

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA EL TRABAJO Y LA SEGURIDAD SOCIAL
VICEMINISTERIO DE LA SEGURIDAD SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE PREVENCIÓN, SALUD Y SEGURIDAD LABORALES

BAREMO NACIONAL PARA LA ASIGNACIÓN DE PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD POR ENFERMEDADES
OCUPACIONALES Y ACCIDENTES DE TRABAJO

Diciembre 2012



BAREMO NACIONAL PARA LA ASIGNACIÓN DE PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD POR ENFERMEDADES
OCUPACIONALES Y ACCIDENTES DE TRABAJO

Elaborado por la Comisión
Nacional de Baremo de
INPSASEL

Diciembre 2012

ÍNDICE

Clasificación y valoración de Deficiencias Estructurales y Funcionales

Capítulo 1.

Neurológico:

Sistema Nervioso Central

Médula espinal y pares craneales.

Sistema Nervioso Periférico:

Miembro Superior

Miembro Inferior

Capítulo 2.

Cabeza.

Cráneo.

Cara:

Sistema Osteoarticular.

Boca.

Nariz.

Sistema olfatorio y gustativo.

Sistema ocular. Globo Ocular

Capítulo 3.

Sistema Visual.

Capítulo 4.

Sistema Auditivo.

Capítulo 5.

Sistema Musculo-Esquelético:

Columna Vertebral y Pelvis

Miembros Superiores

Miembros Inferiores y Cadera

Capítulo 6.

Sistema Respiratorio

Laringe

Capítulo 7.

Aparato cardiovascular. Corazón.

Vascular periférico.

Capítulo 8.

Sistema Gastro- Intestinal

Sistema Hepático

Sistema Renal-Urológico

Capítulo 9.

Piel

Capítulo 10.

Sistema Hematopoyético

Capítulo 11.

Neoplasias

Capítulo 12.

Síndromes Psiquiátricos/Psicológicos.

PRÓLOGO

1. **Fundamento Constitucional y Legal del Baremo Nacional para la asignación de porcentaje de discapacidad por enfermedades ocupacionales y accidentes de trabajo.**

En consideración que la República Bolivariana de Venezuela se constituye en un Estado Democrático y Social de Derecho y de Justicia, que propugnan como valores superiores de su ordenamiento jurídico y de su actuación, la vida, la libertad, la justicia, la igualdad, la solidaridad, la democracia, la responsabilidad social y en general, la preeminencia de los Derechos Humanos. Por lo tanto, dicho Estado Social no puede pretender interpretarse de una manera meramente formal, sino en atención a la situaciones reales de los destinatarios del derecho (los ciudadanos y ciudadanas), haciendo que los postulados sean materialmente aplicables, amparando a personas o grupos que en relación con otros se encuentran en estado de debilidad y minusválida jurídica, ya que situaciones desiguales no pueden tratarse con soluciones iguales.

En tal sentido, atendiendo a lo previsto en los artículos 2, 81,83, 84, 86 y 87 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, en concordancia con lo establecido en el artículo 1, numerales 1, 3 y 5, artículo 18, numerales 15, 16 y 17 de la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT), artículo 16, numerales 15 y 17 del Reglamento Parcial de la LOPCYMAT, artículos 94 y 95 de la Ley Orgánica del Sistema de la Seguridad Social, artículos 4 y 34 de la Ley Orgánica de la Administración Pública y artículo 7 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral como ente gestor de la política nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, teniendo la competencia legal de elaborar los criterios de evaluación de Discapacidad a consecuencia de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Ocupacionales y dictaminar el grado de discapacidad del trabajador o la trabajadora, procedió a elaborar el presente **“Baremo Nacional para la asignación de porcentaje de discapacidad por enfermedades ocupacionales y accidentes de trabajo ”**, el cual se desarrolla y sustenta sobre la base de un Estado Social de Derecho y de Justicia, teniendo como preeminencia valores de igualdad, solidaridad, cooperación, modernidad, uniformidad y responsabilidad social, el cual establece los criterios técnicos-científicos-legales, para evaluar la discapacidad generada por accidentes de trabajo o enfermedades ocupacionales y determinar el grado de la misma.

2.- **Necesidad del Baremo:**

Tomando en consideración que nos encontramos inmersos dentro de un proceso Revolucionario donde se promueve la transformación de las estructuras del Estado, para colocarlo al servicio de los trabajadores y trabajadoras, y siendo la República Bolivariana de Venezuela un país Socialista, era

inaceptable que no se contara con un Baremo diseñado expresamente para evaluar las deficiencias físicas y/o psíquicas derivadas de las lesiones sufridas producto de la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales en el marco del ordenamiento jurídico interno. Por tanto las discapacidades a evaluar en el referido Baremo son aquellas para el trabajo establecidas en los artículos 78, 80, 81, 82 y 83 de la LOPCYMAT.

De acuerdo al principio de proporcionalidad que debe regir la evaluación de los daños estructurales y funcionales en el marco de la Seguridad y Salud en el Trabajo, es necesario la aplicación de un baremo único en el país, de forma tal que la evaluación de la discapacidad realizada por el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales (INPSASEL), permita obtener conclusiones similares al valorar dichas discapacidades.

El Baremo Nacional para la asignación de porcentaje de discapacidad por enfermedades ocupacionales y accidentes de trabajo, reúne las siguientes condiciones:

- Contempla la mayoría de las condiciones patológicas que se presentan habitualmente producto de la ejecución del trabajo.
- 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, entre otros. Con este fin la revisión se debe realizar anualmente por parte de la Dirección de Medicina Ocupacional y/o solicitud del Presidente (a) del INPSASEL.

3.- Definición del Baremo Nacional para la asignación de porcentaje de discapacidad por enfermedades ocupacionales y accidentes de trabajo.

Es una herramienta utilizada por el personal de salud del Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales (INPSASEL) en la valoración del daño, para establecer compensaciones económicas o de beneficios sociales, en el que se asigna según criterios uniformes una cifra de discapacidad permanente, entendida globalmente la discapacidad como una interacción multidireccional entre la persona y el contexto socio ambiental en el que se desenvuelven.

A tal efecto, el presente Baremo se estructura en un Baremo "A" y un Baremo "B",

constituyéndose el Baremo “A” como las valoraciones de las alteraciones estructurales y funcionales del cuerpo y el Baremo “B” referido a limitaciones en las actividades que puede realizar como persona, su participación real en las mismas y las interacciones con los factores externos.

En consecuencia el Baremo “A” especifica en una de sus columnas la alteración funcional y/o anatómico-estructural (variables medidas) y en la otra columna el porcentaje de discapacidad a ser otorgado por la respectiva deficiencia; el porcentaje final representa el 80% de la totalidad por este tipo de variable, mientras que en el Baremo “B” encontramos las tablas que miden y gradúan las alteraciones presentes (desde 0.5 a 10) para ejecutar las actividades en el trabajo por el lesionado, así como las variaciones que tiene para realizar las actividades de la vida diaria, lo que representa el 20% de la discapacidad final. En cuanto al Baremo “B” es necesario acotar que de acuerdo a los criterios estadísticos y epidemiológicos el porcentaje de variación no podrá ser mayor al 2% entre una evaluación y otra.

En conclusión, todas estas alteraciones obedecen a consecuencias de accidentes de trabajo o de enfermedades ocupacionales, sumándose los porcentajes del Baremo “A” y del Baremo “B”, lo que indicará la discapacidad final. Fue diseñado para ser utilizado por los Médicos, Terapeutas, Psicólogos u otro profesional de la salud, para la valoración de daños corporales y psicológicos, en el marco de la ciencia médica, la justicia social y el beneficio de la sociedad en general.

4. Normas que rigen la aplicación del Baremo Nacional para la asignación de porcentaje de discapacidad por enfermedades ocupacionales y accidentes de trabajo.

- Se requiere la aplicación de un criterio clínico y paraclínico para la valoración de las deficiencias anatómico-funcionales y el análisis de sus consecuencias objetivas en el trabajo y en la vida diaria del trabajador o trabajadora accidentado o enfermo.
- El grado (porcentaje) de discapacidad propuesto se establece en relación con la totalidad de la funcionalidad del individuo.
- Una alteración debe ser valorada una sola vez, aunque su sintomatología se encuentre descrita en varios apartados de la tabla.
- No se valorarán las condiciones patológicas que estén incluidas y/o se deriven de otra, aunque estén descritas en forma independiente.
- El dolor, no acompañado de signos objetivos de organicidad, no será objeto de discapacidad permanente. En estos casos, estará indicada la realización de exámenes complementarios para obtener evidencia objetiva.

- Cuando para una deficiencia se indique un rango de valores de discapacidad o se mencionen graduaciones tales como leve, moderada o alta, la estimación deberá estar acompañada de las explicaciones que fundamenten la opción elegida. Para ello se deberán relacionar las alteraciones 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 en la Historia Médica, cuáles son los elementos generadores de discapacidad valorado por los médicos, terapeutas, psicólogos, entre otros, que se encuentran presentes en el examinado y los que se tomen en cuenta para la valoración.
- En los pacientes afectados de discapacidades múltiples producto de lesiones anatómicas y/o funcionales en un mismo segmento corporal, se procederá a la suma aritmética (Ejemplo: limitaciones de movimientos) para obtener el grado (porcentaje) de discapacidad correspondiente a dicho segmento.
- En los pacientes afectados de discapacidades múltiples producto de lesiones anatómicas y/o funcionales en distintos sistemas, aparatos, órganos o miembros, se procederá a la suma de todas ellas aplicando el método de la capacidad restante para el cálculo de la discapacidad final.
- Si el lesionado presentara con anterioridad alguna limitación funcional originada por 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.

5. Consultas con especialistas

Cuando deba requerirse la intervención de un médico especialista, éste elevará un informe en el cual el evaluador deberá encontrar todos los datos técnicos y elementos de valoración que le permitan expedirse sobre la imputabilidad y la cuantificación de las alteraciones. El informe del especialista se adjuntará a la Historia Médica del paciente.

6. Casos no contemplados

En caso de no encontrarse reflejada en el baremo una deficiencia objetivable, se deberá otorgar, “por analogía”, la discapacidad de la que más se asemeja a la estudiada, señalando detalladamente la que se pondera y explicando con claridad el fundamento de la analogía que se aplique.

7. Casos excepcionales

Los casos excepcionales no han sido contemplados en el presente baremo. Para evaluar las condiciones patológicas, en esos casos se extremará la aplicación de los criterios clínicos y se

analizarán detalladamente las consecuencias que esas deficiencias generan tanto en lo físico (anatómico-estructural, funcional) como 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 discapacidad asignada.

BAREMO A

CAPITULO 1

NEUROLOGICO

El Capítulo se centra en los déficits o deficiencias que pueden identificarse durante la evaluación neurológica y demostrarse por las técnicas clínicas estándar.

La deficiencia neurológica está íntimamente relacionada con los procesos mentales y emocionales.

La evaluación de la discapacidad originada por anomalías de estas funciones deberá realizarse de acuerdo con los criterios expuestos en el capítulo relativo a los trastornos mentales.

En primer lugar se dan normas de carácter general para la valoración de discapacidades derivadas de enfermedades neurológicas. En segundo lugar se aportan pautas y criterios para la asignación del porcentaje de discapacidad en alteraciones encefálicas, de pares craneales, médula espinal, sistema nervioso periférico y sistema nervioso autónomo, respectivamente.

NORMAS DE CARÁCTER GENERAL PARA LA VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD ORIGINADA POR ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

1. Debe evaluarse la discapacidad cuando el cuadro clínico pueda considerarse estable. Sólo podrán ser objeto de valoración las alteraciones crónicas que no respondan al tratamiento de la afección neurológica ni al de la enfermedad causante de la misma. No serán valorables aquellas situaciones en las que no se hayan ensayado todas las medidas terapéuticas oportunas.
2. Si el paciente presenta deficiencias que afectan a varias partes del sistema nervioso, como el cerebro, la médula espinal y los nervios periféricos, deben realizarse evaluaciones independientes de cada una de ellas y combinar los porcentajes de discapacidad resultantes, mediante el método de la capacidad restante.
3. Algunas enfermedades evolucionan de modo episódico, en crisis transitorias. En estas situaciones, será necesario tener en cuenta el número de episodios y la duración de los mismos para la asignación del grado de discapacidad.
4. En aquellos caso en que la ocupación u oficio tengan como actividad principal el uso del lenguaje y o comunicación verbal se le debe otorgar el rango mayor de la discapacidad en el apartado de las afasias.
5. En caso de desorden mental orgánico los pacientes deberán ser evaluados por el equipo multidisciplinario tales como Psiquiatra, Neurólogo, Toxicólogo, Psicólogo, Neurocirujano, entre otros, según sea el caso.

Trastornos neurológicos episódicos: Epilepsia

Criterios generales

Será necesario que el paciente haya permanecido con crisis, a pesar del tratamiento correcto, durante más de un año antes de proceder a la valoración.

La discapacidad que produzca la epilepsia dependerá fundamentalmente del número y tipo de crisis. Las crisis generalizadas tipo ausencias y las parciales simples son menos discapacitantes que las restantes crisis generalizadas (mioclónicas, tónicas, tónico-clónicas y atónicas) y que las crisis parciales complejas.

Cráneo y encéfalo	
Pérdida de sustancia ósea postraumática que requiere craneoplastia	2%
Síndromes neurológicos de origen central	
Síndromes no motores	
Afasia	
Motora (de Broca) de expresión	40-60%
Sensitiva (de Wernicke) de comprensión	60-80%
Mixta	80%
Epilepsias	
Parciales o focales	
Simple, en tratamiento y con evidencia Electroencefalográfica.	10%
Complejas	15%
Generalizadas	
Crisis de Ausencias	5%
Tónico-clónicas	40%
No controladas médicamente o refractarias al tratamiento	40%
Que impiden las actividades de la vida diaria	80%
Desorden mental orgánico acompañado de criterios para clínicos tipos laboratorio toxicológicos, RM, EEG y otros	
Grado 1 Dificultad en la concentración y en el aprendizaje o memoria y al menos 3 de los siguientes ítems: 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%
Grado 2 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 vértigo por los cambios de posición, trastornos disfásicos en el lenguaje, pérdida de jerarquía del pensamiento. Trastornos en la concentración, percepción, comprensión y memoria. Hay intolerancia a los ruidos. Personalidad irritable, temerosa, aprensiva, hipocondríaca.	50%
Grado 3 Cambios afectivos, trastornos de la memoria, trastornos de otras funciones intelectuales, alteración de la conducta permanente y no regresiva.	70%

Derivaciones ventriculares	25%
Estado vegetativo persistente	100%
Síndromes motores centrales	
Disartria	20%
Ataxia	40%
Apraxia	30%
Hemiplejía	75%
Hemiparesia:	
Leve	35%
Moderada	45%
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.	

MÉDULA ESPINAL Y PARES CRANEALES

Criterios Generales:

La evaluación de estos estados patológicos deben venir acompañados de la valoración por Terapeuta, Fisiatra y neurólogo.

