

IPCL METODOLOGIA, ESTUDIO Y CASUISTICA EN LA CAM

Autores:

Javier Enrique Aragón Cutillas. C.A. ASEPEYO Arganda del Rey- Madrid
Ana María Beltrán Monge. C.A. ASEPEYO Valdemoro- Madrid
Arnoldo Ramón Gelpi Prat. C.A. ASEPEYO Alcalá de Henares- Madrid
María Piedad Sanz Calaforra. C.A. ASEPEYO Ciudad Lineal- Madrid

Correspondencia:

Javier Enrique Aragón Cutillas .C. A. ASEPEYO Arganda del rey-Madrid
Avda. de Madrid 28. Arganda del Rey. Madrid.
Teléfono: 918701831.email:jaragoncutillas@asepeyo.es

RESUMEN

El informe propuesta clínico laboral (IPCL) es el instrumento del que se vale el Equipo de valoración de incapacidades (EVI- ICAM) del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) para determinar el grado de minusvalía o incapacidad de un trabajador que afecta a su actividad laboral.

El presente trabajo consta de dos partes:

Metodología. Se estudia el diseño y formato del IPCL y la sistemática en su cumplimentación, con objeto de ofrecer una información clínica lo más exhaustiva posible al EVI para que pueda llegar a las conclusiones pertinentes sobre el grado de incapacidad.

Estudio con resultados y casuística sobre 79 casos de trabajadores a los que se ha efectuado IPCL por las secuelas derivadas de accidente de trabajo o enfermedad profesional sufrida, por las propuestas de la Mutua, los dictámenes del EVI, resoluciones del INSS y sus repercusiones económicas respecto a los desajustes entre ambos.

PALABRAS CLAVE

IPCL

Informe propuesta clínico laboral

Incapacidades

Propuesta de incapacidad

EVI

Dictamen de EVI

Resolución del INSS

INDICE

1.- Índice	-----	pag. 4
2.- Introducción	-----	pag. 5-6
3.-. Contenido	-----	pag. 7-15
4.- Objetivos	-----	pag. 16
5.- Fuentes utilizadas y materiales	-----	pag. 17-18
6.- Resultados y discusión	-----	pag. 19-25
7.- Conclusiones	-----	pag. 26-28
8.- Bibliografía	-----	pag. 29-30
9.- Anexos	-----	pag. 31-45

INTRODUCCIÓN

Una parte importante del presupuesto económico de las mutuas está destinado a la prestación de las incapacidades permanentes y de las lesiones permanentes no invalidantes.

Para realizar su valoración y calcular la prestación económica se elabora el denominado informe propuesta clínico laboral (IPCL) que es emitido por el médico y que contiene todos aspectos clínicos respecto a una o varias patologías del paciente en conjunción con las repercusiones que tienen sobre su capacidad laboral.

Se pueden dividir en dos categorías, atendiendo a que la patología sea de origen laboral, tanto en su vertiente de accidente de trabajo como enfermedad profesional (contingencia profesional), o por enfermedad común (contingencia común).

Este informe es remitido, por el Médico de Atención Primaria en el caso de las contingencias comunes o por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales cuando se trata de las contingencias laborales, al Equipo de Valoración de Incapacidades del Instituto Nacional de la Seguridad Social (EVI), que en Cataluña sus funciones las asume el ICAM.

Un informe médico de calidad para la valoración de una incapacidad médica debe ser legible para todos, contener información completa en cuanto a los hechos que han originado las discapacidades, razonamientos lógicos y coherentes con los exámenes médicos y las pruebas practicadas, ofrecer detalle de los hallazgos clínicos, y opinión médica respecto a la propuesta.¹ Para poder determinar si una persona tiene derecho a una prestación por incapacidad es imprescindible contar

con una evaluación de las capacidades donde el examen médico es la principal actividad a tener en cuenta.²

El examen médico incluirá además de la valoración física, las limitaciones en las actividades cotidianas, la presencia de dolor, fatiga, estrés y cualquier otra sintomatología, que le permita emitir un juicio del origen y la gravedad del proceso que se analiza.

Tendrán que evaluarse las limitaciones que la condición clínica afecta al desempeño de las actividades laborales, teniendo en cuenta las tareas específicas que desarrollaba el trabajador en el momento del accidente.

Es una preocupación común a muchos países europeos el gran número de reclamaciones en los dictámenes de incapacidad laboral y que terminan en el reconocimiento de la demanda. Ello induce a pensar que la calidad en las evaluaciones iniciales de esos casos no es la óptima.³

Hay pocos estudios publicados que traten el tema de la eficacia y rentabilidad en las evaluaciones de la incapacidad laboral, en particular pensando en el retorno al trabajo. Así lo recoge un informe del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) de mayo de 2008.⁴

CONTENIDO.

El presente trabajo consta de dos partes diferenciadas.

En la primera parte se hace una exposición detallada de los apartados de los que consta el IPCL, desglosando los mismos y proporcionando las pautas para su cumplimentación, así como la documentación clínica con pruebas complementarias precisas que hay que anexar para su análisis.

En la segunda parte se hace un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo sobre una selección de 79 trabajadores en el período comprendido entre los años 2007 y 2008. Los datos fueron procesados para su tratamiento estadístico por el paquete informático Epidat 3.1 para Windows⁵. Los resultados de las variables estudiadas se expresaron en porcentajes. El nivel de significación estadística se determinó en $p < 0.05$.

Como paso previo conviene tener en cuenta el grado de incapacidades laborales que tienen distintas compensaciones económicas. Cuando la valoración se realiza por accidente laboral o enfermedad profesional y de menor a mayor cuantía se contemplan:

- 1.- lesiones permanentes no invalidantes, conocido como baremo
- 2.- incapacidad permanente parcial (IPP)
- 3.- incapacidad permanente total (IPT), con un apartado especial de incapacidad permanente total cualificada (IPTC) si la edad del trabajador es 55 años o superior
- 4.- incapacidad permanente absoluta (IPA)
- 5.- gran invalidez (GI).

A grosso modo las lesiones permanentes no invalidantes son aquellas que siendo permanentes no incapacitan en ningún grado el trabajo que estaba

desempeñando el paciente en el momento en el que se accidentó. La incapacidad permanente parcial implica una disminución de la capacidad laboral en al menos un 30%, siempre entendida al puesto de trabajo habitual. La incapacidad permanente total implica la imposibilidad completa para realizar el mismo trabajo que desempeñaba en el momento del accidente, pero no otro tipo de trabajos. La incapacidad permanente absoluta determina la inadecuación a cualquier tipo de trabajo, y por último la gran invalidez es aquella en la que el paciente además de presentar una incapacidad absoluta, requiere de una tercera persona para que le ayude en los gestos más elementales y habituales de su vida cotidiana, como pueden ser el aseo, alimentación, etc. (AVD). Hay que señalar que en el medio de las contingencias comunes los dos primeros, es decir las lesiones permanentes no invalidantes y las incapacidades permanentes parciales no están contempladas.

Las cuantías económicas varían según el grado de incapacidad: Para los baremos existe una indemnización a tanto alzado y cuyas cantidades varían según los órganos o miembros afectados, y el grado de alteraciones funcional o estética y que están aprobados por O.M. de 11/5/88, y se actualizan según la Orden de 16/1/91. La incapacidad permanente parcial genera una indemnización a tanto alzado de 24 mensualidades de la base reguladora aplicable y con renuncia a reclamación posterior. La incapacidad permanente total devenga una pensión vitalicia con carácter mensual del 55% de la base reguladora aplicable. La incapacidad permanente total cualificada se ve incrementada la prestación en un 20% alcanzando un 75% de la base reguladora aplicable al cumplir el paciente 55 años. La incapacidad permanente absoluta implica el cobro de una pensión vitalicia mensual del 100% de la base reguladora y por último la gran invalidez aumenta la prestación en un 50% a la absoluta, destacando que ese porcentaje está destinado

a sufragar los gastos de la persona que es necesaria para la ayuda a las actividades de la vida diaria del paciente.

El formato del IPCL varía en su esquema según las distintas Mutuas de Accidentes de Trabajo, pero tienen unos apartados comunes y fijos para todas ellas:

Datos del facultativo y de la Entidad gestora

Datos personales y laborales del trabajador accidentado

Datos laborales de la Empresa

Profesión última ejercida y puesto de trabajo

Profesión principal ejercida.

Otras profesiones ejercidas con anterioridad.

Seguridad Social:

Contingencia de la Incapacidad

Periodos anteriores de baja por I.T.

Motivo de la incapacidad

Datos clínico laborales: Con varios subapartados

Antecedentes familiares:

Antecedentes personales del trabajador

Enfermedad actual (resumen)

Valoración del estado general

Descripción del cuadro clínico por aparatos y sistemas (pruebas realizadas y resultados)

Diagnósticos principales y secundarios.

Tratamiento efectuado

Evolución

Posibilidades terapéuticas y rehabilitadoras

Centros y servicios donde ha recibido asistencia el enfermo (periodos de hospitalización).

Limitaciones orgánicas y/o funcionales (v.g. retraso mental, demencia, disfasia, amputación

Graduación de la patología incapacitante por etiología en la que se señala el origen laboral o común de la misma, accidente laboral, enfermedad profesional, enfermedad común o accidente no laboral. También las repercusiones de las limitaciones funcionales.

Informe laboral (Descripción del trabajo desarrollado por el enfermo, puesto de trabajo, jornada laboral, etc.)

Circunstancias sociales, familiares, laborales, etc. de la comunidad.

Nivel cultural y de instrucción.

Juicio clínico-laboral (recogiendo los considerandos que aconsejan la propuesta).

Del correcto cumplimiento de todos los apartados del IPCL dependerá una exacta valoración por parte del EVI de las secuelas sufridas y su correspondiente cuantía económica.

Pasamos a detallar los aspectos fundamentales de la elaboración del IPCL:

Datos del facultativo y de la Entidad gestora: Nombre, apellidos y número de colegiado del facultativo que cumplimenta el informe y la nombre de la Mutua de Accidente de trabajo, con domicilio.

Datos personales y laborales del trabajador accidentado: Nombre y apellidos, domicilio, número de afiliación a la Seguridad Social, NIF, fecha de nacimiento, sexo y estado civil.

Datos laborales:

Nombre o razón social de la Empresa, con domicilio, localidad y provincia.

Profesión última ejercida y puesto de trabajo.

Profesión principal ejercida, aludiendo categoría profesional con la que cotiza.

Otras profesiones ejercidas con anterioridad.

