



**SUPERINTENDENCIA**  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP  
República del Perú

San Isidro, 14 JUN. 2013

OFICIO MÚLTIPLE N° 25519-2013-SBS

Señor Doctor  
**PRESIDENTE DE COMITÉ MÉDICO**  
Presente.-

Asunto : Protocolo de evaluación y calificación de Invalidez vinculado a la Enfermedad de Parkinson  
Desarrollo del Sistema Evaluador de Invalidez

Me dirijo a usted, con relación al asunto de la referencia.

Sobre el particular, en virtud de la revisión efectuada a las normas de evaluación y calificación de invalidez, esta Superintendencia ha determinado como medida necesaria la implementación del "Protocolo de evaluación y calificación de Invalidez vinculado a la Enfermedad de Parkinson", el mismo que fue desarrollado por la Comisión Técnica Médica, y que se adjunta al presente en calidad de anexo.

Finalmente, este Ente Supervisor requiere que lo establecido en el presente oficio sea implementado al día siguiente de su recepción.

Atentamente,

**MICHEL CANTA TERREROS**  
Superintendente Adjunto de Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones y Seguros



CC : AFP Integra  
AFP Horizonte  
Profuturo AFP  
Prima AFP  
AFP Hábitat

Adj.: Anexo con Protocolo de evaluación y calificación de Invalidez vinculado a la Enfermedad de Parkinson



ANEXO DE LA CARTA N° 004 -2013-CTM

**PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ VINCULADA A LA ENFERMEDAD DE PARKINSON**

1. Antecedentes y comentarios generales

La CTM ha realizado una revisión y actualización de conceptos sobre Enfermedad de Parkinson, Discapacidad e Invalidez, así como su aplicación en el contexto de evaluación de discapacidad e Invalidez en el SPP. Debe hacerse hincapié que esta revisión, en lo relativo a Discapacidad e Invalidez, descansa en la demostración objetiva, reproducible, confiable de las consecuencias de la enfermedad sobre el funcionamiento humano, entendido -para los fines de esta revisión- como discapacidad funcional. Para la evaluación de las consecuencias de la enfermedad es razonable y deseable establecer un límite temporal. Nuestro Manual vigente, carece de una definición general de tal límite. Para los fines de Enfermedad de Parkinson, se define este límite temporal en 12 meses, pues, en general, de acuerdo a lo descrito en la literatura médica sobre el tema, la enfermedad se instala gradualmente y dado que lo hace sobre una base mórbida discapacitante, lleva, a discapacidad mayor e invalidez. Mientras el MECGI vigente no sea reformulado, la determinación de los menoscabos porcentuales, resultado de la evaluación de la Enfermedad de Parkinson, deberá ceñirse a lo establecido en el presente protocolo, evitando, en la medida de lo posible, la asignación de menoscabos en base a impedimentos nominados.

2. Marco conceptual y relación con discapacidad e Invalidez

2.1 Enfermedad de Parkinson

La enfermedad de Parkinson es una enfermedad degenerativa del sistema nervioso central, de presentación generalmente esporádica, que afecta a las zonas del cerebro encargadas del control y coordinación del movimiento, tono muscular y de la postura. Puede iniciar entre los 40 y 70 años, hay una incidencia mundial de 2 por cada 1000 habitantes. La causa de la aparición de esta enfermedad es aún desconocida, y se supone que existe un origen multifactorial, estando implicado tanto factores genéticos como ambientales.

2.2 Evolución

La Enfermedad de Parkinson pasa por distintos estadios, se caracteriza por progresivo empeoramiento de la sintomatología en años.

2.3 Sintomatología

Las principales manifestaciones de la enfermedad se expresan en un control deficiente de los movimientos -hay temblor en reposo, lentitud en sus actividades diarias, rigidez muscular, alteraciones de la postura y de la marcha-.

2.4 Tratamiento

No existe aún un tratamiento curativo para esta enfermedad; sin embargo, existen protocolos de tratamiento que permiten reducir los efectos de la misma. El tratamiento puede incluir:

- a) Médico (medicamentos)
- b) Cirugía (cirugía de la lesión, Estimulación encefálica profunda, Injerto neuronal o trasplante de tejidos)



**ANEXO DE LA CARTA N° 007 -2013-CTM**

**2.5 Métodos auxiliares para el diagnóstico**

El diagnóstico de la enfermedad de Parkinson no siempre es sencillo. Sin embargo, puede realizarse a través de los siguientes tres (3) recursos:

- a) La sintomatología o cuadro clínico.
- b) La respuesta ante el tratamiento (Para algunos neurólogos, la respuesta ante el tratamiento médico (levodopa) es todavía más importante que la propia clínica).
- c) Pruebas complementarias (No hay un examen definitivo y confirmatorio de la enfermedad; los exámenes auxiliares para el diagnóstico diferencial incluyen Spect, EMG de superficie, Pruebas Neuropsicológicas y RMN).

