ANEXO III

Propuesta técnica de adecuación del actual «Procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad» a la «Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud» (CIF-OMS/2001)

SEGUNDO NIVEL

CONTENIDO

NORMAS PARA LA EVALUACIÓN DE LAS FUNCIONES Y ESTRUCTURAS CORPORALES / "DEFICIENCIA GLOBAL DE LA PERSONA".

1. CONSIDERACIONES GENERALES PARA LA EVALUACION DE LA DEFICIENCIA PERMANENTE.

2. GRADUACIÓN DE LA DEFICIENCIA GLOBAL DE LA PERSONA: CLASES DE DEFICIENCIA.

3. MODELO GENÉRICO DE EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA.

4. CRITERIOS GENERALES DE GRADUACIÓN DE LOS HALLAZGOS CLÍNICOS Y EN EL FUNCIONAMIENTO EN LA REALIZACIÓN DE LAS AVD.

5. PRINCIPIOS Y REGLAS GENERALES PARA CALCULAR LA PUNTUACIÓN DEL GRADO DE DEFICIENCIA.

6. MODELO DE INFORME DE SÍNTESIS DE LA EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA GLOBAL DE LA PERSONA.

7. CAPITULOS DE FUNCIONES Y ESTRUCTURAS CORPORALES DE LOS DISTINTOS ORGANOS Y SISTEMAS DEL BDGP.

CAPÍTULO 1 DEFICIENCIA INTELECTUAL, TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y LAS EMOCIONES DE INICIO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

CAPÍTULO 2: OTROS TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO.

CAPÍTULO 3: EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y EL PERIFÉRICO.

CAPÍTULO 4: SISTEMA VISUAL.

CAPÍTULO 5: OÍDO, NARIZ, GARGANTA Y ESTRUCTURAS RELACIONADAS

CAPÍTULO 6: DEFICIENCIA RELACIONADA CON EL DOLOR (DRD)

CAPÍTULO 7: EL LENGUAJE, LA VOZ Y EL HABLA.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

CAPÍTULO 8: SISTEMA CARDIOVASCULAR.

CAPÍTULO 9: SISTEMA HEMATOLOGICO E INMUNOLOGICO.

CAPÍTULO 10: SISTEMA RESPIRATORIO.

CAPÍTULO 11: SISTEMA DIGESTIVO.

CAPÍTULO 12: SISTEMA ENDOCRINOMETABOLICO.

CAPÍTULO 13: NEOPLASIAS.

CAPÍTULO 14: SISTEMA GENITOURINARIO.

CAPÍTULO 15: EXTREMIDADES SUPERIORES.

CAPÍTULO 16: EXTREMIDADES INFERIORES.

CAPÍTULO 17: COLUMNA Y PELVIS.

APÉNDICE A TABLA DE VALORES COMBINADOS (GUÍAS AMA).

APENDICE B. CARGA DE CUMPLIMIENTO (ADHERENCIA) DEL TRATAMIENTO CCT.

APENDICE C PERFIL DEL BAREMO DE EVALUACION DE LAS FUNCIONES Y ESTRUCTURAS CORPORALES / DEFICIENCIA DE LA PERSONA (BDGP).

PLANTILLA DE EVALUACIÓN DE LOS “PROBLEMAS DE FUNCIONAMIENTO DE LA PERSONA” Y DEL “GRADO FINAL DE DISCAPACIDAD”.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

BAREMO DE EVALUACIÓN DE LAS FUNCIONES Y ESTRUCTURAS CORPORALES/ "DEFICIENCIA GLOBAL DE LA PERSONA" (BDGP)

SEGUNDO NIVEL

NORMAS PARA LA EVALUACIÓN DE LAS FUNCIONES Y ESTRUCTURAS CORPORALES / "DEFICIENCIA GLOBAL DE LA PERSONA"

1. CONSIDERACIONES GENERALES PARA LA EVALUACION DE LA DEFICIENCIA PERMANENTE

Según las normas de carácter general para proceder a la determinación del grado de discapacidad, tal y como se ha explicado en el apartado introductorio del Anexo 1, estas se estructuran en primer lugar en la evaluación de la "deficiencia previsiblemente permanente" como "Criterio Principal" que determina la clase de gravedad de los problemas de funcionamiento/discapacidad de la persona.

La evaluación de las deficiencias se fundamentará, siempre que sea posible, en la evidencia de los hallazgos clínicos específicos asociados a los diagnósticos de las enfermedades, lesiones o trastornos que conforman la condición de salud, y en concreto: en la historia clínica (HC), la exploración clínica (EC) y las pruebas complementarias (PC). Se requiere que estos hallazgos estén documentados y fundamentados mediante los informes clínicos correspondientes.

Siguiendo la metodología de las Guías AMA 6ª edición, en función del aparato o sistema afectado, se identificará entre los hallazgos anteriores el Criterio Principal (CP) que determinará la inclusión en un "intervalo de grado" (0, 1 ,2 ,3 ,4) según la gravedad de la deficiencia correspondiente.

Cada intervalo de grado de deficiencia a su vez contiene unos valores intermedios (A, B, C, D, E) que permiten ajustar el grado de deficiencia, al alza o a la baja, mediante criterios "secundarios" de ajuste (CSA) o modificadores del grado (MG), que pueden incluir, además de los hallazgos anteriores (HC, EC y PC), en algunos casos, la historia sobre funcionamiento para realizar actividades informada por la persona (HF), y la carga de adherencia al tratamiento (CCT).

En la evaluación de las deficiencias permanentes se tendrán en cuenta las siguientes consideraciones previas:

1.1.- La condición de salud que ha dado origen a la deficiencia, bien sea congénita o adquirida, debe haber sido previamente diagnosticada por el Sistema de Salud, habérsele aplicado las medidas terapéuticas y rehabilitadoras correspondientes, y estar documentada.

1.2.- La deficiencia no debe considerarse como permanente hasta que no haya transcurrido el tiempo necesario para la curación o recuperación de la condición de salud o trastorno, o alcance la Máxima Mejoría Clínica (MMC). Esto dependerá de la naturaleza de la patología subyacente, ya que el periodo óptimo de recuperación puede variar considerablemente de unas patologías a otras, pero en todo caso nunca será inferior a seis meses, pudiendo ser una excepción personas en unidades de paliativos que podrán ser evaluadas sin este requisito.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

1.3.- La evaluación e información de la deficiencia deben incluir, siempre que sea posible, una historia clínica precisa, una revisión y resumen de todos los informes y pruebas pertinentes, la exploración clínica cuando el caso lo requiera y una descripción completa de los síntomas y signos actuales del individuo y su relación tanto con la capacidad como con el desempeño en la realización de las actividades de la vida diaria.

1.4.- La deficiencia ocasionada por condiciones de salud que cursan en brotes será evaluada en los períodos intercríticos. Sin embargo, la frecuencia y duración de los brotes son también factores a tener en cuenta por las interferencias que producen en la realización de las actividades de la vida diaria.

1.5.- Las particularidades propias de la condición de salud que afectan a cada órgano o sistema hacen necesario singularizar las pautas de evaluación. Por ello, en las distintas secciones de este baremo se establecen normas y criterios que rigen de forma específica para proceder a la evaluación de las deficiencias y para la estimación del porcentaje de gravedad de sus intervalos de grado correspondientes.

2. GRADUACIÓN DE LA DEFICIENCIA GLOBAL DE LA PERSONA: CLASES DE DEFICIENCIA

Los porcentajes resultantes de la evaluación se encuadran posteriormente en una "***Clase de gravedad global de la deficiencia"***

CLASES DE DEFICIENCIA		
CLASE 0.	**DEFICIENCIA SIN LIMITACIÓN O INSIGNIFICANTE**	**0%-4%**
Los síntomas, signos o secuelas, de existir, son mínimos y no justifican una disminución de la capacidad de la persona para realizar las actividades de la vida diaria. Ausencia de síntomas con actividad, esfuerzos o cargas psico-físicas intensas.		
CLASE 1.	**DEFICIENCIAS CON LIMITACIÓN LEVE**	**5%-24%**
Los síntomas, signos o secuelas existen y justifican alguna dificultad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, pero son compatibles con la práctica totalidad de las mismas. Los síntomas aparecen con la actividad intensa, grandes esfuerzos o cargas psico-físicas, pero no con la normal.		
CLASE 2.	**DEFICIENCIA CON LIMITACIÓN MODERADA**	**25%-49%**
Los síntomas, signos o secuelas causan una disminución importante de la capacidad de la persona para realizar algunas de las actividades de la vida diaria, pudiendo existir limitación total en alguna de ellas (en todo caso leve en cuanto a su número e importancia), excluidas las de autocuidado, por lo que es previsible encontrar situaciones de necesidad de asistencia de otras personas leves o inexistentes. Síntomas con actividad normal, esfuerzos o cargas psico-física moderadas.		

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

CLASE 3.	DEFICIENCIA CON LIMITACIÓN GRAVE	50%-95%
Los síntomas, signos o secuelas causan una disminución importante de la capacidad de la persona e imposibilidad para realizar la mayoría de las AVD, pudiendo existir limitación total en bastantes actividades, incluidas las de autocuidado, por lo que es previsible encontrar situaciones de necesidad de asistencia de otras personas moderada o grave. Síntomas con actividad menor de la normal, esfuerzos o cargas psico-físicas ligeras.		
CLASE 4.	**DEFICIENCIA CON LIMITACIÓN TOTAL**	**96-100%**
Los síntomas, signos o secuelas causan una disminución muy importante de la capacidad de la persona e imposibilidad para realizar casi todas las AVD incluidas la mayoría de las de autocuidado, por lo que la necesidad de atención de otras personas para su supervivencia será total. Síntomas en reposo, esfuerzos o cargas psico-física insignificantes.		

3. MODELO GENÉRICO DE EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA

Tabla 0.1. Modelo Genérico de Evaluación de la Deficiencia

Intervalos de grado de la deficiencia	**Intervalo 0**	**Intervalo 1**	**Intervalo 2**	**Intervalo 3**	**Intervalo 4**
Gravedad de la deficiencia asignado a los intervalos de grado (en %) (variable según el total asignado a cada deficiencia)	**Nula a Insignificante**	**Insignificante a Leve**	**Leve a Moderada**	**Moderada a Grave**	**-Grave a Extrema o total**
Valores de puntuación del grado de deficiencia o valor de Intervalo de grado (en %)		**(ABCDE)**	**(ABCDE)**	**(ABCDE)**	**(ABCDE)**
Criterios generales de evaluación					
Criterio 1 **Historia clínica (Anamnesis)** [(a)] (Antecedentes que argumenten el establecimiento de la deficiencia)	Sin síntomas actuales **y/o** síntomas intermitentes que no requieren tratamiento	Síntomas controlados con tratamiento continuo **o** síntomas de intensidad leve, intermitentes, a pesar de tratamiento continuo	Síntomas constantes de intensidad leve a pesar de tratamiento continuo **o** síntomas de intensidad moderada, intermitentes, a pesar de tratamiento continuo	Síntomas constantes de intensidad moderada a pesar de tratamiento continuo **o** Síntomas graves, intermitentes, a pesar de tratamiento continuo.	Síntomas graves y continuos a pesar de tratamiento continuo o Síntomas extremos, intermitentes, a pesar de tratamiento continuo.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Criterio 2 **Hallazgos clínicos derivados de la exploración física o psíquica** [b]	Sin signos actuales de enfermedad	Ausencia de signos físicos o psíquicos con tratamiento continuado o signos físicos o psíquicos leves, intermitentes	Signos físicos o psíquicos constantes de intensidad leve a pesar de tratamiento continuado o signos físicos o psíquicos intermitentes de intensidad moderada	Signos físicos o psíquicos constantes, de intensidad moderada, a pesar de tratamiento continuado. o Signos físicos o psíquicos graves intermitentes	Signos físicos o psíquicos graves y constantes a pesar de tratamiento continuado. **o** Signos físicos o psíquicos extremos e intermitentes
Criterio 3 ***Estudios clínicos pruebas complementarias o resultados de pruebas objetivas*** [c])	Ausencia de alteraciones en las pruebas	Ausencia de alteraciones en las pruebas bajo tratamiento continuado **o** Alteraciones leves intermitentes	Alteraciones leves persistentes a pesar de tratamiento continuado **o** Alteraciones intermitentes moderadas	Alteraciones moderadas persistentes a pesar de tratamiento continuado **o** Alteraciones graves intermitentes	Alteraciones graves persistentes a pesar de tratamiento continuado **o** Alteraciones extremas intermitentes
[a,b] Los descriptores serán específicos de enfermedad; los términos ausencia/ninguno, leve, moderado, grave y muy grave/total tienen como referente lo propuesto por la CIF-OMS 2001 en relación a la graduación de la extensión o magnitud de un problema. [c] Los descriptores serán específicos de enfermedad y se basan en el número de alteraciones encontradas.					
En los capítulos sobre aparato locomotor, se utiliza lo siguiente como modificador de grado:					
Critério 4 **Antecedentes funcionales** [d] (Autoinformado) (Funcionamiento en AVD)	Asintomático	Dolor/síntomas aparecen con el esfuerzo/actividad intensa; Capaz de realizar las actividades de la vida diaria (AVD) con dificultad leve de manera Independiente y autónoma	Dolor/síntomas aparecen con la actividad normal (esfuerzo moderado); Capaz de realizar las actividades de la vida diaria (AVD) con dificultad moderada de manera adaptada o con ayudas técnicas, pero autónoma y sin asistencia de otra persona	Dolor/síntomas aparecen con actividad menor a la normal (esfuerzo ligero); Capaz de realizar las actividades de la vida diaria (AVD) con dificultad grave Requiere alguna asistencia personal para alguna de las actividades de la vida diaria	Dolor/síntomas aparecen con actividad insignificante o en reposo; Incapaz de realizar las actividades de la vida diaria; requiere asistencia personal en la mayoría de las AVD incluido en el autocuidado
[d] Basado en auto-informes o sistemas de puntuación como el CDD, el QuikDASH, el Cuestionario de Miembro Inferior, u otras herramientas de autoinforme.					

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

En los capítulos en los que el cumplimiento del tratamiento interfiere de manera importante con las AVD, a pesar de que un correcto cumplimiento repercuta mínimamente en la alteración asociada al órgano, se tendrá en cuenta lo siguiente:		
Criterio 5 **Carga de cumplimiento (adherencia) del tratamiento** [(e)]	Ninguna	Se basará en factores como el número y la vía de administración de la medicación, en la necesidad de someterse a monitorización del tratamiento con regularidad o a procedimientos invasivos, así como régimen alimentario u otros aspectos en que el correcto cumplimiento del tratamiento afecte en el modo de vida, si es que este aspecto no ha sido considerado ya en los pasos de previos de puntuación
[(e)] Basado en la información del Apéndice B; en función de la puntuación, podrá añadir entre uno y diez puntos al porcentaje de deficiencia total de la personal.		

Este modelo genérico servirá de referencia para evaluar enfermedades o trastornos complejos para los que no exista una tabla específica de evaluación en los capítulos de deficiencias de los distintos órganos y sistemas corporales.

4. CRITERIOS GENERALES DE GRADUACIÓN DE LOS HALLAZGOS CLÍNICOS Y EN EL FUNCIONAMIENTO EN LA REALIZACIÓN DE LAS AVD.

En todas las secciones, siempre y cuando sea posible, se considerarán cinco intervalos de gravedad del problema que se numerarán con los números 01234 y que serán consistentes con los cinco niveles de graduación propuestos por la escala genérica de graduación de la CIF.

4.1 CRITERIOS GENERALES DE GRADUACIÓN DE LOS HALLAZGOS CLÍNICOS

Los signos y síntomas se gradúan según su duración e intensidad en relación al nivel de repercusión sobre el funcionamiento de la persona en la realización de las AVD, y en los casos de cursar por brotes por su frecuencia y por la magnitud de la alteración objetivada en las pruebas complementarias.

