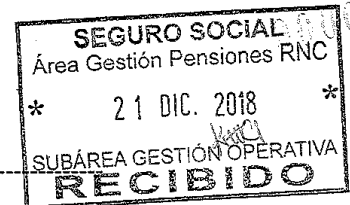




CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL  
Dirección de Calificación de la Invalidez  
Teléfono: 2283-0481 / Fax: 2283-0398



**PROTOCOLO DE REFERENCIA PARA LA EVALUACIÓN DE PARÁLISIS CEREBRAL PROFUNDA Y ENFERMEDADES EQUIPARABLES. LEY 8769.**

**Instrucciones generales:** El presente protocolo es requisito para el estudio de pensión por Parálisis Cerebral Profunda (PCP) y enfermedades equiparables en severidad ocurridas en la primera infancia, según lo establece la Ley 8769, reforma de la ley 7125, con la finalidad de que los solicitantes y sus familiares, en la medida de lo posible no tengan que trasladarse para la valoración respectiva. Para ese fin se requiere que el médico tratante consigne la información solicitada en estricto apego a la prueba documental que consta en el expediente clínico y al conocimiento del caso, para determinar la funcionalidad del solicitante y el grado de dependencia en AVD que tenga. La Institución podrá revisar en cualquier momento la veracidad de los datos indicados y la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez, es el órgano competente para emitir el criterio técnico médico definitivo de si cumple con los criterios de ser portador de PCP o enfermedad equiparable.

**1. Datos Personales:**

Nombre: Pablo Ysa Chacon Edad: 15a.  
Número de cédula: 118770706 Género: M Nacionalidad: COSTARRICENSE  
Lugar de residencia: SAN JOSE - TIRAS. Escolaridad: 9no año.  
Nombre del Acompañante: JOSE M. CHACON ALTOBANO Parentesco: MADRE.

**2) Enfermedad Principal y Complicaciones, por la que solicita la pensión por la ley 8769 (Parálisis Cerebral Profunda y otras equiparables en severidad):**

Mielomeningocele.  
Hidrocefalia derivada  
de la mielomeningocele.

**3) Fecha en que ocurrió el evento causal** Recién Nacido. 15/6/03

**4) Fecha en que se realizó el diagnóstico:** Recién Nacido. 15/6/03

**5) Resumen Clínico del Padecimiento:**

Malformación congénita por la que desde nacimiento presenta  
defecto en columna con espina bífida, asociando  
hidrocefalia. Operado recién nacido

**6) ¿Está en control con especialista? Si / No** Indolga / El. Espin. D. fida.

**7) Hospital o centro médico dónde lleva el control:**

**8) Fecha en que inició control en ese Centro Médico:** Recién nacido 15/6/03

**9) Tratamiento recibido:**

Médico Control mínimo cada año.

Quirúrgico Plastia mielomeningocele + DVP.

Rehabilitatorio Fisioterapia.

**10) ¿Ha requerido internamientos a causa de esta enfermedad / o por sus comorbilidades? Si / No**

Si su respuesta es SI, indique fecha y días de internamiento: 15-6-03



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL  
Dirección de Calificación de la Invalidez  
Teléfono: 2283-0481 / Fax: 2283-0398



11) Comorbilidades:

A- Deficiencia intelectual: Si ☒ No ☐  
B- Epilepsia: Si ☐ No ☒ Fecha de inicio \_\_\_\_\_  
Frecuencia y características de crisis \_\_\_\_\_  
Tratamiento utilizado \_\_\_\_\_

C- Epilepsia refractaria: Si ☐ No ☒ Manejo: Cirugía \_\_\_\_\_ Medicamentos no LOM \_\_\_\_\_

D- Trastorno Mental o del comportamiento: Si ☐ No ☒ Si marcó SI describa características: \_\_\_\_\_

Fecha del diagnóstico: \_\_\_\_\_ Tratamiento utilizado \_\_\_\_\_

E- Deficiencia auditiva: Si ☐ No ☒ Si su respuesta es SI, Indique tipo de sordera y severidad \_\_\_\_\_

Utiliza audífonos: Si ☐ No ☒ ¿Ha requerido cirugía?: Si ☐ No ☒

F- Deficiencia visual: Si ☐ No ☒ Si su respuesta es SI, describa la patología ocular: \_\_\_\_\_

Utiliza anteojos: Si ☐ No ☒ ¿Ha requerido cirugía?: Si ☐ No ☒

G- Trastornos del lenguaje: Si ☐ No ☒ Si su respuesta es SI; describa brevemente el trastorno y el tipo, indicar si ha requerido terapia del lenguaje y objetivo de la misma: \_\_\_\_\_

