



NACIONAL



DISPOSICION 2738/2008
SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACION (SNR)

Apruébase la normativa para Certificación de Discapacidad en Pacientes con Trastornos de las Funciones Mentales Superiores.
Del 22/12/2008; Boletín Oficial 04/06/2009.

VISTO

Que el SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACION resulta la autoridad de la aplicación de la [Ley N° 22.431](#), y

CONSIDERANDO

Que en virtud de la competencia asignada a este organismo en relación a la Certificación de la Discapacidad, se hace necesario determinar en qué casos corresponde extender el mismo a los pacientes con Trastornos de las funciones Mentales Superiores.

Que a tal fin, se aprueba por la presente, la plana anexa que determina los criterios para extender dicho certificado.

Que el Departamento de Asuntos Jurídicos ha tomado la intervención de su competencia.

Que la presente se dicta en virtud de las facultades previstas en la [Ley N° 22.431](#), sus modificatorias y Decretos Reglamentarios y los Decretos N° 703/95 y 106/05.

Por ello,

La Señora Directora del Servicio Nacional de Rehabilitación dispone:

Artículo 1°.- Apruébase la Normativa para la Certificación de Discapacidad en Pacientes con Trastornos de las Funciones Mentales Superiores que como anexo I pasa a formar parte integrante de la presente.

Art. 2°.- Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

p/a Carmelo J. Patané.

**NORMATIVA PARA LA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD EN PACIENTES
CON TRASTORNOS DE LAS FUNCIONES MENTALES SUPERIORES SERVICIO
NACIONAL DE REHABILITACION**

DRA. GRISEL OLIVERA ROULET

AÑO 2008

Normativa para certificación de discapacidad en pacientes con trastornos de las funciones mentales superiores.

En la actualidad se reconocen tres estadios en lo que respecta a las funciones cognitivas:

1 -La normalidad.

2 - El deterioro cognitivo leve.

3 - Las Demencias (abarcando lo antiguamente conocido como deterioro cognitivo moderado y severo).

1- La normalidad es la ausencia de declinación cognitiva.

2- El “deterioro cognitivo leve” se refiere a un deterioro en las funciones mentales superiores, que no es suficiente para rotular el diagnóstico de síndrome demencial. Los criterios para su diagnóstico son:

A- Queja de pérdida de memoria corroborada por un informante.

B- Deterioro de la memoria en relación con los sujetos de la misma edad y el nivel educacional del paciente.

C- Función cognitiva global normal.

D- Normalidad en las actividades de la vida diaria.

E- Ausencia de demencia.

3- Las demencias son enfermedades en las que se deterioran la memoria y otras capacidades intelectuales con respecto al estado mental previo de una persona.

El diagnóstico de demencia debe reunir criterios para poder establecerse. Los más utilizados son los de la cuarta edición del manual diagnóstico y estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV)

Criterios de demencia de DSM-IV

A1: Deterioro de la memoria a corto y largo plazo.

A2: Al menos una de las siguientes alteraciones cognitivas:

- Afasia, con alteraciones del lenguaje como comprender, denominar.
- Apraxia, con deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras pese a que la función motora en sí misma esté conservada.
- Agnosia, con fallos en el reconocimiento o la identificación de objetos pese a que la función sensorial está intacta.
- Trastornos de la función ejecutiva, con fallos en la planificación, abstracción, organización.

B- Los trastornos A1 y A2 deben tener una intensidad suficiente como para causar un deterioro significativo de la actividad social u ocupacional y deben representar una declinación del nivel previo de funcionamiento.

C.- Los hallazgos enunciados no deben aparecer con exclusividad durante el curso de un estado confusional agudo.

Según su origen a las demencias se las puede clasificar en:

1- Degenerativas: Las más frecuentes son la enfermedad de Alzheimer. Demencia por cuerpos de Lewy, Demencia frontotemporal, Parálisis Supranuclear progresiva (PSP), asociadas a enfermedades extrapiramidales (Parkinson, Huntington, etc.).