Nota: No hay dosaje de medicación antiparkinsoniana en nuestro medio.

**2.6 Instrumentos de valoración de la enfermedad de Parkinson**

**2.6.1 Escalas de valoración de Incapacidad de Hoehn-Yahr**

La más conocida es la escala de Incapacidad de Hoehn-Yahr que diferencia 5 estadios que no necesariamente padecerán todos los pacientes. Debe señalarse que por convenir a los objetivos de esta revisión, se usan los parámetros originales de la escala que a continuación se presenta:

**Tabla N° 1**  
**ESCALA DE INCAPACIDAD DE HOEHN-YAHR**

<b>Estadio I</b>	Es el inicio de la enfermedad. Generalmente compromiso unilateral, con mínima sintomatología correspondiente a la tríada parkinsoniana (rigidez, temblor y bradicinesia), realiza sus actividades diarias y las actividades de autocuidado sin limitaciones. Algunos enfermos inician su sintomatología en ambos lados y por consiguiente no presentan esta fase. La duración media de esta fase es de tres años.
<b>Estadio II</b>	Compromiso bilateral y axial. Aparición de trastornos posturales, realiza sus actividades de la vida diaria con leves limitaciones pero independiente, las actividades del autocuidado las realizan sin dificultades.
<b>Estadio III</b>	Compromiso bilateral. Los trastornos posturales y del equilibrio se hacen más evidentes. Los pacientes en esta fase son aun independientes en las actividades de la vida diaria y del autocuidado pero con limitaciones.
<b>Estadio IV</b>	Compromiso bilateral con Inestabilidad postural importante. Empieza a experimentar los efectos secundarios de la medicación dopaminérgica; fenómeno ON-OFF (el paciente alterna fases de mejoría ON con fases en las que queda prácticamente Inmovilizado por completo OFF). Presenta incapacidad para realizar una marcha autónoma y se vuelve indispensable una ayuda exterior para los actos de la vida cotidiana, aun puede realizar sus actividades de autocuidado.
<b>Estadio V</b>	Totalmente dependiente de sus familiares o cuidadores, no puede realizar sus actividades de autocuidado.



**ANEXO DE LA CARTA N° 004 -2013-CTM**

**2.6.2 Escalas de Webster**

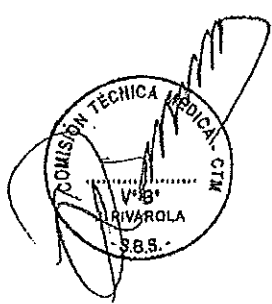
La Escala de Webster (no es la más usada a nivel mundial)

**Tabla N° 2**  
**ESCALA DE WEBSTER**

Bradiquiasia de la mano	
0	Sin síntoma
1	Ligera disminución de la velocidad de supinación-pronación, Ligera dificultad para emplear útiles de trabajo, abotonarse la ropa de trabajo y escribir.
2	Moderada disminución de los movimientos señalados. Gran dificultad para escribir, abotonarse la ropa. Notoria dificultad para manipular utensilios.
Rigidez	
0	Sin síntoma.
1	Ligera rigidez en cuello y hombros. Constante en uno o ambos brazos.
2	Moderada rigidez en cuello y hombros, constante con medicación.
3	Intensa en cuello y hombros, irreversible.
Postura	
0	Normal
1	Cabeza inclinada hasta 12.5 cm. Rigidez de columna.
2	Comienzo de la flexión de brazos pero permanecen por debajo de la cadera. Cabeza inclinada hasta 15 cm.
3	Postura simiesca. La cabeza se inclina más de 15cm. Los brazos se elevan por encima de la cadera. Comienza la flexión de las rodillas.
Miembros superiores	
1	Uno de los brazos muestra marcada reducción del balanceo.
2	Cesa el balanceo de un brazo.
3	Ambos brazos carecen de balanceo.
Marcha	
0	Pasos de 46 a 76 cm. Gira sin dificultad.
1	Pasos entre 30 y 46 cm. Se apoyan sonoramente los talones. El giro es lento y requiere varios pasos.
2	Pasos entre 15 y 30 cm.
3	Pasos menores de 7.5 cm Camina sobre la punta de los dedos del pie. La marcha es vacilante. El giro es muy lento
Expresión Facial	
0	Normal y animada: no hay fijeza en la mirada.
1	Ligera movilidad: La boca permanece cerrada. Primeros signos de angustia y depresión.
2	Moderada inmovilidad. La emoción se evidencia a un umbral elevado.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten initials]*