4.1.1. DURACIÓN: Partiendo de la premisa de que el nivel de precisión que se propone es clínicamente imposible de conseguir:

- **Insignificantes:** los signos y síntomas están presentes hasta en un 4% del tiempo y normalmente no cuentan para la puntuación de la deficiencia, a menos que su repercusión negativa en las AVD sea significativa.
- **Ocasionales:** aquellos que están presentes entre un 5 y un 24% del tiempo.
- **Frecuentes:** aquellos que se producen entre un 25% y un 49% del tiempo.
- **Continuos**: aquellos que están presentes entre un 50% y un 95% del tiempo.
- **Permanentes:** a aquellos que se presentan en un porcentaje superior o igual al 96%.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

4.1.2. INTENSIDAD: Para graduar la intensidad de los signos y síntomas se tendrá en cuenta la repercusión de estos sobre la realización de las AVD habituales comunes para todas las personas, objetivadas en coherencia con los resultados obtenidos en el Baremo de Limitación de Actividades (BLA). En general, cuando se presentan, son de intensidad:

- **Mínima**, cuando los signos o síntomas interfieren entre un 0%-4% en la realización de las AVD
- **Leve:** cuando lo hacen entre un 5%- 24%
- **Moderada:** cuando interfieren entre un 25% y un 49% en la realización de las AVD precisando algunas modificaciones en el área personal, laboral y en las actividades recreativas.
- **Grave:** cuando interfieren entre un 50% y un 95% en la realización de las AVD, requiriendo modificaciones importantes en la realización de las AVD, tanto en el área personal como en el laboral y en las actividades recreativas.
- **Extrema o Total:** se produce cuando los síntomas y signos no pueden controlarse con medicación e interfieren entre un 96% y un 100% con las AVD e impiden la realización de las mismas.

4.1.3. CONTROL DE LA SINTOMATOLOGÍA: También se tendrá en cuenta el tipo de tratamiento y la respuesta al mismo en relación al control de la sintomatología.

- **Mínima,** Los síntomas o signos son ocasionales y se controlan con la medicación y/o medidas terapéuticas, posturales o higiénico dietéticas.
- **Leve**: Los síntomas o signos requieren de medicación y/o medidas terapéuticas continuadas u ocasionales, que no controlan completamente la sintomatología durante la realización de las AVD apareciendo, en todo caso, ante una intensidad de actividad o carga psico-física fuerte.
- **Moderada**: Los síntomas y signos requieren de medicación y/o medidas terapéuticas continuadas que controlan parcialmente la sintomatología y que aparecen con una intensidad de actividad o carga psico-física normal (moderada).
- **Grave**: Los síntomas y signos requieren de medicación y/o medidas terapéuticas continuadas especializadas y/o complejas que controlan parcialmente la sintomatología y que aparecen con una intensidad de actividad o carga psico-física entre menor de lo normal y una intensidad ligera.
- **Total**: Los signos y síntomas son prácticamente incontrolables y aparecen en reposo o carga psico-física insignificante

4.1.4. FRECUENCIA DE BROTES: En caso de enfermedades que clínicamente cursen de forma episódica o en brotes, la evaluación de la deficiencia que puedan producir se realizará en los periodos intercríticos y se tendrá en cuenta como referencia lo sucedido en el **periodo del último año.** Se consideran estos episodios:

- **Ocasionales:** más de un año sin brotes.
- **Frecuentes:** menos de un año, pero más de seis meses, sin brotes.
- **Continuos:** menos de seis meses, pero más de un mes, sin brotes.
- **Permanentes:** menos de un mes sin brotes.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

4.1.5. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS OBJETIVAS: En general, una **prueba, estudio o procedimiento objetivo** se describe como:

- **Mínimamente alterado:** Se objetiva alguna anomalía en la escala o prueba, pero en todo caso de menos de un 4% de deficiencia estructural o funcional de lo considerado normal para el órgano o sistema objeto de estudio. Esta situación cursa habitualmente de manera asintomática.
- **Leve:** Es aquella alteración de la prueba o escala que objetiva anomalías de entre un 5% y un 24% de deficiencia estructural o funcional y/o confirman una condición de salud leve del órgano o sistema estudiado.
- **Moderada** es aquella alteración de la prueba o escala que objetiva anomalías de entre un 25% y un 49% de deficiencia estructural o funcional y/o confirman una condición de salud moderada del órgano o sistema estudiado. .
- **Grave** es aquella alteración de la prueba o escala que objetiva anomalías en el estudio entre un 50% y un 95% de deficiencia estructural o funcional y/o confirma una condición de salud grave del órgano o sistema estudiado. .
- **Extrema** Es aquella alteración de la prueba o escala que objetiva una deficiencia estructural o funcional, superior al 96% y/o confirma una condición de salud extrema del órgano o sistema estudiado.

4.2. CRITERIOS GENERALES DE GRADUACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS EN RELACIÓN AL FUNCIONAMIENTO EN LAS AVD Y NECESIDAD DE ASISTENCIA DE OTRA U OTRAS PERSONAS

4.2.1. ANTECEDENTES FUNCIONALES (FUNCIONAMIENTO EN AVD)

El Criterio evaluativo de “Antecedentes funcionales”, también denominado como **“**historia funcional” (HF), introduce como criterio secundario de graduación de la deficiencia, en algunos capítulos, los hallazgos en el “funcionamiento en las AVD”. Teniendo en cuenta, de forma más o menos simplificada, y en ocasiones mediante cuestionarios autoinformados, la repercusión que la deficiencia evaluada ejerce en la realización de una serie de actividades de manera independiente y autónoma o en caso de no ser así la necesidad de apoyos.

Las actividades de la vida diaria (AVD): Se clasifican según los nueve grupos o “dominios” propuestos por la CIF, en:

1º Aprendizaje y aplicación del conocimiento; 2º Tareas y demandas generales; 3º Comunicación; 4º Movilidad; 5º Autocuidado; 6º Vida doméstica; 7º interacciones y relaciones personales; 8º Áreas principales de la vida (Educación/Trabajo/Economía); 9º Vida comunitaria social y cívica.

Y se dividen de forma simplificada, siguiendo la metodología de las AMA a los efectos de este baremo de deficiencia (BDGP) y salvo que se especifique de otra manera, en dos grandes grupos:

a. Actividades de autocuidado: Según el dominio autocuidado de la CIF y son las siguientes: Lavarse; Cuidado de las partes del cuerpo; Higiene personal

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

relacionada con los procesos de excreción; Vestirse; Comer, Beber; y Cuidado de la propia salud.

b. Otras actividades (actividades de otros dominios): En las cuales se incluyen cualquiera de las actividades pertenecientes a los otros ocho dominios propuestos por la CIF

Así mismo se diferenciarán, también de forma simplificada y salvo que se especifique de otra manera, otros dos grandes grupos dentro de las tareas o acciones que requieran las actividades, según la dificultad en su realización:

a. Actividades o tareas sencillas. Aquellas que no requieren de importante carga, destreza o habilidad física o psíquica para su realización.

b. Actividades o tareas complejas; Aquellas que requieren de importante carga, destreza o habilidad física o psíquica para su realización.

El considerar estos hallazgos en la evaluación de la deficiencia supone una primera aproximación a la evaluación de la dificultad para realizar las AVD. Se tomarán como referencia las actividades "especificas" contempladas en los cuestionarios autoinformados o "escalas funcionales" que se proponen en algunos capítulos concretos. También podrán tomarse como referencia de una forma más "general" las actividades "habituales" en relación al ciclo vital consideradas en los baremos de los Anexos IV y V (BLA y BRP-QD) en los que se evalúan las actividades de forma pormenorizada y con mayor profundidad.

4.2.2. NECESIDAD DE ASISTENCIA PERSONAL

La necesidad de asistencia personal se tendrá en cuenta como criterio evaluativo en distintos capítulos y sistemas, fundamentalmente como hallazgo encuadrado en los intervalos de grado 3 y 4. Por "necesidad de asistencia personal", también denominada "nivel de apoyo" o de "independencia o autonomía para las AVD", se entenderán las ayudas o apoyos prestados por otra persona, imprescindibles para la correcta realización de las AVD habituales. Se tendrán en cuenta los apoyos o ayudas de carácter tanto físico como psicológico, como pueden ser: asesoramiento, orientación, supervisión, estímulo, incitación o apoyo verbal o gestual. Existe numerosa terminología y métodos de graduación de estos apoyos**.** Se tendrá en cuenta la frecuencia y la intensidad y se clasificará y graduará, salvo que se especifique de otra manera, utilizando la terminología de los baremos de referencia de este Anexo III (AMA, AAIDD y CIF), en cinco niveles de gravedad, con los siguientes criterios.

A. FRECUENCIA DEL APOYO

Se tomará como referencia el apoyo o ayuda recibido en el último año, mes, semana y día:

- **Insignificante** (Mínimo): Si es necesario menos de una vez al mes
- **Periódico u Ocasional** (Intermitente): Si es necesario al menos una vez al mes (para la AAIDD, intermitente supone la necesidad de apoyo esporádica o

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

episódica que coinciden con transiciones del ciclo vital o situaciones puntuales de emergencia)

- **Frecuente** (Regular): Si es necesario al menos una vez a la semana
- **Constante** (Continuo): Si es necesario al menos una vez al día.
- **Permanente**: Si es necesario a todas las horas

B. INTENSIDAD DEL APOYO

- **Mínimo**: Orientar, estimular, asesorar o preparar las cosas sin ayuda física a la persona o supervisión mínima, sin estar presente en la realización de la actividad
- **Supervisión:** Vigilar, guiar, estimular o dirigir la correcta realización de la actividad estando presente, total o parcialmente, en la realización de la misma, dar ánimos, incitación, apoyo verbal o gestual para la correcta realización de la actividad.
- **Físico Parcial** (**Limitado**): Ayuda física en parte de la actividad: como maniobras guiadas en miembros u otra ayuda sin carga de peso o para tareas sencillas. (para la AAIDD, limitado supone la necesidad de apoyo de forma regular durante un periodo de tiempo corto pero definido)
- **Físico Intenso** (**Extenso, Considerable**): Ayuda física con carga de peso con realización casi completa de la actividad por otros o para tareas complejas. (para la AAIDD, extenso supone la necesidad de apoyo de forma regular o continua en algunos dominios y contextos)
- **Físico Total o de Supervisión Generalizada** (Generalizado, Permanente, Absoluto, Extremo, Sustitución Máxima): Ayuda completa con presencia de otra persona en toda la realización de la actividad. (para la AAIDD, generalizado supone la necesidad de apoyo en todos los contextos, de forma constante o permanente y de alta intensidad.)

C. GRADUACIÓN DE LA ASISTENCIA PERSONAL

Se realizará teniendo en cuenta las definiciones de las dos listas anteriores y si se ha realizado alguna prueba o escala específica, se tendrá en cuenta el % obtenido en la misma, encuadrada en los cinco niveles de la escala genérica de graduación de la CIF:

(0) Mínima (0%-4%). Siendo previsible encontrar situaciones de **ayuda** física o apoyos de supervisión mínimas o con frecuencias inferiores al mes.

(1) Leve (5%-24%). Siendo previsible encontrar situaciones de **apoyos** de supervisión o ayuda física parcial, con frecuencia: intermitentes

(2) Moderada (25%-49%). Siendo previsible encontrar situaciones de ayuda física parcial o apoyos de supervisión, con frecuencia: frecuentes; o ayuda física intensa con frecuencia: intermitente; o apoyo limitado.

(3) Grave (50%-95%). Siendo previsible encontrar situaciones de ayuda física Intensa o extensa, con frecuencia: frecuente o constante; o ayuda física parcial o apoyos de supervisión, con frecuencia: constantes.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

(4) Total (96%-100%). Siendo previsible encontrar situaciones de ayuda física intensa o total, con frecuencia: constante o permanente, con realización completa de todas las actividades por otra persona; o apoyos de supervisión generalizada permanente, con presencia de otra persona en la realización completa de todas las actividades, todos los días.

5. PRINCIPIOS Y REGLAS GENERALES PARA CALCULAR LA PUNTUACIÓN DEL GRADO DE DEFICIENCIA

5.1.- Intervalos de grados de deficiencia (IGD): El cálculo del grado de puntuación asignado a la deficiencia estará condicionado por tres criterios evaluativos de inclusión dentro de unos denominados **"intervalos de grado de deficiencia"** (en adelante IGD). Estos IGD en general son cinco y están numerados como 01234, cuya cifra numérica constituye el denominado "**Valor de intervalo de grado de deficiencia" (VIGD).** A su vez cada IGD puede subdividirse en un máximo de 5 nuevos valores descritos con las letras ABCDE (ver modelo genérico de evaluación de la deficiencia: Tabla 0.1) que van a conformar finalmente los **valores del grado de puntuación de deficiencia**. La elección de un determinado IGD se basa en criterios relacionados con los hallazgos asociados al diagnóstico (CIE-10) de las enfermedades, lesiones y trastornos que conforman la condición de salud de la persona a evaluar y, normalmente, son tres:

1. Hallazgos derivados de la historia clínica (HC) (anamnesis),
2. Hallazgos derivados de la exploración clínica (EC)
3. Hallazgos derivados de los resultados objetivos obtenidos en las "Pruebas complementarias específicas" (PC)

5.2.- El Criterio Principal (CP) en que se basa la determinación del IGD puede variar de unos órganos o sistemas a otros, y coincide **con uno de los tres anteriores** y que, según la singularidad de los hallazgos derivados del mismo, incluirá a la misma en el valor central de puntuación de deficiencia de uno de los IGD con una puntuación variable, según lo propuesto en la tabla del capítulo correspondiente a la condición de salud evaluada.

5.3.- Criterios secundarios de ajuste (CSA). Los otros dos criterios que no se consideren como criterio principal, se utilizarán como criterios secundarios "de ajuste" o "modificadores de grado" del criterio principal, según la metodología expuesta en el apartado 5.7.

5.4.- Otros criterios secundarios: Si bien los tres criterios basados en el diagnóstico, la clínica y las pruebas objetivas (expuestos en apartado 5.1) van a condicionar normalmente tanto el criterio principal como los secundarios, los criterios de evaluación no son rígidos. En algunos órganos o sistemas pueden no adoptarse todos y en otros se pueden incorporar "otros Criterios secundarios" como son los "Antecedentes funcionales o Historia funcional" (HF)

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

(autoinformada) (o funcionamiento en las AVD)[1] basados en la repercusión sobre la realización de actividades de la vida diaria específicas para algunas deficiencias (miembro inferior, columna, dolor, trastornos mentales) y la "carga de cumplimiento del tratamiento" (CCT).

Podremos tener en cuenta, por tanto, además de los tres criterios expuestos en apartado 5.1, otros dos:

4. Hallazgos derivados de la historia funcional (autoinformada) (HF)
5. Hallazgos derivados de la carga de cumplimiento (o adherencia) de tratamiento (CCT)[2]

5.5.- Criterios de validez y realización de la historia funcional autoinformada: No podrán utilizarse como criterio principal. Su utilización como criterio secundario modificador de grado estará, a su vez, sujeta a su fiabilidad y a la no existencia de contradicciones con la información recogida en la anamnesis, la exploración clínica, las pruebas complementarias, ni con los resultados obtenidos en el BLA y el BRP-QD.