Para la evaluación del nervio Vago, la alteración de la Capacidad Funcional Respiratoria, debe ser valorada en el capítulo respiratorio según sea el caso.

Médula espinal	
Tetraplejía	
En cualquiera de sus variantes	100 %
Tetraparesia	
Leve(logra movimiento articular voluntario/activo hasta sus grados finales, con alteración del tono muscular: hipertonia y/o flacidez)	40 %
Moderada(logra movimiento articular voluntario/activo hasta sus grados medios, con alteración del tono muscular: hipertonia y/o flacidez)	60 %
Grave(logra movimiento articular voluntario/activo hasta sus grados iniciales, con alteración del tono muscular: hipertonia y/o flacidez)	80 %
Paraplejía	
ParaplejíaD1-D5	85%
ParaplejíaD6-D10	80%
ParaplejíaD11-L1	75%
Síndrome medular transversol2-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)	60%
Síndrome incompleto(incluye posibles trastornos motores, sensitivos y de esfínteres)	
Alto(nivelesL1, L2, L3)	45%
Medio(por debajo deL4 hastaS2)	35%
Bajo (por debajo deS2)	20%
Monoparesia de miembro superior	

Leve(logra movimiento articular voluntario/activo hasta sus grados finales, con alteración del tono muscular: hipertonia y/o flacidez)	15%
Moderada(logra movimiento articular voluntario/activo hasta sus grados medios, con alteración del tono muscular: hipertonia y/o flacidez)	25%
Grave(logra movimiento articular voluntario/activo hasta sus grados iniciales, con alteración del tono muscular: hipertonia y/o flacidez)	40%
Monoparesia de miembro inferior	
Leve(logra movimiento articular voluntario/activo hasta sus grados finales, con alteración del tono muscular: hipertonia y/o flacidez)	15%
Moderada(logra movimiento articular voluntario/activo hasta sus grados medios, con alteración del tono muscular: hipertonia y/o flacidez)	25%
Grave(logra movimiento articular voluntario/activo hasta sus grados iniciales, con alteración del tono muscular: hipertonia y/o flacidez)	35%
Paraparesia de miembros superiores o inferiores	
Leve(logra movimiento articular voluntario/activo hasta sus grados finales, con alteración del tono muscular: hipertonia y/o flacidez)	35%
Moderada(logra movimiento articular voluntario/activo hasta sus grados medios, con alteración del tono muscular: hipertonia y/o flacidez)	45%
Grave(logra movimiento articular voluntario/activo hasta sus grados iniciales, con alteración del tono muscular: hipertonia y/o flacidez)	60%
Monoplejía de un miembro inferior o superior	60%

NERVIOS CRANEALES

Pares craneales	
I. Nervio olfatorio (véase capítulo Sistema Olfatorio)	
II. Nervio óptico (según defecto visual) (Véase Capítulo Campo Visual)	
III. Motor ocular común (Véase Capítulo Campo Visual)	
Parálisis completa (diplopía, midriasis parálitica que obliga a la oclusión, ptosis)	25%
Paresia (valorar según diplopía)	
IV. Motor ocular interno o patético	
Parálisis completa: diplopía de campos inferiores	15%
Paresia (valorar según diplopía)	
V. Nervio trigémino	
Neuralgia unilateral	5%
Neuralgia bilateral	10%
Parálisis sub-orbitaria. Hipoestesia/ anestesia rama oftálmica	5%
Parálisis inferior. Hipoestesia/anestesia rama maxilar	5%
Parálisis lingual. Hipoestesia/ anestesia rama dento-mandibular	5%
VI. Motor ocular externo	
Parálisis completa	5%
Paresia (según diplopía). (Véase Capítulo Campo Visual)	-
VII. Nervio facial	
Unilateral central	5%
Unilateral periférico	10%
Bilateral central	15%
Bilateral periférico	20%
VIII. Nervio auditivo (véase capítulo auditivo)	

IX. Nervio glossofaríngeo	
Disfagia para sólidos	5%
Disfagia para líquidos	5%
X. Parálisis del nervio neumogástrico o vago (valorar según análisis clínico, rayos X de Tórax y Espirometría Funcional)	
XI. Nervio espinal	5%
XII. Nervio hipogloso	
Parálisis(con dificultad en el habla)	10%
Parálisis(con dificultad en la deglución de alimentos sólidos)*	5%
Parálisis(con dificultad en la deglución de alimentos líquidos)*	55

*No son sumatorias aritméticamente las discapacidades por Nervio Glossofaríngeo e Hipogloso que sucedan simultáneamente.

SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO

Son las discapacidades que pueden acompañar a las lesiones osteo-articulares, manifestándose por los déficits sensitivos y/o motores. Los porcentajes de discapacidad corresponden a lesiones completas. Las lesiones parciales de los nervios motores o sensitivos puros, el porcentaje de discapacidad se calculó en forma porcentual a la función perdida. Para estos fines se utilizó la escala propuesta por el British Medical Research Council que gradúa la motricidad y la sensibilidad. Los Cálculos ya fueron realizados de acuerdo a esta escala y están colocados como tal en cada uno de los nervios valorados en la tabla correspondiente

INSTRUCTIVO

M0:	100% de discapacidad motora
M1yM2:	80% de discapacidad motora
M3:	60% de discapacidad motora
M4:	30% de discapacidad motora
M5:	0% de discapacidad motora

Porcentaje de discapacidad:

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

Sensibilidad:

S0:	100% de discapacidad sensitiva
S1:	80% de discapacidad sensitiva
S2:	60% de discapacidad sensitiva
S3:	40% de discapacidad sensitiva
S4:	20% de discapacidad sensitiva
S5:	0% de discapacidad 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.

Criterios Generales:

En el caso de coexistir la lesión neurológica con rigidez y deformidad articular o lesiones neurotendinosas se procederá a la suma de ambas discapacidades por el método de la capacidad restante.

Las lesiones radicales serán evaluadas de acuerdo con la repercusión parcial o total que causen en el o los nervios periféricos que formen.

Los parámetros a evaluar incluyen el examen clínico y la electromiografía.

En las lesiones neurológicas valoradas a continuación, no se debe adicionar la discapacidad por movilidad del miembro superior afectado, la cual ya fue valorada por los componentes motor y sensitivo de los nervios periféricos.

Aquellos casos con neuropatía de un mismo nervio pero en miembros diferentes se valoraran como Polineuropatía (miembro superior o miembro inferior).

Miembro superior	
1.Lesión completa del plexo braquial	60%
2.Nervio supra-escapular	10%
3.Nervio torácico largo	10%
4.Nervio axilar	
Leve	7%
Moderado	15%
Severo	24%
5.Nervio radial	
Leve	10%
Moderado	20%
Severo	30%
6.Nervio musculocutáneo	
Leve	7%
Moderado	15%
Severo	24%
7.Nervio mediano (Síndrome de Túnel Carpiano)	
Leve	7%
Moderado	14%
Severo	28%

8.Nerviocubital	
Leve	10%
Moderado	20%
Severo	30%
Polineuropatía de miembro superior (dos o más nervios sin compromiso del plexo braquial)	
Leve	15%
Moderado	25%
Severo	35%

Miembro inferior	
1.Lesión completa del plexo lumbar	50%
2.Lesión completa del plexo sacro	55%
3.Nervio femoral	
Leve	10%
Moderado	25%
Severo	40%
4.Nervio obturador interno	
Leve	6%
Moderado	14%
Severo	22%
5.Nervio ciático	
Leve	15%
Moderado	35%
Severo	50%
6.Nervio cutáneo posterior del muslo	5%
7.Nervio peroneo común	
Leve	6%
Moderado	15%
Severo	24%
8.Nervio tibial anterior (mitad proximal de la pierna)	
Leve	7%
Moderado	16%
Severo	26%
9.Nervio tibial anterior (mitad distal de la pierna)	
Leve	3%
Moderado	6%
Severo	10%
10.Nervio peroneo superficial	6%
11.Nervio tibial posterior	
Leve	8%
Moderado	14%
Severo	25%
12.Nervio plantar externo o interno	
Leve	2%
Moderado	6%
Severo	10%

13.Nervio Safeno	5%
14.Nervio sural	5%
Polineuropatía de miembro inferior (dos o más nervios sin compromiso del N. Ciático y los Plexos Lumbar y Sacro)	
Leve	15%
Moderado	30%
Severo	40%
Polineuropatía de los 4 miembros	
Leve	15%
Moderado	35%
Severo	50%

CAPITULO 2

CABEZA

En este capítulo se valora las deficiencias en cara y de los órganos contenidos, producto de accidentes de trabajo o enfermedades ocupacionales que provoquen discapacidades para el trabajo y para actividades de la vida diaria.

CARA	
Sistema osteoarticular	
Deterioro estructural de maxilar superior y/o inferior (sin posibilidad de reparación). Valorar según repercusión funcional sobre la masticación	20%
Con comunicación con la cavidad nasal (inoperable)	20%
Limitación de la apertura bucal (entre incisivos)	10%
Lengua	
Trastornos cicatrízales (cicatrices retráctiles de la lengua que originan alteraciones funcionales posterior a reparación quirúrgica)	5%
Amputación:	
– Amputación parcial con alteración de la fonación y la deglución	10%
– Amputación Total	20%
Alteración del gusto	5%
Nariz	
En todo lo referido a los trastornos nasales no hay sumatorias de Discapacidad Se considerará la Discapacidad más alta de las correspondientes al caso.	
Pérdida de la nariz:	
Parcial	10%
Total	20%
Sistema olfatorio	
Hiposmia	5%
Anosmia	10%
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 o bilateral con trastorno de la acomodación (valorar según pérdida de agudeza visual).	
Cristalino:	
– Catarata postraumática inoperable (valores según agudeza visual corregida).	
– Afaquia unilateral tras fracaso quirúrgico: valorar según agudeza visual corregida (valores según agudeza visual corregida).	
Anexos oculares	
Músculos: parálisis de uno o varios músculos (véanse Pares craneales).	
Entropión, triquiasis, ectropión, cicatrices viciosas	
Unilateral	5%
Bilateral	10%
Mal oclusión palpebral.	
Unilateral	3%
Bilateral	6%
Ptosis palpebral:	
Unilateral (añadir pérdida del campo visual)	3%
Bilateral (añadir pérdida del campo visual)	6%

CAPITULO 3

SISTEMA VISUAL

En este capítulo se proporcionan criterios para la valoración de la discapacidad originada por las deficiencias visuales que pueden existir como consecuencia de padecer afecciones o enfermedades oculares y/o neurooftalmológicas producto de accidentes de trabajo o enfermedades ocupacionales.

En primer lugar se exponen las normas de carácter general que han de tenerse en cuenta para proceder a valorar y/o cuantificar la deficiencia visual.

En segundo lugar, se determinan los criterios para el diagnóstico, la valoración y cuantificación de las deficiencias de la visión.

Por último, se establece la tabla de conversión de la deficiencia visual en porcentaje de discapacidad, se tomara en cuenta en este capítulo el pronóstico de la enfermedad a criterio del especialista en oftalmología.

Es importante considerar que la mayor discapacidad que se otorgue a los trabajadores por enfermedades de ojo es la total permanente para el trabajo habitual; en este capítulo no debe ser considerada la discapacidad absoluta y permanente para cualquier tipo de actividad laboral debido a que el trabajador previa capacitación podrá ser reinsertado en otras actividades laborales.

NORMAS DE CARÁCTER GENERAL PARA LA VALORACIÓN DE DEFICIENCIAS VISUALES

1. Sólo serán objeto de valoración los déficits visuales definitivos, es decir, aquellos no susceptibles de tratamiento y recuperación o aquellos en los que ya se hayan realizado todos los mecanismos de tratamiento existentes.

2. Las variables a tener en cuenta son las que se derivan de la disminución de la función visual. La función visual viene determinada, fundamentalmente, por la agudeza visual y el campo visual.

2. 1. La *agudeza visual* (es decir, el máximo u óptimo poder visual del ojo) puede poseerla el ojo espontáneamente o con corrección óptica.

La agudeza visual deriva de la función macular y la mácula es la zona central de la retina, en la que radica la posibilidad de la discriminación visual fina perfecta; desde este centro de la retina hasta su periferia la sensibilidad retiniana va disminuyendo.

2. 2. *El campo visual* es el espacio en el que están situados todos los objetos que pueden ser percibidos por el ojo estando éste fijo en un punto delante de él, es decir, sin moverse y en posición primaria de mirada. Sus límites máximos son de alrededor de 60º en el sector superior, 60º en el sector nasal, 70º en el sector inferior y 90º en el sector temporal.

El campo visual normal tiene dos zonas fundamentales de significación diferente: la zona central y la zona periférica.

La zona central (o campo visual central) corresponde a la superficie contenida o limitada por la isóptera de alrededor de 30°. Por otra parte, esta zona central del campo visual es la que es vista por la región macular.

Entre los 30° referidos y los límites periféricos descritos está contenido el campo visual periférico (o zona periférica del campo visual).

Los déficits en el campo visual vienen determinados por la disminución de la isóptera periférica, por pérdidas sectoriales o por la existencia de escotomas.

La disminución de la isóptera periférica, o la disminución concéntrica del campo visual pueden ir apareciendo con la edad y no necesariamente ha de considerarse patológica (a veces puede deberse incluso a un defecto de la exploración), sino como uno de los signos que van apareciendo con la vejez. Para interpretar una disminución concéntrica del campo visual como patológica ha de existir una isóptera periférica inferior a 45 ó 40° en sector superior, ídem en nasal, 50° en sector inferior, 70° en sector temporal y, además, corresponderse con una situación patológica ocular o neurooftalmológica.

Las pérdidas o disminuciones sectoriales del campo visual **siempre son patológicas** y los escotomas, si existen en la zona central del campo visual (escotomas centrales), pueden determinar un gran déficit de la agudeza visual.

Tanto la agudeza visual como el campo visual pueden referirse a un solo ojo (uniocular) o a los dos ojos (binocular). Normalmente la función visual es binocular, sin embargo, en términos generales, la función visual uniocular es compatible con las actividades cotidianas comunes.

3. Otro factor que influye en la eficiencia de la visión es la motilidad ocular. En visión binocular, sólo es compatible con las actividades normales de la persona la existencia de un perfecto equilibrio oculomotor, es decir, existencia de paralelismo de los ejes visuales al mirar a un determinado punto. Si este paralelismo no está presente en ojos con buena agudeza visual, da lugar a la diplopía, que puede dificultar las actividades habituales. Pero la diplopía no existe si un ojo no ve o su agudeza visual es muy inferior a la del ojo congénere, aunque sus ejes visuales estén desviados. En este caso, la desviación de un ojo no dificulta la función visual.

Cuando la diplopía aparece sólo en alguna de las posiciones de la mirada, la persona pone en marcha elementos compensadores que eliminan la diplopía (por ejemplo, giro o inclinación de la cabeza en esas situaciones), por lo que estos casos son compatibles con el desarrollo de una actividad normal.

