

paciente, por lo que se asignará un porcentaje de discapacidad de 0%. La pérdida del gusto no se considera una deficiencia discapacitante.

La valoración de la discapacidad debida a deficiencia facial motórica, se realizará siguiendo los criterios de la tabla 2.

Tabla 2

Criterios para la valoración de la discapacidad por deficiencia del VII par craneal (facial) y región adyacente

	% de discapacidad
Debilidad facial unilateral leve	1 - 4
Debilidad facial bilateral leve	5 - 19
Parálisis facial <i>unilateral</i> grave con una afectación facial $\geq 75$ %	5 - 19
Parálisis facial <i>bilateral</i> grave con una afectación facial $\geq 75$ %	20 - 45

#### VIII Par o auditivo:

Su componente coclear tiene relación con la audición y su componente vestibular con el vértigo, sentido de la posición y la orientación espacial.

Los trastornos auditivos y vértigo, serán valorados siguiendo los criterios descritos en el capítulo correspondiente.

#### IX y X Par (Glossofaríngeo y vago):

Son nervios mixtos que envían fibras al tercio posterior de la lengua, faringe, laringe y traquea, por lo que sus alteraciones pueden dificultar la respiración, deglución, habla y funciones viscerales. La discapacidad originada por estas deficiencias se valorará según los criterios descritos en los capítulos correspondientes.

La neuralgia glossofaríngea persistente a pesar del tratamiento, se valorará con los mismos porcentajes que se adjudican a la neuralgia del trigémino.

#### XI Par o espinal:

Participa junto al vago, en la inervación de músculos laríngeos, pudiendo verse afectada la deglución y el habla cuya valoración se trata en otros capítulos.

También inerva músculos cervicales, esternocleidomastoideo y trapecio, pudiendo afectar al giro de la cabeza y movimiento de los hombros. En este caso se valorará la discapacidad secundaria a estas deficiencias siguiendo los criterios expuestos en el capítulo correspondiente a Sistema Musculoesquelético.

#### XII Par o hipogloso:

Es un nervio motor que inerva la musculatura de la lengua, por lo que su déficit bilateral podría causar alteraciones en la deglución, respiración y fonación, debiéndose valorar la discapacidad en los capítulos correspondientes.

#### Médula espinal

La médula espinal conduce impulsos nerviosos relacionados con las funciones motora, sensorial y visceral.

Entre las deficiencias debidas a lesiones medulares figuran las relacionadas con la bipedestación y la marcha, con la utilización de las extremidades superiores,

las alteraciones de la respiración, de la función de la vejiga urinaria y función anorrectal.

Cuando el paciente presente alteraciones en más de una función motórica, como, por ejemplo, la bipedestación y la marcha y la utilización de miembros superiores, deberán combinarse los porcentajes de discapacidad correspondientes a cada una de ellas. Asimismo, si existe afectación de otros aparatos o sistemas, también serán combinadas sus valoraciones.

Las alteraciones sensoriales, como la pérdida del tacto, dolor, percepción de la temperatura y sentido vibratorio, posición articular, parestesias, disestesias y la sensibilidad de los miembros fantasma, pueden indicar una disfunción medular. La discapacidad se determina en función de su interferencia con las Actividades de la Vida Diaria.

#### Bipedestación y marcha

La capacidad para mantener la bipedestación y caminar de forma segura es el criterio que se aplica para la evaluación de diversos síndromes neurológicos que afectan al prosencéfalo, el tronco del encéfalo, la médula espinal y el sistema nervioso periférico. La asignación del porcentaje de discapacidad debido a la alteración de estas funciones, se detallan en la tabla 3.

Tabla 3

Criterios de valoración de discapacidad por alteración de la bipedestación y la marcha

	% de discapacidad
El paciente puede levantarse a la posición en bipedestación y caminar, pero tiene dificultad con las elevaciones, desniveles, escaleras, sillas profundas y para caminar largas distancias	1 - 15
El paciente puede levantarse a la posición en bipedestación y caminar cierta distancia con dificultad y sin ayuda, pero sólo en las superficies a nivel	16 - 25
El paciente puede levantarse a la posición en bipedestación y mantenerla con dificultad, pero no puede caminar sin ayuda	26 - 40
El paciente no se puede levantar sin la ayuda de otras personas, un soporte mecánico o una prótesis	41 - 65

#### Utilización de las extremidades superiores

Las tareas básicas de la vida diaria dependen de la destreza en el uso de las extremidades superiores. Cuando se afecte una sola extremidad, deberán aplicarse los criterios que se describen en la tabla 4.

Cuando el trastorno afecta a las dos extremidades superiores por igual, la discapacidad resultante es mayor que la simple combinación de ambas. Los criterios de valoración en estos casos son los descritos en la tabla 5. Cuando estén afectadas ambas E.E.S.S., pero exista clara diferencia en la capacidad conservada entre ellas, se valorarán por separado (Tabla 4), combinándose entre sí estos valores.