5.6.- Frecuentemente, la evaluación de la Deficiencia Global de la Persona (DGP) responderá a la **evaluación diferenciada del grado de deficiencia de más de un órgano o dominio**. En estos casos se deberá determinar el **"Grado de deficiencia parcial" (GDP)** de cada una de las deficiencias del órgano o sistema evaluadas que se convertirá en grado de "**Deficiencia total de la persona" (DTP),** para posteriormente poder "combinarse" con el grado de otras deficiencias totales de la persona (DTP) evaluadas y obtener así el **grado "final" de** "**Deficiencia global de la persona" (GDGP).**

5.7.- Cálculo del grado de deficiencia parcial (GDP) según la metodología general del "Grado de puntuación de la deficiencia dentro del intervalo de grado de deficiencia". Se realizará, siguiendo los siguientes pasos:

1.º **Cálculo del intervalo de grado de deficiencia (IGD) según el criterio principal. Valor Inicial de Ajuste del grado de puntuación de Deficiencia (VIAD)**:

El **criterio principal (CP),** en cada deficiencia evaluada es aquel en función del cual se determina la inclusión en un IGD numerados del 0 al 4 (con un valor de intervalo de grado de deficiencia (VIGD) de 01234 respectivamente) según los hallazgos descritos en la tabla de evaluación correspondiente a la deficiencia de la condición de salud evaluada. Cada IGD a su vez, se subdivide habitualmente, en cinco *valores intermedios variables según la deficiencia evaluada* ***(ABCDE)*** *denominados "****Valores de puntuación del grado de deficiencia"*** proporcionales en orden creciente, entre un valor mínimo y uno máximo. De estos "valores intermedios" el valor de puntuación de deficiencia central (C) constituirá por defecto **el valor inicial de ajuste del grado de puntuación de deficiencia (VIAD).**

[1]Ocasionalmente en algunos capítulos se realizará una primera aproximación a la repercusión que la deficiencia tiene en el funcionamiento en las AVD, que posteriormente en la implementación del BLA se realizará de forma más pormenorizada;

[2] La OMS define la Adherencia al tratamiento prolongado como "El grado en que el comportamiento de una persona – tomar medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida – se corresponde con las recomendaciones de un prestador de asistencia sanitaria

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

2.º **Ajuste del grado de puntuación de deficiencia con "Criterios secundarios de ajuste" (CSA) o "Modificadores de grado" (MG). Ajuste neto de grado de deficiencia. Grado de puntuación de deficiencia ajustado. Grado de deficiencia parcial (GDP**):

El IGD de CSA pueden coincidir o no, con el IGD del CP. En caso de coincidencia, el valor del VIAD representara el valor de puntuación del grado de deficiencia para esa condición de salud. En los casos de no coincidencia, se procederá al **ajuste de grado de puntuación de la deficiencia,** como se explica a continuación.

En función de estos CSA se puede modificar a la baja o al alza el valor del VIAD**.** Este ajuste de grado se limitará a los valores de puntuación de la deficiencia incluidos en el IGD asignado por el CP**,** no pudiendo cambiar de IGD.

Los CSA pueden variar en número según la deficiencia específica de cada órgano o sistema afectado. Si los CSA son dos o más, se establecen cinco ***valores de puntuación de la deficiencia*** *dentro del IGD (*ABCDE). Si solo hay solo uno, se establecen tres valores de puntuación de la deficiencia dentro del IGD (ABC).

2.1. Valor de ajuste neto de grado de deficiencia. Tendremos que calcular en primer lugar el valor del "ajuste neto de grado" mediante la siguiente fórmula:

Valor de ajuste neto de grado deficiencia = (VIGDCSA1 – VIADCP) + (VIGDCSA2 – VIADCP)

En el cual, tanto al CP (VIADCP) como a cada uno de los CSA (VIGDCSA), se les asigna el valor del IGD (VIGD) en el que se encuentren: 01234.

Los valores máximos y mínimos de esta fórmula se asimilarán al ± 2

2.2. Grado de puntuación de deficiencia ajustado. Una vez calculado el "valor de ajuste neto de grado" (± 012) tendremos que aplicarlo dentro de los valores asignados al grado de puntuación de deficiencia dentro del IGD (ABCDE) asignado por el CP.

≤ 2	-1	0	+1	≥ 2
A	B	C (VIAD)	D	E

2.3. Finalmente se añadirá el valor de la puntuación obtenida, si procede, por carga de cumplimiento del tratamiento (CCT)

2.4. Una vez realizado el ajuste de grado de puntuación de deficiencia con la metodología expuesta obtendremos el **grado de deficiencia parcial (GDP)** del órgano, dominio o capítulo.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

5.8.- Calculo del grado de deficiencia global de la persona (GDGP) dentro de la clase de gravedad global de la deficiencia.

Se podrán dar dos situaciones:

1.- Deficiencia única. Si no existen otras deficiencias, bien sea en el mismo dominio, o en otros órganos, capítulos o dominios a evaluar, el **grado de deficiencia parcial (GDP)** del órgano dominio o capítulo, se convertirá en la **deficiencia total de la persona (DTP)** (directamente en unos casos, o mediante una tabla conversora especifica (vista, auditivo, EESS…) en otros) y constituirá el **grado de deficiencia global de la persona (GDGP)** que se encuadrará dentro de la clase de gravedad global de la deficiencia que le corresponda.

2.- Más de una deficiencia. Pero frecuentemente en la evaluación del GDGP se da la coexistencia de más de una deficiencia. Las deficiencias claramente diferenciadas, pertenecientes al mismo o diferente órgano, capítulo o dominio, se puntúan obteniendo un GDP de manera independiente. Estos GDP del órgano, se convertirán también, como lo expuesto en el punto anterior, en DTP**,** para posteriormente "**combinarse"** con cada una de las DTP derivadas de las GDP evaluadas en los otros órganos dominio o capítulos. Obteniendo finalmente el **grado de deficiencia global de la persona (GDGP)** que se encuadrará dentro de la clase de gravedad global de la deficiencia que le corresponda.

5.9.- Cuando sea preciso combinar los GDP en diferentes capítulos, órganos o sistemas para establecer bien sea, el porcentaje de Deficiencia Total del Dominio (DTD) o bien el porcentaje final del GDGP, se aplicará la "tabla de valores combinados "Apéndice A". Todos los GDP deben ser expresados usando un denominador común: el de DTP.

En algunos capítulos el valor de "deficiencia parcial" se expresa ya como de DTP y en otros hay que utilizar la tabla conversora a DTP específica correspondiente. El valor inicial de combinación será el de la deficiencia mayor evaluada, combinando dicho valor con la siguiente mayor, hasta combinar todas ellas. El valor resultante final de la deficiencia siempre será igual o inferior a la suma de todos los valores de los intervalos de gravedad de las deficiencias que se combinan, consideradas individualmente.

5.10.- Si en el procedimiento de la evaluación de la deficiencia se señala más de una vía evaluativa para una patología concreta, el evaluador determinará cuál de ellas se ajusta mejor a la deficiencia que afecte a la persona a evaluar, utilizando la más adecuada en cada caso.

5.11.- En las deficiencias en las que pueden encontrarse más de una vía evaluativa, bien sea en el mismo o en otros capítulos, habitualmente una de ellas responde a una forma más simplificada (por marcha, por uso de EESS, neoplasias, por alteración de la conciencia y alerta, etc.) Siendo la evaluación en las otras normalmente más pormenorizada. Esta última se realizará preferentemente cuando la deficiencia evaluada se considere como la deficiencia principal, existan dudas o contradicciones en las otras vías y/o requieran de exploraciones o pruebas específicas. En estos casos y para evitar duplicidades en la evaluación, la vía elegida

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

será siempre alternativa a las otras, y sujeta en todo caso a las normas de carácter general para la evaluación de la deficiencia en cuestión.

5.12.- Las pautas de evaluación se basan fundamentalmente en hechos objetivos, es decir, en los “signos” clínicos. Los “síntomas” (Ej.: fatiga, dificultad para concentrarse, dificultades para conciliar el sueño y debilidad), cuando no puedan acompañarse de “signos” clínicos objetivos u otros resultados o pruebas que indiquen alteraciones, no reciben, de manera general, puntuaciones de deficiencia independientes. No obstante, hay situaciones en que si es necesario tener en cuenta la información subjetiva, como el caso del dolor.

5.13.- En los casos en los que como criterio evaluativo de la deficiencia se tome en consideración la repercusión de la deficiencia en la capacidad para la realización delas AVD, deberá objetivarse la misma mediante la aplicación del “Baremo de limitaciones en la actividad” (BLA). En los casos en los que la evaluación se realice en dos tiempos, bien sea porque existen varias deficiencias de órganos o sistemas o bien porque intervengan varios profesionales, se deberá, en un primer tiempo, individualizar el BLA desde la perspectiva concreta de la deficiencia evaluada, para en un segundo tiempo realizar el BLA desde una perspectiva global de la discapacidad en la que se recoja su interferencia con el resto de deficiencias.

5.14.- Excepcionalmente, en aquellos casos en que, a criterio del evaluador, la metodología de la evaluación de la deficiencia propuesta por el del BDGP, no refleje de forma suficiente la magnitud del problema a evaluar, se podrá utilizar, justificándolo, otros instrumentos de reconocida utilidad, que tengan una correspondencia más cercana al dominio objeto de evaluación y que estén validados por asociaciones científicas reconocidas. En estos casos el resultado de la evaluación, se expresará según el calificador de problemas CIF de 0 a 100% y como mínimo en los cinco niveles de gravedad (01234)

5.15.- Si la persona a evaluar utiliza normalmente una prótesis, órtesis u otro dispositivo de asistencia el evaluador debe realizar las pruebas y evaluar el sistema orgánico teniendo en cuenta el uso del producto de ayuda en cuestión.

5.16.- Las deficiencias claramente diferenciadas, se evalúan de manera independiente y sus puntuaciones se combinan a posteriori, salvo en los casos en que los hallazgos de evaluación relacionados con la segunda deficiencia estén incluidos también en los hallazgos puntuados en la evaluación de la deficiencia primera (como puede ser la repercusión sobre las AVD, la disnea, la astenia, adelgazamiento, etc.) en cuyo caso no se puntúa.

5.17.- La puntuación que se asigna a la deficiencia total de la persona (DTP) por la condición de salud evaluada (perdida de un ojo, trastorno de la conducta alimentaria, neoplasias, paraparesia, dolor, epilepsia….) incluye tanto la repercusión física como la psíquica sobre la “totalidad” de la persona, por lo que la afectación psíquica (o física) secundaria o reactiva a las mismas, normalmente, no debe puntuarse independientemente.

5.18.- Se redondean todas las puntuaciones decimales de las deficiencias, tanto finales como intermedias, al número entero más próximo.

5.19.- A la puntuación de la deficiencia se acompañará un informe completo, claro y preciso que la fundamente, ajustado a las pautas y tablas que se recogen en los correspondientes capítulos relacionados con la condición de salud de la persona evaluada.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

6. MODELO DE INFORME DE SÍNTESIS DE LA EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA GLOBAL DE LA PERSONA.

Nombre del interesado:_____Edad: _____ Sexo: V __ M __

Número de identificación: _____ Fecha de la evaluación:

Lugar donde se realiza la exploración: _____

A. DIAGNÓSTICO DE LAS CONDICIONES DE SALUD QUE ORIGINAN LAS DEFICIENCIAS EVALUADAS (CIE-10):

1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª

B. CRITERIOS DE EVALUACION

1. Historia Clínica (Anamnesis):

2. Exploración o hallazgos derivados de la exploración:

3. Pruebas clínicas o resultados de las pruebas objetivas:

4. Historia funcional: En referencia a lo informado por la persona evaluada (si se considera)

5. Puntuación de la Carga de Cumplimiento (adherencia) al Tratamiento (CCT): _____

C. JUSTIFICACIÓN DE LA PUNTUACIÓN DE LA DEFICIENCIA SEGÚN EL BAREMO DE DEFICIENCIA GLOBAL DE LA PERSONA (BDGP): Diagnóstico (CIE-10) Capitulo, Tabla, Intervalo de gravedad del factor principal y de los secundarios modificadores de grado, Valor Ajustado resultante de grado de deficiencia Parcial (GDP) considerando si procede la Carga de cumplimiento de tratamiento (CCT) y finalmente expresada como Deficiencia Total de la persona (DTP) para ese diagnóstico.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Código CIE 10	**Capitulo Tabla**.		Intervalo de grado diagnóstico (**VIAD**: Valor Inicial de Ajuste de la deficiencia) (Criterio Principal)					Ajuste por criterios secundarios modificadores de grado (**VIGD**: Valor de Intervalo de Grado de la deficiencia de factor modificador)						+ CCT= Valor de grado ajustado de deficiencia (**GDP**)	**Deficiencia total persona (DTP)**
1ª.	C	T						VIGD	0	1	2	3	4	+ CCT	
			0	1	2	3	4	VIGD	0	1	2	3	4		
								VIGD	0	1	2	3	4		
2ª.	C	T						VIGD	0	1	2	3	4	+ CCT	
			0	1	2	3	4	VIGD	0	1	2	3	4		
								VIGD	0	1	2	3	4		
3ª.	C	T						VIGD	0	1	2	3	4	+ CCT	
			0	1	2	3	4	VIGD	0	1	2	3	4		
								VIGD	0	1	2	3	4		
4ª.	C	T						VIGD	0	1	2	3	4	+ CCT	
			0	1	2	3	4	VIGD	0	1	2	3	4		
								VIGD	0	1	2	3	4		
5ª.	C	T						VIGD	0	1	2	3	4	+ CCT	
			0	1	2	3	4	VIGD	0	1	2	3	4		
								VIGD	0	1	2	3	4		
6ª.	C	T						VIGD	0	1	2	3	4	+ CCT	
			0	1	2	3	4	VIGD	0	1	2	3	4		
								VIGD	0	1	2	3	4		

Deficiencia Global de la Persona (DGP) (combinación de n.º de DTP evaluadas): ____ %

D. INTERACCIÓN DE LA DEFICIENCIA CON LA LIMITACION EN LA CAPACIDAD para realizar las actividades diarias habituales en relación a las deficiencias evaluadas (reflejado en el Baremo de evaluación las Limitaciones en la Actividad BLA):

E. INTERACCIÓN DE LA DEFICIENCIA CON EL DESEMPEÑO EN LA REALIZACIÓN de las actividades diarias habituales en su entorno real, a cumplimentar a criterio del técnico evaluador (reflejado en el Baremo de evaluación de las Restricciones en la Participación-Cuestionario de Desempeño BRP-QD):

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

F. DISCUSIÓN DEL CÁLCULO DE LA DEFICIENCIA Y DE CUALQUIER POSIBLE INCONSISTENCIA entre la anamnesis, la exploración, las pruebas y la historia funcional Así como en relación al ajuste de grado con las puntuaciones obtenidas en el BLA y en el BRP-QD para la obtención del grado final de discapacidad, a cumplimentar a criterio del técnico evaluador (GFD).

G. RECOMENDACIÓN: Otras pruebas diagnósticas de confirmación o consideraciones sobre la evolución clínica, posibilidades terapéuticas para el seguimiento y plazo de revisión.