Cuando exista ablación unilateral de globo ocular y disminución de la agudeza visual del otro ojo, se determinara el porcentaje de discapacidad definitivo por método de capacidad restante.

Campo visual	
Visión periférica	
Hemianopsias:	
Homónimas	45%
Heterónimas	
– Binasal o bitemporales (verticales u horizontales)	35%
Escotomas yuxtacentrales (se valora según pérdida de agudeza visual)	
Visión central	
Escotoma central (se valora con la pérdida de agudeza visual)	
Función oculomotriz	
Diplopía:	
En posiciones altas de la mirada –menos de 10º de desviación–	10%
En el campo lateral –menos de 10º de desviación–	10%
En la parte inferior del campo visual –menos de 10º de desviación–	20%
En todas las direcciones, obligando a ocluir un ojo –desviación de más de 10º–	30%
Agudeza visual	
Déficit de la agudeza visual (según tabla de Sena)	
Pérdida de visión de un ojo	45%
<i>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.</i>	
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%

CAPITULO 4

SISTEMA AUDITIVO

En este capítulo se proporcionan criterios para la valoración por Enfermedades Ocupacionales y Accidentes de Trabajo que generan discapacidad para el trabajo con compromiso de la audición.

En primer lugar se establecen las normas de carácter general para la valoración de la deficiencia producida por estos trastornos. En segundo lugar se determinan los criterios para la asignación del porcentaje de discapacidad que corresponde a cada caso

NORMAS DE CARACTER GENERAL PARA LA VALORACIÓN DE LA DEFICIENCIA ORIGINADA POR PÉRDIDA DE AUDICIÓN INDUCIDA POR RUIDO.

1. Únicamente serán objeto de valoración los trastornos permanentes de la audición.
2. Las personas que hayan sufrido daño auditivo 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, en caso de contusión encefálica deberá existir un intervalo no inferior a 7 días entre las audiometrías.
3. La disminución de la audición inducida por ruido industrial se mide valorando la pérdida en decibelios en las cuatro frecuencias: 500, 1.000, 2.000 y 4.000 Hz.
4. 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.
5. La presencia de acúfenos se valorará según los criterios establecidos en este capítulo para la pérdida auditiva, si se acompañan de hipoacusia.
6. Cuando al paciente le haya sido aplicado un implante coclear (valorado por Otorrinolaringología y Foniatría), la valoración de la deficiencia se realizará de acuerdo con la función auditiva residual que presente una vez concluida la rehabilitación, teniendo en cuenta que el porcentaje de discapacidad asignado nunca podrá ser inferior al 33%.

Sistema Auditivo

Sistema auditivo	
Pérdida del pabellón auricular postraumática que produce disminución de la agudeza auditiva aérea unilateral (Hipoacusia Conductiva, valorar según agudeza auditiva)	
Barotrauma ótico (valorar según agudeza auditiva)	
Déficit de la agudeza auditiva	
Pérdida auditiva total Neurosensorial Unilateral	11%
Pérdida auditiva total Neurosensorial Bilateral	40%
Trauma Acústico Unilateral	5%
Trauma Acústico Bilateral	8%
Acufenos (se adicionara al déficit de la agudeza auditiva)	2%
Perdida del equilibrio (se adicionara al déficit de la agudeza auditiva)	5%
Membrana del Tímpano (Hipoacusia Conductiva)	
Perforación uni o bilaterales (valorar según repercusión auditiva y/o vestibular)	
Cálculo de la pérdida auditiva monoaural	
Se suma la pérdida en decibelios 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 para cada oído.	

Tabla 1
Conversión del nivel estimado de audición en porcentaje de pérdida auditiva monoaural

PÉRDIDA AUDITIVA MONOAURAL			
SNDA	%	SNDA	%
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	370o >	100,0
235	50,6		

SNDA: Suma en decibelios de los niveles de audición en las frecuencias 500, 1000, 2000 y 4000

Cálculo de la pérdida auditiva bilateral

Se suma los umbrales de la audición en las frecuencias 500, 1.000, 2.000 y 4.000 de cada oído y se traslada a la tabla 2

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, el resultado se debe llevar a la tabla 3 el cual expresa el porcentaje definitivo de discapacidad auditiva

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 existente.

Tabla 3.
Porcentaje definitivo de discapacidad auditiva

% Pérdida de audición binaural	% discapacidad	% Pérdida de audición binaural	% discapacidad	% Pérdida de audición binaural	% discapacidad	% Pérdida de audición binaural	% discapacidad
0-1,6	1	16,1-17,6	11	32,6-35	21	59,6-64	31
1,7-3,2	2	17,7-19,2	12	35,1-37,5	22	64,1-68,5	32
3,3-4,8	3	19,3-20,8	13	37,6-40	23	68,6-73	33
4,9-6,4	4	20,9-22,4	14	40,1-42,5	24	73,1-77,5	34
6,5-8	5	22,5-23,9	15	42,6-45	25	77,6-81,9	35
8,1-9,6	6	24-25,4	16	45,1-47,5	26	82-85,6	36
9,7-11,2	7	25,5-26,9	17	47,6-50	27	85,7-89,2	37
11,3-12,8	8	27-28,4	18	50,1-52,5	28	89,3-92,8	38
12,9-14,4	9	28,5-29,9	19	52,6-54,9	29	92,9-96,4	39
14,5-16	10	30-32,5	20	55-59,5	30	96,5-100	40

CAPÍTULO 5

SISTEMA MUSCULOESQUELETICO

Para la evaluación de las afecciones osteomioarticulares se tendrán en cuenta las deficiencias anatómo-funcionales derivadas de un accidente del trabajo o de una enfermedad ocupacional.

Para su diagnóstico se empleará fundamentalmente la clínica y se requerirá de exámenes de apoyo tales como radiografías simples, estudios electrofisiológicos, Tomografía Axial Computada (TAC- scanner), Resonancia Nuclear Magnética, entre otros.

Las fracturas que consoliden bien sin dejar alteración alguna (muscular, neurológica, ósea, etc.), serán consideradas discapacidad temporal.-

El dolor, no acompañado de signos objetivos de organicidad, no será objetivo de discapacidad permanente. En éstos casos estará indicada la utilización de exámenes paraclínicos.

En los pacientes afectados de limitaciones de movilidad múltiples producto de lesiones anatómicas y/o funcionales EN UN MISMO SEGMENTO CORPORAL de la columna vertebral se procederá a la suma aritmética de todas ellas para el cálculo de la discapacidad total.

En los pacientes afectados de limitaciones de movilidad múltiples producto de lesiones anatómicas y/o funcionales EN DIFERENTES SEGMENTOS CORPORALES de la columna vertebral se procederá para el cálculo de la discapacidad total MEDIANTE EL MÉTODO DE LA CAPACIDAD RESTANTE.

En los casos de diferentes alteraciones en algún miembro (superior o inferior) la discapacidad total se obtendrá mediante el método de la capacidad restante.

En este capítulo se tomara en cuenta las discapacidades generadas por enfermedades que se producen por exposición a temperaturas extremas y a presiones atmosféricas, necrosis óseas asépticas y osteonecrosis disbáricas.

Las unidades anatómo-funcionales a considerar son:

1- COLUMNA VERTEBRAL

SEGMENTO CERVICAL

SEGMENTO DORSOLUMBAR

SEGMENTO SACROCOXIS

2- CAJA TORÁCICA

3- MIEMBRO SUPERIOR

4- MIEMBRO INFERIOR

COLUMNA VERTEBRAL

- 1) En los casos de limitación de la movilidad, cuando son varios los movimientos afectados en un mismo segmento, se suma aritméticamente el grado de discapacidad de cada uno de ellos.
- 2) Los grados de limitación en la rotación e inclinación para columna cervical y dorso-lumbar deben ser valorados individualmente derecha (D) e izquierda (I) y luego sumados aritméticamente.
- 3) En los casos en que la columna se encuentre anquilosada, el mayor valor por anquilosis, corresponde a la discapacidad global de la columna (ejemplo síndrome de espalda fallida)
- 4) Cabe destacar que en lo referente a las alteraciones del disco en diferentes niveles del mismo segmento se toma en cuenta la movilidad articular y se suman los porcentajes aritméticamente.
- 5) En caso de existir una alteración en el disco a diferentes segmentos (Cervical o Lumbar), se sumara el porcentaje de discapacidad tomando en consideración el método de la capacidad restante, tal como se explica en el inicio del Baremo.
- 6) Por signos clínicos se entiende fuerza, tono, Trefismo y reflejos.
- 7) Para la gravedad de la Radiculopatía, se tomara en cuenta para el compromiso radicular leve: expresión clínica y electromiográfica hasta la región sensitiva del nervio; moderada: expresión clínica y electromiográfica hasta la región motora del nervio y; severa: expresión clínica y electromiográfica hasta la región neurovegetativa del nervio.
- 8) A los porcentajes de discapacidad correspondiente a Cervico-braquialgia y Dorso-lumbalgia post traumática, a las alteraciones del disco y a las Espondilolistesis se le debe adicionar la suma de porcentaje por limitación de movimientos según el segmento afectado.
- 9) En casos donde se diagnostique alteraciones del disco por RMN con EMG normal, se tomara en cuenta el porcentaje aplicable a la limitación de movimiento, el cual suele medirse con un Goniómetro que mide en grados el movimiento, respecto al eje. (Kielhofner Gary 2006). (Ver tabla correspondiente según segmento afectado)
- 10) En los casos donde existan 2 o más enfermedades se adicionara los otros porcentaje por el método de la capacidad restante.
- 11) 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 discapacidad corresponderá a la cifra mayor; los resultados parciales no se suman.

Limitación de la movilidad (se determinara la movilidad de cada movimientos se sumaran los valores para hallar el correspondiente a la limitación funcional).	Ver tabla
Ver tabla según segmento de columna correspondiente	
Fractura de cuerpo vertebral no operada , sin alteraciones electromiográficas (ver tabla de limitaciones)	Ver tabla
Fractura de más de un cuerpo vertebral no operada , sin alteraciones electromiográficas (ver tabla de limitaciones)	Ver tabla
Fractura de más de un cuerpo vertebral no operada con lesión radicular leve a moderada, corroborada electromiográficamente	12%
Fractura de más de un cuerpo vertebral no operada con lesión radicular severa, corroborada electromiográficamente	18%
Fractura de más de un cuerpo vertebral no operada con acúñamiento	
–Menos del 50 por ciento de la altura de la vértebra (se adiciona el % por limitación funcional)	1%
–Más del 50 por ciento de la altura de la vértebra (se adiciona el % por limitación funcional)	2%
Fractura de un cuerpo vertebral operada , sin alteraciones electromiográficas (ver tabla de limitaciones)	Ver tabla
Fractura de un cuerpo vertebral operada con lesión radicular leve a moderada, corroborada electromiográficamente	28%
Fractura de un cuerpo vertebral operada con lesión radicular severa, corroborada electromiográficamente	30%
Fractura de más de un cuerpo vertebral operada , sin alteraciones electromiográficas (ver tabla de limitaciones)	Ver tabla
Fractura de más de un cuerpo vertebral operada con lesión radicular leve a moderada, corroborada electromiográficamente	30%
Fractura de más de un cuerpo vertebral operada con lesión radicular severa, corroborada electromiográficamente	40%
Fractura de más de un cuerpo vertebral operada con acúñamiento	
–Menos del 50 por ciento de la altura de la vértebra (Se adiciona el % por limitación funcional)	1%
–Más del 50 por ciento de la altura de la vértebra (Se adiciona el % por limitación funcional)	2%
Cérvicobraquialgia post-traumática, con alteraciones clínicas y electromiográficas leves a moderadas (Se adiciona el % por limitación funcional)	5%

Cérvicobraquialgia post-traumática, con alteraciones clínicas y electromiográficas severas (se adiciona el % por limitación funcional)	12%
Dorsolumbalgia post-traumática, con alteraciones clínicas y electromiográficas leves a moderadas (se adiciona el porcentaje por limitación funcional)	5%
Dorsolumbalgia post-traumática, con alteraciones clínicas y electromiográficas severas (se adiciona el porcentaje por limitación funcional)	12%
Espondilolistesis traumática sin repercusión electromiográfica	
– Grado III. (se adiciona el % por limitación funcional)	1%
– Grado IV (se adiciona el porcentaje por limitación funcional)	2%
Espondilolistesis traumática, no operada con repercusión electromiográfica leve a moderada (se adiciona el % por limitación funcional)	5%
Espondilolistesis traumática, no operada con repercusión electromiográfica severa (se adiciona el porcentaje por limitación funcional)	12%
Espondilolistesis traumática, operada , con repercusión electromiográfica	Ver Tabla
Espondilolistesis traumática, operada , con repercusiones electromiográfica leve a moderada (se adiciona el porcentaje por limitación funcional)	8%
Espondilolistesis traumática, operada , con repercusión electromiográfica severa (se adiciona el porcentaje por limitación funcional)	15%
ALTERACIONES CLINICAS Y FUNCIONALES DEL DISCO INTERVERTEBRAL EN LOS SEGMENTOS CERVICAL/LUMBAR	
Alteraciones clínicas, imagenológicas (Insinuación, abombamiento o prominencia), no operada y electromiográficas leve a moderada. (se adiciona el porcentaje por limitación funcional)	5%
Alteraciones clínicas, imagenológicas (Insinuación, abombamiento o prominencia), no operada y electromiográficas severas. (se adiciona el porcentaje por limitación funcional)	8%
Alteraciones clínicas, imagenológicas (Insinuación, abombamiento o prominencia), no operada , en 2 o más niveles y electromiográficas leve a moderada. (se adiciona el porcentaje por limitación funcional)	5%
Alteraciones clínicas, imagenológicas (Insinuación, abombamiento o prominencia), no operada , en 2 o más niveles y electromiográficas severas. (se adiciona el porcentaje por limitación funcional)	8%
Alteraciones clínicas, imagenológicas (Insinuación, abombamiento o prominencia), operada y electromiográficas leve a moderada. (se adiciona el porcentaje por limitación funcional)	5%
Alteraciones clínicas, imagenológicas (Insinuación, abombamiento o prominencia), operada y electromiográficas severas. (se adiciona el porcentaje por limitación)	8%

funcional)	
Alteraciones clínicas, imagenológicas (Insinuación, abombamiento o prominencia), operada , en 2 o más niveles y electromiográficas leve a moderada. (se adiciona el porcentaje por limitación funcional)	8%
Alteraciones clínicas, imagenológicas (Insinuación, abombamiento o prominencia), operadas , en 2 o más niveles, y electromiográficas severas. (se adiciona el porcentaje por limitación funcional)	10%
Alteraciones clínicas, imagenológicas (Protrusión), no operadas y electromiográficas leve a moderada. (se adiciona el porcentaje por limitación funcional)	8%
Alteraciones clínicas, imagenológicas (Protrusión), no operadas y electromiográficas severas. (se adiciona el porcentaje por limitación funcional)	15%
Alteraciones clínicas, imagenológicas (Protrusión), no operadas , en 2 o más niveles y electromiográficas leve a moderada. (se adiciona el porcentaje por limitación funcional)	10%
Alteraciones clínicas, imagenológicas (Protrusión), no operada , en 2 o más niveles y 5% electromiográficas severas. (se adiciona el porcentaje por limitación funcional)	18%
Alteraciones clínicas, imagenológicas (Protrusión), operadas y electromiográficas leve a moderada. (se adiciona el porcentaje por limitación funcional)	12%
Alteraciones clínicas, imagenológicas (Protrusión), operadas , y electromiográficas severas. (se adiciona el porcentaje por limitación funcional)	28%
Alteraciones clínicas, imagenológicas (Protrusión), operadas , en 2 o más niveles y electromiográficas leve a moderadas. (se adiciona el porcentaje por limitación funcional)	25%
Alteraciones clínicas, imagenológicas (Protrusión), operadas , en 2 o más niveles y electromiográficas severas. (se adiciona el porcentaje por limitación funcional)	30%
Alteraciones clínicas, imagenológicas (Hernia Discal), no operada y electromiográficas leve a moderada. (se adiciona el porcentaje por limitación funcional)	12%
Alteraciones clínicas, imagenológicas (Hernia Discal), no operadas y electromiográficas severas. (se adiciona el porcentaje por limitación funcional)	18%
Alteraciones clínicas, imagenológicas (Hernia Discal), no operadas , en 2 o más niveles y electromiográficas leve a moderada. (se adiciona el porcentaje por limitación funcional)	20%
Alteraciones clínicas, imagenológicas (Hernia Discal), no operadas , en 2 o más niveles y electromiográficas severas. (se adiciona el porcentaje por limitación funcional)	30%
Alteraciones clínicas, imagenológicas (Hernia Discal), operadas y electromiográficas leve a moderada. (se adiciona el porcentaje por limitación funcional)	28%