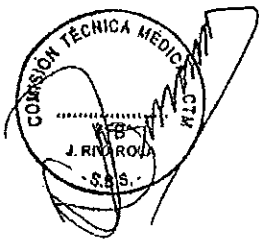




SUPERINTENDENCIA  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP  
República del Perú

ANEXO DE LA CARTA N° 007 -2013-CTM

3	Rostro "congelado". La boca está abierta 0,6 cm o más. Salivorea.
<b>Temblores</b>	
0	No detectable.
1	Temblores con oscilaciones menores de 2.5 cm. En extremidades, cabeza o manos al intentar tocar la nariz con un dedo.
2	Oscilaciones hasta 10 cm. Temblor intenso pero inconstante. Hay control sobre las manos.
3	Temblores mayor a 10 cm, constante e intenso. No puede escribir ni comer por sí mismo.
<b>Seborrea</b>	
0	No se observa.
1	Aumento de la transpiración pero la secreción es fluida.
2	Piel visiblemente aceitosa. Secreción espesa.
3	Seborrea evidente con secreción espesa en rostro y cabeza.
<b>Lenguaje</b>	
0	Claro y comprensible.
1	Afónico. Con disminución de la modulación y resonancia. Volumen de la voz disminuido. Se entiende con dificultad
2	Distalía y tartamudeo. Es difícil entender.
3	Afonía y disfonías marcadas. Gran dificultad para entender y escuchar.
<b>Autonomía para las A.V.D</b>	
0	Normal.
1	Cierta dificultad para vestirse.
2	Requiere ayuda para darse vuelta en la cama y levantarse de la silla. Realiza la mayoría de las actividades pero tomándose mucho tiempo.
3	Invalidez permanente. Incapacidad para vestirse, comer o caminar solo.





ANEXO DE LA CARTA N° 007 -2013-CTM

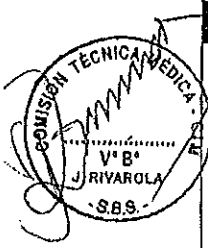
3. Parkinson y cuadro resumen con criterios generales

Tabla N° 3  
CRITERIOS GENERALES

N°	Tema	Detalle	Observaciones
<b>Datos referenciales</b>			
1	Parkinson porcentaje de población afectada	Esta enfermedad aparece entre los 40 y 70 años de edad y afecta alrededor de 20 por cada 100,000 habitantes por año.	Current Diagnosis and Treatment - Neurology (John C. M Brust 2008)
2	Riesgos que incrementan el Parkinson	a) Traumatismos encefalocraneanos b) Edad avanzada c) En el Parkinson juvenil (antes de los 50 años) hay factor genético. d) Tóxicos.	
3	Evolución	Lenta y progresiva	
4	Métodos de diagnóstico en la enfermedad de Parkinson	a) Evaluación Neurológica b) Respuesta al tratamiento c) Estudios electrodiagnósticos: EMG de superficie	
5	Exámenes Auxiliares	a) Temblor con una frecuencia de 4-6 Hz.	
<b>Principales criterios a considerar</b>			
1	Enfermedad de Parkinson	El diagnóstico se hará en base al cuadro clínico. El diagnóstico debe estar sustentado en la historia clínica del afiliado y, para los fines de calificación, debe ser definitivo y cierto.	Enfermedad degenerativa del SNC que afecta a las zonas del cerebro encargadas de control y la coordinación del movimiento, tono muscular y la postura
2	Menoscabo por enfermedad de Parkinson	Se determinará en virtud a la valoración de los síntomas de la enfermedad y, en función de la clasificación y herramientas adjuntas a presente protocolo.	
<b>Menoscabos y capacidad de trabajo</b>			
1	Compatibilidad entre el menoscabo y la capacidad de trabajo	El pronunciamiento de los comités, respecto a la compatibilidad existente entre el menoscabo de invalidez y la capacidad de trabajo es obligatoria. Para ello, los comités podrán solicitar documentos adicionales a los de tipo técnico-médico, como por ejemplo, el Certificado de trabajo emitido por el empleador que haga referencia a su desempeño. Sin embargo, y, en base a la evaluación de los Comités podrá basar su apreciación sobre menoscabo de invalidez y capacidad de trabajo en la determinación del grado de Limitación de Actividades de la Vida diaria (LAVD).	
2	Grados de discapacidad a evaluar	El grado de discapacidad será medido a través de la identificación de la sintomatología de la enfermedad de Parkinson y de su evaluación conjunta con la escala de calificación adjunta al presente protocolo.	
<b>Asignación de porcentaje de menoscabo</b>			
1	Menoscabos de invalidez y asignación de porcentaje de menoscabo	Dado que la Enfermedad de Parkinson está referida a una dolencia de evolución lenta y, habitualmente progresiva, las secuelas de la misma deberán ser sujetas de asignación de porcentaje de menoscabo por los Comités médicos, una vez que hayan transcurrido 12 meses de declarado el diagnóstico de enfermedad, salvo disposición excepcional.	