H. CAPACIDAD LABORAL: Restricciones y adaptaciones laborales: (si se precisa, revise las limitaciones en capacidades relacionadas con actividades laborales básicas en el BLA):

Evaluador: Nombre en letra de imprenta:

Firma:

Fecha:

7. CAPITULOS DE FUNCIONES Y ESTRUCTURAS CORPORALES DE LOS DISTINTOS ORGANOS Y SISTEMAS DEL BDGP

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

	CAPITULOS DEL BDGP
DOMINIO 1	**Funciones Mentales y estructuras del sistema nervioso**
	Capítulo 1: Deficiencia Intelectual, trastornos del desarrollo psicológico y trastornos del comportamiento y las emociones de inicio en la infancia y adolescencia. **Capítulo 2:** Otros trastornos mentales y del comportamiento. **Capítulo 3:** Sistema nervioso
DOMINIO 2	**Funciones sensoriales y dolor, estructuras del ojo, el oído y estructuras relacionadas**
	Capítulo 4: Sistema visual **Capítulo 5:** Sistema auditivo, vestibular, nariz y garganta **Capítulo 6:** El dolor

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

DOMINIO 3	**Funciones y estructuras involucradas en el lenguaje, la voz y el habla**
	Capítulo 7: El lenguaje, la voz y el habla
DOMINIO 4	**Funciones y estructuras de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio**
	Capítulo 8: Sistema cardiovascular **Capítulo 9:** Sistema hematológico e inmunológico **Capítulo 10**: Sistema respiratorio
DOMINIO 5	**Funciones y estructuras de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino**
	Capítulo 11: Sistema digestivo **Capítulo 12:** Sistema metabólico y endocrino **Capítulo 13:** Neoplasias
DOMINIO 6	**Funciones y estructuras genitourinarias y reproductoras**
	Capítulo 14: Sistema genitourinario
DOMINIO 7	**Funciones y estructuras neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento**
	Capítulo 15: Extremidades superiores **Capítulo 16:** Extremidades inferiores **Capítulo 17:** Columna y pelvis
DOMINIO 8	**Funciones y estructuras de la piel**)
	Capítulo 18: Piel y estructuras relacionadas
	APENDICES
APENDICE A	**Tabla de valores combinados**
APENDICE B	**Carga de Cumplimiento de Tratamiento (CCT)**
APENDICE C	**Baremo y perfil de funcionamiento de las funciones y estructuras corporales/ deficiencia global de la persona (BDGP)**

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

CAPÍTULO 1

DEFICIENCIA INTELECTUAL, TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y LAS EMOCIONES DE INICIO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

Siempre y cuando no haya tabla de clasificación específica los intervalos generales de gravedad de la deficiencia serán: 0 (0-4%), 1 (5-24%), 2 (25-49%), 3 (50-65%), y 4 (66%-85%), de aplicación conforme a lo dispuesto en la siguiente tabla de criterios:

1. 1. CRITERIOS GENERALES PARA LA EVALUACION DE LA DEFICIENCIA INTELECTUAL Y DE LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

TABLA 1.1.- CRITERIOS GENERALES PARA LA EVALUACION DE LA DEFICIENCIA INTELECTUAL Y DE LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

INTERVALO DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0 NULO	INTERVALO 1 LEVE	INTERVALO 2 MODERADO	INTERVALO 3 GRAVE	INTERVALO 4 MUY GRAVE O TOTAL
GRADUACIÓN DEL % DE GRAVEDAD	**0-4%** **0-1-2-3-4**	**5%-24%** **5-10-15-20-24**	**25%-49%** **25-32-37-43-49**	**50%-65%** **50-54-58-62-65**	**66%- 85%** **66-70-75-80-85**
Criterio 1 **Anamnesis**	Sintomatología aislada, que no cumple criterios diagnósticos.	Cumple criterios diagnósticos de Trastornos mentales y del Comportamiento	Cumple criterios diagnósticos de Trastornos mentales y del Comportamiento	Cumple criterios diagnósticos de Trastornos mentales y del Comportamiento	Cumple criterios diagnósticos de Trastornos mentales y del Comportamiento
Criterio 2 **Exploración de la Deficiencia en Funciones Mentales Globales y Específicas**	No Deficiencias Permanentes.	Deficiencia leve en las funciones Mentales	Deficiencia moderada en las funciones Mentales	Deficiencia grave en las funciones Mentales	Deficiencia Muy grave o Total en las funciones Mentales
Criterio 3E **Adaptación escolar**	Sin necesidades de apoyo educativo	Necesidades intermitentes de apoyo en el desarrollo de aptitudes y conocimientos académicos Requiere adaptaciones no significativas	Necesidades de apoyo limitado en el aprendizaje en el desarrollo de aptitudes y conocimientos académicos Requiere adaptaciones significativas ligeras	Necesidades de apoyo extenso en el en el desarrollo de aptitudes y conocimientos académicos Requiere adaptaciones significativas moderadas o la adaptación completa del curriculum	Necesidades de apoyo generalizado en el en el desarrollo de aptitudes y conocimientos académicos Requiere adaptaciones significativas globales o o la adaptación completa del curriculum

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

INTERVALO DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0 NULO	INTERVALO 1 LEVE	INTERVALO 2 MODERADO	INTERVALO 3 GRAVE	INTERVALO 4 MUY GRAVE O TOTAL
GRADUACIÓN DEL % DE GRAVEDAD	**0-4%** **0-1-2-3-4**	**5%-24%** **5-10-15-20-24**	**25%-49%** **25-32-37-43-49**	**50%-65%** **50-54-58-62-65**	**66%- 85%** **66-70-75-80-85**
	Sin dificultades en el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales con iguales Adecuada participación social en el grupo de iguales y en la comunidad educativa	Dificultades leves en el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales con iguales Dificultades leves de interacción social que pueden afectar a la participación en el grupo de iguales y la comunidad educativa	Dificultades moderadas en el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales con iguales Dificultades moderadas de interacción social que afectan a la participación en el grupo de iguales y la comunidad educativa	Dificultades graves en el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales con iguales Dificultades graves de interacción social que limitan la participación en el grupo de iguales y la comunidad educativa	Dificultades muy graves o totales en el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales con iguales Dificultades muy graves de interacción social que limitan la participación en el grupo de iguales y la comunidad educativa
<u>Criterio 3L</u> **Adaptación laboral**	Sin necesidades de apoyo para buscar, acceder o mantener un empleo o actividad productiva/laboral Sin dificultades en el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales en el entorno laboral Adecuado desempeño e inclusión social en el entorno productivo o laboral	Necesidades intermitentes de apoyo en la búsqueda, acceso o mantenimiento de un empleo o actividad productiva/laboral Dificultades leves en el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales en el entorno laboral Dificultades leves de desempeño y/o interacción social que pueden afectar a los resultados laborales y/o a la inclusión social en el entorno ocupacional, productivo o labora	Necesidades de apoyo limitado en la búsqueda, acceso o mantenimiento de un empleo o actividad productiva/laboral Dificultades moderadas en el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales en el entorno laboral Dificultades moderadas de desempeño y/o interacción social que pueden afectar a los resultados laborales y/o a la inclusión social en el entorno ocupacional, productivo o laboral	Necesidades de apoyo extensas en la búsqueda, acceso o mantenimiento de un empleo o actividad productiva/laboral Dificultades graves en el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales en el entorno laboral Dificultades graves de desempeño y/o interacción social que pueden afectar a los resultados laborales y/o a la inclusión social en el entorno ocupacional, productivo o laboral	Necesidades de apoyo generalizadas en la búsqueda, acceso o mantenimiento de un empleo o actividad productiva/laboral Dificultades graves o totales en el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales en el entorno laboral Dificultades muy graves o totales de desempeño y/o interacción social que pueden afectar a los resultados ocupacionales o laborales y/o a la inclusión social en el entorno ocupacional, productivo o laboral
<u>Criterio 4</u> **Limitación en las (habilidades adaptativas) Actividades de Vida Diaria (de acuerdo a lo esperado para su edad cronológica)**	No repercusión en habilidades adaptativas.	Leve limitación en habilidades adaptativas	Limitación moderada en habilidades adaptativas	Limitación Grave en habilidades adaptativas	Limitación muy Grave en habilidades adaptativas

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

INTERVALO DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0 NULO	INTERVALO 1 LEVE	INTERVALO 2 MODERADO	INTERVALO 3 GRAVE	INTERVALO 4 MUY GRAVE O TOTAL
GRADUACIÓN DEL % DE GRAVEDAD	**0-4%** **0-1-2-3-4**	**5%-24%** **5-10-15-20-24**	**25%-49%** **25-32-37-43-49**	**50%-65%** **50-54-58-62-65**	**66%- 85%** **66-70-75-80-85**
Criterio 5 **Intensidad de Apoyos para realizar las AVD**	Autonomía para autocuidado y en actividades de otros dominios Sin apoyos	Autonomía para autocuidado y supervisión ocasional en actividades de otros dominios Sin apoyos y/o intermitentes	Supervisión en alguna tarea aislada de autocuidado y en alguna tarea compleja en actividades de otros dominios Apoyo intermitente y/o limitado	Supervisión para algunas actividades de autocuidado y/o ayuda física para algunas actividades de otros dominios. Apoyo limitado y/o extenso	Ayuda física para la mayoría las actividades de autocuidado y de otros dominios Apoyo extenso y/o generalizado
Metodología	Observación, entrevista clínica y entrevistas a personas significativas. Estudio y valoración de informes de salud mental, educativos. Escalas específicas, etc…				

1. 2. CRITERIOS GENERALES DE EVALUACIÓN:

De acuerdo con las normas generales del “modelo de evaluación de la deficiencia” total de la persona, en dichas condiciones de salud, los criterios que definen la evaluación de las deficiencias asociada son los siguientes:

1. **Anamnesis (Historia Clínica):** Presencia de síntomas y signos constituyentes de los criterios diagnósticos establecidos en los sistemas de clasificación internacionalmente aceptados (CIE, DSM y otros).

2. **Exploración clínica: Afectación de Funciones Mentales (CIF, Funciones corporales):**

3. **Estudios y pruebas clínicas complementarias**:

4. **Funcionamiento en actividades y participación (CIF: Actividades y Participación)**

   4.1. **Capacidad para adaptarse** satisfactoriamente al entorno familiar, escolar/ laboral y social, y responder al mismo de manera adecuada para su edad (CIF, Actividades y Participación, capítulos 1, 2, 6, 7, 8 y 9.):

   4.2. **Autonomía personal**, evaluando la misma respecto a la edad cronológica y proceso evolutivo. (CIF, Actividades y Participación, capítulos 1, 3, 4, 5)

En este BDGP (Baremo de evaluación de la deficiencia global de la persona) se realizará una primera aproximación a la repercusión que la deficiencia o alteración de las funciones mentales tiene en la limitación para la actividad y la participación de la persona a evaluar. Una recogida más formal y exhaustiva se realizará, a través del BLA y e BRP, en los casos en los que el evaluador lo vea indicado y el contexto de la evaluación así lo permita.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

El carácter definitivo o provisional de la evaluación se fundamentará en factores como: tiempo de evolución, aplicación de apoyos, tipologías de apoyo, medidas recuperadoras, cronificación, capacidades residuales, posibilidades de mejora, etc. Se procederá a solicitar todos los informes que se consideren necesarios para complementar esta información. Y la evaluación de la deficiencia ha de realizarse una vez agotadas las medidas terapéuticas y alcanzada la Máxima Mejoría Clínica (MMC) siendo necesario un periodo mínimo de tratamiento regular especializado. Como norma general queda establecido un periodo mínimo de dos años.

1.3. METODOLOGIA DE INCLUSION EN LOS INTERVALOS DE EVALUACION DE LA DEFICIENCIA:

1.3.1. Consideraciones previas:

Las pautas de evaluación de los hallazgos clínicos y en el funcionamiento en actividades y participación, en los distintos intervalos de gravedad de deficiencia (0, 1, 2, 3, 4) están especificadas en las tablas correspondientes de cada trastorno:

- De modo general, los hallazgos recogidos en cada uno de los intervalos de grado de deficiencia deben entenderse como pautas descriptivas y orientativas para realizar la evaluación.
- Para incluir a la persona en alguno de los intervalos que suponen un grado de deficiencia (0, 1, 2, 3, 4) tendrá que cumplir con los hallazgos clínicos descritos, en el intervalo de grado en cuestión, en los criterios: Anamnesis (Criterio1) y/o Exploración de Funciones mentales globales y específicas (Criterio2). Y tener al menos uno de los hallazgos en el funcionamiento en actividades y participación, de los descritos en cada uno del resto de los criterios: Adaptación escolar (Criterio 3E) o Adaptación laboral (Criterio 3L), según ciclo vital, y Actividades de vida diaria (Criterio4) o Intensidad de apoyo (Criterio5)
- En caso de existir más de una condición de salud o trastorno habrá que evaluar la deficiencia combinada resultante, teniendo en todo caso en cuenta el criterio de evaluación de la “deficiencia cerebral más grave” (capítulo 3.3)

1.3.2. Inclusión en un intervalo de grado de deficiencia y asignación de % de deficiencia:

La inclusión en un intervalo se consigue aplicando criterios cualitativos mediante descriptores de los hallazgos específicos para cada intervalo de gravedad, organizados por columnas y teniendo en cuenta aquello que por evidencia contrastada y consensuada resulta más frecuente.

Los intervalos de grado de deficiencia (0, 1, 2, 3, 4) vienen delimitados por valores de %, y son distintos según la condición de salud o trastorno y, en algunos casos, edad. Salvo excepción, en cada intervalo de grado se establecen cinco posibles valores de % de deficiencia.

Para cada trastorno se determina el criterio principal (CP) de inclusión en un intervalo, y los criterios modificadores de grado (MG), teniendo en consideración que es el conjunto de criterios el que determinará tanto la inclusión en un intervalo de grado, como el valor de ajuste neto de grado a partir del valor inicial de ajuste de la deficiencia (VIAD) que por defecto se considerará el valor central del intervalo.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Entre los criterios para la evaluación, se tienen en cuenta:

a) El diagnóstico de la enfermedad, y su expresión sintomatológica, recogida en la historia clínica (HC),

b) La exploración clínica (EC) de los síntomas y signos de deficiencia en las funciones mentales

c) Las posibilidades de inserción social, educativa-laboral.

d) La repercusión sobre el funcionamiento en las AVDs (HF)

e) Las pruebas psicométricas complementarias (PC), según escalas estandarizadas

La inclusión en un Intervalo de grado de deficiencia debe cumplir los hallazgos clínicos de los criterios en a) y/o en b) constituyendo el criterio principal (CP) y al menos presentar alguno de los hallazgos en el funcionamiento en actividades y participación de las descritas en el c) y d), que constituirán los criterios secundarios de ajuste. El resultado de la aplicación de este procedimiento, constituye la metodología general de evaluación en este capítulo.

1.4. CRITERIOS ESPECÍFICOS PARA LA EVALUACION EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA.

La especificidad de estos criterios se fundamenta en las características diferenciales de la evaluación de los distintos trastornos, en la psicopatología infantil y adolescente

La evaluación de la deficiencia permitirá establecer en primer lugar la inclusión en un intervalo de grado de deficiencia y concluirá en un ajuste de la puntuación, resultado del análisis de los hallazgos en la historia clínica, la exploración, los datos objetivos y la repercusión en el funcionamiento, obtenida mediante lectura de informes, entrevista clínica, observación y aplicación.

1.5. DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

Según lo propuesto por la AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities), se adopta el término **DISCAPACIDAD INTELECTUAL (DI) que se define como:** *"Una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa que se manifiesta en habilidades adaptativas conceptuales, sociales, y prácticas"***.**

La discapacidad Intelectual se origina durante el periodo de desarrollo.

En la evaluación de la discapacidad intelectual se siguen las siguientes orientaciones:

En este apartado se consideran los diagnósticos de:

- **Capacidad intelectual límite.**
- **DI leve**
- **DI moderada**
- **DI grave**
- **DI profunda**

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

En la evaluación de la discapacidad intelectual se siguen las siguientes orientaciones:

1.- Uso del concepto y codificación de Retraso Madurativo/Retraso Global del Desarrollo

2.- Personas que no solicitan el reconocimiento de su discapacidad hasta muchos años después de haber cumplido los 18 años.

3.- Provisionalidad de las evaluaciones y previsión de revisiones. Se aplican los criterios establecidos en el Anexo I: apartado 0.6.4- CRITERIOS ESPECIFICOS DE EVALUACIÓN EN LA INFANCIA Y ADELESCENCIA

TABLA 1.2 CRITERIOS PARA LA PUNTUACIÓN DE LA DEFICIENCIA INTELECTUAL Y/ O RETRASO MADURATIVO.