Es importante este apartado porque hay que relacionar las secuelas con el mismo, ya que una misma secuela no incapacita de la misma manera a un trabajador u otro. Como ejemplo, una limitación de la movilidad de un hombro superior a un 50% puede suponer una incapacidad parcial o total en un trabajador de la construcción y sin embargo no llegar a ese rango en un trabajador sedentario y sin requerimientos físicos.

Trabajos anteriores. Tiene aplicación en caso de calificación de incapacidad total para su trabajo habitual y posible recolocación laboral.

Seguridad Social:

Tipo de contingencia estableciendo si es accidente de trabajo, enfermedad profesional, enfermedad común y accidente no laboral; fechas de baja y alta laboral.

Periodos anteriores de IT. Hay que contabilizar los periodos acumulados de baja que hubiera con rango de tiempo no superior a 6 meses entre cada uno de ellos, ya que si en conjunto se sobrepasan 18 meses de IT, obligatoriamente hay que elaborar el informe bien con secuelas fijas o solicitando una prórroga de tratamiento si fuera necesario.

Motivo de la incapacidad. Debe establecerse si el informe se elabora porque se han agotado las posibilidades de recuperación o bien porque se ha cumplido el

plazo reglamentario máximo de 18 meses en IT y se va a solicitar prórroga de tratamiento.

Datos clínico laborales:

Antecedentes familiares: Patologías graves, fallecimientos y aquellos que puedan tener interés para el caso.

Antecedentes personales del trabajador, donde se reflejan por anamnesis las patologías previas importantes y aquellas que puedan haber influido en la patología actual.

Enfermedad actual (resumen): Descripción detallada del mecanismo patológico desencadenante de la enfermedad actual, pudiendo esquematizar los tratamientos efectuados y la evolución posterior.

Valoración del estado general con datos antropométricos: Peso, talla, constitución, marcha, musculatura, piel y mucosas, aspecto general, boca y dientes, otros en general con relevancia clínica. Aunque pueda parecer algo intrascendente este apartado no lo es, ya que a título de ejemplo, no tiene la misma valoración una marcha libre que una asistida con apoyos externos, como el uso de bastones.

Descripción del cuadro clínico por aparatos y sistemas (pruebas realizadas y resultados): Relación de las exploraciones clínicas y de las pruebas complementarias efectuadas con la descripción de sus resultados que ha requerido para asentar el diagnóstico y en el transcurso de la asistencia sanitaria, para comprobación de la evolución de la patología. También se adjuntan las valoraciones finales, como los informes de la Unidad de valoración funcional y material fotográfico, si se dispone de él. Hay posibilidad de que en el futuro se

incorpore otro tipo de material informático, CD, DVD con videos de estudios dinámicos.

Tratamiento efectuado: Descripción con detalle de los tipos de tratamientos empleados: médico, ortopédico, quirúrgico, rehabilitador e interconsultas con Especialidades que se precisen.

Evolución: Orientada a la estabilización de las secuelas, motivo del informe o si ha sobrepasado el preceptivo tiempo de 18 meses en IT, haciendo referencia a las complicaciones de la patología por las que se solicita una prórroga del tratamiento hasta llegar a la estabilización del proceso.

Posibilidades terapéuticas y rehabilitadoras: Caben tres posibilidades que son el agotamiento de las opciones de tratamiento porque el proceso tiene secuelas fijas, el rechazo del paciente a los tratamientos propuestos y las complicaciones que motivan la solicitud de prórroga del tratamiento y lo que cabe esperar del mismo.

Centros y servicios donde ha recibido asistencia el enfermo (periodos de hospitalización). Alude a la asistencia sanitaria recibida en medios hospitalarios en régimen de internamiento.

Limitaciones orgánicas y/o funcionales (v.g. retraso mental, demencia, disfasia, amputación...): Se reflejan las secuelas con descripción detallada del resultado de las pruebas que permiten llegar a las conclusiones de deformidades externas e internas, amputaciones, limitaciones de movilidad articular, fuerza muscular, tipo de marcha , etc. abarcando también a los resultados de la Unidad de valoración funcional y las alteraciones sensoriales.

Graduación de la patología incapacitante por etiología en la que se señala el origen laboral o común de la misma, accidente laboral, enfermedad profesional,

enfermedad común o accidente no laboral. También se alude al porcentaje de menoscabo que implican las secuelas en la funcionalidad. Es importante para la valoración de la repercusión en su medio laboral, unido al apartado siguiente. No se permite realizar una propuesta del grado de incapacidad solo describir el orden incapacitante de las mismas.

Informe laboral (Descripción del trabajo desarrollado por el enfermo, puesto de trabajo, jornada laboral, etc.) en el que el Técnico correspondiente de Higiene y Seguridad en el trabajo detalla los gestos que se precisan para el desarrollo habitual del trabajo en el que se ha accidentado. En caso de que el trabajador hubiera cambiado el puesto de trabajo, no habría que reflejar el nuevo, sino aquel relacionado con el accidente.

Circunstancias sociales, familiares, laborales, etc. de la comunidad. Se describen las circunstancias familiares, si vive solo o tiene cargas familiares; sin embargo no condicionan el resultado de la valoración de las secuelas

Nivel cultural y de instrucción. Se reflejan estudios realizados, cualificación profesional, etc.

Juicio clínico-laboral (recogiendo los considerandos que aconsejan la propuesta). Se detalla el transcurso del accidente con una síntesis de toda la historia clínica desde el principio del accidente hasta la finalización del mismo, las exploraciones clínicas y complementarias que han permitido un diagnóstico definitivo, el o los tratamientos que ha precisado, las complicaciones surgidas y el establecimiento de las secuelas objetivas con las limitaciones funcionales y orgánicas apoyadas en las pruebas finales que se han usado y que se adjuntan, como balances articulares, limitaciones de fuerza, etc. a través de informes elaborados con medios informatizados por las Unidades de valoración funcional.;

así mismo se adjunta material fotográfico tanto de las lesiones externas, cicatrices y deformidades como las limitaciones funcionales.

Propuesta. Una vez elaborado el informe es remitido, junto a las pruebas que se estimen oportunas para su estudio al Comité de Prestaciones, que a su vez elaborará una propuesta de secuelas destinado al EVI o ICAM.

Se expone a título de ejemplo el formato en el que se presenta los rangos de movilidad de algunas articulaciones, mediciones efectuadas normalmente con ayuda del goniómetro (ver anexos)

Con ocasión de la entrada en funcionamiento de las Unidades de valoración funcional se ha incorporado al informe propuesta el formato de los informes elaborados por las mismas. La valoración funcional se basa en un estudio tratado informáticamente con programas diseñados específicamente para medir con exactitud los distintos balances articulares, la graduación de fuerza de la musculatura afectada, análisis del movimiento de levantarse de una silla y de manipulación de cargas, así como la marcha basal y post-esfuerzo. Aunque tiene un elevado grado de fiabilidad, porque hay tests específicos que se apoyan en la repetibilidad de los gestos, no está exenta de un cierto grado de subjetividad del paciente examinado, según su grado de colaboración.

Se exponen un ejemplo de informe de valoración funcional (ver anexos)

OBJETIVOS.

Analizar el formato y apartados de los que consta el IPCL.

Dar pautas sobre metodología de su cumplimentación de manera que pueda ser comprensible el alcance de todos los aspectos clínicos de la patología, tratamientos y secuelas del trabajador por el Tribunal valorador.

Estudiar los resultados de 79 casos analizados en la CAM correspondientes a los años 2007 y 2008, con las propuestas efectuadas por la Mutua y los dictámenes del EVI con las repercusiones económicas a que han dado lugar.

Hacer propuestas concretas sobre cambios necesarios en la metodología del IPCL para evitar los desajustes presupuestarios.

FUENTES UTILIZADAS Y MATERIALES.

A tal efecto y una vez analizada la sistemática del IPCL se ha tomado una muestra de 79 pacientes de la Comunidad Autónoma de Madrid cuyos expedientes de contingencia profesional, tanto accidentes de trabajo como enfermedades profesionales, han sido tramitados ante el EVI por la Mutua de Accidentes de trabajo y Enfermedades Profesionales ASEPEYO en un periodo de tiempo de 2 años.

La información se recogió en dos fases:

Análisis pormenorizado de 79 informes propuesta clínico laborales con estudio de cada uno de sus apartados, contemplando su cumplimentación, ausencia de la misma o dificultades en su comprensión, así como documentación que se ha anexado, concretamente pruebas complementarias con sus resultados, gráficas e informes de balances articulares, informes de la Unidad de valoración funcional con sus gráficas y otro material como fotografías, etc.

En una segunda fase se estudian distintos parámetros de los informes propuesta. Las variables a tener en cuenta en el estudio fueron registradas en los historiales clínicos que tienen todos los trabajadores en la Aplicación Informática Sanitaria de ASEPEYO (CHAMAN). Las variables de interés que se consideraron fueron:

- Edad.
- Sexo.
- Sector de Producción
- Tipo de proceso diagnóstico motivo de la propuesta
- Concordancia entre propuesta de mutua y dictamen del INSS.
- Influencia del diagnóstico nosológico versus diagnóstico sindrómico en el dictamen.

- Comparación entre presupuesto de mutua y coste real por dictamen de INSS.

Después de la recogida de información y análisis se han elaborado tablas y gráficos con los resultados de las mismas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De los 79 casos la mayor parte de los casos pertenecían a los sectores de Servicios y Construcción. Los diagnósticos más frecuentes fueron los traumatismos directos, el accidente de tráfico/ATF in itinere, los sobreesfuerzos agudos y 8 con enfermedad profesional.

Hubo discordancia entre la propuesta de mutua y el dictamen final del INSS en 23 casos. La discordancia mayor fue para la Incapacidad Permanente Parcial (IPP), donde de 13 casos presupuestados sólo 3 terminaron con esa calificación. Otras discordancias fueron encontradas para la Incapacidad Permanente Total (IPT) y el Baremo. Se observó diferencias significativas en la concordancia entre las propuestas de mutua y el dictamen del INSS cuando se compararon los informes con diagnóstico sindrómico de aquellos con diagnóstico nosológico.

Se encontraron carencias en aspectos del contenido de los informes remitidos al INSS, algunos de ellos fueron escasamente recogidos en menos del 10% de los casos.

