

AACS

Asociación Argentina de
Compañías de Seguros

Baremo AACS 2012

Versión 1.2

Clasificación y valoración
de secuelas psicofísicas

Fundada en 1894

Baremo AACCS 2012

Versión 1.2

Clasificación y valoración de secuelas psicofísicas

Comisión Médica AACCS
Subcomisión Revisora

Pablo J. Pescie
Carlos O. Martínez
Ricardo H. Carlesso
Jorge H. Rincón
Jorge A. Reymundez
Jacinta Krumecadyk
Gonzalo N. Álvarez

INDICE DE CAPÍTULOS

Prólogo a la primera edición	5	Capítulo 5.	
Capítulo 1. Cabeza	9	Extremidad inferior y cadera	38
Cráneo y encéfalo	9	Dismetrías	39
Cara	13	Cadera	39
Boca	13	Muslo	39
Naríz	15	Rodilla	40
Sistema olfatorio y gustativo	15	Pierna	40
Sistema ocular	15	Tobillo	40
Sistema auditivo	18	Pie	41
		Dedos	41
Capítulo 2. Tronco	21	Capítulo 6.	
Columna vertebral y pelvis	22	Médula espinal y pares craneales	45
Cuello (órganos)	23	Médula espinal	45
Tórax	24	Nervios craneales	46
Abdomen y pelvis	25	Capítulo 7.	
Capítulo 3. Aparato cardiovascular	28	Sistema nervioso periférico	47
Corazón	28	Miembro superior	49
Vascular periférico	28	Miembro inferior	49
Capítulo 4. Cintura escapular y extremidad superior	29	Capítulo 8. Trastornos endocrinos	51
Hombro	30	Capítulo especial. Perjuicio estético	52
Brazo	30	Cabeza	52
Codo	31	Rostro	52
Antebrazo y muñeca	31	Miembros superior e inferior	53
Mano	31	Torso y abdomen	53
Dedos	31	Quemaduras	54

PRÓLOGO A LA PRIMERA EDICIÓN

1. Necesidad de un Baremo

La Valoración Médica del Daño Corporal consiste en la cuantificación de las secuelas provenientes de menoscabos a la integridad física y/o psíquica de la persona, evaluable por un médico en forma objetiva y reproducible.

En nuestro país se utilizan distintos Baremos o tablas de incapacidad, entre los cuales podemos mencionar:

- a) “Tabla General de Incapacidades e Indemnizaciones por Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales” del Prof. E. F. P. Bonnet: presenta rangos de incapacidad para numerosas patologías traumáticas y secuelas postraumáticas. Los rangos de incapacidad que se presentan en cada uno de los ítems listados son demasiado amplios, lo cual dificulta su utilización, sobre todo al no explicitarse los fundamentos que sustentan las incapacidades ni las pautas, normas y/o guías para su aplicación.
- b) “Tabla de Valuación de Incapacidades en el Aparato Locomotor”, de los Dres. Romano y Fernández Blanco: ha sido diseñado para evaluar incapacidades en el ámbito del Derecho Laboral. Presenta cifras y rangos de incapacidad exclusivamente para secuelas del aparato locomotor y lesiones nerviosas o vasculares relacionadas con ellas. No valora incapacidades en otros aparatos y sistemas. No va acompañado de los fundamentos de la valoración ni de pautas o guías para su aplicación.
- c) “Pautas Objetivas para la Evaluación de Incapacidades Psicofísicas” de la Dirección de Reconocimientos Médicos de la Provincia de Buenos Aires, promulgadas en el año 1978 durante el gobierno de Saint Jean: son tablas desarrolladas para ser utilizadas en la valoración de incapacidades de los agentes de la administración pública de dicha provincia que soliciten el beneficio de la jubilación por invalidez. No persigue otra finalidad que la previsional. La mayoría de los capítulos valora secuelas de enfermedades comunes, no traumáticas. El capítulo dedicado al Aparato Locomotor es incompleto y ambiguo. En algunos capítulos se fundamenta la estimación de la incapacidad.
- d) “Normas para la Evaluación, Calificación y Cuantificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones” llamado

“Baremo Nacional” de la ley 24.241, Decreto N° 1290/94, reemplazado por el “Baremo nacional” (con igual título) del Decreto N° 478/98, que establece su utilización obligatoria por las Comisiones Médicas dependientes de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones en la valoración de incapacidades de los postulantes a obtener una Jubilación por Invalidez. Utiliza criterios eminentemente previsionales para valorar la incapacidad en relación con la dificultad para realizar un trabajo genérico y aplica 3 factores compensadores: por escolaridad, por edad y un factor “compensador” de hasta 10 puntos de incapacidad, que el médico evaluador puede adicionar en caso de considerarlo conveniente. Fundamenta la estimación de la incapacidad en muchos de los capítulos y va acompañado de las normas y/o guías para su aplicación.

- e) “Tablas de Evaluación de Incapacidades Laborales”, por laudo N° 156/96 del Ministro de Trabajo y Seguridad Social y aprobadas por Decreto N° 659/96. Se han diseñado como parte del Sistema de Riesgos del Trabajo implementado en el año 1996 por la ley 24.557. Es aplicado por las Comisiones Médicas dependientes de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones para obtener la cifra que se aplicará en la fórmula para el cálculo de la indemnización en casos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. Se utiliza para cuantificar las indemnizaciones tarifadas en el ámbito del Derecho Laboral en relación exclusiva con el trabajo que realizaba la víctima en el momento de sufrir el accidente. No se toman en cuenta las dificultades para la realización de las actividades de la vida diaria, salvo para calificar la gran invalidez. Las cifras de incapacidad laborativa se complementan con “factores de ponderación” que se aplican según el criterio personal del médico evaluador: dificultad para la realización de la tarea habitual, la edad y la necesidad o no de efectuar una “recalificación profesional”. No contempla muchas de las secuelas indemnizables por el Derecho Común.

Se aprecia claramente que en la actualidad no existe en nuestro país un baremo que se haya diseñado expresamente para evaluar las secuelas físicas y/o psíquicas derivadas de las lesiones sufridas en distintos tipos de accidentes en el marco del Derecho Común y en el Derecho del Seguro.

Por otra parte, la evolución del Derecho de Daños se va modificando constantemente, con la incorporación de nuevos enfoques y variación de los criterios de aplicación, lo cual va tornando inutilizables a los baremos tradicionales, elaborados para otras necesidades y para entornos social, científico, médico y jurídico diferentes.

En tal situación, los peritos médicos que actúan en la valoración de los daños corporales (VDC) en los distintos ámbitos (médicos de parte, peritos judiciales, médicos asesores de empresas aseguradoras, etc.) se encuentran obligados a utilizar los baremos disponibles, nacionales o extranjeros, a pesar de que no se adapten a la finalidad de la valoración del daño corporal en el marco del Derecho Común.

Teniendo en cuenta el principio de proporcionalidad que debe regir la evaluación de los daños corporales en el marco del Derecho Común, es aconsejable la utilización de un baremo único en todo el país, de forma tal que la evaluación de la incapacidad,

reproducibles por diferentes peritos, permita obtener conclusiones idénticas al valorar secuelas idénticas.

Para ello es conveniente contar con un único parámetro de valoración o baremo que reúna las siguientes condiciones:

- Deberá contemplar la mayoría de las situaciones secuelares que se presentan habitualmente en la práctica diaria.
- Deberá mantenerse actualizado mediante la incorporación de los cambios que sean necesarios a medida que se produzcan modificaciones en los factores que determinan la evolución y el pronóstico de las lesiones: los avances del conocimiento científico, la incorporación de nuevos estudios diagnósticos, las mejoras en los procedimientos médicos, quirúrgicos y de rehabilitación, etc.

2. Definición del Baremo AACCS

Es un baremo diseñado para ser utilizado por los peritos médicos en valoración de daños corporales, en el marco del Derecho Común y aplicable al ámbito de los seguros personales, tomando en cuenta el estado anterior y las incapacidades múltiples. Se ha previsto su revisión y actualización periódicas.

3. Normas para la utilización del Baremo AACCS

La utilización del baremo requiere la aplicación de un criterio clínico en la valoración de las secuelas y del análisis de sus consecuencias objetivas en la vida diaria del lesionado.

La puntuación otorgada a cada secuela, según criterio clínico y dentro del margen permitido, tendrá en cuenta su intensidad y gravedad desde el punto de vista físico o biológico-funcional, sin tomar en consideración la edad, el sexo o la profesión.

Los porcentajes de incapacidad propuestos se establecen en relación con la totalidad del individuo.

Una secuela debe ser valorada una sola vez, aunque su sintomatología se encuentre descrita en varios apartados de la tabla, sin perjuicio de lo establecido respecto del daño estético. No se valorarán las secuelas que estén incluidas y/o se deriven de otra, aunque estén descritas en forma independiente.

El dolor puro, no acompañado de signos objetivos de organicidad, no será objeto de incapacidad permanente. En estos casos, estará indicada la realización de exámenes complementarios para obtener evidencia objetiva.

Cuando para una secuela se indique un rango de valores de incapacidad o se mencionen graduaciones tales como leve, moderada o grave, la estimación deberá ser acompañada de las explicaciones que fundamenten la opción elegida. Para ello se deberán relacionar las secuelas concretas halladas en el examinado con las que habitualmente se encuentran en la práctica diaria en lesiones de características y gravedad similares, y también con la evolución que la bibliografía médica actualizada indique para dichas lesiones.

En todos los casos se deberá mencionar cuáles son los elementos generadores de incapacidad que se encuentren presentes en el examinado y los que se tomen en cuenta para la valoración.

En los pacientes afectados de invalideces múltiples producto de lesiones anatómicas y/o funcionales en un mismo sistema, aparato, órgano, miembro o segmento corporal se procederá a la suma de todas ellas aplicando el método de la capacidad restante para el cálculo de la invalidez total. El resultado final tendrá como máximo el porcentaje de incapacidad correspondiente a la pérdida completa, anatómica o funcional del miembro, órgano o función.

En los pacientes afectados de invalideces múltiples producto de lesiones anatómicas y/o funcionales en distintos sistemas, aparatos, órganos, miembros o segmentos corporales se procederá a la suma de todas ellas aplicando el método de la capacidad restante para el cálculo de la invalidez total.

Si el lesionado presentara con anterioridad alguna limitación funcional originada en una enfermedad o lesión preexistente, se detallará en el informe, con la mayor precisión posible, el estado funcional anterior y la proporción en que aquél fue agravado.

Las normas especiales de aplicación en diferentes aparatos y sistemas se detallan al inicio del respectivo capítulo.

4. Consultas con especialistas

Cuando deba requerirse la intervención de un médico especialista, éste elevará un informe en el cual el médico perito deberá encontrar todos los datos técnicos y elementos de reflexión que le permitan expedirse sobre la imputabilidad y la cuantificación de las secuelas. El informe del especialista se adjuntará al informe del médico perito que efectúa la evaluación.

5. Casos no contemplados

En caso de no encontrarse reflejada en el baremo una secuela objetivable, se debería otorgar, “por analogía”, la incapacidad de la secuela que más asemeje a la secuela encontrada, tipificando detalladamente la secuela que se pondera y explicando con claridad el fundamento de la analogía que se aplique.

6. Casos excepcionales

Los casos excepcionales no han sido contemplados en el presente baremo. Para evaluar las secuelas en esos casos se extremará la aplicación de los criterios clínicos y se analizarán detalladamente las consecuencias que esas secuelas generan en las actividades de la vida diaria, las que se transcribirán detalladamente en el informe, con una explicación del fundamento médico-legal de la cifra de incapacidad asignada.