Alteraciones clínicas, imagenológicas (Hernia Discal), operadas y electromiográficas severas. (se adiciona el porcentaje por limitación funcional)	30%
Alteraciones clínicas, imagenológicas (Hernia Discal), operadas , en 2 o más niveles y electromiográficas leve a moderadas. (se adiciona el porcentaje por limitación funcional)	30%
Alteraciones clínicas, imagenológicas (Hernia Discal), operadas , en 2 o más niveles y electromiográficas severas. (se adiciona el porcentaje por limitación funcional)	40%

Sacro y pelvis

Diastasis Pubiana y/o luxofractura sacrococcígea con subluxación sacroilíaca con compromiso funcional y neurológico	12%
---	-----

TABLAS DE LIMITACION DE MOVIMIENTO:

Criterios generales:

Los ángulos de movimientos deben ser medidos por goniometría, para lo cual se debe contar con el equipo necesario y sumar aritméticamente los porcentajes de deficiencias o limitaciones encontradas cuando estén sean múltiples.

Se recuerda que la rotación y la inclinación derecha e izquierda se debe explorar por separado y sumar el porcentaje encontrado.

Columna Cervical

Exploración desde 0° hasta:

	Extensión	Rotación D. I.		Inclinación D. I.		Flexión
0°	4%	2%	2%	4%	4%	4%
10°	2%	2%	2%	3%	3%	3%
20°	1%	1%	1%	1%	1%	1%
30°	0%	1%	1%	1%	1%	0%
40°				1%	1%	
50° a 80°				0%	0%	

Fuente: Tomado de Taboada Claudio H. Goniometría. 2007. República de Argentina.

Columna Dorsolumbar

Exploración desde 0º hasta:

	Rotación D. I.		Inclinación D. I.		Flexión	Extensión
0°	5%	5%	4%	4%	8%	3%
10°	4%	4%	2%	2%	7%	2%
20°	2%	2%	1%	1%	6%	1%
30°	0%		0%	0%	5%	0%
40°					4%	
50°					3%	
60°					2%	
70°					1%	
80°					0%	

Fuente: Tomado de Taboada Claudio H. Goniometría. 2007. República de Argentina.

En casos de lograr la amplitud articular completa o al menos en un 75%, debe adicionarse la valoración de la fuerza y calificarse de la siguiente forma, según cuadro de Símbolos de Puntuación del Dr. Robert W. Lovett

Escala	Criterio de Calificación	%
5/5	Arco completo del movimiento contra la gravedad y vence máxima resistencia	0%
4/5	Arco completo de movimiento contra la gravedad y vence resistencia	2%
3/5	Arco completo de movimiento contra la gravedad sin resistencia	3%

Fuente: Peterson Kendall Florence, Kendall Mc Creary Elizabeth, Geise Provance Patricia, Músculos, Pruebas, Funciones y Dolor Postural.

ANQUILOSIS
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%		

Fuente: Tomado de Taboadela Claudio H. Goniometría. 2007. República de Argentina.

Columna Dorso-lumbar

	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%	

Fuente: Tomado de Taboadela Claudio H. Goniometría. 2007. República de Argentina.

SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO: MIEMBRO SUPERIOR

1. La puntuación de una o varias entidades patológicas correspondientes a una articulación, miembro o sistema (en el caso de que sean dos o más entidades patológicas se debe utilizar la fórmula de discapacidad restante), nunca podrá superar a la que corresponda por la pérdida total, anatómica y/o funcional de esa articulación, miembro 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 utilizará el método reconocido por Goniometría.
3. 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.
4. Para la fuerza muscular de mano suele comprobarse por medio de una prueba manual del musculo, en la que se mide la capacidad de la persona para producir resistencia, movimientos o ambos, bajo circunstancias estandarizadas. La resistencia suele medirse por medio de la estimación de la duración o de la cantidad de repeticiones antes de que aparezca la fatiga (Kielhofner Gary 2006). Según Peterson, Kendall y Geiser (2005), las pruebas de fuerza no emplean instrumentos tan sencillo los problemas que surgen son muy diferentes en el momento de medir la fuerza. La objetividad se basa en habilidad del examinador para palpar y observar el tendón del musculo responsable, así como para apreciar la capacidad del musculo para desplazar una región a una determinada amplitud de movimiento en el plano horizontal y su fuerza para sostener una región en una posición antigravitatoria. El Dinamómetro crea un nuevo sistema de estandarización del examen de la fuerza muscular, con sus variaciones para detectar el grado de afectación muscular dependiendo de los equipos y observador que realice la prueba. Las manos expertas proporcionan una sensibilidad superior a muchos instrumentos disponibles comportándose como un fantástico ordenador con datos objetivos que proporcionan información sin alterar la prueba muscular valorada.
5. Tablas de movilidad articular: para hallar la cifra de discapacidad causada por las limitaciones de movilidad de una articulación, se sumarán las cifras de discapacidad 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.

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 en examen. La discapacidad corresponderá a la cifra mayor; los resultados parciales no se suman.
7. El porcentaje de discapacidad otorgado por osteosíntesis incluye el daño producido (en la cirugía) para su colocación.
8. Los segmentos a considerar en el miembro superior son: HOMBRO
BRAZO CODO
ANTEBRAZO
MUÑECA
MANO
DEDO

Hombro	
Desarticulación/amputación del hombro:	65%
Inestabilidad articular (resecciones y amplias pérdidas de sustancia, resección de la cabeza humeral) (la cifra se adiciona a la limitación funcional)	5%
Abolición total de la movilidad del hombro(anquilosis del hombro)	Ver Tabla I
Fracturas y otras entidades patológicas * con limitación de la movilidad (se determinará la movilidad de cada movimiento y se sumarán los valores de Discapacidad para hallar el correspondiente a limitación funcional)*Síndrome de manguito rotador, lesión de Slap.	Ver Tabla II
Luxación recidivante del hombro inoperable (según repercusión funcional)	10%
Osteomielitis crónica, según gravedad y actividad de la infección y/o Osteonecrosis disbárica (la cifra se adiciona a la correspondiente por limitación funcional)	
Leve	1%
Moderado	3%
Severo	5%
Artrosis postraumática y/o hombro doloroso con limitación funcional (la cifra se adiciona a la correspondiente por limitación funcional)	3%
Prótesis total del hombro (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	1%
Material de osteosíntesis(la cifra se adiciona a la correspondiente por Limitación funcional)	1%
Luxación acromioclavicular /esternoclavicular (inoperables)	3%
Brazo	
Amputación a nivel del húmero: unilateral	60%
Fracturas con Cayo vicioso y/o consolidaciones en rotación y/o angulaciones del húmero superiores a 10°. (la cifra se adiciona a la correspondiente por limitación funcional)	2%
Artrosis postraumática del húmero(la cifra se adiciona a la Correspondiente por limitación funcional)	1%
Osteomielitis crónica, según gravedad y actividad de la infección y/o Osteonecrosis disbárica (la cifra se adiciona a la correspondiente por limitación funcional)	
Leve	1%
Moderado	3%
Severo	5%
Acortamiento/alargamiento del miembro superior mayor de dos (02) centímetros (medidos radiográficamente)	3%
Material de osteosíntesis en el húmero (la cifra se adiciona a la correspondiente por limitación funcional)	1%

Codo	
Amputación- desarticulación del codo	50%
Inestabilidad articular (por grandes pérdidas de partes blandas y óseas) (La cifra se adiciona a la correspondiente por limitación funcional)	5%
Anquilosis –artrodesis del codo	Ver Tabla III
Limitación de la pronosupinación del antebrazo	Ver tabla IV
Osteomielitis crónica, según gravedad y actividad de la infección y/o Osteonecrosis disbárica (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	
Leve	1%
Moderado	3%
Severo	5%
Fracturas con Artrosis postraumática y/o codo doloroso con limitación funcional (la cifra se adiciona a la generada por limitación funcional)	3%
Prótesis de codo (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	1%
Material de osteosíntesis (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	1%
Antebrazo y muñeca	
Amputación a nivel del antebrazo	45%
Inestabilidad articular de la muñeca (por grandes pérdidas de partes blandas u óseas) (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional.)	3%
Anquilosis / artrodesis de la muñeca	Ver tabla V
Fracturas y otras entidades patológicas que generen limitación de la movilidad de la	Ver tabla VI
Consolidaciones en rotación y/o angulaciones del cúbito y/o el radio (la cifra se adiciona a la generada por la imitación funcional)	2%
Artrosis postraumática del cúbito y/o el radio (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	1%
Artrosis postraumática de la muñeca, dolorosa (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	3%
Material de osteosíntesis(la cifrase adiciona a la generada por la limitación funcional)	1%
Mano	
Carpó y metacarpo	
Amputación de la mano (a la altura del carpo o el metacarpo, unilateral)	40%
Artrosis postraumática del escafoides	6%
Material de osteosíntesis (la cifrase adiciona a la generada por la limitación funcional)	1%
Dedos	
Amputación del dedo pulgar:	
A nivel de la articulación metacarpofalángica	25%
A nivel de la articulación interfalángica	15%
A nivel del extremo distal de la falange distal	5%
Amputación del dedo índice:	
A nivel de la articulación metacarpofalángica	14%
A nivel de la articulación interfalángica proximal	12%
A nivel de la articulación interfalángica distal	7%
A nivel del extremo distal de la tercera falange	5%
Amputación del dedo medio:	
A nivel de la articulación metacarpofalángica	11%
A nivel de la articulación interfalángica proximal	11%
A nivel de la articulación interfalángica distal	5%

A nivel del extremo distal de la tercera falange	3%
Amputación del dedo anular:	
A nivel de la articulación metacarpofalángica	8%
A nivel de la articulación interfalángica proximal	8%
A nivel de la articulación interfalángica distal	4%
A nivel del extremo distal de la tercera falange	3%
Amputación del dedo meñique:	
A nivel de la articulación metacarpofalángica	5%
A nivel de la articulación interfalángica proximal	4%
A nivel de la articulación interfalángica distal	3%
A nivel del extremo distal de la tercera falange	2%
Limitación de la movilidad del dedo pulgar	Ver tabla VII
Anquilosis / artrodesis del dedo pulgar	Ver tabla VIII
Limitación de la movilidad del dedo índice	Ver Tabla IX
Anquilosis / artrodesis del dedo índice	
Limitación de la movilidad del dedo medio	Ver tabla X
Anquilosis / artrodesis del dedo medio	
Limitación de la movilidad del dedo anular	Ver tabla XI
Anquilosis / artrodesis del dedo anular	
Limitación de la movilidad del dedo meñique	Ver tabla XII
Anquilosis / artrodesis del dedo meñique	
Artrosis postraumática y/o dolor en la mano con limitación funcional (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	3%

Tabla I. HOMBRO: anquilosis/artrodesis.

Anquilosis del hombro (no hay sumatoria de discapacidades)						
	Abducción	Aducción	Flexión	Extensión	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°- 180°	60%	-	60%	-	-	-

Fuente: Tomado de Taboada Claudio H. Goniometría. 2007. República de Argentina.

Tabla II. HOMBRO: limitación de la movilidad.

Limitación de la movilidad del hombro						
	Abducción	Aducción	Flexión	Extensión	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%	1%	5%
50°	7%	-	7%	-	1%	4%
60°	6%	-	5%	-	0%	3%
70°	5%	-	5%	-	-	2%
80°	5%	-	4%	-	-	1%
90°	4%	-	4%	-	-	0%
100°	4%	-	3%	-	-	-
110°	2%	-	2%	-	-	-
120°	2%	-	2%	-	-	-
130°	2%	-	2%	-	-	-
140°	2%	-	2%	-	-	-
150°	1%	-	1%	-	-	-
160°	1%	-	1%	-	-	-
170°-180°	0%	-	0%	-	-	-

Fuente: Tomado de Taboada Claudio H. Goniometría. 2007. República de Argentina.

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

Anquilosis/artrodesis y limitación de la movilidad del codo			
	Anquilosis / Artrodesis	Flexión(medir desde 0°)	Extensión(medir desde 150°)
0°	45%	35%	0%
10°	42%	30%	0%
20°	39%	25%	1%
30°	36%	20%	1%
40°	33%	15%	2%
50°	30%	13%	3%
60°	27%	11%	5%
70°	24%	9%	7%
80°	21%	7%	9%
90°	24%	5%	11%
100°	27%	3%	13%
110°	30%	2%	15%
120°	33%	1%	20%
130°	36%	1%	25%
140°	39%	0%	30%
150°	42%	0%	35%

Fuente: Tomado de Taboada Claudio H. Goniometría. 2007. República de Argentina.

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

Limitación de la pronación – supinación	
Desde 0° (para cada lado)	
0°	5%
10°	4%
20°	3%
30°	2%
40°	2%
50°	1%
60°	1%
70°	0%
80°- 90°	0%

Fuente: Tomado de Taboada Claudio H. Goniometría. 2007. República de Argentina.

Tabla V. MUÑECA: anquilosis / artrodesis.