Las características generales de la serie se pueden apreciar en la Tabla 1. De los 79 casos con un predominio de hombres y una media de edad para todos los casos de 43 años. La mayor parte de los casos pertenecían a los sectores de Servicios y Construcción, con más del 90% de la casuística. La causa más frecuente en el planteamiento diagnóstico de los casos se correspondió con los traumatismos directos, seguidos en menor medida por el accidente de tráfico/ATF in itinere y los sobreesfuerzos agudos. En 8 casos el diagnóstico propuesto se correspondió con enfermedad profesional.

Tabla 1. Características generales de la serie

Nº de casos: 79
Hombres: 63
Mujeres: 16
Relación H/M: 4/1
Edad media: 43 años
El más joven: 20 años
El de mayor edad: 64 años

Distribución según Sector de la Producción:

Servicios: 41
Construcción: 34
Transportista: 3
Minería: 1

Distribución según causa del proceso

TRAUMATISMO DIRECTO: 35
ACCIDENTE DE TRAFICO/ ATF IN ITINERE: 13
SOBRESFUERZO AGUDO: 10
ENFERMEDAD PROFESIONAL: 8
MECANISMO DUDOSO/ INESPECIFICO: 7
DETERMINACION DE CONTINGENCIA. 5
TRAUMATISMO INDIRECTO: 1

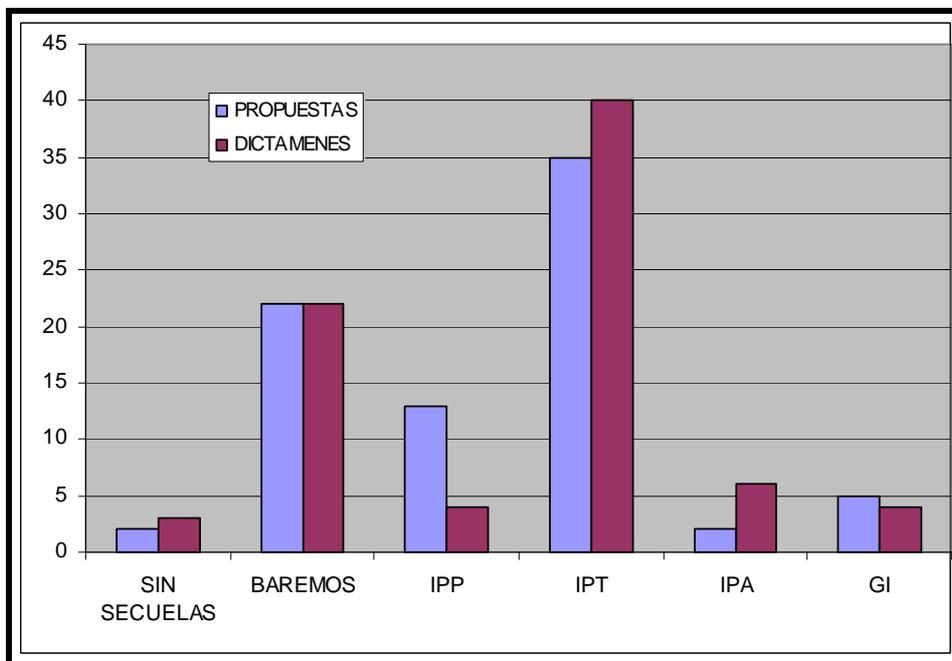
En un total de 23 casos hubo discordancia entre la propuesta de mutua y el dictamen final del INSS, siendo significativa esa diferencia (Ver Tabla 2 y Figura 1). La discordancia mayor fue para la Incapacidad Permanente Parcial (IPP), donde de 13 casos propuestos sólo 3 terminaron con esa calificación. Hubo discordancia también, aunque en menor medida, para la Incapacidad Permanente Total (IPT) y el Baremo. Ésta estuvo en un caso de Gran Invalidez y en ninguno de los pocos presentados de Incapacidad Permanente Absoluta (IPA) y sin secuelas.

Tabla 2. Grado de concordancia en los IPCL

Tipo de propuesta	Dictamen INSS	Propuesta mutua	Concordancia	Discordante	% Concordancia
IPP	4	13	4	9	31
IPT	40	35	27	8	77
BAREMOS	22	22	17	5	77
GI	4	5	4	1	80
SIN SECUELAS	3	2	2	0	100
IPA	6	2	2	0	100
Total	79	79	56	23	71

IPCL: Informe Propuesta Clínico Laboral
 Las diferencias son muy significativas con una p de 0.0079

Figura 1. Comparativa entre propuestas de mutua y dictamen de INSS



Si analizamos la influencia del diagnóstico nosológico en la calificación final del INSS se encontró que hubo diferencias significativas cuando este fue realizado con respecto al diagnóstico sólo sindrómico como se aprecia en la Tabla 3. Estas diferencias fueron significativas particularmente para la IPP y la IPT.

Calificación	Diagnóstico nosológico planteado					Valor p
	Observado		Esperado		Total	
	Sí	No	Sí	No		
Baremo	17	5	15	7	22	0.3599
IPP	3	10	9	4	13	0.0003*
IPT	18	17	25	10	35	0.0088*
IPA	2	0	2	0	2	NE**
GI	4	1	5	0	5	NE**
Sin secuelas	2	0	2	0	2	NE**
Total	46	33	58	21	79	0.0062*

IPP: Incapacidad Permanente Parcial
 IPT: Incapacidad Permanente Total
 IPA: Incapacidad Permanente Absoluta
 GI: Gran Invalidez
 * Valor de p muy significativo
 ** NE: No evaluable.

En la Tabla 4 se recogen los aspectos formales que han de estar presentes para que el evaluador pueda contar con suficiente información para hacer un dictamen acertado con la realidad del caso. Como puede apreciarse algunos de ellos fueron escasamente recogidos en menos del 10% de los casos.

Ítem	Datos correctamente recogidos		
	SI	NO	%
PERIODOS ANTERIORES DE IT	1	78	1,27
GRADUACION DE PATOLOGIA INVALIDANTE	4	75	5,06
BALANCES ARTICULARES	4	75	5,06
UNIDAD VALORACION FUNCIONAL	5	74	6,33
OTRAS PROFESIONES	6	73	7,59
MOTIVO DE INCAPACIDAD	8	71	10,13
INFORME LABORAL	9	70	11,39
PROFESION PRINCIPAL-CATEGORIA	17	62	21,52
PROFESION ACTUAL-PUESTO DE TRABAJO	24	55	30,38
DATOS ANTROPOMÉTRICOS	58	21	73,42
NIVEL CULTURAL	64	15	81,01
ANTECEDENTES FAMILIARES	66	13	83,54
LIMITACIONES ORGANICAS-FUNCIONALES	67	12	84,81
ANTECEDENTES PERSONALES	76	3	96,20
PRUEBAS REALIZADAS Y RESULTADOS	76	3	96,20
CIRCUNST. SOCIALES-FAMIL-LABORALES	76	3	96,20
ENFERMEDAD ACTUAL	77	2	97,47
POSIBILIDADES TERAPEUTICAS-RH	77	2	97,47
ASISTENCIA HOSPITALARIA	77	2	97,47
JUICIO CLINICO	77	2	97,47
EVOLUCION	78	1	98,73
TRATAMIENTO EFECTUADO	79	0	100,00

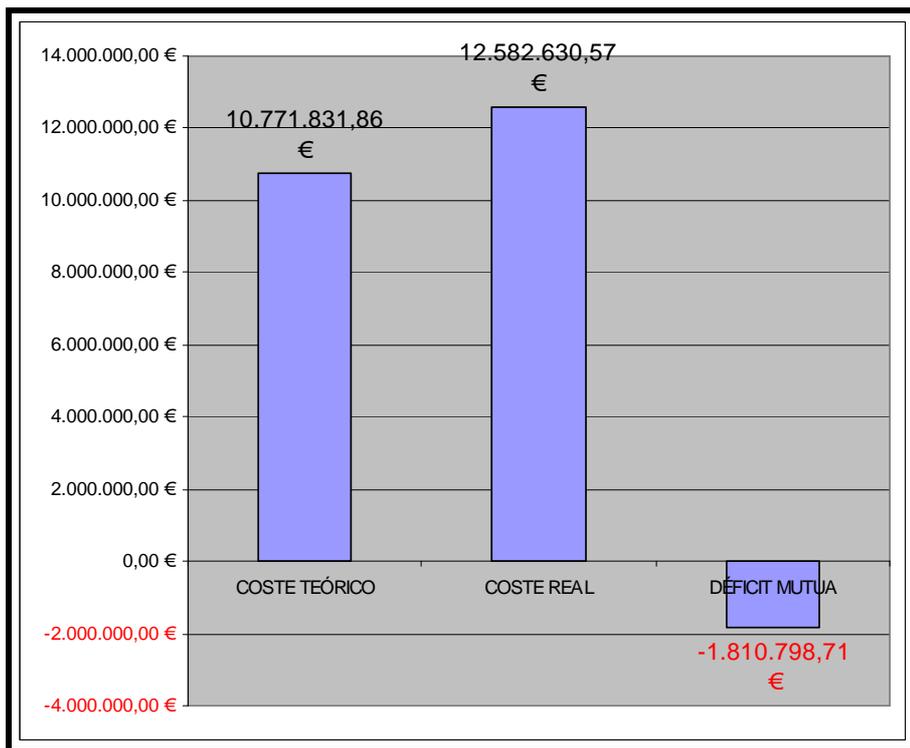
IPCL: Informe Propuesta Clínico Laboral
 IT: Incapacidad Temporal

Al comparar el valor presupuestario de acuerdo con las propuestas de mutua y el coste real con el dictamen que efectuó el INSS encontramos que la diferencia fue de más de millón y medio de euros a favor del dictamen del INSS. (Ver Tabla 5 y Figura 2).

Tabla 5. Distribución del tipo de propuesta y su relación con el presupuesto de mutua y el coste real				
PROPUESTA MUTUA	Nº	PRESUPUESTO MUTUA	COSTE REAL	DIFERENCIA
IPT	35	6.578.201,95 €	6.346.620,72 €	231.581,23 €
BAREMO	22	40.790,00 €	1.079.042,78 €	-1.038.252,78 €
IPP	13	412.275,96 €	1.526.620,46 €	-1.114.344,50 €
GI	5	2.943.473,17 €	2.812.646,67 €	130.826,50 €
IPA	2	812.337,42 €	817.699,94 €	-5.362,52 €
SIN SECUELAS	2	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Total	79	10.787.078,50 €	12.582.630,57 €	-1.795.552,07 €

IPT: Incapacidad Permanente Total
 IPP: Incapacidad Permanente Parcial
 GI: Gran Invalidez
 IPA: Incapacidad Permanente Absoluta

Figura 2. Comparativa Coste teórico /Coste real y déficit presupuestado



DISCUSION

Los estudios que se han realizado para conocer el impacto de la calidad de los dictámenes en las valoraciones de las incapacidades laborales permanentes son escasos²⁻⁶.