CAPÍTULO 1

CABEZA

CRÁNEO Y ENCÉFALO

PÉRDIDA DE SUSTANCIA ÓSEA

Que no requiere craneoplastia	5
Que requiere craneoplastia	5-10

SÍNDROMES NEUROLÓGICOS DE ORIGEN CENTRAL

Síndromes no motores

Afasia

Motora (de Broca) de expresión	30
Sensitiva (de Wernicke) de comprensión	50
Mixta	70

Epilepsias

Parciales o focales

Simples sin antecedentes, en tratamiento y con evidencia electroencefalográfica.	10
Complejas	10-20

Generalizadas

Ausencias sin antecedentes y controladas médicamente	5
Tónico-clónicas	
Bien controladas médicamente	15
No controladas médicamente o refractarias al tratamiento:	30-40
Que impiden las actividades de la vida diaria	80

Desorden mental orgánico postraumático	
<p>Grado 1</p> <p>Antecedentes de trauma de cráneo que incluyan al menos dos de los siguientes puntos (conceptos de Tucker):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pérdida de conciencia de por lo menos 5 minutos. 2. Amnesia postraumática de al menos 12 horas. 3. Inicio de la signo-sintomatología dentro de los 6 meses. <p>Dificultad en la concentración y en el aprendizaje o memoria y al menos 3 de los siguientes ítems:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fatiga fácil. 2. Insomnio o disturbios del sueño. 3. Cefalea. 4. Vértigos. 5. Irritabilidad ante situaciones menores. 6. Labilidad afectiva 7. Cambios en la personalidad. 	5-10
<p>Grado 2</p> <p>El traumatismo provoca una pérdida de conciencia desde una a varias horas. El paciente puede despertar súbitamente o pasar por un período de obnubilación de la conciencia y confusión. Hay amnesia postraumática. La recuperación funcional de los síntomas es completa, se acompaña con frecuencia de un trastorno de la personalidad moderado, que se denomina SÍNDROME POSCONTUSIONAL, O ESTADO NEURÓTICO POSCONTUSIONAL. El cuadro clínico se caracteriza por angustia, cefalea y vértigo, hipersensibilidad a los estímulos, apatía y desgano. Las exploraciones neurológicas, tomográficas y electroencefalográficas no son significativas. Las pruebas psicométricas arrojan elementos moderados de organicidad. Deberá descartarse la influencia de trastornos graves de la personalidad.</p>	10-20
<p>Grado 3</p> <p>La cefalea es intensa y palpitante, se agrava con la posición horizontal y se exacerba con el esfuerzo físico, mental y la excitación, y mejora con el reposo y la quietud. Hay mareos por los cambios de posición, a veces nebulosidad momentánea de la visión de carácter sincopal, intolerancia al calor, el tabaco y el alcohol. Aparecen trastornos disfásicos en el lenguaje, pérdida de jerarquía del pensamiento, perseveración. Defectos en la concentración, percepción, comprensión y memoria. Hay intolerancia a los ruidos. Personalidad litigante, temerosa, aprensiva, hipocondríaca. Las exploraciones neurológicas tomográficas, electroencefalográficas y psicométricas presentan en todos los casos alteraciones orgánicas francas.</p>	20-40
<p>Grado 4</p> <p>Cambios afectivos, trastornos de la memoria, trastornos de otras funciones intelectuales, alteración de la conducta. Permanentes y no regresivas. Las exploraciones neurológicas, tomográficas, electroencefalográficas y psicométricas presentan en todos los casos alteraciones orgánicas francas a severas. Otros defectos orgánicos son: la epilepsia postraumática y el hematoma crónico subdural, evaluados por neurología.</p>	40-60

Otros	
Fístulas osteodurales	5
Derivación ventrículo-peritoneal, ventrículo-vascular (por hidrocefalia postraumática)	25
Estado vegetativo persistente	100
Síndromes motores centrales	
Disartria	20
Ataxia	40
Apraxia	30
Hemiplejía	80
Hemiparesia:	
Leve	20
Moderada	40
Grave	60

Otros déficits motores de extremidades de origen central: asimilar y valorar conforme a los supuestos indicados en las mismas lesiones de origen medular.

SÍNDROMES PSIQUIÁTRICOS

Estos síndromes no pueden ser valorados durante los 6 (seis) meses siguientes al traumatismo. La evaluación debe efectuarse una vez transcurrido este tiempo e instalada la eventual secuela.

Los trastornos psiquiátricos secundarios a accidentes por traumatismo de cráneo-encefálicos y/o epilepsia postraumática, (como las personalidades anormales adquiridas y las demencias postraumáticas, delirios crónicos orgánicos, etc.) serán evaluados únicamente según el rubro DESORDEN MENTAL ORGÁNICO POSTRAUMÁTICO (grados I, II, III o IV).

Solamente serán reconocidas las REACCIONES O DESORDEN POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO, las REACCIONES VIVENCIALES ANORMALES NEURÓTICAS, los ESTADOS PARANOIDES y la DEPRESIÓN PSICÓTICA que tengan un nexo causal específico postraumático, debiéndose descartar primeramente todas las causas ajenas a esta etiología, como la personalidad predisponente, los factores socioeconómicos, familiares, etc.

Las incapacidades psiquiátricas parciales, si existiera más de un diagnóstico, no serán sumatorias, sino que se reconocerá únicamente la de mayor incapacidad.

1. Reacciones o desórdenes por estrés postraumático

Serán reconocidas cuando tengan directa relación con eventos traumáticos relevantes, ya sea como accidentado o como testigo presencial del evento. Constituyen una enfermedad, reconocida oficialmente por el DSM IV y la CIE 10 (OMS), que tiene una etiología, una presentación y una evolución, así como un pronóstico y resolución.

En general tienden a adaptarse a su nueva realidad y la gran mayoría de los pacientes mejoran al cabo de tres a seis meses, sin secuelas.

Un grupo menor de casos evolucionan a una NEUROSIS POSTRAUMÁTICA, la que si determina algún grado de incapacidad.

Serán consideradas para su evaluación como REACCIONES VIVENCIALES ANORMALES, que se comentan a continuación.

2. Reacciones vivenciales anormales neuróticas (neurosis)

En las reacciones vivenciales anormales neuróticas, como consecuencia de accidentes, hay que evaluar cuidadosamente la personalidad previa.

Se considerarán rasgos importantes para la evaluación: la personalidad básica del sujeto, la biografía, los episodios de duelo, la repuesta afectiva, las expectativas laborales frustradas y sus relaciones personales con el medio.

Grado I

Definición: Están relacionadas con situaciones cotidianas, la magnitud es leve, no interfiere en las actividades de la vida diaria ni en la adaptación de su medio. No requieren tratamiento en forma permanente.

INCAPACIDAD: 0%

Grado II

Definición: Se acentúan los rasgos de la personalidad de base, no presentan alteraciones en el pensamiento, concentración o memoria. Necesitan a veces algún tipo de tratamiento medicamentoso o psicoterapéutico.

INCAPACIDAD: 1-10%

Grado III

Definición: Requieren un tratamiento más intensivo. Hay remisión de los síntomas más agudos antes de los tres meses. Se verifican trastornos de memoria y concentración durante el examen psiquiátrico y psicodiagnóstico. Las formas de presentación van desde depresión a crisis conversivas, crisis de pánico, fobias y obsesiones. Son reversibles con el tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico adecuado. Al año continúan los controles.

INCAPACIDAD: 11-20%

Grado IV

Definición: Requieren asistencia permanente por parte de terceros. Las neurosis fóbicas y las conversiones histéricas son las expresiones clínicas más invalidantes en este tipo de reacciones. Las depresiones neuróticas también pueden ser muy invalidantes.

INCAPACIDAD: 21-30%

Resumen de Incapacidad en Reacción Vivencial Anormal Neurótica. R.V.A.N. con Manifestación Depresiva

R.V.A.N. Depresiva Grado I	0
R.V.A.N. Depresiva Grado II	1-10
R.V.A.N. Depresiva Grado III	11-20
R.V.A.N. Depresiva Grado IV	21-30

**Resumen de Incapacidad en Reacción Vivencial Anormal Neurótica.
R.V.A.N. con Manifestación Fóbica**

R.V.A.N. Fóbica Grado I	0
R.V.A.N. Fóbica Grado II	1-10
R.V.A.N. Fóbica Grado III	11-20
R.V.A.N. Fóbica Grado IV	21-30

**Resumen de Incapacidad en Reacción Vivencial Anormal Neurótica.
R.V.A.N. con Manifestación Obsesiva-Compulsiva**

R.V.A.N. Obsesivo-compulsiva Grado I	0
R.V.A.N. Obsesivo-compulsiva Grado II	1-10
R.V.A.N. Obsesivo-compulsiva Grado III	11-20
R.V.A.N. Obsesivo-compulsiva Grado IV (con deterioro de la personalidad)	21-40
R.V.A.N. Obsesivo-compulsiva Grado V (con evolución psicótica)	41-70

**Resumen de Incapacidad en Reacción Vivencial Anormal Neurótica.
R.V.A.N. con Manifestación Psicósomática**

R.V.A.N. Psicósomática Grado I	0
R.V.A.N. Psicósomática Grado II	1-10
R.V.A.N. Psicósomática Grado III	11-20
R.V.A.N. Psicósomática Grado IV	21-30

**Resumen de Incapacidad en Reacción Vivencial Anormal Neurótica.
R.V.A.N. con Manifestación Histérica**

R.V.A.N. Histérica de conversión Grado I	0
R.V.A.N. Histérica de conversión Grado II	1-10
R.V.A.N. Histérica de conversión Grado III	11-20
R.V.A.N. Histérica de conversión Grado IV	21-30

**Resumen de Incapacidad en Reacción Vivencial Anormal Neurótica.
R.V.A.N. con Manifestación Hipocondríaca**

R.V.A.N. Hipocondríacas Grado I	0
R.V.A.N. Hipocondríacas Grado II	1-10
R.V.A.N. Hipocondríacas Grado III	11-20
R.V.A.N. Hipocondríacas Grado IV	21-30

3. Estados paranoides

Reacción paranoide: Reacción vivencial anormal de origen psicológico, secundario a experiencia intensamente vivida. Hay una personalidad vulnerable predisponente, como las litigantes y las sensitivas de K. Schneider. La duración es de semanas a meses, sin dejar secuelas.	0
Desarrollo paranoico o paranoia. Delirio sistematizado interpretativo crónico, irreductible, incapacitante, irreversible. (Sólo se considerarán aquellas que tengan origen en accidentes laborales.)	5-50

4. Depresión psicótica

Cuando un cuadro depresivo reactivo tiene una evolución de características psicóticas melancólicas que se desvía del motivo que la originó y evoluciona a una psicosis afectiva, es incapacitante mientras dure la fase, que remite con restitución ad integrum en la mayoría de los casos. (Sólo se considerarán aquellas que tengan origen en accidentes laborales.)	0
En los casos en que se prolongue por más de un año, o se agreguen por la edad elementos de involución con organicidad cerebral, componentes deliroides paranoides y sensoperceptivos de tipo orgánico, es incapacitante por ser irreversible.	h/ 50

NOTA: Por las características de estos exámenes de evaluación de la incapacidad, deberá estudiarse para descartar las posibles: simulaciones, metasimulaciones o perseveración y sobresimulación.

SIMULACIÓN: Producción voluntaria de síntomas psíquicos o físicos falsos o exagerados, motivados por la consecución de algún objetivo, como la obtención de compensaciones económicas.

METASIMULACIÓN O PERSEVERACIÓN: Caracterizada por descripción de síntomas desaparecidos o patología ya curada.

SOBRESIMULACIÓN: Exageración de síntomas subjetivos que pudieran subsistir.

Lo antes expuesto lleva en más de una ocasión a los peritos médicos a incurrir en error o engaño, dificultando la evaluación correcta de incapacidad.

CARA

SISTEMA OSTEOARTICULAR

Alteración traumática de la oclusión dental por lesión inoperable (consolidación viciosa, pérdida de sustancias, etc.).