Anquilosis/ artrodesis de la muñeca (no hay sumatoria)				
	Flexión	Extensión	Desviación radial	Desviación Cubital
0°	9%	9%	9%	9%
10°	9%	8%	17%	15%
20°	10%	7%	35%	24%
30°	15%	6%	-	35%
40°	20%	14%	-	-
50°	25%	25%	-	-
60°	30%	35%	-	-
70°	35%	-	-	-

Fuente: Tomado de Taboada Claudio H. Goniometría. 2007. República de Argentina.

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%	2%
30°	3%	4%	-	2%
40°	1%	2%	-	1%
50°	1%	1%	-	1%
60°	1%	0%	-	0%
70°	0%	0%	-	-
80° - 90°	0%			

Fuente: Tomado de Argente. Álvarez. Semiología Medica y Kapandji A. Fisiología Articular.

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

Limitación de la movilidad del dedo pulgar				
(incluye aducción y abducción)				
	Articulación metacarpofalángica		Articulación interfalángica	
	flexión	Extensión	Flexión	Extensión
0º	12%	0%	10%	4%
10º	10%	0%	8%	3%
20º	8%	0%	7%	2%
30º	6%	0%	6%	1%
40º	4%	0%	5%	0%
50º	2%	0%	4%	0%
60º	0%	0%	2%	0%
70º	-	-	1%	0%
80º-90º	-	-	0%	0%

Fuente: Tomado de Taboada Claudio H. Goniometría. y Argente. Álvarez. Semiología Médica.

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

Anquilosis/ artrodesis del dedo pulgar			
(incluye aducción y abducción)			
	Articulación metacarpofalángica		Articulación interfalángica
	Flexión		Flexión
0º	12%		10%
10º	10%		9%
20º	9%		8%
30º	12%		8%
40º	13%		9%
50º	15%		9%
60º	-		10%
70º	-		11%
80º	-		12%

Fuente: Tomado de Taboada Claudio H. Goniometría. 2007. República de Argentina.

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
0º	11%	0%	11%	9%	0%	9%	4%	0%	4%
10º	8%	1%	9%	7%	1%	8%	3%	1%	3%
20º	6%	2%	7%	6%	2%	8%	2%	1%	2%
30º	5%	4%	6%	5%	3%	7%	2%	2%	2%
40º	4%	5%	7%	4%	4%	6%	1%	3%	3%
50º	3%	6%	8%	4%	5%	7%	1%	4%	3%
60º	3%	8%	10%	3%	6%	8%	0%	5%	4%
70º	2%	10%	11%	3%	8%	9%	0%	6%	6%
80º	1%	12%	13%	2%	9%	10%	-	-	-
90º	0%	14%	14%	1%	11%	11%	-	-	-
100º	-	-	-	0%	12%	12%	-	-	-

Fuente: Tomado de Taboada Claudio H. Goniometría y Kapandji A. Fisiología Articular.

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

Limitación de la movilidad, anquilosis/artrodesis del dedo medio									
	MCF			IFP			IFD		
	Flexión	Extensión	Anquilosis	Flexión	Extensión	Anquilosis	Flexión	Extensión	Anquilosis
0º	7%	0%	7%	6%	0%	6%	3%	0%	3%
10º	6%	1%	7%	6%	1%	5%	2%	1%	3%
20º	5%	2%	6%	5%	2%	5%	1%	1%	2%
30º	4%	3%	5%	5%	3%	4%	1%	1%	2%
40º	4%	4%	5%	4%	4%	4%	1%	2%	2%
50º	3%	5%	6%	4%	5%	5%	1%	2%	3%
60º	3%	6%	7%	3%	6%	6%	0%	3%	4%
70º	2%	8%	9%	3%	7%	8%	0%	4%	4%
80º	1%	9%	10%	2%	8%	9%	-	-	-
90º	0%	11%	11%	1%	10%	10%	-	-	-
100º	-	-	-	0%	11%	11%	-	-	-

Fuente: Tomado de Taboada Claudio H. Goniometría y Kapandji A. Fisiología Articular.

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

Limitación de la movilidad, anquilosis/ artrodesis del dedo anular									
	MCF			IFP			IFD		
	Flexión	Extensión	Anquilosis	Flexión	Extensión	Anquilosis	Flexión	Extensión	Anquilosis
0º	6%	0%	6%	5%	0%	5%	2%	0%	2%
10º	5%	0%	6%	4%	0%	5%	2%	0%	2%
20º	4%	1%	5%	4%	1%	4%	1%	0%	1%
30º	3%	1%	4%	3%	1%	4%	1%	1%	1%
40º	2%	2%	3%	2%	1%	3%	1%	1%	1%
50º	2%	2%	3%	2%	2%	3%	0%	1%	2%
60º	2%	3%	4%	2%	2%	4%	0%	2%	2%
70º	1%	4%	5%	1%	3%	5%	0%	3%	3%
80º	1%	6%	7%	1%	5%	6%	-	-	-
90º	0%	8%	8%	0%	6%	7%	-	-	-
100º	-	-	-	0%	8%	8%	-	-	-

Fuente: Tomado de Taboada Claudio H. Goniometría y Kapandji A. Fisiología Articular.

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

Limitación de la movilidad, anquilosis/artrodesis del dedo meñique									
	MCF			IFP			IFD		
	Flexión	Extensión	Anquilosis	Flexión	Extensión	Anquilosis	Flexión	Extensión	Anquilosis
0º	4%	0%	4%	3%	0%	3%	2%	0%	2%
10º	2%	0%	3%	2%	0%	3%	2%	0%	2%
20º	2%	1%	3%	1%	1%	2%	1%	0%	2%
30º	1%	1%	2%	1%	1%	2%	1%	1%	1%
40º	1%	1%	2%	1%	1%	2%	1%	1%	1%
50º	1%	1%	3%	1%	2%	3%	0%	1%	1%
60º	1%	2%	3%	1%	2%	3%	0%	2%	2%
70º	0%	3%	4%	1%	3%	4%	0%	2%	2%
80º	0%	4%	4%	0%	3%	4%	-	-	-
90º	0%	5%	5%	0%	5%	5%	-	-	-
100º	-	-	-	0%	5%	5%	-	-	-

Fuente: Tomado de Taboada Claudio H. Goniometría y Kapandji A. Fisiología Articular.

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

En casos de lograr la amplitud articular completa o al menos en un 75%, debe adicionarse la valoración de la fuerza y calificarse de la siguiente forma:

Escala	Criterio de Calificación	%
5/5	Arco completo del movimiento contra la gravedad y vence máxima resistencia	0%
4/5	Arco completo de movimiento contra la gravedad y vence resistencia	2%
3/5	Arco completo de movimiento contra la gravedad sin resistencia	3%

SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO: MIEMBRO INFERIOR Y CADERA

1. La puntuación de una o varias entidades patológicas correspondientes a una articulación, miembro o sistema (en el caso de que sean dos o más entidades patológicas se debe utilizar la fórmula de discapacidad restante), nunca podrá superar a la que corresponda por la pérdida total, anatómica y/o funcional de esa articulación, miembro 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 utilizará el método reconocido por Goniometría.
3. Rangos de limitación: cuando para una deficiencia exista un rango de porcentajes de discapacidad 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 discapacidad causada por las limitaciones de movilidad de una articulación, se sumarán las cifras de discapacidad 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 discapacidad corresponderá a la cifra mayor, los resultados parciales no se suman.
7. El porcentaje de incapacidad otorgado por osteosíntesis incluye el daño producido en la cirugía para su colocación.
8. Los segmentos a considerar en el miembro inferior son:
 - CADERA
 - MUSLO
 - RODILLA
 - PIERNA
 - TOBILLO
 - PIE
 - DEDO

DISMETRIAS	
Dismetría postraumática de los miembros inferiores corregible con el uso de aparatos ortopédicos	5%
Dismetría postraumática de los miembros inferiores no corregible con el uso de aparatos ortopédicos y que obliguen para el uso de aditamento (muleta, bastón) para la marcha	10%
CADERA	
Desarticulación / amputación unilateral	60%
Fracturas y otras entidades patológicas con limitación de los movimientos	Véase tabla
Anquilosis / artrodesis	Véase tabla
Osteomielitis crónica, según gravedad y actividad de la infección y/o Osteonecrosis disbárica (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	
Leve	1%
Moderado	3%
Severo	5%
Artrosis postraumática (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	3%
Prótesis parcial o total (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	1%
Material de osteosíntesis (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	1%
MUSLO	
Amputación del fémur a nivel diafisario o de la rodilla unilateral	50%
Fracturas y otras entidades patológicas con limitación de los movimientos	Véase tabla
Artrosis postraumática del fémur (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	1%
Osteomielitis crónica, según gravedad y actividad de la infección y/o Osteonecrosis disbárica (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	
Leve	1%
Moderado	3%

Severo	5%
Consolidaciones en rotación y/o angulaciones y/o alteraciones del cayo óseo (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	1%
Material de osteosíntesis (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	1%
Rodilla	
Fracturas y otras entidades patológicas con limitación de la movilidad Anquilosis / artrodesis de la rodilla	Véase tabla
Osteomielitis crónica, según gravedad y actividad de la infección y/o Osteonecrosis disbárica (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	
Leve	1%
Moderado	3%
Severo	5%
Artrosis postraumática (se refiere a las articulaciones femorotibial y femoropatelar e incluye las limitaciones funcionales y el dolor) (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	1%
Prótesis de rodilla parcial o total (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	1%
Material de osteosíntesis (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	1%
Pierna	
Amputación	40%
Fracturas y otras entidades patológicas con limitación de los movimientos	Véase tabla
Artrosis postraumática de pierna (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	1%
Osteomielitis crónica de la tibia, según gravedad y actividad de la infección y/o Osteonecrosis disbárica (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	
Leve	1%
Moderado	3%
Severo	5%

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%
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%
Material de osteosíntesis en la tibia (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	1%
Material de osteosíntesis en el peroné (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	1%
Tobillo	
Amputación a nivel tibiotarsiano o del tarso	30%
Fracturas y otras entidades patológicas con limitación de los movimientos	Ver tabla
Limitación de la movilidad del tobillo y el retropié	Ver Tabla
Anquilosis / artrodesis del tobillo y el retropié	Ver Tabla
Artrosis postraumática (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	1%
Material de osteosíntesis (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	1%
Pie	
Amputación del metatarso y el tarso unilateral	20%
Fracturas y otras entidades patológicas con limitación de los movimientos	Ver tabla
Triple artrodesis / anquilosis	15%
Artrosis postraumática subastragalina y/o astrágalo (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	1%
Deformidades postraumáticas del pie (valgo, varo) (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	1%
Material de osteosíntesis en el pie (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	1%

Dedos	
Amputación del primer dedo	12%
Amputación de la segunda falange del primer dedo	6%
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 (Osteoartrosis)	Ver Tabla
Artrodesis / anquilosis del primer dedo (hallux) y de los demás dedos	Ver tabla
Material de osteosíntesis en los dedos (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional)	1%

TABLA DE LIMITACION 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%	0%	2%	1%
40°	4%		0%		1%	0%
50°	4%				0%	
60°	3%				0%	
70°	3%					
80°	2%					
90°	1%					
100°	0%					

Fuente: Tomado de Taboabela Claudio H. Goniometría. 2007. República de Argentina.

TABLA DE ANQUILOSIS / ARTRODESIS DE LA CADERA						
	Flexión	Extensión	Abducción	Aducción	Rotación Externa	Rotación Interna
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%					

Fuente: Tomado de Taboadela Claudio H. Goniometría. 2007. República de Argentina.

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 0º)	Extensión(medir desde 150º)
0°	25%	25%	0%
10°	30%	20%	5%
20°	35%	20%	15%
30°	40%	17%	35%
40°	45%	16%	45%
50°	50%	14%	50%
60°	50%	13%	50%
70°	50%	11%	50%
80°	50%	10%	50%
90°	50%	8%	50%
100°	50%	7%	50%
110°	50%	6%	50%
120°	50%	4%	50%
130º	50%	3%	50%
140º	50%	2%	50%
150º	50%	0%	50%

Fuente: Tomado de Taboadela Claudio H. Goniometría. 2007. República de Argentina.

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

Limitación de la movilidad del tobillo y el retropié				
	Flexión dorsal	Flexión plantar	Inversión	Eversión
0º	3%	6%	3%	3%
10º	2%	4%	2%	1%
20º	0%	3%	1%	0%
30º	-	2%	0%	-
40º	-	0%	-	-

Fuente: Tomado de Taboadela Claudio H. Goniometría, Argente. Álvarez Semiología Médica y Kapandji A. Fisiología Articular.

Tabla XVII. TOBILLO Y RETROPIÉ: anquilosis / artrodesis.

Anquilosis/artrodesis del tobillo y el retropié				
	Flexión dorsal	Flexión plantar	Inversión	Eversión
0º	12%	12%	12%	12%
10º	20%	16%	17%	20%
20º	28%	20%	23%	28%
30º	-	24%	28%	-
40º	-	28%	-	-

Fuente: Tomado de Taboadela Claudio H. Goniometría. 2007. República de Argentina.

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		
	Metatarsfalángica	Metatarsfalángica	Metatarsfalángica	Interfalángica proximal	
	Flexión	Extensión	Flexión	Extensión	Flexión
0º	3%	3%	2%	1	1
10º	2%	2%	2%	1	1
20º	2%	2%	1%	1	0
30º	1%	1%	0%	0	0
40º	1%	1%	-	0	-
50º-80º	0%	0%	-	-	-

Fuente: Tomado de Taboadela Claudio H. Goniometría. 2007. República de Argentina.

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		
	Metatarsfalángica	Interfalángica	Metatarsfalángica	Interfalángica proximal	
	Flexión	Extensión	Flexión	Extensión	Flexión
0º	3%	3%	2%	1%	1%
10º	4%	3%	3%	1%	1%
20º	4%	2%	3%	1%	1%
30º	5%	2%	4%	2%	1%
40º	-	5%	-	-	-
50º	-	5%	-	-	-

Fuente: Tomado de Taboadela Claudio H. Goniometría. 2007. República de Argentina.

Los porcentajes de limitación se suman aritméticamente cuando son dos o más los movimientos afectados.

En casos de lograr la amplitud articular completa o al menos en un 75%, debe adicionarse la valoración de la fuerza y calificarse de la siguiente forma:

Escala	Criterio de Calificación	%
5/5	Arco completo del movimiento contra la gravedad y vence máxima resistencia	0%
4/5	Arco completo de movimiento contra la gravedad y vence resistencia	2%
3/5	Arco completo de movimiento contra la gravedad sin resistencia	3%

CAPITULO 6 SISTEMA RESPIRATORIO Y LARINGE

NORMAS DE CARÁCTER GENERAL PARA LA VALORACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS ORIGINADAS POR ENFERMEDADES OCUPACIONALES Y/O ACCIDENTES DE TRABAJO DEL APARATO RESPIRATORIO

En este capítulo se proporcionan criterios para la valoración de la discapacidad producida por deficiencias del aparato respiratorio, consideradas por la alteración de la función respiratoria, cuantificable mediante pruebas objetivas.