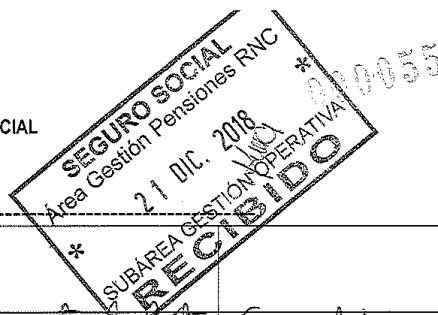
H- Otros trastornos asociados, marcar con x y describir la patología, indicando fecha de diagnóstico, tipo de patología, tratamientos que ha recibido, etc. Además adjuntar copias de los resultados de exámenes de laboratorio, radiografías, TAC u otros estudios pertinentes a cada caso:

Sistema corporal afectado	Marcar con X	Descripción de la patología	Resultados exámenes y/o estudios pertinentes
Musculo- esquelético	<input checked="" type="checkbox"/>	Leve + fuerza a nivel L5.	
Digestivo	<input checked="" type="checkbox"/>	Constipación de defecación normal.	

180



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL  
Dirección de Calificación de la Invalidez  
Teléfono: 2283-0481 / Fax: 2283-0398



Respiratorio	—		
Genitourinario	Vesiga neurogénica	No Control esfínter se cateteriza c/4h.	(un parálisis)
Desnutrición	—		
Otras	—		

12) Condición Actual Desarrollo Psicomotor: (Indicar Si o No a cada actividad y especificar cuando sea necesario)

Actividad	Si	No	Observaciones
Realiza giros	/		
Control de cabeza	/		
Control de tronco	/		
Se sienta sin apoyo	/		
Gatea	/		
Moviliza 4 extremidades	/		(indicar si hay paresia o plegia de alguna extremidad) debilidad distal L5.
Contractura articular		/	(Anotar articulaciones afectadas)
Logra bipedestación	/		
Camina sin ayuda	/		
Camina con ayuda	—		(Indicar tipo de ayuda)
Comunicación	/		(Frases completas, monosílabos, gestos o cualquier otra forma alternativa de comunicación)
Controla esfínteres		/	No controla un parálisis.
Come solo	/		(Indicar tipo de dieta)
Presencia de Ostomía		/	(Indicar localización)
Válvula de DVP	/		
Obedece instrucciones simples	/		
Asiste a la escuela	/		(Indicar tipo de enseñanza: especial o regular, si requiere o no adecuación mínima o significativa)



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL  
Dirección de Calificación de la Invalidez  
Teléfono: 2283-0481 / Fax: 2283-0398

000056

Lee	✓		
Escribe	✓		

13) Indicar la Clasificación según GMFCS - E & R © 2007 (Ver Anexo 1): I

14) Indicar Grado de espasticidad según la Escala de Ashworth Modificada (Ver Anexo 2) -

Observaciones: \_\_\_\_\_

15) Diagnóstico Principal y Secundarios en Orden de Importancia:

Miembro superior izquierdo -  
Atrofia espástica.

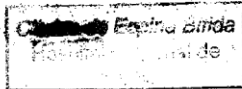
16) Nombre completo del médico tratante: ANA L TAMOROS

17) Especialidad: NEURÓLOGA Código: 3269

18) Firma: [Firma]

19) Nombre, firma y sello de la Dirección Médica: [Firma]

Ana Laura Jiménez Chaverri  
Céd. 3269



182

I- CONDICIONES FÍSICAS Y PSICOMOTORAS QUE PRESENTA

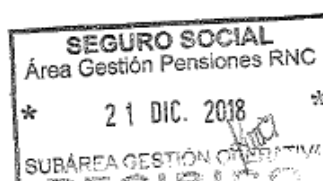
de Buses Casa #3.