Con contacto dental:

Unilateral	5-15
Bilateral	1-5
Sin contacto dental	30
Deterioro estructural de maxilar superior y/o inferior. Valorar según repercusión funcional sobre la masticación	5-25
Pérdida de sustancia (paladar duro y blando):	
Con comunicación con la cavidad nasal (operable)	15
Con comunicación con la cavidad nasal (inoperable)	30
Limitación de la apertura bucal (entre incisivos) entre los 20-45 mm de apertura	5-10
Limitación de la apertura bucal (entre incisivos) entre los 0-20 mm de apertura	10-25
Fractura de mandíbula sin alteración funcional	5

Alteraciones postraumáticas de la ATM sin alteraciones de la oclusión	5-10
Alteraciones postraumáticas de la ATM con alteraciones de la oclusión	10-15
Material de Osteosíntesis	5-10

BOCA

DIENTES (pérdida completa traumática):	
De un incisivo	2
De un canino	2
De un premolar	1
De un molar	1
En casos complejos se sugiere efectuar la valoración aplicando los criterios de los Dres. Bertini o Pagliera	

LENGUA

Trastornos cicatrizales (cicatrices retráctiles de la lengua que originan alteraciones funcionales (tras reparación quirúrgica)	1-5
Amputación:	
Parcial:	
Menos del 50 por ciento (sin alteración de la fonación y la deglución)	5-15
Más del 50 por ciento (con alteración de la fonación y la deglución)	15-30
Total	40

NARIZ

En todo lo referido a los trastornos nasales no hay sumatorias de incapacidades. Se considerará la incapacidad más alta de las correspondientes al caso.	
Pérdida de la nariz:	
Parcial	5-25
Total	25
Alteración de la respiración nasal por marcada deformidad ósea o cartilaginosa (según estudio funcional):	
Unilateral	0-8
Bilateral	9-15
Fractura de huesos propios y/o tabique	3-6

SISTEMA OLFATORIO Y GUSTATIVO

Hiposmia	5
Anosmia	10
Alteración del gusto	1-5

SISTEMA OCULAR

GLOBO OCULAR	
Ablación de un globo ocular	45
Ablación de ambos globos oculares	100
Leucoma (valorar según pérdida de campo y agudeza visual).	
Iris:	
Alteración postraumática de iris unilateral con trastorno de la acomodación (más agudeza visual)	5
Alteración postraumática de iris bilateral con trastorno de la acomodación (más agudeza visual)	10
Cristalino:	
Catarata postraumática inoperable (valores según agudeza visual corregida).	
Afaquia unilateral tras fracaso quirúrgico: valorar según agudeza visual corregida (véase tabla de Sená) y añadir 5 puntos.	
Colocación de lente intraocular u otros implantes oculares definitivos	5
ANEXOS OCULARES	
Músculos: parálisis de uno o varios músculos (véanse Pares craneales).	
Entropión, triquiásis, ectropión, cicatrices viciosas	
Unilateral	5-10
Bilateral	10-20
Maloclusión palpebral.	
Unilateral	5-10
Bilateral	10-20
Ptosis palpebral:	
Unilateral (añadir pérdida del campo visual)	3
Bilateral (añadir pérdida del campo visual)	6
Epífora	
Unilateral	5
Bilateral	10
CAMPO VISUAL	
Visión periférica	
Hemianopsias:	
Homónimas	50
Heterónimas	
Binasal	30
Bitemporal	80
Cuadrantopsias:	
Nasal inferior	30
Nasal superior	15
Temporal inferior	20

Temporal superior	10
Escotomas yuxtacentrales	5-20
Visión central	
Escotoma central (según agudeza visual)	
Función oculomotriz	
Diplopía:	
En posiciones altas de la mirada –menos de 10° de desviación–	5-10
En el campo lateral –menos de 10° de desviación–	5-15
En la parte inferior del campo visual –menos de 10° de desviación–	10-20
En todas las direcciones, obligando a ocluir un ojo –desviación de más de 10°–	20-25
Agudeza visual	
Déficit de la agudeza visual (según tabla de Sená)	
Pérdida de visión de un ojo	
Nota: Si el ojo afectado por el traumatismo tenía anteriormente algún déficit visual, la tasa de agravación será la diferencia entre el déficit actual y el existente.	42
Ceguera	100

Tabla de Sená

(daño visual en uno o ambos ojos)

AV restante	1	9/10	8/10	7/10	6/10	5/10	4/10	3/10	2/10	1/10	< a 1/10	Ceguera total
1	0%	1%	2%	4%	6%	9%	13%	18%	24%	32%	42%	45%
9/10	1%	2%	3%	5%	8%	11%	15%	20%	26%	34%	43%	47%
8/10	2%	3%	5%	7%	10%	13%	18%	23%	29%	37%	45%	50%
7/10	4%	5%	7%	9%	13%	16%	21%	26%	32%	40%	50%	55%
6/10	6%	8%	10%	13%	16%	20%	25%	30%	36%	44%	55%	60%
5/10	9%	11%	13%	16%	20%	24%	29%	34%	41%	49%	60%	65%
4/10	13%	15%	18%	21%	25%	29%	33%	39%	47%	56%	70%	70%
3/10	18%	20%	23%	26%	30%	34%	39%	45%	54%	65%	80%	80%
2/10	24%	26%	29%	32%	36%	41%	47%	54%	64%	75%	90%	90%
1/10	32%	34%	37%	40%	44%	49%	56%	65%	75%	85%	100%	100%
< 1/10	42%	43%	45%	50%	55%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%
Ceguera total	45%	47%	50%	55%	60%	65%	70%	80%	90%	100%	100%	100%

SISTEMA AUDITIVO

Pérdida del lóbulo auricular unilateral	4
Pérdida del pabellón auricular unilateral	12
Acúfenos	2

Alteración del equilibrio por lesión de la rama vestibular

La determinación del deterioro se sustentará en signos objetivos, atribuidos al daño orgánico, en el examen laberíntico.

La evaluación del deterioro se establecerá en base al grado de trastorno del equilibrio constatado (por electronistagmograma, examen neurológico, etc.) y no en relación con la sintomatología vertiginosa.

Las determinaciones se realizarán después de 6 meses del accidente supuestamente causal.

Grado I. Deterioro mínimo. Se produce desequilibrio con los cambios bruscos de posición de la cabeza o en determinadas posiciones de ésta. Desviaciones leves y/o lateropulsiones en la marcha los con ojos cerrados. Signos objetivos de daño orgánico en examen laberíntico y/o neurológico.	10
Grado II. Deterioro leve. Hay trastornos en la marcha y giros rápidos, los que se acentúan al hacerlo con los ojos cerrados. Logra mantenerse en pie con los ojos cerrados. Hay signos objetivos en exámenes laberínticos y/o neurológicos.	20
Grado III. Deterioro moderado. La marcha sólo es posible con apoyo de bastón. Gran dificultad para mantener el equilibrio con los ojos cerrados e imposibilidad de marcha en esas condiciones.	40
Grado IV. Deterioro avanzado. Hay gran dificultad para realizar cambios de posición. Imposibilidad de mantener una posición para desempeñar una tarea.	70
Grado V. Deterioro grave. Imposibilidad de marcha con los ojos abiertos. Requiere asistencia de terceros para su traslado.	100

Déficit de la agudeza auditiva

Las personas que hayan sufrido daño auditivo por contusión encefálica se someterán a estudio auditivo, consistente en evaluación otológica y 3 audiometrías, así como a otros estudios para verificar el daño coclear. Estos exámenes deberán hacerse después de un mínimo de 24 hs. de reposo auditivo y entre ellos deberá existir un intervalo no inferior a 7 días.

Los promedios de los decibeles, medidos en los umbrales de las frecuencias consideradas, en los tres exámenes, no podrán diferir en más de 10 dB. Si este requisito no se cumple en las 3 audiometrías, deberán efectuarse otras hasta lograrlo.

Pérdida total de audición de un oído (contralateral normal)	15
Pérdida total de audición (bilateral)	42

Cálculo de la pérdida auditiva monoaural

Se suma la pérdida en decibeles de la vía aérea de los tonos 500, 1.000, 2.000 y 4.000. La suma obtenida se traslada a la tabla siguiente donde se convierte en porcentaje de pérdida auditiva.

PÉRDIDA AUDITIVA MONOAURAL

SD	%	SD	%
100	0,0	240	52,5
105	1,9	245	54,4
110	3,8	250	56,2
115	5,6	255	58,1
120	7,5	260	60,0
125	9,4	265	61,9
130	11,2	270	63,8
135	13,1	275	65,6
140	15,0	280	67,5
145	16,9	285	69,3
150	18,8	290	71,2
155	20,6	295	73,1
160	22,5	300	75,0
165	24,4	305	76,9
170	26,2	310	78,8
175	28,1	315	80,6
180	30,0	320	82,5
185	31,9	325	84,4
190	33,8	330	86,2
195	35,6	335	88,1
200	37,5	340	90,0
205	39,4	345	90,9
210	41,2	350	93,8
215	43,1	355	95,6
220	45,0	360	97,5
225	46,9	365	99,4
230	48,9	370 o >	100,0
235	50,6		

Cálculo de la pérdida auditiva bilateral

Se suma la pérdida en decibelios de la vía aérea de los tonos 500, 1.000, 2.000 y 4.000 de cada oído y se traslada a la tabla de la A.M.A./84 - A.A.O. MAY./79.

En esta tabla se debe buscar en su eje horizontal el mejor oído y en su eje vertical el peor; de la intersección de ambos ejes surge la pérdida auditiva bilateral en porcentajes. Dicho valor multiplicado por 0,42 da por resultado el % de incapacidad.

En caso de no contar con la Tabla de la AMA, se puede determinar el valor de la pérdida auditiva, partiendo de la pérdida auditiva monoaural en cada oído y aplicando la siguiente fórmula:

$$\frac{(\% \text{Oído mejor} \times 5) + (\% \text{Oído peor} \times 1)}{6} \times 0,42 = \% \text{ de pérdida auditiva binaural}$$

Nota: Si el oído afectado por el traumatismo tenía anteriormente algún déficit de la audición, la tasa de agravación será la diferencia entre el déficit actual y el pre-existente.

Cálculo de la hipoacusia biaural aplicando la Fórmula de Fowler y Sabine

TABLA DE PÉRDIDAS AUDITIVAS BASADA EN UMBRALES AUDIOMÉTRICOS CON CORRECCIÓN PARA NORMAS ASA O ISO SEGÚN LA CALIBRACIÓN DEL APARATO

American Medical Association. Council of Physical Therapy and Rehabilitation.
Formula de Fowler y Sabine

Diferencia ISO-ASA real		14 DB	10DB	8.5DB	6DB
Pérdida Auditiva en DB		500 Hz	1000 Hz.	2000 Hz.	4000 Hz.
ISO	ASA				
20	10	0.2	0.3	0.4	0.1
25	15	0.5	0.9	1.3	0.3
30	20	1.1	2.1	2.9	0.9
35	25	1.8	3.6	4.9	1.7
40	30	2.6	5.4	7.3	2.7
45	35	3.7	7.7	9.8	3.8
50	40	4.9	10.2	12.9	5
55	45	6.3	13	17.3	6.4
60	50	7.9	15.7	22.4	8
65	55	9.6	19	25.7	9.7
70	60	11.3	21.5	28	11.2
75	65	12.8	23.5	30.2	12.5
80	70	13.8	25.5	32.2	13.5
85	75	14.6	27.2	34	14.2
90	80	14.8	28.8	35.8	14.6
95	85	14.9	29.8	37.5	14.8
100	90	15	29.9	39.2	14.9
105	95	15	30	40	15

Se suman, para cada oído, los índices que corresponden a los umbrales de audición para las frecuencias de 500, 1000, 2000 y 4000 Hz.

