

DECRETO 917 DE 1999

(mayo 28)

Diario Oficial No. 43.601, del 9 de junio de 1999

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

Por el cual se modifica el Decreto 692 de 1995.

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA,

en uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial de las conferidas en el artículo 189, numeral 11, de la Constitución Política, el artículo 41 de la Ley 100 de 1993 y el artículo 5o. de la Ley 361 de 1997,

DECRETA:

ARTICULO 1o. CAMPO DE APLICACION. El Manual Único para la Calificación de la Invalidez contenido en este decreto se aplica a todos los habitantes del territorio nacional, a los trabajadores de los sectores público, oficial, semioficial, en todos sus órdenes, y del sector privado en general, para determinar la pérdida de la capacidad laboral de cualquier origen, de conformidad con lo establecido por los artículos 38, siguientes y concordantes de la Ley 100 de 1993, el **46** del Decreto-ley 1295 de 1994 y el 5o. de la Ley 361/97.

ARTICULO 2o. DEFINICIONES DE INVALIDEZ, INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL, CAPACIDAD LABORAL Y TRABAJO HABITUAL. Para efecto de la aplicación y cumplimiento del presente decreto, adóptanse las siguientes definiciones:

a) Invalidez: Se considera con invalidez la persona que por cualquier causa, de cualquier origen, no provocada intencionalmente, hubiese perdido el 50% o más de su capacidad laboral.

b) Incapacidad permanente parcial: Se considera con incapacidad permanente parcial a la persona que por cualquier causa, de cualquier origen, presente una pérdida de la capacidad laboral igual o superior al 5% e inferior al 50%.

c) Capacidad Laboral: Se entiende por capacidad laboral del individuo el conjunto de las habilidades, destrezas, aptitudes y/o potencialidades de orden físico, mental y social, que le permiten desempeñarse en un trabajo habitual.

d) Trabajo Habitual: Se entiende como trabajo habitual aquel oficio, labor u ocupación que desempeña el individuo con su capacidad laboral, entrenamiento y/o formación técnica o profesional, recibiendo una remuneración equivalente a un salario o renta, y por el cual cotiza al Sistema Integral de Seguridad Social.

ARTICULO 3o. FECHA DE ESTRUCTURACIÓN O DECLARATORIA DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL. Es la fecha en que se genera en el

individuo una pérdida en su capacidad laboral en forma permanente y definitiva. Para cualquier contingencia, esta fecha debe documentarse con la historia clínica, los exámenes clínicos y de ayuda diagnóstica, y puede ser anterior o corresponder a la fecha de calificación. En todo caso, mientras dicha persona reciba subsidio por incapacidad temporal, no habrá lugar a percibir las prestaciones derivadas de la invalidez.

ARTICULO 4o. REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ Y LA FUNDAMENTACIÓN DEL DICTAMEN.

Para efectos de la calificación de la invalidez, los calificadores se orientarán por los requisitos y procedimientos establecidos en el presente manual para emitir un dictamen. Deben tener en cuenta que dicho dictamen es el documento que, con carácter probatorio, contiene el concepto experto que los calificadores emiten sobre el grado de la incapacidad permanente parcial, la invalidez o la muerte de un afiliado y debe fundamentarse en:

a) Consideraciones de orden fáctico sobre la situación que es objeto de evaluación, donde se relacionan los hechos ocurridos que dieron lugar al accidente, la enfermedad o la muerte, indicando las circunstancias de modo, tiempo y lugar dentro de las cuales sucedieron; y el DIAGNOSTICO CLINICO de carácter técnico-científico, soportado en la historia clínica, la historia ocupacional y con las ayudas de diagnóstico requeridas de acuerdo con la especificidad del problema.

b) Establecido el diagnóstico clínico, se procede a determinar la PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL del individuo, mediante los procedimientos definidos en el presente manual. En todo caso, esta determinación debe ser realizada por las administradoras con personal idóneo científica, técnica y éticamente, con su respectivo reconocimiento académico oficial. En caso de requerir conceptos, exámenes o pruebas adicionales, deberán realizarse y registrarse en los términos establecidos en el presente manual.

c) Definida la pérdida de la capacidad laboral, se procede a la CALIFICACION INTEGRAL DE LA INVALIDEZ, la cual se registra en el dictamen, en los formularios e instructivos que para ese efecto expida el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, los cuales deben registrar por lo menos: el origen de la enfermedad, el accidente o la muerte, el grado de pérdida de la capacidad laboral causado por el accidente o la enfermedad, la fecha de estructuración de la invalidez y la fundamentación con base en el diagnóstico y demás informes adicionales, tales como el reporte del accidente o el certificado de defunción, si fuera el caso.

d) El dictamen debe contener los mecanismos para que los interesados puedan ejercer los recursos legales establecidos en las normas vigentes, con el objeto de garantizar una controversia objetiva de su contenido en caso de desacuerdo, tanto en lo substancial como en lo procedimental.

PARAGRAFO. Las consecuencias normales de la vejez, por sí solas, sin patología sobregregada, no generan deficiencia para los efectos de la calificación

de la invalidez en el Sistema Integral de Seguridad Social. En caso de co-existir alguna patología con dichas consecuencias se podrá incluir dentro de la calificación de acuerdo con la deficiencia, discapacidad y minusvalía correspondientes.

ARTICULO 5o. DETERMINACION DE LA INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL.

La determinación de la declaración, evaluación, revisión, grado y origen de la incapacidad permanente parcial, la realizarán:

1. Las Administradoras de Riesgos Profesionales, de conformidad con lo establecido en el artículo **42** del Decreto-ley 1295 de 1994, a través de sus Comisiones laborales propias o a contrato. Deberán evaluar la pérdida de la capacidad laboral, con base en el presente Manual Unico de Calificación de Invalidez, con el fin de garantizar el acceso a los derechos que tienen las personas afiliadas a la seguridad social.

2. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), de conformidad con lo previsto en el artículo 5o. de la Ley 361 de 1997, deberán evaluar la pérdida de la capacidad laboral, con base en el Manual Unico de Calificación de Invalidez establecido en el presente Decreto, con el fin de garantizar el acceso a los derechos que tienen las personas con limitación. Para este efecto, estas entidades deberán disponer de un equipo multidisciplinario competente para realizar dicha calificación, de conformidad con la reglamentación que para tal fin expida el Ministerio de Salud.

En caso de controversia sobre el grado y el origen de la limitación determinada, se acudirá a las Juntas de Calificación de la Invalidez, conforme a los procedimientos definidos por las normas vigentes en la materia.

ARTICULO 6o. CALIFICACION DEL ESTADO DE INVALIDEZ.

La calificación y expedición del dictamen sobre el estado de la invalidez corresponde a las Juntas de Calificación de Invalidez, quienes conocerán de los siguientes asuntos:

a) La calificación y revisión de la pérdida de la capacidad laboral y la incapacidad permanente parcial, en caso de controversia.

b) La calificación del origen, el grado, la fecha de estructuración y la revisión del estado de invalidez.

c) La calificación del origen del accidente y de la enfermedad, con base en la Ley 100 de 1993, el Decreto-ley 1295 de 1994 y demás normas reglamentarias, en caso de controversia.

d) La calificación del origen de la muerte en caso de controversia.

Las Juntas de Calificación de la Invalidez deben emitir el dictamen de la Invalidez el cual, en todos los casos, reflejará exactamente el contenido del acta

correspondiente a cada caso revisado por la misma y será el resultado de la deliberación de los miembros encargados de calificar. De igual modo, corresponde a la respectiva Junta notificar el dictamen al afiliado, quien puede aceptarlo o apelarlo ante las instancias competentes.

ARTICULO 7o. CRITERIOS PARA LA CALIFICACION INTEGRAL DE INVALIDEZ. Para efecto de la calificación integral de la invalidez se tendrán en cuenta los componentes funcionales biológico, psíquico y social del ser humano, entendidos en términos de las consecuencias de la enfermedad, el accidente o la edad, y definidos de la siguiente manera:

a) DEFICIENCIA: Se entiende por deficiencia, toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica, que pueden ser temporales o permanentes, entre las que se incluyen la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida producida en un miembro, órgano, tejido u otra estructura del cuerpo humano, así como también los sistemas propios de la función mental. Representa la exteriorización de un estado patológico y en principio refleja perturbaciones a nivel del órgano.

b) DISCAPACIDAD: Se entiende por Discapacidad toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano, producida por una deficiencia, y se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño y comportamiento en una actividad normal o rutinaria, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles, y progresivos o regresivos. Representa la objetivación de la deficiencia y por tanto, refleja alteraciones al nivel de la persona.

c) MINUSVALÍA: Se entiende por Minusvalía toda situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad que lo limita o impide para el desempeño de un rol, que es normal en su caso en función de la edad, sexo, factores sociales, culturales y ocupacionales. Se caracteriza por la diferencia entre el rendimiento y las expectativas del individuo mismo o del grupo al que pertenece. Representa la socialización de la deficiencia y su discapacidad por cuanto refleja las consecuencias culturales, sociales, económicas, ambientales y ocupacionales, que para el individuo se derivan de la presencia de las mismas y alteran su entorno.

ARTICULO 8o. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS CRITERIOS PARA LA CALIFICACIÓN TOTAL DE LA INVALIDEZ. Para realizar la calificación integral de la invalidez, se otorga un puntaje a cada uno de los criterios descritos en el artículo anterior, cuya sumatoria equivale al 100% del total de la pérdida de la capacidad laboral, dentro de los siguientes rangos máximos de puntaje:

CRITERIO	PORCENTAJE (%)
Deficiencia	50
Discapacidad	20
Minusvalía	30
Total	100

PARAGRAFO 1. Cuando no exista deficiencia o su valor sea cero (0) no podrá calificarse la discapacidad ni la minusvalía. Por tanto, la pérdida de la capacidad laboral resultante se reportará con un valor de cero (0).

PARAGRAFO 2. En concordancia con el párrafo 1 del artículo **34** del Decretoley 1295 de 1994, para la calificación en el caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional, la existencia de patologías anteriores no es causa para aumentar el grado de incapacidad, ni las prestaciones que correspondan al trabajador. De igual manera, cuando existan deficiencias de origen congénito o adquiridas antes de cumplir con las edades mínimas legales para trabajar y el individuo haya sido habilitado ocupacional y socialmente, estas deficiencias no se tendrán en cuenta para la calificación de la pérdida de la capacidad laboral de origen profesional, a no ser que se hayan agravado o hayan aparecido otras.

PARAGRAFO 3. Teniendo en cuenta que un paciente que sufre una deficiencia mejora su estado funcional al recibir una prótesis, se debe reducir una proporción definida de la deficiencia global del segmento que la recibe, de la siguiente manera:

- a) Para prótesis estética se resta el 10% del valor de la deficiencia global encontrada;
- b) Para prótesis funcional 20% del valor de la deficiencia global encontrada; y,
- c) Para prótesis estética y funcional 30% del valor de la deficiencia global encontrada.

Ejemplo:

Enucleación ojo izquierdo con ojo derecho normal: deficiencia de 15%.

En este caso, se trata de una prótesis estética y por tanto se resta el 10% del 15%. Es decir, 1.5%, para un valor final de deficiencia global de 13.5%.

ARTICULO 9o. INSTRUCCIONES GENERALES PARA LOS CALIFICADORES.

El "Manual único para la calificación de la invalidez" establece con base en los criterios y componentes definidos en los artículos anteriores, un método uniforme, de uso obligatorio para la determinación legal de la pérdida de la capacidad laboral que presenta un individuo al momento de su evaluación.

La calificación de la pérdida de capacidad laboral del individuo deberá realizarse una vez se conozca el diagnóstico definitivo de la patología, se termine el tratamiento y se hayan realizado los procesos de rehabilitación integral, o cuando aun sin terminar los mismos, exista un concepto médico desfavorable de recuperación o mejoría.

El Manual está conformado por tres libros, a saber:

1. El primero trata sobre las Deficiencias. Consta de catorce (14) Capítulos que corresponden a la evaluación del daño o ausencia parcial o total de los diferentes sistemas orgánicos. Contiene una serie de criterios y tablas especiales de valores

para calificar el daño ocasionado;

2. El Segundo trata sobre las Discapacidades, desglosadas en siete (7) categorías, que incluyen el nivel complementario de gravedad; y,

3. El Tercero, define siete (7) categorías de minusvalías.

Para la determinación de los valores de las deficiencias, discapacidades y minusvalías se deben seguir las siguientes instrucciones:

a) Para las deficiencias: El grado de deficiencia a que se refiere el Libro Primero y que se relaciona con los sistemas orgánicos, se expresa en porcentajes de pérdida funcional (deficiencia global). Para facilitar el ejercicio del calificador o de las Juntas Calificadoras, contiene una serie de tablas de valores por órganos o sistemas, de las cuales se pueden sustraer los valores correspondientes a este componente. Sin embargo, en aquellos casos en que se encuentren afectados dos o más órganos o sistemas, los valores parciales de las respectivas deficiencias globales deben ser combinados según la siguiente fórmula:

$$A + \frac{(50-A)B}{100}$$

Donde A y B corresponden a las diferentes deficiencias. Siendo A la de mayor valor y B la de menor valor. De esta forma se combinan los valores correspondientes A y B. Este procedimiento se denomina "suma combinada". En caso de que existan más de dos valores, éstos deben ser previamente ordenados de mayor a menor valor, para proceder a combinarlos sucesivamente aplicando la fórmula.

Ejemplo: A = 20%
B = 10% **Suma combinada = 20 + $\frac{(50-20) \times 10}{100}$ = 23%**

Teniendo en cuenta que el valor de la deficiencia de extremidad puede alcanzar el 100%, se deberá utilizar la siguiente fórmula cuando haya que combinar deficiencias de extremidad:

$$1A + \frac{(100-A)B}{100}$$

Se deberá calcular la deficiencia global correspondiente a cada capítulo y sólo después se hará combinación de valores de deficiencia global entre capítulos para hallar la deficiencia global final.

Quienes legalmente pueden o deben determinar la pérdida de la capacidad laboral de una persona, deben tener en cuenta que la deficiencia debe ser demostrable anatómica, fisiológica y psicológicamente, o en forma combinada. Tales anomalías podrán ser determinadas por pruebas de ayuda diagnóstica del afiliado, referidas a sus signos y síntomas.

Las patologías que sólo se manifiestan con síntomas, no son posibles de definir fácilmente por quien califica. Por tanto, las decisiones sobre los porcentajes de

deficiencia deben ser respaldadas con la historia clínica del paciente y las pruebas de ayuda diagnóstica, complementando así el criterio clínico. Los resultados obtenidos con las pruebas complementarias de diagnóstico deben corresponder a las alteraciones anatómicas, fisiológicas y/o psíquicas detectables por tales pruebas, y confirmar los signos encontrados durante el examen médico. Las afirmaciones del paciente que sólo consideran la descripción de sus molestias sin respaldo de signos o exámenes complementarios, no tienen valor para establecer una deficiencia.

Cuando sea del caso, se deberá sustentar el dictamen con el concepto de Salud Ocupacional para determinar el origen de la lesión.

Hay otros casos en los cuales, siguiendo las instrucciones específicas para cada lesión, se podrá sumar las deficiencias de extremidad o como en la evaluación de los daños a nivel cerebral se escoge entre los diferentes grados de deficiencia el mayor valor como la deficiencia global final.

b) Para las Discapacidades: para el caso de la determinación del valor de la discapacidad, se procede a realizar una suma aritmética de todas las discapacidades con que se tipifique la lesión. El resultado de dicha sumatoria corresponde al valor final de la discapacidad que debe registrarse.

c) Para las Minusvalías: para la determinación del valor de la minusvalía se deberá evaluar el estado del paciente en cada una de las categorías de escala asignadas, a cada una de la Minusvalías. En cada una de ellas se registra el mayor valor (son excluyentes) y luego se suma cada una de ellas. El resultado de dicha sumatoria corresponde al valor final de la minusvalía que debe registrarse.

d) Para la calificación integral: Para obtener la calificación integral final del grado de pérdida de la capacidad laboral de la persona, de conformidad con las especificaciones de este manual y sus tablas, se suman aritméticamente aquellos porcentajes correspondientes a los valores de la deficiencia, la discapacidad y la minusvalía, que el calificador legal asignó a cada una de ellas.

ARTICULO 10. INSTRUCCIONES PARA MEDICOS INTERCONSULTORES.

Para la determinación de la pérdida de la capacidad laboral, los calificadores deberán disponer de los antecedentes técnico-médicos objetivos sobre las patologías en estudio. Estos antecedentes los proporcionan los médicos tratantes o interconsultores de las IPS a la cual se encuentre afiliado el paciente. Para efecto de cumplir con este requisito, los calificadores deben requerir a los interconsultores el concepto técnico-médico correspondiente, cumpliendo los siguientes requisitos:

1. El médico tratante o interconsultor que realiza un peritazgo de su especialidad (reconocimiento y determinación del diagnóstico y estado clínico de determinada patología que presenta un afiliado), debe considerar que su informe será utilizado por el calificador para determinar la pérdida de la capacidad laboral que presenta dicho individuo.

2. Por tanto, debe considerar que el peritaje se solicita con el objeto de que el profesional consultor determine exclusivamente y en la forma más precisa posible, la magnitud y el compromiso de la patología presentada por el paciente. Debe evitar consignar juicios o conceptos personales sobre el grado de invalidez del individuo estudiado, pues tal apreciación es materia que sólo corresponde a quien legalmente puede determinarla.

3. El médico interconsultor debe pronunciarse exclusivamente sobre el diagnóstico del afiliado, utilizando un lenguaje similar al del Manual.

4. Ante la presencia de situaciones de difícil evaluación, se debe informar al calificador sobre los exámenes o pruebas de ayuda de diagnóstico adicionales que se deben realizar para poder emitir un informe exacto. En ningún caso pueden tenerse en cuenta los exámenes proporcionados por los pacientes o propios interesados.

5. Debe haber consistencia entre la anamnesis relatada por el trabajador, los exámenes legalmente aportados y las conclusiones del médico interconsultor. Cualquier incoherencia debe ser objeto de revisión y aclaración, e informar al calificador y a la autoridad competente.

6. El médico interconsultor deberá pronunciarse exclusivamente en materia de su especialidad, sobre los puntos solicitados por el Calificador, entre los cuales pueden contenerse por lo menos los siguientes: Fecha de atención, diagnóstico, tratamientos recibidos o sugeridos, concepto y pronóstico.

ARTICULO 11. DE LAS NORMAS DE INTERPRETACION DEL MANUAL.

Para la comprensión del presente Manual se aplicarán las siguientes normas de interpretación:

1. Las palabras se utilizarán en su sentido natural y obvio, o con el significado que se tenga en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua.

2. Los términos de contenido técnico se utilizarán con el sentido que tienen en su respectiva disciplina.

3. Las definiciones y conceptos establecidos en el manual, se interpretará dentro del contexto y con el propio sentido definidos en él.

4. Cuando una patología o diagnóstico no aparezca en el texto del presente Manual, o no se pueda homologar al mismo, se acudirá a la interpretación dada en instrumentos similares de otros países o de organismos internacionales, tales como la Comisión de Expertos de la OIT, el Manual de Consecuencias de la Enfermedad de la OMS y el Manual de Discapacidades de la Asociación Médica Americana AMA.

ARTICULO 12. LIBRO PRIMERO- DE LAS DEFICIENCIAS.

CAPITULO I

1. SISTEMA MÚSCULO ESQUELETICO

1.1 GENERALIDADES

Dado que un alto porcentaje de solicitudes para la calificación de la invalidez corresponden a patologías articulares o de la columna vertebral, es importante realizar una correcta evaluación de las afecciones de este sistema.

Este capítulo comprende el estudio de los porcentajes de la deficiencia relacionados con:

- Columna Vertebral
- Extremidades superiores.
- Extremidades inferiores.
- Amputaciones.

La pérdida de función puede deberse a limitación de la movilidad ocasionada por lesión, dolor, anquilosis, deformidades, amputaciones o coexistencia de dos o más de estas patologías.

En todos los casos es importante tener presente el hemisferio dominante del individuo, dado que las funciones de la vida cotidiana son más dependientes de la extremidad superior dominante (diestro o zurdo). La disfunción de la extremidad superior no dominante se traduce en una menor deficiencia que la disfunción de la extremidad dominante. Para la valoración de la mano dominante, una vez se obtenga el valor de la deficiencia global resultante de dicho segmento, debe agregarse proporcionalmente un 20% de dicho valor mediante combinación de valores, sin que sobrepase el máximo valor asignado a la deficiencia global de dicho segmento de la lesión evaluada. Para la valoración de los segmentos restantes del miembro superior dominante se agregará un valor proporcional del 10%.

Pasos para obtener el valor final de la deficiencia global de la mano dominante:

1. Deficiencia global del segmento X 0.2 = Valor para sumar en forma combinada a la deficiencia global del segmento.
2. Deficiencia global final = Suma combinada de la deficiencia global del segmento + valor para agregar obtenido mediante la formula del numeral anterior.

Cuando hay daño de varios ejes, articulaciones o segmentos se deben tener en cuenta los criterios de valoración que a continuación se describen:

TABLA No. 1.0: TABLA DE CRITERIOS DE VALORACION OSTEOARTICULAR

Concepto	Segmento evaluado	Restricción de movimiento	Anquilosis
1. Articulación con alteración de sus arcos de movimiento en varios ejes.	Columna vertebral	Calcular deficiencias de cada eje, luego sumar aritméticamente los valores de todos los ejes, lo cual corresponde a la deficiencia global.	Calcular deficiencias en cada eje, luego tomar el mayor valor de todos y este será la deficiencia global.
	Extremidades superiores e inferiores.	Calcular deficiencias de <u>extremidad</u> de cada eje, luego sumarlos aritméticamente , luego ponderar a deficiencia global.	Calcular deficiencias de <u>extremidad</u> de cada eje, luego elegir el mayor valor y ponderarlo a deficiencia global.
2. Varias articulaciones en el mismo segmento.	Columna vertebral	Combinación de valores de las deficiencias globales de cada articulación.	Combinación de valores de las deficiencias globales de cada articulación.
	Extremidades superiores e	Combinación de valores. Excepto en dedos.	Combinación de valores.

	inferiores		
	Dedos	Calcular la deficiencia de dedo de cada articulación, sumarlas y luego ponderar hasta Deficiencia global.	Calcular la deficiencia de dedo de cada articulación, sumarlas y luego ponderar hasta Deficiencia global.
3. Varias lesiones en diferentes segmentos	Columna vertebral	Combinación de valores.	Combinación de valores.
	Extremidades superiores.	Combinación de valores.	Combinación de valores.
	Extremidades inferiores	Combinar valores excepto en artejos. Calcular la deficiencia de cada artejo y luego sumar la deficiencia de extremidad y ponderar a global.	Combinación de valores.

1.2 COLUMNA VERTEBRAL

Por razones prácticas, las lesiones de columna se estudiarán distribuidas en la siguiente forma:

- Región Cervical.
- Región Dorsolumbar.

Otras lesiones de columna.

- Escoliosis.
- Fracturas.
- Hernias.
- Osteoporosis.
- Luxaciones.

Si existen problemas neurológicos, éstos deben ser considerados y analizados de acuerdo con lo señalado en el capítulo de trastornos neurológicos.

1.2.1 Región Cervical.

1.2.1.1 Restricción de movimiento inclinación lateral derecha o izquierda

TABLA No. 1.1: REGIÓN CERVICAL - INCLINACIÓN LATERAL DERECHA O IZQUIERDA

Inclinación lateral desde la posición neutra hasta:	Perdidos	Conservados	Deficiencia Global (%)
0°	40°	0°	1.0
10°	30°	10°	1.0
20°	20°	20°	0.5
30°	10°	30°	0.5
40°	0°	40°	0.0

Restricción de movimiento:

Amplitud de la inclinación lateral = 80 grados.

El movimiento de inclinación lateral derecha o izquierda, corresponde al 25 % del movimiento cervical completo.

1.2.1.2 Anquilosis inclinación lateral derecha o izquierda

TABLA No. 1.2: REGIÓN CERVICAL - INCLINACIÓN LATERAL DERECHA O IZQUIERDA ANQUILOSIS:

Región anquilosada en:	Deficiencia global (%)
-------------------------------	-------------------------------

0 (posición neutra)	10.0
10°	13.0
20°	15.0
30°	18.0
40° (flexión lateral derecha izquierda Completa)	20.0

1.2.1.3 Restricción de movimiento: rotación derecha o izquierda

Restricción de movimiento: Se debe utilizar la TABLA No. 1.13, para determinar la deficiencia asociada a la anquilosis de varias vértebras.

TABLA No. 1.3: REGIÓN CERVICAL - ROTACIÓN DERECHA O IZQUIERDA

Inclinación lateral desde posición neutra hasta:	Perdidos	Conservados	Deficiencia Global (%)
0°	30°	0°	2.0
10°	20°	10°	1.0
20°	10°	20°	0.5
30°	0°	30°	0.0

Restricción de movimiento:

Amplitud de la rotación lateral = 60 grados.

El movimiento de rotación derecha o izquierda, corresponde al 35 % del movimiento cervical completo.

1.2.1.4 Anquilosis: rotación derecha o izquierda

TABLA No. 1.4: REGIÓN CERVICAL - ROTACIÓN DERECHA IZQUIERDA -ANQUILOSIS:

Región anquilosada en:	Deficiencia global (%)
0 (posición neutra)	10
10°	13
20°	16
30°(rotación lateral der. izq. Completa)	20

1.2.1.5 Restricción de movimiento: flexión o extensión

TABLA No.1.5: REGIÓN CERVICAL - FLEXIÓN O EXTENSIÓN

Restricción de movimiento:

Amplitud de la Flexión Extensión = 60 grados.

El movimiento de flexión o extensión, corresponde al 40% del movimiento cervical completo.

Flexión o extensión desde posición neutra hasta:	Perdidos	Conservados	Deficiencia Global (%)
0°	30 °	0 °	2.0
10 °	20 °	10 °	1.5
20 °	10 °	20 °	0.5
30 °	0 °	30 °	0.0

1.2.1.6 Anquilosis: flexión o extensión

TABLA NO.1.6: REGIÓN CERVICAL FLEXIÓN O EXTENSIÓN- ANQUILOSIS.

Región anquilosada en:	Deficiencia global (%)
0° (posición neutra)	10

10°	13
20°	16
30°(flexión o extensión completa)	20

Se aplica a una vértebra cervical, en caso de ser más de dos vértebras se debe remitir a la tabla 1.13.

1.2.2 Región Dorsolumbar

Se debe consultar la TABLA No.1.13, para determinar la correspondiente deficiencia global por anquilosis de varias vértebras.

1.2.2.1 Restricción de movimiento: flexión o extensión

TABLA No.1.7: REGIÓN DORSOLUMBAR - FLEXIÓN O EXTENSIÓN

Restricción de movimiento:

Amplitud media de la Flexión - Extensión = 120 grados.

El movimiento de flexión o extensión, corresponde al 40 % del movimiento dorsolumbar completo.

Flexión desde la posición neutra 0° hasta:	Perdidos	Conservado	Deficiencia global (%)
0°	90°	0°	4.5
10°	80°	10°	4.0
20°	70°	20°	3.5
30°	60°	30°	3.0
40°	50°	40°	2.5
50°	40°	50°	2.0
60°	30°	60°	1.5
70°	20°	70°	1.0
80°	10°	80°	0.5
90°	0°	90°	0.0

Extensión desde posición neutra hasta:	Perdidos	Conservados	Deficiencia Global (%)
0°	30°	0°	1.5
10 °	20°	10°	1.0
20 °	10°	20°	0.5
30 °	0°	30°	0.0

1.2.2.2 Anquilosis: flexión o extensión

TABLA NO.1.8: REGIÓN DORSOLUMBAR – FLEXIÓN O EXTENSIÓN -ANQUILOSIS.

Región anquilosada en:	Deficiencia global (%)
0° (posición neutra)	15.0
10°	17.0
20°	18.0
30°	20.0
40°	21.5
50°	23.5
60°	25.0
70	26.5
80°	28.5
90°(flexión completa)	30.0
Región anquilosada en:	

0° (posición neutra)	15.0
10°	20.0
20°	25.0
30°(Extensión completa)	30.0

1.2.2.3 Inclinación lateral

La sumatoria de estos valores es la deficiencia global producto de la restricción del movimiento en la inclinación lateral de la región dorsolumbar.

AAA

TABLA No.1.9: REGIÓN DORSOLUMBAR - INCLINACIÓN LATERAL DERECHA O IZQUIERDA

Restricción de movimiento:

Amplitud de la Inclinación Lateral derecha o izquierda = 40 grados.

El movimiento de inclinación lateral derecha o izquierda, corresponde al 25% del dorsolumbar completo.

Inclinación lateral desde la posición neutra:				Perdidos	Conservados	Deficiencia Global (%)
0°	30°	0°	2.0			
10°	20°	10°	1.5			
20°	10°	20°	0.5			

1.2.2.4 Anquilosis: inclinación lateral.

Consultar Anquilosis TABLA No.1.10, para la correspondiente deficiencia global.

Consultar la TABLA No.1.13 correspondiente a varias vértebras anquilosadas para calcular la deficiencia global.

TABLA No.1.10: REGIÓN DORSOLUMBAR - INCLINACIÓN DERECHA O IZQUIERDA-ANQUILOSIS

Región anquilosada en: Deficiencia global(%)

0° (posición neutra) 15

10° 23

20° (flexión lateral derecha izquierda completo) 30

1.2.2.5 Restricción de movimiento: rotación derecha o izquierda

TABLA No.1.11: REGIÓN DORSOLUMBAR - ROTACIÓN DERECHA O IZQUIERDA

Restricción de movimiento:

Amplitud media de la rotación = 60 grados.

El movimiento de rotación derecha o izquierda, corresponde al 35% del movimiento dorsolumbar completo.

Rotación desde la posición neutra (0°) hasta:				Perdidos	Conservados	Deficiencia Global (%)
0°	30°	0°	2.5			
10°	20°	10°	2.0			
20°	10°	20°	1.0			
30°	0°	30°	0.0			

1.2.2.6 Anquilosis: rotación derecha o izquierda

Consultar la TABLA No.1.13, corresponde a varias vértebras anquilosadas para calcular la deficiencia global de la persona.

TABLA No.1.12: REGIÓN DORSOLUMBAR -ROTACIÓN DERECHA O IZQUIERDA-ANQUILOSIS

Región anquilosada en:	Deficiencia global (%)
0° (posición neutra)	15.0
10°	20.0
20°	25.0
30°(Rotación derecha o izquierda completa)	30.0

1.2.2.7 Listesis de disco región cervical y dorso lumbar

Para la valoración de listesis de disco de región cervical y dorso lumbar, consultar la TABLA No.1.16.

TABLA No. 1.13: VERTEBRAS MÚLTIPLES: Anquilosis - Región cervical y dorsolumbar

Posición favorable (neutral) (%)	Deficiencia Global(%)	Posición	desfavorable
DeficienciaGlobal (%)			
2 Cervicales cualquiera	0.75	2 Cervicales cualquiera	1.75
3 Cervicales cualquiera	1.75	3 Cervicales cualquiera	3.25
4 Cervicales cual. 2.5	2.5	4 Cervicales cualquiera	5.0
5 Cervicales cualquiera	3.25	5 Cervicales cualquiera	6.78
6 Cervicales cualquiera	3.5	6 Cervicales cualquiera	8.25
7 Cervicales	5.0	7 Cervicales	10.0
C7 y D1	0.5	C7 D1	1.0
2 Dorsales cualquiera	0.5	2 Dorsales cualquiera	0.5
3 Dorsales cualquiera	0.5	3 Dorsales cualquiera	1.0
4 Dorsales cualquiera	0.75	4 Dorsales cualquiera	1.25
5 Dorsales cualquiera	1.0	5 Dorsales cualquiera	1.75
6 Dorsales cualquiera	1.25	6 Dorsales cualquiera	2.25
7 Dorsales cualquiera	1.25	7 Dorsales cualquiera	2.75
8 Dorsales cualquiera	1.5	8 Dorsales cualquiera	3.25
9 Dorsales cualquiera	1.75	9 Dorsales cualquiera	3.75
10 Dorsales cualquiera	2.0	10 Dorsales cualquiera	4.0
11 Dorsales cualquiera	2.25	11 Dorsales cualquiera	4.5
12 Dorsales 2.5	2.5	12 Dorsales	5.0
D12 y L1	0.75	D12 y L1	1.5
2 Lumbares cualquiera	1.25	2 Lumbares cualquiera	2.5
3 Lumbares cualquiera	2.5	3 Lumbares cualquiera	5.0
4 Lumbares cualquiera	3.75	4 Lumbares cualquiera	7.5
5 Lumbares 5.0	5.0	5 Lumbares	10
C1-C7	5.0	C1-C7	10.0
D1-D12	2.5	D1-D12	5.0
L1-L5 5.0	5.0	L1-L5	10.0
C1-D12	7.0	C1-D1	13.0
D1-L5 7.0	7.0	D1-L5	13.0
C1-L5 10.5	10.5	C1-L5	17.5

1.2.3 OTRAS LESIONES DE LA COLUMNA

1.2.3.1. Escoliosis

La magnitud, gravedad y repercusiones sistemicas de la escoliosis, dependen de la intensidad de sus curvaturas. La deficiencia por este concepto se indica en la siguiente tabla.

TABLA No. 1.14: Escoliosis

Deficiencia Global

CURVATURA	DORSAL(%)	DORSO LUMBAR (%)	LUMBAR(%)
De 20°	4.5	8.5	3.0
20° a 30°	7.5	12.0	6.0
30° a 40°	12.0	18.5	10.0
40° a 50°	15.0	22.5	13.5
+ de 50°	18.0	24.5	16.5

1.2.3.2. Fracturas de Vértebras

TABLA No. 1.15: Fractura de una Vértebra

Compresión del cuerpo de una vértebra:	Deficiencia(%)
0% compresión (curada)	0.0
25% compresión	2.5
50% compresión	5.0
+ 50% compresión	10.0
Fractura de elementos posteriores	2.5

La solución de continuidad de una apófisis espinosa resultará en un 0% de deficiencia global. Los pedículos, láminas, apófisis articulares y apófisis transversas se incluyen todos bajo la consideración de deficiencia debido a la fractura de elementos posteriores de una vértebra.

Las deficiencias producidas por la compresión del cuerpo de una vértebra y la fractura de los elementos posteriores se combinan, no se suman.

Fractura de dos o más vértebras.

1. Calcular por separado y registrar la deficiencia global de la persona producida por la fractura de cada vértebra.
2. Para determinar la deficiencia producida por la fractura de dos o más vértebras se debe utilizar la fórmula para combinación de valores.

1.2.3.3. Síndromes dolorosos de Columna.

TABLA No. 1.16: Síndromes dolorosos de columna

SÍNDROMES DOLOROSOS DE COLUMNA	Deficiencia (%)
Cervicobraquialgia post-traumática sin alteraciones clínicas, radiográficas ni electromiográficas.	0.0
Cervicobraquialgia post-traumática sin alteraciones clínicas, radiográficas ni electromiográficas leves a moderadas.	12.5
Hernia de disco operada, sin secuelas.	2.5
Hernia de disco inoperable según criterios médicos.	15.0
Hernia de disco operada, con secuelas clínicas y electromiográficas leves.	7.5
Hernia de disco operada, con secuelas clínicas y electromiográficas moderadas	10.0
Hernia de disco operada, con secuelas clínicas y electromiográficas severas	20.0
Espondilolistesis traumática sin repercusión electromiográfica	Grado I Grado II Grado III Grado IV
1.02.03.05.0	
Espondilolistesis traumática con repercusión electromiográfica leve a moderada	7.5
Espondilolistesis traumática, con repercusión electromiográfica severa	20.0
Espondilolistesis traumática, operada, sin secuela electromiográfica	0.0
Espondilolistesis traumática, operada, con secuela electromiográfica leve a moderada	7.5
Espondilolistesis traumática, operada, con secuela electromiográfica severa	20.0
Lumbalgia post-traumática sin alteraciones clínicas, radiográficas ni electromiográficas	0.0
Lumbalgia post-traumática con moderadas alteraciones clínicas y radiográficas, sin alteraciones electromiográficas	2.5

Lumbalgia post-traumática, con severas alteraciones clínicas y radiográficas, sin alteraciones electromiográficas 5.0

Lumbociatalgias sin alteraciones clínicas, radiográficas ni electromiográficas 0.0

Lumbociatalgias con alteraciones clínicas y radiográficas y/o electromiográficas leves a moderadas. 5.0

1.2.3.4. Osteoporosis generalizada de la columna.

En caso de síntomas y signos confirmados de:

1. Compresión fractura de un cuerpo vertebral con pérdida de por lo menos 50% del tamaño estimado de dicho cuerpo, no causado por traumatismo directo o indirecto, fractura espontánea o por traumatismo mínimo.
2. Fracturas vertebrales múltiples de origen no traumático directo o indirecto.

En cualquiera de estos dos casos, la deficiencia global corresponde a 40%.

1.3 EXTREMIDADES SUPERIORES

Para efectos de la determinación del porcentaje de deficiencia global, se debe relacionar la deficiencia de cada componente de la extremidad con el de mayor relevancia. Para la calificación de deficiencias de extremidad superior se entiende comprometido el segmento en su distribución anatómica. Debe tenerse en consideración si la extremidad en estudio es la dominante o no, de acuerdo con lo establecido en el numeral 1.1 de éste capítulo.

En los casos de Amputación, deformidad anatómica y pérdida funcional total, de acuerdo con la causa etiológica de ambas manos, ambos pies o una mano y un pie, se otorgará un valor para la deficiencia global de 40%, sin necesidad de aplicar la tabla.

Las tablas de este capítulo hacen referencia a deficiencia unilateral.

1.3.1 Articulación del Hombro

1.3.1.1. Restricción de movimiento: Elevación anterior y posterior.

TABLA No. 1.17: ARTICULACIÓN DEL HOMBRO - ELEVACIÓN ANTERIOR Y POSTERIOR

Restricción de movimiento:

Amplitud media de la elevación hacia adelante y hacia atrás = 190 grados.

Elevación hacia delante desde posición neutra 0° hasta:		Perdidos	Conservados	
	Deficiencia	Extremidad Superior (%)	Deficiencia	Global (%)
0°	150°	0°	16.0	5.0
10°	140°	10°	15.0	4.5
20	130	20	14.0	4.0
30	120	30	13.0	4.0
40	110	40	12.0	3.5
50	100	50	11.0	3.5
60	90	60	9.0	2.0
70	80	70	8.0	2.5
80	70	80	7.0	2.0
90	60	90	6.0	2.0
100	50	100	5.0	1.5
110	40	110	4.0	1.0
120	30	120	3.0	1.0

130	20	130	2.0	0.5
140	10	140	1.0	0.5
150	0	150	0.0	0.0

Elevación hacia atrás desde la posición Neutra (0°) hasta:

0°	40°	0°	4.0	1.0
10°	30°	10°	3.0	1.0
20°	20°	20°	2.0	0.5
30°	10°	30°	1.0	0.5
40°	0°	40°	0.0	0.0

1.3.1.2 Anquilosis: Elevación anterior y posterior

TABLA No.1.18: ARTICULACIÓN DEL HOMBRO - ELEVACIÓN ANTERIOR Y POSTERIOR- ANQUILOSIS

Elevación anterior articulación anquilosada en:	Deficiencia extremidad (%)	Deficiencia global (%)
0° (posición neutra)	60.0	18.0
10°	53.0	16.0
20°	47.0	14.0
30°	40.0	12.0
40°	45.0	13.5
50°	50.0	15.0
60°	55.0	16.5
70°	60.0	18.0
80°	65.0	19.5
90°	70.0	21.0
100°	75.0	22.5
110°	80.0	24.0
120°	85.0	25.5
130°	90.0	27.0
140°	95.0	28.5
150°(elevación completa hacia adelante)	100.0	30.0
Elevación posterior articulación anquilosada en:	Deficiencia extremidad (%)	Deficiencia global (%)
0° (posición neutra)	30.0	9.0
10°	35.0	10.5
20°	40.0	12.0
30°	45.0	13.5
40° (elevación completa hacia atrás)	50.0	15.0

1.3.1.3. Restricción de movimiento: Abducción - Aducción:

TABLA No. 1.19: ARTICULACIÓN DEL HOMBRO - ABDUCCIÓN Y ADUCCIÓN

Restricción de movimiento:

Amplitud media de ABDUCCIÓN-ADUCCIÓN = 180 grados.

Abducción desde la posición neutra 0°	Perdidos	Conservados	Deficiencia
Extremidad superior (%)	Deficiencia global (%)		
0°	150°	0°	17.0 5.0
10°	140°	10°	16.0 5.0
20°	130°	20°	14.0 4.0
30°	120°	30°	13.0 4.0
40°	110°	40°	12.0 3.5
50°	100°	50°	11.0 3.5
60°	90°	60°	10.0 3.0
70°	80°	70°	9.0 3.0
80°	70°	80°	8.0 2.5

90°	60°	90°	7.0	2.0
100°	50°	100°	6.0	2.0
110°	40°	110°	4.0	1.0
120°	30°	120°	3.0	1.0
130°	20°	130°	2.0	0.5
140°	10°	140°	1.0	0.5
150°	0°	150°	0.0	0.0
Aducción desde posición neutra 0° hasta				
0°	30°	0°	3.0	1.0
10°	20°	10°	2.0	0.5
20°	10°	20°	1.0	0.5
30°	0°	30°	0.0	0.0

1.3.1.4 Anquilosis: abducción o aducción:

TABLA No. 1.20: ARTICULACIÓN DEL HOMBRO - ABDUCCIÓN Y ADUCCIÓN ANQUILOSIS

Anquilosada en:	Deficiencia extremidad superior (%)	Deficiencia global (%)
0°	60.0	18.0
10°	56.0	17.0
20°	51.0	15.5
30°	47.0	14.0
40°	42.0	12.5
45°	40.0	12.
50°	43.0	13.0
60°	49.0	14.5
70°	54.0	16.0
80°	60.0	18.0
90°	66.0	20.0
100°	71.0	21.5
110°	77.0	23.0
120°	83.0	25.0
130°	89.0	26.5
140°	94.0	28.0
150°	100.0	30.0
0°	60.0	18.0
10°	73.0	22.0
20°	87.0	26.0
30°	100.0	30.0

1.3.1.5 Restricción de movimiento: Rotación Interna y Externa

TABLA No. 1.21: ARTICULACIÓN DEL HOMBRO - ROTACIÓN INTERNA Y EXTERNA

Restricción de movimiento:
Amplitud media de Rotación = 130 grados.

Rotación interna desde posición neutra 0° superior (%)	Perdidos	Conservados	Deficiencia extremidad superior (%)	Deficiencia Global (%)
0°	40°	0°	6.0	1.0
10°	30°	10°	5.0	1.0
20°	20°	20°	3.0	0.5
30°	10°	30°	2.0	0.5
40°	0°	40°	0.0	0.0

Rotación externa desde posición neutra 0° superior (%)	Perdidos	Conservados	Deficiencia extremidad superior (%)	Deficiencia Global (%)
--	----------	-------------	-------------------------------------	------------------------

0°	90°	0°	14.0	4.0
10°	80°	10°	12.0	3.5
20°	70°	20°	11.0	3.5
30°	60°	30°	9.0	3.0
40°	50°	40°	8.0	2.5
50°	40°	50°	6.0	2.0
60°	30°	60°	5.0	1.5
70°	20°	70°	3.0	1.0
80°	10°	80°	2.0	0.5
90°	0°	90°	0.0	0.0

1.3.1.6 Anquilosis: Rotación Interna y Externa

TABLA No. 1.22: ARTICULACIÓN DEL HOMBRO - ROTACIÓN INTERNA Y EXTERNA- ANQUILOSIS

Articulación anquilosada en rotación interna: Deficiencia de extremidad superior (%)		Deficiencia Global (%)
0°	60.0	18.0
10°	70.0	21.0
20°	80.0	24.0
30°	90.0	27.0
40°	100.0	30.0
Rotación externa:		
0°	60.0	18.0
10°	50.0	15.0
20°	40.0	12.0
30°	49.0	14.5
40°	57.0	17.0
50°	66.0	20.0
60°	74.0	22.0
70°	83.0	25.0
80°	91.0	27.5
90°	100.0	30.0

1.3.2 Articulación del codo

1.3.2.1 Restricción de movimiento: Flexión - Extensión

Amplitud de movimiento: 150 grados.

Valor arco movimiento: 60%.

Posición neutra: 0° en extensión completa.

TABLA No. 1.23: ARTICULACIÓN DEL CODO - FLEXIÓN Y EXTENSIÓN

Restricción de movimiento:

Amplitud media de Rotación = 150 grados.

Flexión activa retenida de:	Deficiencia extremidad (%)	Deficiencia Global (%)
0°	39	11.5
10°	36.0	11.0
20°	34.0	10.0
30°	31.0	9.5
40°	29.0	8.5
50°	26.0	8.0
60°	23.0	7.0
70°	21.0	6.5
80°	18.0	5.5

90°	16.0	5.0
100°	13.0	4.0
110°	10.0	3.0
120°	8.0	2.5
130°	5.0	1.5
140°	3.0	1.0
150°	0.0	0.0
Extensión hasta:	Deficiencia extremidad (%)	Deficiencia Global(%)
0°(posición neutra)	0.0	0.0
10°	2.0	0.5
20°	4.0	1.0
30°	6.0	2.0
40°	8.0	2.5
50°	10.0	3.0
60°	12.0	3.5
70°	14.0	4.0
80°	16.0	5.0
90°	18.0	5.5
100° *	20.0	6.0
110°	22.0	6.5
120°	24.0	7.0
130°	26.0	8.0
140°	28.0	8.5
150°	30.0	9.0

1.3.2.2. Anquilosis: Flexión o extensión

TABLA No 1.24 ARTICULACION DE CODO FLEXION O EXTENSION - ANQUILOSIS

Articulación anquilosada en:	Deficiencia Extremidad superior (%)	Deficiencia global(%)
0 (posición neutra)	65.0	19.5
10°	64.0	19.0
20°	62.0	18.5
30°	61.0	18.5
40°	59.0	17.5
50°	58.0	17.5
60°	56.0	17.0
70°	55.0	16.5
80°	53.0	16.0
90°	52.0	15.5
100° *	50.0	15.0
110°	59.0	17.5
120°	68.0	20.5
130°	77.0	23.0
140°	86.0	26.6
150°(flexión completa)	95.0	28.5

*Posición funcional (1)

(1) En caso de anquilosis bilateral de los codos, la posición funcional no será necesariamente la misma para ambos; sin embargo, la deficiencia global correspondiente puede calcularse utilizando las cifras de la tabla anterior y las cifras de conversión de la TABLA No. 1.48.

1.3.2.3. Restricción de movimiento: rotación, supinación-pronación

Amplitud de movimiento: 160 grados (80o de supinación + 80o de pronación).
El movimiento de rotación, supinación-pronación, corresponde al 40% del movimiento del codo.

TABLA No. 1.25: ARTICULACIÓN DEL CODO - ROTACIÓN, PRONACION Y SUPINACIÓN

Restricción de movimiento:

Amplitud media de Rotación = 160 grados.

Rotación desde la posición neutra 0° hasta :		Perdidos	Conservados	Deficiencia extremidad superior(%)	Deficiencia global(%)
0°	80°	0°	13.0	4.0	
10°	70°	10°	11.0	3.5	
20°	60°	20°	10.0	3.0	
30°	50°	30°	8.0	2.5	
40°	40°	40°	7.0	2.0	
50°	30°	50°	5.0	1.5	
60°	20°	60°	3.0	1.0	
70°	10°	70°	2.0	0.5	
80°	0°	80°	0.0	0.0	

1.3.2.4. Anquilosis: pronación-supinación del codo

TABLA No. 1.26: ARTICULACION DEL CODO - PRONACION SUPINACIÓN - ANQUILOSIS:

Articulación anquilosada en:	Deficiencia Extremidad Superior(%)	Deficiencia global (%)
0° (posición neutra)	65.0	19.5
10°	69.0	20.5
20°	73.0	22.0
30°	76.0	23.0
40°	80.0	24.0
50°	84.0	25.0
60°	88.0	26.5
70°	91.0	27.5
80°(supinación o pronación completa)	95.0	28.5

1.3.3. Articulación de la Muñeca

1.3.3.1. Restricción de movimiento: Dorsiflexión de la muñeca.

TABLA No 1.27: ARTICULACIÓN DE LA MUÑECA - FLEXIÓN DORSAL

Amplitud media de LA FLEXIÓN DORSO-PALMAR = 130 grados.