En esta serie de casos hemos encontrado que algo más de 1.800.000 € ha costado la prestación económica de estos casos a la mutua por encima del presupuesto inicialmente estimado. Esto puede constituir un serio problema de planificación económica.

Al intentar buscar las causas de estos resultados encontramos una serie de indicios que lo pudieran explicar.

En la revisión de los documentos clínicos encontramos una serie de carencias en aspectos fundamentales para lograr una evaluación médica objetiva de los casos tales como las que se recogen en la Tabla 4 y que pueden llevar al evaluador a realizar unas propuestas sin el rigor científico necesario. De hecho se produjeron unas importantes discordancias entre las propuestas realizadas por los evaluadores de mutua respecto a los dictámenes de los expertos del INSS.

Como señalan Marmot y Wilkinson “en la evaluación de salud del individuo no sólo hay que considerar las interacciones entre múltiples factores biológicos y sociales como pueden ser el sexo, la predisposición biológica y los rasgos genéticos, la posición socioeconómica, el acceso a la información, servicios, apoyo y recursos, exposición al riesgo, incluyendo factores de riesgo ambientales, grado de control sobre sus propias circunstancias de la vida, el acceso e interacción con el sistema de salud; sino además los factores que afectan en las personas la capacidad de soportar las tensiones - biológicas, sociales, ambientales, psicológicas y económicas - que pueden desencadenar problemas de salud”.⁶

Llama la atención que un número importante de los planteamientos diagnósticos de mutua se limitó al terreno sindrómico. Probablemente la falta de información de aspectos clínicos de máximo interés tales como los recogidos en la Tabla 4 no permitió hacer un planteamiento diagnóstico más preciso en el terreno nosológico. De hecho hubo diferencias estadísticamente significativas en la concordancia Mutua/INSS y los tipos de planteamiento diagnósticos sindrómico o nosológico. Así mismo se constata la necesidad en la exhaustividad de la valoración de la graduación de minusvalía sobre la funcionalidad adaptada al puesto de trabajo

CONCLUSIONES

La calidad del Informe de Propuesta Clínico Laboral en las valoraciones de los procesos por incapacidad laboral que se realiza desde las mutuas es trascendental para realizar propuestas al INSS que adquieran un grado de concordancia elevado y de esta forma se puedan elaborar unos presupuestos realistas en esta prestación económica. En la revisión efectuada se observó que en casi la totalidad de los casos no se realizó una descripción adecuada del puesto de trabajo, tengamos en cuenta que el grado de incapacidad no depende sólo de la limitación orgánica sino de la que ésta provoca al trabajador en el desempeño de su trabajo habitual.

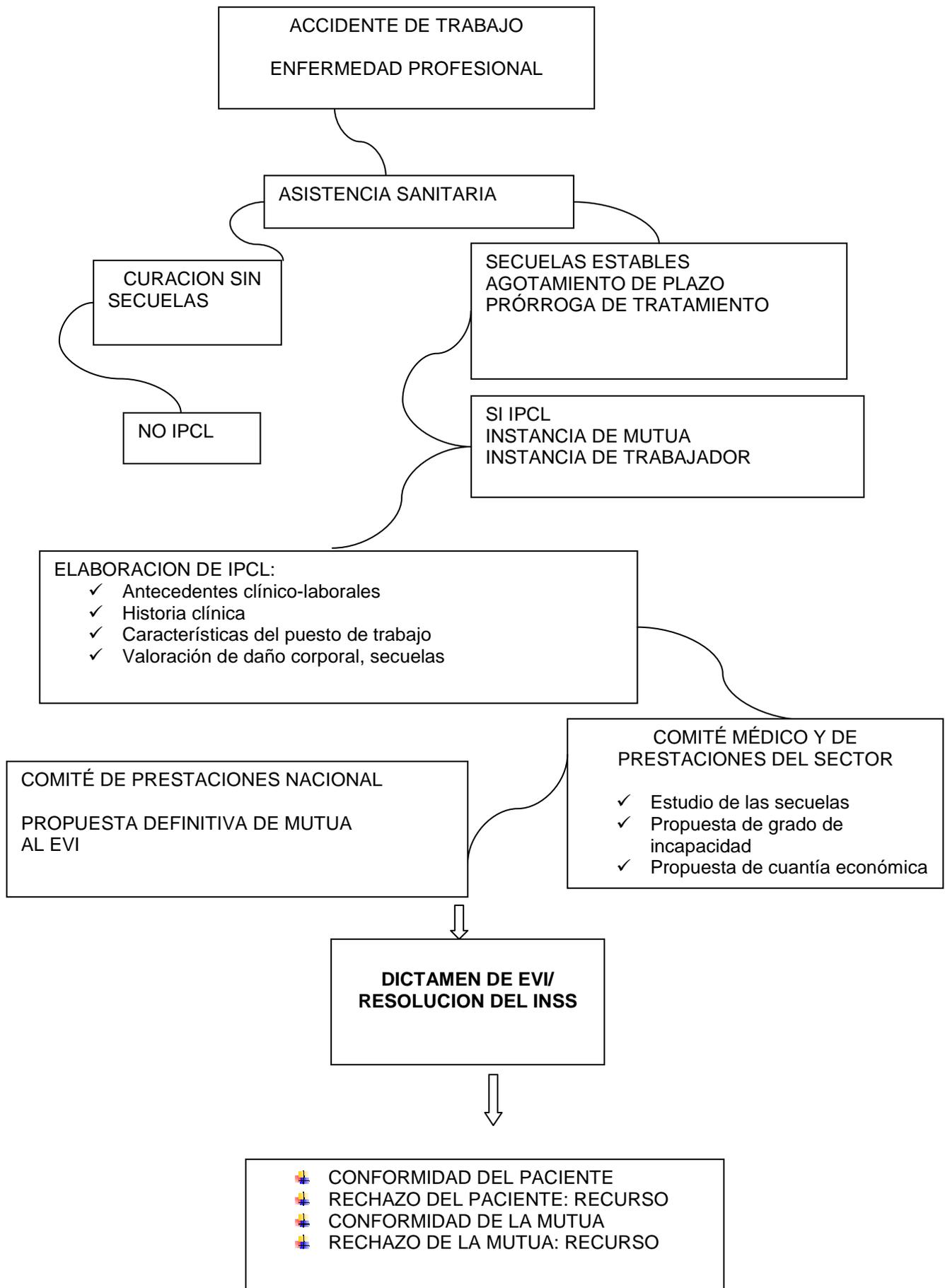
En este trabajo se encontró que la congruencia entre los planteamientos clínicos iniciales y el dictamen final no fueron siempre coherentes originando errores de estimación en la presupuestación económica de estos casos. Es trascendental que nuestros médicos eviten los diagnósticos nosológicos o sindrómicos (gonalgia, lumbalgias, omalgias, tendinitis, etc) máxime cuando en la casi totalidad de los casos se han realizados estudios minuciosos de la patologías llegando a un diagnóstico preciso de las mismas. Interesa que en todos los casos se haga un análisis de los elementos etiopatogénicos que han provocado las lesiones para poder hacer una mejor aproximación a las causas que lo han provocado, así como a las secuelas definitivas que se han producido. Por tanto los planteamientos diagnósticos adquieren mayor relevancia cuando se hacen con el enfoque etiológico. De lo contrario la valoración de las secuelas no será del todo certera, originando conductas terapéuticas innecesarias, demorando en ocasiones las que realmente están indicadas. Todo ello conlleva gastos innecesarios de recursos humanos y materiales. Es importante que interioricemos que todo lo que se plasme en el IPCL unido a las pruebas realizadas, imágenes fotográficas del

estado final del paciente y sus secuelas son, en muchos casos, los únicos datos que dispondrán los equipos de valoración de incapacidades para realizar un dictamen final, por supuesto con exquisito respeto a los derechos del paciente y su intimidad.

Recomendamos seguir las guías que han elaborados los expertos para estas situaciones y en cualquier caso elaborar unos informes clínicos en los que no falten los datos necesarios para que con una información médica completa se puedan hacer propuestas que finalmente alcancen un alto grado de concordancia con los dictámenes del INSS. Como se puede observar en los anexos ASEPEYO tiene a disposición de sus profesionales muchas de estas guías, aunque no estamos seguros que se haga un uso óptimo de las mismas.

Habrá que insistir en la formación continuada de todos los profesionales que actúan como valoradores, no limitada a actividades puntuales, sino que debe consistir en un proceso continuo de aprendizaje en sesiones magistrales, pero también en servicio, es decir durante el desempeño profesional del día a día.

Podemos establecer un algoritmo de secuencia entre el momento del accidente y la valoración de las secuelas con su cuantificación económica esquematizándolo como a continuación se detalla:



BIBLIOGRAFÍA

1. NAO. National Audit Office. The Medical Assessment of Incapacity and Disability Benefits. REPORT BY THE COMPTROLLER AND AUDITOR GENERAL HC 280 Session 2000-2001: 9 March 2001.
2. A guide to Incapacity Benefit – The Personal Capability Assessment. www.jobcentreplus.gov.uk. Visitada el 10.06.2009.
3. MEDICAL EVIDENCE AND INCAPACITY BENEFIT APPEALS: EVALUATION OF A PILOT STUDY. Roy Sainsbury and Anne Corden Social Policy Research Unit University of York. Appeals Service (2002) President's Report 2001-2002, The Appeals Service, London. website at: www.hms0.gov.uk. Visitada el 10.06. 2009.
4. Review of the Effectiveness and Cost Effectiveness of Interventions, Strategies, Programmes and Policies to Help Recipients of Incapacity Benefits Return to Employment (Paid and Unpaid). The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Report May 2008. <http://www.nice.org.uk>. Visitada el 10.06.2009.
5. Epidat 3.1. Servicio de Información sobre. Saúde Pública Dirección Xeral de Saúde Pública. Dirección Xeneral de Saúde Pública.Xunta de Galicia.Consultado e l30.10.2008 en: [http:// dxsp.sergas.es/ ApliEdatos/ Epidat/ cas/ default.asp](http://dxsp.sergas.es/ApliEdatos/Epidat/cas/default.asp).
6. Managing long-term sickness absence and incapacity for work. NICE public health guidance 19. Issue Date: March 2009. <http://www.nice.org.uk>. Visitada el 10.06.2009.