INTERVALO DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3	INTERVALO 4
Graduación del % de la gravedad	**0 - 14% 0-4-8-12-14**	**15-29% 15- 18-22-25-29**	**30-59% 30 37-45-52-59**	**60-74% 60-64-67-70-74**	**75-95% 75-78-80-82-84 GRAVE 85-88-90-92-95 PROFUNDA**
INDICADORES (HABILIDADES ADAPTATIVAS Y NIVEL DE CI / CD)					
DIAGNOSTICO					
	I. Normal baja	**CAPACIDAD INTELECTUAL LÍMITE**	**DI. LIGERA**	**DI MODERADA**	**DI GRAVE DI PROFUNDA**
FUNCIONAMIENTO EN ACTIVIDADES Y PARTICIPACION (HABILIDADES ADAPTATIVAS)					
	No presenta dificultades significativas en ninguna de las áreas adaptativa, o supervisión mínima de forma ocasional en utilización de recursos comunitarios, trabajo o salud.	Autonomía personal para el autocuidado Capacidad para organizar su rutina diaria Poca habilidad para establecer relaciones sociales Mantiene relaciones de amistad. Respeta las normas sociales establecidas Adaptación lenta a lugares ajenos a su entorno social Independencia en la utilización de su tiempo libre. Necesidad de asesoramiento en áreas relacionadas con utilización de recursos comunitarios, vida doméstica, gestión y uso del dinero y patrimonio, habilidades académicas funcionales, en el trabajo y/o salud.	Afectación en como mínimo dos o más de las siguientes áreas de manera significativa. Necesidad de supervisión indirecta en cuidado de uno mismo, higiene personal. Se desenvuelve por sí solo en lugares habituales de forma rutinaria. Necesidad de acompañamiento en desplazamientos no conocidos. Colabora en tareas del núcleo familiar Apoyo directo en actividades complejas como planificación y organización de la vida doméstica.	Afectación en como mínimo dos o más de las siguientes áreas de manera significativa. Necesidad de supervisión directa y acompañamiento en cuidado de uno mismo, higiene personal. Colabora en tareas muy sencillas de la casa. Dependiente de otra persona en las actividades complejas tales como planificación y organización de la vida domésticas Necesidad de supervisión en interrelaciones familiares y/o complejas. Relación social con iguales en edad mental o adultos que le proporcionen seguridad.	Afectación de todas las áreas. Persona dependiente en Actividades de autocuidado y la mayoría de las complejas Dependencia en la toma de decisiones en todas las áreas. **GRAVE:** Dependencia en actividades de la vida diaria, aunque pueda realizar alguna de forma incompleta. Parcial control de esfínteres. Desplazamientos con fin utilitario en ambientes controlados. Reconoce a las personas habituales de su entorno y mantiene una interrelación básica.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

		Dificultad en autoprotección – autodefensa.	Necesidad de supervisión en interrelaciones complejas Su núcleo de referencia social restringido a la familia, barrio o círculo laboral. Preferencia por relacionarse con personas de menor edad o adultos de referencia. Asesoramiento para realizar actividades no habituales. Asesoramiento en toma de decisiones relacionadas con uso de recursos comunitarios, salud/seguridad, gestión del dinero y patrimonio. Asesoramiento en la utilización de su tiempo libre Dificultad para anticiparse a los peligros, no existiendo reacción adecuada ante los mismos	Sus relaciones interpersonales se limitan al ámbito familiar y ocupacional Dificultad para entender normas sociales. Necesidad de acompañamiento en desplazamientos conocidos y desconocidos. Dependencia de otra persona en la toma de decisiones relacionadas con atención personal, desplazamientos, ocio, interacción, uso de recursos comunitarios, trabajo, salud/seguridad, gestión del dinero y patrimonio. Sin autonomía en la utilización de su tiempo libre. No existe anticipación ni sentido de peligro en situaciones no habituales	Dependencia de otra persona para la utilización de su tiempo. **PROFUNDO:** Dependencia total en actividades de la vida diaria. Ausencia de control de esfínteres. Reconocimiento de los miembros de la familia muy habituales. . Capacidad de interacción muy básica.
PRUEBAS PSICOMETRICAS / ESCALAS(Anexo A1)					
CI/CD según escalas estandarizadas	>80	80-70	69-51	50-35	34-21 ó <21
ANAMNESIS:					
Antecedentes Personales: Información prenatal, perinatal y postnatal. Desarrollo psicoafectivo y psicomotriz, desarrollo del lenguaje. Vinculación Antecedentes Familiares. Resultado pruebas diagnósticas.	Puede o no existir información significativa de interés. Desarrollo con evolución positiva y/o mínima repercusión en actividades cotidianas	Puede observarse en edades tempranas un ligero retraso en la actividad motriz. Pueden observarse retraso en la adquisición del lenguaje.	Retraso evolutivo sensorio–motriz. Las etapas de la actividad motriz se han cubierto en edades tardías Retraso en la adquisición y evolución del lenguaje	No llega a desarrollar plenamente las actividades motrices. Adquiere en edad tardía control postural adecuado El habla aparece tardíamente y presenta abundantes trastornos.	**GRAVE:** Adquiere la marcha. Sentido cenestésico poco evolucionado y equilibrio deficiente El habla aparece tardíamente y presenta abundantes trastornos Parcial control de esfínteres **PROFUNDO**: Puede llegar a adquirir la bipedestación o la marcha Comunicación muy primaria (gestos, gritos, llantos, sonidos inarticulados) Ausencia de control de esfínteres

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

EXPLORACIÓN DE LA DEFICIENCIA EN LAS FUNCIONES MENTALES GLOBALES Y ESPECÍFICAS					
FUNCIONES RELACIONADAS CON LA CONCIENCIA, ORIENTACIÓN, CONCEPTO DE UNO MISMO, FUNCIONES PSICOMOTORAS	No presenta deficiencias en funciones mentales o si estas existen no interfieren de manera significativa	No existen deficiencias significativas a nivel psicomotriz. Torpeza en aquellas habilidades motrices que impliquen gran precisión	Poca precisión en las tareas que exigen destreza y coordinación No logra una buena integración del esquema corporal	Poca destreza manual, necesitando ayuda para actividades que requieran movimientos finos Adquiere conceptos espaciales, siendo éstos los referidos a cualidades del objeto, no a su integración	**GRAVE**: Manipula objetos cotidianos con carácter funcional, **PROFUNDO**: Alcanza la aprehensión y manipulación burda de objetos
FUNCIONES PSICOSOCIALES GLOBALES, RELACIONADAS CON LA PREDISPOSICIÓN Y EL FUNCIONAMIENTO INTRAPERSONAL FUNCIONES MENTALES DEL LENGUAJE.	No presenta deficiencias o éstas no interfieren de manera significativa	En el lenguaje oral, tanto expresivo como comprensivo, presenta leve retraso a nivel sintáctico y semántico Uso del lenguaje como instrumento práctico e inmediato Utiliza un lenguaje muy usual con escaso grado de abstracción.	Lenguaje funcional, con pobreza de vocabulario y nutrido de referencias cotidianas Comprende órdenes complejas, dentro de su marco referencial Puede presentar problemas del habla	Predominio de la acción sobre el lenguaje y el pensamiento Comprensión de órdenes verbales sencillas Reconocimiento de imágenes y objetos habituales Lenguaje sembrado de errores semánticos y sintácticos Vocabulario reducido y reiterativo	**GRAVE**: Comunicación a través de palabra-frase, uniones de palabras sin estructura sintáctica, comprensiva sólo para sus habituales Comprende y responde a órdenes imperativas que impliquen una o dos acciones **PROFUNDO**: Comprende órdenes sencillas cuando van acompañadas de gestualización Dificultades para mantener el contacto visual

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

FUNCIONES INTELECTUALES, COGNITIVAS BÁSICAS Y SUPERIORES, FUNCIONES DE PENSAMIENTO. ATENCIÓN, MEMORIA, CÁLCULO.	No presenta deficiencias que interfieran funcionalmente	Pensamiento lento y subordinado a la acción Consigue con lentitud los procesos de aprendizaje sensorio-motriz, pre operacional, operacional concreto y puede esbozar aprendizajes formales. Atención dispersa y baja concentración y motivación en actividades de aprendizaje teórico Dificultades funcionales en la utilización de técnicas instrumentales básicas Dificultades en asumir responsabilidades y tomar la iniciativa en situaciones no habituales	Lentitud o precipitación tanto en el pensamiento como en la acción Consigue o supera los procesos de aprendizaje sensorio-motriz y pre operacional, pudiendo alcanzar las primeras etapas del período operacional concreto. Déficit de atención y concentración que limita el aprendizaje Lecto-escritura comprensiva limitada a niveles muy elementales Adquisición de técnicas instrumentales . Ritmo inconstante en el aprendizaje	Supera el proceso de aprendizaje sensorio-motriz y alcanza tardíamente el período pre-operacional. Aprendizaje de conceptos básicos elementales referidos a situaciones concretas (color, forma, tamaño) Consigue, mediante adiestramiento, centrar y mantener la atención en la adquisición de aprendizajes	**GRAVE**: Consigue o supera el período de aprendizaje sensorio-motriz Se inicia con adiestramiento en adquisiciones básicas de tipo pre conceptual**.** **PROFUNDO**: Las habilidades logradas son de tipo sensorio-motriz

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

FUNCIONES EMOCIONALES. **FUNCIONES RELACIONADAS CON LA ENERGÍA Y LOS IMPULSOS.** **FUNCIONES DEL SUEÑO.** **FUNCIONES RELACIONADAS CON EL TEMPERAMENTO Y LA PERSONALIDAD**	No presenta deficiencia en estas funciones	Labilidad emocional Fácilmente influenciable por el medio Baja tolerancia a la frustración. Inseguridad ante la realización de actividades novedosas Ocasional alteración de conducta. Requiere un discreto control	Inseguridad y falta de iniciativa en la realización de actividades. Actitudes de reiteración y obcecación en lo que supone dificultad Expresa su frustración a través de conductas desadaptadas, generalmente verbales Inestabilidad emocional. Sus demandas de atención y aprobación pueden ser elemento distorsionador en la familia	Solicita constantes demostraciones de atención y cariño Afectividad ciclotímica y voluble Los cambios en sus hábitos diarios pueden originar trastornos de adaptación En ocasiones tiene conductas heteroagresivas y ocasionalmente autoagresivas Conductas afectivas y sexuales desadaptadas, pudiendo coincidir con cambios biológicos en su desarrollo	**GRAVE**: Gran dependencia afectiva Frecuentes manifestaciones de auto y heteroagresividad Manifiesta conductas bruscas e impulsivas Presenta estereotipias. Distanciamiento ocasional de la realidad Graves problemas de conducta asociados Presenta conductas de auto estimulación sexual **PROFUNDO**: Desconexión ambiental Frecuentes conductas autolesivas y autoestimulatorias Presenta estereotipias
FUNCIONAMIENTO EN ACTIVIDADES Y PARTICIPACION					
Adaptación escolar	Supera objetivos curriculares.	Seguimiento educativo/ adaptación no significativa o significativa en algunas actividades complejas Tiene capacidad para acceder a los contenidos propios de la formación profesional	Centros ordinarios con apoyos educativos específicos. Adaptación curricular significativa Adquiere habilidades manipulativas básicas en aulas de formación profesional adaptada	ACIs y/o MODALIDADES EDUCATIVAS ESPECÍFICAS Se inicia en habilidades manipulativas básicas en aulas de aprendizaje de tareas	MODALIDADES EDUCATIVAS ESPECÍFICAS **GRAVE**: Iniciación en las actividades de pre-taller de los centros con apoyo generalizado **PROFUNDOS** Iniciación en las actividades de pre-taller de los centros con apoyo generalizado. / centros asistenciales

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Adaptación laboral	Empleo ordinario	Empleo ordinario con apoyo/ Centro especial de empleo Dificultades para acceder al mercado de trabajo competitivo y a puestos cualificados o realizar tareas que exijan programación y secuenciación. Bajo rendimiento en actividades laborales complejas. Aptitudes para trabajos de tipo manipulativo/mecánico propias de centros especiales de empleo	Centro especial de empleo/ Centro ocupacional Desarrollo de tareas manipulativas rutinarias Ritmo inconstante en la ejecución de actividades Necesidad de apoyo y supervisión en la organización y planificación de su tiempo libre Integración en empleos normalizados con adaptaciones o en centros especiales de empleo, enclaves laborales, empresas de inserción. En ocasiones, solo es posible la integración en centros ocupacionales ya que las áreas de funcionamiento (conductual y/o laboral) se encuentran gravemente afectadas	Centro ocupacional/Centro ocupacional con soporte auxiliar / Centro de atención Diurna Ritmo lento y ejecución repetitiva de las tareas	Centro de Atención Diurna **GRAVES**: Puede llegar a integrarse en actividades de pre-talleres de los Centros ocupacionales o asistenciales (CAD) Requiere apoyo y acompañamiento del adulto en la ejecución de tareas sencillas Realiza tareas de forma mecánica y durante breves períodos de tiempo **PROFUNDOS**: Permanencia en Centros asistenciales o Centros ocupacionales con soporte auxiliar que pueda realizar función asimilable a Centros asistencial diurno.
PRUEBASPSICOMETRICAS / ESCALAS (Anexo A1)					
Comprobación de criterios diagnósticos.	Se confirman, criterios diagnósticos de Capacidad Intelectual límite o Discapacidad Intelectual.				
Metodología	Observación, entrevista clínica, entrevistas a personas significativas, aplicación de pruebas psicodiagnósticas estandarizadas, homologadas y reconocidas (Escalas de desarrollo, escalas de Inteligencia, escala de habilidades adaptativas y escalas de apoyo), valoración de los informes aportados y petición de informes específicos si se considera necesario.				
RECOMENDACIONES: RECURSOS RESIDENCIALES/VIDA COMUNITARIA					
	No precisa	No precisa o Vivienda Tutelada	Vivienda Tutelada –Centro Residencial	Centro Residencial	Centro Residencial
INTENSIDAD DE APOYOS	Sin apoyos	Intermitente	Intermitente y/o Limitado	Limitado y/o extenso	Extenso y/o generalizado

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

1.6. TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO

Se establecen pautas específicas para los trastornos del habla y del lenguaje, del aprendizaje escolar, y para los trastornos generalizados del desarrollo. En cuanto al resto de trastornos, la evaluación se realizará según las consideraciones generales para la evaluación de los trastornos mentales y del comportamiento, y los intervalos de grado de deficiencia establecidas.

TABLA 1.3.- CRITERIOS PARA LA PUNTUACIÓN DE LA DEFICIENCIA PERMANENTE VINCULADA A LOS TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL DESARROLLO DEL APRENDIZAJE.

INTERVALO DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	**INTERVALO 0**	**INTERVALO 1**
GRADUACIÓN DEL % DE LA GRAVEDAD	**0%-4%** 0-1-2-3-4	**5%-15%** 5-8-10-12-15
ANAMNESIS		
	No existe un diagnóstico psicopedagógico. No es necesario tratamiento, ni adaptaciones curriculares.	Diagnóstico psicopedagógico. Necesidad de apoyo psicopedagógico y adaptaciones curriculares
EXPLORACIÓNDE DE LA DEFICIENCIA EN LAS FUNCIONES MENTALES		
Funciones mentales específicas (orientación, funciones del lenguaje: lectura, escritura; relacionadas con el cálculo, atención, memoria, percepción, integración viso espacial, psicomotoras, cognitivas)	Puede presentar alteraciones en procesos de lectura, escritura y cálculo leves, que no implican medidas específicas de intervención.	Alteración en la adquisición de los procesos de lectura, escritura y cálculo significativa que implica medidas específicas a nivel escolar.
FUNCIONAMIENTO EN ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN		
Adaptación escolar	Escolarización Ordinaria	Escolarización Ordinaria. Puede requerir apoyo psicopedagógico/logopedia
Adaptación laboral	Empleo Ordinario	Empleo Ordinario
Actividades de Vida Diaria (de acuerdo a lo esperado para su edad cronológica)	Sin afectación	Afectación No Significativa
Intensidad de apoyos	Sin apoyos	Intermitente
PRUEBAS PSICOMÉTRICAS / ESCALAS(Anexo A1)		
Metodología	Observación, entrevista clínica y entrevistas a personas significativas, aplicación de pruebas psicodiagnósticas y valoración de informes psicopedagógicos.	

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

1.6.1. Trastornos generalizados del desarrollo. Trastornos del espectro del autismo (TGD/TGD/TEA)

TABLA 1.4. CRITERIOS PARA LA PUNTUACIÓN DE LA DEFICIENCIA PERMANENTE SECUNDARIA A TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO.