Flexión dorsal desde posición neutra 0° hasta:		Perdidos	Conservados	Deficiencia extremidad Superior (%)	Deficiencia global (%)
0°	60°	0°	10.0	3.0	
10°	50°	10°	8.0	2.5	
20°	40°	20°	6.0	2.0	
30°	30°	30°	5.0	1.5	
40°	20°	40°	3.0	1.0	
50°	10°	50°	2.0	0.5	
60°	0°	60°	0.0	0.0	

1.3.3.2. Anquilosis: flexión dorsal de la muñeca.

TABLA No. 1.28: ARTICULACION DE LA MUÑECA: FLEXIÓN DORSAL - ANQUILOSIS

Articulación anquilosada en:	Deficiencia	extremidad superior (%)	Deficiencia Global (%)
0° (posición neutra)	30.0	9.0	
10°	28.0	8.5	
20°	27.0	8.0	
30°	25.0	7.5	
40°	47.0	14.0	
50°	68.0	20.5	
60° (flexión dorsal completa)	90.0	27.0	

1.3.3.3. Restricción de movimiento: flexión palmar de la muñeca.

TABLA No. 1.29: ARTICULACION DE LA MUÑECA: FLEXIÓN PLAMAR RESTRICCIÓN DE MOVIMIENTO

Flexión palmar desde posición neutra 0° hasta:	Perdidos	Conservados	Deficiencia
extremidad Superior (%)	Deficiencia global (%)		
0° 70°	0° 11.0	3.5	
10° 60°	10° 10.0	3.0	
20° 50°	20° 8.0	2.5	
30° 40°	30° 6.0	2.0	
40° 30°	40° 5.0	1.5	
50° 20°	50° 3.0	1.0	
60° 10°	60° 2.0	0.5	
70° 0°	70° 0.0	0.0	

1.3.3.4. Anquilosis: flexión palmar de la muñeca.

TABLA No. 1.30: ARTICULACION DE LA MUÑECA: FLEXIÓN PLAMAR - ANQUILOSIS

Articulación anquilosada en:	Deficiencia	Extremidad (%)	Deficiencia Global(%)
0°	30.0	9.0	
10°	39.0	11.5	
20°	47.0	14.0	
30°	56.0	17.0	
40°	64.0	19.0	
50°	73.0	22.0	
60°	81.0	24.5	
70°	90.0	27.0	

1.3.3.5 Restricción de movimiento: Desviación radial y cubital

TABLA No. 1.31: ARTICULACIÓN DE LA MUÑECA - RADIALIZACION Y CUBITALIZACION

Restricción de movimiento:

Amplitud media de la DESVIACIÓN RADIAL - CUBITAL = 50 grados.

El movimiento de radialización y cubitalización, corresponde al 30% del movimiento del codo.

Desviación radial desde posición neutra 0° hasta:	Perdidos	Conservados	Deficiencia
Superior(%)	Deficiencia global(%)		
0° 20°	0 4.0	1.0	
10° 10°	10 2.0	0.5	
20° 0°	20 0.0	0.0	
Desviación cubital desde posición neutra 0° hasta			
0° 30°	0 5.0	1.5	
10° 20°	10 4.0	1.0	

20°	10°	20	2.0	0.5
30°	0°	30	0.0	0.0

1.3.3.6 Anquilosis: desviación radial y cubital.

TABLA No. 1.32: ARTICULACION DE LA MUÑECA: DESVIACIÓN RADIAL Y CUBITAL - ANQUILOSIS

Articulación anquilosada desviación radial en:	Deficiencia Superior(%)	Deficiencia Global(%)
0° (posición neutra)	30.0	9.0
10°	60.0	18.0
20° (desviación radial completa)	90.0	27.0
Articulación anquilosada desviación cubital en:		
0° (posición neutra)	30.0	9.0
10°	50.0	15.0
20°	70.0	21.0
30° (desviación cubital completa)	90.0	27.0

1.3.4 ALTERACIONES EN EL MOVIMIENTO DE LOS DEDOS

La deficiencia debida a alteraciones en el movimiento de los dedos de la mano debe relacionarse con la deficiencia referida a la mano y ésta en relación con la extremidad superior, la que a su vez debe ser referida a la persona global.

1.3.4.1. Articulación interfalángica del Pulgar

Amplitud media de la flexión - extensión: 80 grados.

TABLA No. 1.33: ARTICULACIÓN INTERFALANGICA DEL PULGAR – FLEXIÓN - EXTENSIÓN RESTRICCION DE MOVIMIENTO

Movilidad Extremidad Superior	Pérdida Superior (%)	Deficiencia del pulgar(%)	Deficiencia mano(%)	Deficiencia Global(%)	Deficiencia
80°	0°	0.0	0.0	0.0	0.0
60°	20°	5.5	2.0	2.0	0.5
40°	40°	11.5	4.0	3.5	1.0
20°	60°	17.0	6.5	6.0	2.0
0°	80°	22.5	9.0	8.0	2.5

1.3.4.2. Anquilosis: interfalángica del pulgar.

TABLA No. 1.34: ARTICULACIÓN INTERFALANGICA DEL PULGAR – ANQUILOSIS

Deficiencia del Pulgar (%)	Deficiencia global(%)	Deficiencia mano (%)	Deficiencia Extremidad superior
80° (Flexión completa)	37.5	15.0	13.5 4.0
60°	27.5	11.0	10.0 3.0
40°	17.5	7.0	6.5 2.0
20°(posición neutra)	20.0	8.0	7.0 2.0
0° (posición neutra)	22.5	9.0	8.0 2.5

1.3.4.3. Articulación Metacarpofalángica del Pulgar flexión - extensión: Restricción de movimiento:

Amplitud media de la flexión - extensión: 60 grados.

TABLA No.1.35: ARTICULACIÓN METACARPOFALANGICA DEL PULGAR – RESTRICCIÓN DE MOVIMIENTO

Movilidad Extremidad Superior	Pérdida Superior (%)	Deficiencia del pulgar(%)	Deficiencia mano(%)	Deficiencia Global(%)
60° 0°	0.0	0.0	0.0	0.0
40° 20°	9.0	3.5	3.0	1.0
20° 40°	18.5	7.5	7.0	2.0
0° 60°	27.5	11.0	10.0	3.0

1.3.4.4. Anquilosis: Metacarpofalángica del Pulgar:

TABLA No.1.36: ARTICULACIÓN METACARPOFALANGICA DEL PULGAR - ANQUILOSIS

Articulación Anquilosada en:	Def.pulgar(%)	Def.mano(%)	Def.Ext.Sup.	Def.Global
60°(flexión completa)	40.0	16.0	14.5	4.5
40°	30.5	12.0	11.0	3.5
20°	21.5	8.5	7.5	2.5
0°(posición neutra)	27.5	11.0	10.0	3.0

1.3.4.5. Articulación Carpometacarpiana del Pulgar: restricción del movimiento

TABLA No. 1.37: ARTICULACIÓN CARPOMETACARPIANA DEL PULGAR - RESTRICCIÓN DE MOVIMIENTO

Amplitud media de la flexión - extensión: 45 grados.

Flexión desde posición neutra (0°) hasta:	Perdidos	Conservado	Pulgar(%)	Mano(%)	Extr.Sup. (%)	Global
0° 15°	0° 7.5	3.0	2.5	1.0		
10° 10°	10° 2.5	1.0	1.0	0.5		
15° 0°	15° 0.0	0.0	0.0	0.0		
Extensión desde posición neutra 0° hasta:						
0° 30°	0° 7.5	3.0	2.5	1.0		
10° 20°	10° 5.0	2.0	2.0	0.5		
20° 10°	20° 2.5	1.0	1.0	0.5		
30° 0°	30° 0.0	0.0	0.0	0.0		

1.3.4.6. Articulación Carpometacarpiana del Pulgar: anquilosis

La abducción y adducción de la articulación carpometacarpiana del pulgar se considera asociada con la habilidad de flexión y extensión de la articulación. Esta asociación ha sido tomada en consideración al establecer los porcentajes de deficiencia para flexión-extensión.

TABLA No. 1.38: ARTICULACIÓN CARPOMETACARPIANA DEL PULGAR - ANQUILOSIS

Articulación Anquilosada en Flexión:	Pulgar(%)	Mano(%)	Extr, sup.(%)	Global(%)
0° (posición neutra)	15.0	6.0	5.5	2.0
10°	27.5	11.0	10.0	3.0
15° (flexión completa)	40.0	15.5	14.0	4.0
Extensión				
0° (posición neutra)	15.0	6.0	5.5	2.0
10°	23.5	9.5	8.5	2.0
20°	31.5	12.5	11.5	3.5
30° (extensión completa)	40.0	15.5	14.0	4.0

TABLA No. 1.39: DEFICIENCIA DE LA MANO EN RELACIÓN CON EL DEDO PULGAR

Deficiencia Pulgar(%)	Deficiencia Mano(%)	Deficiencia Pulgar(%)	Deficiencia Mano(%)	Deficiencia Pulgar(%)	Deficiencia Mano(%)	Deficiencia Pulgar(%)	Deficiencia Mano(%)
0.0-0.5	0.0	12.0-13.0	5.0	24.5-25.5	10.0	37.0-38.0	15.0
1.0-1.5	0.5	13.5-14.0	5.5	26.0-26.5	10.5	38.5-39.0	15.5
2.0-3.0	1.0	14.5-15.5	6.0	27.0-28.0	11.0	39.5-40.5	16.0
3.5-4.0	1.5	16.0-16.5	6.5	28.5-29.0	11.5	41.0-41.5	16.5
4.5-5.5	2.0	17.0-18.0	7.0	29.5-30.5	12.0	42.0-43.0	17.0
6.0-6.5	2.5	18.5-19.0	7.5	31.0-31.5	12.5	43.5-44.0	17.5
7.0-8.0	3.0	19.5-20.5	8.0	32.0-33.0	13.0	44.5-46.0	18.0
8.5-9.0	3.5	21.0-21.5	8.5	33.5-34.0	13.5	46.0-46.5	18.5
9.5-10.5	4.0	22.0-23.0	9.0	34.5-35.5	14.0	47.0-48.0	19.0
11.0-11.5	4.5	23.5-24.0	9.5	36.0-36.5	14.5	48.5-49.0	19.5
				49.5-50.0	20.0		

1.3.4.8. Articulación de los dedos, excepto pulgar, anular y meñique: restricción de movimiento.

Para determinar la deficiencia de las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales se debe aplicar el valor correspondiente a cada uno de los dedos.

En la anquilosis sólo se dan los valores para el índice y el dedo medio. El dedo anular y meñique con anquilosis metacarpofalángica en cualquier posición, sólo ocasionan 0.5% de deficiencia del dedo.

TABLA No 1.40: ARTICULACIONES DE OTROS DEDOS- RESTRICCIÓN DE MOVIMIENTO

A. Articulación metacarpofalángica de los dedos, menos pulgar
Amplitud media de la FLEXIÓN - EXTENSIÓN = 90 grados

Flexión desde posición neutra 0° hasta:	Perdidos	Conservados	Deficiencia dedo (%)
Deficiencia global (%)			
0° 90° 0°	27.5	2.0	
10° 80° 10°	24.5	1.5	
20° 70° 20°	21.5	1.5	
30° 60° 30°	16.5	1.0	
40° 50° 40°	15.5	1.0	
50° 40° 50°	12.0	1.0	
60° 30° 60°	9.0	0.5	
70° 20° 70°	6.0	0.5	
80° 10° 80°	3.0	0.5	
90° 0° 90°	0.0	0.0	

TABLA No 1.41: ARTICULACIONES DE OTROS DEDOS – ANQUILOISIS

Articulación anquilosada en:	Deficiencia Global
0°(posición neutra)	2.0
10°	2.0
20°	1.5
30°	1.5
40°	2.0
50°	2.0
60°	2.5
70°	2.5
80°	3.0
90°(flexión completa)	3.0

TABLA No 1.42: ARTICULACIONES DE OTROS DEDOS- INTERFALANGICA PROXIMAL DE LOS DEDOS MENOS EL PULGAR – RESTRICCIÓN DE MOVIMIENTO

B. Articulación interfalángica proximal de los dedos, menos pulgar

Restricción de movimiento:

Amplitud media de la FLEXIÓN - EXTENSIÓN = 100 grados

Flexión desde posición neutra 0° hasta:	Perdidos	Conservados	Deficiencia dedo (%)
0°	100°	0°	30.0 2.0
10°	90°	10°	27.0 2.0
20°	80°	20°	24.0 1.5
30°	70°	30°	21.0 1.5
40°	60°	40°	18.0 1.5
50°	50°	50°	15.0 1.0
60°	40°	60°	12.0 1.0
70°	30°	70°	9.0 0.5
80°	20°	80°	6.0 0.5
90°	10°	90°	3.0 0.5
100°	0°	100°	0.0 0.0

TABLA No 1.43: ARTICULACIONES DE OTROS DEDOS- INTERFALANGICA PROXIMAL DE LOS DEDOS MENOS EL PULGAR – ANQUILOSIS

Articulación anquilosada en:	Deficiencia dedo (%)	Deficiencia global(%)
0°(posición neutra)	30.0	2.0
10°	29.0	2.0
20°	27.5	2.0
30°	26.5	2.0
40°	25.0	1.5
50°	27.5	2.0
60°	30.0	2.0
70°	32.5	2.0
80°	35.0	2.5
90°	37.5	2.5
100°(flexión completa)	40.0	2.5

1.3.4.9. Articulación interfalángica distal de los dedos, menos pulgar: restricción de movimiento

Amplitud media de la FLEXIÓN - EXTENSIÓN = 70 grados

TABLA No 1.44: ARTICULACIONES DE OTROS DEDOS- INTERFALANGICA DISTAL DE LOS DEDOS MENOS EL PULGAR – RESTRICCIÓN DE MOVIMIENTO

Flexión desde posición neutra 0° hasta:	Perdidos	Conservados	Deficiencia dedo (%)
0°	70°	0°	22.5 1.5
10°	60°	10°	19.0 1.5
20°	50°	20°	16.0 1.0
30°	40°	30°	13.0 1.0
40°	30°	40°	9.5 1.0
50°	20°	50°	6.5 0.5
60°	10°	60°	3.0 0.5
70°	0°	70°	0.0 0.0

TABLA No 1.45: ARTICULACIONES DE OTROS DEDOS- INTERFALANGICA DISTAL DE LOS DEDOS MENOS EL PULGAR – ANQUILOSIS

Articulación anquilosada en:	Deficiencia dedo (%)	Deficiencia global(%)
0°(posición neutra)	22.5	1.5
10°	20.5	1.5
20°	19.0	1.5
30°	17.0	1.0
40°	15.0	1.0
50°	17.5	1.5
60°	20.0	1.5
70°	22.5	1.5

TABLA No.1.46: DEFICIENCIA DE LA MANO EN RELACIÓN CON LOS DEDOS

Deficiencia Dedo Índice (%)	Deficiencia Mano (%)	Deficiencia	Dedo	Mediano	(%)
Deficiencia Mano (%)					
0 - 10	0 - 20				
2 - 5	1 3 - 7				
6 - 9	2 8 - 12				
10 - 13	3 13 - 17	3			
14 - 17	4 18 - 22	4			
18 - 21	5 23 - 27	5			
22 - 25	6 28 - 32	6			
26 - 29	7 33 - 37	7			
30 - 33	8 38 - 42	8			
34 - 37	9 43 - 47	9			
38 - 41	10 48 - 52	10			
42 - 45	11 53 - 57	11			
46 - 49	12 58 - 62	12			
50 - 53	13 63 - 67	13			
54 - 57	14 68 - 72	14			
58 - 61	15 73 - 77	15			
62 - 65	16 78 - 82	16			
66 - 69	17 83 - 87	17			
70 - 73	18 88 - 92	18			
74 - 77	19 93 - 97	19			
78 - 81	20 98 - 100	20			
82 - 85	21				
86 - 89	22		Dedo anular		
90 - 93	23				
94 - 97	24 0 - 4	0			
98 - 100	25 5 - 14	5			
	15 - 24	2			
Dedo Meñique		25 - 34	3		
	35 - 44	4			
0% - 9%	0	45 - 54	5		
10% - 29%	1	55 - 64	6		
30% - 49%	2	65 - 74	7		
50% - 69%	3	75 - 84	8		
70% - 89%	4	85 - 94	9		
90% - 100%	5	95 - 100	10		

TABLA No. 1.47: DEFICIENCIA DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR EN RELACIÓN CON LA MANO

Deficiencia Mano (%)	Extremidad superior (%)	Deficiencia Mano (%)	Extremidad superior (%)
(%)	Deficiencia Mano (%)	Extremidad superior (%)	

0	0	35	32	70	63
1	1	36	32	71	64
2	2	37	33	72	65
3	3	38	34	73	66
4	4	39	35	74	67
5	5	40	36	75	68
6	5	41	37	76	68
7	6	42	38	77	69
8	7	43	39	78	70
9	8	44	40	79	71
10	10	45	41	80	72
11	10	46	41	81	73
12	11	47	42	82	74
13	12	48	43	83	75
14	13	49	44	84	76
15	14	50	45	85	77
16	14	51	46	86	77
17	15	52	47	87	78
18	16	53	48	88	79
19	17	54	49	89	80
20	18	55	50	90	81
21	19	56	50	91	82
22	20	57	51	92	83
23	21	58	52	93	84
24	22	59	53	94	85
25	23	60	54	95	86
26	23	61	55	96	86
27	24	62	56	97	87
28	25	63	57	98	88
29	26	64	58	99	89
30	27	65	59	100	90
31	28	66	59		
32	29	67	60		
33	30	68	61		
34	31	69	62		

TABLA No.1.48 DEFICIENCIA GLOBAL DE LA PERSONA EN RELACIÓN CON LA EXTREMIDAD SUPERIOR

	DeficienciaExtremidad Superior (%)	Persona Global (%)	DeficienciaExtremidad Superior (%)	Persona Global (%)	
0	0	35	10.5	70	21
1	0.5	36	11	71	21.5
2	0.5	37	11	72	21.5
3	1	38	11.5	73	22
4	1	39	11.5	74	22
5	1.5	40	12	75	22.5
6	2	41	12.5	76	23
7	2	42	12.5	77	23
8	2.5	43	13	78	23.5
9	2	44	13	79	23.5
10	3	45	13.5	80	24
11	3.5	46	14	81	24.5
12	3.5	47	14	82	24.5
13	4	48	14.5	83	25
14	4	49	14.5	84	25
15	4.5	50	15	85	25.5
16	5	51	15.5	86	26
17	5	52	15.5	87	26

18	5.5	53	16	88	26.5
19	5.5	54	16	89	26.5
20	6	55	16.5	90	27
21	6.5	56	17	91	27.5
22	6.5	57	17	92	27.5
23	7	58	17.5	93	28
24	7	59	17.5	94	28
25	7.5	60	18	95	28.5
26	8	61	18.5	96	29
27	8	62	18.5	97	29
28	8.5	63	19	98	29.5
29	8.5	64	19	99	29.5
30	9	65	19.5	100	30
31	9.5	66	20		
32	9.5	67	20		
33	10	68	20.5		
34	10	69	20.5		

1.4 EXTREMIDADES INFERIORES

1.4.1 Articulación coxo - femoral o de la cadera

1.4.1.1 Restricción de movimiento: Flexión

TABLA No. 1.49 ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL. FLEXIÓN – RESTRICCIÓN DE MOVIMIENTO

Amplitud media de la FLEXIÓN - EXTENSIÓN = 130 grados

Flexión hacia adelante desde: posición neutra 0° hasta:		Perdidos	Conservados
		Deficiencia extremidad Inferior (%)	Deficiencia Global (%)
0°	100°	0°	18.0 3.5
10°	90°	10°	16.0 3.0
20°	80°	20°	14.0 3.0
30°	70°	30°	12.0 2.5
40°	60°	40°	11.0 2.0
50°	50°	50°	9.0 2.0
60°	40°	60°	7.0 1.5
70°	30°	70°	5.0 1.5
80°	20°	80°	4.0 1.0
90°	10°	90°	2.0 0.5
100°	0°	100°	0.0 0.0

1.4.1.2 Anquilosis: Articulación coxo femoral- Flexión

TABLA No. 1.50 ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL. ANQUILOSIS EN FLEXION

Articulación anquilosada en:	Deficiencia Extremidad Inferior (%)	Deficiencia Global (%)
0°	70	14
10°	62	12.5
20°	54	11
25°	50	10
30°	53	10.5
40°	60	12
50°	67	18.5
60°	73	19.5
70°	80	16
80°	87	32.5

90° 93 18.5
 100°(flexión completa hacia adelante) 100 20

1.4.1.3 Restricción de Movimiento: Articulación coxo femoral- Extensión

TABLA No. 1.51: ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL. EN EXTENSIÓN – RESTRICCIÓN DE MOVIMIENTO

Extensión hacia atrás desde la posición neutra 0° hasta		Perdidos	Conservados
Deficiencia extremidad inferior (%)		Deficiencia Global (%)	
0°	30°	0°	5 1
10°	20°	10°	4 1
20°	10°	20°	2 0.5
30°	0°	30°	0 0

1.4.1.4 Anquilosis: Articulación coxo femoral- Extensión

TABLA No. 1.52: ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL. ANQUILOSIS EN EXTENSIÓN

Articulación anquilosada en:	Deficiencia extremidad inferior (%)	Deficiencia Global (%)
0°	70	14
10°	80	16
20°	90	18
30°(extensión completa hacia atrás)	100	20

1.4.1.5 Abducción – Aducción Articulación coxo femoral – Restricción de movimiento

TABLA No. 1.53: ARTICULACIÓN COXO FEMORAL - ABDUCCIÓN Y ADUCCIÓN - RESTRICCIÓN DE MOVIMIENTO

Amplitud media de la ABDUCCIÓN - ADUCCIÓN = 60 grados

Abducción desde la posición neutra 0° hasta:		Perdidos	Conservados	Deficiencia
Extremidad inferior (%)		Deficiencia Global (%)		
0°	40°	0°	16	3.0
10°	30°	10°	12	2.5
20°	20°	20°	8	1.5
30°	10°	30°	4	1.0
40°	0°	40°	0	0.0
Aducción desde la posición neutra 0° hasta:		Perdidos	Conservados	Deficiencia
0°	20°	0°	8	1.5
10°	10°	10°	4	1.0
20°	0°	20°	0	0.0

1.4.1.6 Abducción – Aducción Articulación coxo femoral – Anquilosis

TABLA No. 1.54: ARTICULACIÓN COXO FEMORAL - ABDUCCIÓN Y ADUCCIÓN - ANQUILOSIS

Articulación anquilosada en:	Deficiencia Extremidad Inferior(%)	Deficiencia Global(%)
0° (posición neutra)	70	14.0
10°	78	15.5
20°	85	17.0
30°	93	18.5
40° (Abducción completa)	100	20.0
0° (posición neutra)	70	14.0

10° 85 17.0
 20° (Aducción completa) 100 20.0

1.4.1.7 Rotación Articulación coxo femoral – Restricción de Movimiento

TABLA No. 1.55: ARTICULACIÓN COXO FEMORAL – ROTACIÓN –RESTRICCIÓN DE MOVIMIENTO

Amplitud media de la ROTACIÓN = 90 grados

El movimiento de rotación de la articulación coxo-femoral, corresponde al 33% del movimiento de la misma.

Rotación Interna desde la posición neutra 0° hasta:		Perdidos	Conservados	Deficiencia
Extremidad inferior (%)		Deficiencia Global (%)		
0°	40°	0°	10.0	2.0
10°	30°	10°	8.0	1.5
20°	20°	20°	5.0	1.0
30°	10°	30°	3.0	0.5
40°	0°	40°	0.0	0.0
Rotación Externa desde posición neutra 0° hasta:				
0°	50°	0°	13.0	2.5
10°	40°	10°	10.0	2.0
20°	30°	20°	8.0	1.5
30°	20°	30°	5.0	1.0
40°	10°	40°	3.0	0.5
50°	0°	50°	0.0	0.0

1.4.1.8 Rotación Articulación coxo femoral – Anquilosis

TABLA No. 1.56: ARTICULACIÓN COXO FEMORAL – ROTACIÓN – ANQUILOSIS

Articulación anquilosada en:	Deficiencia Extremidad inferior(%)	Deficiencia Global(%)
0° (posición neutra)	70	14.0
10°	78	15.5
20°	85	17.0
30°	93	18.5
40° (rotación interna completa)	100	20.0
0° (posición neutra)	70	14.0
10°	76	15.5
20°	82	16.5
30°	88	17.5
40°	94	19.0
50° (rotación externa completa)	100	20.0

1.4.2 Articulación de la rodilla

1.4.2.1 Restricción de movimiento en Flexión y Extensión de la rodilla

Si existe imposibilidad de extensión de la rodilla para soportar el peso del cuerpo más allá de 50 grados, la deficiencia es equivalente a una amputación y no se debe agregar ningún porcentaje adicional por pérdida de la flexión.

TABLA No. 1.57: ARTICULACIÓN DE LA RODILLA - FLEXIÓN, EXTENSIÓN – RESTRICCIÓN DE

MOVIMIENTO

Amplitud media de la FLEXIÓN EXTENSIÓN = 150 grados.

El movimiento de flexión y extensión de la rodilla, corresponde al 100% del movimiento de la misma.

Flexión activa retenida de extremidad inferior(%)	Deficiencia Extremidad inferior(%)	Deficiencia Global(%)
0°	53	10.5
10°	49	10.0
20°	46	9.0
30°	42	8.5
40°	39	8.0
50°	35	7.0
60°	32	6.5
70°	28	5.5
80°	25	5.0
90°	21	4.0
100°	18	3.5
110°	14	3.0
120°	11	2.0
130°	7	1.5
140°	4	1.0
150°	0	0.0
Extensión hasta:		
0° posición neutra	0	0.0
10°	1	0.0
20°	7	1.5
30°	17	3.5
40°	27	5.5
50-150°	90	18.0

1.4.2.2 Anquilosis en Flexión y Extensión de la rodilla

TABLA No. 1.58: ARTICULACIÓN DE LA RODILLA - FLEXIÓN, EXTENSIÓN – ANQUILOSIS

Articulación anquilosada en:	Deficiencia Extremidad inferior(%)	Deficiencia Global(%)
0° posición neutra	53	10.5
10°	50	10.0
20°	60	12.0
30°	70	14.0
40°	80	16.0
50°	90	18.0

1.4.3 Articulación del tobillo

1.4.3.1 Restricción de Movimiento de Flexión dorsi-plantar

TABLA No. 1.59: ARTICULACIÓN DEL TOBILLO. FLEXIÓN DORSI-PLANTAR RESTRICCIÓN DE MOVIMIENTO

Amplitud media de la FLEXIÓN DORSI-PLANTAR = 60 grados

El movimiento de flexión dorsi-plantar, corresponde al 70% del movimiento del tobillo.

Flexión dorsal desde posición neutra (0°) hasta Extremidad inferior(%)	Perdidos	Conservados	Deficiencia Global(%)	
0°	20°	0°	7	1.5
10°	10°	10°	4	1.0
20°	0°	20°	0	0.0

Flexión plantar desde posición neutra 0° hasta:

0°	40°	0°	14	3.0
10°	30°	10°	11	2.0
20°	20°	20°	7	1.5
30°	10°	30°	4	1.0
40°	0°	40°	0	0.0

1.4.3.2 Anquilosis: Flexión dorsi-plantar

TABLA No. 1.60: ARTICULACIÓN DEL TOBILLO. FLEXIÓN DORSI-PLANTAR - ANQUILOSIS

Anquilosis: Deficiencia Extremidad inferior (%) Deficiencia Global (%)				
Articulación anquilosada en:				
0° (posición neutra)	30	6		
10°	50	10		
20° (flexión dorsal completa)	70	14		
0° (posición neutra)	30	6		
10°	40	8		
20°	50	10		
30°	60	12		
40° (flexión plantar completa)	70	14		

1.4.3.3 Restricción de movimiento: Inversión – eversión del tobillo

TABLA No. 1.61: ARTICULACIÓN DEL TOBILLO. EVERSIÓN – INVERSION RESTRICCIÓN DE MOVIMIENTO

Amplitud media de la INVERSIÓN - EVERSIÓN = 50 grados
El movimiento de inversión – eversión, corresponde al 30% del movimiento del tobillo.

Inversión desde posición neutra 0° hasta					Perdidos	Conservados	Deficiencia
Extremidad inferior (%)					Deficiencia Global (%)		
0°	30°	0°	5	1.0			
10°	20°	10°	4	1.0			
20°	10°	20°	2	0.5			
30°	0°	30°	0	0.0			
Eversión desde posición neutra 0° hasta:							
0°	20°	0°	4	1.0			
10°	10°	10°	2	0.5			
20°	0°	20°	0	0.0			

1.4.3.4 Anquilosis: Inversión – eversión del tobillo

TABLA No. 1.62: ARTICULACIÓN DEL TOBILLO. EVERSIÓN – INVERSION - ANQUILOSIS

Articulación anquilosada en:					Deficiencia Extremidad inferior (%)	Deficiencia Global (%)
0° (posición neutra)	30	6.0				
10°	43	8.5				
20°	57	11.5				
0° (inversión completa)	70	14.0				
0° (posición neutra)	30	6.0				
10°	50	10.0				
20° (eversión completa)	70	14.0				

1.4.4 Restricción de los movimientos articulares de los artejos

1.4.4.1 Articulación interfalángica distal del segundo al quinto artejo del pie, restricción de movimiento.

Restricción de movimiento: Carece de valor.

1.4.4.2 Articulación interfalángica distal del segundo al quinto artejo del pie, Anquilosis.

TABLA No. 1.63: ARTICULACIÓN INTERFALÁNGICA DISTAL DEL SEGUNDO AL QUINTO ARTEJO DEL PIE – ANQUILOSIS

Articulación anquilosada en:	Deficiencia Dedos(%)	Deficiencia Pie(%)	Deficiencia Extremidad inferior (%)	Deficiencia Global (%)
Flexión dorsal	45	1	1	0
Posición neutra	30	1	1	0
Flexión plantar (dedo en martillo)	45	1	1	0

1.4.4.3 Articulación interfalángica proximal del segundo al quinto artejo del pie, restricción de movimiento.

Restricción de movimiento: Carece de valor funcional.

1.4.4.4 Articulación interfalángica proximal del segundo al quinto artejo del pie, Anquilosis.

TABLA No. 1.64: ARTICULACIÓN INTERFALÁNGICA PROXIMAL DEL SEGUNDO AL QUINTO ARTEJO DEL PIE – ANQUILOSIS

Articulación anquilosada en:	Deficiencia Dedos(%)	Deficiencia Pie(%)	Deficiencia Extremidad inferior (%)	Deficiencia Global (%)
Flexión dorsal	80	2	1	0
Posición neutra	45	1	1	0
Flexión plantar	80	2	1	0

1.4.4.5 Articulación metatarsofalángica del segundo artejo del pie, Flexión dorsi-plantar.

TABLA No. 1.65: ARTICULACIÓN METATARSOFalÁNGICA DEL SEGUNDO ARTEJO. FLEXIÓN DORSI-PLANTAR – RESTRICCIÓN DEL MOVIMIENTO

Amplitud media de la FLEXIÓN DORSI-PLANTAR = 70 grados.

El movimiento de flexión dorsi-plantar, corresponde al 100% del movimiento del segundo artejo.

Flexión dorsal desde posición neutra 0° hasta:	Perdidos	Conservado	Deficiencia Segundo dedo (%)	Deficiencia Pie(%)	Deficiencia Extremidad inferior(%)	Deficiencia Global(%)
0° 40°	0°	29	1	1	0	
10° 30°	10°	21	1	1	0	
20° 20°	20°	14	0	0	0	
30° 10°	30°	7	0	0	0	
40° 0°	40°	0	0	0	0	
Flexión plantar desde posición neutra 0° hasta:						
0° 30°	0°	21	1	1	0	
10° 20°	10°	14	0	0	0	
20° 10°	20°	7	0	0	0	
30° 0°	30°	0	0	0	0	

1.4.4.6 Articulación metatarsofalángica del segundo artejo del pie, Flexión dorsi-plantar.

TABLA No. 1.66: ARTICULACIÓN METATARSOFalÁNGICA DEL SEGUNDO ARTEJO. FLEXIÓN DORSI-PLANTAR – ANQUILOSIS

Articulación anquilosada en:	Deficiencia Dedos (%)	Deficiencia Pie (%)	Deficiencia Extremidad inferior (%)	Deficiencia Global (%)
0° (posición neutra)	50	2	1	0.0
10°	63	2	1	0.0
20°	75	2	1	0.0
30°	88	3	2	0.5
40°(flexión dorsal comp.)	100	3	2	0.5
0° (posición neutra)	50	2	1	0.0
10°	67	2	1	0.0
20°	83	2	1	0.0
30°(flexión plantar comp.)	100	3	2	0.5

1.4.4.7 Articulación metatarsofalángica del tercer artejo del pie, Flexión dorsi-plantar.

TABLA No. 1.67: ARTICULACIÓN METATARSOFalángica DEL TERCER ARTEJO. FLEXIÓN DORSI-PLANTAR – RESTRICCIÓN DE MOVIMIENTO

Restricción de movimiento:

Amplitud media de la FLEXIÓN DORSI-PLANTAR = 50 grados.

El movimiento de flexión dorsi-plantar, corresponde al 100% del movimiento del tercer artejo.

Flexión dorsal desde posición neutra 0° hasta:	Perdidos	Conservado	Deficiencia	Tercer
dedo (%)	Deficien-cia Pie(%)	Deficiencia Extremidad inferior(%)	Deficien-cia Global(%)	
0° 30°	0° 30	1	1	0
10° 20°	10° 20	1	1	0
20° 10°	20° 10	0	0	0
30° 0°	30° 0	0	0	0
Flexión plantar desde posición neutra 0° hasta:				
0° 20°	0° 20	1	1	0
10° 10°	10° 10	0	0	0
20° 0°	20° 0	0	0	0

1.4.4.8 Articulación metatarsofalángica del tercer artejo del pie, Flexión dorsi-plantar, anquilosis.

TABLA No. 1.68: ARTICULACIÓN METATARSOFalángica DEL TERCER ARTEJO. FLEXIÓN DORSI-PLANTAR – ANQUILOSIS

Articulación anquilosada en:	Deficiencia Dedos (%)	Deficiencia Pie (%)	Deficiencia Extremidad inferior (%)	Deficiencia Global (%)
0° (posición neutra)	50	2	1	0.0
10°	67	2	1	0.0
20°	83	2	1	0.0
30°(flexión dorsal comp.)	100	3	2	0.5
0° (posición neutra)	50	2	1	0.0
10°	75	2	1	0.0
20°(flexión plantar comp.)	100	3	2	0.5

1.4.4.9 Articulación metatarsofalángica del cuarto artejo del pie, Flexión dorsi-plantar.

TABLA No. 1.69: ARTICULACIÓN METATARSOFalángica DEL CUARTO ARTEJO. FLEXIÓN DORSI-PLANTAR – RESTRICCIÓN DE MOVIMIENTO

Amplitud media de la FLEXIÓN DORSI-PLANTAR = 30 grados.

El movimiento de flexión dorsi-plantar, corresponde al 100% del movimiento del cuarto artejo.

Flexión dorsal desde posición neutra 0° hasta:	Perdidos	Conservado	Deficiencia	Cuarto
dedo (%)	Deficien-cia Pie(%)	Deficiencia Extremidad inferior(%)	Deficien-cia Global(%)	
0° 20°	0° 33	1	1	0

10°	10°	10°	17	1	1	0
20°	0°	20°	0	0	0	0
Flexión plantar desde posición neutra 0° hasta:						
0°	10°	0°	17	1	1	0
10°	0°	10°	0	0	0	0

1.4.4.10 Articulación metatarsofalángica del cuarto artejo del pie, Flexión dorsi-plantar, anquilosis.

TABLA No. 1.70: ARTICULACIÓN METATARSOALÁNGICA DEL CUARTO ARTEJO. FLEXIÓN DORSI-PLANTAR – ANQUILOSIS

Articulación anquilosada en:	Deficiencia Dedos (%)	Deficiencia Pie (%)	Deficiencia Extremidad inferior (%)	Deficiencia Global (%)
0° (posición neutra)	50	2	1	0.0
10° (flexión dorsal comp.)	75	2	1	0.0
20° (flexión dorsal comp.)	100	3	2	0.5
0° (posición neutra)	50	2	1	0.0
10° (flexión plantar comp.)	100	3	2	0.5

1.4.4.11 Articulación metatarsofalángica del Quinto artejo del pie, Flexión dorsi-plantar.

TABLA No. 1.71: ARTICULACIÓN METATARSOALÁNGICA DEL QUINTO ARTEJO. FLEXIÓN DORSI-PLANTAR – RESTRICCIÓN DE MOVIMIENTO

Amplitud media de la FLEXIÓN DORSI-PLANTAR = 20 grados.
El movimiento de flexión dorsi-plantar, corresponde al 100% del movimiento del quinto artejo.

Flexión dorsal desde posición neutra 0° hasta:	Perdidos Quinto dedo (%)	Conservado Quinto dedo (%)	Deficiencia Extremidad inferior (%)	Deficiencia Global (%)
0°	10°	0°	50	2
10°	0°	10°	0	0
Flexión plantar Desde posición Neutra 0° hasta:				
0°	10°	0°	50	2
10°	0°	10°	0	0

1.4.4.12 Articulación metatarsofalángica del quinto artejo del pie, Flexión dorsi-plantar, anquilosis.

TABLA No. 1.72: ARTICULACIÓN METATARSOALÁNGICA DEL QUINTO ARTEJO. FLEXIÓN DORSI-PLANTAR – ANQUILOSIS

Articulación anquilosada en:	Deficiencia Dedos (%)	Deficiencia Pie (%)	Deficiencia Extremidad inferior (%)	Deficiencia Global (%)
0° (posición neutra)	50	2	1	0.0
10° (flexión dorsal comp.)	100	3	2	0.5
0° (posición neutra)	50	2	1	0.0
10° (flexión plantar comp.)	100	3	2	0.5

TABLA No. 1.73: DEFICIENCIA DEL SEGUNDO AL QUINTO ARTEJO EN RELACIÓN CON EL PIE

Deficiencia de cada artejo (%)	Deficiencia del pie (%)
0	- 16 0
17	- 49 1
50	- 83 2
84	- 100 3

1.4.4.13 Articulación interfalángica del artejo mayor del pie, Flexión - Extensión.

TABLA No. 1.74: ARTICULACIÓN INTERFALÁNGICA DEL ARTEJO MAYOR. FLEXIÓN – EXTENSION - RESTRICCIÓN DE MOVIMIENTO

Amplitud media de la FLEXIÓN DORSI-PLANTAR = 30 grados.

El movimiento de flexión dorsi-plantar, corresponde al 100% del movimiento del artejo mayor.

Flexión dorsal desde posición neutra 0° hasta:		Perdidos	Conservado	Deficiencia	Artejo
Mayor (%)	Deficien-cia Pie(%)	Deficiencia Extremidad inferior(%)	Deficiencia Global(%)		
0° 30°	0° 45 8	6	1.0		
10° 20°	10° 30 5	4	1.0		
20° 10°	20° 15 3	2	0.5		
30° 0°	30° 0 0	0	0.0		

1.4.4.14 Articulación interfalángica del artejo mayor del pie, Flexión - extensión, anquilosis.

TABLA No. 1.75: ARTICULACIÓN METATARSOFalÁNGICA DEL ARTEJO MAYOR. FLEXIÓN - EXTENSION – ANQUILOSIS

Articulación anquilosada en:	Deficiencia Dedos (%)	Deficiencia Pie (%)	Deficiencia
Extremidad inferior (%)	Deficiencia Global (%)		
0° (posición neutra)	45 8 6	1.0	
10° 55 10 7	1.5		
20° 65 12 8	1.5		
30°(flexión completa)	75 14 10	2.0	

1.4.4.15 Articulación metatarsofalángica del artejo mayor del pie, Flexión dorsal.

TABLA No. 1.76: ARTICULACIÓN METATARSOFalÁNGICA DEL ARTEJO MAYOR. FLEXIÓN DORSAL - RESTRICCIÓN DE MOVIMIENTO

Amplitud media de la FLEXIÓN DORSAL = 50 grados.

El movimiento de flexión dorsal, corresponde al 100% del movimiento del artejo mayor.

Flexión dorsal desde posición neutra 0° hasta:		Perdidos	Conservado	Deficiencia	Artejo
Mayor (%)	Deficien-cia Pie(%)	Deficiencia Extremidad inferior(%)	Deficiencia Global(%)		
0° 50°	0° 34 6	4	1.0		
10° 40°	10° 28 5	4	1.0		
20° 30°	20° 21 4	3	0.5		
30° 20°	30° 14 3	2	0.5		
40° 10°	40° 7 1	1	0.0		
50° 0°	50° 0 0	0	0.0		

1.4.4.16 Articulación interfalángica del artejo mayor del pie, Flexión - dorsal, anquilosis.

TABLA No. 1.77: ARTICULACIÓN METATARSOFalÁNGICA DEL ARTEJO MAYOR. FLEXIÓN - EXTENSION – ANQUILOSIS

Articulación anquilosada en:	Deficiencia Dedos (%)	Deficiencia Pie (%)	Deficiencia
Extremidad inferior (%)	Deficiencia Global (%)		
0° (posición neutra)	55 10 7	1.5	
10° 64 12 8	1.5		

20°	73	13	9	2.0
30°	82	15	11	2.0
40°	91	17	12	2.5
50°(flexión dorsal comp.)	100	18	13	2.5

1.4.4.17 Articulación metatarsofalángica del artejo mayor del pie, Flexión plantar.

TABLA No. 1.78: ARTICULACIÓN METATARSO Falángica DEL ARTEJO MAYOR. FLEXIÓN PLANTAR - RESTRICCIÓN DE MOVIMIENTO

Amplitud media de la FLEXIÓN PLANTAR = 30 grados.

El movimiento de flexión plantar, corresponde al 100% del movimiento del artejo mayor.

Flexión plantar desde posición neutra 0° hasta:		Perdidos	Conservado	Deficiencia	Artejo	
Mayor (%)	Deficien-cia Pie(%)	Deficiencia Extremidad inferior(%)	Deficien-cia Global(%)			
0°	30°	0°	21	4	3	0.5
10°	20°	10°	14	3	2	0.5
20°	10°	20°	7	1	1	0.0
30°	0°	30°	0	0	0	0.0

1.4.4.18 Articulación interfalángica del artejo mayor del pie, Flexión - plantar, anquilosis.

TABLA No. 1.79: ARTICULACIÓN METATARSO Falángica DEL ARTEJO MAYOR. FLEXIÓN - PLANTAR – ANQUILOSIS

Articulación anquilosada en:		Deficiencia Dedos (%)	Deficiencia Pie (%)	Deficiencia
Extremidad inferior (%)	Deficiencia Global (%)			
0° (posición neutra)	55	10	7	1.5
10°	70	13	9	2.0
20°	85	16	11	2.0
30°(flexión plantar comp.)	100	18	13	2.5

TABLA NO. 1.80 DEFICIENCIA DE CADA ARTEJO (SEGUNDO AL QUINTO) RESPECTO AL PIE Y A LA EXTREMIDAD INFERIOR

DEFICIENCIA CADA ARTEJO (%)	DEFICIENCIA PIE (%)	DEFICIENCIA	EXTREMIDAD
INFERIOR (%)	DEFICIENCIA GLOBAL(%)		
0-16	0	0	0
17 – 49	1	1	0
50 – 83	2	1	0
84-100	3	2	1

TABLA No. 1.81 DEFICIENCIA DEL PIE EN RELACIÓN CON EL ARTEJO MAYOR

Deficiencia artejo mayor (%)	Deficiencia Pie (%)	Deficiencia	artejo	mayor(%)
Deficiencia Pie(%)				
0 - 20	53 – 57	10		
3 - 81	58 – 62	11		
9 - 132	63 – 68	12		
14 – 19	3	69 – 73	13	
20 - 24	4	74 – 79	14	
25 – 30	5	80 – 84	15	
31 – 35	6	85 – 90	16	

36 – 41	7	91 – 95	17
42 – 46	8	96-100	18
47 – 52	9		

TABLA No. 1.82 DEFICIENCIA EXTREMIDAD INFERIOR EN RELACIÓN CON EL PIE

	Deficiencia del Pie (%)	Extremidad inferior (%)	Deficiencia Pie (%)	Extremidad inferior (%)	
	Deficiencia Pie (%)	Extremidad inferior (%)			(%)
0	0	35	25	70	49
1	1	36	25	71	49
2	1	37	26	72	50
3	2	38	27	73	51
4	3	39	27	74	52
5	4	40	28	75	53
6	4	41	29	76	53
7	5	42	29	77	54
8	6	43	30	78	55
9	6	44	31	79	55
10	7	45	32	80	56
11	8	46	32	81	57
12	8	47	33	82	57
13	9	48	34	83	58
14	10	49	34	84	59
15	11	50	35	85	60
16	11	51	36	86	60
17	12	52	36	87	61
18	13	53	37	88	62
19	13	54	38	89	62
20	14	55	39	90	63
21	15	56	39	91	64
22	15	57	40	92	64
23	16	58	41	93	65
24	17	59	41	94	66
25	18	60	42	95	67
26	18	61	43	96	67
27	19	62	43	97	68
28	20	63	44	98	69
29	20	64	45	99	69
30	21	65	46	100	70
31	22	66	46		
32	22	67	47		
33	23	68	48		
34	24	69	48		

Para determinar la deficiencia global consulta la tabla 1.83.

TABLA No. 1.83 DEFICIENCIA DE LA PERSONA GLOBAL EN RELACIÓN CON LA EXTREMIDAD INFERIOR

	Deficiencia de Extremidad Inferior (%)	Deficiencia Global (%)	Deficiencia de Extremidad Inferior (%)	Deficiencia Global (%)	
0	0.0	35	7.0	70	14.0
1	0.0	36	7.0	71	14.0
2	0.5	37	7.5	72	14.5
3	0.5	38	7.5	73	14.5
4	1.0	39	8.0	74	15.0
5	1.0	40	8.0	75	15.0
6	1.0	41	8.0	76	15.5

7	1.5	42	8.5	77	15.5
8	1.5	43	8.5	78	15.5
9	2.0	44	9.0	79	16.0
10	2.0	45	9.0	80	16.0
11	2.0	46	9.0	81	16.0
12	2.5	47	9.5	82	16.5
13	2.5	48	9.5	83	16.5
14	3.0	49	10.0	84	17.0
15	3.0	50	10.0	85	17.0
16	3.0	51	10.0	86	17.0
17	3.5	52	10.5	87	17.5
18	3.5	53	10.5	88	17.5
19	4.0	54	11.0	89	18.0
20	4.0	55	11.0	90	18.0
21	4.0	56	11.0	91	18.0
22	4.5	57	11.5	92	18.5
23	4.5	58	11.5	93	18.5
24	5.0	59	12.0	94	19.0
25	5.0	60	12.0	95	19.0
26	5.0	61	12.0	96	19.0
27	5.5	62	12.5	97	19.5
28	5.5	63	12.5	98	19.5
29	6.0	64	13.0	99	20.0
30	6.0	65	13.0	100	20.0
31	6.0	66	13.0		
32	6.5	67	13.5		
33	6.5	68	13.5		
34	7.0	69	14.0		

1.4.5 Fracturas, luxofracturas y deformidades o secuelas funcionales

No obstante las Tablas referentes a los porcentajes de deficiencia por amputación o restricción en el movimiento de las distintas articulaciones o segmentos, existen situaciones especiales que requieren de una evaluación diferente a las ya mencionadas.

1.4.5.1 Acortamiento extremidad inferior

En caso de acortamiento debido a falta de alineación, deformidad o fractura secundaria, se deben sumar los siguientes valores a las secuelas funcionales.

TABLA No. 1.84 ACORTAMIENTO DE LA EXTREMIDAD INFERIOR

Acortamiento: (En centímetros) Ponderación:

0 a 1.4	2.5% de la extremidad inferior.
1.50 a 2.9	5% de la extremidad inferior.
3.0 a 3.9	7.5% de la extremidad inferior.
4.0 a 4.5	10% de la extremidad inferior.

1.4.5.2 Lesiones de tejidos blandos de una extremidad, superior o inferior.

Cuando se requiere de múltiples procedimientos quirúrgicos, por etapas, dentro de los doce meses posteriores a su iniciación, para recuperar y/o restaurar la función mayor de la extremidad, y si dicha función no se ha conseguido restaurar en el tiempo mencionado y no existen posibilidades de conseguirlo en el plazo de 12 meses, se debe considerar un deficiencia igual a como si estuviera amputado por este concepto.

1.4.5.3 Osteomielitis (Diagnosticada radiológicamente)

La Osteomielitis se valorará según las secuelas que genere en el individuo.

1.5 AMPUTACIONES

Para el caso de la evaluación de los dedos y la aplicación de este manual, se entiende por amputación cuando la pérdida compromete el tejido óseo. Aquellas amputaciones que sean menores del 50% del tamaño de la falange, se les asignará el valor del 50% de la pérdida de la capacidad laboral correspondiente. Si son mayores o iguales al 50% del tamaño de la falange, se les asignará el valor total de la deficiencia global correspondiente a ella.

En los casos anteriores cuando una nueva lesión afecte el nivel de amputación que involucre lo ya calificado, no tendrán carácter sumatorio. Es decir, no será considerado como factor que aumente el porcentaje de pérdida de la capacidad laboral.