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*





ANEXO DE LA CARTA N° 007 -2013-CTM

4. Parkinson y clases para efectuar la asignación de menoscabo

Clase	Porcentaje	Descripción
		Tiene diagnóstico cierto de Enfermedad de Parkinson y, Minima sintomatología, generalmente compromiso unilateral, le permite realizar sus actividades de la vida diaria sin limitaciones e independiente. En general, corresponden al Estadio I de la escala de Hoehn - Yahr. y, Los hallazgos del examen físico y neurológico son menores. y, Puede o no recibir tratamiento.
I	1 - 14%	
		Tiene Diagnóstico cierto de Enfermedad de Parkinson y, Síntomas bilaterales, empieza a aparecer leves trastornos posturales, puede realizar sus actividades diarias con leves limitaciones. En general, corresponden al Estadio 2 de la escala de Hoehn - Yahr. y, Los hallazgos del examen físico y neurológico son moderados. y, Precisa tratamiento continuado. La terapia es bien llevada.
II	15 - 29%	
		Tiene diagnóstico cierto de enfermedad de Parkinson y, Compromiso bilateral, aparición de trastornos del equilibrio y la marcha, hay temblor en reposo, y rigidez en grado leve a moderado, compromiso de reflejos posturales, aun son independientes para realizar sus actividades de la vida diaria. En general, corresponden al Estadio 3 de la escala de Hoehn Yahr. y, Los hallazgos del examen físico y neurológico son importantes y, Precisa tratamiento continuado. La terapia es bien llevada.
III	30 - 49%	
		Tiene diagnóstico cierto de Enfermedad de Parkinson y, Afectación bilateral, inestabilidad postural importante, aparición del fenómeno on-off en relación a tratamiento con L-Dopa (alterna fases de mejoría "ON" con fases en que queda inmóvilizado por completo "OFF"), incapacidad para realizar marcha autónoma, necesita ayuda para las actividades de la vida diaria. En general, corresponden al Estadio 4 de la escala de Hoehn - Yahr. y, La exploración neurológica demuestra anomalías severas. y, Precisa tratamiento continuo. La terapia es bien llevada.
IV	50 - 66%	
		Tiene diagnóstico cierto de Enfermedad de Parkinson. y, Dependiente de otras personas para sus actividades de la vida diaria, llega a estar postrado sin actividad alguna. En general, corresponden al Estadio 5 de la escala de Hoehn - Yahr. y, El examen neurológico demuestra anomalías mayores y, Precisa tratamiento continuo. La terapia es bien llevada.
V	67% a más	

COMISION TÉCNICA MEDICA - CTM  
RIVAROLA  
S.B.S.



ANEXO DE LA CARTA N° 007-2013-CTM

5. Otros criterios a tener en cuenta

Dentro de la documentación exigible, deberá acreditarse la compatibilidad entre el menoscabo para la capacidad del trabajo y la actividad laboral del afiliado. Adicionalmente, los Comités Médicos podrán realizar investigaciones paralelas sobre dicha compatibilidad, respecto a la cual, adicionalmente, deberán pronunciarse, obligatoriamente. En los casos en que dicha compatibilidad esté suficientemente sustentada en la Limitación de las Actividades de la Vida diaria, podrá aceptarse este criterio como único.

Los Comités Médicos deberán calificar, en la medida de lo posible, los grados de discapacidad, sin utilizar los llamados "Impedimentos nominados" (Parkinson: ejemplo en el capítulo del SNC del MECGI vigente). La calificación deberá sustentarse en la clasificación y herramienta(s) adjunta(s) al presente protocolo. Dado que la Enfermedad de Parkinson está referida a una dolencia de evolución lenta y, habitualmente progresiva, se recomienda que las secuelas de la misma deberán ser admitidas para evaluación por los Comités médicos, una vez que hayan transcurrido 12 meses de declarado el diagnóstico de enfermedad, salvo disposición excepcional.

6. Bibliografía

- a) Manual de discapacidad e Invalidez en el sistema privado de pensiones de España.
- b) Neurology in clinical practice (Bradley)
- c) Clinical Adult Neurology (Jody Corey) third edition.
- d) Clinical Neurology (Baker)
- e) [www.terceraedad.org/servi.com](http://www.terceraedad.org/servi.com)
- f) [www.redprotege.gov.cl](http://www.redprotege.gov.cl)
- g) [www.usuarios.disapel.es](http://www.usuarios.disapel.es)
- h) Current Diagnosis and Treatment - Neurology (John C. M Brust 2008)