S: La suma de índices del oído mejor se multiplica por 7

S1: La suma de índices del oído peor se multiplica por 1

S2: Se suma S1 + S y se divide por 8, obteniéndose el grado de pérdida auditiva.

Para hallar el grado de incapacidad deberá multiplicarse la pérdida auditiva por 0,42 para hallar el grado de incapacidad correspondiente.

Modificación de Sataloff

A la suma del oído mejor y del oído peor se le restan 1/2 punto por cada año por encima de los 40 años de edad.

$$\frac{(\text{Mejor Oído} \times 7) + (\text{Peor Oído} \times 1) - \frac{1}{2} \text{ punto por año encima de } 40}{8} = \text{"\% de pérdida auditiva"}$$

8

CAPÍTULO 2

TRONCO

COLUMNA VERTEBRAL Y PELVIS

COLUMNA VERTEBRAL

- 1) La limitación de la movilidad y/o anquilosis de la columna vertebral que se va a evaluar es la que resulte como secuelas de accidentes.
- 2) Los segmentos a considerar en la columna vertebral son
COLUMNA CERVICAL
COLUMNA DORSOLUMBAR
- 3) En los casos de limitación de la movilidad, cuando son varios los movimientos afectados, se suma aritméticamente el grado de incapacidad de cada uno de ellos.
- 4) Las alteraciones anatómicas y limitaciones en los sectores cervical y/o dorsolumbar se combinan entre sí cuando coexisten.
- 5) Por alteraciones “clínicas” se entiende fuerza, tono, trofismo y reflejos. La limitación de la movilidad surge de las respectivas tablas.
- 6) De no estar contemplado el eventual compromiso neurológico en la incapacidad evaluada por secuela osteoarticular, el mismo, determinado en el Cap. correspondiente, se combinará con ésta.

Agravación de artrosis previa al traumatismo	1-5
Fractura acuñaamiento anterior/aplastamiento (sin repercusión neurológica) Agregar repercusión neurológica y limitación funcional si corresponden:	
Menos del 50 por ciento de la altura de la vértebra	10
Más del 50 por ciento de la altura de la vértebra	15
Hernia discal no operada (x RMN):	
Sin compresión radicular	10-15
Con compresión radicular (sumar compromiso radicular)	
Hernia discal operada (sin secuelas)	5
Con secuelas clínicas y electromiográficas leves	10-15
Con secuelas clínicas y electromiográficas moderadas	15-20
Con secuelas clínicas y electromiográficas severas	20-40
Material de Osteosíntesis (la cifra se adiciona a la limitación funcional)	1-10
Limitación de la movilidad	Ver Tabla

COLUMNA CERVICAL Y DORSOLUMBAR

Cervicalgia sin irradiación braquial	1-5
Cervicalgia con irradiación braquial	6-10
Síndrome postraumático cervical (cervicalgia, mareos, vértigos, cefaleas)	1-8
Lumbalgia o dorsalgia sin irradiación (incluye fracturas de espinosas y transversas)	1-5
Lumbalgia o dorsalgia con irradiación	6-10
Material de Osteosíntesis (la cifra se adiciona a la limitación funcional)	1-10
Limitación de la movilidad	Ver Tabla de Limitación Funcional

Tablas de Limitación Funcional de la Columna Vertebral

El 0° se toma con la cabeza y el tronco mirando hacia adelante.

Los porcentajes de limitación se suman aritméticamente cuando son varios los movimientos afectados

Columna Cervical

Excursión desde 0° hasta:

	Extensión	Rotación	Inclinación	Flexión
0°	4 %	2 %	4 %	4 %
10°	2 %	2 %	3 %	3 %
20°	1 %	1 %	1 %	1 %
30°	0 %	1 %	0 %	0 %
40° a 70°			0 %	

Columna Dorsolumbar

Excursión desde 0° hasta:

	Rotación D.I.	Inclinación D.I.	Flexión	Extensión
0°	5 %	4 %	9 %	3 %
10°	3 %	2 %	8 %	2 %
20°	1 %	0 %	7 %	1 %
30°	0 %		5 %	0 %
40°			3 %	
50°			2 %	
60°			2 %	
70°			1 %	
80°			1 %	
90°			0 %	

Tablas de Anquilosis de la Columna Vertebral

El porcentaje total por anquilosis es el que corresponde a la mayor cifra por tal afección, los resultados parciales no se suman.

Columna Cervical

	Rotación	Inclinación	Flexión	Extensión
0°	20 %	20 %	20 %	20 %
10°	27 %	25 %	27 %	27 %
20°	33 %	30 %	33 %	33 %
30°	40 %	35 %	40 %	40 %
40°		40 %		

Columna Dorsolumbar

	Rotación	Inclinación	Flexión	Extensión
0°	30 %	30 %	30 %	30 %
10°	40 %	45 %	33 %	40 %
20°	50 %	60 %	37 %	50 %
30°	60 %		40 %	60 %
40°			43 %	
50°			47 %	
60°			50 %	
70°			53 %	
80°			57 %	
90°			60 %	

SACRO, COXIS Y PELVIS

Fractura de una rama pubiana	5
Fractura de dos ramas	5-10
Diastasis pubiana hasta 3 cm, sin compromiso	5
Diastasis pubiana con subluxación sacroiliaca	20-40
Doble vertical de pelvis con algún dolor, desplazamiento, dificultad en la marcha y acortamiento.	15-30
Estrechez pélvica con imposibilidad de parto por vía natural	10
Fracturas del sacro	1-5
Coxigodinia postraumática	1-3
Material de Osteosíntesis	1-10

CUELLO (ÓRGANOS)

ESÓFAGO	
Fístula esofagotraqueal	10-20
Fístula externa	10-20
LARINGE	
Estenosis:	

Cicatrizales que determinen disfonía	5-12
Cicatrizales que determinen disnea de esfuerzo: según funcional respiratorio	
Parálisis de una cuerda vocal (disfonía)	5
Parálisis de dos cuerdas vocales (afonía)	15-20

TRÁQUEA

Estenosis traqueal (valorar por insuficiencia respiratoria)	
---	--

TÓRAX

SISTEMA ÓSEO:	
Fractura de costilla	1
Fractura de costilla con neuralgia intercostal esporádica y/o persistente	2
Fractura de esternón	5
Fracturas múltiples (según valoración funcional de la función respiratoria)	

PARÉNQUIMA PULMONAR

Drenaje pleural	3
Resección:	
Resección parcial de un pulmón (añadir valoración de insuficiencia respiratoria)	5
Resección total de un pulmón (neumonectomía) (añadir valoración de insuficiencia respiratoria)	12
Parálisis del nervio frénico (se valorará la insuficiencia respiratoria).	

FUNCIÓN RESPIRATORIA

Estadio I: Ausencia de disnea. Rx normal o secuela unilateral o bilateral menor al equivalente de un tercio de la playa pulmonar derecha. Volúmenes espirométricos mayores del 80%. Gases en sangre normales.	0-10
Estadio II: Disnea a grandes esfuerzos y/o Rx lesiones unilaterales o bilaterales que no excedan el equivalente al tercio de la playa pulmonar derecha. Volúmenes espirométricos entre 65% y 80%. Gases en sangre con saturación de O ₂ mayor del 85%	10-30
Estadio III: Disnea a medianos esfuerzos y/o Rx con lesiones unilaterales o bilaterales que no excedan el equivalente a toda la playa pulmonar derecha. Volúmenes espirométricos entre 50% y 65%. Gases en sangre con saturación de O ₂ mayor del 85%	30-50
Estadio IV: Disnea a mínimos esfuerzos y/o en reposo y/o Rx lesiones unilaterales o bilaterales que excedan la superficie de la playa pulmonar derecha. Volúmenes espirométricos menores del 50%. Gases en sangre con saturación menor del 85%.	50-70
Estadio V: Insuficiencia respiratoria terminal, con Cor-pulmonare	70-90

MAMAS: (INCLUYE DAÑO ESTÉTICO)

Herida o traumatismo con destrucción parcial unilateral	0-10
Herida o traumatismo con destrucción total unilateral	10-20

Herida o traumatismo con destrucción parcial bilateral	5-15
Herida o traumatismo con destrucción total bilateral	30

ABDOMEN Y PELVIS

Resecciones viscerales (estómago, intestinos delgado y grueso, páncreas) (intestino grueso)	
Grado I: a) Presenta pérdida anatómica. b) No es necesario tratamiento continuo. c) El peso es mantenido.	0-5
Grado II: a) Presenta pérdida anatómica. b) Son necesarios medicamentos y restricción alimentaria para el control de signos y/o síntomas. c) La pérdida de peso no debe exceder el 10% del peso habitual.	10-20
Grado III: a) Presenta pérdida anatómica. b) Los medicamentos y la restricción alimentaria no controlan completamente los signos y/o síntomas. c) Hay pérdida de peso de entre el 10% y el 20% del peso habitual.	20-40
Grado IV: a) Presenta pérdida anatómica. b) Los signos y/o síntomas no son controlados mediante tratamiento médico. c) Hay pérdida de peso superior al 20% del peso habitual.	40-70
Fistulas	
Sin trastorno nutritivo	3-15
Con trastorno nutritivo	15-30
Recto y ano	
Perforación del recto, extraperitoneal, con colostomía transitoria, reconstruido el tránsito al momento de la evaluación.	10-15
Perforación del recto, intraperitoneal, con operación de Hartmann.	25-30
Fistulas Anales	
Fístula intraesfinteriana subcutánea	5
Fístula trans o extraesfinteriana con trayecto simple e incidencia menor o rara	10-15
Fístula compleja con numerosos accidentes evolutivos	20-30
HÍGADO	
Alteraciones hepáticas:	
Leve: Child A	10
Moderada: Child B	20
Grave: Child C	30

Índice de Child			
	A	B	C
Bilirrubinemia	< 20 mg/L	20-30 mg/L	> 30 mg/L
Albuminemia	>35 g/L	30-35 g/L	< 30 g/L
Protrombinemia	> 70%	70-40%	< 40%
Ascitis	No	Moderada	Abundante
Encefalopatía	No	Fácil control	Importante
Nutrición	Excelente	Correcta	Mala
Sutura hepática			0-5
Segmentectomía hepática sin alteración funcional			10
Segmentectomía hepática con alteración funcional			Sumar alteración
Fístulas biliares			15-30
Bazo			
Sutura esplénica			0-5
Esplenectomía			25
Eventraciones (según diámetro)			
Menor de 6 cm			5
Mayor de 6 cm			12
Mayor de 20 cm			30
Riñón			
Nefrectomía			
Nefrectomía unilateral (con riñón remanente sano)			20
Nefrectomía bilateral			90
Insuficiencia renal (valorar según depuración de creatinina):			
Grado I: 70-50 ml/min			10
Grado II: 40-30 ml/min			20
Grado III: 20-5 ml/min			70
Grado IV: < 5 ml/min			90
Vejiga			
Retención crónica de orina: Sondajes obligados			15
Cistostomía transitoria			3
Cistostomía definitiva			70
Cistectomía total			70
Incontinencia urinaria:			
De esfuerzo			7
Permanente			50
Vejiga neurogénica			55
Uretra			
(Las lesiones uretrales por accidentes se evaluarán posteriormente a la reparación quirúrgica.)			
Estrechez sin infección ni insuficiencia renal			6
Fístula uretral postraumática definitiva			70
Retención crónica de orina: Sondajes obligados			15
Infección urinaria crónica o a repetición (con antibiograma,, según frecuencia y gravedad)			1-10