TABLA No. 1.85 AMPUTACIONES EN EXTREMIDADES SUPERIORES

Deficiencia extremidad (%)	Deficiencia global (%)	
Amputación de un cuarto anterior	100	30.0
Desarticulación del hombro	97	29.0
Amputación del brazo por encima de la inserción del deltoides	97	29.0
Amputación por encima del codo y desarticulación del codo	95	28.5
Amputación 1/3 proximal antebrazo	95	28.5
Amputación 1/3 medio y distal antebrazo y desarticulación muñeca	90	27.0
Amputación transmetacarpiana	90	27.0
Amputación todos dedos excepto pulgar	54	16.0
Amputación pulgar	36	11.0
Amputación pulgar en IF	27	8.0
Amputación índice	23	7.0
Amputación índice IFP	18	5.5
Amputación índice IFD	10	3.0
Amputación dedo medio	18	5.5
Amputación dedo medio en IFP	14	4.0
Amputación dedo medio en IFD	8	2.5
Amputación anular	9	2.5
Amputación anular en IFP	7	2.0
Amputación anular en IFD	5	1.5
Amputación meñique	5	1.5
Amputación meñique en IFP	4	1.0
Amputación meñique en IFD	2	0.5
Amputación anular y meñique		7.5

1.5.2 Amputaciones Extremidades Inferiores

TABLA No. 1.86: AMPUTACIONES EN EXTREMIDADES INFERIORES

Deficiencia extremidad Inferior (%)	Deficiencia Global(%)	
Hemipelvectomía ----	25.0	
Desarticulación cadera	100	20.0
Amputación 1/3 proximal muslo		100 20.0
Amputación 1/3 medio y distal	90	18.0
Desarticulación rodilla	90	18.0
Amputación bajo rodilla muñón Funcional	70	14.0
Amputación tobillo	70	14.0
Amputación pie – Chopart	53	10.5
Amputación medio tarso	35	7.0
Amputación todos artejos	21	4.0
Amputación 1o. Artejo en MTT	21	4.0

Amputación 1o. Artejo en MTF	13	2.5
Amputación 1o. Artejo IF	10	2.0
Amputación 2o. A 5o. Artejos	8	1.5

TABLA NO. 1.87: DEFICIENCIA DEL PIE POR AMPUTACION DE UNO O MULTIPLES ARTEJOS.

Amputación de:	Deficiencia del pie (%)	
Primer artejo	18	
Primero y segundo	21	
Primero, segundo y tercero	24	
Primero, segundo y cuarto	24	
Primero, segundo y quinto	24	
Primero, segundo, tercero y cuarto	27	
Primero, segundo, tercero y quinto	27	
Primero, segundo, cuarto y quinto	27	
Primero, segundo, tercero cuarto y quinto	30	
Primero y tercero	21	
Primero, tercero y cuarto	24	
Primero, tercero y quinto	24	
Primero, tercero, cuarto y quinto	27	
Primero y cuarto	21	
Primero, cuarto y quinto	24	
Primero y quinto	21	
Segundo	3	
Segundo y tercero	6	
Segundo, tercero y cuarto	9	
Segundo, tercero y quinto	9	
Segundo, tercero, cuarto y quinto	12	
Segundo y cuarto	6	
Segundo, cuarto y quinto	9	
Segundo y quinto	6	
Tercero	3	
Tercero y cuarto	6	
Tercero, cuarto y quinto	9	
Tercero y quinto	6	
Cuarto	3	
Cuarto y quinto	6	
Quinto	3	

CAPITULO II

2. SISTEMA NERVIOSO PERIFERICO

2.1 Generalidades

Estas normas establecen los criterios a utilizar para evaluar la deficiencia permanente derivada de la alteración de los nervios espinales periféricos. Es importante anotar que dicha evaluación debe fundamentarse en un examen neurológico completo.

Para evaluar la deficiencia es preciso determinar el grado de disfunción por concepto de:

2.1.1 Dolor

El dolor es una sensación subjetiva, individual e inmensurable de agonía, disconfort y angustia, que afecta a la persona en forma variable. Para evaluar el dolor asociado con trastornos nerviosos espinales periféricos se deberá tener en cuenta:

a) Cómo el dolor interfiere con el desempeño de las labores cotidianas del individuo;

b) Cuál es la extensión del dolor siguiendo la distribución del dermatoma comprometido;

c) Hasta qué punto la descripción del dolor indica que es causado por una neuropatía periférica, como el hecho de que se asocie con otros síntomas o signos de la raíz o nervio comprometido.

El dolor neurálgico en las extremidades secundario a lesiones nerviosas, de carácter intenso, constante y variación considerable, conocido también como causalgia, puede llegar a ser tan extremo que el individuo puede quedar completamente incapacitado. Se asocia ocasionalmente con neuropatía periférica, particularmente de los nervios mediano, ciático y tibial. Cuando la causalgia persiste a pesar de un tratamiento apropiado, la pérdida de la función puede llevar al 100% de la deficiencia de extremidad asignada para ese nervio.

Si la distrofia simpática refleja se acompaña de causalgia, se aplica el mismo criterio antes descrito.

2.1.2 Pérdida de fuerza muscular

Las pruebas musculares ayudan a evaluar la lesión del nervio específico e incluyen fuerza, duración y repetición de la contracción muscular. La pérdida de fuerza no simulada, se mide de acuerdo con el rango de movilidad completo contra gravedad y resistencia, que determinarán la deficiencia del órgano, de conformidad con el esquema de la siguiente Tabla:

TABLA No. 2.1: DEFICIENCIA POR PERDIDA DE FUERZA MUSCULAR

Rango de movilidad	Deficiencia del órgano (%)
Completo contra gravedad y resistencia fuerte	0
Contra resistencia leve	7.5
Solamente contra gravedad.	19
Con gravedad eliminada.	33
Trazas de movilidad.	45
Cero movilidad.	50

En lo posible hay que diferenciar la pérdida de fuerza por dolor de la pérdida de la función por compromiso motor, y calificar por separado con las tablas correspondientes. Para ello se debe tener en cuenta lo siguiente:

2.1.2.1 Alteraciones sensitivas.

Al evaluarlas se deberá considerar:

a) Dolor y disestesias;

b) Alteraciones en el conocimiento de las medidas, forma y calidad de los objetos (estereognosis);

c) Alteraciones en el sentido de la posición, y en la percepción de dos puntos;

d) Parestesias de origen cerebral;

e) Alteraciones que se pueden descubrir con otras pruebas más complejas, como los desórdenes en la imagen del cuerpo.

2.1.2.2 Alteraciones motoras.

Estos desórdenes incluyen la hemiparesia y la hemiplejía que son limitantes. Además, se considera otra sintomatología no tan limitante, a saber:

a) Movimientos involuntarios como temblor, atetosis, corea o hemibalismo;

- b) Alteraciones en el tono y postura;
- c) Varias formas de aquinesia y disquinesia, en las cuales el movimiento puede ser gravemente afectado como en la Enfermedad de Parkinson;
- d) Deficiencia de movimientos asociados y cooperativos.

Alteraciones complejas de la manualidad y el porte, incluyendo ataxias.

2.1.3 Exámenes de ayuda diagnóstica

Dentro de las pruebas de ayuda diagnóstica que pueden contribuir a determinar el compromiso nervioso se destacan las electrodiagnósticas, que incluyen la electromiografía, el tiempo de conducción nerviosa y los potenciales evocados. Estos exámenes sólo deben realizarse en centros especializados y por profesionales de comprobada idoneidad y capacidad técnica.

2.2 LOS NERVIOS ESPINALES

El orden recomendado y descrito para determinar la deficiencia permanente causada por el daño de un nervio espinal periférico es:

- a) Las raíces nerviosas espinales.
- b) Los plejos nerviosos espinales.
- c) Los nervios espinales específicos.

2.2.1. Plexos nerviosos espinales

La deficiencia por lesiones o enfermedades de los plexos nerviosos debe determinarse evaluando la pérdida de sus variadas funciones. A través de anastomosis de las raíces nerviosas se forman los troncos nerviosos principales, cuya importancia clínica reside en el hecho de que sus respectivas lesiones son fácilmente reconocibles por dar origen a síndromes precisos.

- a) Plexo Braquial o tronco superior.
- b) Plexo lumbosacro o tronco medio o inferior.

2.2.1.1 Plexo Braquial o Tronco Superior

Inerva el hombro y la extremidad superior y está formado por las divisiones anteriores de la C5 - C6 - C7 y C8 de las raíces cervicales y de la primera raíz torácica.

Figura No. 1: PLEJO BRAQUIAL

TABLA No.2.2 DEFICIENCIA DEL PLEXO BRAQUIAL UNILATERAL

Deficiencia Global			
Por déficit sensitivo dolor o discomfort (%)	Por pérdida de fuerza (%)	Máximo	valor

por pérdida total (%)

* Tronco superior (C-5, C-6) 0 - 15 0 - 150 - 30

(Duchenne - Erb) 0 - 7 0 - 15.5 0 - 23.5

* Tronco medio (C-7) 0 - 1.50 - 10 0 - 11.5

* Tronco inferior (C-8, T-1) (Klum-pke-Déjerime) 0 - 5 0 - 18 0 - 23

NOTA: La suma de las deficiencias originadas por el déficit sensitivo, dolor o disconfort y las de pérdida de fuerza, equivale al máximo valor de deficiencia global. Por tanto, dicha suma no puede sobrepasar ese valor.

2.2.1.2 Plexo Lumbosacro

Los principales nervios de la extremidad inferior y de la pelvis nacen del plexo lumbosacro.

Las alteraciones de este plexo no sólo involucran la extremidad inferior sino también el intestino, vejiga y órganos sexuales, más la estabilidad del tronco.

FIGURA No. 2: PLEJO LUMBOSACRO

Tabla N° 2.3 DEFICIENCIA DEL PLEJO LUMBOSACRO UNILATERAL

Deficiencia Global

Por déficit sensitivo dolor o disconfort (%) Por pérdida de fuerza (%) Máximo valor por pérdida total (%)

0 - 160 - 190 - 35

NOTA: La suma de las deficiencias originadas por el déficit sensitivo, dolor o disconfort y las de pérdida de fuerza, equivale al máximo valor de deficiencia global. Por tanto, dicha suma no puede sobrepasar ese valor.

2.3 RAÍCES DE NERVIOS ESPINALES

TABLA No.2.4 DEFICIENCIA UNILATERAL POR RAÍZ DE NERVIOS ESPINALES

	Deficiencia de Extremidad (%)		
Raíz de nervio:	Por déficit sensitivo dolor o disconfort (%)	Por Pérdida de Fuerza (%)	Por Pérdida Total (%)
C-5	0-5	0-12	0-17.0
C-6	0-5	0-15	0-20.0
C-7	0-4	0-15	0-18.5
C-8	0-4	0-20	0-24.0
T-1	0-5	0-7	0-12.0
L-3	0-5	0-7	0-12.0
L-4	0-4	0-14	0-18.5
L-5	0-4	0-16	0-20.0
S-1	0-5	0-7	0-12.0

La conversión a deficiencia global deberá hacerse solamente cuando hayan sido combinadas todas las deficiencias de la extremidad estudiada.

Cuando existan varios nervios espinales comprometidos primero se deberá combinar los valores de sus deficiencias de extremidad y ponderarlos a la tabla de deficiencia global.

2.3.1. NERVIOS ESPINALES NOMINADOS

2.3.1.1. Cabeza, Cuello y Diafragma

TABLA No.2.5: DEFICIENCIA ESPECIFICA UNILATERAL DEL NERVIIO ESPINAL QUE AFECTA A LA CABEZA Y AL CUELLO

Deficiencia Global		Por Déficit sensitivo dolor o disconfort (%)	Por Pérdida de Fuerza (%)	Por Pérdida
Total (%)				
Occipital mayor	0 –2.50	0 - 2.5		
Occipital menor	0 – 1.5	0	0 - 1.5	
Gran auricular	0 – 1.5	0	0 - 1.5	
Sec. Accesorio (Sec. Espinal)	0	0 – 5	0 - 5.0	

Un trastorno unilateral del nervio frénico daría lugar a una deficiencia mínima, dado que la persona lo puede compensar y continuar realizando sus actividades cotidianas. La deficiencia global de la persona por complicación frénica unilateral será del 10%. Por otra parte, una complicación frénica bilateral podría dar lugar a una reducción de la función ventilatoria, la cual tendrá que ser evaluada de acuerdo con los criterios fijados en el capítulo del sistema respiratorio.

2.3.1.2 Extremidad Superior

TABLA No.2.6: DEFICIENCIA UNILATERAL DEL NERVIIO ESPINAL QUE AFECTA A LA EXTREMIDAD SUPERIOR

Deficiencia de la extremidad(%)		Por Déficit sensitivo dolor o disconfort (%)	Por Pérdida de Fuerza (%)	Por Pérdida
Nervio: .				
Pérdida Total (%)				
Torácico Anterior	0	0 - 5	0 - 5	
Axilar (circunflejo)	0-5	0-33	0 - 38	
Escapular Dorsal	0	0-5	0 - 5	
Torácico Largo	0	0-15	0 - 15	
Cutáneo Antebranquial Medio	0-5	0	0-5	
Cutáneo Braquial Medio	0-5	0	0-5	
Mediano (Por encima del antebrazo medio)	0-31	0-42	0-73	
Mediano (Por debajo del antebrazo medio)	33	0-28	0-61	
Rama lado radial del pulgar	0-4	0	0-4	
Rama lado cubital del pulgar	0-8	0	0-8	
Rama lado radial del índice	0-8	0	0-8	
Rama lado cubital índice	0-3	0	0-3	
Rama lado radial del dedo corazón o medio	0-7	0	0-7	
Rama lado cubital del dedo corazón o medio	0-2	0	0-2	
Rama lado radial del anular	0-3	0	0-3	
Musculocutáneo	0-5	0-24	0-29	
Radial(musculo espinal) (Parte superior del brazo con pérdida del tríceps), muñeca en posición funcional	0-5	0-52	0-57	
Radial – musculoespinal en posición funcional	0-5	0-38	0-43	
Subescapular-superior e Inferior	0	0-5	0-5	
Supraescapular	0-5	0-14	0-19	
Toracicodorsal –Subescapular	0	0-10	0-10	
Cubital – por encima del anteb. Medio	0-7	0-26	0-33	
Cubital – por debajo del anteb. Medio	0-9	0-24	0-33	
Rama lado cubital del dedo anular	0-2	0	0-2	
Rama lado radial del meñique	0-2	0	0-2	
Rama lado cubital meñique	0-4	0	0-4	

NOTA: Consultar la TABLA No. 2.9 para convertir la deficiencia de la extremidad superior en deficiencia global, sólo después de combinar todas las deficiencias de la extremidad superior estudiada.

TABLA No.2.7: DEFICIENCIA POR SINDROME TUNEL DEL CARPO.

CLASE	Descripción de criterios	Deficiencia de mano (%)	Deficiencia de Extremidad Superior (%)	Deficiencia Global (%)
I	Leve: Existe compromiso de la sensibilidad.	5.0	5.0	3.0
II	Moderado: Existe compromiso motor y de la sensibilidad.	10.0	9.0	5.0
III	Severo: Existe compromiso motor, de la sensibilidad y denervación.	15.0	14.0	8.0

FIGURA 3. - INERVACION MOTORA EXTREMIDAD SUPERIOR

TABLA No. 2.8: CONVERSION DE LA DEFICIENCIA DE LOS DEDOS EN DEFICIENCIA DE LA MANO Y DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR

DEFICIENCIA DE Dedo	DEFICIENCIA DE Pulgar (%)	DEFICIENCIA DE Mano (%)	DEFICIENCIA DE Extremidad Superior (%)	DEFICIENCIA DE Dedo Índice (%)	DEFICIENCIA DE Mano (%)	DEFICIENCIA DE Extremidad Superior (%)
0-1	0	0	0-1	0	0	0
2-3	1	1	2-5	1	1	1
4-6	2	2	6-9	2	2	2
7-8	3	3	10-13	3	3	3
9-11	4	4	14-17	4	4	4
12-13	5	5	18-21	5	5	5
14-16	6	6	22-25	6	6	6
17-18	7	7	26-29	7	7	7
19-21	8	8	30-33	8	8	8
22-23	9	9	34-37	9	9	9
24-26	10	10	38-41	10	10	10
27-28	11	11	42-45	11	11	11
29-31	12	12	46-49	12	12	12

DEFICIENCIA DE Dedo	DEFICIENCIA DE Corazón (%)	DEFICIENCIA DE Mano (%)	DEFICIENCIA DE Extremidad Superior (%)	DEFICIENCIA DE Dedo Anular (%)	DEFICIENCIA DE Mano (%)	DEFICIENCIA DE Extremidad Superior (%)
0-2	0	0	0-4	0	0	0
3-7	1	1	5-14	1	1	1
8-12	2	2	15-24	2	2	2
13-17	3	3	25-34	3	3	3
18-22	4	4	35-44	4	4	4
23-27	5	5	45-54	5	5	5
28-32	6	6	Dedo Meñique			
33-37	7	7	0-9	0	0	0
38-42	8	8	10-29	1	1	1
43-47	9	9	30-49	2	2	2
48-52	10	10	50-69	3	3	3
			70-89	4	4	4

TABLA No.2.9: CONVERSIÓN DE LA DEFICIENCIA DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR EN DEFICIENCIA GLOBAL

EXTRE SUPER (%)	PERSONA GLOBAL (%)	EXTRE SUPER (%)	PERSONA GLOBAL (%)
0	0.0	20	6.0
1	0.5	21	6.5
2	0.5	22	6.5
3	1.0	23	7.0
		40	12.0
		41	12.5
		42	12.5
		43	13.0
		60	18.0
		61	18.5
		62	18.5
		63	19.0
		80	23.0
		81	24.5
		82	24.5
		83	25.0

4	1.0	24	7.0	44	13.0	64	19.0	84	25.0
5	1.5	25	7.5	45	13.5	65	19.5	85	25.5
6	2.0	26	8.0	46	14.0	66	20.0	86	26.0
7	2.0	27	8.0	47	14.0	67	20.0	87	26.0
8	2.5	28	8.5	48	14.5	68	20.5	88	26.5
9	2.5	29	8.5	49	14.5	69	20.5	89	26.5
10	3.0	30	9.0	50	15.0	70	21.0	90	27.0
11	3.5	31	9.5	51	15.5	71	21.5	91	27.5
12	3.5	32	9.5	52	15.5	72	21.5	92	27.5
13	4.0	33	10.0	53	16.0	73	22.0	93	28.0
14	4.0	34	10.0	54	16.0	74	22.0	94	28.0
15	4.5	35	10.5	55	16.5	75	22.5	95	28.5
16	5.0	36	11.0	56	17.0	76	23.0	96	29.0
17	5.0	37	11.0	57	17.0	77	23.0	97	29.0
18	5.5	38	11.5	58	17.5	78	23.5	98	29.5
19	5.5	39	11.5	59	17.5	79	23.5	99	29.5
	100	30.0							

Los porcentajes de esta tabla vienen expresados en forma unilateral. Cuando haya compromiso bilateral las deficiencias unilaterales deberán ser determinadas en forma individual y convertidas cada una en deficiencia global.

Finalmente, los valores se combinan empleando la tabla de valores combinados. Para el caso de la extremidad dominante se aplica el criterio señalado en el capítulo 1.

2.3.1.3 Extremidad Inferior

TABLA No.2.10 DEFICIENCIA DEL NERVI0 ESPINAL UNILATERAL ESPECÍFICO QUE AFECTA LA EXTREMIDAD INFERIOR

Deficiencia de la extremidad inferior(%)			
Nervio:	Por Déficit sensitivo dolor o disconfort (%)	Por Pérdida de Fuerza (%)	Por Pérdida Total (%)
Femoral	0-4.8 0-33.2	0-38	
Femoral (por debajo del nervio Iliaco)	0-4.8 0-19.2	0-34	
Genito – Femoral	0-5 0 0-5		
Inferior glúteo	0 0-25 0-25		
Femorocutáneo	0-10 0 0-10		
Nervio del músculo Obturador interno	0 0-10 0-10		
Nervio del músculo Piriforme	0 0-10 0-10		
Obturador	0 0-10 0-10		
Posterior cutáneo del muslo	0-5 0 0-5		
Superior glúteo	0 0-20 0-20		
Ciático (inervación por encima del hueso popliteo)	0-20.2	0-60.8	0-81
Común peroneo (popliteo lateral externo)	0-4.8 0-33.2	0-38	
Profundo (por encima de la tibia media)	0 0-25 0-25		
Profundo (por debajo de la tibia media)	0 0-5 0-5		
Superficial	0-2.6 0-9.4 0-14		
Nervio tibial(popliteo Medio o interno)	Por encima de rodilla	0 0-45 0-45	
Tibia posterior(pantorrilla media y rodilla)	0-12.4 0-20.6	0-33	
Por debajo de la pantorrilla media	0-14 0-14 0-28		
Rama plantar lateral	0-5 0-5 0-10		
Rama plantar medial	0-5 0-5 0-10		
Crural(safeno externo)	0-5 0 0-5		

Notas:

1. Ver TABLA No.2.11 para convertir la deficiencia de la extremidad inferior en deficiencia global de la persona.

2. La conversión a deficiencia global desde la deficiencia parcial sólo se hace cuando todas las deficiencias que afectan a la extremidad inferior estudiada hayan sido combinadas.

TABLA No.2.11: DEFICIENCIA DE LA EXTREMIDAD INFERIOR EN RELACIÓN CON LA DEFICIENCIA GLOBAL

EXTRE INFERIOR(%)	PERSONA GLOBAL (%)	EXTRE INFERIOR(%)	PERSONA GLOBAL (%)	EXTRE INFERIOR(%)	PERSONA GLOBAL (%)	EXTRE INFERIOR(%)	PERSONA GLOBAL (%)		
0	0.0	20	4.0	40	8.0	60	12.0	80	16.0
1	0.0	21	4.0	41	8.0	61	12.0	81	16.0
2	0.5	22	4.5	42	8.5	62	12.5	82	16.5
3	0.5	23	4.5	43	8.5	63	12.5	83	16.5
4	1.0	24	5.0	44	9.0	64	13.0	84	17.0
5	1.0	25	5.0	45	9.0	65	13.0	85	17.0
6	1.0	26	5.0	46	9.0	66	13.0	86	17.0
7	1.5	27	5.5	47	9.5	67	13.5	87	17.5
8	1.5	28	5.5	48	9.5	68	13.5	88	17.5
9	2.0	29	6.0	49	10.0	69	14.0	89	18.0
10	2.0	30	6.0	50	10.0	70	14.0	90	18.0
11	2.0	31	6.0	51	10.0	71	14.0	91	18.0
12	2.5	32	6.5	52	10.5	72	14.5	92	18.5
13	2.5	33	6.5	53	10.5	73	14.5	93	18.5
14	3.0	34	7.0	54	11.0	74	15.0	94	19.0
15	3.0	35	7.0	55	11.0	75	15.0	95	19.0
16	3.0	36	7.0	56	11.0	76	15.0	96	19.0
17	3.5	37	7.5	57	11.5	77	15.5	97	19.5
18	3.5	38	7.5	58	11.5	78	15.5	98	19.5
19	4.0	39	8	59	12.0	79	16.0	99	20.0
	100	20.0							

TABLA No.2.12: DEFICIENCIA POR RAÍCES TORÁCICAS

Raíces torácicas	Deficiencia Global Unilateral (%)	Deficiencia Global Bilateral(%)
De dos raíces torácicas	0 - 2.4	0 - 4.9
De cinco raíces torácicas	2.5 - 7.4	5.0 - 13.9
Cualquiera de cinco o más raíces torácicas	7.5 - 17.5	14.0 - 29.0

CAPITULO III

3. REUMATOLOGÍA

3.1 GENERALIDADES

Las patologías reumatológicas que trata este capítulo, comprometen fundamentalmente el aparato locomotor asociado o no a compromiso del parénquima de otros órganos o sistemas, tales como: riñón, pulmón, corazón, sistema nervioso central y periférico, cuyas deficiencias se deben evaluar en los capítulos respectivos a cada uno de ellos.

Las diversas deficiencias del aparato locomotor se analizarán considerando cuidadosamente lo siguiente:

1. Tipo de patología.
2. Terapia médico-quirúrgica aplicada.

3. Programa de medicina física y rehabilitación
4. Tiempo de evolución de la enfermedad y posible recuperación.
5. Grado de alteración funcional permanente.

3.1.1 Clasificación de las patologías reumatológicas

Si bien la clasificación internacional de las patologías reumatológicas hace distinciones más específicas, con fines prácticos podemos agruparlas en cuatro grandes tipos de patologías.

1. Inflamatorias.
2. Degenerativas.
3. Metabólicas.
4. Extraarticulares.

3.1.1.1 INFLAMATORIAS

A. Etiología Conocida:

- a) Artritis séptica
- b) Artritis traumática

B. De Etiología Desconocida:

- a) Artritis reumatoidea
- b) Artritis reumatoidea juvenil
- c) Espondiloartropatías seronegativas, dentro de las cuales se incluye espondilitis anquilosante, artritis psoriásica y Síndrome de Reiter.
- d) Enfermedades del tejido conectivo:
 1. Lupus eritematoso sistémico.
 2. Esclerosis sistémica progresiva.
 3. Dermatomiositis
 4. Vasculitis (PAN, ETC.)
 5. Enfermedad mixta del tejido conectivo.
 6. Síndrome de Sjögren.

3.1.1.2. DEGENERATIVAS

- a) Artrosis de manos.
- b) Artrosis de columna cervical.
- c) Artrosis de columna lumbar.
- d) Artrosis de caderas.
- e) Artrosis de rodillas.
- f) Otras.

3.1.1.3. METABÓLICAS

- a) Gota.
- b) Condrocálcinosis.
- c) Osteoporosis.
- d) Por depósito de hidroxapatita.

3.1.1.4. EXTRA-ARTICULARES

- a) Bursitis.
- b) Tendinitis.
- c) Periartritis.
- d) Síndrome de atrapamientos neurales (Ej. Síndrome túnel carpiano).

e) Fibromialgia primaria o secundaria.

3.2 EVALUACION DE LA DEFICIENCIA POR PATOLOGIAS REUMATOLOGICAS

3.2.1 CRITERIOS DE EVALUACION

Para la evaluación de la deficiencia por causas reumatológicas es fundamental que se tenga en cuenta que el diagnóstico de estas patologías se debe realizar con base en criterios clínicos, de laboratorio e imagenológicos, entre otros, asegurándose que el interesado haya recibido una terapia suficiente y adecuada.

3.2.2 EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR AFECCIONES REUMÁTICAS ARTICULARES INFLAMATORIAS

TABLA 3.1: EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR AFECCIONES REUMÁTICAS ARTICULARES INFLAMATORIAS

Clase	Descripción de criterios	Deficiencia Global (%)
I	· Existe una patología posible o probable de Artritis Reumatoidea o afecciones similares consistentes en artralgias migratorias, rigidez articular matinal, sin signos de sinovitis ni deformaciones, ni compromiso del estado general.· Los exámenes de laboratorio o radiografías no tienen alteraciones significativas.· Las artralgias, artritis, o ambas deben presentarse por lo menos durante tres meses.· No hay limitación de la actividad de la vida diaria ni laboral.	1-4.9
II	· Existen síntomas y signos evidentes de enfermedad inflamatoria Articular consistentes en: Poliartalgias, poliartritis simétricas o migratorias, rigidez matinal de las articulaciones por lo menos durante una hora.· Elementos de Sinovitis articulares, sin deformaciones ni desviaciones.· Los rangos de movimiento articulares, aunque dolorosos, son normales.· Los exámenes de laboratorio comprueban la existencia de una enfermedad articular inflamatoria.· Las radiografías pueden mostrar existencia de osteoporosis yuxtaarticular, pinzamiento articular o pequeñas erosiones articulares.· La capacidad funcional está restringida en forma leve o moderada que no impide las actividades de la vida diaria.	5-17.4
III	· Existe una enfermedad inflamatoria poliarticular definida, a los síntomas y signos de la clase anterior se agregan la existencia de deformaciones, desviaciones articulares, o ambas.· Los exámenes de Laboratorio e imagenológicos son concluyentes de patología articular.· Las medidas terapéuticas que modificarían favorablemente el curso de la enfermedad son de éxito relativo.· Existe una moderada o acentuada limitación de la capacidad funcional para realizar las actividades de la vida diaria.· Si existe compromiso de los parénquimas de otros organos o sistemas (riñón, pulmón corazón, piel, S.N.C. y periférico), deben evaluarse en los capítulos respectivos y combinarse.	17.5-29.9
IV	· Enfermedad inflamatoria poliarticular activa o inactiva, tipo clásica, con severas secuelas osteoarticulares, musculares o cutáneas (artrosis secundaria, subluxaciones, anquilosis fibrosa u ósea, atrofia muscular, fibrosis cutánea, etc.), que provoca una incapacidad absoluta y sólo permite el desarrollo mínimo de las actividades personales de la vida diaria.· El estudio radiográfico debe demostrar por lo menos la existencia de estas lesiones articulares.	30-45

3.2.3. EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR AFECCIONES REUMÁTICAS DEGENERATIVAS

Si bien se trata de degradación del cartílago independientemente de la edad del individuo, en líneas generales se considera que no es una enfermedad que provoque por sí sola una incapacidad absoluta y permanente, excepto cuando existe una poliartrosis en las articulaciones que soportan peso.

La artrosis por si sola es dolorosa en períodos agudos, y por las reacciones inflamatorias de vecindad que provoca, o bien por los procesos neurológicos compresivos que se observan a nivel

de la columna Vertebral.

De tal manera, que la ponderación de las deficiencias por artrosis no debe basarse en la existencia propia de la enfermedad, sino, en las limitaciones funcionales de las articulaciones que provoca la misma y los procesos neurológicos compresivos neurales de vecindad.

Con tal objetivo hay que remitirse a las tablas de evaluación de los rangos de movimiento articulares y al compromiso de los Nervios Espinales Periféricos, señalados en los capítulos correspondientes.

TABLA No.3.2. DEFICIENCIA GLOBAL DERIVADA DE LA ARTROSIS DE MANOS

Clase	Descripción criterio	Extremidad dominante(%)	Extremidad no dominante(%)
I	Ambas manos(%) Alguna dificultad en la destreza de los dedos	Fuerza de garra y pinza < de 50%. 0 - 2.42.5 - 9.9	2.5 - 7.4
II	No tiene destreza en los dedos.	Fuerza de garra y pinza < de 20%. 10.0 – 20.0	7.5 - 12.5 2.5 - 7.5

Mención especial merecen las artrosis de cadera, rodillas o ambas, en las cuales a los rangos de movimiento articulares ponderados debe agregarse la pérdida capacidad funcional.

TABLA No. 3.3. DEFICIENCIA GLOBAL DERIVADA DE ARTROSIS DE CADERAS, RODILLAS O AMBAS

Clase	Descripción de criterios	Deficiencia Global (%)
I	Puede sostenerse de pie pero camina con dificultad en todos los terrenos.	2.5-9.9
II	Puede sostenerse de pie y caminar sólo en terreno llano.	10-17.4
III	Puede sostenerse de pie y caminar sólo con aditamentos (muletas o bastones) y en terreno llano.	17.5-29.9
IV	Puede sostenerse de pie pero no puede caminar.	30-45

En todos los casos debe considerarse previamente a la evaluación la posibilidad de tratamientos quirúrgicos (endoprótesis), teniendo en cuenta el acceso de la persona a este tipo de tratamientos.

3.2.4. EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR ENFERMEDADES REUMÁTICAS METABÓLICAS

3.2.4.1 Gota

En ocasiones, por tratamientos mal llevados se producen crisis inflamatorias articulares a repetición, que pueden provocar severas deformaciones, osteolisis, formación de tofos periarticulares, daño renal por depósito de uratos. En estos casos puede producirse una incapacidad física asimilable a las clases II, III o IV de los reumatismos inflamatorios. El daño renal se evaluará según lo establecido en el capítulo respectivo.

3.2.4.2 Condrocálcinosis

Compromete con mayor frecuencia las rodillas, ocasionalmente las articulaciones de los hombros, muñecas y tobillos.

Las crisis repetidas pueden determinar una artrosis secundaria que se evaluará según los rangos de movimiento articulares y capacidad funcional.

3.2.4.3 Osteoporosis Generalizada

Es una patología de etiología primario o secundario, que se caracteriza por la pérdida de masa ósea, especialmente en la columna dorsolumbar, la pelvis, las caderas y las muñecas, que cuando son asintomáticas no producen deficiencia. Cuando existe dolor o espasmo muscular sin deformidad del esqueleto y se consigue una completa remisión de estos síntomas mediante una terapia continua a base de hormonas y minerales, se puede considerar una deficiencia global de 1 - 5%.

Cuando se necesita terapia continua para aliviar el dolor sin conseguir su remisión total se considerará una deficiencia global de 5 - 10%.

Para cualquier caso, el cálculo del déficit de la densidad mineral ósea (DMO) se hará de conformidad con la biotecnología disponible en el territorio nacional.

3.2.5. EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR REUMATISMOS EXTRA-ARTICULARES

Las alteraciones por reumatismos extraarticulares corresponden a Bursitis, Tendinitis o periartritis de origen microtraumático repetitivo. Las localizaciones más comunes son: Hombros (bursitis, tendinitis del supraespinoso, bicipital, etc.), epicondilitis, tendinitis del extensor del pulgar, tendinitis de los flexores de los dedos de las manos (dedo en resorte), bursitis peritrocantérica, bursitis de la pata de ganso.

En general se trata de patologías que responden muy bien al tratamiento médico y ocasionalmente quirúrgico, de tal manera que no provocan deficiencia. Sin embargo, en pocas oportunidades quedan secuelas que deberán evaluarse según lo establecido en el capítulo que comprende la tabla de los rangos de movimiento articulares.

Atrapamientos neurales: el principal es el síndrome del túnel carpiano para cuyo diagnóstico es indispensable efectuar un electromiograma y una cuantificación de la velocidad de conducción nerviosa de los nervios medianos. Si bien, con tratamiento quirúrgico habitualmente se logra una recuperación completa, en ocasiones con terapia efectuada tardíamente puede dejar secuelas que se deberán evaluar según la tabla de compromiso de los nervios espinales periféricos. Es necesario realizar un electromiograma y velocidad de conducción nerviosa en un tiempo postoperatorio no menor de 6 meses antes de evaluar esta patología.

Cuando se habla de fibrositis se incluye en ella a aquellos pacientes que presentan mialgias, artralgiás, parestesias, contracturas musculares, etc., sin una base orgánica evidente y que habitualmente corresponden a trastornos funcionales no psicóticos. Su evaluación cae dentro del campo de la psiquiatría dado que siempre el examen físico osteoarticular y de laboratorio resulta normal, y si existieran alteraciones radiográficas éstas no serían de significación clínica.

CAPITULO IV

4. APARATO RESPIRATORIO

4.1 GENERALIDADES

El propósito de éste capítulo es realizar la evaluación de la disfunción permanente del aparato respiratorio y sus efectos en el desempeño del individuo. Debe recordarse que este tipo de disfunción crónica no es estática, si no que por el contrario puede ser la manifestación de procesos cambiantes, de manera que se deben realizar evaluaciones periódicas según al historia natural de la enfermedad diagnosticada.

El grado de disfunción pulmonar cuantificado no se correlacionan en forma directa con la extensión, la severidad de la lesión tisular o anatómica, ni con los síntomas. Por tanto, la calificación de la deficiencia hacerse con base en los criterios señalados en el presente capítulo.

Se considera insuficiencia respiratoria crónica cuando la presión barométrica arterial de oxígeno (PO₂) es inferior a 60mm Hg, con o sin elevación de la presión barométrica arterial de dióxido de carbono (PCO₂) mayor de 45 mm Hg. En este caso, se trata de una condición avanzada de la patología respiratoria y la deficiencia global corresponde a 40%.

Las pruebas funcionales tienen valor para la evaluación de la deficiencia respiratoria sólo si se han efectuado cuando el paciente se encuentra en una condición estable, alejado de un episodio agudo o recurrente y siempre que se hayan agotado los recursos terapéuticos pertinentes.

4.2 CLASIFICACION

La clasificación de la deficiencia del aparato respiratorio se basa en:

1. Grado de disnea
2. Signos radiológicos
3. Grado de deficiencia funcional (pruebas de función respiratoria y saturación de oxígeno arterial).

Para clasificar una patología respiratoria en una determinada categoría de deficiencia, se deberán cumplir por lo menos dos de los criterios establecidos en cada una de ellas.

Se debe tener presente que los pacientes con síntomas que están dentro de los criterios de la Clase I debe tener una deficiencia global del 0%, aunque haya anomalía anatómica demostrable en el aparato respiratorio.

4.3 PROCEDIMIENTOS PARA EVALUAR LA DEFICIENCIA DE ORIGEN RESPIRATORIO

Se debe realizar una anamnesis y un cuidadoso examen clínico completo, con especial énfasis en los síntomas y signos de tipo respiratorio. Se debe contar con una serie de ayudas diagnósticas, tales como:

1. Radiografías del tórax en inspiración profunda, en proyecciones postero-anterior y lateral y demás imágenes diagnósticas respiratorias que se consideren necesarias según la patología.
2. Espirometría completa basal y con broncodilatador.
3. Gases arteriales en reposo y en ejercicio, curva de oxígeno y demás pruebas de gases pertinentes.
4. Difusión de monóxido de carbono, pletismografía pulmonar, volúmenes pulmonares y demás pruebas funcionales necesarias.
5. También pueden ser necesarias otras pruebas tales como electrocardiograma, hematocrito y determinación de la hemoglobina.

4.3.1 HISTORIA CLINICA, EXAMENES FÍSICO Y DE AYUDA DIAGNOSTICA

4.3.1.1 Evaluación en Clases Funcionales de la Disnea:

TABLA No. 4.1: GRADOS DE LA DISNEA

GRADO DE DISNEA	CRITERIOS CLINICOS
0	Normal, no hay disnea.

- 1 El paciente puede caminar al paso de la persona sana de su misma edad y constitución en terreno plano, pero presenta disnea al subir una cuesta o una escalera.
- 2 El paciente puede caminar varias cuerdas a su propia velocidad y presenta disnea al caminar rápido en lo plano.
- 3 El paciente presenta disnea al caminar despacio en lo plano.
- 4 El paciente tiene disnea en reposo e incluso la presenta al vestirse, bañarse o lavarse.

4.3.1.2 Espirometría

Una vez realizado el examen, debe informarse por lo menos la Capacidad Vital Forzada CVF, el Volumen Espiratorio Forzado en el primer segundo VEF1, la proporción de relación entre estos dos parámetros o Índice de Tiffeneau ($VEF1/CVF \times 100$), el flujo espiratorio forzado 25-75% de la CVF (FEF25-75%) también llamado flujo espiratorio medio máximo FEMM y el Flujo Pico PF. Los valores deben expresarse en términos absolutos y en el porcentaje del valor normal esperado.

Debido a la variabilidad de los valores normales, el límite inferior de normalidad de cada uno de los índices anteriores se ha fijado en el percentil 95 del valor teórico promedio esperado, es decir en el valor sobre el cual se distribuye el 95% de los sujetos normales.

La TABLA No. 4.1 resume los límites inferiores normales de la CVF, VEF, Índice de Tiffeneau y FEF25 -75 expresados como porcentaje del valor teórico esperado.

TABLA No. 4.2: VALORES ESPIROMETRICOS NORMALES

SEXO	HOMBRES		MUJERES		
EDAD	12 a 24	25 a 39	40 a 85	20 a 39	40 a 88
PORCENTAJE	%	%	%	%	%
CVF	79.88	81.80	73.40	76.90	71.8
VEF1	81.20	78.10	72.20	70.30	72.6
TIFFENAU	72-76	72-73	67-72	73-76	74-72
FEF25 -75	58.80	55.30	40.30	44.80	56.90

Estos valores corresponden al percentil 95 de los valores promedios normales, expresados como porcentaje del valor teórico esperado.

Los análisis de la función pulmonar no se deben realizar en presencia de crisis asmáticas u otra evidencia de broncoespasmo. Cuando esto ha sucedido, los resultados no deben tenerse en cuenta para la calificación de la deficiencia. Tampoco deberán realizarse durante o poco después de una enfermedad respiratoria aguda y se debe considerar la capacidad del examinado para comprender las instrucciones y su cooperación en la realización de la prueba.

Los gases arteriales son menos útiles en la evaluación de la deficiencia y sólo tienen valor cuando representan una condición permanente.

Los cambios agudos en los valores de PO₂, PCO₂ y saturación de oxígeno, no deben considerarse para calificar la deficiencia y, tampoco deben ser de muestras tomadas durante una crisis de broncoespasmo o en el curso de una enfermedad respiratoria aguda.

TABLA No. 4.3: DEFICIENCIA GLOBAL DE LA PERSONA POR PATOLOGÍAS DEL SISTEMA RESPIRATORIO

CLASE	CRITERIOS A EVALUAR	DEFICIENCIA GLOBAL
	RADIOGRAFIA DISNEA FUNCIÓN PULMONAR GASIMETRIA (%)	
I	Normales, con evidencia de cicatrices o enfermedad inactiva. Ej: cicatrices pleurales. VEF1 o CVF corresponde a 90% del normal esperado.	1 Normal 0
II	Pueden ser normales o con cierto grado de alteraciones. dentro del rango que va desde el límite inferior de la normalidad hasta 65% del valor esperado.	2 VEF1 o CVF alteradas

- Normal 5-12.4
- III Por regla general presentan alteraciones. 3 VEF1 o CVF alteradas en un rango de 64 – 55% del valor teórico normal esperado. Saturación de O2 igual o mayor a 88% en reposo o ejercicio. 12.5-24.9
- IV Usualmente hay anomalías. 4 VEF1 o CVF son menores del 55% del valor teórico esperado normal. Saturación de O2 menor a 88% en reposo o ejercicio. 25-35

Para la calificación de la deficiencia global, debe tenerse en cuenta los criterios y valores establecidos en las Tablas No. 4.1 y 4.2 para la disnea y los valores espirométricos respectivamente.

4.4 EVALUACIÓN DE ALGUNAS ENFERMEDADES PULMONARES

4.4.1 Asma

Por tratarse de una enfermedad que tiene diferentes cuadros clínicos con grandes variaciones funcionales en su evolución, las pruebas de función pulmonar no pueden considerarse como base única de evaluación de la deficiencia. Hay pacientes con pruebas normales o aceptables que tienen una evolución muy inestable, grave e incluso letal. Otros que exhiben pruebas muy alteradas pueden tener una buena respuesta al tratamiento adecuado o tener una evolución más estable.

Por tanto, sólo debe considerarse una deficiencia 40% a los pacientes con crisis persistentes o síntomas permanentes que impiden la actividad durante el día o perturben el sueño nocturno después de haber agotado las posibilidades terapéuticas reales, incluyendo los corticoesteroides cuando no están contraindicados. En ningún caso podrá hacerse una evaluación definitiva antes de 6 meses de observación con tratamiento adecuado. Debe prestarse especial atención a la dosis de los medicamentos y la regularidad de los intervalos con que se recibe.

De igual manera deberán considerarse las hospitalizaciones, las consultas de emergencia y la historia de sus crisis con tratamiento completo durante un período previo no menor de seis meses.

4.4.2 Bronquiectasias

En pacientes con episodios de bronquitis aguda, neumonía o hemoptisis frecuente que se presenten por lo menos cada dos meses, o con un daño de la función pulmonar debido a una enfermedad severa, deben ser evaluados según el criterio aplicado en la TABLA No. 4.3.

Serán factores adicionales a tener en cuenta, el volumen diario de expectoración, el carácter y la frecuencia de las hemoptisis. Cuando el tratamiento médico suficiente y bien llevado ha fracasado y se encuentra contraindicada la intervención quirúrgica, pero persiste expectoración purulenta mayor de 50 ml, por períodos mayores de 6 meses se origina una deficiencia del 40%.

4.4.3 Tuberculosis Pulmonar

La evidencia de tuberculosis pulmonar activa con cultivos positivos, lesiones en aumento o la formación de cavernas no son, por sí mismas, una base para determinar que una persona tiene un daño severo definitivo de la función pulmonar. Por tanto, el daño será evaluado basándose en las alteraciones anatómicas y funcionales resultantes de la enfermedad.

La evaluación debe realizarse siempre al terminar la terapia específica, a menos que se trate de una enfermedad poliresistente a diferentes drogas anti-TBC y sin posibilidades ciertas de quimioterapia, en cuyo caso debe considerarse que la deficiencia es del 40%.

En todo caso, se evaluará el daño permanente de la función pulmonar debido a una enfermedad extensa y deberá ser evaluado según los criterios aplicados en la TABLA No. 4.3.

4.5.4 Fístulas Pleurocutáneas

Un fístula Pleurocutánea con drenaje purulento persistente no susceptible de corrección quirúrgica, debe ser calificada en la clase IV de la TABLA No. 4.3.

4.5.5 Corpulmonale

Esta lesión constituye en una hipertrofia ventricular derecha secundaria a enfermedad pulmonar crónica y su diagnóstico confiere a la patología crónica una deficiencia superior al 40%.

La hipertrofia ventricular derecha se diagnostica con base en el ECG que muestra onda R de 5 mm o más en V1 y disminución progresiva de la amplitud RS de V1 a V6; ecocardiograma y estudio radiológico en proyecciones frontal (corazón en zueco) y lateral, disminución del espacio retroesternal. (Ver capítulo correspondiente a patología cardiovascular).

4.5.6. Fibrosis Pulmonar

Debe considerarse que muchas veces estos pacientes tienen PO₂ normal o poco alterada en reposo, pero tienen una importante desaturación con el ejercicio. En estos casos deben medirse gases arteriales en reposo y en ejercicio, difusión de monóxido de carbono que generalmente se encuentra disminuida, y las demás pruebas indicadas por el neumólogo. Una caída de la Presión Arterial de Oxígeno mayor de 10 mm Hg es indicativa de insuficiencia respiratoria aunque la PO₂ de reposo sea normal, determinando una deficiencia del 40%.

Para el diagnóstico de las Neumoconiosis, se aceptará como criterio de diagnóstico los parámetros establecidos por la Clasificación Internacional de Radiografías de Tórax, de la Organización Internacional del Trabajo.

CAPITULO V

5. APARATO DIGESTIVO

5.1 GENERALIDADES

El criterio seguido para evaluar el aparato digestivo se basa en los efectos que la lesión permanente del mismo puede tener en la capacidad del individuo para llevar a cabo las tareas de su vida diaria.

Las conclusiones de los evaluadores deberán ser compatibles con el estado físico del paciente y corroboradas por los exámenes de ayuda diagnóstica. La irrecuperabilidad de estas enfermedades, usualmente se demuestra después de observación y tratamiento prolongados. Muchos de estos exámenes son difíciles o imposibles de repetir o efectuar, ya sea porque son caros, son múltiples, complicados de realizar correctamente, por ejemplo, el Van de Kammer para determinar la esteatorrea, o biopsias de órganos intra abdominales. Esta dificultad se puede suplir, si se dan las siguientes alternativas probatorias:

- a) Concordancia, coherencia y coincidencia, entre la clínica, el examen físico y la documentación objetiva aportada.
- b) Tiempo de evolución razonablemente adecuado.
- c) Verificación de documentos cuando sea necesario.
- d) Utilización de gastroenterólogos y patólogos interconsultores, para revisar la clínica y los hallazgos histopatológicos.

Cabe señalar que casos de cánceres digestivos por su extensión y existencia de metástasis locales y regionales o a distancia, generan una deficiencia del 40%.

La calificación de la deficiencia por cáncer del aparato digestivo, se encuentra en el capítulo de Enfermedad Neoplásica Maligna. Sin embargo, en este capítulo se analizan aquellas neoplasias que se consideran extirpadas radicalmente, sin metástasis y que al momento del estudio no tienen patología atribuible a la enfermedad neoplásica después de un cuidadoso examen físico y exámenes auxiliares como ecografía, TAC, estudios radiográficos, etc., que permitan descartar en forma irrefutable una invasión tumoral. En estos casos, la evaluación deberá basarse exclusivamente en las secuelas provenientes del acto quirúrgico y en el compromiso digestivo derivado de la ausencia total o parcial de un órgano o segmento del tracto digestivo, gastrectomía radical, gastrectomía ampliada, colectomía, y de la existencia o no de estomas quirúrgicos.

Los trastornos del Sistema Digestivo dan como resultado un daño severo que generalmente altera la nutrición y por ende, el peso del individuo, o bien provocan lesiones inflamatorias recurrentes cuyas complicaciones generan fístulas, abscesos u obstrucciones del tracto digestivo. Estas complicaciones en general, responden al tratamiento. En caso contrario, deberá demostrarse que persisten en exámenes repetidos y que agotados los recursos diagnósticos y terapéuticos, presumiblemente el daño será permanente. En general estos trastornos, son de dos tipos:

a. Desnutrición o Pérdida de Peso debidas a trastornos gastrointestinales.