1. Sólo serán objeto de valoración aquellos pacientes que padezcan enfermedades crónicas consideradas no recuperables en cuanto a la función, con un curso clínico y su evolución desde el diagnóstico e inicio del tratamiento.
2. La valoración de la deficiencia se fundamentará en el resultado de pruebas (según el caso a evaluar): rayos X de Tórax, Tomografía Axial Computarizada (TAC) de Tórax, Resonancia Magnética Nuclear (RMN) de Tórax, Lavado Bronquial con biopsia, Prueba funcional objetiva Espirometría Forzada (según normas internacionales para los criterios espirometricos).
* Deben ser consideradas las alteraciones funcionales transitorias, recurrentes según la frecuencia y duración de los episodios, reversibles de forma espontánea o con tratamiento (por ejemplo: asma agravada, procesos alérgicos, infecciones respiratorias altas).
3. En los estados clínicos que como consecuencia de fases de agudización puedan sufrir un aumento de la disfunción respiratoria, no se realizará una nueva evaluación hasta que la situación se haya estabilizado (ver criterios para Espirometría).
4. Cuando la enfermedad respiratoria curse en brotes, la evaluación de la discapacidad que pueda producir se realizará en los periodos intercríticos.
Las normas y criterios para la valoración de personas que padecen enfermedades que por sus características requieren ser consideradas de forma diferente al resto de las entidades patológicas del aparato respiratorio se contemplan en el apartado denominado «Criterios para la valoración de situaciones específicas».
5. Si la afección respiratoria forma parte de una entidad patológica con manifestaciones en otros órganos y sistemas, se combinarán aplicando el método de la capacidad restante, los porcentajes de discapacidad de las otras partes afectadas.
6. Considerar prueba de metacolina en los casos que se pueda realizar para valorar la discapacidad resultante
7. Para las disfonías tanto orgánica como funcional se otorga un porcentaje de discapacidad

CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN SITUACIONES ESPECÍFICAS

1. Rinosinusitis crónica, asma y neumonitis por hipersensibilidad

Para la valoración de la rinosinusitis se debe tomar en cuenta un periodo de evolución mayor a seis meses, haber recibido tratamiento médico-quirúrgico con evolución tórpida, la alteración obstructiva desde la evaluación otorrinolaringológica y neumológica (espirometría de ser necesario) y los elementos necesarios desde el criterio higiénico para su etiología. Una vez cumplida con estos criterios se otorgará un porcentaje de discapacidad de 10%, dicho valor se adicionara aritméticamente al estadio que corresponda de acuerdo a la alteración (si existiera) de los valores espirométricos que posea el trabajador o trabajadora.

La valoración de la función ventilatoria en situaciones de asma crónico se efectuará después de la administración de fármacos broncodilatadores, especialmente agonistas beta.

En caso de neumonitis por hipersensibilidad, la valoración deberá realizarse una vez eliminado el factor desencadenante, caso de que sea posible.

Cuando existan frecuentes episodios de agudización deberán tenerse en cuenta los siguientes criterios complementarios:

- El paciente con situación basal intercrisis incluido en estadio I que sufra episodios de agudización cada dos meses o una media de seis episodios al año, que requieran tratamiento hospitalario de al menos 24 horas, será valorado con un porcentaje de discapacidad mínimo del 33%.
- Cuando el paciente cumpla esos mismos criterios de frecuencia y los volúmenes espirométricos correspondan a la clasificación desde el estadio II se asignará un porcentaje de discapacidad mínimo del 60%.

En caso de sospecha de asma inducida por el ejercicio será imprescindible la realización de pruebas de tolerancia física para la confirmación del diagnóstico.

2. Bronquiectasias

El paciente que, como complicación de las bronquiectasias, presente un grado de discapacidad moderado e infecciones broncopulmonares con una periodicidad igual o superior a una cada dos meses o una media de seis al año, será incluido en el estadio II (30-60%).

Si el paciente presenta la misma frecuencia de neumonías y su grado de discapacidad es grave será incluido en estadio III (69-89%).

Estas situaciones deberán estar documentadas médicamente, precisándose un año de mantenimiento de la situación clínica para efectuar la valoración.

GRADO DE AFECTACION	LIGERA	MODERADA	GRAVE	MUY GRAVE
CVF VEF1	79-65%	64-50%	MENOR O IGUAL A 49%	COR-PULMONAR
CLASE VALORATIVA	ESTADIO I	ESTADIO II	ESTADIO III	ESTADIO IV

SISTEMA RESPIRATORIO

TORAX	
Sistema óseo:	
Fractura de Costilla y/o Esternón con callo prominente que limita la expansibilidad y/o movimiento de la caja torácica. (se adiciona un porcentaje por limitación funcional)	2%
Fractura de costilla con neuralgia intercostal esporádica y/o persistente. (Se adiciona un porcentaje por limitación funcional).	2%
Parénquima pulmonar	
Lesión pleural permanente posterior a Drenaje Pleural que limita la expansibilidad y/o movimiento de la caja torácica (añadir valoración de función respiratoria)	3%
Resección:	
- Resección parcial de un pulmón (añadir valoración de Función respiratoria)	5%
- Resección total de un pulmón (neumonectomía) (añadir valoración de función respiratoria)	12%
Parálisis del nervio frénico (se valorará la función respiratoria).	

Función respiratoria	
Estadio I: Disnea a grandes esfuerzos y/o Rx lesiones unilaterales o bilaterales que no excedan el equivalente a un tercio (1/3) del campo pulmonar. Volúmenes espirométricos (CVF, VEF1, VEF1/CVF) entre 79% y 65%.	15-25%
Estadio II: Disnea a medianos esfuerzos y/o Rx con lesiones unilaterales o bilaterales que no excedan el equivalente a un 50% aproximadamente de los campos pulmonares. Volúmenes espirométricos (CVF, VEF1, VEF1/CVF) entre 64% y 50%.	30-60%
Estadio III: Disnea a pequeños esfuerzos y/o en reposo y/o Rx lesiones unilaterales o bilaterales en todo el campo pulmonar derecha. Volúmenes espirométricos (CVF, VEF1, VEF1/CVF) inferior o igual a 49%.	69-89%
Estadio IV: Insuficiencia respiratoria terminal, con Cor-pulmonar	90%

LARINGE	
Laringe	
Disfonía Orgánica y/o Funcional	30%

CAPITULO 7

SISTEMA CARDIO VASCULAR

En este capítulo se establecen las normas generales para la evaluación de las deficiencias del sistema cardiovascular producto de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Ocupacionales, así como los criterios para la asignación del porcentaje de discapacidad originado por estas deficiencias, de igual manera, se delimitan las normas para valorar deficiencias del sistema vascular periférico, así como los criterios que asignan un porcentaje de discapacidad.

Corazón	
Insuficiencia cardiaca (Choque Eléctrico, Postraumático, Mal de Chagas, intoxicaciones por sustancias químicas)	
Grado I: disnea de moderados esfuerzos (fracción de eyección: 50%-40%)	30%
Grado II: disnea de pequeños esfuerzos (fracción de eyección: 40%-30%)	65%
Grado III: disnea de reposo (fracción de eyección: menor del 30%)	90%
Vascular periférico	
Trastornos venosos de origen postraumático	
Flebitis o traumatismos venosos en pacientes sin entidad patológica venosa previa:	
Con úlceras, trastornos tróficos graves y limitación de movimientos permanentes del miembro afectado (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional ver tabla del miembro afectado)	5%
Trastornos arteriales de origen postraumático	
Claudicación intermitente, frialdad y trastornos tróficos (la cifra se adiciona a la generada por la limitación funcional ver tabla del miembro afectado)	5%

- Debe estar soportado por el criterio higiénico-epidemiológico y ocupacional, bien documentado en la investigación de origen de enfermedad ocupacional.
- Considerar la prueba de esfuerzo como parámetro a evaluar de acuerdo a las posibilidades del paciente.

CAPITULO 8

SISTEMA GASTROINTESTINAL, HEPATICO, RENAL-UROLOGICO

En este capítulo se establecen las normas generales para la evaluación de las deficiencias del sistema gastrointestinal, hepático, renal-urológico, producto de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Ocupacionales, así como los criterios para la asignación del porcentaje de discapacidad originado por estas deficiencias. Se debe considerar las valoraciones por especialistas en el área.

ABDOMEN	
Resección de Vísceras Abdominales	
Presencia de signos y síntomas clínicos los cuales deben corroborarse con estudios paraclínico con o sin pérdida anatómica que limitan su actividad laboral	10-20%
Eventraciones con o sin mallas abdominales	10%
Vejiga	
Retención crónica de orina: Sondajes obligados	20%
Cistostomía definitiva	70%
Uretra (Las lesiones uretrales por accidentes se evaluarán posteriormente a la reparación quirúrgica.)	
Fístula uretral postraumática definitiva con micción espontanea y grave	70%
Estrechez uretral postraumática permeable inoperable	20%
Desgarro del perineo postraumático (con compromiso esfinteriano)	70%

RENAL	
Nefrectomía (postraumática o a consecuencia de intoxicación por químicos)	
Unilateral (Contralateral sano)	10%
Riñón único con Disfunción Renal: microalbuminuria, hematuria, leucocituria, glucosuria sin hiperglicemia, betamicroglobulina, alteración de densidad urinaria (Marcadores precoces de daño)	15%
Ambos riñones con disfunción renal:	15%
Insuficiencia renal (valorar según Depuración de creatinina)	
Grado I de 70 a 50 ml por min	25%
Grado II de 40 a 30 ml por min	40%
Grado III de 20 a 5 ml por min	85%
Grado IV menor de 5 ml por min	90%

HEPATICO

Consideraciones Generales:

Se valora en este capítulo como herramienta el Índice de Child modificado por los autores, al que se le añaden otros parámetros que complementa el funcionalismo hepático.

HEPATICO			
Alteraciones Hepáticas			
LEVE (CHILD A)			15%
MODERADA (CHILD B)			40%
GRAVE (CHILD C)			85%
INDICE DE CHILD MODIFICADO			
	A	B	C
BILIRRUBINEMIA	MENOR A 20 mg.L	20-30 mg.L	MAYOR 30 mg.L
PROTEINAS TOTALES Y FRACCIONADAS	NORMAL	INVERSIÓN DE LA RELACIÓN ALBUMINAGLOBULINA CON VALORES ACEPTABLES	HIPOALBUMINEMIA
PROTROMBINEMIA	MAYOR A 70%	70-40%	MENOR DE 40%
TRANSAMINASA (TGO Y TGP)	MAYOR AL DOBLE DEL VALOR NORMAL		
GLUTAMIL TRANSPEPTIDASA	ALTERADA	ALTERADA	ALTERADA
FOSFATASA ALCALINA	NORMAL	LEVEMENTE ELEVADA	ELEVADA
ASCITIS	NO	MODERADA	ABUNDANTE
ENCEFALOPATÍA	NO	FACIL CONTROL	IMPORTANTE
NUTRICIÓN	EXCELENTE	CORRECTA	MALA

CAPÍTULO 9

PIEL

En este capítulo se proporcionan criterios para la valoración de las deficiencias de la piel en relación con las funciones que desempeña. Se establecen las normas de carácter general sobre cómo debe realizarse la evaluación de las deficiencias de la piel.

Las lesiones osteomusculares y neurológicas son evaluadas en sus capítulos correspondientes.

NORMAS DE CARÁCTER GENERAL PARA LA VALORACIÓN DE LA DEFICIENCIA ORIGINADA POR ENFERMEDADES DE LA PIEL

1.- Las lesiones de piel que serán evaluadas en este capítulo, son las que deriven de las Enfermedades Ocupacionales y de Accidentes de Trabajo, diagnosticadas como permanentes.

2.- Únicamente serán objeto de valoración aquellas enfermedades crónicas y permanentes de la piel consideradas no recuperables en cualquiera de sus funciones, después de realizado el tratamiento adecuado y cuyo curso clínico sea de al menos seis meses desde su diagnóstico e inicio del tratamiento.

3.- En aquellos casos que la enfermedad de piel se encuentre en periodos de intercrisis o remisión temporal, se deberá tomar en cuenta las alteraciones descritas en los exámenes paraclínicos (IgE-IgA, otros) y dermatológicos con el fin de establecer lo permanente de la entidad patológica.

4.- La evaluación de las mismas toma en cuenta: las zonas afectadas, la profundidad y extensión de la lesión, la repercusión funcional y el grado de dificultad laboral que ocasionan.

5.- Las dermatitis de etiología irritativa deberán ser consideradas de carácter temporal debido que la recuperación es total posterior al tratamiento y a la no exposición recidivante al agente, lo cual debe quedar explícito en la evaluación del puesto de trabajo.

6.- Las alteraciones estéticas, en general, no conllevan alteraciones funcionales, cifrándose su importancia en la repercusión psicológica que puedan originar. En estos casos la valoración deberá ser realizada por el psicólogo y se adaptará al capítulo por desórdenes psicológicos.

7.- Cuando la enfermedad dermatológica produzca manifestaciones en otros órganos o sistemas, el porcentaje de discapacidad originado por la deficiencia dermatológica quedará incluido en el correspondiente a las otras manifestaciones.

Cicatrices y/o injertos de superficie o extensión con adherencias y alteraciones tróficas sobre superficies articulares que limitan la movilidad de dicha articulación(es)	Ver tabla capítulo miembro superior e inferior
DERMATITIS CRÓNICA (por contacto o por hipersensibilidad. Con o sin componente de fotosensibilidad. Crónica y recidiva habitual ante la reexposición al agente.	5%
DERMATITIS ACTINICA CRÓNICA (Radiación no ionizante)	5%
RADIODERMATITIS (Radiaciones ionizantes)	5%

QUEMADURAS

Métodos de evaluación

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

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

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

CAPITULO 10
SISTEMA HEMATOPOYETICO

NORMAS DE CARÁCTER GENERAL PARA LA VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD ORIGINADA POR ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS

1. Únicamente se evaluarán pacientes con enfermedades hematológicas crónicas, definiendo como tales aquellas que persisten sin modificación más de seis meses tras su diagnóstico e inicio del tratamiento.
2. En caso de enfermedades hematológicas que cursen en brotes, la evaluación se realizará en los periodos intercríticos. En estos supuestos se ha introducido un criterio de temporalidad para la valoración de la discapacidad según la frecuencia y duración de los episodios, debiendo estar éstos documentados médicamente.
3. Cuando la enfermedad hematológica produzca manifestaciones en otros órganos o sistemas, se combinarán los resultados de las diferentes valoraciones. Es importante señalar que el grado de discapacidad imputable a una enfermedad hematológica nunca será el de sus secuelas, sino el derivado directamente de la situación hematológica.
4. En pocos sistemas es tan evidente como en el hematopoyético la discordancia entre un pronóstico grave a medio plazo y una discapacidad mínima durante prolongados periodos de tiempo. Por ejemplo, un enfermo afecto de leucemia mieloide crónica puede permanecer oligo o asintomático durante años hasta el desarrollo de la crisis blástica. En estos casos puede presumirse que se produzca un empeoramiento de la situación clínica posterior a la fecha de valoración. Las revisiones serán programadas a demanda del enfermo, que deberá ser informado de esta posibilidad.
5. En todos los casos se requerirá la evaluación del especialista en Hematología.
6. En casos de existir alteraciones en otros aparatos o sistemas asociados se sumara por el método de la capacidad restante.