Menores de 6 años.					
INTERVALO DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	**INTERVALO 0**	**INTERVALO 1**	**INTERVALO 2**	**INTERVALO 3**	**INTERVALO 4**
GRADUACIÓN DEL % DE LA GRAVEDAD	**0-4% 0-1-2-3-4**	**5%-24% 5-10-15-20-24**	**25%-49% 25-31-37-43-49**	**50%-65% 50-54-58-62-65**	**66%- 85% 66-70-75 80-85**
ANAMNESIS					
	Sintomatología aislada no significativa.	Necesidad de tratamiento especializado.	Capaz de realizar algunas de las AVDs, con apoyos de acuerdo a lo esperado para la edad. Necesidad de atención educativa con apoyo, en centro ordinario	Necesidad de atención educativa con apoyo extenso, en centro específico. Dificultad grave para realizar las AVDs	
Criterios Diagnósticos	- Sin sintomatología específica de TGD/TGD/TEA Rasgos TGD/TGD/TEA, que no supone deficiencia.	Síntomas aislados de TGD/TGD/TEA, sin confirmación diagnóstica o que no implican un deterioro clínicamente significativo en aspectos del funcionamiento habitual (social, escolar…).	Cumple criterios diagnósticos de TGD/TGD/TEA: - Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos; -Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades. -Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no	Cumple criterios diagnósticos de TGD/TGD/TEA: -Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos; -Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades. -Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del	

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

			manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida)	período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida) -Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en En aspectos del funcionamiento habitual (social, escolar…).Se asocia a condiciones comórbidas (discapacidad intelectual, deterioro del lenguaje) que afectan de manera grave el funcionamiento personal.	
EXPLORACIÓN DELA DEFICIENCIA EN LAS FUNCIONES MENTALES					
Funciones mentales **(evaluar** **movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados y/o repetitivos)**	Desarrollo del lenguaje adecuado a edad y capacidad evolutiva. Adecuado desarrollo de habilidades sociales y de juego.	Alteraciones pragmáticas del Lenguaje leves. Capacidad de comunicación y/o interacción (juego, simbolización…) con el entorno levemente afectada.	Alteraciones moderadas de la comunicación verbal y no verbal, y/o lenguaje alternativo de comunicación. Dificultades moderadas para iniciar y mantener	Alteraciones graves de la comunicación verbal y no verbal, y/o lenguaje alternativo de comunicación. Dificultades graves para	

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

	Sin intereses o comportamientos restringidos o repetitivos.	Inflexibilidad leve del comportamiento y/o pensamiento que no interfiere en el funcionamiento habitual. Hipo y/o hipersensibilidad de carácter leve	interacciones sociales o respuestas atípicas a la apertura social de otras personas. Inflexibilidad moderada del comportamiento y/o pensamiento que dificulta la organización, planificación y ejecución de las actividades cotidianas. Hipo y/o hiper –sensibilidad de carácter moderado. Ocasionalmente conductas disruptivas. Puede existir angustia/sufrimiento ante situaciones nuevas o cambios en las rutinas establecidas.	iniciar y mantener interacciones sociales o respuestas atípicas a la apertura social de otras personas. Inflexibilidad grave del comportamiento y/o pensamiento que dificulta la organización, planificación y ejecución de las actividades cotidianas, así como el afrontamiento de los cambios. Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de acción. Hipo y/o hiper –sensibilidad de carácter grave Conductas disruptivas persistentes. Conductas auto y/o heteroagresivas Patrón de sueño y alimentación alterados.	
FUNCIONAMIENTO EN ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN					
Adaptación escolar	Sin necesidades de apoyo educativo	Necesidades intermitentes de apoyo en el desarrollo de aptitudes y conocimientos académicos	Necesidades de apoyo limitado en el aprendizaje en el desarrollo de aptitudes y conocimientos académicos	Necesidades de apoyo extenso en el en el desarrollo de aptitudes y conocimientos académicos	Necesidades de apoyo generalizado en el en el desarrollo de aptitudes y conocimientos académicos

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

	Sin dificultades en el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales con iguales Adecuada participación social en el grupo de iguales y en la comunidad educativa	Requiere adaptaciones no significativas Dificultades leves en el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales con iguales Dificultades leves de interacción social que pueden afectar a la participación en el grupo de iguales y la comunidad educativa	Requiere adaptaciones significativas ligeras Dificultades moderadas en el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales con iguales Dificultades moderadas de interacción social que afectan a la participación en el grupo de iguales y la comunidad educativa.	Requiere adaptaciones significativas moderadas o la adaptación completa del curriculum Dificultades graves en el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales con iguales Dificultades graves de interacción social que limitan la participación en el grupo de iguales y la comunidad educativa	Requiere adaptaciones significativas globales o o la adaptación completa del curriculum Dificultades muy graves o totales en el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales con iguales Dificultades muy graves de interacción social que limitan la participación en el grupo de iguales y la comunidad educativa
Actividades. Vida Diaria **autónoma (relación con el entorno y autocuidado)**	No repercusión en AVDs. Autonomía para autocuidado y actividades de otros dominios con respecto a edad cronológica	Leve limitación en AVDs. Autonomía para autocuidado y actividades de otros dominios con respecto a edad cronológica	Limitación moderada en AVDs. Supervisión y necesidad de apoyo en la planificación en alguna tarea aislada de autocuidado y de otros dominios con respecto a edad cronológica	Limitación Grave en AVDs Supervisión y necesidad de apoyo en la planificación y leve apoyo en la ejecución física para algunas actividades de autocuidado y/o ayuda física para algunas actividades aisladas de otros dominios con respecto a edad cronológica	Limitación muy Grave en AVDs Ayuda física para todas las actividades de autocuidado y de otros dominios, con respecto a edad cronológica.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Intensidad de Apoyos/recursos	Sin apoyos	Intermitente	Intermitente y/o Limitado	Limitado y/o extenso	Extenso y/o generalizado
PRUEBAS PSICOMÉTRICAS/ ESCALAS(Anexo A.1)					
Metodología	Observación, entrevista clínica y entrevistas a personas significativas. , tanto vinculadas al ámbito familiar como profesional o cualquier otro de interés. Estudio y valoración de informes de salud mental, educativos. Escalas específicas, etc..				

TABLA 1.5. CRITERIOS PARA LA PUNTUACIÓN DE LA DEFICIENCIA PERMANENTE SECUNDARIA A TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO.

7-15 años.

INTERVALO DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	**INTERVALO 0**	**INTERVALO 1**	**INTERVALO 2**	**INTERVALO 3**	**INTERVALO 4**
GRADUACIÓN DEL % DE LA GRAVEDAD	**0-4%** **0-1-2-3-4**	**5%-24%** **5-10-15-20-24**	**25%-49%** **25-31-37-43-49**	**50%-65%** **50-54-58-61-65**	**66%- 85%** **66-70-75 80-85**
ANAMNESIS					
	Sin sintomatología específica de TGD/TGD/TEA Rasgos TGD/TGD/TEA , que no supone deficiencia.	Síntomas aislados de TGD/TGD/TEA, sin confirmación diagnóstica o que no implican un deterioro clínicamente significativo en aspectos del funcionamiento habitual (social, escolar…).	Cumple criterios diagnósticos de TGD/TEA: -Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos; -Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, Intereses o actividades. -Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida)	Cumple criterios diagnósticos de TGD/TEA: -Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos; -Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades. -Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).	Cumple criterios diagnósticos de TGD/TEA: -Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos; -Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades. -Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida) -Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en aspectos del funcionamiento habitual

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

			-Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en aspectos del funcionamiento habitual (social, escolar…). Las deficiencias en la comunicación social y la inflexibilidad causan problemas importantes en el funcionamiento personal, generando una interferencia significativa en uno o más contextos. Si se asocia a condiciones comórbidas (discapacidad intelectual, deterioro del lenguaje) éstas afectan de manera moderada el funcionamiento personal.	-Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en aspectos del funcionamiento habitual (social, escolar…). Las deficiencias en la comunicación social y la inflexibilidad causan problemas graves en el funcionamiento personal, generando una interferencia notable en diversos contextos. Si se asocia a condiciones comórbidas (discapacidad intelectual, deterioro del lenguaje) éstas afectan de manera grave el funcionamiento personal.	(social, escolar…). Las deficiencias en la comunicación social y la inflexibilidad causan problemas muy graves en el funcionamiento personal, generando una interferencia muy significativa en diversos contextos. Si se asocia a condiciones comórbidas (discapacidad intelectual, deterioro del lenguaje) éstas afectan de manera muy grave el funcionamiento personal.
EXPLORACIÓN DE LA DEFICIENCIA EN LAS FUNCIONES MENTALES					
Deficiencia en Funciones Mentales Globales y Específicas	Sin intereses o comportamientos restringidos o repetitivos	Deficiencia leve en las funciones psicosociales Globales Alteraciones pragmáticas del lenguaje leves. Capacidad de comunicación y/o interacción (juego, simbolización …) con el entorno levemente afectada. Inflexibilidad	Deficiencia moderada en las funciones psicosociales Globales Capacidad Comunicativa y relacional afectada. Alteraciones moderadas de la comunicación verbal y no verbal,con dificultades para mantener una conversación recíproca.	Deficiencia grave en las funciones psicosociales Globales Alteraciones graves de la comunicación verbal y no verbal, con incapacidad para mantener una conversación recíproca. Escaso lenguaje funcional y/o uso de sistema alternativo de comunicación. Dificultades graves para iniciar y mantener	Deficiencia muy grave o total en las funciones psicosociales Globales Ausencia de lenguaje verbal o funcional. Afectación total de todas las funciones del lenguaje. Alteraciones muy graves o totales de la comunicación verbal y no verbal. Dificultades muy graves en la iniciación o mantenimiento de interacciones sociales y/o respuestas mínimas o muy atípicas a la

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

		leve del comportamiento y/o pensamiento que no interfiere en el funcionamiento habitual. Hipo y/o hipersensibilidad de carácter leve.	Dificultades moderadas para iniciar y mantener interacciones sociales o respuestas atípicas a la apertura social de otras personas. Inflexibilidad moderada del comportamiento y/o pensamiento que dificulta la organización, planificación y ejecución de las actividades cotidianas Hipo y/o hiper - sensibilidad de carácter moderado. Parcial conciencia y/o reacción ante el peligro. Capacidad de interacción con el entorno limitada que condiciona su autonomía. Ocasionalmente conductas disruptivas. Puede existir angustia/sufrimiento ante situaciones nuevas o cambios en las rutinas establecidas.	interacciones sociales o respuestas atípicas a la apertura social de otras personas. Inflexibilidad grave del comportamiento y/o pensamiento que dificulta la organización, planificación y ejecución de las actividades cotidianas, así como el afrontamiento de los cambios. Ansiedad y/o dificultad grave para cambiar el foco de acción, afrontar situaciones nuevas o cambios en las rutinas establecidas Escasa conciencia de peligro. Hipo y/o hiper – sensibilidad de carácter grave. Estereotipias importantes que dificultan funcionalidad. Conductas disruptivas persistentes. Conductas auto y/o heteroagresivas Patrón de sueño y alimentación alterados.	apertura social de otras personas. Inflexibilidad muy grave del comportamiento y/o pensamiento. Extrema dificultad para hacer frente a los cambios. Ansiedad intensa y/o dificultad grave para cambiar el foco de acción, afrontar situaciones nuevas o cambios en las rutinas establecidas. Comportamientos repetitivos impulsivos, **sin conciencia de peligro,**-que pueden resultar lesivos en relación a su persona o a los que le rodean, hecho que implica la necesidad de supervisión constante. Hipo y/o hiper – sensibilidad de carácter muy grave. Patrón de sueño y alimentación alterados
FUNCIONAMIENTO EN ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN					
Adaptación escolar	Sin necesidad de apoyo educativo. Sin dificultades en el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales con iguales	Necesidades intermitentes de apoyo en el desarrollo de aptitudes y conocimientos académicos Requiere adaptaciones no significativas.	Necesidades de apoyo limitado en el aprendizaje en el desarrollo de aptitudes y conocimientos académicos Requiere adaptaciones significativas ligeras	Necesidades de apoyo extenso en el desarrollo de aptitudes y conocimientos académicos Requiere adaptaciones significativas moderadas o la adaptación completa del curriculum.	Necesidades de apoyo generalizado en el desarrollo de aptitudes y conocimientos académicos Requiere adaptaciones significativas globales o la adaptación completa del curriculum.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

	Adcuada participación social en el grupo de iguales y en la comunidad educativa.	Dificultades leves en el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales con iguales. Dificultades leves de interacción social que pueden afectar a la participación en el grupo de iguales y la comunidad educativa.	Dificultades moderadas en el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales con iguales. Dificultades moderadas de interacción social que pueden afectar a la participación en el grupo de iguales y la comunidad educativa.	Dificultades graves en el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales con iguales. Dificultades graves de interacción social que limitan la participación en el grupo de iguales y la comunidad educativa.	Dificultades muy graves o totales en el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales con iguales. Dificultades muy graves de interacción social que limitan la participación en el grupo de iguales y la comunidad educativa.
Actividades de Vida Diaria (de acuerdo a lo esperado para su edad cronológica)	No repercusión en AVDs. Autonomía para autocuidado y en actividades de otros dominios	Leve limitación en AVDs. Autonomía para autocuidado y en actividades de otros dominios	Limitación moderada en AVDs. Supervisión en alguna actividad aislada de autocuidado y de otros dominios	Limitación grave en AVDs Supervisión para algunas actividades de autocuidado y/o ayuda física para algunas actividades aisladas y de otros dominios	Limitación muy grave en AVDs Ayuda física para todas las actividades de autocuidado y de otros dominios.
Intensidad de Apoyos	Sin apoyos	Intermitente	Intermitente y/o Limitado	Limitado y/o extenso	Extenso y/o generalizado
PRUEBAS PSICOMÉTRICAS/ Escalas(Anexo A.1)					
Metodología	Observación, entrevista clínica y entrevistas a personas significativas. Con los mismos criterios que en el resto de tramos de edad. Estudio y valoración de informes de salud mental, educativos. Escalas específicas, etc…				

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

TABLA 1.6. CRITERIOS PARA LA PUNTUACIÓN DE LA DEFICIENCIA PERMANENTE SECUNDARIA A TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO.
Mayores de 16 años.