Una vez establecido el trastorno primario del tracto digestivo, enterocolitis, pancreatitis crónica, resección gastrointestinal, estenosis u obstrucción, la interferencia de éstos con la nutrición será considerada según lo establecido más adelante para cada lesión del tracto digestivo. Para este fin se aplicarán las tablas de peso de valores de referencia validadas científicamente en el país, siempre y cuando, la pérdida de peso se deba a alteraciones primarias o secundarias del aparato digestivo, malabsorción, mala asimilación u obstrucción irreversibles.

La pérdida de peso causada por trastornos psiquiátricos, endocrinos, etc., deberá ser evaluada según el criterio establecido para estas patologías en los capítulos correspondientes.

b. Cirugías y Derivaciones Quirúrgicas del Tracto intestinal.

Las cirugías del tracto gastrointestinal, incluyendo colostomía o llestomía, están contempladas en estas normas a pesar de no representar un daño que impida la actividad laboral, por si solo, si el individuo es capaz de mantener una nutrición adecuada y el estoma funcional. El síndrome de vaciamiento rápido posterior a gastrectomía, rara vez representa un daño severo. La úlcera péptica recurrente, en general, responde a tratamiento médico. Se consideran como procedimientos quirúrgicos definitivos aquellos planeados para controlar el proceso ulceroso, es decir, vagotomía, piloroplastia, gastrectomía subtotal, etc.

Las grandes eventraciones post-cirugía abdominal, con pérdida de la pared anterior del abdomen e irreparables quirúrgicamente, generan una deficiencia global entre el 15% y el 28%, siendo en la mayoría de los casos de 15%.

El cierre de una úlcera perforada no constituye un tratamiento quirúrgico definitivo.

En este capítulo la deficiencia del aparato digestivo se referirá a:

1. Boca, Esófago, estómago, primera porción del duodeno, intestino delgado y páncreas.
2. Colon y recto.
3. Conducto anal.
4. Estomas quirúrgicos.
5. Hígado y vías biliares.
6. Sobrepeso.

7. Otras patologías de pared abdominal.

Para los efectos de la evaluación y según el cuadro clínico, cada uno de estos grupos se ha dividido en varias clases, de acuerdo al porcentaje de deficiencia global de la persona.

5.2 BOCA, ESÓFAGO, ESTÓMAGO, PRIMERA PORCIÓN DEL DUODENO, INTESTINO DELGADO Y PÁNCREAS.

5.2.1 Boca

TABLA NO. 5.1: CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA GLOBAL DE LA BOCA

Descripción de criterios	Deficiencia Global (%)	
a) Pérdida traumática de piezas dentarias.	1 – 3	
b) Maloclusión por consolidaciones viciosas, deformidades, pérdidas parciales o totales de los maxilares.	5 – 8	
c) Pérdida de bóveda palatina	10 – 15	
d) Trastornos de la masticación por lesiones de maxilar.		Articulación temporo-maxilar.
	1 – 5	
e) Amputación parcial de la lengua	10	
f) Amputación total de la lengua	20	

5.2.2 Esófago

TABLA NO. NO. 5.2: CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA GLOBAL DEL ESOFAGO

Clase	Descripción de criterios	Deficiencia Global (%)
I	· Se presentan síntomas o signos de patología esofágica. · Existen alteraciones anatómicas pero no requieren tratamiento continuo y se mantiene el peso.	1.0-4.9
II	· Pertenecen a este grupo aquellos individuos con signos y síntomas de afección orgánica del esófago que además presentan alteraciones anatómicas. · El control de sus molestias requiere medicamentos y régimen alimenticio. · La pérdida de peso no sobrepasa el rango normal.	5.0-14.9
III	· Se incluyen en esta clase aquellos pacientes con signos, síntomas, y alteración anatómica del esófago. · La dieta y las drogas no controlan los síntomas y signos. Hay compromiso del estado general con una pérdida de peso moderada debida a las alteraciones esofágicas.	15-24.9
IV	· Presenta síntomas marcados y alteraciones del esófago. · Los síntomas y signos no son controlados con el tratamiento y hay una pérdida de peso de un rango severo, pero estable debido a sus problemas esofágicos.	25-37.5

5.2.3 Estómago y primera porción del duodeno

Cuando las funciones del estómago y la primera porción del duodeno se alteran, se origina deficiencia de la persona. Los síntomas y signos incluyen náuseas, vómitos, dolor, sangrado, obstrucción, diarrea, mal absorción y pérdida de peso. Las deficiencias nutricionales pueden producir manifestaciones hematológicas y neurológicas que se evalúan en el capítulo correspondiente a estos sistemas orgánicos, en general reversibles con tratamiento adecuado.

Hay síntomas que suelen ser permanentes y difíciles de corregir, tales como el Dumping precoz, el Dumping tardío y la diarrea crónica con disminución de peso de hasta el 20% del ideal.

TABLA NO. 5.3: CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA GLOBAL DEL ESTOMAGO Y PRIMERA PORCION DEL DUODENO

Clase	Descripción de criterios	Deficiencia Global (%)
-------	--------------------------	------------------------

- I · En esta categoría se presentan síntomas y signos sin que necesariamente haya una alteración anatómica. 1.0-4.9
- II · Se incluyen enfermos con síntomas, signos y alteración anatómica. · Requieren dieta y medicamentos para controlar sus síntomas y presentan trastornos nutricionales pero el peso se mantiene en el rango normal. 5.0-14.9
- III · Incluye enfermos con síntomas y signos severos y alteraciones anatómicas. · La dieta y los medicamentos no controlan completamente las molestias, se presenta pérdida de peso moderada. 15-24.9
- IV · Los pacientes de este grupo presentan signos y síntomas de lesión orgánica del estómago o duodeno con alteración anatómica. · Las molestias no logran ser controladas con tratamiento, la pérdida de peso es moderada. 25-37.5

5.2.4 Páncreas

Las patologías crónicas irreversibles más frecuentes del páncreas son la ausencia total o parcial de la glándula de origen quirúrgico, la pancreatitis recurrente y la pancreatitis crónica, usualmente de origen alcohólico.

Como síntomas cardinales se tienen el dolor, ocasionalmente intratable, y la mala absorción con diarreas de alto volumen, a veces de más de un litro al día, a diferencia de la mala absorción de origen intestinal, que se presenta con diarreas entre 300 y 1.000 ml. al día. Usualmente son personas con varias intervenciones quirúrgicas y fístulas de alto volumen.

TABLA NO. 5.4: CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA GLOBAL DEL PANCREAS

Clase	Descripción de criterios	Deficiencia Global (%)
I	· Se detectan síntomas y signos de origen pancreático y existe alteración anatómica. · No se requiere tratamiento continuo, el peso se mantiene en niveles aceptables.	1.0-4.9
II	· Se presentan síntomas y signos de lesión orgánica del páncreas y alteración anatómica. · Se requiere tratamiento permanente y limitaciones dietéticas para el control de los síntomas. · Se mantiene el peso o bien, éste no es inferior al normal para la persona.	5.0-14.9
III	· Se presentan síntomas y signos de lesión pancreática que se acompañan de alteraciones anatómicas. · Ni la dieta ni los medicamentos controlan las molestias, hay desnutrición y pérdida de peso moderadas.	15-24.9
IV	· Se presentan severos síntomas y signos de falla pancreática y lesión anatómica que no se controlan con el tratamiento. · La pérdida de peso es severa. · Deben incluirse en este grupo a las personas sometidas a pancreatectomía total.	25-37.5

5.2.5 Intestino Delgado

Los principales síntomas y signos de las alteraciones del intestino delgado son dolor abdominal, distensión, hemorragia, diarrea, pérdida de peso, debilidad, vómito, fiebre y anemia, entre otros.

TABLA No. 5.5: CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA GLOBAL DEL INTESTINO DELGADO

Clase	Descripción de criterios	Deficiencia Global (%)
I	· Hay síntomas atribuibles a este segmento intestinal pero no requiere de tratamiento continuo y no hay pérdida de peso.	1.0-4.9
II	· Se presentan síntomas y signos de lesión orgánica intestinal. · Requieren de dieta y medicamentos para regular sus síntomas, la pérdida de peso no sobrepasa el 10% del normal.	5.0-14.9
III	· Se presentan síntomas y signos de lesión intestinal con daño orgánico de este segmento. · Ni los medicamentos ni la dieta mejoran totalmente los síntomas y signos. · La pérdida de peso es moderada.	15-24.9
IV	· Existen marcados síntomas y signos por lesión anatómica del intestino delgado, que no son	

controlados por el tratamiento y hay pérdida de peso severa. 25-37.5

TABLA No. 5.6: RESUMEN DE CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA GLOBAL DEL TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR: ESÓFAGO, ESTÓMAGO, DUODENO, INTESTINO DELGADO Y PÁNCREAS.

Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV
Deficiencia 1.0-4.9%	Deficiencia 5.0 -9.9%	Deficiencia 10.0-22.4%	Deficiencia 22.5-37.5%

Existen síntomas y signos de enfermedad en la parte superior del aparato del aparatodigestivo o hay alteración o perdida anatómica; Existen síntomas y signos de enfermedad en la parte superior del aparato del aparato digestivo o hay alteración o perdida anatómica; Existen síntomas y signos de enfermedad en la parte superior del aparato del aparato digestivo o hay alteración operdida anatómica; Existen síntomas y signos de enfermedad en la parte superior del aparato del aparato digestivo o hay alteración o perdida anatómica;

Y Y Y Y

No se requiere tratamiento continuo; Se necesita guardar dieta y medicación para controlar los síntomas, signos, la desnutrición o estos dos últimos; La dieta y medicación controlan completamente los síntomas, signos, la desnutrición o estos dos últimos; Los síntomas no se pueden controlar con el tratamiento

Y Y O O

El peso normal se mantiene; La pérdida de peso no excede el rango normal. La pérdida de peso es en rango moderado y se atribuye a un desorden de la parte superior del aparato digestivo.

La pérdida de peso es en rango severo y se atribuye a un desorden de la parte superior del aparato digestivo.

O

No hay secuelas después de la operación.

Los siguientes son algunos ejemplos de patologías que se incluyen en clase IV:

- Hemorragia gastrointestinal recurrente e causa indeterminada, con anemia (hematocrito menor o igual a 30%);
- Estrechez, estenosis u obstrucción del esófago con severa pérdida de peso;
- Úlcera péptica con ulceración recurrente, cirugía definitiva y persistente a pesar de la terapia; o fístula inoperable, u obstrucción demostrada por R-X y endoscopia a pesar de cirugía o inoperable; o pérdida de peso severa;
- Enteritis regional cuando hay obstrucción intestinal recurrente o persistente, evidenciada por dolor abdominal, distensión, náuseas, vómito y acompañada por zonas de estenosis del intestino delgado y dilatación intestinal proximal; o manifestaciones sistemáticas persistentes, tales como artritis, iritis, fiebre o disfunción hepática no atribuible a otras causa; u oclusión intestinal intermitente debida a absceso intratable o formación de fístula; o pérdida de peso severa; o requerimiento de nutrición parenteral permanente.

5.3 Colon y recto

TABLA No. 5.7: CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA GLOBAL DE COLON Y RECTO

Clase	Descripción de criterios	Deficiencia Global (%)
-------	--------------------------	------------------------

I	· Los síntomas y signos de enfermedad del colon o del recto son infrecuentes y de corta duración. · No existe limitación funcional del individuo, ni se requiere de dieta o medicamentos. · No hay manifestaciones sistemáticas ni cambios en el peso o el estado nutricional. · No han quedado secuelas postquirúrgicas.	1.0-4.9
---	---	---------

II	· Existe alteración evidente funcional o anatómica. · Existen síntomas y signos leves de alteración de la función intestinal y moderado dolor. · Se requiere restricción mínima en la dieta y terapia sistemática. · No hay pérdida de peso.	5.0-9.9
----	--	---------

III	· Hay evidencia de patología colónica o rectal, o alteración anatómica. · Tiene periodos de exacerbación de síntomas que oscilan entre moderados y severos, con alteraciones en funciones	
-----	---	--

intestinales acompañadas de dolor periódico o continuo. Durante los ataques es necesario restringir sus actividades, dieta especial y medicación. Hay manifestaciones generales como fiebre, anemia y pérdida de peso moderado. 10.0-19.9

IV Hay evidencia objetiva de enfermedad del colon o del recto y persistentes molestias, dolor intenso, limitación de la actividad física. Se requiere de severas restricciones dietéticas y medicación continua que no controlan totalmente el cuadro. Hay manifestaciones generales como fiebre, anemia y pérdida de peso severa, no hay períodos de remisión prolongados. Alteraciones de las funciones intestinales que persisten en reposo y se acompañan de dolor. 20.0-30.0

A manera de ejemplo, pertenece a la Clase IV, la Colitis ulcerosa o granulomatosa confirmada, con ausencia de mejoría después de colectomía total, o deposiciones sanguinolentas a repetición o persistentes y anemia confirmada en exámenes seriados con hematocrito de 30% o menos; o manifestaciones sistemáticas recurrentes o persistentes, tales como artritis, iritis, fiebre, disfunción hepática no atribuibles a otras causas. U obstrucciones intestinales intermitentes debidas a abscesos intratables, formación de fistulas o estenosis; o pérdida de peso severa.

5.4 Conducto anal

Los síntomas y signos más frecuentes de las alteraciones del conducto anal son alteraciones en la continencia, urgencia para defecar, dolor, tenesmo, rectorragia, diarrea o constipación.

La incontinencia de origen neurológico se discute en el capítulo correspondiente.

TABLA No. 5.8: CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA GLOBAL DEL CONDUCTO ANAL

Clase I	Clase II	Clase III
Deficiencia 1.0-2.4%	Deficiencia 2.5-7.4%	Deficiencia 7.5-12.5%
Existen señales de enfermedad del conducto anal o hay pérdida o alteración anatómica;	Existen señales de enfermedad del conducto anal o hay pérdida o alteración anatómica;	Existen señales de enfermedad del conducto anal o hay pérdida o alteración anatómica;
O	Y	Y
Existe ligera incontinencia de excrementos sólidos, líquidos o ambos. Hay incontinencia fecal moderada pero parcial, la cual requiere tratamiento continuo;	Hay incontinencia fecal completa que requiere tratamiento continuo;	
O	O	O
Los síntomas patológicos en el conducto anal son leves, intermitentes y ceden al tratamiento. Los síntomas persisten y no ceden completamente al tratamiento. Los síntomas de enfermedad en el conducto anal persisten y no se pueden mejorar con el tratamiento.		

5.5 Estomas quirúrgicos

Los estomas quirúrgicos permanentes, ordinariamente se crean para compensar una pérdida anatómica y permitir el ingreso o egreso de materias por el tracto digestivo. Si un paciente tiene un estoma quirúrgico permanente, los valores siguientes deberán combinarse con los valores determinados por el sistema involucrado.

TABLA No. 5.9: CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA GLOBAL POR ESTOMAS QUIRURGICOS

Estomas quirúrgicos	Porcentaje de deficiencia (%)
Esofagostomía	10
Gastrostomía	10
Yeyunostomía	15
Ileosostomía	15
Colostomía	10

5.6 Hígado y vías biliares

Los síntomas y signos principales ocasionados de la patología hepática y de las vías biliares son dolor, ictericia, anorexia, náuseas, vómito, astenia, adinamia, pérdida de peso, hematemesis, ascitis y alteraciones de la conciencia.

5.6.1 Deficiencia global de la persona por lesiones del hígado

TABLA No. 5.10: CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA GLOBAL POR LESIONES DE HIGADO

Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV
Deficiencia 1.0-4.9%	Deficiencia 5-12.4%	Deficiencia 12.5-24.9%	Deficiencia 25-45%
Existe evidencia objetiva de enfermedad persistente del hígado aunque no haya síntomas presentes, o historia de ascitis, ictericia, vómito, sangrantes de esófago durante tres años;			
Existe evidencia objetiva de enfermedad persistente del hígado aunque no haya síntomas presentes, o historia de ascitis, ictericia, vómito, sangrantes de esófago durante tres años;			
Existe evidencia objetiva de enfermedad crónica progresiva del hígado, con historia de ictericia, ascitis, vómito, sangrantes de esófago o gástricas sangrantes, por lo menos dos episodios en el último año; Existe evidencia objetiva de enfermedad progresiva de hígado con historia de ictericia, ascitis, vómito, sangrantes de esófago o gástricas sangrantes y recurrentes y con síntomas encefalopatía hepática;			
Y	Y	Y	Y
La nutrición es buena y no hay astenia ni adinamia; No hay desnutrición ni astenia ni adinamia. Puede haber desnutrición, astenia y adinamia. Hay desnutrición.			
Y	Y	O	
Las pruebas bioquímicas muestran alteración leve de la función hepática; Las pruebas bioquímicas muestran alteración leve con mayor daño hepático que en la clase I. Intoxicaciones intermitentes por amoníaco o carne; o encefalopatía hepática intermitente.			
O			
Hay desórdenes elementales en el metabolismo de la bilirrubina.			

5.6.1 Deficiencia global de la persona por lesión de Vías biliares

TABLA No. 5.11: CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA GLOBAL POR LESIONES DE LAS VIAS BILIARES

Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV
Deficiencia 1- 4.9%	Deficiencia 5-12.4%	Deficiencia 12.5-24.9%	Deficiencia 25-45%
Episodios ocasionales de mal funcionamiento de las vías biliares. Hay deficiencia recurrente de las vías biliares a pesar del tratamiento. Hay obstrucción irreparable de las vías biliares con colangitis recidivante. Hay ictericia persistente y progresiva y enfermedad del hígado progresiva debido a una obstrucción del conducto biliar común.			

A manera de ejemplo, la Deficiencia clase IV corresponde a las patologías del hígado y vías biliares tales como Enfermedad Crónica del Hígado como cirrosis portal postnecrótica o biliar, hepatitis crónica activa y enfermedad de Wilson, acompañadas de Vómito, sangrantes de esófago demostradas endoscópica y radiológicamente, con una historia de hemorragia masiva, o derivación quirúrgica de estas vómito, sangrantes de esófago; o bilirrubinemia de 2.5 mg % o más, en exámenes seriados por lo menos durante 5 meses; o encefalopatía que se debe evaluar según los criterios aplicados en el capítulo de Enfermedades Mentales; o confirmación de la existencia de enfermedad crónica del hígado, mediante biopsia y uno de los siguientes criterios:

· Ascitis no atribuible a otras causas, recurrente o persistente por lo menos durante 3 meses, demostrada por clínica o ultrasonido abdominal o asociada a hipoalbuminemia de 3.0 gr % o

menos.

· Necrosis de las células hepáticas o inflamación de por lo menos 3 meses, documentada por hipoprotrombinemia (40%) y alteración de las enzimas que indican disfunción hepática.

5.7 Sobrepeso

El sobrepeso es un estado de anormalidad física que puede ser causado por alguna enfermedad. Puede acompañarse de trastornos fisiológicos proporcionales a la magnitud de la anormalidad y puede condicionar un empeoramiento o una irrecuperabilidad de otras enfermedades.

El sobrepeso o la obesidad por sí mismos no generan deficiencia. Solo se asignarán deficiencias de acuerdo con la patología de base que lo genera o sus secuelas, en los capítulos correspondientes, y deben combinarse para obtener la deficiencia total definitiva o consultar la tabla de valores combinados.

5.8 Otras patologías de la pared abdominal:

En este grupo se quiere destacar el grupo de hernias de la pared y la cavidad abdominal, no susceptibles de corrección quirúrgica por contraindicaciones de esta, en cuyo caso la deficiencia será:

TABLA No. 5.12: CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA GLOBAL POR OTRAS PATOLOGÍAS DE LA PARED ABDOMINAL

Hernias simples:	Deficiencia global (%)
Inguinal, umbilical, crural y otras menos frecuentes	1.0 - 2.5
Hernia diafragmática	2.4 - 4.9
Hernia inguinal bilateral	5.0 - 7.5
Hernia Inguino-escrotal	2.5 - 15.0
Hernia recidivante	7.5
Otras hernias complejas:	
Eventración abdominal	15.0 - 20.0
Hernia Hiatal con sintomatología y repercusión somática	20.0 - 25.0

CAPITULO VI

6. SISTEMA GENITAL Y URINARIO

6.1 GENERALIDADES

Este capítulo define los criterios para evaluar las deficiencias en el organismo de las personas por el daño permanente ocasionado por las patologías de los sistemas genital, urinario o ambos. El análisis de este sistema comprende el tracto urinario superior, la vejiga, la uretra, los órganos genitales masculinos, y los órganos genitales femeninos.

Se requiere un período de observación de por lo menos un año posterior al trasplante para determinar razonablemente si el paciente ha alcanzado el punto de mejoría deseado y estable.

6.2.1. Criterios de evaluación de la deficiencia del Tracto Urinario Superior.

TABLA No. 6.1: CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA GLOBAL POR PATOLOGÍAS DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR

Clase	Descripción de criterios	Deficiencia Global (%)
-------	--------------------------	------------------------

I · Existe una disminución de la función del tracto urinario superior definida por una depuración de creatinina de 75 – 90 litros/24 horas (entre 52-62.5 ml/min.) y presenta una excreción de Fenolsulfonftaleína (PSP) de 15 a 20% en 15 minutos. Existen síntomas y signos intermitentes de disfunción del tracto urinario superior que no requieren de un tratamiento o vigilancia continuos. 1.0-4.9

II · Existe una disminución de la función del tracto urinario superior definida por una depuración de creatinina de 60 - 75 litros/24 horas (entre 42-52 ml/min.) y presenta una excreción de PSP de 10 – 15% en 15 minutos. Aunque la depuración de creatinina sea mayor de 75 litros/24 horas (52 ml/min.) y la excreción de PSP sea superior a 15% en 15 minutos, los síntomas y señales de enfermedad o de disfunción del tracto urinario superior requieren de una vigilancia continua y un tratamiento frecuente. 5.0-14.9

III · Aparece una disminución de la función del tracto urinario superior determinada por una depuración de creatinina de 40 - 60 litros/24 horas (28 a 42 ml/min.) y por excreción PSP de 5 a 10% en 15 minutos. Aunque la depuración de creatinina sea de 60 - 75 litros/24 horas (42 a 52 ml/min.) y la excreción de PSP de 10 - 15% en 15 minutos, los síntomas y signos de la enfermedad o de la disfunción del tracto urinario superior se controlan en forma incompleta con tratamiento quirúrgico o médico constante. 15.0-29.9

IV · Existe una disminución de la función del tracto urinario superior determinada por la depuración de creatinina inferior a 40 litros/24 horas (28 ml/min.) y excreción de PSP inferior a 5% en 15 minutos. Aunque la depuración de creatinina sea de 40 a 60 litros/24 horas (28 - 42 ml/min.) y la secreción de PSP sea de 5 – 10% en 15 minutos, los síntomas y signos de enfermedad o disfunción del tracto urinario superior persisten pese al tratamiento quirúrgico o médico constante. 30.0-45.0

NOTA: A la persona con riñón único por cualquier causa debe asignársele 5.0% de deficiencia global, ya que ha tenido una pérdida estructural de un órgano esencial. Ese valor tiene que ser combinado con cualquier deficiencia permanente (incluyendo la deficiencia en el riñón restante) que sea relevante en el caso considerado.

Existen daños de la función renal que generan un impedimento del tipo "Clase IV" debido a patología renal crónica tales como: enfermedad vascular hipertensiva de origen renal, nefritis crónica, nefrolitiasis, enfermedad poliquística, hidronefrosis crónica, etc., asociadas a las siguientes alteraciones:

a. Diálisis peritoneal o hemodiálisis crónica indispensable para la supervivencia, debido a falla renal irreversible; o trasplante renal evaluado un año después de efectuado, en que persiste una insuficiencia renal o complicaciones graves derivadas de éste.

b. Elevación persistente de la creatinemia en el curso de 4 meses o más, o reducción de la eliminación de la creatinina de 20 ml/min. (29 l/24 horas) o menos durante 6 meses, con uno de los siguientes problemas:

a) Osteodistrofia renal manifestada por ostealgias severas y trastornos radiológicos como osteítis fibrosa, osteoporosis severa y fracturas patológicas; o

b) Neuropatías sensoriales o motoras persistentes;

c) Prúrigo intratable; o

d) Síndrome de Sobrecarga Hídrica, dando por resultado hipertensión diastólica igual o superior a 110 mm Hg o congestión vascular pulmonar; o

e) Anorexia marcada y persistente con pérdida de peso de acuerdo con los valores de la Tabla 1 en el capítulo Digestivo.

f) Anemia persistente con Hematocrito de 30% o menos.

c. Síndrome Nefrótico con anasarca importante que persiste, a lo menos, 6 meses a pesar de la terapia descrita, albuminemia de 3.0 g/100 cc o menos y proteinuria de 3.5 g/24 horas o más, o proteinuria de 10.0 g/24 horas o más.

6.2.2. Criterios de evaluación de la deficiencia de derivaciones permanentes del Tracto Urinario

Superior.

Los siguientes valores de la deficiencia por derivaciones permanentes deben ser combinados con los determinados bajo los criterios dados en el numeral anterior, sin tener en cuenta como funcionan en la preservación de la integridad renal y en la eliminación de la orina.

TABLA No. 6.2: CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA GLOBAL POR DERIVACIONES PERMANENTES DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR

DERIVACIONES	DEFICIENCIA GLOBAL(%)
Derivaciones uretero-intestinales	5.0 – 10
Ureterostomía cutánea sin intubación	5.0 – 10
Nefrostomía o ureterostomía intubada	7.5 – 15

6.3 VEJIGA

Los síntomas y signos de las alteraciones de vejiga incluyen alteraciones de la frecuencia urinaria (poliuria, polaquiuria, oliguria o nicturia), disuria de dolor o de ardor, urgencia urinaria, incontinencia, retención involuntaria, hematuria, piuria, cristaluria, excreción de cálculos urinarios y masas suprapúbicas, entre otros.

TABLA No. 6.3: CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA GLOBAL POR PATOLOGIAS DE LA VEJIGA

Clase	Descripción de criterios	Deficiencia Global (%)
I	· Existen síntomas y signos de trastornos en la vejiga que requieren de tratamiento, pero sin existir un mal funcionamiento de ella.	1.0-4.9
II	· Hay síntomas y signos de trastornos de la vejiga, que requieren de un tratamiento constante.· Existe buena actividad refleja de la vejiga, pero no hay control voluntario.	5.0-9.9
III	· La vejiga posee una pobre actividad refleja (goteo intermitente) y no hay control voluntario.	10.0-17.5
IV	· No hay un control reflejo, ni voluntario de la vejiga y se presenta goteo constante.· La extirpación de la vejiga por cualquier razón, con la consiguiente derivación urinaria, debe tener asignado un tipo similar de deficiencia.	17.6-30.0

6.4 URETRA

Los síntomas y Signos de las alteraciones de la uretra incluyen disuria, disminución del chorro y el calibre urinario, retención, incontinencia, epi o hipospadias, masas periuretrales y estenosis uretrales, entre otras.

TABLA No. 6.4: CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA GLOBAL POR PATOLOGIAS DE LA URETRA

Clase	Descripción de criterios	Deficiencia Global (%)
I	· Existen síntomas y signos de patología uretral, los cuales requieren terapia intermitente para con su control.	1.0-4.9
II	· Hay síntomas y signos de patología uretral que no pueden ser controlados efectivamente mediante tratamiento.	5.0-10.0

6.5 ÓRGANOS GENITALES MASCULINOS

Los órganos genitales masculinos comprenden el pene, escroto, testículos, epidídimo, cordones espermáticos, próstata y vesículas seminales.

6.5.1 Pene

Los síntomas y signos de las alteraciones del pene incluyen anomalías de erección, sensación y pérdida parcial o completa del pene. Cuando se evalúa la función del pene es necesario considerar tanto la deficiencia de la función sexual como la deficiencia de la uretra, las cuales deben combinarse para la calificación final.

TABLA No. 6.5: CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA GLOBAL POR PATOLOGÍAS DEL PENE

Clase	Descripción de criterios	Deficiencia Global (%)
I	Es posible la función sexual, pero con diversos grados de dificultad en la erección, eyaculación, la conciencia de ésta, o ambas.	2.5-4.9
II	Es posible la función sexual con erección suficiente, pero sin eyaculación o conciencia de ésta.	5.0-7.4
III	No es posible la función sexual.	7.5-10.0

6.5.2 Escroto:

Los síntomas y signos de las alteraciones del escroto incluyen dolor, aumento de tamaño, pérdida de la movilidad y ubicación inapropiada de testículo.

TABLA No. 6.6: CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA GLOBAL POR ALTERACIONES DEL ESCROTO

Clase	Descripción de criterios	Deficiencia Global (%)
I	Existen síntomas y signos de pérdida o de enfermedad de escroto y no hay prueba de mala función testicular, aunque pueda haber mala posición de los testículos.	1-2.4
II	Existen síntomas y signos de alteración estructural o de enfermedad del escroto, que requieren reubicar los testículos en otra posición distinta a la escrotal para preservar su función y exista dolor o incomodidad con actividad; o bien · Existe pérdida total del escroto, la que en general corresponde a absceso escrotal diabético por lo que debe ponderarse con el deterioro correspondiente a la Diabetes Mellitus.	2.5-7.5

6.5.3. Testículos, Epidídimo y los Cordones Espermáticos.

Los síntomas y signos de las alteraciones de los testículos, epidídimo y los cordones espermáticos son dolor referido, alteraciones de los caracteres sexuales secundarios, cambios en el tamaño, contorno, posición y textura de estas estructuras y anomalías del semen y de las hormonas testiculares, entre otros.

TABLA No. 6.7: CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA GLOBAL POR PATOLOGÍAS DE LOS TESTÍCULOS, EPIDÍDIMOS Y CORDONES ESPERMÁTICOS

Clase	Descripción de criterios	Deficiencia Global (%)
I	· Síntomas y signos de enfermedad de los testículos, los epidídimos, los cordones espermáticos o de todos, registrándose alteraciones anatómicas. · No requiere tratamiento constante. · No existen anomalías de la función seminal; o bien, existe un solo testículo.	1.0-2.4
II	· Existen síntomas y signos de enfermedad de los testículos, los epidídimos, del cordón espermático o de todos, y existe una alteración anatómica. · Requiere de tratamiento frecuente o constante. · Existen anomalías seminales y hormonales detectables.	2.5-7.4
III	· El trauma o la enfermedad produce pérdida anatómica bilateral o no existe función seminal y hormonal detectable de los testículos, los epidídimos, los cordones espermáticos o de todos.	7.5-10.0

6.5.4. Próstata y vesículas seminales.

Los síntomas y signos de las alteraciones de la próstata y las vesículas seminales pueden incluir dolor local o referido, cambios de la consistencia, tamaño y textura detectables por el examinador; trastornos de la función de los cordones espermáticos, epidídimos y testículos; oligospermia,

hemospermia y síntomas urinarios, entre otros.

TABLA No. 6.8: CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA GLOBAL POR PATOLOGÍAS DE PROSTATA Y VESÍCULAS SEMINALES

Clase	Descripción de criterios	Deficiencia Global (%)
I	· Existen síntomas y signos de disfunción o enfermedad prostática, vesicular seminal o ambas.· Existe alteración anatómica.· No se requiere tratamiento constante.	1.0-2.4
II	· Existen síntomas y signos frecuentes de disfunción o de enfermedad prostática, vesicular seminal o ambas.· Existe alteración anatómica.· Requiere de tratamiento constante.	2.5-7.4
III	· Hay ablación de la próstata, vesículas seminales o ambas.	7.5-10.0

6.6 ÓRGANOS GENITALES FEMENINOS

Los órganos genitales femeninos son la vulva, vagina, útero, trompas de Falopio y ovarios. Para determinar la deficiencia se reconoce que la edad influye mientras la mujer se encuentra en edad reproductiva.

6.6.1 Vulva y Vagina.

Los síntomas y signos de las alteraciones de vulva y vagina incluyen pérdida o alteraciones de la sensibilidad o sensaciones sexuales, agenesia parcial o completa, signos de inflamación, leucorrea, eritemas, dispareunia, cicatrices y úlceras, entre otros.

TABLA No. 6.9: CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA GLOBAL POR PATOLOGÍAS DE LA VULVA Y VAGINA

Clase	Descripción de criterios	Deficiencia Global (%)
I	· Existen síntomas y signos de enfermedad o deformidad de la vulva, de la vagina o de ambas, que no requieren tratamiento constante.· Es posible el coito.· La vagina está preparada para el parto vaginal durante los años premenopáusicos.	1.0-4.9
II	· Existen síntomas y signos de enfermedad o deformidad de la vulva, de la vagina o de ambas, que requieren de tratamiento constante.· El coito es posible, aunque con diferentes grados de dificultad.· Durante los años premenopáusicos está limitada la adecuación para el parto vaginal.	5-12.4
III	· Existen síntomas y signos de enfermedad o deformidad de la vulva, de la vagina o de ambas, que no se controlan con tratamiento.· No es posible el coito.· Durante los años premenopáusicos no es posible el parto vaginal.	12.5-20.0

6.6.2 Cuello y Útero:

Los síntomas y signos de las alteraciones del cuello y útero incluyen trastornos menstruales, de la fertilidad, del embarazo o el trabajo de parto, estenosis o atresia del canal cervical, incompetencia cervical, hemorragias genitales, desplazamientos y masas uterinas, entre otros.

TABLA No. 6.10: CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA GLOBAL POR PATOLOGÍAS DE CUELLO Y ÚTERO

Clase	Descripción de criterios	Deficiencia Global (%)
I	· Existen síntomas y signos de enfermedad o deformidad del cuello, del útero o de ambos, que no requieren tratamiento permanente.· Si existe estenosis cervical, no requiere tratamiento.· Existe pérdida anatómica del cuello, del útero o de ambos en los años postmenopáusicos.	1.0-4.9
II	· Existen síntomas y signos de enfermedad o deformidad del cuello, del útero o de ambos, que requieren tratamiento continuo;· Existe estenosis cervical, que requiere de tratamiento	

continuo. 5-12.4

III · Existen síntomas o signos de enfermedad o deformidad del cuello, del útero, o de ambos, que no son controlados con tratamiento; · La estenosis cervical es completa; · En los años premenopáusicos tiene lugar pérdidas completas funcional, anatómica o ambas, del cuello, del útero o de ambos. 12.5-17.5

6.6.3 Trompas de Falopio y Ovarios:

Los síntomas y signos de las alteraciones de las Trompas de Falopio y ovarios incluyen sangrado vaginal, alteraciones de morfología, síndrome febril, trastornos de fertilidad, dismenorreas, disfunciones hormonales, hirsutismo, disfunciones menstruales y masas pélvicas, entre otras.

Para evaluar las alteraciones de tipo hormonal, deben tenerse en cuenta los criterios de evaluación del sistema endocrino y combinarlos.

TABLA No. 6.11: CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA GLOBAL POR PATOLOGÍAS DE TROMPAS DE FALOPIO Y LOS OVARIOS

Clase	Descripción de criterios	Deficiencia Global (%)
I	· Existen síntomas o signos de enfermedad o deformidad de las Trompas de Falopio, de los ovarios o de ambos, que no requieren de tratamiento; · Sólo una Trompa de Falopio, un ovario o ambos, está funcionando en los años premenopáusicos; · Existe pérdida bilateral de la función de las trompas de Falopio, de los ovarios o de ambos en los años postmenopáusicos.	1.0-4.9
II	· Existen síntomas y signos de enfermedad o deformidad de las trompas de Falopio, ovarios o de ambos, que requieren tratamiento constante, pero subsiste la permeabilidad de las trompas y es posible la ovulación y fertilización.	5-14.9
III	· Existen síntomas y signos de enfermedad o deformidad de las trompas de Falopio, de los ovarios o ambos. · Hay pérdida total de la permeabilidad de trompas o falla total para producir óvulos en los años premenopáusicos u ooforectomía bilateral.	15.0-17.5

CAPITULO VII

7. SISTEMA CARDIOVASCULAR

7.1 GENERALIDADES

Los diversos grados de deficiencia permanente del Sistema Cardiovascular son el resultado de cualquier anomalía anatómica o funcional del mismo. En este Capítulo se definen los criterios y métodos para determinar el grado de deficiencia permanente de las personas por alteraciones cardiovasculares.

La evaluación de la deficiencia del Sistema Cardiovascular presenta ciertas características y consideraciones diferentes a las de otros sistemas orgánicos. Se debe considerar que la lesión genera una deficiencia permanente sólo después de agotar las medidas terapéuticas, quirúrgicas o de rehabilitación, o después de un tiempo prudencial de ocurrido un episodio agudo, como por ejemplo, el tiempo necesario para el desarrollo de circulación colateral posterior a una oclusión coronaria. Se requiere un período de por lo menos 6 meses antes de evaluar la deficiencia permanente ocasionada por un infarto agudo del miocardio. Cualquier solicitud de calificación de invalidez antes de este plazo deberá ser rechazada. Si se ha realizado una intervención quirúrgica el período de observación deberá ser por lo menos de un año.

Uno de los problemas que presenta la evaluación cardiovascular es la frecuente disparidad entre los signos físicos encontrados y la sintomatología. Un paciente crónico puede presentar un examen físico normal, incluyendo ECG y estudio radiológico y estar severamente limitado por angina de pecho.

Por razones prácticas, se han establecido cuatro grupos de patologías que afectan este sistema:

1. Enfermedades del corazón.
2. Enfermedad vascular hipertensiva.
3. Enfermedades vasculares arteriales que afectan a las extremidades.
4. Enfermedades del sistema venoso.

Cuando los hallazgos clínicos son tales que un paciente no puede ser calificado en uno sólo de dichos grupos, o sus patologías van más allá de dicha clasificación, la evaluación de la deficiencia deberá combinarse de acuerdo con cada una de las patologías.

7.2 ENFERMEDADES DEL CORAZÓN

La anamnesis y el examen físico del corazón puede dar manifestaciones positivas en la mayoría de los casos, sin embargo los exámenes de ayuda diagnóstica deben confirmarlos. Existen diferentes tipos de cardiopatía, congénitas o adquiridas, así como la necrosis del mismo por enfermedad isquémica del miocardio. Todas estas lesiones miocárdicas, especialmente la miocardiopatía hipertrófica y las estenosis valvulares, pueden ocasionar daños importantes como insuficiencia cardíaca, síncope de esfuerzo y trastornos del ritmo, sin que exista evidencia de crecimiento de cavidades en el estudio radiológico.

7.2.1 Cardiopatías Adquiridas

Para su evaluación, se debe tener en cuenta que el electrocardiograma y sobre todo el ECO-Doppler pueden mostrar alteraciones significativas reflejando anormalidades morfológicas del engrosamiento de las paredes y alteraciones en los flujos (Doppler), así como las válvulas. Un Eco-Doppler normal prácticamente excluye la presencia de valvulopatía significativa del adulto y también la presencia de una miocardiopatía hipertrófica.

7.2.2 Enfermedad isquémica del miocardio

La enfermedad coronaria puede producir severa incapacidad por la angina que produce. Este dolor, que se describe clásicamente como el dolor, aplastante, de tipo ardor o quemazón, localizado en la región retroesternal, causado por el esfuerzo, deberá ser descrito específicamente en relación con los factores desencadenantes, tipo, grado, cuantía de intensidad, carácter, ubicación, duración y su respuesta a los nitratos o al reposo. Las manifestaciones irradiadas del dolor tales como, dolor de garganta, maxilar inferior, hombros, brazos y manos, tienen igual validez para ser consideradas como angina, lo mismo que el dolor retroesternal típico.

La presencia del dolor en reposo o bien que sea evolutivo en el tiempo, con disminución de la capacidad funcional, aumento de los requerimientos de nitratos, de reciente comienzo con capacidad funcional 3-4, debe hacer sospechar una angina inestable, y por lo tanto, la evaluación de la invalidez debe diferirse hasta que no se haya completado la aproximación diagnóstica por el médico tratante y naturalmente, hasta que el cuadro se haya estabilizado. Este último grupo de personas deben considerarse bajo observación y tratamiento. Muchos pacientes con angina crónica estable se comportan como inestables cuando se les agrega un factor agravante como la anemia, infecciones intercurrentes o patología tiroidea.

7.2.3 Cardiopatías congénitas

La presencia del daño congénito debe ser establecida mediante signos físicos y exámenes de ayuda diagnóstica. Pueden producir diferentes consecuencias entre las que se puede mencionar la obstrucción del tracto de salida ventricular, ya sea derecho o izquierdo como son las estenosis del infundíbulo y pueden llevar a la claudicación del ventrículo respectivo. Otras producen un sobrecarga de la circulación menor por aumento del flujo pulmonar al existir un corto circuito de izquierda a derecha, lo que puede repercutir en la edad adulta.

TABLA No. 7.1: CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA GLOBAL POR ENFERMEDAD ORGÁNICA DEL CORAZÓN

Clase	Descripción de criterios	Deficiencia Global (%)
I	· Existe enfermedad orgánica del corazón pero no hay síntomas. · Camina y sube escaleras libremente y lleva a cabo las actividades diarias sin limitaciones. · Los esfuerzos prolongados, las tensiones emocionales, el apresuramiento, la subida de cuestras, los deportes o las actividades similares no desencadenan síntomas. · No hay signos de insuficiencia cardíaca congestiva.	1.0-7.4
II	· Existe enfermedad orgánica del corazón pero no presenta síntomas en reposo. · Camina libremente sobre llano, sube por lo menos un piso por escaleras y lleva a cabo las actividades cotidianas sin síntomas. · Los esfuerzos prolongados, las tensiones emocionales, el apresuramiento, la subida de cuestras, los deportes o actividades similares, desencadenan síntomas. · No hay signos de insuficiencia cardíaca congestiva.	7.5-22.4
III	· Existe enfermedad orgánica del corazón sin síntomas en reposo. Síntomas al caminar más de una o dos manzanas sobre terreno llano, subir un tramo normal de escalera, y llevar a cabo las actividades diarias. Síntomas con la tensión emocional, el correr, el subir cuestras, los deportes o las actividades similares. · Puede haber signos de insuficiencia cardíaca congestiva que ceden con el tratamiento.	22.5-37.4
IV	· Existe enfermedad orgánica del corazón con síntomas en reposo. · Cualquier actividad que vaya mas allá de la personal o su equivalente le produce malestar creciente. · Los síntomas de insuficiencia cardíaca o el síndrome anginoso pueden aparecer incluso en reposo. · Los signos de insuficiencia cardíaca congestiva son normalmente resistentes a la terapéutica.	37.5-49.5

Los siguientes son ejemplos de Enfermedades del Corazón que Producen una deficiencia Clase IV:

1. Valvulopatías reumáticas o no reumáticas, tales como lesiones aórticas estenóticas o insuficiencias severas, si presentan antecedentes de síncope, edema pulmonar o insuficiencia cardíaca y el diagnóstico se ha confirmado al menos por ecocardiografía-Doppler. Las lesiones Mítrales, tanto estenosis como insuficiencias crónicas y severas
2. Miocardiopatías, particularmente la miocardiopatía hipertrófica en su forma dilatada se considerará en la clase IV, en aquellos individuos con dilatación marcada, persistente y eventualmente progresiva de los diámetros ventriculares, así como en el individuo joven, con arritmias, síncope y antecedentes familiares de muerte súbita se incluyen en este grupo.
3. Pericardiopatías: Incluyen las lesiones crónicas constrictivas del Pericardio, tratables con cirugía y que producen congestión venosa importante.
4. Enfermedad Isquémica del Miocardio con Angina que cumpla con los siguientes requisitos:
 - Angina crónica estable de mal pronóstico y alto riesgo. Esto puede demostrarse a través de Ergometría positiva pero con infradesnivel de ST igual o mayor a 2.0 mm, caída significativa de la presión con el esfuerzo asociada a otras evidencias de falla de bomba, aparición de arritmias peligrosas con el esfuerzo y trastornos electrocardiográficos significativos a baja frecuencia o baja carga.
 - Angina crónica con baja capacidad funcional, y cuando se han agotado las medidas terapéuticas.
 - Angina crónica donde la cinecoronariografía muestra lesiones de alto riesgo o mala función ventricular global y fracción de eyección deprimida en 30% o más.
 - Infarto antiguo del miocardio donde se cumplen algunas de las condiciones señaladas para la angina o insuficiencia cardíaca, con congestión y arritmias peligrosas.
 - Niveles de insuficiencia miocárdica que tengan insuficiencia cardíaca congestiva persistente, con hepatomegalia, congestión pulmonar y edema periférico en el examen físico, a pesar de una terapia suficiente y bien llevada. Dilatación o hipertrofia ventricular izquierda persistente o corazón pulmonar crónico.

· Arritmias Cardíacas recurrentes no generadas por la digital, que ocasionen episodios repetidos o incontrolables de síncope cardíaco, documentados por Holter y refractarias al tratamiento.

· Aneurisma de la Aorta o de sus Ramas Mayores, con Disección crónica o aguda no controlada con el tratamiento médico o quirúrgico; o insuficiencia cardíaca congestiva según lo descrito, o Insuficiencia Renal O episodios sincopales.

7.3 ENFERMEDAD VASCULAR HIPERTENSIVA

La Enfermedad Vascular Hipertensiva por sí misma no produce alteraciones severas a menos que cause daño anatómico en uno o más de los siguientes cuatro órganos blanco: corazón, cerebro, riñón y ojos. También produce este mismo daño si hay secuelas de alteraciones vasculares en el Sistema Nervioso Central o en las extremidades u otros órganos.

El criterio para evaluar el daño resultante de una enfermedad o afección cardiovascular hipertensiva está basado en síntomas, signos físicos, exámenes de ayuda diagnóstica, electrocardiograma, prueba de esfuerzo, ecocardiografía y otros procedimientos.

TABLA No. 7.2: DEFICIENCIA GLOBAL POR HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Clase	Descripción de criterios	Deficiencia Global (%)
I	Paciente asintomático, con Presión Diastólica es repetidamente mayor de 90 mm Hg. No se encuentran anomalías en los análisis y pruebas de orina. No hay historia de lesión cerebro vascular por hipertensión. No hay evidencia de hipertrofia del ventrículo izquierdo. El fondo de ojo puede ser normal o con mínimo estrechamiento de las arteriolas.	1.0-7.4
II	Paciente asintomático, con Presión Diastólica es repetidamente mayor de 90 mm Hg. Se puede encontrar proteinuria o anomalías en el sedimento de la orina, sin deficiencia de la función renal. Puede tener antecedentes de lesión cerebro vascular por hipertensión. Al Fondo de Ojo puede haber cruces arteriales y exudados viejos.	7.5-22.4
III	Paciente asintomático, con Presión Diastólica está claramente por entre 90 mmHg. Presión diastólica frecuente con lecturas por encima de 120 mmHg. Existe proteinuria y anomalías en el sedimento de la orina con deficiencia de la función renal, manifiesta por incremento del BUN y la creatinemia y la depuración de creatinina menor de 50%. Existe una lesión cerebro-vascular residual por hipertensión, con secuelas neurológicas permanentes. Existe hipertrofia del ventrículo izquierdo evidente al examen físico, en el electrocardiograma y radiografía de tórax sin signos de insuficiencia cardíaca congestiva. Al Fondo de Ojo hay hilos de cobre o de plata, vasos tortuosos, cruces arterio-venosos, con o sin hemorragias y exudados.	22.5-37.4
IV	La Presión Diastólica está claramente por entre 90 mmHg. Presión diastólica frecuente con lecturas por encima de 120 mmHg. Existe proteinuria y anomalías en el sedimento de la orina con deficiencia de la función renal, manifiesta por incremento del BUN y la creatinemia y la depuración de creatinina menor de 50. Lesión cerebro-vascular por hipertensión con déficit por secuelas neurológicas permanentes e importantes. Hipertrofia del ventrículo izquierdo. Historia de Insuficiencia Cardíaca Congestiva. Retinopatía manifiesta por alteraciones en las arteriolas, la retina o el nervio óptico. O el paciente tiene hipertrofia con o si Insuficiencia Cardíaca Congestiva, aún en presencia de digitales y duréticos.	37.5-49.5

7.4 ENFERMEDADES VASCULARES QUE AFECTAN A LAS EXTREMIDADES

Las enfermedades vasculares que afectan a las extremidades se refieren a aquellas que comprometen el territorio arterial y el sistema venoso. La evaluación en ambos casos considera tres aspectos:

1. Severidad del cuadro clínico.
2. Hallazgos en estudios no invasivos; Doppler Dúplex que registra presiones segmentarias, pulso,

flujo e imágenes, índice brazo-tobillo; estudios contrastados como la angiografía y la flebografía, que precisan la localización y extensión de la obstrucción, vasos comprometidos, lecho distal, etc.