Sistema Hematopoyético	%
Síndrome anémico crónico (por exposición a sustancias químicas, biológicas y/o radiaciones) dependen de la anoxia tisular y de los mecanismos compensatorios cardiocirculatorios, por lo tanto debe valorarse la clínica en el sistema correspondiente y no solamente el resultado paraclínico (concentración de Hemoglobina)	15%
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (HIV postraumático) <ul style="list-style-type: none"> • Este porcentaje corresponde a la alteración del sistema inmunológico, de existir otras afectaciones asociadas deberán sumarse las discapacidades en los sistemas correspondientes, según método de capacidad restante. 	15%
Trastornos linfo y/o mielo proliferativo	80%
Aplasia medular	80%
Neutropenia y trastornos granulocitos graves	80%

CAPITULO 11

NEOPLASIAS

1. Los enfermos neoplásicos sometidos a tratamientos potencialmente curativos deberán ser evaluados una vez finalizados los mismos. En los casos de tratamiento quirúrgico aislado, el grado de discapacidad será evaluado transcurridos seis meses desde la intervención.
2. Durante el periodo de aplicación de tratamientos poliquimio y radioterápicos se mantendrá la valoración de la discapacidad que previamente tuviera el enfermo, si la hubiere.
3. En el caso de enfermos sometidos a trasplante de médula ósea, la valoración, si la hubiere, se mantendrá hasta seis meses después de realizado el trasplante, procediéndose entonces a su reevaluación.
4. Cuando el tratamiento sea únicamente paliativo o sintomático, deberán tenerse en cuenta los efectos de éste y podrá realizarse la valoración en el momento de la solicitud sin necesidad de esperar seis meses.
5. El pronóstico vital de muchas neoplasias es grave, pero un mal pronóstico a medio o largo plazo no se acompaña necesariamente de un grado de discapacidad importante en el momento de la valoración. En estos casos puede presumirse que se produzca un empeoramiento de la situación clínica posterior a la fecha de valoración. Las revisiones serán programadas a demanda del enfermo, que deberá ser informado de esta posibilidad. (Ver artículos 72 y 84 de la LOPCYMAT”).
6. En los supuestos en que no existiera valoración previa, podrá realizarse ésta en el momento de la solicitud sin necesidad de esperar a la finalización del tratamiento; una vez concluido el mismo se procederá a la reevaluación del porcentaje de discapacidad que pueda presentar el paciente.
7. Aquellas neoplasias que tengan que ver con las alteraciones de las funciones por aparatos y sistemas deberán ver evaluadas en el aparato correspondiente.
8. En todos los casos se requerirá la evaluación del especialista que corresponda.

<i>Neoplasias</i>	%
Cáncer de piel	80%
Epitelioma primitivo	80%
Cáncer bronquial	80%
Cáncer broncopulmonar	80%
Cáncer de pulmón	80%
Mesotelioma	80%
Angiosarcoma hepático	80%
Cáncer de vejiga	80%
Cáncer de próstata	80%
Cáncer de riñón	80%
Cáncer de estomago	80%
Cáncer de recto	80%
Cáncer de mama	80%
Leucemias	80%
Aplasia medular	80%
Linfoma no-hodgkin	80%
Cáncer de senos paranasales	80%
Cáncer de hígado	80%
Cáncer linfático	80%
Cáncer de colon	80%

CAPITULO 12

SÍNDROMES PSIQUIÁTRICOS/PSICOLOGICOS

1. En este capítulo, se estudiarán los síndromes psiquiátricos/psicológicos, productos de accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales.
2. Aquellos estados conocidos como respuesta a Acoso Laboral, Estrés Laboral, Violencia Psicológica, Violencia Física, Síndrome de Burnout, Fatiga Mental Crónica y en general los factores de riesgo Psicosocial, deben ser estudiados por su repercusión clínica- psicológica diagnosticada por Médico Psiquiatra y/o Psicólogo acompañado de su respectivo informe, constituyendo una enfermedad, reconocida oficialmente por el DSM IV y la CIE10 (OMS), que tiene una etiología, una presentación y una evolución, así como un pronóstico y resolución.
3. Serán reconocidas las repercusiones clínicas psicológicas (derivadas a exposición de factores de riesgo Psicosocial) diagnosticada por Médico Psiquiatra y/o Psicólogo cuando tengan relación directa o indirecta, inmediatas o posteriores a evento traumático en el curso, por el hecho y con ocasión al trabajo.
4. Estos eventos clínicos 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, por lo que se consideraran temporales y no serán motivo de discapacidad.
5. Los criterios mínimos para obtener una discapacidad permanente, de acuerdo a las entidades patológicas descritas en este capítulo, es su cronicidad con síntomas y signos detectables e irreversible a través de instrumentos psicológicos, para ello el paciente cumplió con una temporalidad mayor a seis meses desde el evento y haber recibido atención y/o terapia psicológica/psiquiátrica por un mínimo de 6 sesiones continuas.
6. Para efectos de este capítulo se menciona como factores de riesgo psicosocial a evaluar dentro de las condiciones de trabajo:
 - A) Según la organización del trabajo:
 - a) Jornada de trabajo: exceso de horas extras, trabajo nocturno, trabajo rotativo, trabajo por guardias.
 - b) Beneficios laborales: ausencia de recompensas y/o reconocimiento, remuneración inadecuada, ausencia de transporte laboral, ausencia del servicio de seguridad y salud en el trabajo, falta de posibilidades para el desarrollo y capacitación profesional, falta de recreación.

c) Descripción de funciones y herramientas de trabajo: falta de definición de tareas y funciones, conflicto entre compañeros de trabajo, falta de valoración al trabajo, déficit en la información para realizar las tareas, falta de herramientas o inadecuadas para el trabajo, gestión inadecuada en materia de seguridad y salud en el trabajo, falta de apoyo en la recuperación del desgaste psicológico derivado de la actividad laboral (utilización del tiempo libre),

B) Según la tarea:

a) Contenido del trabajo: sobrecarga mental, sub-carga mental, sobre exigencias, contenido emocional, trabajo peligroso/riesgoso, tareas múltiples y mal definidas, tareas monótonas.

b) Autonomía: no permite iniciativas y/o creatividad, falta de concordancia entre tareas prescritas y tareas reales, puestos de trabajos sin definición, ausencia de control sobre la tarea, ausencia de pausas laborales.

C) Según la supervisión: Supervisión estricta, sin supervisión, falta de apoyo supervisorio, manejo inadecuado de las relaciones interpersonales, exceso y falta de control.

7. En aquellos casos que la entidad patológica o lesión derivada de un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional, coexista con una enfermedad común, la alteración psicológica (si existiera), debe ser estudiada integralmente con el fin de determinar de manera objetiva la discapacidad resultante.

8. Las entidades patológicas o lesiones permanentes derivadas de accidentes de trabajo o enfermedades ocupacionales estudiadas en los capítulos de Hematopoyético, Neoplasias, así como las derivadas por lesiones estéticas de la piel, quemaduras, deformidades físicas y aquellas que no generen discapacidad funcional para el trabajo, deben ser consideradas en este capítulo por su respectiva repercusión psicológica. (trastorno dismórfico corporal)

9. Para el Síndrome de Burnout, se considerará para otorgar la discapacidad solo aquellos que se encuentren dentro de un periodo crónico, debiendo cumplir con los criterios mínimos para discapacidad permanente. De igual forma se establece en el CIE 10 como problema laboral Z56.7.

10. Los diagnósticos dados en este capítulo no se adiciona entre si y solo se suman por el método de la capacidad restante con los porcentaje de discapacidad de otros aparatos y sistemas.

11. Cuando existan dos entidades patológicas se tomara en cuenta la de mayor porcentaje de discapacidad.

12. En los casos en que pueda presumirse que se produzca un empeoramiento de la situación clínica posterior a la fecha de valoración, las revisiones serán programadas a demanda de la persona con la discapacidad, que deberá ser informado de esta posibilidad. (Ver artículo 84 de la LOPCYMAT”).
13. Se considerarán como rasgos importantes para la evaluación psicológica: 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.

CONSIDERACIONES ESPECIALES SEGÚN DSM IV TR PARA EL DIAGNÓSTICO DE:

Trastornos adaptativos

La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.

Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:

1. malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante
2. deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica)

La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente.

Los síntomas no responden a una reacción de duelo.

Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.

Los trastornos adaptativos son codificados según el subtipo, que se selecciona de acuerdo con los síntomas predominantes.

Trastorno dismórfico corporal

Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.

La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Trastorno somatomorfo indiferenciado

Uno o más síntomas físicos (p. ej., fatiga, pérdida del apetito, síntomas gastrointestinales o urinarios).

Cualquiera de las dos características siguientes:

1. tras un examen adecuado, los síntomas no pueden explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (p. ej., droga de abuso o medicación)
2. si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio

Los síntomas provocan un malestar clínico significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

La duración del trastorno es al menos de 6 meses.

La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., otro trastorno somatomorfo, disfunciones sexuales, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos del sueño o trastorno psicótico).

Los síntomas no se producen intencionadamente ni son simulados (a diferencia de lo que sucede en el trastorno facticio o en la simulación).

TRASTORNOS DEL ANIMO PERMANENTE	
DEPRESION MAYOR	
Leve	15%
Moderada	20%
Grave	30%
TRASTORNOS DE ANSIEDAD PERMANENTE	
TRASTORNO DE ANGUSTIA	
Angustia sin Agorafobia	15%
Angustia con Agorafobia	20%
TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMATICO (CRONICO SINTOMAS > 3 MESES)	15%
TRASTORNO SOMATOMORFO	
TRASTORNO SOMATOMORFO INDIFERENCIADO	10%
TRASTORNO DISMORFICO CORPORAL (Hematopoyético, Neoplasias, así como las derivadas por lesiones estéticas de la piel, quemaduras, deformidades físicas y aquellas que no generen discapacidad funcional para el trabajo)	10%
TRASTORNO NO ORGANICO DEL SUEÑO	7%
TRASTORNOS ADAPTATIVOS CRONICOS NO ESPECIFICADO (SOLO BURNOUT)	20%
TRASTORNOS ADAPTATIVOS CRONICOS (INCLUYE ACOSO LABORAL)	
Depresión, Ansiedad y Mixto	10%

BAREMO B

INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido una nueva descripción de salud y de los estados relacionados con la salud a través de la clasificación internacional de funcionamiento (CIF- OMS 2001) con la finalidad de proporcionar un lenguaje estandarizado y un nuevo marco conceptual para la comprensión de salud y de los componentes del bienestar relacionados con la salud, los cuales se incorporan al BAREMO NACIONAL PARA LA ASIGNACIÓN DE PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD POR ENFERMEDADES OCUPACIONALES Y ACCIDENTES DE TRABAJO mediante el Baremo B que hace referencia a las limitaciones en las actividades y restricciones en la participación que pueden afectar la capacidad para ejecutar aquellas tareas que hacen posible la realización de los roles ocupacionales, evaluando a la persona desde una perspectiva integral teniendo en consideraciones sus habilidades, funciones físicas y cognitivas, así como los elementos sociales, físicos, institucionales y organizativos presentes en el medio ambiente.

La elección de los aspectos que se establecen en este Baremo B se realizó a partir de la experiencia de terapeutas y médicos ocupacionales de la Comisión Nacional conformada en el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales (INPSASEL), para la elaboración del BAREMO NACIONAL PARA LA ASIGNACIÓN DE PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD POR ENFERMEDADES OCUPACIONALES Y ACCIDENTES DE TRABAJO, considerando aquellos que generan en el trabajador o trabajadora limitaciones o restricciones en el desempeño, realización y entorno socio - laboral de su profesión u oficio habitual.

Por lo que, este Baremo B comprende siete (7) áreas vitales y dentro de estas se encuentran catorce (14) aspectos que se deberán seleccionar de acuerdo a la afectación en el desempeño, realización y entorno socio-laboral del trabajador o la trabajadora con discapacidad, y cada uno de estos aspectos representa 0,5% que a su vez constituye el siete por ciento (7%) dentro del Baremo B.

Aunado a lo anterior, es importante que se considere al momento de la evaluación de la discapacidad del trabajador o trabajadora otros conceptos que influyen en la participación de una persona, es por esto que la tabla además incorpora tres factores adicionales, el **factor dominancia** en donde se debe sumar el uno por ciento (1%) cuando la lesión o enfermedad afecta uno o los dos miembros del lado dominante, **factor tipo de actividad habitual** para cuantificar si es probable o no que las actividades y participación que realizaba el trabajador antes de la contingencia se limiten o restrinjan; en donde se debe sumar hasta diez por ciento (10%) y el **factor edad**, estos dos últimos factores con una puntuación de hasta dos por ciento (2%); estos tres factores constituyen el trece por ciento (13%).

Es así, como el baremo B que valora las limitaciones en las actividades y restricciones en la participación, sumado los factores que influyen en la participación de una persona tiene una totalidad de veinte por ciento (20%) como representación de la pérdida total de las capacidades del trabajador o trabajadora en el BAREMO NACIONAL PARA LA ASIGNACIÓN DE PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD POR ENFERMEDADES OCUPACIONALES Y ACCIDENTES DE TRABAJO.