INTERVALO DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3	INTERVALO 4
PUNTUACIÓN DE DEFICIENCIA TOTAL (%)	0-4% 0-1-2-3-4	5%-24% 5-10-15-20-24	25%-49% 25-31-37-43-49	50%-65% 50-54-58-61-65	66%- 85% 66-70-75 80-85
ANAMNESIS					
	Sin sintomatología específica de TGD/TGD/TEA Rasgos TGD/TGD/TEA, que no supone deficiencia	Síntomas aislados de TGD/TGD/TEA, sin confirmación diagnóstica o que no implican un deterioro clínicamente significativo en aspectos del funcionamiento habitual (social, escolar…).	Cumple criterios diagnósticos de TGD/TEA: -Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos; -Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades. -Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida) -Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en aspectos del funcionamiento habitual (social, escolar…). Las deficiencias en la comunicación social y la inflexibilidad causan problemas importantes en el	Cumple criterios diagnósticos de TGD/TGD/TEA: -Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos; -Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades. -Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar nmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida) -Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en aspectos del funcionamiento habitual (social, escolar…). Las deficiencias en la	Cumple criterios diagnósticos de TGD/TGD/TEA: -Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos; -Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades. -Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida) -Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en aspectos del funcionamiento habitual (social, escolar…). Las deficiencias en la comunicación social y la inflexibilidad causan problemas muy graves en el funcionamiento personal, generando una interferencia muy

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

			funcionamiento personal, generando una interferencia significativa en uno o más contextos. Si se asocia a condiciones comórbidas (discapacidad intelectual, deterioro del lenguaje) éstas afectan de manera moderada el funcionamiento personal.	comunicación social y la inflexibilidad causan problemas graves en el funcionamiento personal, generando una interferencia notable en diversos contextos . Si se asocia a condiciones comórbidas (discapacidad intelectual, deterioro del lenguaje) éstas afectan de manera grave el funcionamiento personal.	significativa en diversos contextos. Si se asocia a condiciones comórbidas (discapacidad intelectual, deterioro del lenguaje) éstas afectan de manera muy grave el funcionamiento personal.
EXPLORACIÓN DE LA DEFIENCIA EN LAS FUNCIONES MENTALES					
Deficiencia en Funciones Mentales Globales y Específicas	No Deficiencias Permanentes. No presenta alteraciones del lenguaje, la interacción, o estas son muy leves. Sin intereses o comportamientos restringidos o repetitivos	Deficiencia leve en las funciones psicosociales Globales Alteraciones pragmáticas del lenguaje leves. Capacidad de comunicación y/o interacción (juego, simbolización…) con el entorno afectada, que limita levemente su participación social. Inflexibilidad leve del comportamiento y/o pensamiento que no interfiere en el funcionamiento habitual. Hipo y/o hipersensibilidad de carácter leve.	Deficiencia moderada en las funciones psicosociales globales Alteraciones moderadas de la comunicación verbal y no verbal, con dificultades para mantener una conversación recíproca. Dificultades moderadas para iniciar y mantener interacciones sociales o respuestas atípicas a la apertura social de otras personas. Inflexibilidad moderada del comportamiento y/o pensamiento que dificulta la organización, planificación y ejecución de las actividades cotidianas. Hipo y/o hiper – sensibilidad de carácter moderado. Parcial conciencia y/o reacción ante el peligro.	Deficiencia grave en las funciones psicosociales globales Alteraciones graves de la comunicación verbal y no verbal, con incapacidad para mantener una conversación recíproca. Escaso lenguaje funcional y/o uso de sistema alternativo de comunicación. Dificultades graves para iniciar y mantener interacciones sociales o respuestas atípicas a la apertura social de otras personas. Escasa conciencia de peligro. Estereotipias importantes que dificultan funcionalidad Inflexibilidad grave del comportamiento y/o pensamiento	Deficiencia muy grave en las funciones psicosociales globales Ausencia de lenguaje verbal o funcional. Alteraciones muy graves o totales de la comunicación verbal y no verbal. Dificultades muy graves en la iniciación o mantenimiento de interacciones sociales y/o respuestas mínimas o muy atípicas a la apertura social de otras personas. Inflexibilidad muy grave del comportamiento y/o pensamiento. Extrema dificultad para hacer frente a los cambios. Ansiedad intensa y/o dificultad grave para cambiar el foco de acción, afrontar situaciones nuevas o cambios en las rutinas establecidas.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

			Capacidad de interacción con el entorno limitada que condiciona su autonomía. Ocasionalmente conductas disruptivas. Puede existir angustia/sufrimiento ante situaciones nuevas o cambios en las rutinas establecidas.	que dificulta la organización, planificación y ejecución de las actividades cotidianas, así como el afrontamiento de los cambios. Ansiedad y/o dificultad grave para cambiar el foco de acción, afrontar situaciones nuevas o cambios en las rutinas establecidas. Hipo y/o hiper – sensibilidad de carácter grave. Conductas disruptivas persistentes. Conductas auto y/o heteroagresivas Patrón de sueño y alimentación alterados.	Sin conciencia de peligro. Comportamientos que pueden resultar lesivos en relación a su persona o a los que le rodean, hecho que implica la necesidad de supervisión constante.. Hipo y/o hiper – sensibilidad de carácter grave. Patrón de sueño y alimentación alterados.
FUNCIONAMIENTO EN ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN					
Adaptación escolar	Sin necesidades de apoyo educativo Sin dificultades en el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales con iguales Adecuada participación social en el grupo de iguales y en la comunidad educativa	Necesidades intermitentes de apoyo en el desarrollo de aptitudes y conocimientos académicos Requiere adaptaciones no significativas Dificultades leves en el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales con iguales Dificultades leves de interacción social que pueden afectar a la participación en el grupo de iguales y la comunidad educativa	Necesidades de apoyo limitado en el aprendizaje en el desarrollo de aptitudes y conocimientos académicos Requiere adaptaciones significativas ligeras Dificultades moderadas en el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales con iguales Dificultades moderadas de interacción social que afectan a la participación en el grupo de iguales y la comunidad educativa	Necesidades de apoyo extenso en el en el desarrollo de aptitudes y conocimientos académicos Requiere adaptaciones significativas moderadas o la adaptación completa del curriculum Dificultades graves en el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales con iguales Dificultades graves de interacción social que limitan la participación en el grupo de iguales y la comunidad educativa	Necesidades de apoyo generalizado en el en el desarrollo de aptitudes y conocimientos académicos Requiere adaptaciones significativas globales o o la adaptación completa del curriculum Dificultades muy graves o totales en el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales con iguales Dificultades muy graves de interacción social que limitan la participación en el grupo de iguales y la comunidad educativa

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Adaptación laboral	Sin necesidades de apoyo para buscar, acceder o mantener un empleo o actividad productiva/laboral Sin dificultades en el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales en el entorno laboral Adecuado desempeño e inclusión social en el entorno productivo o laboral Empleo ordinario	Necesidades intermitentes de apoyo en la búsqueda, acceso o mantenimiento de un empleo o actividad productiva/laboral Dificultades leves en el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales en el entorno laboral Dificultades leves de desempeño y/o interacción social que pueden afectar a los resultados laborales y/o a la inclusión social en el entorno ocupacional, productivo o laboral Empleo ordinario con incidencias (bajas laborales, …)	Necesidades de apoyo limitado en la búsqueda, acceso o mantenimiento de un empleo o actividad productiva/laboral Dificultades moderadas en el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales en el entorno laboral Dificultades moderadas de desempeño y/o interacción social que pueden afectar a los resultados laborales y/o a la inclusión social en el entorno ocupacional, productivo o laboral Empleo ordinario con apoyos / Centros especiales de empleo.	Necesidades de apoyo extensas en la búsqueda, acceso o mantenimiento de un empleo o actividad productiva/laboral Dificultades graves en el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales en el entorno laboral Dificultades graves de desempeño y/o interacción social que pueden afectar a los resultados laborales y/o a la inclusión social en el entorno ocupacional, productivo o laboral Centro especial de empleo, bajo rendimiento /Centro ocupacionall	Necesidades de apoyo generalizadas en la búsqueda, acceso o mantenimiento de un empleo o actividad productiva/laboral Dificultades leves en el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales en el entorno laboral Dificultades muy graves o totales de desempeño y/o interacción social que pueden afectar a los resultados ocupacionales o laborales y/o a la inclusión social en el entorno ocupacional, productivo o laboral Centro ocupacional Centros de atención diurna
Actividades de Vida Diaria (de acuerdo a lo esperado para su edad cronológica)	No repercusión en AVDs. Autonomía para autocuidado y otros dominios	Leve limitación en AVDs. Autonomía para autocuidado y otros dominios	Limitación moderada en AVDs. Supervisión en alguna tarea aislada de autocuidado y de otros dominios	Limitación grave en AVDs Supervisión para algunas actividades de autocuidado y/o ayuda física o verbal para algunas actividades aisladas y de otros dominios (planificación, gestión y control de la actividad, etc.)	Limitación muy grave en AVDs Ayuda física y/o verbal para todas las actividades de autocuidado y de otros dominios (planificación, gestión y control de la actividad, etc.)
Intensidad de Apoyos	Sin apoyos	Intermitente	Intermitente y/o Limitado	Limitado y/o extenso	Extenso y/o generalizado
PRUEBAS PSICOMÉTRICAS/ Escalas(Anexo A.1)					
Metodología	Observación, entrevista clínica y entrevistas a personas significativas. , igual que en el resto de tramos de edad. Estudio y valoración de informes de salud mental, educativos. Escalas específicas, etc…				
Comorbilidad					

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

1.7. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES

TABLA 1.7 CRITERIOS PARA LA PUNTUACIÓN DE LA DEFICIENCIA PERMANENTE SECUNDARIA A TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA. TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS.

INTERVALO DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	**INTERVALO 0**	**INTERVALO 1**
GRADUACIÓN DEL % DE LA GRAVEDAD	**0-4%** **0-1-2-3-4**	**5%-24%** **5-10-15-20-24**
ANAMNESIS		
Antecedentes Personales: Información prenatal, perinatal y postnatal. Desarrollo psicoafectivo y psicomotriz, desarrollo del lenguaje. Vinculación. Inicio, clínica, medidas terapéuticas aplicadas y frecuencia de las misma, evolución. Conciencia de enfermedad y adhesión al tratamiento Resultado pruebas diagnósticas aplicadas	Sintomatología aislada que no supone limitación en la actividad y no es causante de discapacidad. No recibe ni ha recibido tratamiento o si lo recibe, no presenta dificultades.	Se observa sintomatología Cumple criterios de trastorno específico pero este interfiere levemente en área personal, escolar/laboral. Recibe tratamiento especializado y aun así persiste sintomatología en más de dos contextos ambientales.
EXPLORACIÓN DE LA DEFICIENCIA EN LAS FUNCIONES MENTALES		
FUNCIONES GLOBALES Y ESPECÍFICAS **FUNCIONES RELACIONADAS CON LA ENERGÍA Y LOS IMPULSOS.** **FUNCIONES DE LA ATENCIÓN** **FUNCIONES DE LA MEMORIA.**	No presenta deficiencias en las funciones mentales o si estas existen en alguna de ellas, no interfieren de manera significativa	Presenta deficiencias en las funciones mentales y en la interrelación, aunque no de manera significativa. Presenta síntomas de desatención y/o impulsividad /hiperactividad.
FUNCIONAMIENTO EN ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN		
Adaptación escolar	Con el tratamiento, o sin él, el rendimiento escolar es similar o ligeramente inferior al esperable. Supera objetivos curriculares.	El rendimiento escolar es inferior al esperable. Seguimiento educativo/ adaptación no significativa o significativa en algunas materias instrumentales.
Adaptación laboral	Empleo ordinario	Empleo ordinario con algún apoyo.
Intensidad de Apoyos	Sin apoyos	Intermitente
AFECTACIÓN EN AVDs Y relación con el entorno	No presenta dificultades significativas en ninguna de las áreas adaptativa.	No presenta dificultades significativas en ninguna de las áreas adaptativa. Puede precisar cierta necesidad de supervisión en planificación y organización, mantenimiento y/o afrontamiento de tareas que requieran concentración y atención. La inquietud e hiperactividad puede comprometer levemente la interacción con el otro, sin causar aislamiento y/o rechazo del grupo de amigos/o iguales.
PRUEBAS PSICOMÉTRICAS/ Escalas(Anexo A1)		
Metodología	Observación, entrevista clínica y opcionalmente, entrevistas a personas significativas, aplicación de pruebas psicodiagnósticas, valoración de los informes aportados y petición de informes específicos si se considera necesario.	

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

1.8. CRITERIOS PARA LA PUNTUACIÓN DE LA DEFICIENCIA PERMANENTE SECUNDARIA A TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.TRASTORNOS DISOCIALES.

TABLA 1.8. CRITERIOS PARA LA PUNTUACIÓN DE LA DEFICIENCIA PERMANENTE SECUNDARIA A TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.TRASTORNOS DISOCIALES.

INTERVALO DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	**INTERVALO 0**	**INTERVALO 1**	**INTERVALO 2**
GRADUACIÓN DEL % DE LA GRAVEDAD	**0-4%** 0-1-2-3-4	**5%-24%** 5-10-15-20-24	**25%-33%** 25-27-29-31-33
ANAMNESIS			
Antecedentes Personales: Información prenatal, perinatal i postnatal. Desarrollo psicoafectivo y psicomotriz, desarrollo del lenguaje. Vinculación. Inicio, clínica, medidas terapéuticas aplicadas y frecuencia de las misma, evolución. Conciencia de enfermedad y adhesión al tratamiento Resultado pruebas diagnósticas aplicadas	Sintomatología aislada no causante de discapacidad. No recibe ni ha recibido tratamiento	Se observa sintomatología. Cumple criterios de trastorno específico, no presenta un patrón persistente repetitivo de violación de los derechos básicos de los demás o de importantes normas sociales adecuadas y se excluyen otros factores culturales, del entorno u otras necesidades personales. Según especificaciones de gravedad diagnóstica, éstos son considerados leves. Interfieren levemente en área personal, escolar/laboral. Recibe tratamiento especializado al menos 2 años y aun así, persiste sintomatología leve. Existe una capacidad crítica para poder reconducir la situación, prevención de las mismas y capacidad para hacer una demanda de intervención terapéutica.	Se observa sintomatología relevante, que se mantiene a pesar del tratamiento especializado, de al menos dos años de duración. Cumple criterios de trastorno específico por tanto es necesario el patrón persistente y repetitivo de violación de los derechos básicos de los demás o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto. Se confirma diagnóstico y se excluyen otros factores culturales, del entorno u otras necesidades personales. Según especificaciones de gravedad diagnóstica, éstos son considerados graves. Interfiere de manera significativa en área personal, escolar/laboral. Tratamiento especializado continuado ambulatorio, consecuente a las características psicopatológicas que puede requerir ingreso. Escasa empatía y poca preocupación por los sentimientos y bienestar de los otros. Escasa capacidad de autocrítica y poca adherencia al tratamiento y/o dificultad para hacer demanda de intervención terapéutica.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

EXPLORACIÓN DE LA DEFICIENCIA EN LAS FUNCIONES MENTALES			
FUNCIONES GLOBALES Y ESPECÍFICAS **FUNCIONES RELACIONADAS CON LA PREDISPOSICIÓN Y EL FUNCIONAMIENTO INTRAPERSONAL; EL TEMPERAMENTO Y LA PERSONALIDAD.** **FUNCIONES RELACIONADAS CON LA ENERGÍA Y LOS IMPULSOS**: **NIVEL DE ENERGÍA** **MOTIVACIÓN** **APETITO** **ANSIA (CRAVING)** **CONTROL DE LOS IMPULSOS**	No presenta deficiencias en las funciones mentales o si estas existen en alguna de ellas, no interfieren de manera significativa	Presenta deficiencias en las funciones relacionadas con la interrelación, y el control de los impulsos aunque no de manera significativa. Dificultad empática. Problemas de comportamiento que causan leves dificultades a los demás que comprometen levemente su actividad social.	Presenta deficiencias en las funciones relacionadas con la interrelación y el control de los impulsos que comprometen la integración social interfiriendo de manera significativa. Escasa empatía y poca preocupación por los sentimientos y bienestar de los otros. Goce/disfrute psicopatológico en relación al daño causado. Presenta emoción, comportamiento y calidad de la conducta de relación que causa daño en uno mismo y/o a su alrededor, de manera continuada Alta actividad, impulsividad. Comportamiento agresivo que causa daño físico o amenaza con él a otras personas/animales. Causa pérdidas o daños a la propiedad., fraudes o robos y violaciones graves de las normas.
FUNCIONAMIENTO EN ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN			
Adaptación escolar	Supera objetivos curriculares.	Seguimiento educativo/ adaptación no significativa o significativa en algunas actividades complejas	Centros ordinarios con apoyos educativos específicos. Adaptación curricular significativa. Centros educativos especializados.
Adaptación laboral	Empleo ordinario	Empleo ordinario	Empleo ordinario con apoyo o centro especial de empleo
AFECTACIÓN EN AVDs Y relación con el entorno	No presenta dificultades significativas en ninguna de las áreas adaptativa.	No presenta dificultades significativas en ninguna de las áreas adaptativa	Presenta dificultades significativas en alguna de las áreas adaptativa. Deterioro en las relaciones interpersonales próximas, así como en su adaptación en el ámbito social. Necesidad de acompañamiento y/o supervisión en uso de normas/servicios comunitarios.
Intensidad de Apoyos	Sin apoyos	Intermitente	Limitado
PRUEBAS PSICOMÉTRICAS/ Escalas(Anexo A1)			
Metodología	Observación, entrevista clínica y opcionalmente, entrevistas a personas significativas, aplicación de pruebas psicodiagnósticas, valoración de los informes aportados y petición de informes específicos si se considera necesario		