3. Tratamiento médico y quirúrgico realizados (ver Tablas No.7.3 y 7.4).

TABLA No. 7.3 DEFICIENCIA GLOBAL PRODUCIDA POR ENFERMEDADES VASCULARES ARTERIALES QUE AFECTAN LAS EXTREMIDADES

Clase Descripción de criterios Deficiencia Global (%)

I · Existe enfermedad o enfermedades vasculares.· No hay claudicación intermitente ni dolor en reposo.· Existe edema transitorio. 0

II Existe enfermedad o enfermedades vasculares y uno o varios de los síntomas siguientes:· Claudicación intermitente cuando camina por menos 100 metros a paso normal.· Evidencia física de deterioro vascular, como la presencia de muñón indoloro de único dedo amputado evaluado por lo menos 6 meses después de la cirugía.· Presencia de edema moderado, no controlado con soporte elástico. 2.5 – 9.9

III Existe enfermedad o Enfermedades Vasculares, con uno o varios de los síntomas siguientes:· Dolor intermitente cuando camina entre 25 y 100 metros a paso normal.· Evidencia física de deterioro vascular, como la amputación de dos o más dedos de una de las extremidades, con enfermedad vascular que persiste.· Manifestaciones de claudicación intermitente y de deterioro vascular en la extremidad contralateral después de cirugía de revascularización del otro lado.· Presencia de edema marcado que se controla parcialmente con soporte elástico. 10.0- 22.4

IV Existe enfermedad o Enfermedades vasculares, con uno o varios de los síntomas siguientes:· Claudicación intermitente cuando camina menos de 25 metros, o tiene dolor aún cuando está en reposo. Cualquier actividad que vaya mas allá de la personal o su equivalente le produce malestar creciente.· Evidencia física de deterioro vascular como amputación a nivel de tobillo o más arriba, o de dos o más dedos extremidades, con persistencia de la enfermedad vascular.· Fracaso de cirugía de revascularización arterial de la extremidad comprometida.· Presencia de marcado edema sin mejoría con soporte elástico. 22.5 - 37.4

V Existe enfermedad o enfermedades vasculares, con uno o varios de los síntomas siguientes:· Dolor fuerte y constante aún en reposo.· Evidencia física de deterioro vascular como una amputación a nivel del tobillo de ambas extremidades o amputación de todos los dedos de dos o más extremidades, con persistencia de la enfermedad vascular. Sin posibilidad de cirugía, o ante fracaso de ella 37.5 – 47.5

Ejemplos de Enfermedades Vasculares Arteriales que Producen una Incapacidad Clase IV o V:

- a) Claudicación intermitente sin poder visualizar la arteria femoral común o la profunda, de una extremidad en una arteriografía.
- b) Claudicación intermitente o ausencia de latidos femorales, poplíteas tibial posterior o pedia, mediante Doppler o pletismografía, en una extremidad;
- c) Amputación a nivel o por encima del tarso, debido a enfermedad vascular periférica.
- d) Fracaso de cirugía de revascularización arterial periférica.

TABLA No. 7.4 DEFICIENCIA POR AMPUTACIÓN DEBIDAS A PATOLOGÍA ARTERIAL

Deficiencia global %

Extremidad Superior Tipo

Amputación del cuarto anterior del tronco 35.0

Desarticulación a nivel del hombro 30.0

Amputación del brazo por encima de la inserción deltoidea 30.0

Amputación del brazo entre la inserción Deltoidea y la articulación del codo 27.5

Desarticulación a nivel codo 27.5

Amputación del antebrazo por debajo de la articulación del codo junto a la inserción del tendón

del bíceps	27.5
Amputación del antebrazo por debajo del codo	27.0
Desarticulación a nivel de la muñeca	27.0
Amputación mediocarpiana o mediometacarpiana de la mano	27.0
Amputación de todos los dedos de la mano excepto el pulgar a nivel de las articulaciones metacarpofalángicas	16.0
Amputación del Pulgar a nivel de la articulación meta- carpo falángica o con resección del hueso carpometacarpiano	12.5
A nivel de la articulación interfalángica	7.5
Extremidad inferior. Hemipelvectomía	40.0
Desarticulación a nivel de la articulación de la cadera	35.0
Amputación por encima de la articulación de la rodilla con muñón pequeño (3 pulgadas o menos por debajo de la tuberosidad de isquión)	30.0
Amputación por encima de la articulación de la rodilla, con muñón funcional	25.0
Desarticulación a nivel de la articulación de la rodilla	20.0
Amputación de Gritti-Stokes	17.5
Amputación por debajo de la articulación de la rodilla con muñón pequeño (3 pulgadas o menos por debajo del nódulo intercondilar)	17.5
Amputación por debajo de la articulación de la rodilla con muñón funcional	17.5
Amputación a nivel tobillo (o de Syne)	15.0
Amputación parcial del pie (o de Chopart)	12.5
Amputación mediometatarsiana	12.5
Amputación de todos los artejos	10.5
Amputación del artejo mayor con resección del hueso metatarso	7.5
Amputación del artejo mayor a nivel de la articulación metatarsofalángica	6.5
A nivel de la articulación metatarsofalángica proximal	3.5
A nivel de la articulación interfalángica	3.5
Amputación de los restantes dedos del pie (del 2º al 5º) con resección del hueso metatarsiano	1.5
A nivel de la articulación metatarsofalángica	0.5
A nivel de la articulación interfalángica proximal	0.0
A nivel de la articulación interfalángica distal	0.0

TABLA No. 7.5 DEFICIENCIA GLOBAL POR OBSTRUCCIÓN DEL SISTEMA VENOSO DE EXTREMIDADES INFERIORES.

Clase	Descripción de criterios	Deficiencia Global (%)
I	· Solamente se experimenta edema ocasionalmente.	1 - 4.9%
II	· Existe úlcera cicatrizada · Existe un persistente edema en grado moderado que no se controla completamente con medias con gradiente de presión.	5.0 – 11.9
III	· Existe una ulceración superficial persistente. · Existe edema marcado, controlado parcialmente con medias con gradiente de presión.	12.0- 22.4
IV	· Existe edema marcado que no se controla con medias con gradiente de presión y hay trastornos tróficos en una o ambas extremidades. · Y, hay ulceraciones persistentes y muy extendidas o profundas en una o las dos extremidades. · Fracaso de cirugía de revascularización arterial de la extremidad comprometida. · O, hay ulceraciones recidivantes y fracaso de los procedimientos quirúrgicos indicados y bien realizados, que consideran la etiopatogenia de la lesión.	22.5 - 37.5

Ejemplos de enfermedades Vasculares que Afectan a las Extremidades y Producen un Deficiencia global Superior del 40%.

a) Insuficiencia Venosa Crónica de las Extremidades Inferiores, con insuficiencia u obstrucción del retorno venoso profundo asociado a várices superficiales, con edema duro extenso, con dermatitis por estasis venosa y ulceración persistente o recurrente, que no cicatriza después de 6 meses de terapia médica o quirúrgica prescrita y bien llevada.

b) Ulceración de una o ambas piernas que no cura con tratamiento bien llevado después de 6 meses.

CAPITULO VIII

8. ENFERMEDAD NEOPLÁSICA

8.1 GENERALIDADES

Debe destacarse que gracias a los nuevos conocimientos de este tipo de patologías, el portador de una neoplasia o el antecedente de haberla tenido no es sinónimo de invalidez. Se deberán reunir los requisitos y condiciones que se detallan en el presente capítulo para considerar que el cáncer del paciente es invalidante.

La determinación del porcentaje de deficiencia resultante de los tumores malignos se basa en:

- La ubicación y el tamaño del tumor,
- La invasión tumoral a los órganos vecinos,
- La extensión a ganglios linfáticos regionales,
- Las metástasis a distancia,
- La histología
- El grado de respuesta al tratamiento (cirugía, radiación, hormonas, quimioterapia), y,
- La magnitud de las secuelas post-tratamiento.

8.2 CONSIDERACIONES PARA LA EVALUACIÓN

En los tumores malignos el diagnóstico deberá establecerse con base en los signos y síntomas, los informes de los exámenes de ayuda diagnóstica y de anatomía patológica, entre otros. Además debe considerarse lo siguiente:

a) El sitio de la lesión primaria, recurrente o metastásica deben documentarse en todos los casos de enfermedad neoplásica maligna. Si se ha practicado cirugía se deberá incluir una copia confiable del protocolo operatorio y del informe histopatológico de la pieza o biopsia. Si no se pueden obtener estos documentos, la epicrisis de la hospitalización más el informe del médico tratante deberán incluir detalles de los hallazgos quirúrgicos y los resultados de los exámenes (macro y microscópico) realizados por el patólogo.

b) Si existe avance de la enfermedad según el médico tratante, éste deberá enviar un informe médico actualizado incluyendo exámenes recientes especialmente orientados a determinar la recurrencia local, compromiso ganglionar, metástasis a otros órganos y probables secuelas importantes posteriores al tratamiento.

c) Para efectos de la calificación o dictamen, el concepto de metástasis ganglionares a distancia se refiere a la invasión tumoral de ganglios más allá de los límites de la resección radical en bloque.

d) La recidiva local o regional posterior a la cirugía radical o la evidencia anatómo-patológica de una extirpación incompleta en una cirugía radical, se considerará igual a las lesiones "inoperables" y para efecto de la calificación debe ser evaluado como tales, excepto para el cáncer de mama.

e) La recurrencia local o regional luego de extirpación completa de un tumor localizado, no debe ser considerada igual a la recurrencia después de cirugía radical.

f) El diagnóstico del cáncer es histológico y debe documentarse con la presentación del informe en original emitido por un médico patólogo; en caso de no haber concordancia entre lo informado y los hallazgos clínicos, de laboratorio o exámenes complementarios, se debe recurrir a la interconsulta de otro patólogo solicitando el envío de placas y bloques de la muestra que originó el diagnóstico. El informe del estudio citológico ya sea de líquidos o masas será considerado cuando se trate de pacientes con enfermedad diseminada, como es el caso de células neoplásicas en líquido ascítico, pleural, etc.

Es fundamental que el evaluador cuente además con el estudio de diseminación del cáncer, tales como imagenología (R-X, ECO, TAC, etc.) y de radionucleótidos en los pacientes asintomáticos. Por otra parte, en un paciente con Cáncer gástrico y masa palpable a nivel de hipocondrio derecho bastará sólo con la endoscopia y el informe histológico para dictaminar una deficiencia de 40%.

En los linfomas, el tipo histológico y los sitios comprometidos, no son necesariamente indicadores de incapacidad total. Cuando el compromiso tumoral se extiende más allá de los ganglios regionales, el daño generalmente será considerado como severo.

8.3 EVALUACIÓN DE LA ENFERMEDAD NEOPLASICA

Estas pautas proporcionan los criterios para evaluar y cuantificar a deficiencia causada por la presencia de una enfermedad neoplásica, las secuelas que se pudieran derivar del tratamiento, o de ambas.

a) En los casos en que una neoplasia y/o sus metástasis sean hormonodependientes, isótopo-sensibles, o ambos, o exista desaparición del tumor primitivo o de sus metástasis en un periodo de seguimiento no inferior a 3 años, la deficiencia se determinará de acuerdo con la valoración del daño producido en el sistema orgánico correspondiente.

Ejemplo: en un seminoma operado y tratado, la deficiencia se define con base en la existencia o no de problemas sexuales, debiendo catalogarse de acuerdo con lo establecido en el capítulo VI.

b) Cuando el tumor maligno es localizado o compromete sólo nódulos linfáticos regionales que aparentemente fueron extirpados por completo con o sin radioterapia complementaria, y no se espera la aparición de metástasis o recurrencia a corto plazo, la deficiencia debe ser considerada igual que la descrito en el literal a), evaluando el daño resultante en el sistema orgánico involucrado por el tumor. Las excepciones a estos casos se encuentran señaladas en el numeral 8.4.

c) Efectos de la terapia quirúrgica: Las secuelas postoperatorias importantes deberán ser evaluadas de acuerdo con el estado del sistema orgánico afectado. Si se realizó una gastrectomía ampliada, una colostomía o una nefrectomía, la deficiencia dependerá de la gastrectomía como tal o sus complicaciones, como el Síndrome de Dumping, desnutrición, etc.; la colostomía deberá considerarse con el porcentaje de deficiencia correspondiente a una ostomía, y la nefrectomía al porcentaje otorgado en el capítulo para esta patología.

d) Efectos de la quimio y radioterapia: El impacto causado por estas tipo de procedimientos debe ser considerado como el resultado del tratamiento y la respuesta adversa a la terapia. Estos pueden variar considerablemente, por lo que cada caso debe ser estudiado individualmente. Es importante obtener del médico tratante el plan de tratamiento completo, que incluya los medicamentos, dosis, frecuencia de administración y duración del mismo. Es necesario obtener una descripción de las complicaciones o respuestas adversas a la terapia, tales como náuseas, vómitos, diarrea, debilidad, trastornos dermatológicos o desórdenes mentales reactivos, ya que la severidad de estos efectos en la quimioterapia anticancerígena pueden cambiar durante el período de administración de la droga. La evaluación del paciente en lo referente al impacto de la terapia con drogas o radiaciones, deberá basarse en la observación durante un período suficiente que permita una apropiada determinación de la deficiencia por esta causal.

e) Se puede presentar un paciente con antecedentes de haber sido portador de un cáncer, que en el momento de evaluarlo está sólo en controles periódicos y sin evidencia de enfermedad tumoral activa. En este caso, el porcentaje de deficiencia estará dado por las secuelas del tratamiento, si las hubiera, como por ejemplo Laringectomía total, nefrectomía, amputación de un miembro, gastrectomía total, etc.; y no por el pronóstico estadístico.

f) Cuando un paciente con cáncer rechaza cualquier tipo de tratamiento, se debe informar al paciente del riesgo de su decisión, se debe calificar el estado actual y hacer revisiones periódicas de acuerdo con la evolución clínica del cáncer para modificar el porcentaje de deficiencia, cuando sea del caso.

g) En el caso de pacientes en tratamiento considerado curativo, se dictaminará bajo "Observación y Tratamiento" y se harán revisiones periódicas de acuerdo con la evolución clínica del cáncer para

modificar el porcentaje de deficiencia, cuando sea del caso.

8.4 CARACTERÍSTICAS DE NEOPLASIAS CON DEFICIENCIA DEL 40%

Las neoplasias que por el tipo histológico, ubicación o extensión de la lesión son inoperables o están fuera de control por otras terapias, tienen una deficiencia global de 40.0%.

8.4.1 Cabeza y Cuello

Las neoplasias de cabeza y cuello excepto las de glándulas salivales, tiroides, maxilar superior e inferior, órbita y fosa temporal, corresponden a ésta calificación cuando son:

- a) Inoperables
- b) No controlados por el tratamiento efectuado.
- c) Recidivan después de cirugía, irradiación, o ambas.
- d) Tienen metástasis a distancia.
- e) Carcinoma epidermoide de seno piriforme o tercio posterior de lengua (No incluye carcinoma de amígdalas).

8.4.2 Sarcoma De Piel

- a) Angiosarcoma con metástasis ganglionares regionales.
- b) Micosis sistémica con compromiso hepático o visceral.

8.4.3 Sarcoma de Partes Blandas

- a) Inoperables.
- b) Metástasis a distancia.
- c) Cáncer Recidivante después de cirugía radical seguida o no de radioterapia.

8.4.4. Melanoma Maligno

- a) Recidiva después de cirugía radical.
- b) Metástasis a la piel adyacente o a otros órganos.

8.4.5. Linfoma

Enfermedad de Hodgkin y linfoma no Hodgkin con enfermedad progresiva a pesar del tratamiento adecuado.

8.4.6 Nódulos Linfáticos

- a) Adenopatía metastásica de primario desconocido.
- b) Carcinoma epidermoide de un nódulo linfático en el cuello que no responde al tratamiento.

8.4.7. Glandulas Salivales

- a) Carcinoma o sarcoma con metástasis más allá de los ganglios regionales.

b) Recidiva después de tratamiento radical.

8.4.8. Tiroides

a) Carcinoma con metástasis más allá de los ganglios regionales, no controlada por el tratamiento efectuado.

b) Recidiva local no controlada con terapia prescrita.

8.4.9. Mama

a) Cáncer inoperable.

b) Cáncer inflamatorio.

c) Recidiva local y regional no controlada.

d) Metástasis a distancia o Cáncer bilateral de mama.

e) Sarcoma con metástasis a cualquier sitio.

8.4.10. Sistema Oseo (Se excluye maxilar inferior)

a) Tumores primarios malignos con evidencia de metástasis o no controlados con la terapia prescrita.

b) Metástasis óseas de origen desconocido después de una búsqueda adecuada.

8.4.11. Maxilar Superior E Inferior, Órbita O Fosa Temporal

a) Sarcoma de cualquier tipo con metástasis.

b) Carcinoma de la cavidad con extensión a la órbita o etmoides o esfenoides con o sin metástasis regionales.

c) Tumores orbitales con extensión intracraneal.

d) Tumor de la fosa temporal con perforación del cráneo o complicación meníngea.

e) Adeninoma con infiltración intracraneal y orbital.

f) Tumores del saco de Rathke con infiltración de la base del cráneo o metástasis.

8.4.12. Tumores Cerebrales y de Médula Espinal

a) Gliomas malignos, Astrocitomas grado III-IV, glioblastoma multiforme, Meduloblastoma, ependimoblastoma y sarcoma primario;

b) O, Astrocitomas grado I-II, meningioma, tumores de hipófisis, oligodendrogliomas, ependimoma y tumores benignos. Estos deben ser evaluados por los daños secundarios que producen como: epilepsia, daño orgánico cerebral o déficit neurológico.

8.4.13. Pulmones

a) Inextirpable.

b) Metástasis.

- c) Recidiva después del tratamiento.
- d) Tumor extirpado en forma incompleta.
- e) Carcinoma de células pequeñas.

8.4.14. Pleura o Mediastino

- a) Mesotelioma maligno de la pleura.
- b) Tumor maligno con metástasis a la pleura.
- c) Tumor primario maligno del mediastino no controlado con la terapia prescrita.

8.4.15. Abdomen

- a) Carcinomatosis peritoneal.
- b) Tumor maligno retroperitoneal no controlado con terapia prescrita.
- c) Ascitis con células malignas demostradas.

8.4.16. Esófago

- a) Carcinoma o sarcoma de los dos tercios superiores del esófago.
- b) Carcinoma o sarcoma del tercio distal del esófago con metástasis a los ganglios regionales o infiltración de estructuras vecinas.

8.4.17. Estómago

- a) Carcinoma de estómago con metástasis a ganglios regionales o invasión tumoral a órganos vecinos.
- b) Sarcoma no controlado por terapia adecuada.
- c) Inoperables.
- d) Recidivas o metástasis después de la cirugía radical.
- e) Linfomas de acuerdo con la progresión de enfermedad.

8.4.18. Intestino Delgado

- a) Carcinoma, sarcoma o tumor carcinoide con metástasis más allá de los ganglios linfáticos regionales.
- b) Recurrencia de los anteriores después de la extirpación.
- c) Sarcoma no controlado por la terapia descrita.

8.4.19. Intestino Grueso

- a) Inextirpable
- b) Metástasis más allá de los nódulos linfáticos regionales.
- c) Recidiva o metástasis luego de la extirpación.

8.4.20. Hígado o Vesícula Biliar

- a) Tumores malignos primarios o metastásicos.
- b) Carcinoma invasor de la vesícula biliar.
- c) Carcinoma de vía biliar inextirpable o con metástasis.

8.4.21. Páncreas

- a) Carcinoma, excepto el Cáncer de la cel.islote.
- b) Carcinoma de la célula en islote inextirpable o fisiológicamente activo.

8.4.22. Riñones, Glandulas Suprarrenales o Ureteres

- a) Inextirpable.
- b) Con metástasis

8.4.23. Vejiga

- a) Infiltración más allá de la pared de la vejiga.
- b) Inextirpable.
- c) Metástasis
- d) Evaluar la alteración renal luego de la cistectomía total según criterio aplicado en el capítulo correspondiente.

8.4.24. Prostata

Carcinoma no controlado con terapia prescrita y bien llevada.

8.4.25. Testículo

- a) Coriocarcinoma, no controlado mediante la terapia adecuada.
- b) Otros tumores malignos primarios con enfermedad progresiva no controlada con la terapia indicada.

8.4.26. Útero, Carcinoma - Adenocarcinoma o Sarcoma.

- a) Inoperable y no controlado con tratamiento adecuado.
- b) Recidiva después de la histerectomía total o radioterapia.
- c) Exenteración pélvica total.

8.4.27. Ovario

- a) Ascitis con células malignas demostradas.
- b) Tumor inextirpable o parcialmente extirpado.
- c) Metástasis inextirpable de la cavidad abdominal.

d) Metástasis a distancia.

8.4.28. Trompas de Falopio

Carcinoma o sarcoma inextirpable o con metástasis.

8.4.29. Leucemia

a) Leucemia aguda linfática o no linfática que no responde completamente, refractaria a tratamiento inicial.

b) Leucemia aguda que recae durante el período de terapia de mantenimiento o estando fuera de tratamiento.

c) Leucemia mieloide crónica que no responde al tratamiento o que se encuentra en etapa de transformación o crisis blástica.

d) Leucemia linfática crónica en etapa avanzada con manifestaciones de anemia y trombocitopenia o que no responde al tratamiento.

8.4.30. Mieloma

Confirmado mediante electroforesis de proteínas en orina o suero y examen médula ósea pertinentes. Con:

a) Evidencia radiológica de complicaciones óseas con ostealgias intratables o fracturas patológicas;

b) O, evidencia de daño renal;

c) O, Hipercalcemia con niveles en el suero persistentes de 11 mg/100 ml durante por lo menos 1 mes a pesar de la terapia prescrita;

d) O, células plasmáticas, 100 o más células por ml, en sangre periférica.

8.5 SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

Los criterios para la evaluación del paciente infectado con VIH o el enfermo de SIDA están dados en términos de la restricción, ausencia o carencias funcionales. Deben considerarse tres criterios para llegar a un diagnóstico por VIH y SIDA, de la siguiente manera:

1. Criterio epidemiológico: El criterio epidemiológico constituye el punto de partida del diagnóstico y comprende las diversas formas de transmisión y los antecedentes de riesgo y contactos positivos.

2. Criterio de laboratorio: El criterio de laboratorio se basa en la demostración del virus, sus productos o los anticuerpos que producen contra las distintas proteínas virales. Los métodos de diagnóstico se categorizan en:

a) Detección de anticuerpos: pruebas presuntivas (ELISA), pruebas suplementarias (Western-Blood, inmunofluorescencia, pruebas rápidas o inmuno-blot), entre otros.

b) Detección del virus o sus productos: Aislamiento del virus, detección del antígeno P24, reacción en cadena de la polimerasa (PCR), entre otros.

c) Pruebas de laboratorio complementarias: perfil inmunológico, cuadro hemático y velocidad de sedimentación globular, población linfocitaria, relación CD4/CD8, pruebas inmunológicas de hipersensibilidad retardada, entre otras.

3. Criterio clínico: El criterio clínico está dado por la detección de signos y síntomas descritos en relación con el SIDA. Siempre se debe tener en cuenta que el período de incubación puede durar varios años y que no todas las manifestaciones clínicas se darán en todos los pacientes, ya que una misma alteración puede tener características diferentes en las personas.

El VIH puede afectar directamente al organismo al disminuir significativamente el nivel de las defensas inmunológicas o puede desencadenar una serie de patologías secundarias a esto. Para la evaluación de la deficiencia se utiliza la clasificación VIH/SIDA del CDC/Atlanta/93, que incluye la consideración de un parámetro de evaluación clínica y otro de laboratorio, basado en el recuento de linfocitos T4 o células CD4. La calificación se aplica a quienes ya tienen el diagnóstico positivo para el VIH (2 pruebas presuntivas y una suplementaria positivas). El porcentaje de deficiencia global generado por la infección con VIH, se define según la Clasificación del CDC para Adolescentes y Adultos de 1993, en tres categorías clínicas (A, B, C) con rangos de CD4, 1, 2 y 3, como se ilustra en la TABLA No. 8. 1.

TABLA No. 8.1: CLASIFICACIÓN DEL CDC PARA ADOLESCENTES Y ADULTOS.

Rango de CD4	Categorías clínicas		
	A	B	C
	Asintomático infección aguda linfadenopatía Sintomático		
	no condición(A) o (C)		
	Condiciones indicadores de SIDA		
1) > 500 /mm ³	A1	B1	C1
2) 200-499/mm ³	A2	B2	C2
3) < 200 /mm ³	A3	B3	C3

Para una mejor orientación de los calificadores, se recomienda revisar cuidadosamente los criterios de la clasificación del CDC/Atlanta/93 para Adolescentes y Adultos.

TABLA No. 8.2: DEFICIENCIA GLOBAL POR INFECCIÓN CON VIH/SIDA

Categoría	Deficiencia Global (%)
A1	10.0
A2	15.0
A3	20.0
B1	27.0
B2	34.0
B3	40.0
C1	44.0
C2	47.0
C3	50.0

CAPITULO IX

9. SISTEMA ENDOCRINO

9.1 GENERALIDADES

Este capítulo define los criterios para la evaluación de la deficiencia global por patología de las glándulas endocrinas. Está dividido en:

- Eje hipófisis-hipotálamo
- Tiroides

- Suprarrenales
- Gónadas
- Paratiroides
- Tejido de los islotes del páncreas.

9.2 CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA PERMANENTE DE HIPOFISIS-HIPOTÁLAMO.

Las alteraciones hormonales hipotálamo-hipofisarias, se estudian mediante medición basal de las hormonas involucradas y con pruebas de estímulo o de supresión de las mismas. También se estudia la región hipotálamo-hipofisaria mediante imagenología del cráneo y campimetría visual, entre otras, para determinar el origen de las alteraciones y su efecto sobre las estructuras vecinas.

9.2.1. Evaluación de la deficiencia por alteraciones de la hipófisis anterior.

TABLA No. 9.1: EVALUACION DE LA DEFICIENCIA OCASIONADA POR LAS ALTERACIONES DE LA HIPOFISIS ANTERIOR.

CLASE	CRITERIO	DEFICIENCIA GLOBAL (%)
I-	La enfermedad se controla con un tratamiento continuo. En caso de tumor, se clasifica en esta clase si se logra controlar con tratamiento médico y/o quirúrgico, y en cuanto a tamaño y sintomatología.	1 - 4.90
II	Cuando los síntomas no pueden controlarse adecuadamente con el tratamiento.	5.0 - 14.9
III	Cuando los síntomas y los signos persisten a pesar del tratamiento.	15.0 - 25.0

Ejemplo: Mujer de 51 años que desarrolló gradualmente una acromegalia desde los 16 años, presentando además amenorrea, cefalea y acné. En los últimos meses se intensificaron las cefaleas y refería cambios en la visión. Se encontró hiperglicemia con glucosuria, los campos visuales demostraron un campo tubular en el ojo izquierdo y defecto temporal en el ojo derecho. La radiografía de cráneo demostró crecimiento de la silla turca. Se intervino quirúrgicamente extirpándose parcialmente un tumor hipofisario. Después de la intervención presentó alteraciones de los campos visuales y requirió de una dieta estricta y 40 unidades de insulina lenta para el control de su diabetes. Adicionalmente requiere reemplazo hormonal por hipopituitarismo. Se hizo un diagnóstico de acromegalia por adenoma de la hipófisis con gran hipopituitarismo, diabetes Mellitus y campos visuales alterados secundarios.

Se considera una deficiencia del 15.0% por la disfunción hipofisaria. Debiéndose combinar un 13.0% por la diabetes inestable y 17.0% por las alteraciones visuales. Ponderadas estas patologías significan una deficiencia global del 25.53%.

9.2.2. Evaluación de la deficiencia por alteraciones de la hipófisis posterior.

9.2.2.1 Insuficiencia Neurohipofisaria o Diabetes Insípida.

El estudio de la hipofunción del lóbulo posterior de la hipófisis incluye:

- Imágenes diagnósticas del área hipotálamo - hipofisaria.
- Determinación de los campos visuales.
- Determinación de la densidad urinaria y osmolaridad del plasma y orina, en condiciones basales y durante prueba de restricción hídrica.

TABLA No. 9.2: EVALUACION DE LA DEFICIENCIA OCASIONADA POR LAS ALTERACIONES DE LA HIPOFISIS POSTERIOR.

CLASE	CRITERIO	DEFICIENCIA GLOBAL (%)
-------	----------	------------------------

- I- La afección puede ser efectivamente controlada con tratamiento continuo. 1 - 4.90
- II El tratamiento continuo controla en forma parcial los síntomas y signos de la enfermedad. 5.0 - 14.9
- III A pesar de un tratamiento adecuado y bien llevado los síntomas y signos persisten. 15.0 - 25.0

9.2.2.2 Evaluación de la deficiencia por Enanismo Hipofisiario.

Para la valoración de dicha deficiencia debe considerarse que casi todos los casos de enanismo hipofisiario pertenecen a la clase III de deficiencia de hipófisis-hipotálamo, que corresponde a 15 a 25%, cuando los síntomas persisten a pesar del tratamiento.

9.3 CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA DEL TIROIDES.

El hipertiroidismo no se considera una causa de deficiencia porque el estado hipermetabólico se puede corregir en forma permanente mediante tratamiento en casi todos los pacientes. Después de la remisión del hipertiroidismo puede haber deficiencia en el sistema visual o cardiovascular, que deberá evaluarse según las normas correspondientes. Así mismo, el hipotiroidismo en la mayoría de los casos, puede controlarse satisfactoriamente con la administración de hormona tiroidea.

Para la evaluación del tiroides se deben realizar las pruebas funcionales tiroideas que determine el endocrinólogo.

9.3.1 Evaluación de la deficiencia por Hipertiroidismo.

Como se mencionó el hipertiroidismo en sí mismo no produce deficiencia, en ocasiones la tirotoxicosis maligna lleva a la aparición de un exoftalmo progresivo, que puede llegar hasta la oftalmoplejía, la que se evalúa en el capítulo de oftalmología.

9.3.2 Evaluación de la deficiencia por Hipotiroidismo.

TABLA No. 9.3: EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR HIPOTIROIDISMO.

CLASE CRITERIO DEFICIENCIA GLOBAL (%)

I- · Basta una terapia continua para la corrección de la insuficiencia tiroidea; y, · no existen contraindicaciones físicas o de laboratorio para esta terapéutica. 1 - 4.9

II · Hay síntomas de enfermedad de tiroides o alteraciones anatómicas; · Es necesaria una terapia de tiroides continua; · Pero padece otras enfermedades que permiten el reemplazo de la hormona tiroidea sólo de manera parcial. 5.0 - 15.0

NOTA: Cuando la suplencia tiroidea se inició tardíamente y ocurrieron secuelas permanentes de hipotiroidismo que conforman el cuadro de cretinismo, se deberá calcular la deficiencia de conformidad con el capítulo correspondiente a déficit mental.

9.4 CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR ALTERACIONES DE LAS GLÁNDULAS SUPRARRENALES.

9.4.1 Alteraciones de la Corteza Suprarrenal.

La hiper o hiposecreción de esta porción de las suprarrenales puede producir deficiencia. En ocasiones se asocia a alteraciones de otras glándulas endocrinas o de otros sistemas orgánicos, lo que obliga a combinar estas anomalías de acuerdo con lo expuesto en otros capítulos.

La hipersecreción puede ser ocasionada por hiperplasia de la corteza, exceso de ACTH hipofisiaria o ectopias, o bien tumores benignos o malignos. Entre las enfermedades causadas por hipersecreción se encuentra el síndrome de Cushing, el síndrome adrenogenital y el aldosteronismo primario.

La hiposecreción adrenal puede ser primaria, como consecuencia de destrucción o ausencia de estas glándulas, o secundaria como resultado de una disminución de la secreción de las corticotrofinas. Una sola glándula suprarrenal puede compensar la ausencia o disfunción de la otra.

Para la evaluación de la función de las glándulas suprarrenales deben realizar las pruebas funcionales y hormonales que determine el endocrinólogo.

9.4.1.1. Evaluación de la deficiencia por alteraciones de la corteza suprarrenal.

TABLA No. 9.4: EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR ALTERACIONES DE LA CORTEZA SUPRARENAL.

CLASE	CRITERIO	DEFICIENCIA GLOBAL (%)
I-	· Hay anomalía en la secreción y se requiere de administración prolongada de hormonas corticales, por pérdida de las dos suprarrenales; · Y necesita tratamiento continuo.	1 - 9.9
II	· Hay una anomalía en la secreción y requiere administración prolongada de hormonas corticales por pérdida de las dos glándula; · Y necesita un tratamiento continuo. · O es el caso de un paciente que requiere de grandes cantidades de hormonas corticales para el tratamiento de otra enfermedad de base y estas le ocasionan un síndrome de Cushing secundario.	10.0 – 19.9
III	· Existe una anomalía en la secreción y se requiere administración de Hormonas corticales en forma permanente. · Hay síndrome de Cushing florido que no obedece a la batería terapéutica que existe actualmente. · Hay un Síndrome de Nelson secundario a la resección las Glándulas Suprarrenales y este no obedece a la batería terapéutica que existe actualmente.	20.0 - 30.0

9.4.2 Alteraciones en la Médula Suprarrenal.

La médula suprarrenal no es esencial para la vida o el bienestar de la persona, y por lo tanto, la ausencia de ésta constituye 0% de deficiencia global. La hiperfunción de la médula puede causar alteraciones por hipertrofia de las células ya sea de carácter tumoral o no. La existencia de esta hiperfunción lleva a hipertensión arterial en forma de crisis o mantenida.

9.4.2.1 Evaluación de la deficiencia por alteraciones de la médula suprarrenal

TABLA No. 9.5: EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR ALTERACIONES DE LA MEDULA SUPRARENAL.

CLASE	CRITERIO	DEFICIENCIA GLOBAL (%)
I-	· Hay anomalías en la secreción de las hormonas medulares de las glándulas suprarrenales; · No necesita tratamiento continuo; · Puede llevar a cabo todas o casi todas las actividades de la vida diaria.	1 - 9.9
II	· Hay una anomalía en la secreción de las hormonas de la médula de las glándulas suprarrenales; · El tratamiento continuo no controla los síntomas y signos completamente.	10.0 – 20.0

9.5 CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA PERMANENTE PRODUCTO DE ALTERACIONES EN LAS GÓNADAS.

Una persona con pérdida anatómica o alteraciones de las gónadas que derive en anomalías de la secreción hormonal tendrá una deficiencia global de 1 - 5.0.%, siempre y cuando la alteración de la función gonadal sea permanente e irreversible. El deterioro de las funciones de reproducción y sexuales deberá ser evaluado con las normas que figuran en el capítulo VI.

9.6 CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA PERMANENTE POR PROBLEMAS EN LAS GLÁNDULAS MAMARIAS.

Una mujer sin mamas en edad fértil o con galactorrea excesiva, o un varón con ginecomastia dolorosa que interfiera en sus actividades diarias, tendrán un deficiencia global entre 1 y 5.0%.

Los cánceres de mamas deben evaluarse de acuerdo con los criterios del capítulo VIII.

9.7 CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA PERMANENTE POR ALTERACIONES DE LAS PARATIROIDES.

El hiperparatiroidismo con hipercalcemia, a menos que se deba a un carcinoma inoperable, se considera por regla general una enfermedad que se puede corregir, aunque a veces esta corrección pueda ser difícil. Una hipercalcemia persistente sea o no debida a esta patología, puede requerir un tratamiento prolongado. Las deformidades de los huesos o el daño renal puede persistir después del tratamiento y para la evaluación de estas condiciones deben usarse las normas correspondientes a cada capítulo del sistema involucrado.

Cuando la hipercalcemia con síntomas requiere un tratamiento prolongado, la evaluación de la deficiencia deberá basarse en la interferencia de la enfermedad con las actividades diarias del paciente, pudiendo variar de 0 a 5.0% de deficiencia global. Este valor deberá ser combinado con cualquier otro valor de deficiencia pertinente al caso.

TABLA No. 9.6: EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR HIPOPARATIROIDISMO.

CLASE	CRITERIO	DEFICIENCIA GLOBAL (%)
-------	----------	------------------------

I-	· El funcionamiento de la paratiroides es deficiente, los niveles de calcio se mantienen gracias a la terapéutica, y no hay síntomas.	1 - 4.9
----	---	---------

II	· Ausencia de la paratiroides, el nivel del calcio aumenta y disminuye intermitentemente a pesar de un tratamiento adecuado. Puede haber o no síntomas, debido a los niveles anormales de calcio en la sangre.	5.0 - 9.9
----	--	-----------

III	· Disminución del calcio plasmático por debajo de 8 mg/100 ml. a pesar del tratamiento.· Severa Tetania recurrente; · O, convulsiones generalizadas recurrentes;· O, catarata lenticular, que se debe evaluar según el criterio aplicado en el capítulo XIII, de órganos de los sentidos.	10.0 - 15.0
-----	---	-------------

9.8 EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR ALTERACIONES DEL METABOLISMO DE LOS HIDRATOS DE CARBONO.

9.8.1 Evaluación de la deficiencia generada por la Diabetes Mellitus.

La diabetes de larga data puede asociarse a otras patologías que causan deficiencias mayores que la diabetes por si misma. Estas patologías están referidas al sistema cardiovascular, neurológico, urogenital, renal y visual, con complicaciones degenerativas específicas como coronariopatía, neuropatía, retinopatías y nefropatías. Las mujeres en edad fértil pueden presentar dificultades para culminar el embarazo y los hombres impotencia sexual. Todas estas alteraciones deberán combinarse según la evaluación de la deficiencia otorgada en el capítulo correspondiente a las alteraciones involucradas.

TABLA No. 9.7: EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR DIABETES MELLITUS.

CLASE	CRITERIO	DEFICIENCIA GLOBAL (%)
-------	----------	------------------------

I-	Paciente con Diabetes Mellitus, que se controla adecuadamente con dieta. No tiene evidencia de microangiopatía diabética (retinopatía y/o albuminuria >30 mg/100ml).	1 - 4.9
----	--	---------

II	Paciente con Diabetes Mellitus, que requiere dieta restrictiva e hipoglicemiantes orales, logrando un control satisfactorio de la glicemia. Tiene o no evidencia de microangiopatía (retinopatía y/o albuminuria >30 mg/100ml) y la consecuente afección de otros sistemas orgánicos.	5.0 - 9.9
----	---	-----------

III Paciente con Diabetes Mellitus, que requiere dieta restrictiva e hipoglicemiantes orales o insulina, logrando un control satisfactorio de la glicemia. Tiene o no evidencia de microangiopatía (retinopatía y/o albuminuria >30 mg/100ml) y la consecuente afección de otros sistemas orgánicos.

10.0 – 19.9

IV Igual que la clase anterior, pero a pesar del manejo dietario e insulina, presenta episodios frecuentes de hiper o hipoglicemia, sin un control satisfactorio que requieren de manejo intrahospitalario y/o afección grave de otros sistemas orgánicos. 20.0 - 30.0

Ejemplo clase I: Hombre de 45 años que en un examen de control presenta cifras de glicemia de 190 mg y moderado sobrepeso. Se prescribe dieta. Tres meses después su peso y glicemia son normales. Diagnóstico = Diabetes Mellitus controlada con dieta.

Deficiencia global = 1%.

Ejemplo clase II: Hombre de 66 años que en un examen de control presenta cifras de glicemia de 300 mg, moderado sobrepeso e hipertensión arterial. Se prescribe dieta, hipoglicemiantes orales y terapia hipertensiva. Tres meses después su peso, glicemia y tensión arterial se encuentran controlados. Diagnóstico = Diabetes Mellitus controlada.

Deficiencia global = 5%.

Ejemplo clase III: Paciente de 25 años enfermo de diabetes desde los 15 años. La actividad física que puede desarrollar varía considerablemente de un día a otro. Sigue una severa dieta y terapia con insulina 2 veces al día con controles de glucosa en sangre y en orina continuos normales. Baja de peso sin exceder el rango normal, pero sin otras complicaciones.

Diagnóstico = Diabetes Mellitus Tipo I, controlada adecuadamente.

Deficiencia = 15%.

Ejemplos de la clase IV: de situaciones específicas que caen en este caso:

a) Neuropatía demostrada por una alteración persistente o importante de la función motora en dos extremidades y que da por resultado alteraciones de los movimientos, de la marcha, de la actitud postural del individuo, o de estas dos últimas, o existen alteraciones de sensibilidad con consecuencias.

b) Amputación parcial o total de una extremidad debido a necrosis diabética o enfermedad obstructiva vascular periférica.

c) Retinopatía severa con pérdida importante de la agudeza y campimetría visual, evaluando el daño visual según el criterio establecido en el capítulo correspondiente a órgano de la visión.

d) Nefropatía severa con insuficiencia renal (ver capítulo correspondiente).

9.8.2 Evaluación de la deficiencia generada por Hiperinsulinismo (Hipoglicemia Permanente).

Ocasionalmente el hiperinsulinismo puede derivar de un exceso en la producción de insulina, que induce hipoglicemias, cuyos períodos prolongados o ataques severos y repetidos de ésta pueden llevar a deterioro cerebral.

Dependiendo de la magnitud del daño cerebral, una persona hipoglicémica puede sufrir una deficiencia global de acuerdo con la evaluación del Sistema Nervioso Central definida en el capítulo correspondiente. Solo en casos en los cuales el daño metabólico no se controle a pesar de la dieta y medicación adecuadas, se otorgará una deficiencia de 10.0%.

9.9 EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR OTRAS ALTERACIONES METABÓLICAS.

9.9.1 Evaluación de la deficiencia por Enfermedades Metabólicas de los Huesos.

Las enfermedades metabólicas de los huesos tales como la osteoporosis, la osteomalacia

resistente a la vitamina D y la enfermedad de Paget, pueden requerir una terapia continua y cuando no tienen síntomas y signos tales como, dolor, deformidades del esqueleto o afección de los nervios periféricos, la deficiencia global será de 0%.

Cuando se encuentran los síntomas y signos antes señalados pero se consiga una completa remisión de ellos mediante una terapia continua a base de hormonas y minerales, la deficiencia global puede ser de 1-5%.

Cuando se requiere terapia continua para aliviar el dolor sin conseguir remisión total y las actividades diarias del sujeto se ven afectadas por éste o por complicaciones como fracturas, puede haber un deficiencia global de 5 - 10.0%.

En caso de osteoporosis de la columna, debe evaluarse con los parámetros definidos en el Capítulo I. Para mayor información sobre osteoporosis generalizada se debe revisar el Capítulo III.

9.9.2 Enfermedad Endocrina múltiple

De los síndromes multiglandulares autoinmunes, tiene particular interés la asociación de hipotiroidismo, Tiroiditis de Hashimoto más insuficiencia suprarrenal, o enfermedad de Addison. Las deficiencias se calificarán de acuerdo con lo estipulado en las secciones que hacen referencia a cada una de las disfunciones hormonales involucradas, mediante la combinación de los respectivos valores.

Las neoplasias endocrinas múltiples (NEM), frecuentemente generan hiperfunción de varias glándulas simultánea y continuamente. La asociación de cáncer medular de tiroides con feocromocitoma tiene particular interés. Agotados los medios terapéuticos, quirúrgico y farmacológico se calcula la deficiencia de acuerdo con la patología de cada glándula.

CAPITULO X

10. PIEL

10.1 GENERALIDADES

En este capítulo se evaluarán las patologías de curso crónico y o recidivante o que por sus características son irreversibles e imposibles de erradicar, que ocasionan una deficiencia permanente de la piel y que afectan el desempeño en todas las actividades del individuo.

Para las lesiones de la piel que estén asociadas a enfermedades sistémicas su valoración se deberá realizar en el capítulo correspondiente.

10.1.1. CLASIFICACIÓN

- a) Para todas las patologías de la piel
- b) Para quemaduras.
- c) Para cicatrices.
- d) Para neoplasias de piel.

10.2 EVALUACION DE LA DEFICIENCIA POR PATOLOGIAS DE LA PIEL

Los siguientes son los criterios de evaluación de la deficiencia por patologías de piel:

- Anamnesis
- Examen físico y psíquico
- Estudios complementarios específicos (test cutáneo, biopsias, inmunología, baciloscopia etc.)

10.3 Criterios para la evaluación de la deficiencia global por patologías de la piel

Para la evaluación de las lesiones en piel se debe tomar en cuenta:

- Las zonas afectadas

- La profundidad
- La extensión de la lesión
- El grado de dificultad laboral que ocasionan

TABLA No. 10.1: CRITERIOS PARA LA EVALUACION DE LA DEFICIENCIA GLOBAL POR PATOLOGIAS DE LA PIEL

Clase	Criterios	Deficiencia Global %
I	· Existen síntomas y signos de desorden en la piel· Limitación en las tareas en la vida diaria: Inexistente o mínima con tratamiento, o que aumenta la extensión con agentes físicos químicos, temporalmente· Necesidad de tratamiento: Temporal	1.0- 2.4
II	· Existen síntomas y signos de desorden en la piel· Limitación en las tareas en la vida diaria: En algunas tareas· Necesidad de tratamiento: Intermitente	2.5 - 7.4
III	· Existen síntomas y signos de desorden en la piel· Limitación en las tareas en la vida diaria: En muchas tareas· Necesidad de tratamiento: Continuo	7.5 - 19.9
IV	· Existen síntomas y signos de desorden en la piel· Limitación en las tareas en la vida diaria: En muchas tareas· Necesidad de tratamiento: Continuo· El confinamiento en hogar u otra residencia es opcional	20 - 29.9
V	· Existen síntomas y signos de desorden en la piel· Limitación en las tareas en la vida diaria: Intensa limitación· Necesidad de tratamiento: Continuo· El confinamiento en hogar u otra residencia es necesario	30%

Patologías que pertenecen a la clase V: Dermatitis exfoliativa, ictiosis, eritrodermia, Pénfigo, eritema exudativo multigranuloso, eczema penfigoide, dermatitis herpetiforme, Infección micótica profunda, Psoriasis, dermatitis atópica, dishidrosis, Hidradenitis supurativa, acné conglobata.

Las patologías como: vitiligo, hiperpigmentaciones, nevus pigmentados angiomas, no ocasionan per se daño en la función, pero si se manifiestan en el desempeño del individuo en las actividades de la vida diaria, por lo cual son evaluadas allí.

10.4 Criterios para la evaluación de la deficiencia global por quemaduras.

Para determinar el grado de incapacidad ocasionada por una quemadura, hay que tener en cuenta:

- Extensión
- Profundidad
- Compromiso de la movilidad articular
- Secuelas estéticas.

a) Extensión : para cuantificar la extensión de la lesión se aplicará la "regla del nueve", donde se le asigna el 36% de la superficie corporal al tórax y dorso, el 36% a los dos miembros inferiores, el 18% a ambos miembros superiores, el 9% a la cabeza y el 1% a los genitales (masculino o femenino).

b) La profundidad de la quemadura se evalúa de la siguiente manera:

TABLA No. 10.2: CRITERIOS PARA LA EVALUACION DE LA DEFICIENCIA GLOBAL POR QUEMADURAS.

TIPO AREA COMPROMETIDA	% ASIGNADO
A Superficial o epidérmico	25% del porcentaje de la extensión de la superficie corporal lesionada
AB Epidermis y dermis	50% del porcentaje de la extensión de la superficie corporal lesionada
B Dermis hasta aponeurosis o hueso	Igual al área afectada

c) Compromiso de la movilidad articular: se evalúa en el capítulo correspondiente.

d) Secuelas estéticas: se evaluarán, en la medida en que afecten la capacidad de para desempeñar un trabajo, o minusvalía ocupacional.

e) Las lesiones superficiales que curen sin dejar cicatriz ni secuelas, no serán motivo de evaluación.

10.5 Criterios para la evaluación de la deficiencia global por cicatrices.

Para efectos de la calificación de la pérdida de la capacidad laboral, las cicatrices como tales no generan deficiencia de piel, excepto aquellas que tienen como secuela una minusvalía ocupacional, a las cuales se le asigna un valor del 2% de deficiencia global.

Las secuelas o compromiso de estructuras localizadas en la zona afectada (por ejemplo: ojos o la articulación), serán evaluadas en el capítulos correspondientes.

10.6. Criterios para la evaluación de la deficiencia global por neoplasias de piel.

Estas se evalúan en el capítulo de neoplasias.

CAPITULO XI

11. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

11.1 GENERALIDADES

La inducción o simulación de síntomas y signos por parte del paciente es un punto crítico para la evaluación de la invalidez, pues tiende a enmascarar, magnificar o sustituir patologías auténticas subyacentes.

Hay que tener en cuenta, que el grado de deficiencia en el sistema nervioso no es estático por lo que con frecuencia estamos frente a un proceso evolutivo.

A este capítulo le corresponde analizar lo siguiente:

- a) Cerebro
- b) Médula Espinal
- c) Nervios Craneales

11.2 CEREBRO

11.2.1 Criterios de evaluación de la deficiencia por patología cerebral.

Para efectos de la calificación de la deficiencia por patología cerebral, se tendrán en cuenta los siguientes criterios :

1. Alteraciones sensoriales y motoras.
2. Alteraciones en la comunicación.
3. Alteraciones de las funciones complejas e integradas del cerebro.
4. Alteraciones emotivas.
5. Alteraciones de la conciencia.
6. Alteraciones neurológicas episódicas.

Puede haber mas de un tipo de manifestaciones de deficiencia por patología en el cerebro. En estos casos los diversos grados de deficiencia no se suman ni combinan, se toma el valor mayor de deficiencia para representar la deficiencia global.

Ejemplo: Alteración de la comunicación por daño cerebral (afasia) = 18.0%. Alteración de las funciones complejas = 8.0%. Alteración emotiva= 0%, Alteraciones de la Conciencia = 25.0%. La deficiencia global sería 25.0% y no 51.0% sumada ni 26.9% por combinación de valores.