2 - Metabólicas y nutricionales: Asociadas a hipo o hipertiroidismo, a hipo o hiperparatiroidismo, la secundaria a insuficiencia hepática o a insuficiencia renal, la enfermedad de Wilson, y las carenciales por déficit de vitamina B12, de ácido fólico y de vitamina B1 (algunas de estas demencias son potencialmente tratables).

3- Vasculares: Asociada a infarto o infartos cerebrales múltiples.

4- De origen infeccioso: Son las relacionadas con el Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida (SIDA), la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, la sífilis del sistema nervioso central, la enfermedad de Lyme, la enfermedad de Whipple y la encefalitis por Herpes virus.

5- De origen Tóxico: Las más frecuentes son las causadas por el alcohol, algunos metales pesados o drogas de abuso.

6- De origen neoplásico: Las demencias secundarias a tumores cerebrales primarios o metastásicos, la encefalitis límbica y la meningitis carcinomatosa.

7- Otras: Se destacan la demencia postraumática, el hematoma subdural crónico y la hidrocefalia normotensiva.

Según sus características clínicas las demencias pueden ser clasificadas:

1- Demencias Corticales:

- Enfermedad de Alzheimer
- Demencia frontotemporal

2-Demencias Subcorticales

- Síndromes Parkinsonianos (Enfermedad de Parkinson, Enfermedad de Huntington, PSP, Enfermedad de Wilson)
- Hidrocefalia
- Esclerosis múltiple
- Encefalopatía por HIV
- Demencia Vascular (Estado lacunar, Enfermedad de Winswanger)

3- Demencias combinadas: corticales y subcorticales

- Demencia vascular multinfarto
- Demencias infecciosas (Priones, Sífilis)
- Demencias tóxicas metabólicas
- Otras: Postraumáticas, Postanóxicas o neoplásica.

Habitualmente en un paciente en el que se detecta un compromiso de las funciones mentales superiores se realizan algunas de las siguientes evaluaciones que aumentarán en complejidad y especificidad según la presunción etiológica:

A) Recoger los datos habituales de cualquier historia clínica, como edad, sexo, antecedentes generales personales y familiares, etc. Aquí cobran importancia también la presencia de factores de riesgo vascular como diabetes, hipertensión y trastornos del colesterol, los antecedentes familiares de demencia, de síndrome de Down, de traumatismo craneoencefálico y el nivel educativo del paciente. Se indagará además sobre la presencia o no de afasia, apraxia, agnosia, trastornos de la función ejecutiva, fobias, compulsiones, obsesiones, delirios o ideas delirantes, alteraciones de la percepción, alteraciones del estado de ánimo y alteraciones de la conducta.

B) Realizar una evaluación física completa.

C) Solicitar estudios complementarios de rutina para arribar a su diagnóstico.

1- Laboratorio completo: que incluya glucosa, función renal y hepática, función tiroidea, vitamina B12, Acido Fólico, hemograma completo, serología de lúes si el paciente tiene factores de riesgo específicos (la Sociedad Española de Neurología recomienda su realización rutinaria) y un análisis elemental de orina.

2- Punción lumbar: sólo debe hacerse en caso de sospecha de infección del Sistema Nervioso Central (SNC), serología de lúes positiva, hidrocefalia, edad inferior a 55 años, demencia inusual o rápidamente progresiva, inmunosupresión, sospecha de vasculitis del SNC o presencia de enfermedad metastásica.

3- Neuroimágenes: Debe hacerse una Tomografía Axial Computarizada (TAC) o una Resonancia Nuclear Magnética (RNM) de cerebro.

4- Evaluación neuropsicológica: está constituida por el conjunto de métodos y técnicas que permiten definir en forma clínica el estado de las capacidades mentales superiores.

