.

Manel García Herrera - Médico Evaluador de la Unidad Médica del Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) del Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS) de las Islas Baleares.

Dolores Collado - Médico Evaluador de la Unidad Médica del Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) del Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS) de las Islas Baleares.

Joana Gonzalvo París - Médico Evaluador de la Unidad Médica del Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) del Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS) de las Islas Baleares.

Carlos Vázquez Espierrez - Médico Evaluador Jefe de la Unidad Médica del Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) del Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS) de la provincia de Cáceres.

Rubén Rial Planas - Catedrático de Fisiología de la Universidad de Islas Baleares.

Jaime Burcet Darde - Neurólogo y Neurofisiólogo. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca.

► **Observación del Grupo:** La evolución de la medicina, los constantes avances que se pueden lograr en el campo del diagnóstico y la valoración de enfermedades, hace recomendable que el documento que se presenta sea, objeto de una revisión constante. Por otro lado se pretende que sirva de base para la obtención de criterios lo más objetivos y prácticos posible. Por todo ello el grupo está abierto a recibir todas aquellas sugerencias, aportaciones o correcciones que los lectores estimen adecuado aportar. En tal sentido se pueden dirigir a la siguiente dirección:

Instituto Nacional de la Seguridad Social - Unidad Médica

A./A. Dr. D. Raúl Izquierdo Rodríguez

Pere Dezcallar i Net, 3 - 07003 PALMA de MALLORCA

Tfno: 971 437 440 -Fax: 971 437 492