11.2.1.1 Alteraciones sensoriales y motoras.

Las alteraciones musculares, y algunas deformidades secundarias a lesiones neurológicas, se reflejan en la pérdida de función y no se miden por separado. Se califican de acuerdo con los criterios definidos para restricción del movimiento y pérdida de fuerza muscular en el Capítulo I del Libro Primero de éste Manual.

Para evaluar la espasticidad se tendrán en cuenta los criterios contenidos en la tabla 11.5 así: Si se trata de extremidades superiores, se asignará un valor de acuerdo a los parámetros establecidos para "uso de extremidades superiores " y si se trata de extremidades inferiores se asignará un valor de acuerdo a los parámetros establecidos para "porte y postura".

El dolor es individual, inmedible y variable de acuerdo con la atención que se le ponga. Sólo podemos evaluar el dermatoma que ocupa, las limitaciones que causa, las posiciones antálgicas y la respuestas en procura de mejoría. Para tener mayores antecedentes sobre el dolor se debe revisar el Capítulo II, del Sistema Nervioso Periférico.

11.2.1.2. Alteraciones de la Comunicación

Para calificar la deficiencia por alteraciones de la comunicación, se considerarán las perturbaciones en el mecanismo central del lenguaje que incluyen comprensión, almacenamiento y producción del mismo, las cuales se manifiestan como afasia , disfasia, agrafia, alexia o acalculia.

Se considerarán para efectos de la calificación, no sólo la comprensión y entendimiento del lenguaje por parte del paciente sino también la habilidad de producir un lenguaje simbólico inteligible y apropiado.

TABLA No. 11.1. DEFICIENCIA GLOBAL POR ALTERACIONES DE LA COMUNICACION.

Alteraciones de la comunicación	Deficiencia global(%)
Puede comprender el lenguaje y expresarse, pero lo hace con dificultad.	0.0 - 9.9
Puede comprender el lenguaje pero no puede expresarse apropiadamente.	10.0 - 24.9
No puede comprender el lenguaje y por ende se expresa en forma ininteligible o inapropiada.	25.0 - 44.9
No puede comprender ni utilizar el lenguaje.	45.0 - 50.0

11.2.1.3. Alteraciones de las Funciones Complejas e Integradas del Cerebro

Estas alteraciones constituyen el síndrome orgánico cerebral, con defectos en orientación, comprensión, memoria y comportamiento, a continuación se dan los criterios para la evaluación de la deficiencia:

TABLA No. 11.2 DEFICIENCIA GLOBAL POR ALTERACIONES DE LAS FUNCIONES COMPLEJAS E INTEGRADAS DEL CEREBRO.

Criterios	Deficiencia global de la persona (%)
Puede realizar las tareas de la vida diaria.	1 - 9.9

Necesita supervisión 10.0 - 24.9
Necesita confinamiento 25.0 - 39.9
No pude cuidar de si mismo 40.0 - 50.0

11.2.1.4. Alteraciones emotivas.

Las alteraciones emotivas se calificarán de acuerdo a los criterios enunciados en el capítulo XII.

11.2.1.5. Alteraciones de la conciencia.

TABLA No. 11.3 DEFICIENCIA GLOBAL POR ALTERACIONES DE LA CONCIENCIA.

Alteraciones de la conciencia	Deficiencia global de la persona (%)
Somnolencia	15.0 - 29.9
Estupor	35.0 - 45.0
Coma	50.0

11.2.1.6. Alteraciones Neurológicas Episódicas.

Entre estas alteraciones se pueden mencionar, el síncope, la epilepsia, la catalepsia y la narcolepsia.

El criterio para la evaluación de la deficiencia está dado por la frecuencia y severidad de los ataques para cada caso descrito en los literales anteriores.

TABLA No. 11.4. DEFICIENCIA GLOBAL POR ALTERACIONES NEUROLOGICAS EPISODICAS.

Clase	Descripción de criterios	Deficiencia Global (%)
I	Enfermedad controlada con tratamiento u ocurrencia ocasional (1 a 2 episodios anuales).	1.0 - 9.9
II	Enfermedad que cursa con ocurrencia de los episodios en forma frecuente (mayor de dos episodios anuales), a pesar de recibir un tratamiento adecuado y sin evidencia de secuelas de las funciones cerebrales.	10.0-24.9
III	Enfermedad que cursa con ocurrencia de episodios frecuente (mayor de dos episodios anuales), a pesar de recibir un tratamiento adecuado y con evidencia de secuelas de las funciones cerebrales.	25.0 - 34.9
IV	Enfermedad que cursa con ocurrencia de los episodios mayor de una vez por mes, a pesar de recibir un tratamiento adecuado y con evidencia de deterioro de las funciones cerebrales.	35.0 - 45.0

Nota: Para la evaluación de la deficiencia por alteraciones neurológicas episódicas es importante tener en cuenta que el tratamiento ha sido bien llevado y en dosis suficiente según concepto especializado.

11.2.2. Criterios para la evaluación de deficiencia por Traumatismo Cráneo - Encefálico (TCE).

La deficiencia ocasionada por las secuelas de un traumatismo cráneo- encefálico, se evalúa según los criterios establecidos en el numeral 11.2.

11.2.3. Desordenes del movimiento y de la postura.

Dentro de este grupo de patologías se incluyen algunos trastornos que implican desorden de la postura y movimiento, como el Síndrome de Parkinson, ataxias, diskinesias, temblores, rigidez y distonías.

En el caso del Parkinson, la rigidez significativa, bradikinesia o el temblor en dos extremidades solas o en combinación, dan por resultado una alteración continua de los movimientos, de la marcha o la postura del individuo. Se debe probar fehacientemente que el paciente se encuentra en tratamiento bien llevado con dosis suficientes y un tiempo de terapia no menor a los seis (6) meses, para proceder a calificarlo.

11.2.4. Tumores Cerebrales.

Se evaluarán de acuerdo a los criterios establecidos en el capítulo VIII.

11.2.5. Lesiones Cerebrales que producen una deficiencia del 40%

No obstante los valores mencionados, a continuación se describen ciertos daños neurológicos que producen una deficiencia del 40%.

11.2.5.1. Accidente vascular del Sistema Nervioso Central y secuelas de trauma cráneo-encefálico .

Con una de las siguientes características, pasados tres meses de ocurrido el A.C.V.

- a) Afasia motora o sensorial que da por resultado habla o comunicación ineficaz;
- b) O, disturbio persistente y significativo de la función motora de dos extremidades, dando por resultado una alteración de los movimientos o la marcha y postura del individuo.

11.2.5.2 Síndrome de Parkinson.

Cuando involucre dos o más extremidades con alteración continua de los movimientos, recibiendo un tratamiento bien llevado, con la dosis adecuada y durante un tiempo de terapia no menor a seis meses sin mejoría.

11.3. MÉDULA ESPINAL

En el curso de las patologías de la médula espinal, pueden aparecer trastornos neurovegetativos autonómicos, como sudoración, fenómenos circulatorios y desórdenes en la regulación de la temperatura corporal, así como, lesiones tróficas, cálculos en las vías urinarias, osteoporosis, alteraciones nutricionales y estados psicológicos reactivos, que serán valorados de acuerdo a los capítulos correspondientes.

11.3.1 Criterios de evaluación de la deficiencia por patología de médula espinal.

Para efectos de la evaluación de la deficiencia debida a alteraciones de la médula espinal, se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

1. Porte y Postura.
2. Uso de las extremidades superiores.
3. Respiración.
4. Función de la vejiga.
5. Función ano-rectal.
6. Función sexual.

Puede haber más de un tipo de manifestaciones de deficiencias por patología de médula espinal, en estos casos, para determinar la deficiencia global se realizará combinación de valores.

TABLA No. 11.5 Deficiencia global por alteraciones de la Médula Espinal

Criterios	Deficiencia global de la persona (%)		
Postura y porte:			
Puede sostenerse de pie pero camina con dificultad		5.0 - 9.9	
Puede sostenerse de pie y camina solo en llano		10.0 - 19.9	
Puede sostenerse de pie pero no puede caminar	20.0 - 30.0		
No puede sostenerse de pie ni caminar	50.0		
Respiración:			
Dificultad con el esfuerzo	5.0 - 9.9		
Tiene que limitar la deambulaci3n	10.0 - 24.9		
Tiene que estar en cama	25.0 - 40.0		
No tiene respiraci3n espont3nea	50.0		
Funci3n de la Vejiga:			
No puede contenerse cuando tiene urgencia	1.0 - 4.9		
Buenos reflejos sin control voluntario	5.0 - 9.9		
Reflejos pobres sin control voluntario	10.0 - 17.4		
Sin reflejos y sin control voluntario	17.5 - 30.0		
Funci3n ano-rectal:			
Control voluntario limitado	1.0 - 2.4		
Regulaci3n de reflejos, sin control voluntario	2.5 - 7.4		
Sin regulaci3n de reflejos ni control voluntario		7.5 - 12.5	
Funci3n Sexual:			
Dificultades leves	2.5 - 4.9		
Funci3n refleja pero sin percibirse	5.0 - 7.4		
Incapacitado para la funci3n sexual	7.5 - 10.0		
Uso de las extremidades superiores :			
	ExtremidadDominante	ExtremidadNo domin.	DeficienciaAmbas Extre.
Alguna dificultad en la destreza de mano y dedos.	1.0 - 4.9	1.0 - 2.4	2.5 - 9.9
No tiene destreza en mano y dedos.	5.0 - 14.9	2.5 - 9.9	10.0 - 19.9
Le sirve solo como extremidad auxiliar.	15.0 - 19.9	10.0 - 14.9	25.0 - 35.0
No tiene ninguna funcionalidad.	20.0 - 30.0	15.0 - 20.0	40.0

11.3.2. Lesiones de la M3dula Espinal que tienen una deficiencia del 40%

Las siguientes son patolog3as de la m3dula espinal que por su severidad y complejidad se les otorga una deficiencia del 40%

11.3.2.1 Lesiones de la M3dula Espinal.

Secci3n medular completa debido a cualquier causa.

11.3.2.2 Esclerosis M3ltiple con:

- a) Cuando existe da1o motor de dos o m3s extremidades.
- b) O, da1o visual o mental, seg3n el criterio aplicado en los cap3tulos correspondientes a 3rganos de la visi3n o de alteraciones psiqui3tricas.

11.3.2.3. Esclerosis Lateral Amiotr3fica con:

- a) Indicios de compromiso bulbar importante;
- b) O, alteraci3n de la funci3n motora de dos o m3s extremidades.

11.3.2.4. Poliomiелitis Anterior con:

- a) Dificultad persistente al deglutir o respirar;
- b) O, habla ininteligible;
- c) O, alteración de la función motora de dos o mas extremidades.

11.3.2.5. Miastenia Gravis con:

- a) Dificultad importante del habla, la deglución y la respiración a pesar de recibir tratamiento adecuado.
- b) Debilidad importante de los músculos de las extremidades a pesar de encontrarse bajo terapia adecuada controlada y bien llevada.

11.3.2.6. Distrofia Muscular con:

Cuando existe alteración de la función motora de dos o mas extremidades.

11.3.2.7. Tabes Dorsal con:

- a) Crisis tabética que se presenta mas de una vez por mes;
- b) O, marcha atáxica o vacilante que causa restricción importante del movimiento, verificado mediante signos persistentes de alteración de los cordones posteriores de la médula espinal.

11.3.2.8. Siringomelia con:

- a) Indicios de alteraciones bulbares significativas;
- b) O, alteración de la función motora de dos o mas extremidades.

11.4 NERVIOS CRANEALES

TABLA No. 11.6 : VALORES DE DEFICIENCIA POR ALTERACIONES DE LOS NERVIOS CRANEALES

Criterios	Deficiencia global (%)
I. Olfatorio	
Pérdida completa unilateral	0
Perdida completa bilateral	3.0
II. Óptico	
Pérdida completa unilateral	17.0
Pérdida completa bilateral	50.0
III-IV-VI- Motor Ocular común. Patético- Motor Ocular externo (solos o combinados)	
Diplopia en las zonas altas de la mirada.	4.0
Diplopia en la parte inferior del campo.	9.0
Diplopia en la mirada lateral.	7.5
Diplopia en todas las posiciones de la mirada (no compensables y que obligan a ocluir un ojo).	
11.5	
V. Trigémino	
Pérdida sensorial completa unilateral	5.0
Pérdida sensorial completa bilateral	17.5
Neuralgia intratable típica del Trigémino o tic doloroso	5.0 - 25.0
Neuralgia facial atípica	10.0

Perdida Motora completa unilateral	2.5
Perdida Motora completa bilateral	22.5
VII. –Facial	
Pérdida completa del gusto (muy raramente)	3.0
Parálisis completa Unilateral	7.5
Parálisis completa bilateral	22.5
VIII. Auditivo	
Coclear:	
Pérdida completa del oído unilateral	4.2
Pérdida completa del oído bilateral	25.0
Zumbido	0.0
Vestibular:	
Pérdida completa unilateral	0.0
Pérdida completa bilateral	1.0- 15.0
Vértigo con desequilibrio	
1) No interfiere con las actividades	1.0
2) No interfiere con las actividades excepto aquellas que ocasionen peligro personal o para otros como conducir un coche o llevar una bicicleta	5.0
3) No interfiere con las actividades de la vida diaria, necesidad de ayuda para actividades muy sencillas como el cuidado de si mismo, de la casa, el caminar por la calle o ir en un vehículo conducido por otra persona.	15.0
4) No es posible llevar a cabo las actividades de la vida diaria sin ayuda excepto las del cuidado personal	25.0
5) No es posible llevar a cabo las actividades de la vida diaria sin ayuda excepto las del cuidado personal y es necesario el confinamiento casa	35.0
IX – X – XI Glossofaríngeo, Vago o Neumogástrico , Espinal.	
Alteraciones de uno o varios de estos nervios, que producen deficiencia en la deglución y requiere:	
a) Dieta semi-sólida	10.0
b) Dieta líquida	15.0
c) Alimentación por sonda o por gastrostomía.	30.0
Alteraciones de uno o varios de estos nervios que produce deficiencia en el habla:	
a) Puede hablar la MAYORÍA de las veces necesarias	2.0
b) Puede hablar MUCHAS de las veces necesarias.	5.0
c) Puede hablar ALGUNAS de las veces necesarias.	10.0
d) Puede hablar POCAS de las veces necesarias..	15.0
e) No puede hablar	20.0
XII Hipogloso Mayor	
Parálisis unilateral	0.0

Si bien los Nervios Ópticos (I) olfatorio (II) y Motores Oculares (III-IV-VI) se mencionan en el capítulo correspondiente a Órganos de los Sentidos, al igual que el VIII o auditivo, para una mayor claridad del texto, se repiten los valores de deficiencia en este capítulo lo que permite una mayor facilidad en el estudio de las diferentes patologías.

CAPITULO XII

12. TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO

2.1 GENERALIDADES

El presente capítulo ha sido elaborado con base en el capítulo quinto de la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE - 10), y a la versión cuarta del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Sociedad Psiquiátrica Americana (DSM IV).

En la CIE-10 se proponen indistintamente 11 grupos de trastornos mentales; el DSM IV, por su parte, ubica estos grupos de trastornos en dos ejes diferentes de su clasificación multiaxial: en el EJE I los cuadros o síndromes clínicos y en el EJE II los trastornos de personalidad y el retraso

mental.

La calificación del trastorno mental se basará en las características clínicas del respectivo trastorno; sin embargo, con el fin de precisar la gravedad del mismo, así como su pronóstico, el calificador necesitará información adicional sobre las diferentes áreas de actividad de la persona (familiar, social, académica, laboral, recreativa, etc.).

Para calificar las patologías del eje I es de especial importancia conocer el funcionamiento de la persona en las diferentes áreas de actividad, especialmente durante el año previo a la calificación; para proceder a calificar los trastornos de personalidad o eje II, es necesario tener información sobre las áreas de actividad de la persona a lo largo de toda su vida, con el fin de precisar la existencia de desadaptación o deterioro social, laboral, o de otra índole. Igualmente, esta información facilitará la cuantificación de la discapacidad y de la minusvalía, que en el caso del trastorno mental tiene características muy particulares.

12.2 CLASIFICACIÓN

Para los fines de este manual se dividen los trastornos mentales en dos grupos: eje I y eje II, de la siguiente manera:

TRASTORNOS DEL EJE I TRASTORNOS DEL EJE II

1. Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos. 2. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas. 3. Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes. 4. Trastornos del humor (afectivos). 5. Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos. 6. Retraso mental. 7. Trastornos del desarrollo psicológico. 1. Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos: Paranoide, Esquizoide, Esquizotípico, Histriónico, Asocial, De la personalidad inestable (fronterizo), Narcisista, Ansioso (de evitación), Por dependencia, Anancástico (obsesivo compulsivo), Cambios perdurables de la personalidad.

12.3. PROCEDIMIENTO PARA CALIFICAR

12.3.1 Cuantificación de la deficiencia

Para la calificación de la deficiencia resultante del cuadro clínico (eje I) se tendrá en cuenta solamente el trastorno que produce la deficiencia mayor y éste se cuantificará. Para la calificación de la deficiencia derivada del trastorno de personalidad (eje II), se considerará también un único trastorno, aunque una persona pueda tener rasgos correspondientes a más de uno.

Siempre que sea pertinente, se calificará en cada paciente la deficiencia de cada uno de los ejes, y sus porcentajes se sumarán en forma aritmética simple, de acuerdo con lo anotado más adelante.

En el caso de que sólo se halle deficiencia en uno de los ejes, éste será el valor único de la deficiencia global.

Para los trastornos de personalidad (eje II) se ha considerado una categoría única, cuyo valor variará dependiendo de si existe o no una deficiencia en el eje I, tal como lo explica el siguiente cuadro:

DEFICIENCIA EN EL EJE I VALOR DEFICIENCIA EJE II

No hay deficiencia 20%

Si hay deficiencia 10%

Deficiencia del 40% No se califica

12.3.2 Criterios para calificar la deficiencia derivada de los Síndromes Clínicos Mentales (eje I)

Para la calificación de la deficiencia derivada de los diferentes síndromes o cuadros clínicos se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

- Impresión diagnóstica clínica: hace referencia al tipo de alteración (o desorganización) de la actividad mental propia de cada uno de los cuadros clínicos.
- Formas de evolución: Los cuadros clínicos evolucionan en forma episódica (con o sin recidivas) o en forma persistente, adoptando la forma de estados, lo cual plantea diferencias importantes para la definición de la deficiencia.
- Valoración clínica actual: en este punto se tiene en cuenta el período de tiempo que precede a la calificación, y en el cual hay presencia de manifestaciones clínicas del trastorno. Incluye la evaluación del tiempo de duración del último episodio más el período intercrítico que le precede o le sigue, con el fin de determinar la existencia o no de síntomas residuales, remisión parcial, síntomas asociados, o conductas derivadas de la alteración. En el caso de los trastornos que no son episódicos, incluye la evaluación del estado (persistente) actual, con el fin de determinar la severidad de los hallazgos. Además de las características clínicas que se dan en este período de tiempo, se debe determinar su duración.
- Evolución del trastorno: se tiene en cuenta el tiempo comprendido entre la aparición de las alteraciones propias del cuadro clínico por primera vez y el momento de la calificación. Comprende la definición del número de episodios previos y/o la cuantificación del tiempo total de evolución. La definición del número de episodios previos da una medida de las complicaciones en la adaptación global del individuo durante el transcurso de su vida y, además, de su pronóstico, pues, en general, a mayor número de episodios mayor es la posibilidad de recidivas.
- Valoración de los hallazgos actuales: busca precisar la gravedad de la alteración propia del cuadro clínico y las deficiencias derivadas de la misma en relación con las diferentes áreas de actividad de la persona (familiar, laboral, social, etc.).

La significación de estos criterios variará según el cuadro clínico.

12.3.3 Criterios para calificar la deficiencia derivada de los trastornos de personalidad (eje II)

Para la calificación de la deficiencia derivada de los trastornos de personalidad se tendrán en cuenta:

- Diagnóstico: es decir las características clínicas de dichos trastornos, o del cambio perdurable de personalidad. Estas características están definidas por los rasgos o patrones de conducta predominantes.
- Severidad o intensidad del trastorno: determinada por la persistencia y rigidez de dichos rasgos, así como por la dificultad en la adaptación resultante de los mismos.

12.3.2.1. Pruebas diagnósticas: Estudios psicológicos y neuropsicológicos

Existe una amplia gama de pruebas psicológicas que no sólo son útiles para establecer el diagnóstico de un trastorno mental, sino también para determinar la gravedad, el pronóstico y las características personales, laborales y socio familiares de cada caso particular.

Entre las pruebas psicológicas que pueden ser útiles para la calificación de la pérdida de la capacidad laboral, están las pruebas sobre rasgos de personalidad, las escalas de depresión y ansiedad, la evaluación del nivel de estrés y los tests de inteligencia; por su parte, la evaluación de factores psicosociales laborales y extralaborales es de primordial importancia a la hora de calificar origen de las patologías, así como para cuantificar la discapacidad y la minusvalía.

Por otro lado, los estudios neuropsicológicos son de gran utilidad para determinar la localización de

la lesión cerebral, las funciones y procesos mentales alterados, el pronóstico y el nivel en que se encuentra afectado el desempeño ocupacional, de acuerdo a las características del sujeto, su grado de escolaridad y su ocupación.

12.4 Trastornos mentales del eje I (síndromes clínicos)

12.4.1. Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.

Comprende una variedad de trastornos en los cuales se demuestra, como factor etiológico la presencia de "enfermedad cerebral, lesión, u otro perturbación del cerebro que lleva a una disfunción cerebral". La disfunción cerebral resultante puede ser primaria o secundaria, según que sea resultado de alteración cerebral directa y selectiva, o de alguna enfermedad sistémica que ataque diferentes órganos o sistemas, incluido el cerebro; igualmente puede ser inducida por el uso de sustancias psicodislépticas.

Aquí se considerarán los siguientes síndromes:

- La demencia y el síndrome amnésico;
- Otros trastornos mentales orgánicos (alucinosis delirante o esquizofreniforme, trastorno orgánico del humor, trastorno orgánico de ansiedad, disociativo, de labilidad emocional, cognoscitivo leve, otros especificados y no especificados).
- Los trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad orgánica (trastorno orgánico de la personalidad, síndrome postconfusional, síndrome afectivo del hemisferio derecho y el trastorno orgánico de la personalidad no especificado).

12.4.1.1. Demencia y síndrome amnésico

La demencia puede ser primaria como la demencia en la enfermedad de Alzheimer, o la demencia vascular producida por infartos cerebrales asociados a enfermedad vascular y las asociadas con otras enfermedades.

En el caso de estos trastornos, la deficiencia está dada por la alteración de los diferentes procesos cognitivos, y consecuentemente por la desorganización de la actividad consciente y voluntaria. Su curso es habitualmente crónico.

Para valorar la deficiencia producida por las demencias y el síndrome amnésico se deben llenar dos condiciones: en primer lugar, precisar la existencia daño cerebral comprobado; en segundo lugar, que los trastornos tengan más de un año de evolución.

Los trastornos contemplados en esta clasificación son: enfermedad de Alzheimer, demencia vascular, demencia en otras enfermedades clasificadas en otra parte, demencia no especificada, síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas, delirio no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas y otros trastornos mentales debidos a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad física.

TABLA No. 12.4.1 DEMENCIA Y SÍNDROME AMNÉSICO

CATEGORÍAS	CRITERIOS	% DEFICIENCIA
I leve	Presencia de déficits en atención, concentración, memoria u otras funciones mentales, que pueden compensarse con ayudas adecuadas .	10%
II moderada	Además de lo anterior, existen alteraciones en la orientación, alteraciones cognoscitivas y sensoriomotoras (afasias, apraxias, agnosias).	20%
III Grave	Además de los déficits anteriores, la persona presenta alteraciones en la organización de la conducta, en las operaciones intelectuales, disminución del nivel de abstracción, de la capacidad de aprendizaje, que dificultan la organización consciente y voluntaria de la conducta.	30%
IV severa	Presencia importante de todas o algunas de las alteraciones anteriores y deterioro marcado de automatismos sensorio-motores que están en la base del autocuidado.	40%

12.4.1.2. Otros trastornos mentales debidos a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad física

Este grupo está conformado por variedad de afecciones causadas por alteraciones cerebrales primarias, o una enfermedad sistémica que afecta secundariamente el cerebro; igualmente, pueden ser causadas por alteraciones hormonales o por sustancias tóxicas exógenas.

Se incluyen la alucinosis orgánica y el trastorno delirante orgánico o esquizofreniforme (psicosis orgánica para el DSM IV), los trastornos del humor orgánicos (afectivos), el trastorno de ansiedad orgánico y el trastorno disociativo orgánico.

Para calificar la deficiencia por alucinosis orgánica y por el trastorno delirante orgánico, deben tenerse en cuenta los criterios señalados más adelante para la esquizofrenia, los trastornos esquizotípicos y delirantes (tabla 12.3.3); para calificar los trastornos orgánicos del humor, se tendrán en cuenta los criterios establecidos para los trastornos mayores del humor (tabla 12.3.4); finalmente, la calificación de los trastornos de ansiedad y de los disociativos orgánicos se harán tomando en cuenta los criterios señalados para los trastornos neuróticos y somatomorfos (tabla 12.4.7).

12.4.1.3. Trastorno orgánico de la personalidad y del comportamiento

Para la CIE-10 el trastorno puede tomar la forma de "personalidad pseudopsicopática o seudorretrasada orgánicas", las cuales pueden estar relacionadas con lesión del lóbulo frontal (síndrome del lóbulo frontal, postleucotomía, lobotomía), epilepsia límbica (personalidad de la epilepsia límbica) o con lesiones en el hemisferio derecho.

En este grupo de trastornos la deficiencia está dada por el deterioro de la organización conciente y voluntaria de la conducta; ya sea por alteración de los procesos cognitivos, y consecuentemente la programación de la misma, o por alteración de la organización de los impulsos conforme a intereses y valores propios de la cultura.

La calificación de la deficiencia provocada por estos trastornos se hace para patologías con más de un año de evolución.

TABLA No.12.4.2 TRASTORNO ORGANICO DE LA PERSONALIDAD

CLASE	SEVERIDAD DE LA ALTERACION Y HALLAZGOS ACTUALES	DEFICIENCIA GLOBAL (%)
Clase I(Leve)	Especialmente reactivo; labilidad emocional episódica, alteración en el control de los impulsos y /o déficit cognitivo incipiente por dificultad transitoria en la memoria y en la concentración. En la situación de la entrevista presenta distractibilidad.	10%
Clase II(Moderada)	Muy reactivo, labilidad emocional marcada y frecuente, fallas en el control de los impulsos y/o déficit cognitivo establecido, especialmente a nivel sensorperceptivo , alteraciones a nivel de la praxia y concentración escasa.	20%
Clase III(Grave)	Apatía, indiferencia, depresión o euforia no relacionadas con eventos específicos, y/o dificultad para el mantenimiento de la organización conciente y voluntaria de la conducta; déficits en procesos cognitivos superiores.	30%
Clase IV(Severa)	Pérdida en la organización conciente y voluntaria de la conducta con desorganización seria de los sistema de valores e intereses; predominio de actividades sensoriomotoras e impulsivas; pérdida de hábitos propios de la vida cotidiana, déficit marcado de los procesos cognitivos superiores.	40%

12.4.2 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas

Estos trastornos incluyen diferentes componentes: la intoxicación, el uso nocivo (o abuso) y la dependencia. También incluye las complicaciones derivadas del consumo (generalmente prolongado) de estas sustancias, en particular aquellas caracterizadas por daño de las formaciones

o estructuras cerebrales.

Para los fines de la calificación de la deficiencia se tendrá en cuenta el síndrome de dependencia, el cual será valorado en los casos en los que el último período de dependencia tenga una duración de, por lo menos, dos años. En caso de que coexista deficiencia derivada del síndrome de dependencia con deficiencia resultante de daño cerebral secundario al uso de sustancias psicodislépticas, se tomará la deficiencia mayor, de acuerdo con lo planteado en las generalidades.

La deficiencia propia del síndrome de dependencia está dada por la alteración en la organización conciente y voluntaria de los diferentes tipos de actividad; en este caso, por dificultad en el manejo del impulso que lleva al consumo, lo cual se manifiesta por diversos tipos de conducta.

TABLA No. 12.4.3 TRASTORNO DE DEPENDENCIA DEBIDO AL USO DE SUSTANCIAS PSICOATIVAS

CATEGORÍAS	DESCRIPCIÓN DE CRITERIOS	DEFICIENCIA GLOBAL (%)
	SEVERIDAD DE LA ALTERACIÓN	TIEMPO DE EVOLUCIÓN DEL TRASTORNO
Clase I(Leve)	Pérdida del control en el uso de las sustancias. Aumento en la cantidad o frecuencia del consumo. Persistencia del uso a pesar de consecuencias dañinas. Abandono de responsabilidades laborales familiares y sociales.Gran consumo de tiempo en la adquisición y el consumo de la sustancia. En ocasiones, dependencia fisiológica (síndrome de abstinencia)	Hasta 10 años y/o menos de cuatro periodos de dependencia.La duración del último período de dependencia es hasta de dos años, incluyendo el período de remisión parcial. 10%
Clase II(Moderada)	Pérdida del control en el uso de las sustancias. Aumento en la cantidad o frecuencia del consumo. Persistencia del uso a pesar de consecuencias dañinas. Abandono de responsabilidades laborales, familiares y sociales.Gran consumo de tiempo en la adquisición y el consumo de la sustancia. En ocasiones, dependencia fisiológica (síndrome de abstinencia).	Mas de diez años y/o más de cuatro periodos de dependencia La duración del último período de dependencia es de mas de dos años, incluyendo período de remisión parcial. . 20%

12.4.3. Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes

En este grupo se incluye la esquizofrenia, el trastorno delirante persistente, el trastorno psicótico agudo y transitorio y el trastorno esquizoafectivo.

El trastorno esquizotípico por sus características clínicas se considerará con los trastornos de personalidad, de acuerdo con lo planteado por el DSM - IV.

La deficiencia en este grupo de trastornos está caracterizada por alteraciones serias en los procesos mentales (delirios, alucinaciones, alteraciones de la afectividad, de la motricidad, etc.) que afectan la organización conciente y voluntaria de los diferentes aspectos de la conducta; pueden evolucionar en forma episódica, con o sin recidivas, o en forma persistente (estado psicótico). En algunos casos la evolución es episódica al inicio del trastorno, y luego se convierte en persistente.

Se diferencian dos tipos de episodios: agudo, hasta un mes de duración y subagudo de uno a seis meses; el estado psicótico tiene una duración mayor de seis meses.

El trastorno psicótico agudo y el transitorio, por su carácter breve, no serán tenidos en cuenta para los fines de la calificación.

TABLA No. 12.4.4 ESQUIZOFRENIA, TRASTORNOS ESQUIZOTÍPICOS Y TRASTORNOS DELIRANTES

CATEGORÍAS	DESCRIPCIÓN DE CRITERIOS	DEFICIENCIA (%)
Clase I(leve)	El tiempo de duración del último episodio y/o del estado actual es menos de 6	

meses, y· En el período intercrítico relacionado con el último episodio o con el estado actual ha habido remisión completa, aún sin tratamiento, y· La persona ha presentado hasta cuatro episodios y/o el trastorno tiene menos de 10 años de duración total, y· Hallazgo actual: ausencia de síntomas y signos relevantes. Las funciones mentales están conservadas. 10%

Clase II(Moderada) · El tiempo de duración del último episodio y/o del estado actual es de hasta 6 meses, incluyendo el período intercrítico, y· En el período intercrítico el paciente tiene dificultad para mantener la prueba de la realidad, y· La persona ha presentado más de cuatro episodios y/o el trastorno tiene más de 10 años de duración total, y· Hallazgo actual: hay tendencias a la pérdida de la prueba de realidad. Otras funciones mentales pueden estar alteradas. 20%

Clase III (grave) · El tiempo de duración del último episodio y/o del estado actual es de más de 6 meses, y· En el período intercrítico hay persistencia de contenidos delirantes y/o síntomas negativos, y· La persona puede haber tenido o no episodios previos (número no relevante), y· Hallazgo actual: el delirio tiende a ser sistematizado y/o referido a diversas situaciones (trastorno delirante). Presencia de síntomas psicóticos negativos y/o positivos (trastorno esquizofrénico y trastorno esquizoafectivo). La persona tiene dificultad para el desarrollo consciente y voluntario de sus actividades. Existe un estado psicótico estructurado. 30%

Clase IV (severa) · El tiempo de duración del último episodio y/o del estado actual es de un año o más, y· En el período intercrítico todas las esferas de la actividad consciente y voluntaria se hallan afectadas profundamente, y· Hallazgo actual: trastorno delirante estructurado. Síntomas psicóticos negativos y/o positivos persistentes. La persona presenta un déficit profundo para el desarrollo consciente y voluntario de sus actividades. Presencia de un proceso esquizofrénico o de un delirio crónico. 40%

12.4.4 Trastornos del humor (afectivos)

Están caracterizados por una alteración del humor que tiende a la depresión o a la euforia. Se diferencian en tales trastornos las formas mayores, que generalmente son episódicas y recurrentes (cíclicas) y las formas menores, usualmente persistentes (de varios años de evolución).

Las formas episódicas comprenden dos clases de trastornos del humor: el trastorno bipolar y el trastorno depresivo recurrente. Las alteraciones persistentes del humor, por su parte, configuran dos clases de trastornos: el trastorno ciclotímico y la distimia.

Se establecen dos grupos para la calificación de la deficiencia derivada de estos trastornos; un primer grupo constituido por trastornos mayores del humor asociados con alteraciones menores del mismo, y un segundo grupo constituido exclusivamente por trastornos menores del humor. La deficiencia resultante de los trastornos del primer grupo está dada por las características de su evolución y por el tiempo total de la misma.

TABLA No. 12.4.5 TRASTORNOS MAYORES DEL HUMOR (AFECTIVOS) ASOCIADOS O NO CON ALTERACIONES MENORES DEL HUMOR

CATEGORÍAS DESCRIPCIÓN DE CRITERIOS % DEFICIENCIA

Clase I(leve)· El tiempo de duración de los episodios es mínimo de una a dos semanas, y· En el período intercrítico hay remisión total, y· La persona ha presentado hasta cuatro episodios, o el tiempo total de evolución del trastorno puede ser hasta 10 años, y· Hallazgo actual: no hay síntomas importantes. Las funciones mentales están conservadas. 10%

Clase II (moderada) · El tiempo de duración de los episodios es mínimo de una a dos semanas, o el estado dura 6 meses por lo menos, incluyendo el período intercrítico, y· En el período intercrítico hay remisión total, o hay remisión parcial del trastorno mayor con presencia de alteraciones menores del humor, y· La persona ha presentado más de cuatro episodios, o el tiempo total de evolución del trastorno es de más de 10 años , y· Hallazgo actual: hay presencia de algunos síntomas mayores del afecto solamente, o hay moderada intensidad de los mismos. 20%

Clase III(grave) · El trastorno dura un mínimo de dos años, incluyendo el período intercrítico, y· En el período intercrítico hay remisión parcial del episodio mayor con presencia de alteraciones menores del humor, y· Hallazgo actual: hay presencia de alteraciones del humor, de mayor o menor intensidad. Se encuentran problemas a nivel de funciones mentales o algunas alteraciones de la percepción, el pensamiento, la motivación o el lenguaje. TRASTORNO BIPOLAR CON

CICLAJE RÁPIDO: · El trastorno tiene una duración de un año o más, y· La persona ha presentado cuatro o más episodios, y· Hallazgo actual: hay síntomas mayores del humor (maníacos o depresivos) de gran severidad, que interfieren con las funciones mentales o alteran la percepción, el pensamiento, la motivación y/o el lenguaje. 30%

En la siguiente tabla se califican los trastornos menores del humor (persistentes) como la distimia o la ciclotimia, los cuales se definen por la no existencia de alteraciones mayores del humor, y sólo se califican los casos cuyo tiempo de duración sea más de dos años.

TABLA No. 12.4.6: TRASTORNOS MENORES DEL HUMOR

CATEGORÍAS CRITERIOS %DEFICIENCIA

Clase única Hallazgos actuales: malestar clínico significativo, con dificultades especialmente en aspectos motivacionales y toma de decisiones. 10%

12.4.5. Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos

Para su calificación se diferencian tres grupos conformados con base en las características de la deficiencia implicada, y no porque tengan características similares desde el punto de vista descriptivo.

- a) Grupo uno: los trastornos fóbicos, el trastorno de pánico y el trastorno por estrés postraumático.
- b) Grupo dos: trastorno por ansiedad generalizada, neurastenia, trastorno por somatización, el trastorno hipocondríaco, la disfunción autonómica somatomorfa y el dolor persistente somatomorfo.
- c) Grupo tres: Trastorno conversivo y trastorno obsesivo-compulsivo.

En la tabla correspondiente se definen dos clases de deficiencia para cada uno de los tres grupos, de acuerdo con el tiempo total de duración del trastorno. Por otra parte, se precisan las características clínicas o severidad que debe tener cada uno de los grupos de trastornos para ser objeto de calificación. De hecho los trastornos con síntomas leves no dan lugar a ningún grado de deficiencia. Para los fines de la calificación de la deficiencia sólo se tendrá en cuenta el trastorno de estrés postraumático.

TABLA No. 12.4.7: TRASTORNOS NEURÓTICOS, TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ESTRÉS Y TRASTORNOS SOMATOMORFOS

CLASE I (leve): El tiempo de duración de los síntomas actuales y de las conductas secundarias es de más de un año, y el tiempo total de evolución del trastorno puede ser de uno a cinco años.

DIAGNÓSTICO DESCRIPCIÓN DE CRITERIOS DEFICIENCIA% SEVERIDAD O INTENSIDAD DE LOS SÍNTOMAS ACTUALES HALLAZGOS ACTUALES

GRUPO UNO Fobias Trastorno por Estrés postraumático Trastorno de pánico · Los síntomas pueden estar referidos a diversidad de situaciones, o situaciones específicas que la persona debe enfrentar cotidianamente (de difícil evitación), o los síntomas pueden ser múltiples y de gran severidad, y· La angustia anticipatoria puede ocupar el contenido de pensamiento gran parte del día, y/o dar lugar a conductas severas de evitación. La preocupación ante la posibilidad de ocurrencia de síntomas agudos puede ser marcada y/o el aislamiento puede ser importante. Los síntomas durante el último año pueden ser importantes y frecuentes. 10%

GRUPO DOS-Trastorno de ansiedad generalizada-Neurastenia Los síntomas (fisiológicos y/o cognitivos pueden ser múltiples, o pocos pero de gran intensidad y ocupar el pensamiento durante varias horas al día, y/o dificultar gran parte de las actividades de la persona. Las manifestaciones fisiológicas y cognitivas pueden ser intensas y afectar tanto los aspectos motivacionales como operativos de la conducta.

Trastorno hipocondríaco, o dismórfico.-Trastorno de somatización La preocupación por la salud o la apariencia puede ser constante y manifestarse con contenidos estructurados, sin constituir delirios.

-Disfunción autonómica somatomorfa-Dolor persistente somatomorfo Los síntomas pueden ser de gran intensidad y motivar diferentes exámenes paraclínicos y tratamientos.

GRUPO TRES-Trastorno conversivo · Puede existir gran limitación funcional, o compromiso de

sistemas corporales básicos (parálisis, anestias, mutismo y ceguera), y· Pueden existir conductas de indiferencia hacia el síntoma. Existe limitación funcional de sistema corporal comprometido.

Trastorno obsesivo compulsivo · Los síntomas pueden ser estructurados, persistentes y producir gran malestar, y· La persona puede ocupar gran parte del día en el enfrentamiento de los síntomas. Las diferentes áreas de actividad de la persona (motivacional, cognocitiva y motora) pueden encontrarse comprometidos con el padecimiento del síntoma ysu enfrentamiento.

CLASE II (MODERADA): El tiempo de duración de los síntomas actuales y de las conductas secundarias es de más de un año y el tiempo total de evolución del trastorno es de más de cinco años.

DIAGNÓSTICO	DESCRIPCIÓN DE CRITERIOS	% DEFICIENCIA	ACTUALES
-------------	--------------------------	---------------	----------

GRUPO UNO	Fobias Trastorno por Estrés posttraumático	Trastorno de pánico	· Síntomas referidos a gran diversidad de situaciones, o situaciones específicas que la persona debe enfrentar cotidianamente (de difícil evitación), o síntomas múltiples y de gran severidad, y· Presencia de angustia anticipatoria que ocupa el contenido del pensamiento gran parte del día, y/o da lugar a conductas marcadas de evitación. · Marcada preocupación ante la eventualidad de ocurrencia de síntomas agudos, y/o aislamiento importante, o · Existencia de síntomas importantes y frecuentes durante el último año.
-----------	--	---------------------	--

GRUPO DOS	Trastorno de ansiedad generalizada-Neurastenia	Síntomas (fisiológicos y/o cognitivos) múltiples, o pocos pero de gran intensidad que ocupan el pensamiento durante varias horas al día y/o dificultan gran parte de las actividades de la persona. Las manifestaciones cognitivas y fisiológicas son de tal intensidad que afectan tanto los aspectos motivacionales como operativos de la conducta	20%
-----------	--	--	-----

Trastorno hipocondríaco, o dismórfico.-Trastorno de somatización	La preocupación por la salud o su apariencia es permanente, se manifiesta con contenidos estructurados, sin constituir delirios.		
--	--	--	--

-Disfunción autonómica somatomorfa-Dolor persistente somatomorfo Los síntomas son de gran intensidad hasta el punto que motivan diferentes exámenes paraclínicos y tratamientos.

GRUPO TRES	Trastorno conversivo · Gran limitación funcional o compromiso de sistemas corporales básicos (parálisis, anestias, mutismo y ceguera), y· Algunas veces presencia de conductas de indiferencia hacia el síntoma. Limitación funcional evidente del sistema comprometido.		
------------	--	--	--

Trastorno obsesivo compulsivo	· Síntomas evidentemente estructurados y persistentes que producen gran malestar, y· En el enfrentamiento de los síntomas la persona ocupa gran parte del día. Todas o casi todas las áreas de actividad de la persona (sistemas cognoscitivo, motivacional y motor) se encuentran comprometidas con el padecimiento del síntoma, o su enfrentamiento		
-------------------------------	---	--	--

12.4.6. Retraso Mental

Se trata de un estado de desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado por deficiencia en la organización de capacidades que contribuyen al nivel global de inteligencia tales como las funciones cognoscitivas, el lenguaje y las habilidades motrices o sociales. Puede estar asociado o no con otra alteración mental o física como el autismo, otros trastornos del desarrollo, trastornos de la conducta, epilepsia o invalidez física grave.

En consecuencia, la deficiencia derivada del retraso mental está dada fundamentalmente por el nivel de detención del desarrollo cognitivo.

TABLA No. 12.4.8 RETRASO MENTAL

CATEGORÍAS	DESCRIPCIÓN DE CRITERIOS	%DEFICIENCIA
INTENSIDAD DEL TRASTORNO: CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO:		
Clase I(leve)	Cociente intelectual de 50 a 69 (en adultos edad mental de 9 a 12 años)	Puede presentar algunas dificultades en el aprendizaje escolar, puede desarrollar habilidades para realizar actividades cotidianas sin supervisión. Con estímulos adecuados puede desarrollar actividades manuales no especializadas y mantener relaciones sociales adecuadas. Con estimulación deficiente sólo puede desarrollar actividades simples que requieren inteligencia práctica, con un mínimo de abstracción. En este caso, requieren vigilancia permanente para las actividades laborales e incluso para su cuidado personal. 10%
Clase II(moderado)	Cociente intelectual de 35 a 49 (en adultos edad mental de 6 a 9 años)	Puede hacerse cargo de su cuidado personal con supervisión. Se desplaza solamente en un medio familiar. Puede recibir adiestramiento en trabajos no calificados o semicalificados (siempre con supervisión) que implican la presencia de organización de su esquema corporal y manipulación a nivel sensorio motor. 20%
Clase III(grave)	Cociente intelectual de 20 a 34 (en adultos edad mental de 3 a 6 años)	Puede adquirir un lenguaje comunicativo escaso o nulo y pueden ser adiestrados en habilidades elementales de cuidado personal. En la adultez puede realizar tareas simples estrechamente supervisados en instituciones. Igualmente, puede adaptarse bien a la vida de comunidad, ya sea en hogares colectivos o con sus familias. 30%
Clase IV (severo)	Cociente intelectual menor de 20.	Severa limitación del cuidado personal, la continencia, la comunicación y la movilidad. Generalmente se asocia con enfermedad neurológica. Requiere asistencia continua en todas las actividades del diario vivir, incluido el cuidado personal 40%

12.4.7. Trastornos del Desarrollo Psicológico

Incluye trastornos que a) comienzan invariablemente durante la infancia o niñez; b) hay deterioro o retardo del desarrollo de funciones estrechamente relacionadas con la maduración biológica del Sistema Nervioso Central; son de curso progresivo, sin remisiones, ni recaídas.

Dentro de los trastornos del desarrollo se incluyen dos grupos: los trastornos generalizados del desarrollo y los trastornos específicos del desarrollo. Este último grupo no se tomará en cuenta para la calificación de la pérdida de capacidad laboral.

El grupo de trastornos generalizados del desarrollo abarca: el autismo infantil, el síndrome de Rett, el trastorno desintegrativo infantil, el trastorno de Asperger y otros trastornos generalizados poco definidos. Para que estos trastornos se consideren como tales y se califiquen, se requiere que se hayan iniciado antes de los tres años de edad.

Este grupo de trastornos no debe calificarse antes de haber realizado un proceso de rehabilitación integral.

Tabla 12.4.9 TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO

CATEGORÍAS	CRITERIOS	% DEFICIENCIA
SEVERIDAD DE LA ALTERACIÓN		
Clase I(Leve)	Poco interés en el establecimiento de relaciones interpersonales; dificultad en el establecimiento de la comunicación; poco desarrollo de intereses y actividades.	10%
Clase II(Moderado)	Defecto en el establecimiento de relaciones interpersonales; deficiente comunicación con los demás; deficiente comunicación en la conducta.	20%
Clase III(Grave)	Evidente deficiencia para el establecimiento de las relaciones interpersonales; escaso desarrollo de la comunicación con los demás; pobre organización de la conducta.	30%
Clase IV(Severa)	Carencia notoria para el establecimiento de las relaciones interpersonales; evidente deficiencia en la comunicación (es inteligible); No organización consciente y voluntaria de la conducta.	40%

12.5 Trastornos mentales del eje II: Trastornos de la personalidad, y del comportamiento en adultos

Este grupo comprende una diversidad de afecciones y de rasgos conductuales clínicamente significativos (es decir, producen malestar individual o dificultad en la adaptación social -para el DSM IV-), que tienden a ser persistentes y que parecen ser la expresión del estilo de vida característico de la persona y de su modo de relacionarse consigo mismo y con los demás.

Para los fines de la calificación de la deficiencia se consideran los trastornos específicos de la personalidad, trastornos mixtos de la personalidad y los cambios perdurables de la personalidad, no atribuibles a lesión o enfermedad cerebral.

Para que sean considerados como tales y para fines de la calificación, los trastornos de personalidad deben haber surgido por lo menos desde la adolescencia, y los cambios perdurables de la personalidad deben tener más de dos años como tiempo de evolución total. Igualmente, para que se califiquen estos trastornos deben hacerse evidentes en las diferentes situaciones vitales y en las diversas etapas de la vida.

Con base en el DSM IV los trastornos específicos de la personalidad se clasifican en tres grupos:

- Grupo A (extraños, excéntricos): Comprende los trastorno esquizoide, paranoide y esquizotípico de personalidad.
- Grupo B (dramáticos, emotivos): Comprende los trastornos histriónico, asocial (o psicopático), emocionalmente inestable (borderline o limítrofe) y narcisístico de personalidad.
- Grupo C (ansiosos, temerosos): Comprende los trastornos ansioso (o evasivo), dependiente y anancástico (u obsesivo compulsivo).

Los cambios perdurables de la personalidad, no atribuibles a lesión o enfermedad cerebral, en cambio, aparecen no en relación con el proceso de desarrollo, sino "después de la exposición a estrés prolongado, catastrófico o excesivo" (a veces, posterior a un cuadro de trastorno de estrés postraumático) o después de una enfermedad mental grave.

Es importante la consideración de los trastornos del comportamiento en la evaluación de la deficiencia de los diferentes trastornos de la personalidad.