BAREMO B**EVALUACION DE LAS LIMITACIONES EN LA ACTIVIDAD Y RESTRICCIONES EN LA PARTICIPACION**

AREAS	ASPECTOS	DESCRIPCIONES	PORCENTAJE
INTERACCIONES Y RELACIONES INTERPERSONALES	RELACIONES FORMALES	Crear y mantener relaciones específicas en ambientes formales, como con empleador/patrón, profesionales o con proveedores de servicios. Incluye: relacionarse con personas con cargos superiores, subordinados y con iguales.	0,5
TAREAS Y DEMANDAS GENERALES	MANEJO DEL ESTRÉS Y OTRAS DEMANDAS	Llevar a cabo acciones coordinadas sencillas o complejas, dirigidas a manejar y controlar las demandas psicológicas necesarias para llevar a cabo tareas que exigen responsabilidades importantes y que conllevan estrés como conducir un vehículo en circunstancias de tráfico denso, cuidar de muchos niños y manejo de responsabilidades	0,5
COMUNICACIÓN Y RECEPCION	COMUNICACIÓN Y RECEPCION DE MENSAJES HABLADOS Y/O MENSAJES ESCRITOS	Comprender significados literales e implícitos de los mensajes en lenguaje oral y escrito como distinguir si una frase tiene un significado literal figurado y seguir acontecimientos políticos en el periódico.	0,5
	HABLAR Y/O ESCRIBIR	Mediante el lenguaje hablado o escrito, producir o expresar palabras, frases	0,5

		y discursos que tienen significado literal e implícito, como expresar un hecho o contar una historia en lenguaje oral como escribir una carta a un amigo	
MOVILIDAD	CAMBIAR LAS POSTURAS BASICAS DEL CUERPO	Adoptar determinadas posturas arrodillarse, sentarse, adoptar posición de cuclillas, estar de pie, inclinarse.	0,5
	MANTENER LAS POSTURAS BASICAS DEL CUERPO	Mantener el cuerpo en la misma posición durante el tiempo necesario	0,5
	USO FINO DE LA MANO	Realizar acciones coordinadas relacionadas con manejar, recoger, manipular y soltar objetos, utilizando la mano y los dedos incluyendo el pulgar, como es necesario para coger monedas de una mesa	0,5
	USO DE LA MANO Y EL BRAZO	Realizar las acciones coordinadas que se requieren para manipular y mover objetos utilizando las manos y los brazos, como ocurre al tirar/halar o empujar objetos; alcanzar; girar o torcer las manos o los brazos; lanzar; atrapar un objeto en movimiento	0,5
	ANDAR	Avanzar sobre una superficie a pie, paso a	0,5

	Y/O DESPLAZARSE POR EL ENTORNO	paso, de manera que al menos un pie esté siempre en el suelo, como pasear, deambular, caminar, incluye subir y bajar escaleras. Mover todo el cuerpo de un sitio a otro, como escalar una roca, correr por una calle, brincar, corretear, saltar.	
	DESPLAZARSE UTILIZANDO ALGUN TIPO DE EQUIPAMIENTO O CARGA	Mover todo el cuerpo de un lugar a otro, sobre cualquier superficie o espacio, utilizando dispositivos específicos diseñados para facilitar el movimiento o desarrollar métodos distintos de moverse, como patines, equipo para bucear, o moverse por una calle en una silla de ruedas y/o con un andador, traslado de cargas.	0,5
	CONDUCCION Y/O MONTAR EN ANIMALES COMO MEDIO DE TRANSPORTE	Dirigir y mover un vehículo o el animal que tira de él, viajar en vehículos controlados por uno mismo o tener a nuestra disposición cualquier medio de transporte, como un coche, una bicicleta, un barco o montar animales, conducir un medio de transporte de tracción humana, vehículos con motor, vehículos de tracción animal.	0,5
AUTOCUIDADO	LAVARSE Y/O VESTIRSE	Lavarse y secarse todo el cuerpo, o partes del cuerpo, utilizando agua y materiales	0,5

		o métodos apropiados de lavado y secado, como bañarse, ducharse, lavarse las manos y los pies, la cara y el pelo, y secarse con una toalla; ponerse y quitarse ropa y el calzado en el orden correcto, elegir una vestimenta apropiada	
	HIGIENE PERSONAL RELACIONADA CON LOS PROCESOS DE EXCRECION	Planificación y realización de la eliminación de excretas humanas (flujo menstrual, orina y heces) y la propia limpieza posterior.	0,5
	COMER Y/O BEBER	Llevar a cabo las tareas y acciones coordinadas relacionadas con comer los alimentos servidos, llevarlos a la boca y consumirlos de manera adecuada para la cultura local, cortar o partir la comida en trozos, abrir botellas y latas, usar cubiertos. Sujetar el vaso, llevarlo a la boca y beber de manera adecuada para la cultura local, mezclar, revolver y servir líquidos para beber, abrir botellas y lata o beber agua corriente como de un grifo o fuente.	0,5
OTROS FACTORES INFLUYENTES EN LA PARTICIPACION DEL INDIVIDUO			
FACTORES	FACTOR DOMINANCIA	Se debe sumar el uno por ciento cuando la lesión o enfermedad afecta uno o dos miembros del lado dominante.	1

	FACTOR TIPO DE ACTIVIDAD HABITUAL	<p>Se valora la ocupación u oficio desempeñado, se toma de la descripción de las actividades realizadas relacionadas con el puesto de trabajo ocupado en la investigación de accidente de trabajo o de enfermedad según sea el caso y dichas actividades deben ser consideradas en el contexto físico-ambiental, incluyendo la organización del centro de trabajo. Se excluyen las tareas ocasionales que no tengan conexión con el accidente o enfermedad.</p> <p>Leve: cuando la actividad es realizada menos del 50% del tiempo de la jornada laboral.</p> <p>Moderada: cuando la actividad es ejecutada mayor al 50 y hasta el 75% del tiempo de la jornada laboral de trabajo</p> <p>Alta: cuando la actividad es ejecutada mayor al 75 y hasta 100% del tiempo de la jornada laboral</p>	<p>Leve: 3</p> <p>Moderada: 6</p> <p>Alta: 10</p>
	FACTOR EDAD	<p>Menos de 21 años</p> <p>De 21 a 35 años</p> <p>Más de 35 años</p>	<p>2%</p> <p>1,5%</p> <p>1 %</p>

BIBLIOGRAFIA

1. Acosta Fernández y Col. Factores Psicosociales y Salud Mental en el Trabajo. 2006
2. Albiano Nelson, Toxicología Laboral. Criterios para la Vigilancia de los Trabajadores Expuestos a Sustancias Químicas Peligrosas.
3. Alcocer Alberto, Libro de Casos de La Cie-10, las diversas caras de los Trastornos Mentales. 2003. Editorial Médica Panamericana. Madrid.
4. Alfonzo Erik. Exploración Física de la Columna Vertebral y las Extremidades. Editorial Manual Moderno. 1976. México.
5. Almirall Pedro. Neurotoxicología: Apuntes teóricos y aplicaciones prácticas. Ministerio de Salud Pública. Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores La Habana Cuba.
6. Álvarez Álvarez Arsenio. Ruido y Sordera. Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores. La Habana Cuba.
7. Argente H. Álvarez M. Semiología Médica, Fisiopatología, Semiotecnia y Propedéutica. Enseñanza Basada en el Paciente. Editorial Panamericana. 6ta Edición 2011.
8. Baremo AACCS, Argentina. 2006
9. Baremo para evaluación de discapacidad laboral residual del IVSS República Bolivariana de Venezuela
10. Bickely Lynn. Guía de exploración física e Historia Clínica. Editorial Interamericana Mc Graw Hill. Octava edición.
11. Brossa. S. Quer. Toxicología Industrial. Salvat Editores. Año 1989.
12. Backup Klaus. Pruebas Clínicas para patología ósea articular y muscular: Exploraciones Signos y síntomas. Editorial Masson. Año 2000.
13. Cailliet Rene. Disfunciones Musculoesqueleticas. Editorial Marban. 2005.
14. Centro de Referencia de Organización del Trabajo y Salud. Instituto Sindical de Ambiente. Trabajo y Salud (ISTAS) 2010
15. Clasificación Internacional de Funcionamiento. OMS, 2001.
16. Comisión de salud pública. Grupo de trabajo de salud laboral de la comisión de salud pública del consejo Interterritorial del sistema nacional de salud. coordinación del protocolo. instituto nacional de silicosis. Madrid. 2001.
17. Comisión de salud pública. Grupo de trabajo de salud laboral de la comisión de salud pública del consejo Interterritorial del sistema nacional de salud. coordinación del protocolo. departamento de salud del gobierno de navarra. instituto navarro de salud laboral. Neuropatías por Presión.
18. Comisión de salud pública. Grupo de trabajo de salud laboral de la comisión de salud pública del consejo Interterritorial del sistema nacional de salud. coordinación del protocolo. departamento de salud del gobierno de navarra. instituto navarro de salud laboral. Dermatitis Laborales.
19. Comisión de salud pública. Grupo de trabajo de salud laboral de la comisión de salud pública del consejo Interterritorial del sistema nacional de salud. coordinación del protocolo. departamento de salud del gobierno de navarra. instituto navarro de salud laboral. Protocolo de Plaguicidas.
20. Comisión de salud pública. Grupo de trabajo de salud laboral de la comisión de salud pública del consejo Interterritorial del sistema nacional de salud. coordinación del protocolo. departamento de salud del gobierno de navarra. instituto navarro de salud laboral. Protocolo de Asma Laboral.
21. Comuñas F. Radicular pain. Rev Soc Esp Dolor 2000; 7: Supl. II, 36-48.
22. Daza Javier. Evaluación Clínico Funcional del Movimiento Corporal humano. 2007.
23. Decreto 659/96 - Baremo laboral

24. Decreto 917 de 1999. Mayo 28. (Baremo Colombiano). Diario Oficial N° 43.601, del 9 de Junio de 1999. República de Colombia
25. Deen HG Jr. Diagnosis and management of lumbar disk disease. Mayo Clinic Proc 1996; 71: 283-287.
26. DSM-IV-TR. Manual Diagnostico Y Estadístico de los Trastornos Mentales. Editorial Masson 2005, S.A.
27. Gil-Monte Pedro R. EL Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) Una Enfermedad Laboral en la Sociedad del Bienestar. Ediciones Pirámide. 2005
28. González Moreno Ángel. Semiología de la Columna Vertebral y Pelvis. Anatomía. Biomecánica y Rangos de movilidad articular. Cirugía Ortopédica y Traumática.
29. Goupille P, Jayson M, Valat JP, et al. The role of inflammation in disk herniation-associated radiculopathy. Semin Arthritis Rheum 1998; 28: 60-71.
30. Godoy Martha, Vega Aldemar. Factores de Riesgo Psicosociales. Documento Técnico. Seguro Social. Colombia. 1996. Hogg y Vaughan. Psicología Social. 5ta edición, editorial médica Panamericana.
31. Guía para la Valoración de las Deficiencias Permanentes. AMA 2006.
32. Harrison Wilson. Principios de Medicina Interna. Editorial Interamericana Mac Graw Hill. 17 edición. Año 2008
33. Howe JF, Loeser JD, Calvin WH. Mechanosensitivity of dorsal root ganglia and chronically injured axons: a physiological basis for the radicular pain of nerve root compression. Pain 1977; 3: 25-41.
34. Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional/ NIOSH . División de Estudios de Enfermedades Respiratorias. Departamento de Vigilancia Epidemiológica. INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS México DF, México GUÍA DE NIOSH SOBRE ENTRENAMIENTO EN ESPIROMETRÍA. 1 de Marzo de 2007.
35. Javier Cid-Ruzafa (1) y Javier Damián-Moreno (2). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel (*). Revista Especialidad de salud Pública. 1997.
36. Juárez García Arturo. Camacho Ávila Anabel. Reflexiones Teórico-Conceptuales de lo Psicosocial en el Trabajo. Ediciones Mínimas. 2011. México.
37. Kapandji A. Fisiología Articular. Editorial Panamericana 6ta edición 2008.
38. Kielhofner Gary. Fundamentos Conceptuales de la Terapia Ocupacional. Editorial Panamericana 3era edición. 2004.
39. Klaassen Curtis, Watkins John. Casarett & Doull. Fundamentos de Toxicología. Editorial Interamericana Mc Graw Hill.
40. Klaassen Curtis, Watkins John. Casarett & Doull. Manual de Toxicología. La ciencia básica de los Tóxicos. 1999.
41. La Dou Joseph. Medicina Laboral y Ambiental. Editorial Masson. Tercera edición.
42. Ladrón de Guevara, Moyo Pueyo. Toxicología Médica clínica y Laboral. Editorial Salvat.
43. Maizlish Neil. Feo Oscar. Alteraciones Neuropsicológicas en Trabajadores expuestos a Neurotóxicos. Revista de salud de los trabajadores.
44. Manual Evaluación y Calificación de Discapacidad. Población cubierta por el Sistema de Pensiones de la República Dominicana. 1978.
45. Marti Mercadal, Desoille H. Medicina del Trabajo. Editorial Salvat. Tercera Edición.

46. Martínez Cristina. Manual de Neumología Ocupacional. Editora Cristina Martínez. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Madrid 2007.
47. Maxwell RE. Craniofacial pain syndromes: An overview. En Wilkins RH and Rengachary SS (ed). Neuro surgery. Mc Graw-Hill; 1996. Pags 3909-3919.
48. Melenec Louis. Leyes de la Baremología. 1978 durante el congreso de Djerba
49. Ministerio de Trabajo a Asuntos Sociales. Real Decreto 1971/1999, de 23 de Diciembre de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía (Baremo Español) Republica de España.
50. Ministerio de la Protección Social Dirección General de Riesgos Profesionales. Manual único para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional. 2011.
51. Notas Explicativas de Ayuda al Diagnostico de las Enfermedades Profesionales. Instituto Nacional de Medicina y Seguridad en el Trabajo.
52. Ochoa, German. Dolor Lumbar: Una reevaluación de los conceptos. Conferencia dictada el 11 de Mayo 2001 en la Facultad de Medicina de la Universidad de Bucaramanga. Colombia.
53. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades Ocupacionales Guía para su diagnóstico. Publicación científica N° 480.
54. Organización Internacional del Trabajo. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Gestión editorial Chantal Dufresne, BA.1998.
55. Peterson Kendall Florence, Kendall Mc Creary Elizabeth, Geise Provance Patricia, Músculos, Pruebas, Funciones y Dolor Postural, 4ta Edición, Editorial Marban. 2005. España.
56. Polonio L. Begoña. Terapia Ocupacional en Discapacitados Físicos Teoría Y Práctica. Editorial Panamericana, España, 2003.
57. Querejeta Miguel. Discapacidad/Dependencia. Unificación de Criterios de Valoración y Clasificación. Noviembre 2003.
58. Ramos Gustavo. Neurotoxicidad por solventes orgánicos. Aspectos neurológicos y neurofisiológicos. Acta Neurol Colomb • Vol. 20 No. 4 Diciembre 2004.
59. Regidor Braojos Leandro, Solans Lampurlanés Xavier. Neurotoxicidad: agentes neurotóxicos. 1998.
60. Riesgos del Trabajo. Decreto 659/96. Buenos Aires. República de Argentina
61. Sociedad Colombiana de Medicina del Trabajo. Prevención y Diagnóstico de las enfermedades profesionales. Editor Cástulo Rodríguez Correa. Primera Edición. Colombia 2007.
62. Stein Jay H. Medicina Interna.. Editorial Salvat, S.A. Tercera Edición.
63. Taboadela Claudio H. Goniometría. Una Herramienta para la evaluación de las Discapacidades Laborales. 2007.
64. Tornero Molina. J. Discapacidad laboral en la lumbalgia. Revista Salamanca Salud y Reumatología. 2004.
65. Valoración de las Situaciones de Minusvalías, 2000. España.
66. Vigilancia Epidemiológica en Salud Ocupacional
67. Weber H. Lumbar disc herniation. A controlled prospectieve study with ten years of observation. Spine 1983; 8: 131-140.
68. Woertgen C, Holzschuh M, Rothoerl RD, et al. Clínica signs in patients with brachialgia and sciatica: a comparative study. Surg Neurol 1998; 49: 210-214.