7. PÉRDIDA DE PIEL

La pérdida de piel en todo su grosor en ciertas áreas de la extremidad inferior puede ser causa de deficiencia importante, como muestra la tabla 46, aun cuando las áreas sean recubiertas de forma satisfactoria con un injerto cutáneo.

Tabla 46: Deficiencias por pérdida de piel

	% deficiencia: (Extremidad inferior) [Pie]
· Recubrimiento isquiático que requiere una descarga frecuente y la limitación del tiempo en la posición sentada	(12)
· Recubrimiento de la tuberosidad tibial que limita la acción de arrodillarse	(5)
· Recubrimiento del talón que limita el tiempo de bipedestación y de deambulación	(25) [35]
· Recubrimiento de la superficie plantar de la cabeza metatarsiana que limita el tiempo de bipedestación y de deambulación	
Primer metatarsiano	(12) [17]
Quinto metatarsiano	(12) [17]
· Osteomielitis crónica con secreción activa	
Del fémur	(7) [10]
De la tibia	(7) [10]
Del pie, que requiere la sustitución periódica de los apósitos y la limitación del tiempo de utilización de calzado	(25) [35]

8. LESIONES DE LOS NERVIOS PERIFÉRICOS

Las lesiones de los nervios periféricos se dividen en tres componentes: déficit motor, déficit sensorial y disestesia o alteración de la sensibilidad.

La tabla 47 indica las estimaciones de deficiencia correspondientes a pérdidas sensoriales y motoras completas de los nervios periféricos correspondientes. El déficit motor parcial deberá evaluarse de acuerdo con los criterios correspondientes a función muscular: Prueba muscular manual (apartado 3).

Los porcentajes de deficiencia de la extremidad inferior debidos a déficit motor, sensorial y disestesia deben combinarse entre si, y a su vez con otras deficiencias de la extremidad inferior, excepto las debidas a debilidad y atrofia muscular; posteriormente se realiza la conversión a porcentaje de discapacidad.

Tabla 47: Deficiencias por déficit neurológico

	% Deficiencia: (extremidad inferior) [pie]	
Nervio	Motora	Sensitiva
Crural	(37)	(9)
Obturador	(7)	0
Glúteo superior	(62)	0
Glúteo inferior	(37)	0
Femorocutáneo	0	(9)
Ciático	(75)	(27)
Ciático poplíteo externo	(42)	(10)
Musculocutáneo de la pierna	0	(10)
Safeno externo	0	(7)
Plantar interno	(5)	(10) [14]
Plantar externo	(5) [7]	(5) [7]

9. CAUSALGIA Y DISTROFIA SIMPÁTICA REFLEJA

La causalgia es un dolor urente debido a la lesión de un nervio periférico.

La distrofia simpática refleja es un trastorno del sistema nervioso simpático caracterizado por dolor, inflamación, rigidez y coloración anormal, que puede tener lugar después de un esguince, una fractura o una lesión vascular o nerviosa.

Cuando estos trastornos se desarrollan en la extremidad inferior, deben evaluarse como en el caso de la extremidad superior.

10. TRASTORNOS VASCULARES

Las vasculopatías periféricas de la extremidad inferior se valorarán de acuerdo con el capítulo correspondiente al Sistema Cardiovascular: sistema vascular periférico.

Cuando exista una amputación debida a vasculopatía periférica, la deficiencia por amputación se valorará de acuerdo con el apartado correspondiente de este capítulo (apartado 6) y posteriormente se combinará su porcentaje de discapacidad con el que corresponda por la deficiencia vascular periférica, si persiste.

Columna vertebral

En esta sección se aborda la evaluación de las deficiencias que afectan a la columna cervical, dorsal, lumbar o sacra, que serán expresadas siempre en porcentaje de discapacidad.

Existen dos métodos de evaluación:

1. Modelo de la lesión, también denominado «modelo de las Estimaciones Basadas en el Diagnóstico» (EBD), que se aplica fundamentalmente en el caso de lesiones traumáticas y que incluye la deficiencia del paciente en uno de los 8 grados EBD específicos para cada región.

2. Modelo de la amplitud de movimiento, que se utilizará sólo cuando no pueda realizarse la evaluación de la deficiencia mediante el modelo de la lesión y que combina un porcentaje de deficiencia por trastornos específicos de la columna con otro basado en la limitación de movimiento o anquilosis y con un tercero basado en la deficiencia neurológica.

En cualquier caso deberá utilizarse uno de estos dos métodos, sin pasar en ningún momento de uno a otro.

Modelo de la lesión o estimaciones basadas en el diagnóstico (ebd).

Este modelo no depende únicamente de la historia clínica y la exploración física, sino también de datos médicos diferentes a los relacionados con la amplitud de movimiento, especialmente con signos de déficit neurológicos y con deficiencias fisiológicas y estructurales relacionadas con lesiones diferentes a los hallazgos habituales del envejecimiento como: espondilolisis, espondilolistesis, hernia discal, fracturas, luxaciones y pérdida de integridad del segmento de movimiento.

La historia clínica, la exploración física y los estudios clínicos que se describen a continuación guiarán al evaluador a incluir la deficiencia del paciente en uno de los 8 grados específicos de este método:

Los grados EBD I y II implican una afectación leve de la columna vertebral y se consideran déficit menores.