TABLA No. 12.4.10: TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y CAMBIOS PERDURABLES DE PERSONALIDAD (EJE II)

CATEGORÍAS	DESCRIPCIÓN DE CRITERIOS	% DEFICIENCIA
DIAGNÓSTICO	SEVERIDAD O INTENSIDAD DEL TRASTORNO	
CLASE ÚNICA	GRUPO A: Trastorno paranoide: Trastorno esquizoide: Trastorno esquizotípico	Pobreza en los vínculos interpersonales; fantasías importantes de desconfianza amenaza, o de carácter mágico. 20% (cuando únicamente se va a calificar este eje) 10% (cuando también se va a calificar el eje I) 0% (cuando se va a calificar una deficiencia del 40% en el eje I)
GRUPO B	Trastorno histriónico: Trastorno asocial (psicopatía): Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable (fronterizo o borderline): Trastorno narcisista	Impulsividad, o emotividad marcada o especialmente lábil, poca tolerancia a la frustración, deficiente organización del sistema de intereses y valores e interés notorio en la propia persona y desconsideración de los demás, expresado en fantasías, actitudes y conductas.
GRUPO C:	Trastorno de personalidad ansioso (evitación) · Trastorno por dependencia: Trastorno anancástico (obsesivo compulsivo)	Marcada preocupación por las relaciones

interpersonales, asociadas con ansiedad y actitudes y/o conductas de evitación, sumisión y control.

CAMBIOS PERDURABLES DE LA PERSONALIDAD Marcada hostilidad y desconfianza, aislamiento notorio, ansiedad y depresión, o marcada dependencia y demanda hacia las demás personas incapacidad para mantener relaciones interpersonales, notoria pasividad y disminución de los intereses, actitud y conducta enfermiza acentuada.

CAPITULO XIII

13. ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS: VISIÓN, AUDICIÓN Y EQUILIBRIO, HABLA, OLFATO, GUSTO

13.1 SISTEMA VISUAL

13.1.1 Generalidades

Para efectos de la calificación de la deficiencia por alteraciones en el sistema de la visión, se deben tener en cuenta los siguientes criterios:

- a) Valoración de la agudeza visual,
- b) Valoración del campo visual, y,
- c) Valoración de la motilidad ocular.

En los casos de alteraciones de la agudeza visual y/o de la campimetría, se deberá realizar la evaluación de la deficiencia previa corrección del vicio de refracción que presente el individuo.

Cuando se encuentren alteraciones de más de uno de los criterios anteriores, se deberán combinar los valores de deficiencia asignados a cada uno de ellos, para obtener la deficiencia global por alteración del sistema visual.

13.1.2. Criterios para la evaluación de la deficiencia por alteraciones de la agudeza visual central.

Según el sistema empleado por el especialista para la detección de trastornos de la agudeza visual, empleando el sistema inglés o el métrico, se utilizará la siguiente tabla de equivalencias para convertir sus valores a medidas decimales .

TABLA No.13.1 Tabla de equivalencias para medidas de agudeza visual

Medidas inglesas	Medidas métricas	Medidas decimales
20/20 5/5 - 6/6		0.80
20/25 5/7.5 - 6/7.5		0.70
20/32 6/10		0.60
20/40 5/10 - 6/12		0.50
20/50 6/15		0.40
20/64 5/15 - 6/20		0.30
20/100 5/20 - 6/30		0.20
20/125 5/40 - 6/48		0.10
20/200 5/50 - 6/60		0.10
20/400 5/100 - 6/120		0.05
20/800 6/240		0.00

En la siguiente tabla se muestra el porcentaje de deficiencia global según la disminución de la agudeza visual corregida.

TABLA No. 13.2 Deficiencia Global por alteraciones de la agudeza visual

Agudeza visual (Decimales)	0.8	0.7	0.6	0.5	0.4	0.3	0.2	0.1	0.05	0.0(Ojo Ciego)	
0.8	0	2	3	4	5	6	8	9	11	12	15
0.7	2	3	4	5	6	8	10	11	13	15	20
0.6	3	4	5	6	8	10	12	14	15	17	25
0.5	4	5	6	8	10	12	15	16	18	20	27
0.4	5	6	8	10	12	15	18	20	23	25	33
0.3	6	8	10	12	15	18	20	23	25	30	35
0.2	8	10	12	15	18	20	23	27	30	33	37
0.1	9	11	14	16	20	23	27	30	33	35	40
0.05	11	13	15	18	23	25	30	33	35	38	45
0.0 (Ojo Ciego)	12	15	17	20	25	30	33	35	38	45	50
Enucleación	15	20	25	27	33	35	37	40	45	50	

Explicación de la tabla 13.2:

- En caso de pérdida o disminución de la agudeza visual de un solo ojo, estando el otro sano, la deficiencia se determina según el porcentaje de la agudeza visual que figura en la primera línea horizontal del cuadro.
- En los casos de pérdida o disminución bilateral de la agudeza visual, la deficiencia se determina en la intersección de la columna horizontal con la vertical de las visiones correspondientes al ojo derecho e izquierdo.
- En caso de un ojo único, la deficiencia se determinará en la intersección de la vertical de los niveles de la agudeza visual de la primera línea del cuadro con la columna horizontal del ojo ciego.
- Si existe enucleación de un ojo, el porcentaje de deficiencia se determinará en la intersección de la columna vertical con la horizontal que dice enucleación.

13.1.3. Criterios para la evaluación de alteraciones en el campo visual.

Para la determinación de la pérdida del campo visual se requiere contar con un estudio que comprenda campimetría central o periférica, las que se deben realizar con una corrección óptima de la agudeza visual.

TABLA No.13.3 Extensión mínima en grados de cada uno de los ejes tomados desde el punto de fijación.

Area	Grados
Temporal	85
Temporal inferior	85
Inferior	65
Nasal inferior	50
Nasal	60
Nasal superior	55
Superior	45
Temporal superior	55
Total	500

Una hemianopsia inferior comprometerá entonces los ejes inferior, nasal inferior y temporal inferior, registrando en cada uno de ellos cero grados conservados y en el resto de ejes su valor máximo.

FIGURA No. 5: MAXIMA EXTENSION DE CADA UNO DE LOS EJES EN EL CAMPO VISUAL
Para calcular la deficiencia global por pérdida del campo visual se deberá:

- Calcular la magnitud del campo a través de la suma de la pérdida en grados en cada uno de los

ejes para cada ojo. Consultar los valores normales máximos en la tabla 13.3.

2) La magnitud del campo se debe convertir al porcentaje de pérdida del campo visual del ojo, de acuerdo con la tabla 13.4. Si se trata de alteraciones en la campimetría central, previamente se multiplicará por dos, teniendo en cuenta que la magnitud máxima de esta campimetría es de 270°. En todos los casos se deberá obtener el porcentaje de pérdida del campo visual de ambos ojos.

3) Para calcular la deficiencia global por pérdida del campo visual, se debe aplicar la siguiente fórmula:

$$\text{" \% pérdida ojo peor} \times 0.25 + \text{\% pérdida ojo mejor} \times 0.75 \text{"}$$

Es decir, la deficiencia mayor se multiplica por 0.25 y la menor por 0.75 y luego se suman, resultando así la deficiencia global de la persona por deterioro del campo visual bilateral.

TABLA No.13.4 Deficiencia visual por pérdida del campo visual de un ojo

Grados Perdidos		Grados Conserv		Grados % Perdidos		Grados Conserv		%	
0	500	0	170	330	17	340	160	34	
10	490	1	180	320	18	350	150	35	
20	480	2	190	310	19	360	140	36	
30	470	3	200	300	20	370	130	37	
40	460	4	210	290	21	380	120	38	
50	450	5	220	280	22	390	110	39	
60	440	6	230	270	23	400	100	40	
70	430	7	240	260	24	410	90	41	
80	420	8	250	250	25	420	80	42	
90	410	9	260	240	26	430	70	43	
100	400	10	270	230	27	440	60	44	
110	390	11	280	220	28	450	50	45	
120	380	12	290	210	29	460	40	46	
130	370	13	300	200	30	470	30	47	
140	360	14	310	190	31	480	20	48	
150	350	15	320	180	32	490	10	49	
160	340	16	330	170	33	500	0	50	

Nota: En los casos en los cuales no se reporten en la campimetría los grados perdidos sino el porcentaje de pérdida del campo visual, se buscará su equivalente a grados perdidos en la tabla 13.4, teniendo en cuenta que el 100% de pérdida corresponde a 500° perdidos. Ejemplo:

Se reporta una pérdida del 60% del campo visual del ojo derecho y campimetría normal para el ojo izquierdo: Su equivalencia según la tabla 13.4 para el ojo derecho es de 300 ° perdidos y para el ojo izquierdo 0° perdidos, por lo tanto la deficiencia visual del ojo derecho será entonces de 30% y la del ojo izquierdo del 0%, para hallar la deficiencia global por pérdida del campo visual bilateral se aplica la fórmula, obteniendo como resultado 22.5%.

13.1.4. Diplopias (Alteraciones de la función oculomotora).

Tabla 13.5. Deficiencia Global por diplopias.

Criterios	Deficiencia Global (%)
Diplopia en las zonas altas de la mirada.	4.0
Diplopia en la parte inferior del campo.	9.0
Diplopia en la mirada lateral.	7.5
Diplopia en todas las posiciones de la mirada (no compensables y que obligan a ocluir un ojo).	11.5

13.1.5. Deficiencias por otras lesiones oculares unilaterales.

Tabla 13.6 Deficiencia Global por otras lesiones oculares unilaterales.

Criterios	Deficiencia global de la persona (%)
Ofthalmoplejía interna total, unilateral (acomodación)	11.5
Midriasis y lesiones del iris cuando ocasionan trastornos funcionales, unilateral.	2.5
Ptosis palpebral o blefaroespasma, pupila cubierta unilateral.	10.0
Deformaciones palpebrales, unilateral.	5.0
Epífora unilateral.	5.0
Fístulas lagrimales unilaterales	5.0
Glaucoma bilateral	5.0

Estos porcentajes de deficiencia, deben sumarse en forma combinada con los demás hallados por conceptos de otras alteraciones, sin que sobrepase el equivalente a la pérdida del ojo total.

13.2 OÍDO

13.2.1 Generalidades.

Dentro de este sistema se consideran las funciones de audición y de equilibrio.

La capacidad para la audición de una persona deberá ser evaluada de acuerdo con la comprensión del lenguaje oído y discriminación del habla.

Para efectos de la calificación de la pérdida auditiva, se tendrán en cuenta las frecuencias de 1000, 2000, 3000 y 4000 Hz.

Se deberán realizar tres audiometrias utilizando el mismo equipo, siguiendo las técnicas que garanticen la calidad del resultado, tales como reposo auditivo de por lo menos 12 horas, la realización del examen durante las primeras horas del día, entre otras.

Para determinar la pérdida de la capacidad laboral de origen auditivo, se requieren en conjunto: Potenciales auditivos evocados, logaudiometría y audiometría por vía ósea. La interpretación y relación de los resultados debe ser coherente. La audiometría por vía ósea se tomara como referencia para calificar dicha perdida.

Si los potenciales evocados son reportados como normales, aunque las audiometrias estén alteradas se tomara la deficiencia global como 0%.

13.2.2 Criterios para la evaluación de la deficiencia por alteraciones de la audición.

La evaluación audiométrica debe efectuarse realizando los siguientes cálculos:

- a) El cálculo de la suma de decibeles umbrales (SDU) para cada oído.
- b) El cálculo de la deficiencia binaural.
- c) El cálculo de la deficiencia global.

13.2.2.1. Cálculo de la Suma de Decibeles Umbrales (SDU) para cada oído.

Para hacer el calculo de la deficiencia monoaural se seguirán los siguientes pasos:

- 1) Para efecto de la calificación se tomaran en cuenta los valores de 1000 , 2000 , 3000 y 4000 Hz

de cada una de las tres audiometrias para cada oído.

2) Para determinar el promedio de los umbrales de audición de cada una de las frecuencias anteriormente mencionadas, se suman los umbrales encontrados en las tres audiometrias para cada frecuencia y se dividen por tres, encontrando así el promedio.

Si la sumatoria de los umbrales es menor a 100 dB , se aproximara a 100 dB . Cuando no hay audición a una determinada frecuencia, se le asignará como máximo valor 92 dB.

3) Luego se suman dichos valores promedio de las cuatro frecuencias para cada oído. Esto representa la SDU de cada oído.

13.2.2.2. Calculo del deterioro binaural.

Una vez obtenida la SDU para ambos oídos, se debe calcular el deterioro binaural de la siguiente forma:

$$(\% \text{ oído mejor} \times 5) + (\text{oído peor} \times 1) \times 0.5 = \% \text{ deterioro binaural.}$$

6

Recuerde que el oído mejor es aquel cuya SDU se acerca a 100.

La tabla 13.7 muestra el deterioro auditivo binaural e incluyen los dos cálculos antes mencionados.

Con el resultado de la perdida binaural se calcula la deficiencia global.

13.2.2.3 Calculo de la Deficiencia global.

Una vez obtenido el deterioro binaural, se debe calcular la deficiencia global de la siguiente forma:

$$\text{Deficiencia global} = \% \text{ de deterioro binaural} \times 0.5$$

TABLA No. 13.7. DETERIORO AUDITIVO BINAURAL

											oído peor SDU				oído mejor SDU				
100	0.0																		
105	0.2	1.0																	
110	0.3	1.1	1.9																
115	0.5	1.3	2.1	2.8															
120	0.7	1.4	2.2	3.0	3.8														
125	0.8	1.6	2.4	3.2	3.9	4.7													
130	1.0	1.7	2.5	3.3	4.1	4.9	5.7												
135	1.1	1.9	2.7	3.5	4.2	5.0	5.8	6.6											
140	1.3	2.1	2.8	3.6	4.4	5.2	6.0	6.7	7.5										
145	1.4	2.2	3.0	3.8	4.6	5.3	6.1	6.9	7.7	8.5									
150	1.6	2.4	3.2	3.9	4.7	5.5	6.3	7.1	7.8	8.6	9.4								
155	1.7	2.5	3.3	4.1	4.9	5.7	6.4	7.2	8.0	8.8	9.6	10.3							
160	1.9	2.7	3.5	4.2	5.0	5.8	6.6	7.4	8.2	8.9	9.7	10.5	11.3						
165	2.1	2.8	3.6	4.4	5.2	6.0	6.7	7.5	8.3	9.1	9.9	10.7	11.4	12.2					
170	2.2	3.0	3.8	4.6	5.3	6.1	6.9	7.7	8.5	9.2	10.0	10.8	11.6	12.4	13.2				
175	2.4	3.2	3.9	4.7	5.5	6.3	7.1	7.8	8.6	9.4	10.2	11.0	11.7	12.5	13.3	14.1			
180	2.5	3.3	4.1	4.9	5.7	6.4	7.2	8.0	8.8	9.6	10.3	11.1	11.9	12.7	13.5	14.2	15.0		
185	2.7	3.5	4.2	5.0	5.8	6.6	7.4	8.2	8.9	9.7	10.5	11.3	12.1	12.8	13.6	14.4	15.2	16.0	
190	2.8	3.6	4.4	5.2	6.0	6.7	7.5	8.3	9.1	9.9	10.7	11.4	12.2	13.0	13.8	14.6	15.3	16.1	16.9
195	3.0	3.8	4.6	5.3	6.1	6.9	7.7	8.5	9.2	10.0	10.8	11.6	12.4	13.2	13.9	14.7	15.5	16.3	17.1
200	3.2	3.9	4.7	5.5	6.3	7.1	7.8	8.6	9.4	10.2	11.0	11.7	12.5	13.3	14.1	14.9	15.7	16.4	17.2

315	21,6	22,4	23,2	23,9	24,7	25,5	26,3	27,1	27,8	28,6	29,4	30,2	31,0	31,7	32,5	33,3	34,1	34,9
320	21,7	22,5	23,3	24,1	24,9	25,7	26,4	27,2	28,0	28,8	29,6	30,3	31,1	31,9	32,7	33,5	34,2	35,0
325	21,9	22,7	23,5	24,2	25,0	25,8	26,6	27,4	28,2	28,9	29,7	30,5	31,3	32,1	32,8	33,6	34,4	35,2
330	22,1	22,8	23,6	24,4	25,2	26,0	26,7	27,5	28,3	29,1	29,9	30,7	31,4	32,2	33,0	33,8	34,6	35,3
335	22,2	23,0	23,8	24,6	25,3	26,1	26,9	27,7	28,5	29,2	30,0	30,8	31,6	32,4	33,2	33,9	34,7	35,5
340	22,4	23,2	23,9	24,7	25,5	26,3	27,1	27,8	28,6	29,4	30,2	31,0	31,7	32,5	33,3	34,1	34,9	35,7
345	22,5	23,3	24,1	24,9	25,7	26,4	27,2	28,0	28,8	29,6	30,3	31,1	31,9	32,7	33,5	34,2	35,0	35,8
350	22,7	23,5	24,2	25,0	25,8	26,6	27,4	28,2	28,9	29,7	30,5	31,3	32,1	32,8	33,6	34,4	35,2	36,0
355	22,8	23,6	24,4	25,2	26,0	26,7	27,5	28,3	29,1	29,9	30,7	31,4	32,2	33,0	33,8	34,6	35,3	36,1
360	23,0	23,8	24,6	25,3	26,1	26,9	27,7	28,5	29,2	30,0	30,8	31,6	32,4	33,2	33,9	34,7	35,5	36,3
365	23,2	23,9	24,7	25,5	26,3	27,1	27,8	28,6	29,4	30,2	31,0	31,7	32,5	33,3	34,1	34,9	35,7	36,4
368	23,2	24,0	24,8	25,6	26,4	27,2	27,9	28,7	29,5	30,3	31,1	31,8	32,6	33,4	34,2	35,0	35,7	36,5
195	200	205	210	215	220	225	230	235	240	245	250	255	260	265	270	275	280	

TABLA No. 13.7. DETERIORO AUDITIVO BINAURAL

Continuación

280																		
285	34,7																	
290	34,9	35,7																
295	35,0	35,8	36,6															
300	35,2	36,0	36,7	37,5														
305	35,3	36,1	36,9	37,7	38,5													
310	35,5	36,3	37,1	37,8	38,6	39,4												
315	35,7	36,4	37,2	38,0	38,8	39,6	40,3											
320	35,8	36,6	37,4	38,2	38,9	39,7	40,5	41,3										
325	36,0	36,7	37,5	38,3	39,1	39,9	40,7	41,4	42,2									
330	36,1	36,9	37,7	38,5	39,2	40,0	40,8	41,6	42,4	43,2								
335	36,3	37,1	37,8	38,6	39,4	40,2	41,0	41,7	42,5	43,3	44,1							
340	36,4	37,2	38,0	38,8	39,6	40,3	41,1	41,9	42,7	43,5	44,2	45,0						
345	36,6	37,4	38,2	38,9	39,7	40,5	41,3	42,1	42,8	43,6	44,4	45,2	46,0					
350	36,7	37,5	38,3	39,1	39,9	40,7	41,4	42,2	43,0	43,8	44,6	45,3	46,1	46,9				
355	36,9	37,7	38,5	39,2	40,0	40,8	41,6	42,4	43,2	43,9	44,7	45,5	46,3	47,1	47,8			
360	37,1	37,8	38,6	39,4	40,2	41,0	41,7	42,5	43,3	44,1	44,9	45,7	46,4	47,2	48,0	48,8		
365	37,2	38,0	38,8	39,6	40,3	41,1	41,9	42,7	43,5	44,2	45,0	45,8	46,6	47,4	48,2	48,9	49,7	
368	37,3	38,1	38,9	39,7	40,4	41,2	42,0	42,8	43,6	44,3	45,1	45,9	46,7	47,5	48,2	49,0	49,8	50,0
285	290	295	300	305	310	315	320	325	330	335	340	345	350	355	360	365	368	

13.2.2.4. Situaciones especiales

a) En caso de individuos que tengan el implante coclear, la audiometría debe realizarse con el implante funcionando.

b) A los defectos estéticos que no causan alteración funcional no se les asigna deficiencia.

13.2.3 Criterios para la evaluación de deficiencia por alteraciones del equilibrio.

En la evaluación de la deficiencia del sistema auditivo por alteraciones del equilibrio se consideran únicamente los problemas derivados de defectos del laberinto, del vestíbulo y de sus vías. No se incluyen en este capítulo los vértigos originados por alteraciones del sistema nervioso central, que se encuentran descritos el capítulo correspondiente al Sistema Nervioso Central.

13.2.3.1. Pérdida Completa de la Función Vestibular

Esta pérdida puede ser uni o bilateral. Cuando la pérdida es unilateral el equilibrio no se ha alterado permanentemente, por lo tanto no se debe otorgar porcentaje de deficiencia por esta patología. Cuando la pérdida es bilateral puede esperarse cierto grado de compensación de los mecanismos quines-tésicos y visuales, por lo que dependiendo del grado de esta compensación el porcentaje se evaluara en la tabla 13.8.

13.2.3.2. Criterios para la evaluación de la Deficiencia Global por Vértigo Vestibular

Clase	Descripción de criterios	Deficiencia Global (%)
I	-Existen síntomas de vértigo periférico, -y, se pueden llevar a cabo las actividades de la vida diaria sin ninguna clase de ayuda.	1.0
II	-Se presentan síntomas de vértigo periférico, -y, se Pueden llevar a cabo, sin ayuda, las actividades de la vida diaria, excepto las que encierren peligro personal o para otros, como conducir todo tipo de vehículos, trabajos en altura, trabajos con herramientas cuyo manejo es riesgoso, etc.	5.0
III	-Se presentan síntomas de vértigo periférico, -y, no se pueden llevar a cabo las actividades de la vida diaria sin ayuda, excepto el cuidado personal, cuidado de la casa, desplazamiento en trechos cortos por la calle e ir en un vehículo conducido por otro	15.0
IV	-Existen síntomas de vértigo periférico, -Y, no puede llevar a cabo las actividades de la vida diaria, excepto el cuidar de si mismo.	25.0
V	-Existen síntomas de vértigo periférico, -No se pueden realizar las actividades de la vida diaria sin ayuda, excepto las de cuidado personal y debe estar confinado en el hogar	35.0

13.3 OLFATO Y GUSTO

En estas normas se da un valor único de 3% de deficiencia global de la persona cuando hay una pérdida completa de estos sentidos.

13.4 HABLA

13.4.1 Generalidades

Pérdida orgánica del habla.

La glossectomía, Laringectomía o estenosis cicatricial de la laringe dan por resultado una pérdida de la producción de la voz por sus medios normales. La evaluación de la pérdida orgánica del lenguaje incluye la deficiencia de producirlo por cualquier medio, incluso con rehabilitación foniátrica o dispositivos mecánicos o electrónicos. Si el trastorno se debe a lesiones neurológicas éste deberá ser evaluado con los criterios del capítulo correspondiente.

13.4.2 Evaluación de la deficiencia del habla.

TABLA No. 13.8 Deficiencia Global por alteraciones en el habla.

Clase	Descripción de criterios	Deficiencia Global (%)
I	· Audibilidad. El paciente puede hacerse oír lo suficiente en la MAYORÍA de los casos aunque a veces tenga que hacer un esfuerzo y a veces esto le falle. · Inteligibilidad. El paciente puede articular lo suficiente en la MAYORÍA de los casos aunque a veces tenga que repetir e incluso a veces no pueda articular algunos sonidos. · Eficiencia funcional. El paciente Puede pronunciar y articular en la MAYORÍA de los casos con una velocidad y facilidad adecuada, aunque dude o lo haga más despacio.	2.0
II	· Audibilidad. El paciente puede hacerse oír lo suficiente en MUCHAS ocasiones; se le entiende en condiciones normales pero tiene dificultades en hacerse entender en autobuses, trenes, estaciones, restaurantes etc. · Inteligibilidad. El paciente puede articular lo suficiente en MUCHAS ocasiones. Puede entenderle cualquiera al decir su nombre, dirección, etc. Puede cometer muchos errores y a veces tener gran dificultad en articular la palabra. · Eficiencia funcional. El paciente puede pronunciar y articular en MUCHAS ocasiones con velocidad y facilidad adecuada, pero a veces da la impresión de encontrar dificultad y tiene interrupciones, dudas o lo	

hace despacio. 5.0

III · Audibilidad. El paciente puede hacerse oír en ALGUNAS ocasiones hablando mano a mano con otra persona, sin embargo tiene dificultad en sitios ruidosos. La voz se le cansa rápidamente y es inaudible a los pocos segundos. · Inteligibilidad. El paciente puede articular en ALGUNAS ocasiones, conversar con la familia y amigos. Sin embargo, las personas que no lo tratan pueden encontrar mucha dificultad en entenderlo; tiene que repetir con frecuencia lo expresado. · Eficiencia funcional. El paciente puede pronunciar y articular en ALGUNAS ocasiones con velocidad y facilidad adecuada pero a veces sólo puede sostener una conversación continua por breves períodos, dando la impresión de fatigarse rápidamente 10.0

IV · Audibilidad. El paciente puede hacerse oír en MUY POCAS ocasiones, apenas se le oye. No se le escucha por teléfono, puede susurrar pero no tiene voz. · Inteligibilidad. El paciente puede hacerse oír MUY POCAS ocasiones, apenas puede emitir algunas unidades fonéticas, puede balbucear algunos nombres que no se le entienden. · Eficiencia funcional. El paciente puede pronunciar y articular con velocidad adecuada en POCAS ocasiones, sólo frases cortas y palabras sueltas, pero no puede mantener una conversación. Le cuesta trabajo hablar y lo hace muy despacio. 15.0

V · Audibilidad. No puede hacerse oír en absoluto. · Inteligibilidad. No puede articular palabra. · Eficiencia funcional. No puede pronunciar ni articular 20.0

CAPITULO XIV

14. SISTEMA HEMATOPOYÉTICO

14.1 Generalidades

Este capítulo contiene los criterios para evaluar la deficiencia producida por alteraciones en el sistema hematopoyético.

14.1.1 Clasificación:

- a) Anemia
- b) Eritrocitosis
- c) Alteraciones de los leucocitos
- d) Alteraciones del sistema reticuloendotelial
- e) Desórdenes hemorrágicos o de la coagulación
- f) Alteraciones de las plaquetas

14.2 ANEMIA

La cronicidad se indica por una persistencia de esta condición de por lo menos 3 meses y con un hematocrito por debajo de 30% y requiere de por lo menos una transfusión semanal.

14.2.1 Evaluación

Los informes de laboratorio deben coincidir con los valores obtenidos en más de un examen, efectuado durante un período de 3 meses anteriores a la evaluación.

TABLA No. 14.2.1 Deficiencia Global relacionada con la anemia

Sintomatología	Nivel de hemoglobina en sangre periférica, de	en g/100 ml de sangre
Transfusiones necesitadas	Deficiencia global(%)	
Ninguna	11 o más en mujeres adultas	Ninguna 0
Ninguna	12 o más en hombres adultos	Ninguna 0
De ninguna a mínima	9 a 11	Ninguna 3
De mínima a moderada	7 a 9	Prom. de 1 unidad o menos cada 6 semanas. 10
Moderada	7	Prom. de 1 unidad o más cada dos semanas 20

De moderada a severa	5 a 7	Prom. de 1 o menos cada 2 semanas	30
Severa	5	Prom. De 1 o más cada 2 semanas	40
Severa	Menos de 5	1 o más cada dos semanas	50

14.3 ERITROCITOSIS

14.3.1 Criterios para la Evaluación del Deficiencia Permanente Relacionado con Eritrocitosis:

TABLA No. 14.1. Deficiencia Global por eritrocitosis.

Clase	Descripción de criterios	Deficiencia Global (%)
I	· El nivel de hemoglobina es elevado, pero se mantiene a un nivel menor de 18 g/100 ml sangre a nivel del mar, con tratamiento infrecuente o inexistente.	5.0
II	· Necesita un tratamiento intermitente mielosupresor con flebotomías mensuales para mantener el nivel de hemoglobina en sangre periférica a menos de 18 g/100 ml de sangre a nivel del mar.	20.0
III	· Se requiere terapia mielosupresora con flebotomías cada dos semanas o menos para mantener el nivel de hemoglobina en sangre periférica a menos de 20 g/100 ml de sangre a nivel del mar.	40.0

14.4 ALTERACIONES DE LOS LEUCOCITOS

Para una mayor claridad en la exposición y para facilitar la búsqueda de los porcentajes de deficiencia no se incluye en este capítulo las leucemias en sus diferentes tipos o variedades las cuales se encuentran descritas en el capítulo que corresponde a Enfermedad Neoplásica Maligna.

14.4.1 Criterios para la evaluación del deficiencia producido por alteraciones de los leucocitos

TABLA No. 14.2. Deficiencia Global por alteraciones de los leucocitos

Clase	Descripción de criterios	Deficiencia Global (%)
I	· Hay síntomas y signos de anormalidad en los leucocitos;· No se necesita ningún tratamiento o sólo se necesita en forma esporádica;· Y, se pueden llevar a cabo todas o la mayoría de las actividades de la vida diaria.	3.0
II	· Hay síntomas y signos de anormalidad en los leucocitos, y;· Aunque necesita de tratamiento continuo, puede continuar realizando la mayoría de las actividades de la vida diaria	10.0
III	· Hay síntomas y signos de anormalidad en los leucocitos;· Necesita tratamiento continuo;· Y, hay interferencia en la realización de las actividades de la vida diaria, requiriéndose ocasionalmente de la ayuda de otras personas.	20.0
IV	· Hay síntomas y signos de anormalidad en los leucocitos;· Necesita tratamiento continuo;· Y, se experimentan dificultades en la realización de las tareas diarias, necesiéndose ayuda continua de los demás.	35.0

NOTA:

En general toda granulocitopenia crónica con recuento absoluto de neutrófilos repetidamente bajo 2.000 por mm³ e infecciones bacterianas sistémicas recurrentes, debidamente certificadas durante por lo menos 3 veces en los 5 meses previo a la presentación de la solicitud de calificación de invalidez corresponden a la clase IV deficiencia del 35%.

14.5 ALTERACIONES DEL SISTEMA RETICULOENDOTELIAL.

La esplenectomía o falla en el desarrollo de este órgano antes de los 5 años de edad puede asociarse a alteraciones de otros sistemas orgánicos. Cualquier deficiencia por esta causal debe evaluarse de acuerdo con el sistema afectado. Si la esplenectomía es de origen traumático se da un 10% de deficiencia global.

Las anormalidades del timo con hiperfunción deben ser evaluadas en los capítulos correspondientes a sus secuelas; su hiperfunción por tumores benignos o malignos o la ausencia del timo sólo debe evaluarse en relación a las dificultades que tiene el individuo para desarrollar sus actividades.

14.5.1 Criterios para la evaluación de la deficiencia en el sistema reticuloendotelial

TABLA No. 14.3. Deficiencia Global por alteraciones del sistema reticuloendotelial.

Clase	Descripción de criterios	Deficiencia Global (%)
I	· Existen síntomas o signos de enfermedad reticuloendotelial; · Y, puede realizar las actividades de la vida diaria sin o con poca dificultad.	5.0
II	· Existen síntomas y señales de enfermedad reticuloendotelial; · Y, puede llevar a cabo la mayoría de las tareas diarias con algo de ayuda de los demás.	20.0
III	· Existen síntomas y signos de enfermedad reticuloendotelial. · Necesita tratamiento continuo; · Y, no puede llevar a cabo las actividades de la vida diaria.	30.0

14.6 DESÓRDENES HEMORRÁGICOS O DE LA COAGULACIÓN

Puesto que las personas con desórdenes hemorrágicos deben evitar las actividades que puedan producir traumas, existirá una deficiencia global del 5.0%. Cualquier complicación o complicaciones, deberá evaluarse por separado de acuerdo con los criterios indicados en las normas correspondientes, sin tener en cuenta la causa. El valor porcentual asignado a la complicación, deberá entonces combinarse con el calculado para el desorden hemorrágico.

14.6.1 Hemofilia

Teniendo en cuenta que existe una deficiencia de factores de coagulación y por tanto, el hemofílico debe evitar actividades que puedan causarle traumatismos, se adopta como criterio el de asignarle un porcentaje de deficiencia global del 17.0%.

Las deficiencias causadas por esta enfermedad se evaluarán en los capítulos correspondientes.

14.7 ALTERACIÓN DE LAS PLAQUETAS

Puesto que las personas con alteraciones plaquetarias tienen necesidad de evitar actividades que pudieran ocasionar trauma y es constante la necesidad de hemostasis, un individuo que tenga un desorden establecido en las plaquetas, tendrá una deficiencia global del 10%. Las complicaciones que puedan surgir como resultado del desorden en las plaquetas, tales como, hemorragias o trombosis, deberán ser evaluadas de acuerdo con los criterios establecidos para la evaluación de la deficiencia del sistema afectado, y combinados luego, con el valor determinado para el desorden de las plaquetas.

Artículo 13o. – Libro segundo: DE LAS DISCAPACIDADES

1. Generalidades:

Este libro complementa el Primero y Tercero, para el logro de la calificación de la invalidez dentro del principio de integralidad. Por ello es necesario que los médicos de las Comisiones de Evaluación Funcional y las Juntas de Calificación de la Invalidez, comprendan con mucha claridad lo que el impacto de una deficiencia provoca en el funcionamiento fisisico-psico-social de un individuo o un trabajador.

2. Definición de discapacidad:

Dentro de la experiencia de la Salud, una discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a

una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Su calificación máxima dentro de la sumatoria total de invalidez será del 20%.

3. Características de la discapacidad:

La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño y comportamiento en una actividad rutinaria normal, los cuales pueden ser temporales o permanentes reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos.

Las discapacidades pueden surgir como consecuencia directa de la deficiencia, o como una respuesta del propio individuo, sobre todo la psicológica, a deficiencias físicas sensoriales o de otro tipo. La discapacidad representa la objetivación de una deficiencia y en cuanto tal, refleja alteraciones a nivel de la persona.

4. Criterios Generales de la calificación de la discapacidad.

Para calificar la discapacidad deben tenerse en cuenta los siguientes criterios:

4.1. Concepto de integralidad: para adjudicar las discapacidades se considerará al ser humano como un sistema abierto compuesto por tres subsistemas.

a) Subsistema de voluntad: Governa, escoge, motiva e inicia la ejecución. La voluntad, determina el "por que hacemos lo que hacemos".

b) Subsistema de habituación: Organiza lo que hacemos en patrones (hábitos y rutinas) considerando cuando lo hacemos.

c) Subsistema de ejecución: "Es aquello con lo que se tiene que hacer" y comprende las estructuras utilizadas para producir el desempeño ocupacional.

4.2. El daño producido en cualquiera de estos subsistemas conlleva a que se califique una discapacidad determinada.

4.3. Para calificar las discapacidades del desempeño ocupacional, del ser humano con relación a sus procesos ocupacionales (trabajo, recreación ocio y autocuidado) se debe tener en cuenta no solo el órgano ejecutor principal de dichas actividades como tal, sino también los sistemas, órganos y funciones que apoyan, retroalimentan e intervienen en la ejecución de la actividad evaluada.

4.4. Cada una de las discapacidades con excepción de las discapacidades de la situación tiene un nivel de gravedad diferente, según el tipo de patología así:

TABLA No. 1. Calificación de gravedad

CRITERIO	PORCENTAJE
No discapacitado	0.0
Dificultad en la ejecución	0.1
Ejecución ayudada	0.2
Ejecución asistida, dependiente, incrementada.	0.3

Para adjudicar el puntaje correspondiente se deberá utilizar la anterior tabla en cada una de las discapacidades, teniendo en cuenta que no se debe sobrepasar el valor máximo asignado a cada categoría de discapacidad.

5. Clasificación de las discapacidades

Para una mejor comprensión y facilidad del tipo de discapacidad que puede tener un individuo, estas se han dividido por categorías; cada categoría a su vez tiene un puntaje máximo calificable

de acuerdo con el peso que cada categoría tiene dentro del desempeño habitual de un individuo. En las siguientes tablas se condensa esta clasificación por categorías y sus puntajes individuales para la calificación.

TABLA No. 2. Clasificación de discapacidades

Relación por categorías y sus puntajes máximos individuales para la calificación

Categoría	PORCENTAJE MAXIMO ASIGNADO
Discapacidades de la conducta	3.0
Discapacidades de la Comunicación	3.0
Discapacidades del cuidado personal.	3.0
Discapacidades de la locomoción	3.0
Discapacidades de la disposición del cuerpo	3.0
Discapacidades de la destreza	3.0
Discapacidades de la situación	2.0
PUNTAJE TOTAL	20.0

TABLA No. 3. Relación de las categorías de discapacidades de dos dígitos y sus puntajes.

Categoría	TIPODE DISCAPACIDAD	PUNTAJES
	Indivi. Suma Total	
1.	DISCAPACIDADES DE LA CONDUCTA	3.0
	Discapacidades de la conciencia (10-16)	2.1
10	Discapacidad de la conciencia del yo	0.3
11	Discapacidad en lo referente a la localización en el tiempo y en el espacio	0.3
12	Otra discapacidad de identificación	0.3
13	Discapacidad de la seguridad personal	0.3
14	Discapacidad en lo referente a la conducta situacional	0.3
15	Discapacidad en la adquisición del conocimiento	0.3
16	Otra discapacidad de carácter educativo	0.3
	Discapacidades de las relaciones (17 - 19):	0.9
17	Discapacidad del rol familiar	0.3
18	Discapacidad del rol ocupacional	0.3
19	Discapacidad del rol social	0.3
2.	DISCAPACIDADES DE LA COMUNICACIÓN	3.0
	Discapacidades del hablar (20-22)	0.9
20	Discapacidad para entender el habla	0.3
21	Discapacidad para hablar	0.3
22	Otra discapacidad del hablar	0.3
	Discapacidad para escuchar (23 - 24)	0.6
23	Discapacidad para escuchar el habla	0.3
24	Otra discapacidad para escuchar	0.3
	Discapacidades para ver (25-27)	0.9
25	Discapacidad para tareas visuales de conjunto	0.3
26	Discapacidad para tareas visuales de detalle	0.3
27	Otra discapacidad para ver y actividades similares	0.3
	Otras discapacidades de la comunicación(28-29)	0.6
28	Discapacidad para escribir	0.3
29	Otra discapacidad de la comunicación	0.3
3.	DISCAPACIDADES DEL CUIDADO PERSONAL	3.0
	Discapacidades de la excreción (30-32)	0.9
30	Dificultad excretora controlada	0.3
31	Dificultad excretora incontrolada	0.3
32	Discapacidad para desplazarse y hacer uso del Sanitario u otros elementos para la	

excreción.	0.3		
Discapacidades de la higiene personal		0.6	
33 Discapacidad para bañarse	0.3		
34 Otra discapacidad de la higiene personal		0.3	
Discapacidades para arreglarse (35-36)		0.6	
35 Discapacidades para ponerse la ropa	0.3		
36 Otra discapacidad para arreglarse	0.3		
Discapacidades para alimentarse y otras del cuidado personal (37-39)			0.9
37 Discapacidad en los preparativos de la comida	0.3		
38 Otra discapacidad para alimentarse	0.3		
39 Otra discapacidad del cuidado personal	0.3		
4. DISCAPACIDADES DE LA LOCOMOCION			3.0
Discapacidades de ambulación (40-45)		1.8	
40 Discapacidad para caminar	0.3		
41 Discapacidad para salvar desniveles	0.3		
42 Discapacidad para subir escaleras	0.3		
43 Otra discapacidad para subir	0.3		
44 Discapacidad para correr	0.3		
45 Otra discapacidad de ambulación	0.3		
Discapacidades que impiden salir (46 –47)		0.6	
46 Discapacidad para cambiar de posiciones en la cama o en la silla.			0.3
47 Discapacidad para usar el transporte	0.3		
Otras discapacidades de la locomoción (48-49)		0.6	
48 Discapacidad para levantarse	0.3		
49 Otra discapacidad de la locomoción	0.3		
5. DISCAPACIDADES DE LA DISPOSICION DEL CUERPO			3.0
Discapacidades domésticas (50-51)		0.6	
50 Discapacidad para proveer a la subsistencia	0.3		
51 Discapacidad para las tareas del hogar	0.3		
Discapacidades del movimiento del cuerpo(52-57)		1.8	
52 Discapacidad para recoger	0.3		
53 Discapacidad para alcanzar	0.3		
54 Otra discapacidad de la función del brazo	0.3		
55 Discapacidad para arrodillarse	0.3		
56 Discapacidad para agacharse	0.3		
57 Otra discapacidad del movimiento del cuerpo	0.3		
Otras discapacidades de la disposición del cuerpo (58-59)			0.6
58 Discapacidad postural	0.3		
59 Otra discapacidad de la disposición del cuerpo			0.3
6. DISCAPACIDADES DE LA DESTREZA			3.0
Discapacidades de la vida cotidiana (60-61)		0.6	
60 Discapacidad para regular el entorno	0.3		
61 Otra discapacidad de la vida diaria	0.3		
Discapacidades de la actividad manual(62-66)		1.5	
62 Discapacidad para manejar los dedos	0.3		
63 Discapacidad para agarrar	0.3		
64 Discapacidad para sujetar	0.3		
65 Discapacidad del uso de la mano	0.3		
66 Otra discapacidad de la actividad manual	0.3		
Otras discapacidades de la destreza (67-69)		0.9	
67 Discapacidad para controlar el pie	0.3		
68 Otra discapacidad de control del cuerpo	0.3		
69 Otra discapacidad de la destreza	0.3		
7. DISCAPACIDADES DE SITUACION		2.0	
Discapacidades de dependencia y resistencia(70-71)			0.4
70 Dependencia circunstancial	0.2		
71 Discapacidad en la resistencia	0.2		
Discapacidades ambientales (72-77)		1.4	
72 Discapacidad relativa a la tolerancia de temperatura			0.2

73	Discapacidad relativa a la tolerancia de otras características climáticas	0.2
74	Discapacidad relativa a la tolerancia al ruido	0.2
75	Discapacidad relativa a la tolerancia a la iluminación	0.2
76	Discapacidad relativa a la tolerancia al estrés en el trabajo	0.3
77	Discapacidad relativa a la tolerancia de otros factores ambientales	0.3
	Otras discapacidades de situación (78)	0.2
78	Otra discapacidad de situación	0.2

CAPITULO I

DISCAPACIDADES DE LA CONDUCTA

Hace referencia a la restricción o falta de la capacidad de los sujetos para conducirse, tanto en las actividades de la vida diaria como en la relación con otros, ya sea por problemas de conciencia, por pérdida de la motivación o dificultades para el aprendizaje.

Excluye: Discapacidades de la comunicación (2)

DISCAPACIDADES DE LA CONCIENCIA (10-16)

La conciencia hace referencia a tener conocimiento.

10 DISCAPACIDAD DE LA CONCIENCIA DEL YO

Incluye: Perturbación de la capacidad para desarrollar o mantener una representación mental de la identidad del yo o cuerpo del sujeto ("esquema corporal") y su continuidad en el tiempo; y perturbación de la conducta resultante de la interferencia con la conciencia o sentido de la identidad y confusión (interpretación inadecuada y respuesta a acontecimientos externos, que se expresa por medio de agitación, inquietud y alboroto).

Esta discapacidad se califica cuando se presente de forma transitoria o permanente.

10.1 Discapacidad en la orientación del esquema corporal

Incluye: Perturbación de la representación mental del cuerpo del sujeto, tal como incapacidad de la diferenciación derecha-izquierda, experiencias de "miembro fantasma" y otros fenómenos similares.

10.2 De la apariencia personal

Incluye: Despreocupación por afeitarse o cuidar el estado del cabello y llevar prendas sucias. Vestirse o maquillarse de forma descuidada, apariencia física muy extraña o no acorde con las circunstancias o el contexto socio - cultural.

10.3 Otra perturbación de la presentación del yo

Incluye: Perturbación de la capacidad de ofrecer una imagen favorable en las situaciones sociales, tales como no prestar atención a las rutinas sociales de apoyo (por ejemplo, saludar, asistir a fiestas, dar las gracias, pedir perdón, excusarse, y reciprocidad de todo ello) y falta de "presencia" (por ejemplo, carencia total de originalidad o conformidad excesiva en el comportamiento).

Excluye: Conducta no convencional intencional (no es una discapacidad).

11 DISCAPACIDAD EN LO REFERENTE A LA LOCALIZACIÓN EN EL TIEMPO Y EL ESPACIO

Incluye: Perturbación de la capacidad del sujeto para localizar debidamente objetos externos, acontecimientos y a sí mismo en relación con las dimensiones de tiempo y espacio.

Esta discapacidad se califica aunque se presente de manera transitoria.

12 DISCAPACIDAD DE IDENTIFICACIÓN

Incluye: Perturbación de la capacidad para identificar debidamente a objetos y personas.

Esta discapacidad se califica aunque se presente de manera transitoria.

12.1 Conducta fuera de contexto

Conducta no apropiada para el lugar, tiempo, grado de madurez a las circunstancias del momento.

13 DISCAPACIDAD DE LA SEGURIDAD PERSONAL

Incluye: Perturbación de la capacidad para eludir riesgos para la integridad del cuerpo del sujeto, como estar en peligro de herirse, por ser incapaz de reaccionar para protegerse de cualquier riesgo.

13.1 Tendencias a causarse heridas

Incluye: Riesgo de suicidio o de autoinfringirse heridas o lesiones por pérdida de la sensibilidad.

13.2 Discapacidad para garantizar la seguridad personal en Situaciones especiales.

Incluye: Hallarse en peligro en situaciones especiales, tales como las relacionadas con los viajes, transportes, y el tiempo libre, deporte incluido.

Excluye: Discapacidad del rol ocupacional (18)

13.3 Conducta irresponsable o potencialmente peligrosa para el sujeto mismo

Incluye: Dejar encendido el gas o no apagar el fuego, tirar cerillas encendidas en la alfombra

13.4 Extravíos

13.5 Otro desvarío.

14 DISCAPACIDAD EN LO REFERENTE A LA CONDUCTA SITUACIONAL

Incluye: Perturbación de la capacidad para registrar y entender las relaciones entre los objetos y las personas en las situaciones de la vida diaria.

Excluye: Discapacidad de la seguridad personal en situaciones especiales (13.2)

14.1 Discapacidad para comprender las situaciones

Incluye: Perturbación de la capacidad de percibir, registrar o comprender las relaciones entre cosas y personas.

14.2 Discapacidad para interpretar las situaciones

Incluye: Falsa interpretación de las relaciones entre personas , cosas y su significado.

14.3 Discapacidad para hacer frente a la situación

Incluye: Perturbación de la capacidad para realizar actividades en situaciones específicas, tales como las realizadas fuera de la casa o ante la presencia de determinados animales u otros objetos.

Excluye: Discapacidad de conducta en las situaciones críticas (18.7)

15 DISCAPACIDAD EN LA ADQUISICIÓN DEL CONOCIMIENTO

Incluye: Perturbación general de la capacidad para aprender, como la que puede deberse a deficiencias del intelecto o de la capacidad para aprender nuevas habilidades.

16 OTRA DISCAPACIDAD DE CARÁCTER EDUCATIVO

Incluye: Otra discapacidad para aprovecharse de las oportunidades educativas debido a la perturbación de las capacidades individuales específicas para adquirir, procesar y retener nueva información.

Excluye: Las debidas a discapacidades de la comunicación (2) y a otras discapacidades (3-7)

Incluye: Disminución de las funciones mentales.

DISCAPACIDADES DE LAS RELACIONES (17-19)

17 DISCAPACIDAD DEL ROL FAMILIAR

17.1 Discapacidad en la participación en actividades del hogar.

Incluye: Alteración de la capacidad para desarrollar actividades comunes habituales tales como comer juntos, realizar tareas domésticas, salir juntos de visita, participar en juegos y ver la televisión y conducirse durante estas actividades, así como la dificultad y el desinterés en la toma de decisiones sobre asuntos del hogar, como pueden ser las decisiones relativas a los hijos y al dinero.

17.2 Discapacidad en el rol conyugal afectivo.

Incluye: Perturbación de la relación afectiva continuada con la pareja habitual y de la comunicación (así, hablar sobre los hijos, noticias y sucesos de la vida cotidiana), de la capacidad para mostrar afecto y calor (pero excluyendo estallidos culturalmente habituales de ira o irritabilidad) y generar el sentimiento de constituir una fuente de apoyo para el otro cónyuge.

17.3 Discapacidad del rol marital

Esta discapacidad puede existir como consecuencia de una deficiencia física o mental.

Incluye: Perturbación de las relaciones sexuales con la pareja habitual (incluida la práctica del coito y si el sujeto y su pareja hallan satisfactorias las relaciones sexuales)

17.4 Discapacidad del rol parental.

Esta discapacidad puede existir como consecuencia de una deficiencia física o mental.

Incluye: Perturbación de la capacidad para asumir y realizar las tareas propias del cuidado de los hijos que corresponden a la posición que ocupa el sujeto en el hogar (así, dar de comer, meter en la cama o llevar al colegio, por lo que se refiere a los niños pequeños, y ocuparse de las necesidades de los hijos, en el caso de los hijos mayores) y para manifestar interés por los hijos (así, jugar con ellos, leerles un cuento e interesarse por los problemas de los hijos o por sus deberes escolares)

17.5 Otra discapacidad del rol familiar.

18 DISCAPACIDAD DEL ROL OCUPACIONAL

Incluye: Perturbación de la capacidad para organizar y participar en actividades ocupacionales, lúdicas o recreativas rutinarias.

Excluye: Discapacidades de la situación (70-78)

18.1 Discapacidad en la motivación.

Incluye: Interferencia con la capacidad de trabajar en virtud de una severa deficiencia de impulso.