7. Tejedor, J.M. Propuesta de criterios para evaluar la calidad de la historia clínico-laboral. Arch Prev Riesgos Labor 1999; 2(3):111-123.
8. MIRALLES, R. Valoración del daño corporal en el aparato locomotor. Capítulos 29,30, pag. 381-390.
9. GIL HERNANDEZ, F (2005). Tratado de medicina del trabajo. Barcelona. Masson.
10. PEREZ B., GARCIA, M. (1997). Manual de valoración y baremación del daño corporal. Granada: Comares.
11. BOROBIA, C. (1989) "Métodos de valoración del daño corporal".
 - (1996) Valoración de daños personales, Madrid: La Ley-Editorial.
 - (1998) VDP, Informes periciales y casos prácticos, Madrid: La Ley-Editorial.
 - "Valoración de las incapacidades laborales (II): Definición, contenido, objetivos y relación con otras disciplinas", en Med.del Trab., 1992,1-3.
 - "Valoración de las incapacidades laborales (VII): Métodos de valoración. Estudio de los baremos de accidente de trabajo y enfermedades profesionales", en Med.del Trab, 1993, 2-4 y 2-5.
 - "Valoración de las incapacidades laborales (VIII): Valoración de la incapacidad permanente parcial y total. Métodos de valoración a utilizar en las mismas: el profesiograma, el método de Gautier y otros", en Med. del Trab., 1993,1-6 y 3.1.
12. MELENEC. L (1997) Valoración de las discapacidades y del daño corporal. Barcelona: Masson.

ANEXOS

ANEXO I



HOSPITAL ASEPEYO COSLADA
 Joaquín Cárdenas, 2
 28820 Coslada (Madrid)
 Tel.: 916736112

PROPUESTA CLÍNICO - LABORAL

Nombre:

Historia:

Proceso:

DATOS DEL FACULTATIVO Y DE LA ENTIDAD GESTORA

FACULTATIVO	Nombre y apellidos		Nº Colegiado:	Provincia Madrid
	Domicilio: calle o plaza y nº. HOSPITAL ASEPEYO COSLADA		Localidad Madrid	
	MÉDICO MUTUA <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> MÉDICO EXTERNO	
MUTUA	Mutua de Accidentes. Nombre Asepeyo, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº 151			
	Domicilio: calle o plaza y nº. HOSPITAL ASEPEYO COSLADA		Localidad Madrid	

DATOS PERSONALES Y LABORALES DEL ENFERMO

ENFERMO	Apellidos y Nombre		Nº. de Afiliación S.S.		
	Domicilio: calle o plaza y nº.		Localidad San Fernando de Henares		
	Provincia Madrid	Fecha Nactº. 20-10-1965	Sexo Varón	Estado civil	
DATOS LABORALES	Nombre o razón social de la empresa				
	Domicilio: calle o plaza y nº.		Localidad Mejorada del Campo	Provincia Madrid	
	Profesión última ejercida y puesto de trabajo Cerrajería				
	Profesión principal ejercida (1) Oficial de 1ª de cerrajería				
	Otras profesiones ejercidas Siempre ha trabajado en cerrajería				
SEGURIDAD SOCIAL	Fecha de Baja		Fecha de Alta		Contingencia de la incapacidad Accidente de Trabajo
	Día Mes Año 10 02 2009	Día Mes Año 02 09 2009			
	Períodos anteriores de Baja por I.T. (2) Baja 10-2-2009 Alta 2-9-2009				
Motivo de la incapacidad (3) Agotamiento en las posibilidades terapéuticas. Estabilización en las secuelas					

ANEXO II



ASEPEYO

HOSPITAL ASEPEYO COSLADA

Joaquín Cárdenas, 2
28820 Coslada (Madrid)
Tel.: 916736112

PROPUESTA CLÍNICO - LABORAL

Nombre:

Historia:

Proceso:

DATOS CLÍNICO LABORALES

Antecedentes familiares	
Padres vivos y 2 hermanos sin enfermedades aparentes	
Antecedentes personales	
Operado de rotura de LCA de rodilla izda en AT por FREMAP. Operado de criptorquidia. Helicobacter pilori	
Enfermedad actual (resumen)	
Consulta por dolor lumbar no irradiado a mmii que atribuye a esfuerzos laborales. Tras exploraciones, pruebas complementarias se instauró tratamiento médico y rehabilitador, no estimando oportuno el quirúrgico. Se detallan secuelas al dar por finalizado el tratamiento	
Valoración del estado general	
Peso: 92.500	Talla: 179
Constitución: normosómica	Marcha: sin apoyos
Musculatura: eutrófica	Piel y mucosas: normales
Boca y dientes: sin alteraciones	Aspecto General: normal
Otros: moderada obesidad	
Descripción del cuadro clínico por aparatos o sistemas (pruebas realizadas y resultados)	
<p>rx simples de columna: Cambios degenerativos; RM 2-3-2009: Discopatía degenerativa L4-L5 y L5-S1. Fragmento discal extruido y migrado en el receso lateral izdo de L5 con impronta tecal y radicular. Mínima continuidad con el disco intervertebral L4-L5. Mínima protrusión discal focal dorso medial L5-S1 sin lateralización ni compromiso radicular. RM 2-7-2009: Discopatía degenerativa L4-L5 y L5-S1. Persistencia aunque con disminución de tamaño del fragmento discal extruido en el receso lateral izquierdo de L4-L5 y persistencia de mínima impronta tecal y radicular. UVF</p>	
Diagnóstico (principal y secundario)	
- 724.2. Lumbalgia (lumbago) (M)	
Tratamiento efectuado	
Médico farmacológico y rehabilitador. 20-4-2009: Infiltración facetaria L4-L5. 1-6-2009 bloqueo corticoanestésico epidural. Expresamente se ha descartado el tratamiento quirúrgico en la Unidad de columna del Hospital de ASEPEYO en Coslada por ser la etiología discogénica y no radicular del dolor	
Evolución	
Estabilización en las secuelas	

Fecha impresión: 26-09-2009 Pág: 2/4

ANEXO III



ASEPEYO

HOSPITAL ASEPEYO COSLADA

Joaquín Cárdenas,2
28820 Coslada (Madrid)
Tel.: 916736112

PROPUESTA CLÍNICO - LABORAL

Nombre:

Historia:

Proceso:

Posibilidades terapéuticas y rehabilitadoras

Agotadas posibilidades médico-rehabilitadoras; esta patología carece de indicación quirúrgica.

Centros y Servicios donde ha recibido asistencia el enfermo (Periodos hospitalización)

Asistencia ambulatoria, sin ingreso hospitalario

Limitaciones orgánicas y/o funcionales (v.gr.: Retraso mental, demencia, disfasia, amputación, etc.)

Balance de movilidad de columna lumbar: flexión 50°, extensión 16°, flexión lateral dcha 17°, flexión lateral izda 27°; rotaciones izda y dcha 5°. Valoración funcional: movimiento de levantarse de silla 77%; levantar peso 84%; combinada de ambos 80% (Normalidad =>90%); marcha basal MII 99%, MID 100%, global 100% (Normalidad =>90%)

Graduación de la Patología incapacitante por etiología

Limitación global de la movilidad de la columna lumbosacra del 14,05%. Valoración funcional: estrategia de movimiento con índice de la normalidad del 80% (normal =>90%), estudio funcional de la marcha con valoración del 100% (normal =>90%).

Informe Laboral (Descripción del trabajo desarrollado por el enfermo, puesto de trabajo, jornada laboral, etc.)

Oficial de 1ª de cerrajería

Circunstancias sociales, familiares, laborales, etc. de la comunidad

Casado con 1 hijo a su cargo

Nivel cultural y de instrucción

Estudios primarios

ANEXO IV



HOSPITAL ASEPEYO COSLADA

Joaquín Cárdenas, 2
28820 Coslada (Madrid)
Tel.: 916736112

PROPUESTA CLÍNICO - LABORAL

Nombre:

Historia:

Proceso:

Juicio clínico-laboral (recogiendo los considerandos que aconsejan la propuesta)

Paciente de 43 años de edad que consultó en urgencias del H. de ASEPEYO de Coslada por lumbalgia no irradiada a mmii de 2 semanas de evolución y que atribuía a gestos laborales sin mencionar incidentes agudos. Se practicaron estudios clínicos y complementarios con RM que se aportan al informe (Discopatía degenerativa L4-L5 y L5-S1. Fragmento discal extruido y migrado en el receso lateral izdo de L5 con impronta tecal y radicular. Mínima continuidad con el disco intervertebral L4-L5. Mínima protrusión discal focal dorso medial L5-S1 sin lateralización ni compromiso radicular) por lo que se instauraron tratamientos médico-farmacológico e infiltraciones facetaria y posterior bloqueo epidural y tratamiento rehabilitador. En RM de control posterior se apreció discopatía degenerativa L4-L5 y L5-S1, con persistencia aunque con disminución de tamaño del fragmento discal extruido en el receso lateral izquierdo de L4-L5 con mínima impronta tecal y radicular. En la Unidad de columna del Hospital de ASEPEYO de Coslada se desestimó el tratamiento quirúrgico por ser la etiología del dolor de origen discogénico y no radicular. Al carecer de indicación quirúrgica y agotar más posibilidades de tratamiento, se da por finalizado el proceso con las limitaciones que se describen: Hay limitación global de la movilidad de la columna lumbosacra del 14,05%. La valoración funcional objetiva una estrategia de movimiento con índice de la normalidad del 80% siendo la normalidad =>90%), y el estudio funcional de la marcha una valoración del 100% siendo normal =>90%.

Propuesta (4)

Fecha: 02-09-2009

Firmado:

Nº Colegiado:

Este informe tiene el carácter de documento público con alta importancia sanitaria y socio-económica individual y colectiva.

- (1) Se considera profesión principal aquella ejercida primordialmente a lo largo de su vida.
- (2) Sólo se consignarán los periodos de baja de duración superior a 30 días habidos en los últimos diez años.
- (3) Prórroga I.T. Periodo de observación en E.P. Incapacidad Permanente. Inclusión Beneficiarios.
- (4) No se hará referencia al grado de incapacidad.