Aparato genital masculino	
Amputación del pene (total)	40
Amputación parcial del pene con función eréctil	25
Amputación parcial del pene sin función eréctil	30
Pérdida traumática:	
De un testículo	10
De dos testículos	40
Atrofia testicular unilateral postrauma (hematocele organizado)	10
Atrofia testicular bilateral postrauma (hematocele organizado)	
Hasta 40 años	40
Entre 40 y 65 años	30
Más de 65 años	20
Disfunción sexual en erección y eyaculación (postrauma y permanente -orgánica-).	30
Aparato genital femenino	
Lesiones vulvares y vaginales que dificulten o imposibiliten el coito (según repercusión funcional)	20-30
Pérdida del útero:	
Antes de la menopausia	40
Después la menopausia	10
Ovarios:	
Pérdida de un ovario	20-25
Pérdida de dos ovarios (en edad fértil)	40
Pérdida de dos ovarios (posmenopausia)	20
Desgarro del perineo postrauma (sin compromiso esfinteriano ni sexual)	0
Desgarro del perineo postrauma (con compromiso esfinteriano)	Según incontinencia

CAPÍTULO 3

APARATO CARDIOVASCULAR

CORAZÓN

INSUFICIENCIA CARDÍACA

Grado I: disnea de grandes esfuerzos (fracción de eyección: 60%-50%)	5-10
Grado II: disnea de moderados esfuerzos (fracción de eyección: 50%-40%)	10-30
Grado III: disnea de pequeños esfuerzos (fracción de eyección: 40%-30%)	30-60
Grado IV: disnea de reposo (fracción de eyección: menor del 30%)	60-90
Secuelas tras traumatismo cardíaco (sin insuficiencia cardíaca)	1-5

VASCULAR PERIFÉRICO

Deberá tomarse en cuenta la existencia de patología vascular previa

Aneurismas de origen traumático operado (valorar según el grado de incapacidad que ocasiona en el apartado correspondiente):

TRASTORNOS VENOSOS DE ORIGEN POSTRAUMÁTICO

Flebitis o traumatismos venosos en pacientes sin patología venosa previa:

Leve (aparición de várices, pigmentación, edema vespertino)	1-8
Moderada (aparición de edema, eccema, dolor y celulitis indurada)	9-15
Grave (aparición de úlceras y trastornos tróficos graves)	20-30

Flebitis o traumatismos venosos en pacientes con patología venosa previa: (tomar como referencia el MI contralateral)

Leve (aparición de várices, pigmentación, edema vespertino)	1-4
Moderado (aparición de edema, eccema, dolor y celulitis indurada)	4-8
Grave (aparición de úlceras y trastornos tróficos graves)	10-15

TRASTORNOS ARTERIALES DE ORIGEN POSTRAUMÁTICO

Malestar de esfuerzo	1-5
Claudicación intermitente y frialdad (según repercusión funcional)	5-20
Claudicación intermitente, frialdad y trastornos tróficos (según repercusión funcional)	20-40
Fístulas arteriovenosas de origen postraumático:	
Sin repercusión regional o general	1-5
Con repercusión regional (edemas, várices, ...) (valorar como trauma venoso)	
Con repercusión general (valorar según insuficiencia cardíaca)	

CAPÍTULO 4

CINTURA ESCAPULAR Y EXTREMIDAD SUPERIOR

1. La puntuación de una o varias secuelas correspondientes a una articulación, miembro, aparato o sistema (en el caso de que sean varias secuelas tras utilizar la fórmula de incapacidades concurrentes), nunca podrá superar a la que corresponda por la pérdida total, anatómica y/o funcional de esa articulación, miembro, aparato o sistema.
2. Mano hábil: en los casos de lesión anatómica y/o funcional del miembro más hábil se adicionará un 5% del porcentaje de incapacidad calculado.
3. Mediciones: para designar los movimientos, consignar los grados de movilidad de las articulaciones y demás mediciones necesarias en la semiología del aparato locomotor se utilizarán métodos reconocidos por la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología (con el 0° en la posición anatómica de la articulación, con excepción de la pronosupinación, cuyo 0° corresponde al punto intermedio entre supinación y pronación).
4. Rangos de incapacidad: cuando para una secuela exista un rango de porcentajes de incapacidad posibles, el criterio a seguir será en función de la recuperación de la funcionalidad y de la prótesis colocada.
5. Criterios de “normalidad”: para evaluar la funcionalidad se tomarán como valores de movilidad normales para el individuo en examen los rangos propuestos en las tablas de movilidad articular que se publican en el presente Baremo. En todos los casos se efectuarán una semiología completa y la medición comparativa en el miembro contralateral.
6. Tablas de movilidad articular: para hallar la cifra de incapacidad causada por las limitaciones de movilidad de una articulación, se sumarán las cifras de incapacidad propuestas en la tabla para la limitación de cada uno de los movimientos de esa articulación. En ningún caso podrá superar la cifra de anquilosis del segmento correspondiente.
7. Tablas de anquilosis: en el caso anquilosis o artrodesis, se buscará en la columna de cada movimiento la cifra que corresponda a la posición hallada en la articulación en examen. La incapacidad corresponderá a la cifra mayor; los resultados parciales no se suman.
8. Cuando en la tabla se indique adicionar puntos de incapacidad por limitación funcional u otras causas, se utilizará en todos los casos el método de sumatoria por capacidad restante, ya sean incapacidades por secuelas del mismo miembro o de distinto miembro o segmento. En ningún caso la suma de incapacidades podrá superar la cifra de amputación del segmento correspondiente.
9. El porcentaje de incapacidad otorgado por osteosíntesis incluye el daño estético producido (en la cirugía) para su colocación.

10. En caso de existir edema postraumático localizado deberá acercarse, según la gravedad del mismo, al extremo superior del rango de incapacidad de la secuela principal.
11. En caso de hipotrofia muscular irreversible postraumática en la zona afectada, deberá acercarse, según la gravedad de la misma, al extremo superior del rango de incapacidad de la secuela principal.
12. Los segmentos a considerar en el miembro superior son:
- HOMBRO
 - BRAZO
 - CODO
 - ANTEBRAZO
 - MUÑECA
 - MANO
 - DEDO

HOMBRO

Desarticulación / amputación del hombro:	70
Inestabilidad articular (resecciones y amplias pérdidas de sustancia, resección de la cabeza humeral)	20-35
Abolición total de la movilidad del hombro (anquilosis del hombro)	Véase tabla I
Limitación de la movilidad (se determinará la movilidad de cada movimiento y se sumarán los valores de incapacidad para hallar el correspondiente a limitación funcional)	Véase tabla II
Luxación recidivante del hombro inoperable (según repercusión funcional)	5-15
Osteoartritis séptica crónica, según gravedad y actividad de la infección (la cifra se adiciona a la correspondiente por limitación funcional)	5-15
Artrosis postraumática y/u hombro doloroso sin limitación funcional	1-5
Agravación de una artrosis preexistente	1-5
Prótesis total del hombro (según sus limitaciones funcionales, las cuales están incluidas)	15-25
Material de osteosíntesis (la cifra se adiciona a la correspondiente por limitación funcional)	1-5
Luxación acromioclavicular / esternoclavicular (inoperables)	1-5
Callo vicioso en la clavícula	1-6
Pseudoartrosis de clavícula inoperable (según limitaciones funcionales, las cuales están incluidas)	5-10
Material de osteosíntesis en escápula, clavícula o cabeza humeral (la cifra se adiciona a la correspondiente por limitación funcional)	1-4

BRAZO

Amputación a nivel del húmero: unilateral	70
Callo vicioso y/o consolidaciones en rotación y/o angulaciones del húmero superiores a 10°	1-8
Pseudoartrosis del húmero inoperable (la cifra se adiciona a la correspondiente por limitación funcional)	5-10
Osteomielitis crónica, según gravedad y actividad de la infección (la cifra se adiciona a la correspondiente por limitación funcional)	5-10
Acortamiento / alargamiento del miembro superior mayor de dos centímetros (medidos radiográficamente)	1-5

Material de osteosíntesis en el húmero (la cifra se adiciona a la correspondiente por limitación funcional)	1-5
---	-----

CODO

Amputación - desarticulación del codo	40-60
Inestabilidad articular (por grandes pérdidas de partes blandas y óseas)	12-15
Anquilosis - artrodesis del codo	Véase tabla III
Limitación de la pronosupinación del antebrazo	Véase tabla IV
Osteoartritis séptica crónica, según gravedad y actividad de la infección (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	5-10
Artrosis postraumática y/o codo doloroso	1-5
Agravación de una artrosis previa	1-5
Prótesis de codo (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	10
Material de osteosíntesis (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	1-4

ANTEBRAZO Y MUÑECA

Amputación a nivel del antebrazo	40-60
Inestabilidad articular de la muñeca (por grandes pérdidas de partes blandas u óseas)	15-20
Anquilosis / artrodesis de la muñeca	Véase tabla V
Limitación de la movilidad de la muñeca	Véase tabla VI
Consolidaciones en rotación y/o angulaciones del cúbito y/o el radio	1-5
Pseudoartrosis inoperable del cúbito y/o el radio (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	5-10
Artrosis postraumática de la muñeca, dolorosa	1-5
Material de osteosíntesis (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	1-4

MANO

CARPO Y METACARPO

Amputación de la mano (a la altura del carpo o el metacarpo, unilateral)	40-60
Pseudoartrosis inoperable del escafoides	6-10
Material de osteosíntesis (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	1-3

DEDOS

Amputación del dedo pulgar:

A nivel de la articulación carpometacarpiana	30
A nivel de la articulación metacarpofalángica (MCF)	25
A nivel de la articulación interfalángica	15
A nivel del extremo distal de la falange distal	8

Amputación del dedo índice:

A nivel de la articulación metacarpofalángica (MCF)	14
A nivel de la articulación interfalángica proximal (IFP)	11
A nivel de la articulación interfalángica distal (IFD)	7
A nivel del extremo distal de la tercera falange	5

Amputación del dedo medio:

A nivel de la articulación metacarpofalángica (MCF)	11
A nivel de la articulación interfalángica proximal (IFP)	9
A nivel de la articulación interfalángica distal (IFD)	5
A nivel del extremo distal de la tercera falange	3

Amputación del dedo anular:	
A nivel de la articulación metacarpofalángica (MCF)	8
A nivel de la articulación interfalángica proximal (IFP)	7
A nivel de la articulación interfalángica distal (IFD)	4
A nivel del extremo distal de la tercera falange	3
Amputación del dedo meñique:	
A nivel de la articulación metacarpofalángica (MCF)	5
A nivel de la articulación interfalángica proximal (IFP)	4
A nivel de la articulación interfalángica distal (IFD)	3
A nivel del extremo distal de la tercera falange	2
Limitación de la movilidad del dedo pulgar	Véase tabla VII
Anquilosis / artrodesis del dedo pulgar	Véase tabla VIII
Limitación de la movilidad del dedo índice	Véase tabla IX
Anquilosis / artrodesis del dedo índice	Véase tabla IX
Limitación de la movilidad del dedo medio	Véase tabla X
Anquilosis / artrodesis del dedo medio	Véase tabla X
Limitación de la movilidad del dedo anular	Véase tabla XI
Anquilosis / artrodesis del dedo anular	Véase tabla XI
Limitación de la movilidad del dedo meñique	Véase tabla XII
Anquilosis / artrodesis del dedo meñique	Véase tabla XII
Artrosis postraumática y/o dolor en la mano	1-5
Material de osteosíntesis en falanges (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	1-2

Tabla I. HOMBRO: anquilosis / artrodesis.

ANQUILOSIS DEL HOMBRO (NO HAY SUMATORIA DE INCAPACIDADES)						
	Abdo-elevación	Aducción	Elevación ant	Elevación post	Rotación interna	Rotación externa
0°	36%	36%	36%	36%	36%	36%
10°	34%	44%	32%	42%	42%	30%
20°	31%	52%	28%	48%	48%	24%
30°	28%	60%	24%	54%	54%	29%
40°	25%	-	27%	60%	60%	34%
50°	26%	-	30%	-	-	40%
60°	29%	-	33%	-	-	44%
70°	32%	-	36%	-	-	50%
80°	36%	-	39%	-	-	55%
90°	40%	-	42%	-	-	60%
100°	42%	-	45%	-	-	-
110°	46%	-	48%	-	-	-
120°	50%	-	51%	-	-	-
130°	53%	-	54%	-	-	-
140°	56%	-	57%	-	-	-
150°	60%	-	60%	-	-	-

Tabla II. HOMBRO: limitación de la movilidad.