Las capacidades mentales superiores se subdividen en tres grandes dominios:

1-Funciones intelectivas o de procesado de la información

2-Funciones emocionales

3-Funciones ejecutivas

El objetivo de los test aplicados en las evaluaciones neurocognitivas es el estudio de los tres dominios previamente mencionados, que permitirán junto a los demás estudios complementarios y fundamentalmente a la evaluación clínica del paciente determinar el diagnóstico de demencia.

Se requiere de una batería de test y escalas para examinar el estado mental en las demencias, siendo los de mayor utilidad los que se describen a continuación:

- Barthel: Índice de Barthel de actividades básicas de la vida diaria.
- Blessed: Escala de demencia de Blessed.
- Caídas múltiples: Escala de riesgo de caídas múltiples de A.M. Tromp.
- Carnero Pardo: Test de las Fotos.
- Cruz Roja: Escala de incapacidad de la Cruz Roja (escalas física y mental).
- Eurotest: Actualización del test del Dinero, de C. Carnero y M.T. Montoro.
- Folstein: Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein.
- Hachinski: Escala de isquemia de Hachinski.
- Hamilton: Escala de depresión de Hamilton.
- Hughes: Clinical Dementia Rating (CDR) de Hughes.
- HUI-3 (o HUI3): Health Utilities Index Mark 3.
- Índice de estrés del cuidador (CSI): Caregiver Strain Index.
- Isaacs: Set - Test de Issacs.
- Inventario neuropsiquiátrico (Neuropsychiatric Inventory, NPI).
- Katz: Índice de Katz de independencia en las actividades de la vida diaria.

- Lawton y Brody: Escala de Lawton y Brody de independencia en las actividades instrumentales de la vida diaria.
- Lobo: Miniexamen Cognoscitivo (MEC) de Lobo.
- Mitchell, Susan L. et al: Escala de supervivencia en pacientes con demencia avanzada.
- Pfeiffer: Short Portable Mental State Questionnaire (SPMSQ).
- Rabins: Criterios de Pseudodemencia.
- Reisberg: Global Deterioration Scale (GDS) de Reisberg.
- SIS-16 (Stroke Impact Scale - 16, escala de impacto del ictus de 16 ítems).
- Test de dibujo del reloj
- Test del informador (Informant Interview, de Jorm y Korten).
- Yesavage: Escala de depresión geriátrica de Yesavage.
- Yesavage abreviada: Escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage (versión reducida de 15 ítems).
- Zarit: Escala de sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit.

Las escalas o test elegidos en una evaluación quedan a juicio del evaluador

5- Otros: Deben hacerse también un electrocardiograma y una radiografía simple de tórax. El electroencefalograma se hará si existe historia de convulsiones, de pérdida de conciencia, episodios de confusión o deterioro clínico rápido.

No están indicadas como rutina las determinaciones del genotipo de la apolipoproteína E (APOE) ni de otros estudios genéticos.

Epidemiología de las demencias:

El rasgo más consistente en la epidemiología de las demencias es el aumento exponencial en la prevalencia en relación con la edad entre los 65 y 85 años.

En los países occidentales alrededor del 59% de las demencias corresponden a la Enfermedad de Alzheimer, el 17% a las demencias vasculares, el 14% a las demencias mixtas y el 10% restante se reparte en partes iguales entre las demencias asociadas al Parkinson, la alcohólica y otras causas.

En América latina los estudios de prevalencia e incidencia de demencias son muy escasos, pero se sabe que al igual que en occidente la prevalencia de las demencias ha aumentado dramáticamente.

El nivel de educación juega un papel protector fundamental en las demencias. Teniendo en cuenta dicho parámetro se observa que la situación en América latina estaría más complicada que en los países desarrollados, dado el porcentaje elevado de iletrados funcionales (con menos de 4 años de escolaridad).

REQUISITOS PARA ACREDITAR LA DISCAPACIDAD EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LAS FUNCIONES MENTALES SUPERIORES

1- Certificado de médico especialista donde consten: los antecedentes del paciente y el diagnóstico de la enfermedad actual según CIE 10.