ANEXO V



ASEPEYO
HOSPITAL ASEPEYO COSLADA
 Joaquín Cárdenas, 2
 28820 Coslada (Madrid)
 Tel.: 916736112

N. Archivo:
 N. Historia:
 N. Proceso:
 Última baja:
 Apellido 1:
 Apellido 2:
 Nombre: Varón
 Sexo:
 C.C.C.:
 C.E.: C - CD Coslada

BALANCE ARTICULAR - COLUMNA VERTEBRAL

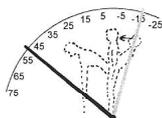
Médico Asignado:

DIAGNÓSTICOS:

Principal:

- 724.2 Lumbalgia (lumbago) (M)

Actuación: Informe Propuesta Clínico-Laboral
 Centro solicitante: ZC HOSPITAL COSLADA
 Servicio solicitante: Consultas Externas
 Solicitante:
 Fecha de realización: 02-09-2009 09:29



Flex.



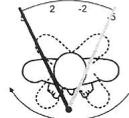
Ext.



Lat. Izq.



Lat. Dcha.



Rot. Izq.

Rot. Dcha.

Columna lumbar.

Flex.	Ext.
50	16

Lat. Izq.	Lat. Dcha.
20	17

Rot. Izq.	Rot. Dcha.
5	5

"Los valores límites reflejados en las gráficas son los comúnmente aceptados para el balance articular estándar"

Coslada, 2 de septiembre de 2.009

Nº Colegiado:

De conformidad con lo establecido en la LOPD, Asepeyo mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social nº 151, le informa que sus datos serán incorporados a diversos ficheros con la única finalidad de desarrollar las funciones propias como entidad colaboradora de la Seguridad Social. Los datos facilitados, únicamente podrán ser comunicados a terceras autorizadas, aquellos que colaboren directamente en el cumplimiento de la finalidad antes indicada o bien en los supuestos legalmente previstos. Puede ejercer sus derechos a través de la dirección asepeyo@asepeyo.es, contactando con nuestro servicio de atención al usuario (902 151 002), mediante escrito dirigido a ASEPEYO, c/ Vía Augusta nº 36, 08006 - Barcelona y/o personándose en uno de nuestros centros asistenciales.

ANEXO VI



ASEPEYO
HOSPITAL ASEPEYO COSLADA
Joaquín Cárdenas, 2
28820 Coslada (Madrid)
Tel.: 916736112

Informe Médico

N. Archivo:
N. Historia:
N. Proceso:
Última baja:
Apellido 1:
Apellido 2:
Nombre:
Sexo: Varón
C.C.C.:
C.E.: C - CD Coslada

Médico Asignado:

DIAGNÓSTICOS:

Principal:

- 724.2 Lumbalgia (lumbago) (M)

Actuación: Prueba Funcional
Centro solicitante: ZC HOSPITAL COSLADA
Servicio solicitante: Consultas Externas
Solicitante:
Fecha de realización: 24-07-2009 09:15

INFORME DE

MOTIVO PRINCIPAL DE LA SOLICITUD DE LA VALORACIÓN.

Se solicita estudio funcional del raquis lumbar en un paciente de 43 años de edad, diestro.
Actividad laboral: Cerrajero.
Diagnóstico: Discopatía degenerativa L4-L5 y L5-S1. En L4-L5 fragmento discal extruido.
Tratamiento: Conservador. Actualmente en rehabilitación.

VALORACIÓN AMPLITUD DE MOVIMIENTO POR INCLINOMETRIA.

En la valoración de la amplitud de movimiento activo del raquis se obtienen los resultados que se reflejan a continuación.

REGIÓN LUMBOSACRA

FLEXIÓN MÁXIMA 50°
EXTENSIÓN MÁXIMA 16°
FLEX. LAT. DX. MÁX. 17°
FLEX. LAT. IZ. MÁX. 27°

VALORACIÓN FUNCIONAL DEL RAQUIS LUMBAR

Resultados

Análisis funcional "Levantarse silla"

Lo que tarda en realizar el gesto completo de levantarse de la silla es un 76% de normalidad. De ese tiempo corresponde a la fase de descarga un 100% de normalidad, estando la fase de inclinación en un 80% y la de levantamiento con un 91% de normalidad. Esto se traduce en unos resultados normalizados por el peso disminuidos para el parametro tiempo total con respecto a la normalidad.

La velocidad y la aceleración angular máxima del tronco se encuentran disminuidas con respecto a la normalidad, siendo respectivamente del 80% y 73% de la normalidad.

La fuerza vertical máxima global es del 93% de normalidad.

ANEXO VII



ASEPEYO
HOSPITAL ASEPEYO COSLADA
Joaquín Cárdenas,2
28920 Coslada (Madrid)
Tel.: 916736112

Informe Médico

N. Archivo:
N. Historia:
N. Proceso:
Última baja:
Apellido 1:
Apellido 2:
Nombre:
Sexo: Varón
C.C.C.:
C.E.:

Médico Asignado:

No existe asimetría de fuerzas, 100% de normalidad, entre ambas extremidades.

La movilidad de la zona lumbar ha sido para este gesto de 32.5°, que se correlaciona con un porcentaje de normalidad del 100%.

Repetibilidad del gesto ha sido de 70%.

Análisis funcional "Levantar peso"

Los resultados del análisis de este gesto muestran movimientos realizados en un tiempo normal para el peso de 0 kg, 5 kg. y 10 kg (100%,100% y 100 % de normalidad).

La fuerza vertical máxima es normal para los pesos de 0 kg, 5 kg y 10 kg siendo respectivamente del 100%, 94%, 97% de normalidad.

La movilidad lumbar es normal, 95%, para el peso de 0 kg y disminuye para el peso de 5 kg al 87% y para el de 10 kg al 84% de normalidad.

La inclinación torácica se encuentra dentro de la normalidad para todos los pesos: 100%, 100% y 100% de normalidad.

La velocidad máxima del tronco se encuentra dentro de la normalidad, 97%, para el peso de 5 kg y disminuida con respecto a la normalidad para los pesos de 0 kg y 10 kg obteniéndose unos resultados respectivamente de 81% y 78% de normalidad.

La aceleración máxima del tronco se encuentra disminuida para los pesos de 0 kg, 5 kg y 10 kg obteniéndose como resultados 67%, 82%, 60% de normalidad.

La repetibilidad del gesto ha ascendido para los pesos de 0 kg, 5kg y 10 kg respectivamente al 34%, 100% y 59% de normalidad.

Valoración

En el movimiento de levantarse de la silla el Índice de Normalidad para esta prueba se corresponde con un valor del 77% de normalidad (Normal>=90%).

En el movimiento de levantar peso el Índice de Normalidad es del 84% de normalidad (Normal>=90%).

Como valoración final, teniendo en cuenta ambos movimientos, el índice de normalidad es del 80% de la normalidad (Normal>=90%).

El índice de colaboración dado por el sistema ha sido del 94% (normal por encima de 50%).