1. Condición Actual de Salud: Buena ( ) Regula ☒ Mala ( )
2. Capacidad de Movilización: Camina ☒ Gatea ( ) Usa silla de Ruedas ( ) Encamado (a) ( )
3. Control muscular: cabeza ☒ Extremidades superiores ☒ Extremidades inferiores ☒
4. Capacidad para el desempeño de las actividades de la vida diaria: ninguna ( ) Parcial ☒ Total ( )
5. Capacidad de socialización: ninguna ( ) Parcial ( ) Total ☒
6. Trastornos de conducta: Si ( ) No ☒

Tabla # 2.1  
Escala de Ashworth Modificada

Grado	Tipo de Espasticidad
0	No aumento del tono.
1	Ligero aumento de la respuesta del músculo al movimiento (flexión o extensión) visible con la palpación o relajación, o sólo mínima resistencia al final del arco del movimiento
1+	Ligero aumento de la respuesta del músculo al movimiento en flexión o extensión seguido de una mínima resistencia en todo el resto del arco de recorrido ( menos de la mitad)
2	Notable incremento en la resistencia del músculo durante la mayor parte del arco del movimiento articular, pero la articulación se mueve fácilmente
3	Marcado incremento en la resistencia del músculo; el movimiento pasivo es difícil
4	Las partes afectadas están rígidas en flexión o extensión cuando se mueven pasivamente

Fuente: Adoptado y modificado de la Tabla #1 de Gómez – Soriano J, et al: Valoración y cuantificación de la espasticidad: Revisión de los métodos clínicos, biomecánicos y neurofisiológicos. Revista de Neurología 2012; 55 (4): 217-226



100

**NOMBRE: PABLO ESTEBAN YEE CHACON**

**Evaluación del Nivel Funcional:** Usuario de 16 años, ingresa caminando, con lenguaje excelente, calza zapatos corrientes, es independiente en AVD, se transfiere sin asistencia de la silla a la camilla, con marcha funcional, usa pañales permanentemente, por ratos no los usa en casa, PA: 100/60, FC: 78/min, P: 51.1, T: 1.64, cicatriz qca d MMC sana, no úlceras por presión. FM: 5/5 en MsSs, MID: 4-/5, MII: 4+/5, cicatrices qcas de dorsos de pie sanas, pies cavos, limitada la dorsiflex, no limitación para movilidad de caderas, rodillas refiere hipoestesia e ambos pies, no menciona zonas de anestesia, no hay úlceras por presión.

Tiene controles médicos en Derma (dermatitis en pene), Psicología (crisis de adolescencia y valoración d adecuación curricular), Uro (vejiga neurogénica), Ortop (pies cavos).

**Descripción Física:**

**Deambula**

Sí (x) No (x) marcha funcional

**Usa ortesis**

Sí ( ) No (x) si usa ortesis indicar el tipo:

**Necesita silla de ruedas para deambular de forma imprescindible**

Sí ( ) No (x)

**Amerita terapia física**

Sí ( ) No (x)

**Requiere la supervisión de un adulto para las Actividades de la Vida Diaria**

Sí ( ) No (x) va solo al colegio caminando,

**Nivel urinario:**

**Vejiga neurogénica:** Sí (x) No ( )

**Documentada (Urodinamia)** Sí (x) No ( ) Desconocido ( )

**Usa pañales diariamente** Sí (x) No ( )

**Controla esfínter urinario** Sí ( ) No (x)

**Tiene indicación médica de cateterismo intermitente (cada 3-4 horas)** Sí (x) No ( )

**Se realiza Autocateterismo** Sí (x) No ( ) lo realiza 3 veces/d

**Comorbilidad Asociada:**

**Posee alguna comorbilidad como:** Insuficiencia Renal Crónica, Hemodiálisis, Convulsiones, Problemas Nutricionales, Constipación, Incontinencia Fecal, Dieta Especial, etc. (x)

No ( ) Si: cual: incontinencia fecal

**Medicación actual:** urginal

**Es portador de Mielomeningoceles debidamente diagnosticado por la especialidad médica competente**

Sí x No

**Considera inválido al paciente según los criterios clínicos de calificación para pacientes portadores de mielomeningoceles establecidos por el Hospital Nacional de Niños y la Dirección de Calificación de Invalidez**

Sí x No

**Si lo considera inválido según los criterios mencionados, indicar si califica para el beneficio de la Ley 87/ debido a que requiere cuidado estricto exclusivo por padres o responsable legal las 24 horas.**

Si No x, porque es independiente en AVD, debería aumentar frecuencia de autocateterismo, para minimizar rebasamiento de orina y minimizar necesidad de pañal, se desplaza hasta su colegio caminando (2.8 km de distancia), solo tiene adecuación curricular no significativa. Cumple criterios de RNC de monto básico.

**Si no corresponde a Mielomeningoceles anotar el diagnóstico principal y secundario de importancia:**

**Nombre(s) del (los) Médico(s) Evaluador(es) y código.**

**Dra. Cadavid Restrepo.**

**Dra. Gómez Jerez.**

**Comisión**

**5 C**

**17 G**

**Fecha**

**27-06-19**

**Firma(s)**

**Uladavid**