LIMITACIÓN DE LA MOVILIDAD DEL HOMBRO						
	Abdo-elevación	Aducción	Elevación ant	Elevación post	Rotación interna	Rotación externa
0°	14%	6%	10%	2%	4%	8%
10°	12%	5%	9%	2%	3%	7%
20°	10%	1%	8%	1%	2%	7%
30°	9%	0%	8%	1%	1%	5%
40°	8%	-	7%	0%	0%	5%
50°	7%	-	7%	-	-	4%
60°	6%	-	5%	-	-	3%
70°	5%	-	5%	-	-	2%
80°	5%	-	4%	-	-	1%
90°	4%	-	4%	-	-	0%
100°	4%	-	3%	-	-	-
110°	2%	-	2%	-	-	-
120°	2%	-	2%	-	-	-
130°	1%	-	1%	-	-	-
140°	1%	-	1%	-	-	-
150°	0%	-	0%	-	-	-

Tabla III. CODO: limitación de la movilidad y anquilosis / artrodesis.

ANQUILOSI / ARTRODESIS Y LIMITACIÓN DE LA MOVILIDAD DEL CODO			
	Anquilosis / artrodesis	Flexión (medir desde 0°)	Extensión (medir desde 150°)
0°	50%	50%	0%
10°	48%	45%	2%
20°	46%	38%	3%
30°	43%	30%	4%
40°	40%	25%	6%
50°	38%	20%	8%
60°	34%	16%	10%
70°	31%	14%	12%
80°	30%	12%	14%
90°	31%	11%	16%
100°	36%	8%	20%
110°	39%	7%	25%
120°	43%	4%	30%
130°	46%	3%	38%
140°	48%	2%	45%
150°	50%	0%	50%

**Tabla IV. ANTEBRAZO: pronación - supinación.
Limitación de la movilidad.**

LIMITACIÓN DE LA PRONACIÓN - SUPINACIÓN	
Desde 0° (para cada lado)	
0°	7%
10°	6%
20°	5%
30°	4%
40°	3%
50°	2%
60°	1%
70°	1%
80°	0%

Tabla V. MUÑECA: anquilosis / artrodesis.

ANQUILOSIS / ARTRODESIS DE LA MUÑECA (NO HAY SUMATORIA)				
	Flexión	Extensión	Desviación radial	Desviación cubital
0°	18%	18%	18%	18%
10°	23%	17%	36%	30%
20°	28%	16%	54%	42%
30°	34%	15%	-	54%
40°	38%	23%	-	-
50°	44%	41%	-	-
60°	49%	54%	-	-
70°	54%	-	-	-

Tabla VI. MUÑECA: limitación de la movilidad.

LIMITACIÓN DE LA MOVILIDAD DE LA MUÑECA				
	Flexión	Extensión	Desviación radial	Desviación cubital
0°	7%	8%	2%	3%
10°	6%	7%	1%	2%
20°	5%	6%	0%	1%
30°	3%	4%	-	0%
40°	1%	2%	-	-
50°	1%	1%	-	-
60°	0%	0%	-	-
70°	0%	-	-	-

Tabla VII. DEDO PULGAR: limitación de la movilidad del dedo pulgar.

LIMITACIÓN DE LA MOVILIDAD DEL DEDO PULGAR		
Articulación carpometacarpiana (incluye aducción y abducción)		
	Flexión	Extensión
0°	3%	3%
10°	2%	2%
15°	1%	1%
20°	0%	0%
	Articulación metacarpofalángica	Articulación interfalángica
0°	12%	10%
10°	10%	8%
20°	8%	7%
30°	6%	6%
40°	4%	5%
50°	2%	4%
60°	0%	2%
70°	-	1%
80°	-	0%

Tabla VIII. DEDO PULGAR: anquilosis / artrodesis del dedo pulgar.

ANQUILOSI / ARTRODESIS DEL DEDO PULGAR		
Articulación carpometacarpiana (incluye aducción y abducción)		
0°	7%	7%
10°	12%	10%
20°	17%	14%
	Articulación metacarpofalángica	Articulación interfalángica
0°	12%	10%
10°	10%	9%
20°	9%	8%
30°	12%	8%
40°	13%	9%
50°	15%	9%
60°	-	10%
70°	-	11%
80°	-	12%

Tabla IX. DEDO ÍNDICE:
limitación de la movilidad y anquilosis / artrodesis.

LIMITACIÓN DE LA MOVILIDAD, ANQUILOSIS / ARTRODESIS DEL DEDO ÍNDICE									
	MCF			IFP			IFD		
	Flexión	Extensión	Anquilosis	Flexión	Extensión	Anquilosis	Flexión	Extensión	Anquilosis
0°	11	0	11	9	0	9	4	0	4
10°	8	1	9	7	1	8	3	1	3
20°	6	2	7	6	2	8	2	1	2
30°	5	4	6	5	3	7	2	2	2
40°	4	5	7	4	4	6	1	3	3
50°	3	6	8	4	5	7	1	4	3
60°	3	8	10	3	6	8	0	5	4
70°	2	10	11	3	8	9	0	6	6
80°	1	12	13	2	9	10	-	-	-
90°	0	14	14	1	11	11	-	-	-
100°	-	-	-	0	12	12	-	-	-

Tabla X. DEDO MEDIO:
limitación de la movilidad y anquilosis / artrodesis.

LIMITACIÓN DE LA MOVILIDAD, ANQUILOSIS / ARTRODESIS DEL DEDO MEDIO									
	MCF (11)			IFP (9)			IFD (5)		
	Flexión	Extensión	Anquilosis	Flexión	Extensión	Anquilosis	Flexión	Extensión	Anquilosis
0°	7	0	7	6	0	6	3	0	3
10°	6	1	7	6	1	5	2	1	3
20°	5	2	6	5	2	5	1	1	2
30°	4	3	5	5	3	4	1	1	2
40°	4	4	5	4	4	4	1	2	2
50°	3	5	6	4	5	5	1	2	3
60°	3	6	7	3	6	6	0	3	4
70°	2	8	9	3	7	8	0	4	4
80°	1	9	10	2	8	9	-	-	-
90°	0	11	11	1	10	10	-	-	-
100°	-	-	-	0	11	11	-	-	-

Tabla XI. DEDO ANULAR:
limitación de la movilidad y anquilosis / artrodesis.

LIMITACIÓN DE LA MOVILIDAD, ANQUILOSIS / ARTRODESIS DEL DEDO ANULAR									
	MCF (8)			IFP (7)			IFD (4)		
	Flexión	Extensión	Anquilosis	Flexión	Extensión	Anquilosis	Flexión	Extensión	Anquilosis
0°	6	0	6	5	0	5	2	0	2
10°	5	0	6	4	0	5	2	0	2
20°	4	1	5	4	1	4	1	0	1
30°	3	1	4	3	1	4	1	1	1
40°	2	2	3	2	1	3	1	1	1
50°	2	2	3	2	2	3	0	1	2
60°	2	3	4	2	2	4	0	2	2
70°	1	4	5	1	3	5	0	3	3
80°	1	6	7	1	5	6	-	-	-
90°	0	8	8	0	6	7	-	-	-
100°	-	-	-	0	8	8	-	-	-

Tabla XII. DEDO MEÑIQUE:
limitación de la movilidad y anquilosis / artrodesis.

LIMITACIÓN DE LA MOVILIDAD, ANQUILOSIS / ARTRODESIS DEL DEDO MEÑIQUE									
	MCF (5)			IFP (4)			IFD (3)		
	Flexión	Extensión	Anquilosis	Flexión	Extensión	Anquilosis	Flexión	Extensión	Anquilosis
0°	4	0	4	3	0	3	2	0	2
10°	2	0	3	2	0	3	2	0	2
20°	2	1	3	1	1	2	1	0	2
30°	1	1	2	1	1	2	1	1	1
40°	1	1	2	1	1	2	1	1	1
50°	1	1	3	1	2	3	0	1	1
60°	1	2	3	1	2	3	0	2	2
70°	0	3	4	1	3	4	0	2	2
80°	0	4	4	0	3	4	-	-	-
90°	0	5	5	0	5	5	-	-	-
100°	-	-	-	0	5	5	-	-	-

CAPÍTULO 5

EXTREMIDAD INFERIOR Y CADERA

1. La puntuación de una o varias secuelas correspondientes a una articulación, miembro, aparato o sistema (en el caso de que sean varias secuelas tras utilizar la fórmula de incapacidades concurrentes), nunca podrá superar a la que corresponda por la pérdida total, anatómica y/o funcional de esta articulación, miembro, aparato o sistema.
2. Mediciones: para designar los movimientos, consignar los grados de movilidad de las articulaciones y demás mediciones necesarias en la semiología del aparato locomotor se utilizarán métodos reconocidos por la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología, con el 0° en la posición anatómica de la articulación.
3. Rangos de incapacidad: cuando para una secuela exista un rango de porcentajes de incapacidad posibles, el criterio a seguir será en función de la recuperación de la funcionalidad y de la prótesis colocada.
4. Criterios de “normalidad”: para evaluar la funcionalidad se tomarán como valores de movilidad normales para el individuo en examen los rangos propuestos en las tablas de movilidad articular que se publican en el presente Baremo. En todos los casos se efectuará una semiología completa y la medición comparativa en el miembro contralateral.
5. Tablas de Movilidad Articular: para hallar la cifra de incapacidad causada por las limitaciones de movilidad de una articulación, se sumarán las cifras de incapacidad propuestas en la tabla para la limitación de cada uno de los movimientos de esa articulación. En ningún caso la cifra podrá superar la cifra de anquilosis del segmento correspondiente.
6. Tablas de Anquilosis: en el caso anquilosis o artrodesis, se buscará en la columna de cada movimiento la cifra que corresponda a la posición hallada en la articulación bajo examen. La incapacidad corresponderá a la cifra mayor, los resultados parciales no se suman.
7. Cuando en la tabla se indique adicionar puntos de incapacidad por limitación funcional u otras causas, se utilizará en todos los casos el método de sumatoria por capacidad restante, ya sean incapacidades por secuelas del mismo miembro o de distinto miembro o segmento. En ningún caso la suma de incapacidades podrá superar la cifra de amputación del segmento correspondiente.
8. El porcentaje de incapacidad otorgado por osteosíntesis incluye el daño estético producido en la cirugía para su colocación.
9. En caso de existir edema postraumático localizado deberá acercarse, según la gravedad del mismo, al extremo superior del rango de incapacidad de la secuela principal.

10. En caso de hipotrofia muscular irreversible postraumática en la zona afectada, deberá acercarse, según la gravedad de la misma, al extremo superior del rango de incapacidad de la secuela principal.