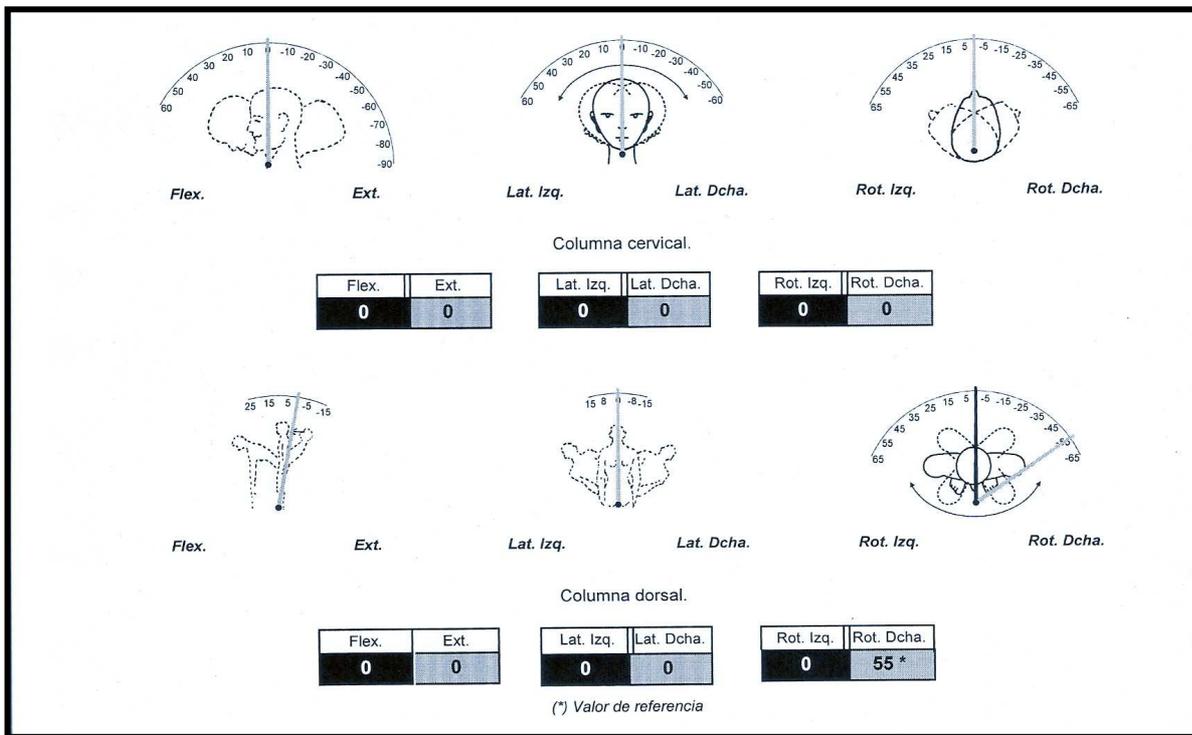
VALORACIÓN FUNCIONAL DE LA MARCHA

Resultados

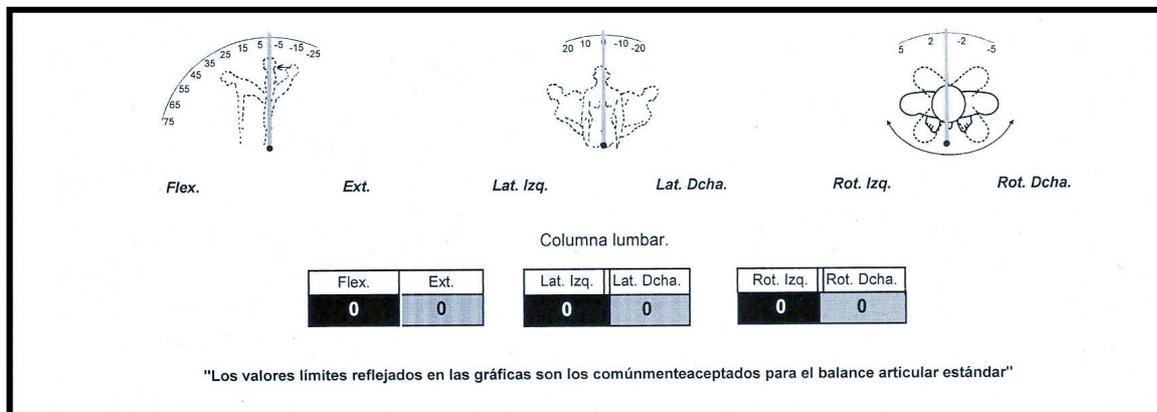
ANEXO VIII

 <p>ASEPEYO HOSPITAL ASEPEYO COSLADA Joaquín Cárdenas, 2 28820 Coslada (Madrid) Tel.: 916736112</p>	<p>N. Archivo: <input type="text"/> N.Historia: <input type="text"/> N.Proceso: <input type="text"/> Última baja: <input type="text"/> Apellido 1: <input type="text"/> Apellido 2: <input type="text"/> Nombre: <input type="text"/> Sexo: <input type="text"/> Varón C.C.C.: <input type="text"/> C.E.: <input type="text"/> C - CD Coslada</p>	
Informe Médico		
Médico Asignado:		
<u>Marcha en situación basal</u> Realizado calzado y por terreno llano.		
La velocidad de paso de referencia ha sido considerada como normal, 1.22 m/s, con una variación máxima entre repeticiones del 5.4%.		
El resultado normalizado por el peso para el parametro tiempo de apoyo es similar para ambas extremidades presentando una valoración global en este parametro del 100% de normalidad.		
No presenta asimetría de fuerzas entre ambos miembros inferiores para la fuerza de frenado AP, fuerza de propulsión AP, fuerza de despegue vertical y fuerza de oscilación. Presenta una valoración de todos estos parametros dentro de la normalidad.		
No hay alteraciones con respecto a la valoración global de la morfología de las fuerzas.		
Puntuación final de la extremidad I ha sido 99%. Puntuación final de la extremidad D ha sido 100% Puntuación global de la marcha del 100% (Normal >= 90%) La regularidad de las medidas ha sido 100%.		
<u>Conclusión</u>		
El análisis funcional del raquis lumbar del paciente indica que utiliza una estrategia de movimiento que presenta una valoración final con un Índice de Normalidad del 80% de normalidad. (Normal >= 90%) con respecto a la base de datos de normalidad del IBV.		
El estudio funcional de la marcha ha puesto de manifiesto, en las condiciones realizadas, un patrón funcional cuya valoración global final es del 100% (Normal >=90%) con respecto a la base de datos de normalidad del IBV.		
Coslada, 24 de julio de 2.009		
Nº Colegiado:		
<small>De conformidad con lo establecido en la LOPD, Asepoyo mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social nº 151, le informa que sus datos serán incorporados a diversos ficheros con la única finalidad de desarrollar las funciones propias como entidad colaboradora de la Seguridad Social. Los datos facilitados, únicamente podrán ser comunicados a terceros autorizados, aquellos que colaboren directamente en el cumplimiento de la finalidad antes indicada o bien en los supuestos legalmente previstos. Puede ejercer sus derechos a través de la dirección asepeyo@asepeyo.es, contactando con nuestro servicio de atención al usuario (902 151 002), mediante escrito dirigido a ASEPEYO, c/ Via Augusta nº 36, 08006 - Barcelona y/o personándose en uno de nuestros centros asistenciales.</small>		
<small>FE110101-11</small>	<small>Informe Médico</small>	<small>Fecha: Coslada, 24 de Julio de 2009 Pág. 3 / 3</small>