18.2 Discapacidad en la cooperación.

Incluye: Incapacidad para cooperar con otros y para "dar y tomar" en la interacción social.

18.3 Discapacidad en la rutina laboral

Incluye: Perturbación de otros aspectos de adaptación a la rutina laboral (como ir a trabajar regularmente y a tiempo, y observar las reglas).

18.4 Discapacidad para organizar la rutina cotidiana.

Incluye: Perturbación de la capacidad para organizar actividades de acuerdo con una secuencia temporal, y dificultad de tomar decisiones sobre temas de la vida cotidiana.

18.5 Otra discapacidad en la realización del trabajo

Incluye: Otras dificultades en la realización y resultados del trabajo.

18.6 Discapacidad en actividades recreativas.

Incluye: Falta de interés en las actividades de ocio (tales como ver la televisión, escuchar la radio, leer periódicos o libros, participar en juegos y tener hobbies) y en sucesos de carácter local y mundial (incluidos los esfuerzos por obtener información).

18.7 Discapacidad del comportamiento en situaciones críticas.

Incluye: Respuestas insatisfactorias o inadecuadas a incidentes (enfermedad, accidente u otros incidentes que afectan a un miembro de la familia o a otras personas), emergencias (como el fuego) y otras experiencias que normalmente requieren una rápida decisión y acción.

18.8 Otra discapacidad del rol ocupacional.

Incluye: Para los sujetos que no trabajan, la perturbación del interés por conseguir un trabajo o volver al antiguo puesto, y los pasos dados para alcanzar esta finalidad.

Excluye: Otra discapacidad del rol social (19.2)

19 DISCAPACIDAD DEL ROL SOCIAL.

Esta discapacidad puede presentarse como consecuencia de deficiencias mentales o físicas; en este último caso las personas pueden perder el interés por la interacción social.

Incluye: Alteración de las relaciones interpersonales fuera del hogar (amigos, compañeros de trabajo y comunidad en general).

Excluye: Discapacidad del rol ocupacional (18).

19.1 Discapacidad de la interacción social.

Incluye: Conducta del sujeto que implique dificultades para la interacción social, , ya sea por exceso o defecto (aislamiento, irritabilidad acusada u otras fricciones suscitadas en situaciones sociales fuera del propio hogar.)

Excluye: Discapacidades de la conciencia del yo (10) y de identificación (11-12)

19.2 Indiferencia a las normas sociales aceptadas.

Incluye: Conducta que resulta embarazosa (como hacer sugerencias o insinuaciones sexuales, o no contenerse en rascarse los genitales o en soltar ventosidades ruidosas), irrespetuosa (como cantar, hacer chistes tontos u observaciones impertinentes, o mostrar exceso de familiaridad) o histriónico (como expresar los sentimientos de forma exagerada, dramática)

Excluye: Conducta intencional o cuando este comportamiento es propio es propio de un contexto sociocultural, no siendo una discapacidad.

19.3 Conducta antisocial.

Incluye: Severamente inadaptado, psicópata y delincuente

19.4 Otra discapacidad del rol social

Incluye: Otra perturbación de la conducta por exceso o defecto que presenta problemas de control (como agresividad, destructividad, extrema hiperactividad e intento de llamar la atención o extrema pasividad).

CAPITULO II

DISCAPACIDADES DE LA COMUNICACIÓN

Hacen referencia a la restricción o falta de capacidad del sujeto para generar y emitir mensajes, así como para recibir y comprender mensajes.

DISCAPACIDADES DEL HABLAR (20-22)

20 DISCAPACIDAD PARA ENTENDER EL HABLA.

Incluye: Pérdida o restricción de la capacidad para entender el significado de los mensajes verbales.

Excluye: Discapacidades para escuchar (23) y dificultades coyunturales como desconocimiento de un lenguaje local.

21 DISCAPACIDAD PARA HABLAR.

Incluye: Pérdida o restricción de la capacidad para producir mensajes verbales audibles y para transmitir un significado a través del habla.

22 OTRAS DISCAPACIDADES DEL HABLAR

22.1 Discapacidad para entender otros mensajes audibles.

Excluye: Discapacidades para escuchar (24)

22.2 Discapacidad para expresar mediante códigos de lenguaje sustitutivos.

Incluye: Pérdida o restricción de la capacidad para transmitir información mediante un código de lenguaje de signos.

22.3 Otra discapacidad con códigos de lenguaje sustitativos.

Incluye: Pérdida o reducción de la capacidad para recibir información mediante un código basándose en lenguaje de signos.

22.4 Otra

DISCAPACIDADES PARA ESCUCHAR (23-24)

23 DISCAPACIDAD PARA ESCUCHAR EL HABLA

Incluye: Pérdida o reducción de la capacidad para recibir mensajes verbales.

24 OTRA DISCAPACIDAD PARA ESCUCHAR

Incluye: Pérdida o reducción de la capacidad para recibir otros mensajes audibles

DISCAPACIDADES PARA VER (25-27)

25 DISCAPACIDAD PARA TAREAS VISUALES DE CONJUNTO

Incluye: Pérdida o reducción de la capacidad para ejecutar tareas que requieren una adecuada visión distante o periférica.

26 DISCAPACIDAD PARA TAREAS VISUALES DE DETALLE.

Incluye: Pérdida o reducción de la capacidad para ejecutar tareas que requieren una agudeza visual adecuada, como leer, reconocer rostros, escribir y efectuar manipulaciones que precisen de la vista.

27 OTRA DISCAPACIDAD PARA VER Y ACTIVIDADES SIMILARES

Excluye: Discapacidad relativa a la tolerancia a la iluminación. (75)

27.1 Discapacidad para la visión nocturna

27.2 Discapacidad para el reconocimiento de los colores

27.3 Discapacidad para la comprensión de mensajes escritos

Incluye: Pérdida o reducción de la capacidad para decodificar y entender mensajes escritos

27.4 Otra discapacidad para la lectura del lenguaje escrito

Incluye: Dificultad para la velocidad o la resistencia en la lectura

27.5 Discapacidad para leer otros sistemas de notación

Incluye: Pérdida o reducción de la capacidad para leer Braille por un sujeto discapacitado en visión de cerca que anteriormente había tenido esta capacidad, o dificultad para aprender este sistema de notación para un sujeto discapacitado en visión de cerca.

27.6 Discapacidad para la lectura labial

Incluye: Pérdida o reducción de la capacidad para leer los labios por un sujeto discapacitado para escuchar que anteriormente había tenido esta capacidad, o dificultad para aprender esta destreza por un sujeto discapacitado para escuchar.

OTRAS DISCAPACIDADES DE LA COMUNICACION (28-29)

28 DISCAPACIDAD PARA ESCRIBIR

Incluye: Pérdida o reducción de la capacidad para codificar el lenguaje en palabras escritas y para efectuar mensajes escritos o hacer signos gráficos.

También incluye a las deficiencias a nivel de la mano la discapacidad de realizar la escritura.

Excluye: Los rehabilitados, los que tienen prótesis, órtesis y/o aditamentos y pueden escribir haciendo uso de estos.

29 OTRA DISCAPACIDAD DE LA COMUNICACIÓN

29.1 Discapacidad para la comunicación simbólica

Incluye: Pérdida o restricción de la capacidad para entender signos y símbolos asociados a códigos convencionales (por ejemplo, semáforos y señales de tráfico, pictogramas) y para leer mapas, diagramas sencillos y otras representaciones esquemáticas de objetos.

29.2 Otra discapacidad para la expresión no verbal

Incluye: Pérdida o restricción de la capacidad para transmitir información mediante gestos, expresiones y procedimientos similares.

29.3 Otra discapacidad para la comunicación no verbal

Incluye: Pérdida o restricción de la capacidad para recibir información mediante gestos, expresiones y procedimientos similares.

29.4 Otra

Incluye: Discapacidad de comunicación NOS

CAPITULO III

DISCAPACIDADES DEL CUIDADO PERSONAL

Hacen referencia a la capacidad del sujeto para cuidarse en lo concerniente a las actividades fisiológicas básicas, tales como la alimentación y la excreción , el cuidado propio, la higiene y el vestido.

DISCAPACIDADES DE LA EXCRECION (30-32)

30 DIFICULTAD EXCRETORA CONTROLADA

El control hace referencia a la mitigación de las consecuencias de la dificultad excretora mediante un cierto grado de regulación ya sea mediante mecanismos de adaptación, estimuladores eléctricos, vestimenta protectora especial u otros procedimientos, de forma que resulte posible

llevar una vida normal.

30.1 Control mediante mecanismos de adaptación

30.2 Control mediante estimuladores eléctricos

30.3 Derivación gastrointestinal

Incluye: Ilestomía y colostomía

Excluye: Operaciones de pequeños circuitos internos (70.5)

30.4 Sonda vesical permanente.

30.5 Otra derivación urinaria.

Incluye: Con orificio anormal (como cistostomía)

Excluye: Operaciones de pequeños circuitos internos (70.5)

30.6 Control mediante ropa protectora especial.

30.7 Otro control de la dificultad excretora

31 DIFICULTAD EXCRETORA INCONTROLADA

31.1 Severa incontinencia doble.

Frecuencia: Todas las noches y todos los días

Incluye: Incontinencia fecal e Incontinencia urinaria.

31.2 Moderada incontinencia doble

Frecuencia superior a una vez por semana de noche y de día.

31.3 Otra incontinencia

Incluye incontinencia fecal o urinaria.

32 DISCAPACIDAD PARA DESPLAZARSE Y HACER USO DEL SANITARIO Y/U OTROS ELEMENTOS PARA LA EXCRECIÓN

32.1 Asociada con la dificultad de desplazarse en el hogar

Dificultad del individuo para ir al retrete

32.2 Asociada con la dificultad de trasladarse y/o usar las instalaciones sanitarias fuera del hogar.

32.3 Otra dificultad para la utilización de las instalaciones sanitarias y otros elementos para la excreción.

DISCAPACIDADES DEL ASEO PERSONAL (33-34)

33 Discapacidad para bañarse

Incluye: Darse un baño completo, lavarse todo el cuerpo y la espalda y secarse después.

33.1 Asociada con la dificultad de desplazarse

Dificultad del sujeto para desplazarse al baño y desde el baño.

33.2 Otra dificultad al utilizar el baño

33.3 Dificultad para utilizar la ducha

33.4 Otra discapacidad para bañarse

34 OTRA DISCAPACIDAD DEL ASEO PERSONAL

34.1 Lavarse la cara

34.2 Lavarse el pelo

Incluye: Lavarse el cuello y los oídos

34.3 Cuidado de las manos

Incluye: Lavarse y cuidarse las uñas

34.4 Cuidado de los pies

Incluye: Lavarse y cuidarse las uñas

34.5 Higiene post-excreción

34.6 Higiene menstrual

34.7 Higiene dental

34.8 Cuidado específico según el sexo

Incluye: Cepillarse el pelo y peinarse y afeitarse

DISCAPACIDADES EN EL VESTIR (35-36)

35 DISCAPACIDAD PARA PONERSE LA ROPA

Excluye: Calzado

35.1 Ropa interior

35.2 Parte inferior del cuerpo

Incluye: Ponerse faldas y pantalones

35.3 Por encima de los hombros y brazos

35.4 Por encima de la cabeza

Incluye: Ponerse blusas, camisas y camiones

35.5 Ropa exterior

Incluye: Ponerse ropa de trabajo, batas y prendas de abrigo

35.6 Abrocharse

Incluye: Abrocharse botones, corchetes y cremalleras

36 DISCAPACIDAD PARA ARREGLARSE

36.1 Calcetería

Incluye: Colocarse medias y calcetines

36.2 Calzado

Incluye: Colocarse zapatos y atarse los cordones

36.3 Cobertura protectora de las manos

36.4 Prendas de cabeza

36.5 Cosmética

36.6 Otro aspecto del adorno personal

DISCAPACIDADES PARA ALIMENTARSE Y OTRAS DEL CUIDADO PERSONAL (37-39)

37 DISCAPACIDAD EN LOS PREPARATIVOS DE LA COMIDA

37.1 Servir bebidas

37.2 Sujetar jarras de bebida

37.3 Repartir comida

Incluye: servir comida

37.4 Preparar comida

Incluye: Cortar alimentos y untar el pan con mantequilla

37.5 Utensilios de comer

Incluye: Sujetar los cubiertos y otros utensilios de comer

38 OTRA DISCAPACIDAD PARA ALIMENTARSE

38.1 Beber

Incluye: Llevarse los alimentos a la boca y consumirlos (p.ej tomar a sorbos).

38.2 Comer

Incluye: Llevarse los alimentos a la boca e ingerirlos.

38.3 Mascar

Incluye: Masticación

38.4 Tragar

38.5 Gastrostomía

38.6 Apetito escaso

39 OTRA DISCAPACIDAD DEL CUIDADO PERSONAL

39.1 Dificultad para hacer uso de la cama y dormir.

Incluye: Dificultad para levantarse, incapacidad de tomar la decisión de irse a la cama y tener trastornos de sueño.

Excluye: Discapacidad por desplazarse (46)

39.2 Dificultad en la cama

Incluye: Dificultad para manejar las ropas de cama

CAPITULO IV

DISCAPACIDADES DE LA LOCOMOCIÓN

Hacen referencia a la capacidad del sujeto para llevar a cabo actividades características asociadas con el movimiento de un lugar a otro, de sí mismo y de los objetos.

DISCAPACIDADES DE AMBULACIÓN (40-45)

40 DISCAPACIDAD PARA CAMINAR

Incluye: Ambulación en terreno llano

Excluye: Habilidad de maniobrar en desniveles de terreno (41-43).

41 DISCAPACIDAD PARA SALVAR DESNIVELES

Incluye: Habilidad para maniobrar en desniveles de terreno como salvar escalones ocasionales entre diferentes niveles.

Excluye: Tramos de escaleras (42) y otros aspectos de la ascensión (43).

42 DISCAPACIDAD PARA SUBIR ESCALERAS

Incluye: Salvar tramos de escaleras y obstáculos artificiales como escaleras de mano.

Excluye: Escalones ocasionales (41)

43 OTRA DISCAPACIDAD PARA SUBIR

Incluye: Obstáculos naturales

44 DISCAPACIDADES PARA CORRER

45 OTRA DISCAPACIDAD DE AMBULACIÓN

DISCAPACIDAD PARA CAMBIAR POSICIONES

46 DISCAPACIDAD PARA CAMBIAR POSICIONES EN LA CAMA Y/O EN LA SILLA.

46.1 Incorporarse estando acostado

Incluye: Dificultad para levantarse y tumbarse en la cama

Excluye: Dificultades en acostarse y levantarse que no guardan relación en el desplazamiento en sí (39.0)

46.2 Incorporarse estando sentado

Incluye: Dificultad en sentarse y levantarse de una silla

Excluye: Dificultad asociada con el entrar o salir de los servicios sanitarios(32) o entrar o salir de un coche (47.0)

46.3 Alcanzar una cama o una silla

Incluye: Dificultad en alcanzar una cama o una silla

47 DISCAPACIDAD PARA USAR EL TRANSPORTE.

47.1 Transporte personal

Incluye: Dificultades tales como entrar o salir de un coche o hacer uso de otras formas de transporte personal. (moto, bicicleta, caballo u otras).

47.2 Otros vehículos

Incluye: Subir y bajar del transporte público

47.3 Otra dificultad para ir de compras a lugares alejados

Incluye: Inaccesibilidad del lugar hasta el que se llega en un medio de transporte (así, imposibilidad de aparcar los vehículos lo suficientemente cerca).

Excluye: Hacer las compras en la vecindad (50.0) y falta de disponibilidad de transporte (lo que es una minusvalía).

47.4 Otra discapacidad de transporte

Otra discapacidad que impide salir de casa

OTRAS DISCAPACIDADES DE LA LOCOMOCIÓN (48-49)

48 Discapacidad para levantar

Incluye: Acarrear

Excluye: Dificultad para levantar y transportar relacionada sólo con la discapacidad para proveer a la subsistencia (50).

49 Otra discapacidad de la locomoción

Excluye: Discapacidades de movimiento del cuerpo (52-57)

CAPITULO V

DISCAPACIDADES DE LA DISPOSICIÓN DEL CUERPO

Hacen referencia a la discapacidad de un sujeto para llevar a cabo actividades asociadas con la disposición de las partes del cuerpo, puede ser por deficiencias físicas y/o mentales en este caso por incapacidad de realizar estas actividades de manera adecuada, y en ellas se incluyen actividades derivadas tales como la realización de tareas asociadas con el domicilio del sujeto

Incluye: Discapacidad de la destreza (6)

DISCAPACIDADES DOMÉSTICAS (50-51)

50 DISCAPACIDAD PARA PROVEER A LA SUBSISTENCIA

50.1 Procurarse el sustento

Incluye: Hacer las compras en la vecindad próxima

Excluye: Hacer las compras en lugares alejados unido a la discapacidad de transporte (47).

50.2 Transportar el sustento

Incluye: Disponer de provisiones en casa previo transporte de las mismas (como transportar las compras).

50.3 Abrir recipientes

Incluye: Abrir latas

50.4 Preparar la comida

Incluye: Cortar y trozar

50.5 Mezclar alimentos

Incluye: Batir

50.6 Cocinar sólidos

Incluye: Levantar y servir cazuelas y sartenes

50.7 Cocinar líquidos

Incluye: Manejar y verter de recipientes que contienen líquidos calientes.

50.8 Servir la comida

Incluye: Llevar bandejas

50.9 Higiene de utensilios alimentarios

Incluye: Fregar los utensilios después de las comidas

51 Discapacidad para las tareas del hogar

51.1 Cuidado de la ropa de cama

51.2 Lavar en pequeña cantidad

Incluye: Lavado delicado a mano (p.ej prendas pequeñas o delicadas)

51.3 Lavar en gran cantidad

Incluye: El lavado de prendas grandes y de la ropa blanca

51.4 Secar la ropa lavada

Incluye: Enjuagar, colgar y extender

51.5 Limpiar a mano

Incluye: Limpiar, quitar el polvo, frotar y sacar brillo

51.6 Limpiar con medios auxiliares

Incluye: Barrer y utilizar máquinas para la limpieza del suelo (p.ej aspiradoras)

51.7 Cuidado de las personas a cargo

Incluye: Ayudar a los hijos o a otras personas a cargo de uno en tareas como comer y vestirse

DISCAPACIDADES DEL MOVIMIENTO DEL CUERPO (52-57)

Excluye: Las clasificables como discapacidades domésticas (50-51)

52 Discapacidad para recoger

Incluye: Recoger objetos del suelo y doblarse

Excluye: Recoger y transportar pequeños objetos (61.3)

53 Discapacidad para alcanzar

Incluye: Alcanzar objetos o estirarse para cogerlos

54 Otra discapacidad de la función del brazo

Incluye: La capacidad de empujar o tirar con las extremidades superiores

55 Discapacidad para arrodillarse

56 Discapacidad para agacharse

Incluye: Encorvarse

57 Otra discapacidad de movimiento del cuerpo

Incluye: Movimientos de la cabeza y cuello.

57 Discapacidad postural

Incluye: Dificultad en conseguir o mantener posturas (p.ej perturbación del equilibrio).

Excluye: Las relacionadas con una resistencia limitada (71)

59 Otra discapacidad de la disposición del cuerpo

Incluye: Otras dificultades en mantener las debidas relaciones entre las diferentes partes del cuerpo

CAPITULO VI

DISCAPACIDADES DE LA DESTREZA

Hacen referencia a la destreza y habilidad de los movimientos corporales, incluidas las habilidades manuales y la capacidad para regular los mecanismos de control.

Excluye: La capacidad para escribir o hacer signos gráficos.

DISCAPACIDADES DE LA VIDA COTIDIANA (60-61)

60 DISCAPACIDAD PARA REGULAR EL ENTORNO

60.1 Discapacidad de seguridad

Incluye: Manejo de pestillos y otros cierres (por ejemplo, picaportes) y uso de las llaves.

60.2 Discapacidad de acceso

Incluye: Abrir y cerrar puertas

60.3 Fuego

Incluye: Prender fuego y encender cerillas

60.4 Dispositivos domésticos

Incluye: Uso de grifos, bombas y enchufes

60.5 Ventilación

Incluye: Abrir ventanas

60.6 Otra

61 OTRA DISCAPACIDAD DE LA VIDA COTIDIANA

61.1 Uso del teléfono .

61.2 Moneda

Incluye: Manejo de dinero

61.3 Otros movimientos delicados

Incluye: Dar cuerda a relojes de pulsera y de pared

61.4 Mover objetos

Incluye: Coger y transportar pequeños objetos y no dejar caer objetos.

Excluye : Recoger objetos (52).

DISCAPACIDADES DE LA ACTIVIDAD MANUAL (62 - 66)

Excluye: Discapacidad para escribir (28)

62 DISCAPACIDAD PARA MANEJAR LOS DEDOS

Incluye: Capacidad par manipular con los dedos

63 DISCAPACIDAD PARA AGARRAR

Incluye: Capacidad para agarrar o empuñar objetos y para moverlos

64 DISCAPACIDAD PARA SUJETAR

Incluye: Capacidad para inmovilizar objetos sujetándolos

65 DISCAPACIDAD DEL USO DE LA MANO

Incluye: Discapacidad del zurdo en una cultura predominantemente diestra

66 OTRA DISCAPACIDAD DE LA ACTIVIDAD MANUAL

Incluye: Otras dificultades en la coordinación.

OTRAS DISCAPACIDADES DE LA DESTREZA (67-69)

67 DISCAPACIDAD PARA CONTROLAR EL PIE

Incluye: Capacidad para utilizar los mecanismos de control del pie.

68 OTRA DISCAPACIDAD DE CONTROL DEL CUERPO

Incluye: Capacidad para utilizar otras partes del cuerpo para la regulación de los mecanismos de control.

69 OTRA DISCAPACIDAD DE LA DESTREZA

CAPITULO VII

DISCAPACIDADES DE SITUACIÓN

Aunque algunas de las dificultades integradas en esta sección no son en sentido estricto perturbaciones de la realización de actividad (de hecho, algunas podrían ser consideradas deficiencias), se las incluye aquí por razones de índole práctico, en especial por lo que se refiere a la especificación recíproca del entorno (véase el Libro de las Deficiencias).

DISCAPACIDADES DE DEPENDENCIA Y RESISTENCIA (70-71)

70 Dependencia circunstancial

Incluye: Dependencia de equipos para conservación de la vida o de procedimientos especiales de asistencia para continuar viviendo o en actividad.

70.1 Dependiente de equipo mecánico externo

Incluye: Dependencia de cualquier forma de máquina externa garante de la supervivencia, como máquinas para aspirar, respiradores y riñones artificiales (diálisis), o de cualquier forma de aparato electromecánico para el mantenimiento o extensión de la actividad potencial.

70.2 Dependiente de aparatos internos para la preservación de la vida.

Incluye : Marcapaso cardíaco

70.3 Dependiente de otros aparatos internos

Incluye: Prótesis de válvulas cardíacas y prótesis articulares.

70.4 Dependiente de trasplante de órganos

Incluye: Estado posterior al trasplante

70.5 Dependiente de otras alteraciones del entorno interior del cuerpo.

Incluye: Operaciones quirúrgicas de corto circuito y existencia de orificios artificiales.

Excluye: Extirpación de órganos sin consecuencias funcionales (así apendicectomía o colecistectomía) y orificios artificiales relacionados con la excreción (30) o la comida (38).

70.6 Dependiente de una dieta especial

Incluye: Incapacidad para comer los platos tradicionales de la cultura del sujeto.

70.7 Dependiente de medicamentos que produzcan efectos secundarios, o que provoquen alguna discapacidad.

Incluye medicamentos que al suspenderse producen al individuo síntomas que lo incapaciten o que le impiden descansar o dormir.

70.8 Dependiente de medicamentos para conciliar el sueño y/o descanso.

70.9 Dependiente de otras formas de atención especial, como puede ser dependencia de medicamentos con efectos secundarios que provocan alguna discapacidad.

Excluye: Dependencia de la ayuda de un tercero (véase grados combinarios de discapacidad).

71 DISCAPACIDAD EN LA RESISTENCIA

71.1 Discapacidad para mantener posiciones

Incluye: Estar sentado y estar de pie

71.2 Discapacidad en la tolerancia al ejercicio

71.3 Discapacidad en otros aspectos de la resistencia física

71.4 Otra discapacidad relativa a la resistencia.

DISCAPACIDADES AMBIENTALES (72 - 77)

72. DISCAPACIDAD RELATIVA A LA TOLERANCIA DE TEMPERATURA.

72.1 Intolerancia al frío.

72.2 Intolerancia al calor.

72.3 Intolerancia a otro aspecto de la ventilación.

73. DISCAPACIDAD RELATIVA A LA TOLERANCIA DE OTRAS CARACTERÍSTICAS CLIMÁTICAS

73.1 Intolerancia a la luz ultravioleta.

Incluye: la luz solar.

Excluye intolerancia a la iluminación intensa.

73.2 Intolerancia a la humedad.

Intolerancia a los extremos de la presión barométrica.

Incluye: intolerancia de la presurización asociada al vuelo.

73.3 Sin especificar.

74. DISCAPACIDAD RELATIVA A LA INTOLERANCIA AL RUIDO

75. DISCAPACIDAD RELATIVA A LA TOLERANCIA A LA ILUMINACIÓN.

75.1 Intolerancia a la iluminación intensa.

75.2 Intolerancia a la fluctuación en la iluminación.

76. DISCAPACIDAD RELATIVA A LA TOLERANCIA AL ESTRÉS EN EL TRABAJO

Incluye: discapacidad para hacer frente a la rapidez, a excesos o a otros aspectos de la presión del trabajo.

Excluye: la atribuible a la discapacidad del rol ocupacional.

77. DISCAPACIDAD RELATIVA A LA INTOLERANCIA DE OTROS FACTORES AMBIENTALES

77.1 Intolerancia al polvo.

77.2 Intolerancia a otros alérgenos.

77.3 Susceptibilidad a agentes químicos.

Incluye: la asociada con la enfermedad del hígado y la derivada de una exposición previa a límites tolerables de productos químicos tóxicos.

77.4 Susceptibilidad a otras toxinas,

77.5 Susceptibilidad a la radiación ionizante.

Incluye: la derivada a una exposición previa de límites tolerables de irradiación.

77.6 Intolerancia a otros factores ambientales.

78. OTRAS DISCAPACIDADES DE SITUACIÓN

Incluye: restricciones generalizadas de la actividad derivadas de razones como delicado estado de salud del sujeto o propensión a sufrir traumas.

ARTICULO 14o. –Libro tercero: DE LAS MINUSVALIAS

1. Generalidades.

Este último libro complementa los dos primeros, destacando en éste el componente que tiene el desempeño de la actividad laboral; es decir, dándole mucha fuerza al efecto que la deficiencia y la discapacidad pueden tener sobre la capacidad laboral residual del individuo. Por ello es necesario que los médicos de las Comisiones de Evaluación Funcional y las Juntas de Calificación de la Invalidez, comprendan con mucha claridad lo que el método de evaluación de las minusvalías pretende, entendiéndolo como la evaluación del impacto de la deficiencia y la discapacidad sobre el funcionamiento fisisico-psico-social de un individuo o un trabajador.

2. Definición

Dentro de la experiencia de la salud, una minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, sexo, factores sociales y culturales). Su calificación máxima dentro de la sumatoria total de invalidez será del 30%.

3. Características

La minusvalía está en relación con el valor atribuido a la situación o experiencia de un individuo cuando se aparta de la norma. Se caracteriza por la discordancia entre el rendimiento o status del individuo y las expectativas del individuo mismo o del grupo en concreto al que pertenece. La minusvalía representa, pues, la socialización de una deficiencia o discapacidad, y en cuanto tal refleja las consecuencias culturales, sociales, ocupacionales, económicas y ambientales que para el individuo se derivan de la presencia de la deficiencia y la discapacidad.

La desventaja surge del fracaso o incapacidad para satisfacer las expectativas o normas del universo del individuo. Así pues, la minusvalía sobreviene cuando se produce un entorpecimiento en la capacidad de mantener lo que podría designarse como "roles de supervivencia".

Relación de las dimensiones de la minusvalía

Roles de supervivencia: A las seis dimensiones clave de la experiencia con las que se espera demostrar la competencia del individuo se las designa como roles de supervivencia. Para cada una de estas dimensiones se ha confeccionado una escala a base de la gama más importante de circunstancias que cabe aplicar. En contraste con las clasificaciones de deficiencia y discapacidad, por las que se identifica a los individuos sólo en las categorías que a ello se aplican, en la clasificación de minusvalía es deseable que los individuos se identifiquen siempre en cada dimensión o rol de supervivencia. Con ello podrá trazarse un perfil de su estatus de desventaja.

4. Clasificación de las minusvalías

Para una mejor comprensión y facilidad del tipo de discapacidad que puede tener un individuo, estas se han dividido por categorías; cada categoría a su vez tiene un puntaje máximo calificable de acuerdo con el peso que cada categoría tiene dentro del desempeño habitual de un individuo. En el Cuadro A, se condensa esta clasificación por categorías y sus puntajes individuales para la calificación.

TABLA No. 1. Clasificación de las minusvalías

Relación de dimensiones y sus puntajes individuales para la calificación:

Categoría	PORCENTAJE MAXIMO ASIGNADO
1 Minusvalía de orientación	2.5
2 Minusvalía de Independencia física	2.5
3 Minusvalía de desplazamiento	2.5
4 Minusvalía ocupacional	15.0
5 Minusvalía de integración social	2.5
6 Minusvalía de autosuficiencia económica	2.5
7 Minusvalía en función de la edad	2.5
TOTAL	30.0

Reglas generales para la asignación de la minusvalía:

1. Si se duda acerca de la categoría que debe asignarse a una persona, debe incluirse en la categoría menos favorable. Es decir, aquella con un puntaje mas alto.
2. A la persona debe asignársele la categoría de acuerdo con su situación real y no en función de lo que el evaluador piense que pueda ser capaz de realizar.

TABLA No. 2: Relación de las categorías de minusvalía por códigos y sus puntajes de calificación:

Categoría	Puntaje
1. MINUSVALIA DE ORIENTACION	
10. Completamente orientado	0.0
11. Impedimento para orientación, completamente compensado (No en las categorías 2-9).	0.5
12. Impedimento para orientación, compensado pero requiere de ayudas adicionales	1.0
13. Impedimento para la orientación no compensado.	1.5
14. Ausencia de orientación	2.0
15. Inconsciencia	2.5
2. MINUSVALIA DE INDEPENDENCIA FISICA	
20. Plenamente independiente	0.0
21. Independencia con ayuda	0.5
22. Independencia adaptada	1.0
23. Dependencia situacional	1.5
24. Dependencia asistida	2.0
25. Dependencia de cuidados especiales y / o permanentes	2.5
3. MINUSVALIA DE DESPLAZAMIENTO	
30. Desplazamiento pleno	0.0
31. Restricciones intermitentes del desplazamiento	0.5
32. Desplazamiento deficiente	1.0
33. Desplazamiento reducido al ámbito de la vecindad	1.5
34. Desplazamiento reducido al ámbito del domicilio.	2.0
35. Confinamiento al ámbito de la silla o de la cama.	2.5
4. MINUSVALIA OCUPACIONAL	
40. Habitualmente ocupado	0.0
41. Ocupación recortada	2.5
42. Ocupación adaptada	5.0
43. Cambio de ocupación	7.5
44. Ocupación reducida	10.0
45. Ocupación restringida, protegida o confinada	12.5

46. Sin posibilidad de ocupación	15.0
5 MINUSVALIA DE INTEGRACION SOCIAL	
50. Socialmente integrado	0.0
51. Participación inhibida	0.5
52. Participación disminuida	1.0
53. Participación empobrecida.	1.5
54. Relaciones reducidas	2.0
55. Aislamiento social	2.5
6 MINUSVALIA DE AUTOSUFICIENCIA ECONOMICA	
60. Plenamente autosuficiente	0.0
61. Autosuficiente	0.5
62. Autosuficiencia reajustada	1.0
63. Precariamente autosuficiente	1.5
64. Económicamente débil	2.0
65. Inactivo económicamente	2.5
7. MINUSVALIA EN FUNCIÓN DE LA EDAD	
71. Menor de 18 años.	2.5
72. De 18 a 29 años.	1.25
73. De 30 a 39 años.	1.75
74. De 40 a 49 años.	2
75. De 50 a 54 años	2.25
76. De 55 o más años.	2.5

Nota: El porcentaje correspondiente a minusvalía en función de la edad, se asignará según la edad que tenga el individuo al momento de la calificación.

CAPITULO I

MINUSVALIA DE ORIENTACIÓN

1.1 DEFINICION

Es la desventaja del individuo para manejar su entorno debido a la alteración de la función de la conciencia, que implica la noción de la propia persona, del propio cuerpo o del tiempo y el espacio en que se encuentra. Esta minusvalia puede aparecer como consecuencia de una deficiencia.

1.2 Características

1.2.1 Materia de la escala

Orientación respecto al entorno, incluidas la reciprocidad o interacción con el entorno.

Incluye: La recepción de señales procedentes del entorno (como, por ejemplo, al ver, escuchar, oler o tocar), la asimilación de dichas señales y la formulación de respuestas a lo asimilado; las consecuencias de las discapacidades de la conducta y de la comunicación incluidos los planos del ver, escuchar, tocar, hablar y la asimilación de estas funciones por la mente.

1.2.2 Categoría de la escala:

10	Completamente orientado	0.0
11	Impedimento para la orientación plenamente compensado	0.5

Con la utilización constante de ayudas logra compensar en forma total y siempre los impedimentos para la orientación, o una vez superada la crisis.

Excluye: Ayudas o medicamentos utilizadas de forma intermitente.

12 Impedimento para la orientación compensado 1.0

Individuos que aunque utilicen ayudas, necesitan condiciones ambientales especiales.

13 Impedimento para la orientación no compensado 1.5

A pesar del uso permanente de ayudas o medicamentos en cualquier circunstancia la persona tiene alguna desorientación por que no ve bien, no escucha bien, siente alguna insensibilidad en el tacto, no percibe dolor, calor, frío, o no reconoce los objetos por el tacto o está confundido necesitando la ayuda de otra persona para sentirse seguro.

14 Impedimentos graves de la orientación 2.0

El impedimento de orientación no se compensa a pesar de tener ayudas individuales y condiciones ambientales especiales.

15 Ausencia de orientación e inconsciencia 2.5

Casos en los cuales el individuo es incapaz de orientarse en su entorno.

CAPITULO II

MINUSVALÍA DE INDEPENDENCIA FISICA

2.1 DEFINICIÓN

Es la desventaja del individuo causada por la pérdida o la disminución de su autonomía física, derivada de su dificultad o imposibilidad para desempeñar las actividades de la vida diaria.

2.2 CARACTERÍSTICAS

2.2.1 Materia de la escala.

Independencia respecto de ayudas y de la asistencia de otros.

Incluye: El cuidado personal y otras actividades de la vida diaria.

Excluye: Ayudas o asistencia para la orientación (minusvalía de orientación, 1).

2.2.2 Categorías de la escala:

20 Plenamente independiente 0.0

Incluye: Independencia en el cuidado personal y sin dependencia de ayudas, dispositivos, modificación del entorno o asistencia de otra gente, o dependiente sólo de ayudas menores no esenciales para la independencia.

21 Independencia física con ayuda 0.5

Requiere del uso de ayudas y dispositivos para ser totalmente independiente en su ámbito laboral, social y cultural.

Excluye: El uso de ayudas y dispositivos para la orientación.

22 Independencia física adaptada 1.0

Requiere : además del uso de ayudas y dispositivos, la modificación de su entorno.

23 Dependencia situacional 1.5

El individuo además de requerir ayudas, dispositivos y modificaciones del entorno no logra independencia física y requiere la ayuda ocasional de otras personas para necesidades que surgen por lo menos cada 24 horas.

24 Dependencia asistida 2.0

El individuo depende de la disponibilidad continua de otras personas para que lo asistan en sus actividades básicas cotidianas.

25 Dependencia de cuidados especiales y/o permanentes 2.5

El individuo requiere de la atención constante durante las 24 horas.

CAPITULO III

MINUSVALÍA DE DESPLAZAMIENTO

3.1 DEFINICIÓN

Es la desventaja del individuo derivada de la disminución o pérdida de su capacidad para desplazarse en forma eficaz en su entorno.

3.2 CARACTERÍSTICAS

3.2.1 Materia de la escala

Alcance de la movilidad desde un punto de referencia: la cama del individuo.

Incluye: Las capacidades del individuo aumentadas cuando conviene mediante prótesis u otras ayudas físicas, incluida la silla de ruedas (todas deben identificarse en las categorías 1 ó 2 de la minusvalía de independencia física.

3.2.2 Categorías de la escala

30 Desplazamiento Pleno: 0.0

El individuo puede desplazarse libre y rápidamente.

31 Restricción Intermitentes del desplazamiento: 0.5

El individuo ve restringido su desplazamiento de forma intermitente por ataque de la enfermedad, en los períodos intercríticos o fases de remisión presenta normalidad.

32 Desplazamiento deficiente 1.0

El individuo debido a su patología, al realizar grandes esfuerzos se fatiga, o experimenta inseguridad lo cual interfiere en su desplazamiento.

33 Desplazamiento reducido al ámbito de la vecindad 1.5

El individuo debido a su patología, solo puede realizar esfuerzos moderados que le restringen su desplazamiento a ámbitos de la vecindad propia.

34 Desplazamiento reducido al ámbito del domicilio 2.0

El individuo debido a su patología solo puede realizar pequeños esfuerzos que le restringen su desplazamiento, al ámbito del domicilio.

El individuo debido a su patología permanece restringido al ámbito de la cama o su silla.

3.2.3 Reglas para la asignación

a) Incluir al individuo en la categoría que esté de acuerdo con cada una de sus capacidades de independencia, teniendo en cuenta ayudas y dispositivos y la modificación o adaptación de su entorno inmediato, pero sin considerar aquellos logros debidos a la ayuda de otras personas. De esta forma, las dudas para clasificar en las categorías 3 y 4 pueden clasificarse cuando se da la compañía de otras personas, aunque sin embargo esta dependencia de otros debería más bien identificarse bajo la minusvalía de independencia física, entre las categorías 3 a 5 según sea más adecuado.

b) La reducción o restricción ocasional de la movilidad no debe ser óbice para la asignación de una categoría menos desventajosa (esto es, con un puntaje más bajo).

c) Las ayudas o adaptaciones que se piensa facilitar o prescribir no deben tenerse en cuenta.

Nota 1. Es posible que se presenten dificultades a la hora de inclinarse por una u otra categoría, como cuando se trata de elegir entre la 2 y la 3 en los lugares donde no existe un sistema de transporte público. En estos casos habría que incluir al individuo en la categoría menos favorable, tal como indica la regla d) pues sólo se puede figurar en la categoría 2 si se dispone de un vehículo especial. Este criterio es válido también incluso en los casos en que la ocupación o forma de vida del individuo no exija una movilidad total; se trata solamente de un esfuerzo que habría que hacer para modificar su categoría cuando esos hechos puedan afectarla.

Nota 2. El grado de desventaja depende de las normas culturales y ello se puede apreciar claramente en un problema dentro de las sociedades urbanizadas. La actitud de los conductores de autobús de una zona puede constituir un impedimento para las personas discapacitadas que viven en ella, hasta el punto de que dejen de utilizar los transportes públicos; en cambio, en otra zona donde los conductores tengan una actitud más comprensiva, habrá personas con el mismo tipo de discapacidad que utilizarán dichos transportes sin problemas. Esto supone un enfrentamiento entre la constancia semántica que una categoría signifique lo mismo en todas partes y la posibilidad de que la clasificación refleje las necesidades del individuo. La clasificación de la minusvalía se ha concebido fundamentalmente en relación con este último objetivo, y sólo de forma secundaria para realizar comparaciones transculturales.

CAPÍTULO IV

MINUSVALÍA OCUPACIONAL

4.1 DEFINICIÓN

Es la desventaja del individuo derivada de la disminución o pérdida de su capacidad para desempeñar una actividad laboral remunerada para la cual el individuo ha sido capacitado y/ o contratado.

4.2 CARACTERÍSTICAS

Para cuantificar esta minusvalía deben tenerse en cuenta los siguientes criterios:

a) Aspectos socio - demográficos: genero, edad, cultura, nivel de formación (formal e informal).

b) Resultados del proceso de rehabilitación integral en el trabajador entendidos como reinserción, reubicación, readaptación y reconversión.

La evaluación de la minusvalía ocupacional requiere de la comparación juiciosa entre las características y las capacidades del trabajador (perfil) y características y exigencias del puesto de trabajo o labor a desempeñar (evaluación puesto de trabajo).

Ocupación es la capacidad que tiene un individuo para emplear su tiempo en la forma acostumbrada teniendo en cuenta su sexo, edad, formación académica y cultura.

4.3 Categorías de la escala

40 Habitualmente ocupado 0.0

El individuo se encuentra en un estado en el cual, como consecuencia de la enfermedad o el accidente y luego de la rehabilitación integral o sin ella, es capaz de desempeñar su labor habitual u otra de mayor estatus ocupacional y económico en condiciones competitivas, pudiendo trabajar durante toda la jornada laboral. El individuo ocupa la totalidad de sus días de la semana, sin presentar ninguna dificultad en la ocupación específica que desarrolla, tales como estudiar, trabajar y realizar tareas del hogar.

41 Ocupación recortada 2.5

El individuo se encuentra en un estado en el cual, como consecuencia de la enfermedad o el accidente y luego de la rehabilitación integral, es capaz de realizar su labor habitual, solo realizando las tareas básicas y no algunas secundarias sin afectar la competitividad, trabajando durante toda la jornada laboral.

42 Ocupación adaptada 5.0

El individuo se encuentra en un estado en el cual, como consecuencia de la enfermedad o el accidente y luego de la rehabilitación integral, es capaz de desempeñar su labor habitual, con modificaciones del puesto de trabajo y/o con aditamentos, o en otra ocupación con tareas similares, en condiciones competitivas, pudiendo trabajar durante toda la jornada laboral.

43 Cambio de ocupación 7.5

El individuo se encuentra en un estado en el cual, como consecuencia de la enfermedad o el accidente y luego de la rehabilitación integral, no puede desempeñarse en su labor habitual ni en otra similar y necesariamente debe capacitarse para desarrollar aptitudes y destrezas que le permitan ejecutar un nuevo oficio. Esta nueva ocupación puede mantener su estatus ocupacional y socioeconómico.

44 Ocupación reducida 10

El individuo se encuentra en un estado en el cual, como consecuencia de la enfermedad o el accidente y luego de la rehabilitación integral, no logra recuperar ni adquirir aptitudes y destrezas que le permitan desarrollar o ejercer un nuevo oficio con el cual pueda conservar su estatus ocupacional y socioeconómico. Implica disminución en su jornada laboral y no es competitivo.

45 Ocupación restringida, protegida o confinada 12.5

El Individuo se encuentra en un estado en el cual, como consecuencia de la enfermedad o el accidente y luego de la rehabilitación integral, sus limitaciones son tan severas que solo le permiten desarrollar labores en su casa o en una institución especializada. Puede tener alguna remuneración, pero su finalidad es ocupar el tiempo.

46 Sin posibilidades de ocupación 15

El individuo se encuentra en un estado tal, como consecuencia de la enfermedad o el accidente y después de la rehabilitación integral, que no está en condiciones de desarrollar actividades

laborales ni para ocupar su tiempo.

4.2.3 Reglas para la asignación

a) El hecho de que ocasionalmente se den experiencias menos favorables, no debería ser obstáculo para la asignación a una categoría que represente un grado menor de desventaja (es decir con un puntaje más bajo).

CAPITULO V

MINUSVALÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

5.1 Definición

Es la desventaja del individuo derivada de la disminución o pérdida de su capacidad para participar y mantener las relaciones sociales que le corresponden con base a su contexto socio - cultural.

5.2 Características

5.2.1 Materia de la escala

Nivel de contacto del individuo con un círculo cada vez más amplio, tomando como punto de referencia la propia persona.

5.2.2 Categorías de la escala

50 Socialmente integrado 0.0

El individuo participa en todas las relaciones sociales usuales.

51 Participación inhibida 0.5

El Individuo debido a su patología se inhibe de participar en toda la gama de actividades sociales que le corresponden a su contexto sociocultural, (incluye timidez, vergüenza y otros casos derivados de problemas de imagen a causa de un desfiguramiento u otras deficiencias y discapacidades) y algunas deficiencias de personalidad o discapacidades de conducta de carácter leve.

52 Participación Disminuida 1.0

El Individuo debido a su patología se inhibe de participar en toda la gama de actividades sociales en las que participen personas desconocidas, pero la situación puede experimentar mejoría.

53 Participación Empobrecida 1.5

El individuo debido a su patología solamente mantiene relaciones con sus padres, cónyuge, o hijos y no hay señales de mejoría.

54 Relaciones reducidas 2.0

El Individuo debido a su patología, tiene dificultades serias para relacionarse aun con sus padres, cónyuge, hijos o hermanos.

55 Aislamiento social 2.5

El Individuo debido a su patología tiene dificultades severas para relacionarse con cualquier persona por la cual es precisa de atención institucional permanente.

5.2.3 Reglas para la asignación:

a) La pérdida ocasional de contacto social no debe impedir la asignación de una categoría que represente un grado menor de desventaja (es decir que tenga un número más bajo).

CAPÍTULO VI

MINUSVALÍA DE AUTOSUFICIENCIA ECONOMICA

6.1 Definición

Es la desventaja del individuo derivada de la disminución o pérdida de su capacidad para atender sus necesidades y los gastos generados por su patología directamente relacionados con la pérdida de su capacidad laboral.

6.2 Características

6.2.1 Materia de la escala

Hace referencia fundamentalmente a la autosuficiencia económica, a partir del punto de referencia de la ausencia total de recursos económicos, pero a diferencia de las demás escalas de minusvalías, la materia se ha ampliado en este caso para poder tener en cuenta la posesión o dominio de una cantidad de recursos por encima de lo normal; esta ampliación se hace teniendo en cuenta que la abundancia de recursos puede ampliar o reducir la desventaja que se experimenta en otras dimensiones.

Incluye: La autosuficiencia del individuo para cumplir su obligación de mantener a otros, por ejemplo a los miembros de su familia; la autosuficiencia económica conseguida gracias a alguna compensación o pensión de discapacidad, invalidez o retiro, pero excluyendo los subsidios especiales recibidos para aliviar una situación de pobreza; la autosuficiencia económica basada en unos ingresos (fruto del trabajo o de cualquier otro origen) o posesiones materiales, como recursos naturales, ganadería o cultivos; y las situaciones de pobreza producidas o incrementadas por una deficiencia o discapacidad.

Excluye: Dificultades económicas que no tengan como causa una deficiencia o discapacidad.

6.2.2 Categorías de escala:

60	Plenamente autosuficiente	0.0
----	---------------------------	-----

El individuo posee los recursos suficientes para atender todas sus necesidades.

61	Autosuficiencia	0.5
----	-----------------	-----

El individuo a pesar de su patología ve poco afectado la suplencia de sus necesidades y puede cubrir sin dificultad sus gastos derivados de su patología.

62	Autosuficiencia reajustada	1.0
----	----------------------------	-----

El individuo a raíz de su patología ve afectado significativamente su situación económica, siendo necesario el aporte de otros miembros del grupo familiar para satisfacer todas sus necesidades y

los gastos derivados de su patología.

63 Precariamente autosuficiente 1.5

El individuo a raíz de su patología ve afectada severamente su situación económica, de manera tal que depende de los ingresos de su familia para satisfacer las necesidades personales y familiares y los gastos derivados de su patología.

64 Económicamente débil 2.0

El individuo a raíz de su patología solamente puede cubrir sus necesidades esenciales (vivienda, alimentación y vestido).

65 Inactivo económicamente 2.5

El individuo a raíz de su patología no puede cubrir ninguna de sus necesidades ni cuenta con la ayuda familiar, ni de otros.

6.2.3 Reglas para la asignación:

a) Asignar al individuo una categoría teniendo en cuenta la autosuficiencia económica de su familia, sin considerar su situación de persona dependiente.

b) Una reducción ocasional de la autosuficiencia económica no debe ser inconveniente para la asignación de una categoría que represente un grado menor de desventaja (es decir, una con número más bajo).

c) No deben tenerse en cuenta las pensiones y otros beneficios suplementarios que vaya a recibir en el futuro.

ARTICULO 15. DE LA REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL MANUAL. El presente Manual Unico de la Calificación de la Invalidez podrá ser objeto de revisión y actualización de su contenido, en forma parcial por capítulos o libros, o en su totalidad, de acuerdo con el desarrollo científico y tecnológico de las ciencias de la salud, así como el de la baremología a nivel mundial.

ARTICULO 16. VIGENCIA Y DEROGATORIAS. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga el decreto 692 de 1995 y todas las normas que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Santafé de Bogotá, D.C., a los

HERNANDO YEPES ARCILA
Ministro de Trabajo y Seguridad Social

VIRGILIO GALVIS RAMIREZ
Ministro de Salud