11. Los segmentos a considerar en el miembro inferior son:

CADERA
MUSLO
RODILLA
PIERNA
TOBILLO
PIE
DEDO

DISMETRÍAS

Acortamiento de la extremidad inferior (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional):

De 2 a 3 centímetros	4
De 3 a 6 centímetros	6
De 6 a 10 centímetros	8

CADERA

Desarticulación / amputación:	60-70
Limitación de los movimientos	Véase tabla XIII
Anquilosis / artrodesis	Véase tabla XIV
Osteoartritis séptica crónica, según gravedad y actividad de la infección (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	5-15
Artrosis postraumática (incluye las limitaciones funcionales y el dolor)	1-10
Necrosis de la cabeza femoral (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	5-10
Agravación de artrosis previa	1-5
Prótesis parcial o total (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	15
Material de osteosíntesis	1-10

MUSLO

Amputación del fémur a nivel diafisario o de la rodilla	50-60
Pseudoartrosis del fémur inoperable (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	10-30
Osteomielitis crónica, según gravedad y actividad de la infección (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	5-15
Consolidaciones en rotación y/o angulaciones y/o alteraciones del cayo óseo (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	1-10
Osteomielitis crónica, según gravedad y actividad de la infección (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	5-20
Material de osteosíntesis	1-10

RODILLA

Limitación de la movilidad Anquilosis / artrodesis de la rodilla	Véase tabla XV
Osteoartritis séptica crónica, según gravedad y actividad de la infección (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	5-15
Artrosis postraumática (se refiere a las articulaciones femorotibial y femoropatelar e incluye las limitaciones funcionales y el dolor)	1-10
Gonalgia postraumática inespecífica / agravación de artrosis previa	1-5
Lesión de ligamentos laterales (operados o no) con sintomatología	1-10
Lesión de ligamentos cruzados (operados o no) con sintomatología	1-15
Secuelas de lesiones meniscales (operadas o no) con sintomatología	1-5
Prótesis de rodilla parcial o total (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	5-20
Material de osteosíntesis	1-5

RÓTULA

Patelectomía parcial o total (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	1-10
Condropatía rotuliana postraumática	1-5
Material de osteosíntesis en la rótula	1-3

PIERNA

Amputación	40-50
Pseudoartrosis de pierna inoperable (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	10-30
Osteomielitis crónica de la tibia, según gravedad y actividad de la infección (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	5-15
Consolidación viciosa de la tibia, en rotación y/o angulación y/o cayo óseo vicioso (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	1-10
Consolidación viciosa del peroné, en rotación y/o angulación y/o cayo óseo vicioso (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	1-3
Material de osteosíntesis en la tibia (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	1-6
Material de osteosíntesis en el peroné (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	1-3

TOBILLO

Amputación a nivel tibiotarsiano o del tarso	30-40
Limitación de la movilidad del tobillo y el retropié	Véase tabla XVI
Anquilosis / artrodesis del tobillo y el retropié	Véase tabla XVII
Inestabilidad del tobillo por lesión ligamentaria (corroborada radiográficamente)	5-10
Síndrome residual posalgodistrofia de tobillo / pie	5-10
Artrosis postraumática (incluye limitaciones funcionales y dolor)	1-8

Agravación de artrosis previa	1-5
Material de osteosíntesis (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	1-3
PIE	
Amputación del metatarso y el tarso unilateral	15-30
Triple artrodesis / anquilosis	15
Artrosis postraumática subastragalina	1-5
Talalgia / metatarsalgia postraumática inespecífica	1-5
Pseudoartrosis del astrágalo inoperable	10-15
Deformidades postraumáticas del pie (plano, valgo, varo)	1-10
Material de osteosíntesis en el pie	1-3
DEDOS	
Amputación del primer dedo	12
Amputación de la segunda falange del primer dedo	5
Amputación del resto de los dedos (por cada dedo)	2
Amputación de la segunda y la tercera falanges del resto de los dedos (por cada dedo)	1
Limitación funcional del primer dedo (hallux) y demás dedos	Véase tabla XVIII
Artrodesis / anquilosis del primer dedo (hallux) y de los demás dedos	Véase tabla XIX
Material de osteosíntesis en los dedos	1

TABLA XIII. CADERA: limitación de la movilidad.

LIMITACIÓN DE LA MOVILIDAD DE LA CADERA						
	Flexión	Extensión	Abducción	Aducción	Rotación externa	Rotación interna
0°	7%	2%	6%	3%	5%	5%
10°	7%	2%	5%	2%	4%	3%
20°	6%	1%	3%	0%	3%	2%
30°	5%	0%	2%	-	2%	1%
40°	4%	-	0%	-	1%	0%
50°	4%	-	-	-	0%	-
60°	3%	-	-	-	-	-
70°	3%	-	-	-	-	-
80°	2%	-	-	-	-	-
90°	1%	-	-	-	-	-
100°	0%	-	-	-	-	-

TABLA XIV. CADERA: anquilosis / artrodesis.

ANQUILOSIS / ARTRODESIS DE LA CADERA						
	Flexión	Extensión	Abducción	Aducción	Rotación interna	Rotación externa
0°	28%	28%	28%	28%	28%	28%
10°	25%	32%	31%	34%	31%	30%
20°	22%	36%	34%	40%	34%	33%
25°	20%	38%	35%	-	35%	34%
30°	21%	40%	37%	-	37%	35%
40°	24%	-	40%	-	40%	38%
50°	27%	-	-	-	-	40%
60°	29%	-	-	-	-	-
70°	32%	-	-	-	-	-
80°	35%	-	-	-	-	-
90°	37%	-	-	-	-	-
100°	40%	-	-	-	-	-

Tabla XV. RODILLA:
limitación de la movilidad y anquilosis / artrodesis.

LIMITACIÓN DE LA MOVILIDAD Y ANQUILOSIS / ARTRODESIS DE LA RODILLA			
	Anquilosis / artrodesis	Flexión (medir desde 0°)	Extensión (medir desde 150°)
0°	30%	30%	0%
10°	35%	25%	10%
20°	40%	20%	20%
30°	45%	17%	40%
40°	50%	16%	50%
50°	65%	14%	60%
60°	65%	13%	60%
70°	65%	11%	60%
80°	65%	10%	60%
90°	65%	8%	60%
100°	65%	7%	60%
110°	65%	6%	60%
120°	65%	4%	60%
130°	65%	3%	60%
140°	65%	2%	60%
150°	65%	0%	60%

Tabla XVI. TOBILLO Y RETROPIÉ: limitación de la movilidad.

LIMITACIÓN DE LA MOVILIDAD DEL TOBILLO Y EL RETROPIÉ				
	Flexión dorsal	Flexión plantar	Inversión	Eversión
0°	3%	6%	3%	3%
10°	2%	4%	2%	1%
20°	0%	3%	1%	0%
30°	-	2%	0%	-
40°	-	0%	-	-

Tabla XVII. TOBILLO Y RETROPIÉ: anquilosis / artrodesis.

ANQUILOSIS / ARTRODESIS DEL TOBILLO Y EL RETROPIÉ				
	Flexión dorsal	Flexión plantar	Inversión	Eversión
0°	12%	12%	12%	12%
10°	20%	16%	17%	20%
20°	28%	20%	23%	28%
30°	-	24%	28%	-
40°	-	28%	-	-

Tabla XVIII. DEDOS DEL PIE:
primer dedo (hallux) y demás dedos. Limitación funcional.

LIMITACIÓN DE LA MOVILIDAD DEL HALLUX Y DEL RESTO DE LOS DEDOS DEL PIE					
	Primer dedo (hallux)		Resto de los dedos		
	Metatarsofalángica	Interfalángica	Metatarsofalángica	Interfalángica proximal	
	Flexión	Extensión	Flexión	Extensión	Flexión
0°	3%	3%	2%	1	1
10°	2%	2%	2%	1	1
20°	1%	2%	1%	1	0
30°	0%	1%	0%	0	0
40°	-	1%	-	0	-
50°	-	0%	-	-	-

Tabla XIX. DEDOS DEL PIE:
primer dedo (hallux) y demás dedos. Anquilosis / artrodesis.

ANQUILOSIS / ARTRODESIS DEL HALLUX Y DEMÁS DEDOS DEL PIE					
	Primer dedo (hallux)		Resto de los dedos		
	Metatarsofalángica	Interfalángica	Metatarsofalángica	Interfalángica proximal	
	Flexión	Extensión	Flexión	Extensión	Flexión
0°	3%	3%	2%	1	1
10°	4%	3%	3%	1	1
20°	4%	2%	3%	1	1
30°	5%	2%	4%	2	1
40°	-	5%	-	-	-
50°	-	5%	-	-	-

CAPÍTULO 6 MÉDULA ESPINAL Y PARES CRANEALES

MÉDULA ESPINAL

Tetraplejía	
En cualquiera de sus variantes	100
Tetraparesia	
Leve (no vence fuerza pero resiste al movimiento)	40-50
Moderada (no vence resistencia pero sí la gravedad)	60-70
Grave (no vence gravedad pero contrae o mueve en el plano)	75-85
Paraplejía	
Paraplejía D1-D5	85
Paraplejía D6-D10	80
Paraplejía D11-L1	75
Síndrome medular transverso L2-L5 (la marcha es posible con aparatos, pero siempre teniendo el recurso de la silla de ruedas)	75
Síndrome de hemisección medular (Brown-Sequard)	
Leve	30
Moderado	50
Grave	70
Síndrome de cola de caballo	
Síndrome completo (incluye trastornos motores, sensitivos y de esfínteres)	55
Síndrome incompleto (incluye posibles trastornos motores, sensitivos y de esfínteres)	
Alto (niveles L1, L2, L3)	45
Medio (por debajo de L4 hasta S2)	35
Bajo (por debajo de S2)	20
Monoparesia de miembro superior (agregar 5 más si es miembro hábil)	
Leve	10-20
Moderada	20-30
Grave	30-40
Monoparesia de miembro inferior	
Leve	10-20
Moderada	20-30
Grave	30-40

Paraparesia de miembros superiores o inferiores	
Leve	30-40
Moderada	40-50
Grave	50-60
Monoplejía de un miembro inferior o superior	60

NERVIOS CRANEALES

I. Nervio olfatorio (véase capítulo 1)	
II. Nervio óptico (según defecto visual)	
III. Motor ocular común	
Parálisis completa (diplopía, midriasis paralítica que obliga a la oclusión, ptosis)	25
Paresia (valorar según diplopía)	
IV. Motor ocular interno o patético	
Parálisis completa: diplopía de campos inferiores	10-15
Paresia (valorar según diplopía)	
V. Nervio trigémino	
Neuralgia unilateral	3-10
Neuralgia bilateral	10-50
Parálisis suborbitaria. Hipoestesia / anestesia rama oftálmica	5-10
Parálisis inferior. Hipoestesia / anestesia rama maxilar	5-10
Parálisis lingual. Hipoestesia / anestesia rama dento-mandibular	5-10
VI. Motor ocular externo	
Parálisis completa	5
Paresia (según diplopía).	-
VII. Nervio facial	
Unilateral central	5-10
Unilateral periférico	10-15
Bilateral central	15-20
Bilateral periférico	20-30
Hipoestesia/anestesia de dos tercios anteriores de la lengua	2-5
VIII. Nervio auditivo (véase capítulo 1)	
IX. Nervio glosofaríngeo	
Disfagia para sólidos	15-30
Disfagia para líquidos	10-15
X. Parálisis del nervio neumogástrico o vago	
Leve	1-5
Moderada	5-15
Grave (valorar según trastorno funcional)	15-25
XI. Nervio espinal	
XII. Nervio hipogloso	
Parálisis (sin dificultad en el habla)	5
Parálisis (con dificultad en el habla)	20
Parálisis (con dificultad en la deglución de alimentos sólidos)	10-15
Parálisis (con dificultad en la deglución de alimentos líquidos)	15-30
Parálisis (con alimentación por tubo)	Véase Gastrotomía

CAPÍTULO 7

SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO

Son las incapacidades que pueden acompañar a las lesiones osteoarticulares, manifestándose por los déficits sensitivos y/o motores. Los porcentajes de incapacidad corresponden a lesiones completas.

En relación con las lesiones parciales de los nervios motores o sensitivos puros, el porcentaje de incapacidad se calculará en forma porcentual a la función perdida. Para estos fines se utilizará la escala propuesta por el British Medical Research Council que gradúa la motricidad en rangos de M0 a M5 y la escala propuesta para la recuperación de la sensibilidad en rangos de S0 a S5.