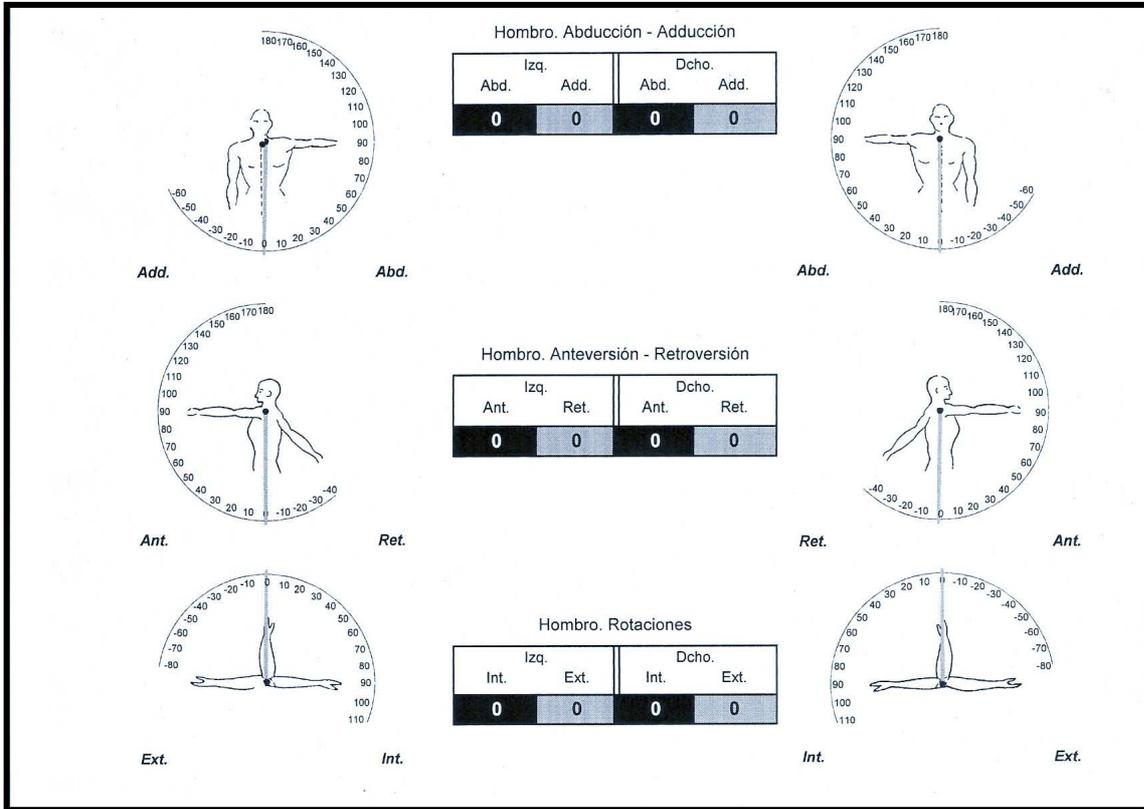
ANEXO IX



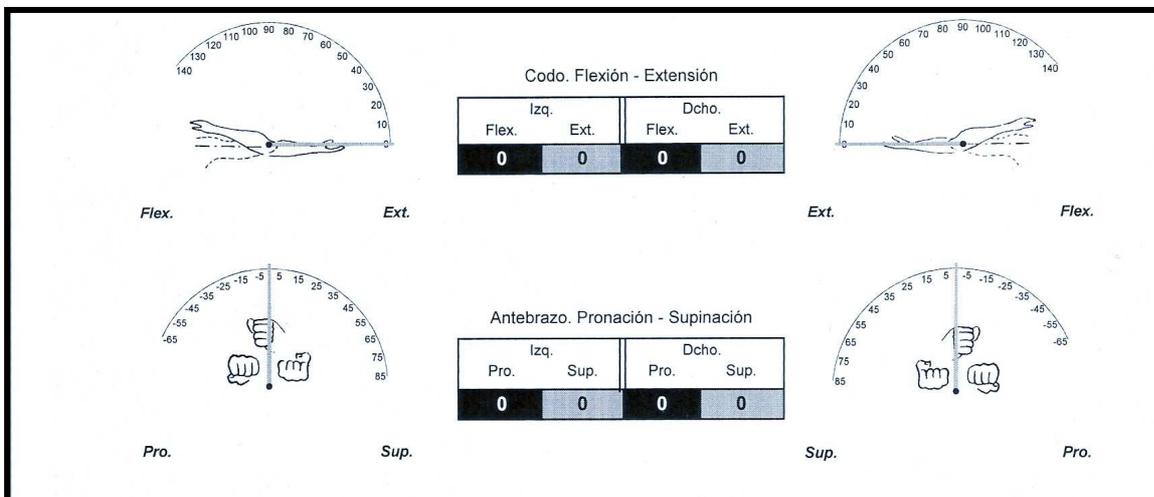
ANEXO X



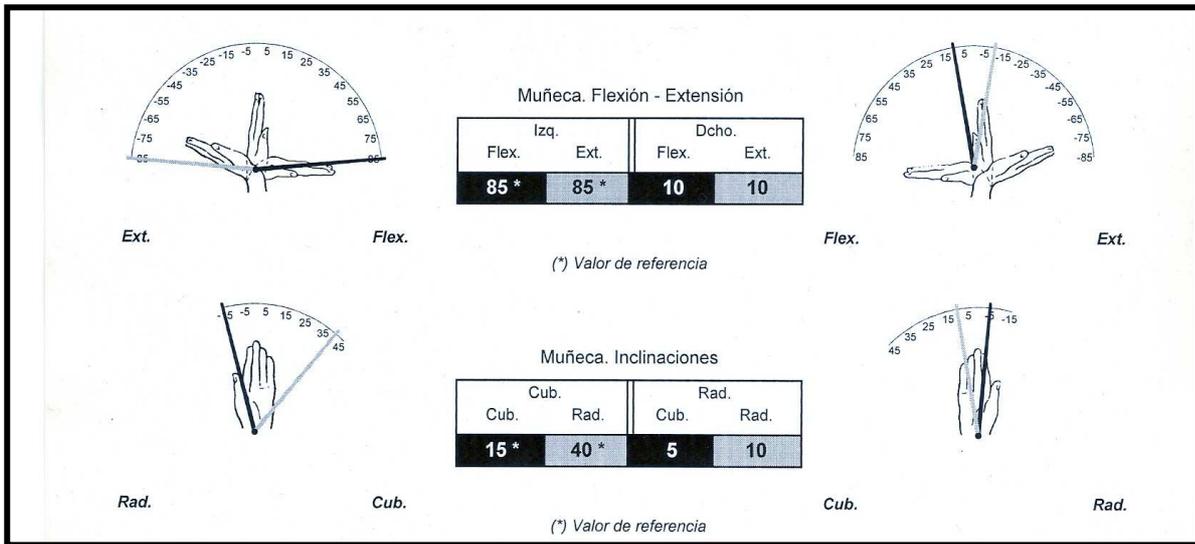
ANEXO XI



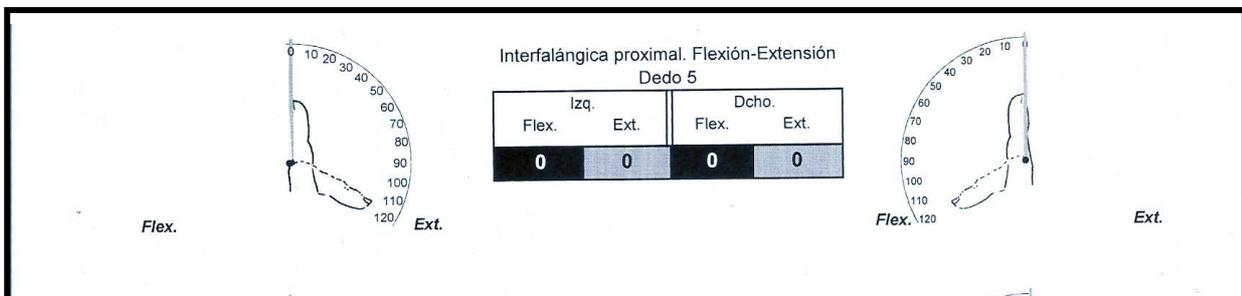
ANEXO XII



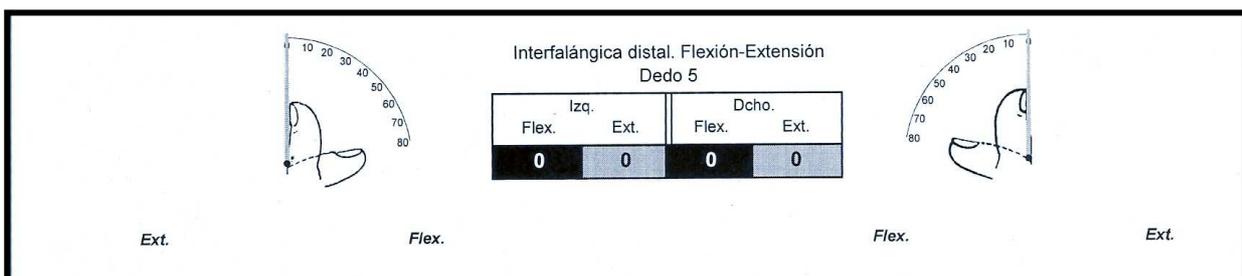
ANEXO XIII



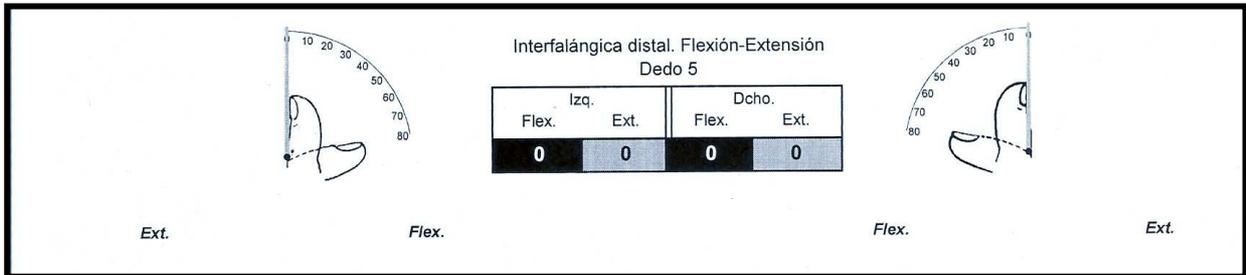
ANEXO XIV



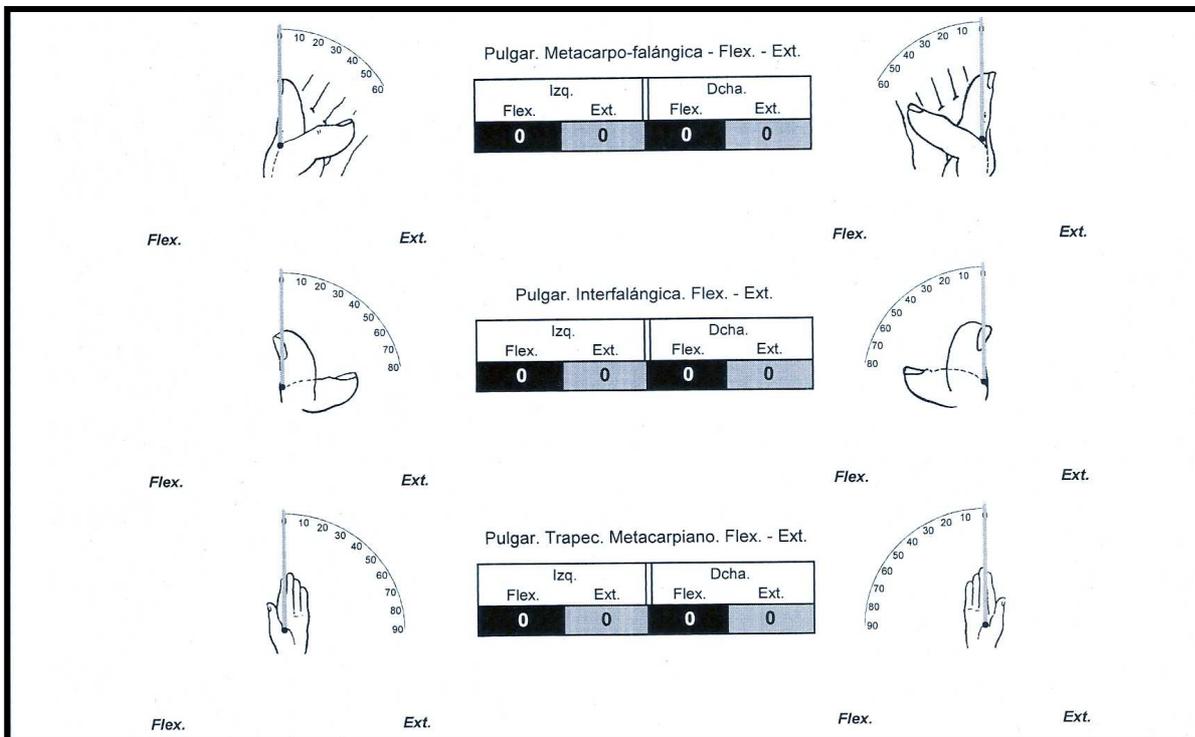
ANEXO XV



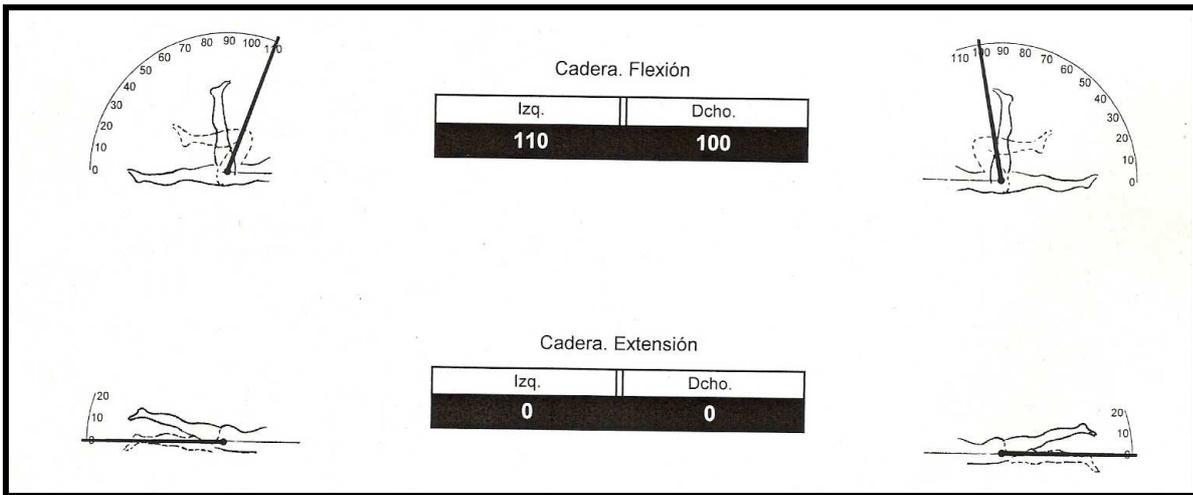
ANEXO XV



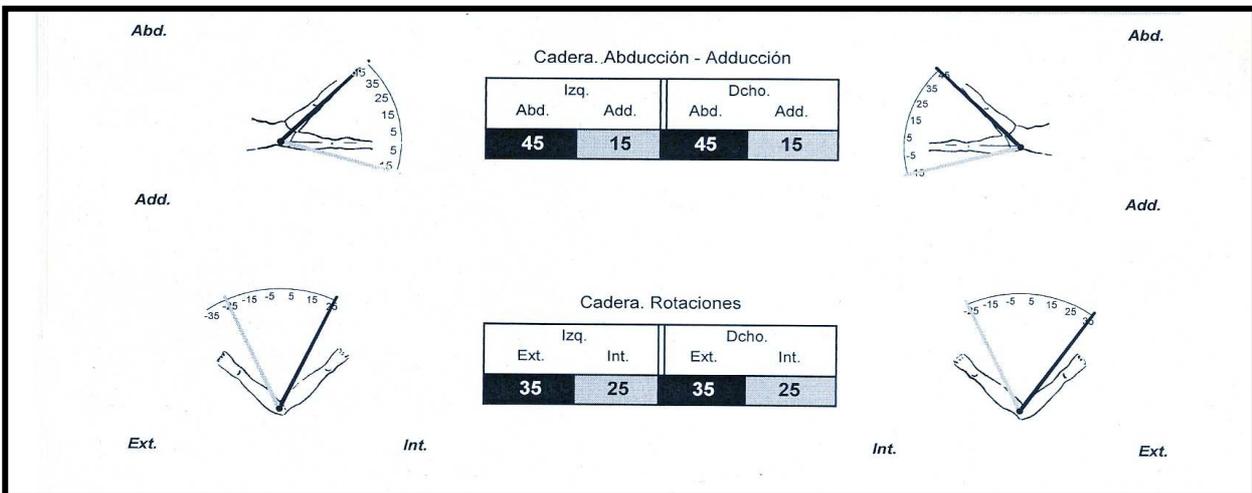
ANEXO XVI



ANEXO XVII



ANEXO XVIII



ANEXO XIX