2- Exámenes complementarios realizados para arribar al diagnóstico con los informes respectivos:

Por lo menos neuroimágenes y/o evaluación neurocognitiva (3 de los Tests de uso más corrientes).

3- Informar los tratamientos realizados y la evolución de la enfermedad.

4- Presencia del paciente el día de la junta médica.

5- Concurrencia con el Documento Nacional Identidad.

CRITERIOS PARA ACREDITAR LA DISCAPACIDAD EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LAS FUNCIONES MENTALES SUPERIORES

Se extenderá el Certificado de discapacidad a todos aquellos pacientes quienes:

1-Tengan diagnóstico de demencia según CIE 10 demostrado por estudios complementarios.

2- Tengan diagnóstico de Deterioro Cognitivo Severo y acrediten dependencia de terceros para realizar las actividades de la vida diaria.

Quedan excluidos aquellos paciente cuyo diagnóstico sea “deterioro cognitivo leve”.

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE

Es importante cumplir con todos los requisitos abajo enumerados a fines de evitar demoras e impugnaciones

REQUISITOS PARA LA EVALUACION DE LA DISCAPACIDAD MENTAL.

Este Certificado deberá ser completado por especialista con letra clara y en forma completa.

El mismo tiene carácter de declaración jurada.

La Junta Médica Evaluadora del Servicio Nacional de Rehabilitación podrá pedir información ampliatoria al profesional que evaluó al paciente.

Apellido y Nombres	
DNI	

MENTAL

1 – DIAGNOSTICO CIE 10

DSM IV - EVALUACION MULTIAXIAL (DETALLAR LOS CINCO EJES)

Peligrosidad para sí o para terceros:

SI

NO

Es Golpeador:

SI

NO

3 - TRATAMIENTO QUE RECIBE:

PSICOFARMACOLOGICO	PSICOTERAPEUTICO	REHABILITATORIO

4 - SOCIAL

Comportamiento con sus pares	Bueno		Regular		Malo	
Comportamiento c/ las personas que lo asisten	Bueno		Regular		Malo	

5 - ESCOLARIDAD

Primaria		Secundaria		Otros Estudios		Escuela especial	
Lee y Escribe	Sí	No		Parcial			

6 - LABORAL

Talleres Protegidos		Trabajo Independiente		Trabajo Recreativo		Tareas Simples	
---------------------	--	-----------------------	--	--------------------	--	----------------	--

7 - ESTUDIOS MEDICOS Y PSICOLOGICOS NECESARIOS PARA ELABORAR EL DIAGNOSTICO. (Determinación, CI, Evaluación Neurocognitiva, neuro-imágenes, etc.)

.....

8 - RESUMEN DE HISTORIA CLINICA COMPLETA. (Antecedentes, tiempo de evolución, estado actual, tratamientos, pronóstico, etc.)

.....

...../...../.....

Fecha

.....

Firma y sello del Médico actuante

BIBLIOGRAFIA:

- 1- Katzman R. Views and reviews: education and the prevalence of dementia and Alzheimer's disease. Neurology 1993,43:13-20.
- 2- GEDEM: Grupo de Estudio sobre Demencia. Sociedad Neurológica Argentina. Estudio de prevalencia de declinación cognitiva en la Capital Federal y el área suburbana XXVIII Congreso Argentino de neurología. Mendoza. Argentina. 1998.
- 3- F. Micheli, M. Nogués, J. Asconapé, MM. Fernandez Pardal, J. Biller. Tratado de neurología clínica. Sección XV Demencias-Editorial Médica Panamericana 2002.
- 4- R. Alberca, S. Lopez-Pousa. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Editorial Médica Panamericana. Segunda Edición 2002-
- 5- J. L. Cummings. La neuropsiquiatría de la enfermedad de Alzheimer y demencias relacionadas. Edición Española 2004-2007.