Escala MRC de fuerza motora (MRC Scale of Motor Power):

M0:	Parálisis total
M1:	Esbozo de contracción (fibrilaciones musculares)
M2:	Contracción posible, eliminando la fuerza de gravedad
M3:	Contracción posible contra la fuerza de gravedad
M4:	Contracción contra algún tipo de resistencia
M5:	Contracción contra resistencia importante

Porcentaje de Incapacidad Motora:

M0:	100 % de incapacidad motora
M1 y M2:	80 % de incapacidad motora
M3:	60 % de incapacidad motora
M4:	30 % de incapacidad motora
M5:	0 % de incapacidad motora

Escala MRC de recuperación sensitiva (MRC Scale of Sensory Recover):

S0:	Ausencia de sensibilidad
S1:	Recuperación de la sensibilidad profunda al dolor
S2:	Recuperación en alguna medida de la sensibilidad superficial cutánea al dolor y al tacto
S3:	Recuperación de la sensibilidad cutánea superficial al dolor y al tacto en toda la zona autónoma con desaparición de hiperreacción.
S4:	Recuperación de la sensibilidad como en el estadio 3, con el factor añadido de cierto grado de recuperación de la discriminación entre dos puntos
S5:	Recuperación completa

Porcentaje de Incapacidad Sensitiva:

S0:	100 % de incapacidad sensitiva
S1:	80 % de incapacidad sensitiva
S2:	60 % de incapacidad sensitiva
S3:	40 % de incapacidad sensitiva
S4:	20 % de incapacidad sensitiva
S5:	0 % de incapacidad sensitiva (función completa)

Los nervios mixtos aparecen ponderados porcentualmente en cuanto a la importancia funcional de sus componentes sensitivo y motor, por lo cual las lesiones parciales deben finalmente calcularse de acuerdo con este factor.

Por ejemplo:

Lesión parcial del nervio mediano a nivel de la muñeca:

Ponderación funcional del nervio mediano en la muñeca:

Lesión completa del nervio mediano: 25% de incapacidad
 Componente motor 40%, y componente sensitivo 60%
 (mayor importancia funcional tiene el componente sensitivo)

Ejemplo: Motricidad promedio hallada en el examen: M3 (60% de incapacidad motora)

Sensibilidad promedio hallada en el examen: S2 (60% de incapacidad sensitiva)

Cálculo del Componente motor: $25 \times 0,40 = 10\% \times 0,60$ (M3) = 6% (incapacidad motora)

Cálculo del Componente sensitivo: $25 \times 0,60 = 15\% \times 0,60$ (M3) = 9% (incapacidad sensitiva)

Incapacidad global sensitivo-motora del nervio mediano en el ejemplo: 15%.

En el caso de coexistir la lesión neurológica con rigidez y deformidad articular se procederá a la suma de ambas incapacidades, teniendo como tope máximo el porcentaje de incapacidad por la amputación del segmento en valoración.

Las lesiones neurotendinosas serán evaluadas sumando las incapacidades producto de la lesión neurológica y la alteración de la movilidad articular que ocasiona la lesión

tendinosa. De igual manera, se tendrá como tope máximo de incapacidad el dado para la amputación del segmento estudiado. Las lesiones radiculares serán evaluadas de acuerdo con la repercusión parcial o total que causen en el o los nervios periféricos que formen.

MIEMBRO SUPERIOR

1. Lesión completa del plexo braquial	60
2. Nervio supraescapular	15
3. Nervio torácico largo	10
4. Nervio axilar (Ponderación funcional: componente motor 98%, componente sensitivo 2%)	20
5. Nervio radial (Ponderación funcional: componente motor 90%, componente sensitivo 10%)	30
6. Nervio musculocutáneo (Ponderación funcional: componente motor 90%, componente sensitivo 10%)	20
7. Nervio interóseo posterior	20
8. Nervio antebraquial cutáneo medial	30
9. Nervio mediano (proximal al tercio medio del antebrazo) (Ponderación funcional: componente motor 40%, componente sensitivo 30%)	40
10. Nervio mediano (distal al tercio medio del antebrazo) (Ponderación funcional: componente motor 40%, componente sensitivo 60%)	25
11. Nervio interóseo anterior	10
12. Nervio cubital (proximal al tercio medio del antebrazo) (Ponderación funcional: componente motor 70%, componente sensitivo 30%)	35
13. Nervio cubital (distal al tercio medio del antebrazo) (Ponderación funcional: componente motor 70%, componente sensitivo 30%)	25
14. Colateral IR	5
15. Colateral IC	7
16. Colateral IIR	7
17. Colateral IVC	7
18. Resto colaterales	3

MIEMBRO INFERIOR

1. Lesión completa del plexo lumbar	40
2. Lesión completa del plexo sacro	60
3. Nervio femorocutáneo	7
4. Nervio femoral (Componente funcional: componente motor 95%, componente sensitivo 5%)	30
5. Nervio obturador interno (Componente funcional: componente motor 95%, componente sensitivo 5%)	15
6. Resto de las ramas del plexo lumbar	10
7. Nervio ciático (proximal al hueco poplíteo) (Componente funcional: componente motor 50%, componente sensitivo 50%)	50
8. Nervio cutáneo posterior del muslo	5

9. Nervio peroneo común (Componente funcional: componente motor 70%, componente sensitivo 30%)	25
10. Nervio tibial anterior (mitad proximal de la pierna) (Componente funcional: componente motor 95%, componente sensitivo 5%)	18
11. Nervio tibial anterior (mitad distal de la pierna) (Componente funcional: componente motor 50%, componente sensitivo 50%)	10
12. Nervio peroneo superficial	7,5
13. Nervio tibial (Componente funcional: componente motor 60%, componente sensitivo 40%)	35
14. Nervio tibial posterior (mitad proximal de la pierna) (Componente funcional: componente motor 60%, componente sensitivo 40%)	30
15. Nervio tibial posterior (mitad distal de la pierna) (Componente funcional: componente motor 30%, componente sensitivo 70%)	20
16. Nervio plantar externo o interno (Componente funcional: componente motor 30%, componente sensitivo 70%)	10
17. Nervio safeno	5
18. Nervio sural	5

CAPÍTULO 8

TRASTORNOS ENDOCRINOS

Se valorarán en función de las necesidades terapéuticas y de las complicaciones posibles a largo plazo.

Hipofunción pituitaria-hipotalámica anterior (déficit de TSH y ACTH)	10-20
Lesiones de la neurohipófisis (diabetes insípida)	15-30

CAPÍTULO ESPECIAL

PERJUICIO ESTÉTICO

Las lesiones óseas y neurológicas son evaluadas en el capítulo correspondiente a Neurología. Las lesiones aquí evaluadas se refieren a las heridas contusas y/o cortantes producidas en la zona traumatizada.

CABEZA	
Herida contusa y/o cortante, en zona pilosa, con cicatriz cubierta	0-1
Herida contusa y/o cortante, en zona pilosa, con cicatriz descubierta	1-3
Cicatriz en el cuero cabelludo, en zona pilosa, con pérdida parcial del mismo, con cicatriz cubierta	0-1
Cicatriz en el cuero cabelludo, en zona pilosa, con pérdida parcial del mismo, con cicatriz descubierta	1-3
Cicatriz de cuero cabelludo, con pérdida definitiva y parcial de la capa correspondiente al cabello:	
0 a 5 cm de diámetro	1-5
5 a 10 cm de diámetro	5-8
más de 10 cm de diámetro	8-12
Cicatriz en el cuero cabelludo, con pérdida definitiva y total de todas las capas:	
0 a 5 cm de diámetro	1-5
5 a 10 cm de diámetro	5-10
más de 10 cm de diámetro	10-15
ROSTRO	
Frente	
Cicatriz frontal, horizontal, sobre surco o arruga, menor de 4 cm	1-2
Cicatriz, frontal, horizontal, sobre surco o arruga, mayor de 4 cm	2-5
Cicatriz frontal, vertical o perpendicular, menor de 4 cm	3-5
Cicatriz frontal, vertical o perpendicular, mayor de 4 cm	5-8
Cicatriz frontal, estelar o en superficie, menor de 4 cm ²	5
Cicatriz frontal, estelar o en superficie, mayor de 4 cm ²	5-8
Cicatriz lineal en el arco superciliar	1-2
Cicatriz retráctil en el arco superciliar (notoria)	1-3
Alopecia de la ceja, unilateral	3
Alopecia de la ceja, bilateral	5
Pómulo	

Cicatriz lineal, menor de 5 cm	1-3
Cicatriz lineal, mayor de 5 cm	3-5
Cicatriz en superficie, menor de 6 cm ²	1-5
Cicatriz en superficie, mayor de 6 cm ²	6-10
Nariz	
Cicatriz lineal, menor de 5 cm	1-3
Cicatriz lineal, mayor de 5 cm	3-5
Cicatriz en superficie, menor de 6 cm ²	1-5
Cicatriz en superficie, mayor de 6 cm ²	6-10
Mentón	
Cicatriz lineal, menor de 4 cm	1-2
Cicatriz lineal, mayor de 4 cm	2-4
Comisura labial	
Retracción del labio superior	3
Desviación de la comisura labial	5
Retracción de ambos labios	12-15
Pabellón auricular	
Pérdida total, unilateral	12
Pérdida del lóbulo auricular	4
Alteración estética parcial, unilateral	1-5
Alteración estética parcial, bilateral	5-10
A las lesiones del pabellón auricular se les sumará la incapacidad por repercusión auditiva y/o vestibular.	

MIEMBROS SUPERIOR E INFERIOR

Cicatrices y/o injertos que no provoquen alteración en la movilidad, con una superficie o extensión menor de 3 cm, sin adherencias, ni alteraciones tróficas ni sensitivas	1
Cicatrices y/o injertos de 3 a 6 cm de superficie o extensión, sin adherencias, ni alteraciones tróficas	2
Cicatrices y/o injertos de 3 a 6 cm de superficie o extensión, adherentes, con alteraciones tróficas	3-4
Cicatrices y/o injertos de 6 a 10 cm de superficie o extensión, sin adherencias, ni alteraciones tróficas	4-6
Cicatrices y/o injertos de 6 a 10 cm de superficie o extensión con adherencias y alteraciones tróficas	6-10
Cicatrices y/o injertos mayores de 10 cm de superficie o extensión según adherencias y alteraciones tróficas	10-15

TORSO Y ABDOMEN

Cicatriz de hasta 5 cm de longitud	1-2
Cicatriz de 5 a 10 cm de longitud	2-5
Cicatriz de más de 10 cm	5-8

QUEMADURAS

Métodos de evaluación

Las lesiones superficiales que curen sin dejar cicatriz ni secuelas no serán motivo de evaluación.

Para determinar el grado de incapacidad ocasionada por una quemadura hay que tener en cuenta su extensión, profundidad, el compromiso de la movilidad articular y la secuela estética.

La evaluación de la pérdida de la movilidad deberá realizarse de acuerdo con lo expresado en los capítulos correspondientes a las lesiones osteoarticulares.

Para cuantificar la extensión de la lesión se aplicará la “Regla del Nueve”, por la que se le asigna el 36% de la superficie corporal al tórax y el 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).

La profundidad de la quemadura se evalúa de la siguiente manera:

Tipo A (superficial o epidérmico); secuela: mácula.

Tipo AB (epidermis y dermis); secuela: cicatriz no compleja.

Tipo B (dermis hasta aponeurosis o hueso); secuela: cicatriz retráctil o queloide.

Al tipo “A” se le asignará el 50% del porcentaje de la extensión de la superficie corporal lesionada. En el caso del tipo “AB”, se le fijará un porcentaje igual al área afectada; por último, al tipo “B” se le asignará el doble de la extensión del sector aquejado.

25 de Mayo 565, Piso 1° y 2°.
C1002ABX - Buenos Aires.
Tel: (54 11) 4312-7790 - Fax: (54 11) 4312-6300
E-mail: info@aac.org.ar - Web: www.aac.org.ar