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

1.9 CRITERIOS PARA LA PUNTUACIÓN DE LA DEFICIENCIA PERMANENTE SECUNDARIA A TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

TABLA 1.9.-CRITERIOS PARA LA PUNTUACIÓN DE LA DEFICIENCIA PERMANENTE SECUNDARIA A TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

INTERVALO DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2
GRADUACIÓN DEL % DE LA GRAVEDAD	**0-4%** 0-1-2-3-4	**5%-24%** 5-10-15-20-24	**25%-49%** 25-31- 37-43-49
ANAMNESIS			
Antecedentes Personales: Información prenatal, perinatal i postnatal. Desarrollo psicoafectivo y psicomotriz, desarrollo del lenguaje. Vinculación. Inicio, clínica, medidas terapéuticas aplicadas y frecuencia de las misma, evolución. Resultado pruebas diagnósticas aplicadas Conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento	Sintomatología aislada no causante de discapacidad. No recibe o ha recibido tratamiento y se ha conseguido remisión casi completa	Cumple criterios de trastorno específico. Presencia de alteración de la comunicación social, ya sea en relación a mutismo selectivo, o uso de manera inadecuada. Desinhibición/ retraimiento /relaciones de ambivalencia,/ mostrar indiferencia/rabia/vinculación no selectiva /excesivamente selectiva Presencia de temores, preocupaciones Presencia de tristeza, ansiedad, somatizaciones leves, poca energía con afectación en patrón de sueño, alimentación y juego/ocio. Puede presentar conductas autolesivas o heteroagresivas, reconducibles con soporte directo y a nivel verbal. Interferencia leve en área personal, familiar, escolar/laboral. Recibe tratamiento especializado ambulatorio y aun así persiste sintomatología. Manifiesta capacidad de autocrítica y voluntad de reconducir la situación.	Cumple criterios de trastorno específico. Alteración de la interrelación que repercute en la capacidad de protegerse y/o provoca rechazo en el entorno Desinhibición/ retraimiento/relaciones de ambivalencia/ mostrar indiferencia/rabia /vinculación no selectiva /excesivamente selectiva, que repercute moderada o gravemente en su capacidad de respuesta. Presencia de temores, preocupaciones intensas y persistentes Presencia de tristeza, apatía, desesperanza, con afectación en patrón de sueño, alimentación (anorexia, bulimia) y juego/ocio que compromete su desarrollo personal global. Presenta somatizaciones moderadas/graves, Conductas autolesivas o heteroagresivas, difíciles de reconducir,con necesidad de una supervisión de mayor intensidad Puede sufrir alteraciones sensoperceptivas. Interfieren en área personal, familiar, escolar/laboral puesto que causan afectación en el proceso de desarrollo psicoafectivo Tratamiento especializado que puede requerir el ingreso en unidad psiquiátrica, aun así persiste sintomatología. Puede precisar tratamiento rehabilitador a posteriori. Existe poca capacidad autocrítica y voluntad de reconducir la situación.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

EXPLORACIÓN DE LA DEFICIENCIA EN LAS FUNCIONES MENTALES			
FUNCIONES GLOBALES Y ESPECÍFICAS **FUNCIONES RELACIONADAS CON LA PREDISPOSICIÓN Y EL FUNCIONAMIENTO INTRAPERSONAL** **FUNCIONES RELACIONADAS CON LA ENERGÍA Y LOS IMPULSOS** **FUNCIONES DEL SUEÑO** **ESPECÍFICAS: ATENCIÓN, MEMORIA FUNCIONES EMOCIONALES** **FUNCIONES DE LA PERCEPCIÓN FUNCIONES DEL PENSAMIENTO**	No presenta deficiencias en las funciones mentales o si estas existen en alguna de ellas, no interfieren de manera significativa	Presenta deficiencias que afectan la interrelación que comprometen levemente la integración social Apatía, desmotivación, que condiciona su desarrollo y/o adquisición de aprendizajes Alteración en adecuación y regulación de las emociones. Capacidad de expresarlas pero estas se encuentran alteradas. Inestabilidad emocional que puede causar crisis en situaciones estresoras, aunque estas pueden reconducir-se con cierto soporte. Dificultad en control de pensamiento, en forma de rumiaciones episódicas. Puede verse afectada levemente la capacidad de ejecución y planificación de tareas así como la toma de decisiones en diferentes ámbitos.	Se compromete gravemente su interrelación con el otro y su adaptación en ámbito social y relaciones interpersonales próximas. Apatía, desmotivación, que condiciona su desarrollo y/o adquisición de aprendizajes, que condiciona y compromete su desarrollo psicoafectivo. Alteración en adecuación y regulación de las emociones. Inestabilidad emocional grave y persistentes difíciles de reconducir, siendo necesario intervención especializada. Conducta auto y/o heteroagresivas. Alteración del pensamiento, con posible alteración en la sensopercepción. Afectada la capacidad de ejecución y planificación de tareas complejas así como la toma de decisiones en diferentes ámbitos. Necesidad de acompañamiento y/o supervisión en uso de normas/servicios comunitarios.
FUNCIONAMIENTO EN ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN			
Adaptación escolar	Supera objetivos curriculares.	Seguimiento educativo/ adaptación no significativa o significativa en algunas actividades complejas	Centros ordinarios con apoyos educativos específicos. Adaptación curricular significativa
Adaptación laboral	Empleo ordinario	Empleo ordinario	Empleo ordinario con apoyo o Centro especial de empleo
AFECTACIÓN EN AVDs y relación con el entorno	No presenta dificultades significativas en ninguna de las áreas.	Leve afectación de las AVDs. Afectada la capacidad de interrelación con el entorno familiar, social y/o laboral	Moderada afectación de las AVDs Afectada la capacidad de interrelación con el entorno familiar, social y/o laboral.
Intensidad de apoyos	Sin apoyos	Intermitente	Intermitente y/o Limitado
PRUEBAS PSICOMETRICAS/ ESCALAS (AnexoA1)			
Comprobación de criterios diagnósticos	Se confirman criterios diagnósticos de **TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE INICIO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA**		
Metodología	Observación, entrevista clínica y opcionalmente, entrevistas a personas significativas, aplicación de pruebas psicodiagnósticas, valoración de los informes aportados y petición de informes específicos si se considera necesario		

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

1.10. CRITERIOS PARA LA PUNTUACIÓN DE LA DEFICIENCIA PERMANENTE SECUNDARIA A TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.TRASTORNOS DE TICS:

TABLA 1.10.-CRITERIOS PARA LA PUNTUACIÓN DE LA DEFICIENCIA PERMANENTE SECUNDARIA A TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.TRASTORNOS DE TICS:

INTERVALO DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3
GRADUACIÓN DEL % DE LA GRAVEDAD	0-4% 0-1-2-3-4	5%-24% 5-10-15-20-24	25%-49% 25 -31- 37- 43- 49	50% -65% 50-54-58-62-65
ANAMNESIS				
Antecedentes Personales: Información prenatal, perinatal i postnatal. Desarrollo psicoafectivo y psicomotriz, desarrollo del lenguaje. Vinculación. Inicio, clínica, medidas terapéuticas aplicadas y frecuencia de las misma, evolución. Conciencia de enfermedad y adhesión al tratamiento Resultado pruebas diagnósticas aplicadas	Sintomatología aislada o presencia de Tics transitorios (no persiste más de 12 meses)	Cumple criterios de trastorno específico. Existe capacidad para controlar parte de la sintomatología (tics) durante cierto tiempo y esta interfiere levemente en área personal, relacional y escolar/laboral. Recibe tratamiento especializado y aun así persiste sintomatología leve. Presencia de Tics Simples (motores/ fonatorios) y o complejos. Presencia de ecolalias.	Cumple criterios de trastorno específico. Aún con intervención terapéutica y farmacológica adecuada, existe dificultad importante para poder controlar la sintomatología. Esta interfiere de manera significativa condicionando la esfera personal, relacional y escolar/laboral. Presencia intensa y frecuente de tics motores y fonatorios simples y complejos, éstos últimos pueden cursar con palabras o comportamientos socialmente inaceptables. Presencia de ecolalias, ecopraxias, coprolalias, copropraxias, intensas y frecuentes Presencia de comportamiento obsesivo – compulsivo, asociados a la Tourette	Cumple criterios de trastorno específico. Aún con intervención terapéutica y farmacológica adecuada, interferencia constante e incapacidad para controlar la sintomatología. Esta interfiere de manera grave en la esfera personal, relacional y escolar/laboral. Presencia intensa y persistente de tics motores y fonatorios simples y complejos, éstos últimos pueden cursar con palabras o comportamientos socialmente inaceptables. Presencia de ecolalias, ecopraxias, coprolalias, copropraxias, intensas y persistentes. Trastorno obsesivo – compulsivo, asociados a la Tourette

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

EXPLORACIÓN DE LA DEFICIENCIA EN LAS FUNCIONES MENTALES				
FUNCIONES GLOBALES Y ESPECÍFICAS **FUNCIONES PSICOMOTORAS Y EMOCIONALES**	No presenta deficiencias en estas funciones mentales o si estas existen en alguna de ellas, no interfieren de manera significativa	Presenta deficiencias en las funciones relacionadas con el control psicomotor, la calidad de la conducta y las emociones y excitación.	Presenta deficiencias en las funciones relacionadas con el control psicomotor, excitación y alteración de la calidad de la conducta que comprometen la integración social interfiriendo de manera significativa. Necesidad de acompañamiento intermitente y episódico en el uso de servicios comunitarios, debido a la interferencia de la sintomatología.	Presenta deficiencias en las funciones relacionadas con el control psicomotor, excitación y alteración de la calidad de la conducta que compromete la integración social interfiriendo de manera grave. Necesidad de acompañamiento en el uso de servicios comunitarios, debido a interferencia de la sintomatología.
FUNCIONAMIENTO EN ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN				
Adaptación escolar	Supera objetivos curriculares.	Seguimiento educativo/ adaptación no significativa o significativa en algunas actividades complejas	Centros ordinarios con apoyos educativos específicos. Adaptaciones escolares de acceso	Adaptación curricular significativa
Adaptación laboral	Empleo ordinario	Empleo ordinario	Empleo ordinario con apoyo o centro especial de empleo	Difícil ubicación en recursos de integración laboral
AFECTACIÓN EN AVDs Y relación con el entorno	Sin Limitación en AVDs No presenta dificultades significativas en ninguna de las áreas adaptativa.	Limitación Leve Presenta dificultades leves en alguna de las áreas adaptativas. (Interrelación)	Limitación moderada Presencia de dificultades moderadas en organización de funciones psicomotoras que interfieren en la ejecución de AVDs. (Ocio, vida comunitaria…) Afectada la capacidad de interrelación con el entorno familiar, social y/o laboral, de manera significativa.	Limitación Grave Presencia de dificultades graves en organización de funciones psicomotoras que interfieren en la ejecución de AVDs. (Restricción grave de la vida social.) Afectación Grave de la capacidad de interrelación con el entorno familiar, social y/o laboral.
Intensidad de apoyos	Sin apoyos	Intermitente	Intermitente y/o limitado	Limitado y/o extenso
PRUEBAS PSICOMETRICAS/ ESCALAS(Anexo A1)				
Comprobación de criterios diagnósticos	Se confirman criterios diagnósticos de **TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE INICIO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA**			
Metodología	Observación, entrevista clínica y opcionalmente, entrevistas a personas significativas, aplicación de pruebas psicodiagnósticas, valoración de los informes aportados y petición de informes específicos si se considera necesario			

ANEXO III: PRUEBAS PSICOMETRICAS/ESCALAS

En las tablas de criterios de evaluación de la deficiencia no se incluyen pruebas de exploración psicopatológica concreta, ya que quedarían excluidas otras, sin justificación clínica objetiva. Cada profesional, en función de variables como: edad y estado de la persona a valorar, grado de colaboración, tiempo, etc., determinará la conveniencia de su aplicación y elección de la más apropiada.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

CAPÍTULO 2: OTROS TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO

En este **Capítulo**, se dan las pautas para la evaluación de **los Trastornos Mentales y del Comportamiento, identificados conforme a los criterios CIE10**

En cuanto a la metodología para la evaluación de las personas que presenten estos trastornos mentales, se tendrán en cuenta, además de las normas generales para la evaluación del funcionamiento y la discapacidad recogidas en el Anexo I y las normas para la evaluación de la deficiencia global de la persona recogidas en el Anexo III, las especificadas en la introducción del capítulo 1 del Anexo III.

El eje básico de la evaluación radica en el criterio de gravedad y el grado de repercusión en la capacidad de funcionamiento de la persona en todas las áreas de la vida

El abordaje de la evaluación se fundamenta en una herramienta básica: la entrevista clínica, mediante la cual se procede a:

- Elaboración de una completa **anamnesis** en base a la experiencias vividas (antecedentes personales y familiares, personalidad premórbida, inicio de la sintomatología, medidas terapéuticas, ingresos en los diferentes dispositivos de la red de salud mental, máxima mejoría clínica (MMC), frecuencia de crisis, estabilización en períodos intercríticos y experiencias vividas etc.).
- **Exploración psicopatológica:** (aspecto general, motricidad, actitud, lenguaje, curso/contenido del pensamiento, humor/afectividad, orientación temporoespacial, atención/concentración, conciencia de la enfermedad, juicio sobre la realidad, capacidad introspectiva).
- **Funcionamiento en actividades y participación:** Mediante el análisis de la experiencia en empleo y dificultades derivadas de la intensidad/persistencia de los síntomas respecto al rendimiento, relaciones socio-laborales, congruencia entre expectativas y posibilidades de adecuación a un perfil laboral.
- Descartar posible simulación o sobredemostración/ magnificación de las limitaciones reales.
- Complementación y verificación de la información mediante entrevista con el familiar/acompañante.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

TABLA 2.1 CRITERIOS GENERALES PARA LA PUNTUACION DE LA DEFICIENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS.

INTERVALO DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3	INTERVALO 4
GRADUACION DEL % DE LA GRAVEDAD	0-4% 0-1-2-3-4	5%-24% 5-10-15-20-24	25%-59% 25-33-42-50-59	60%-74% 60-63 67-71-74	75%- 95% 75-80-85-90-95
ANAMNESIS					
	Presenta sintomatología aislada que no supone disminución alguna de su capacidad funcional.	Cumple criterios diagnósticos Mínima discrepancia entre la información que aporta el interesado y las personas de su entorno cercano. Los síntomas conductuales de existir no son significativos Labilidad emocional, menor iniciativa.	Cumple criterios diagnósticos Discrepancia entre la información que aporta el interesado y las personas de su entorno cercano. Cambios emocionales y de la personalidad con algunos de los siguientes síntomas: Irritabilidad, ansiedad - depresión, obsesividad, labilidad emocional, pérdida de interés y motivación, impulsividad... En los casos de mayor afectación también puede constatarse alguno de los siguientes síntomas: Tendencia a la desinhibición Puerilidad Negligencia en el cuidado personal Susceptibilidad, desconfianza Retraimiento social Afectación del juicio social	Cumple criterios diagnósticos Graves alteraciones conductuales y/o afectivas con algunos de los siguientes síntomas: Aplanamiento afectivo, apatía y/o indiferencia. Ira inmotivada Perseveraciones Impulsividad Síntomas psicóticos Psicopatología grave en general.	Cumple criterios diagnósticos Alguno de los siguientes síntomas Desconexión habitual. Escaso o nulo contacto con el entorno. Síntomas psicóticos que inciden en el comportamiento Agitación. Conducta agresiva o violenta. Estado general de estupor. Alteración de la esfera institinto-afectiva. Ninguna o escasa evidencia de voluntariedad Psicopatología muy grave en general

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

EXPLORACIÓN DE LA DEFICIENCIA EN LAS FUNCIONES MENTALES					
DEFICIENCIA EN FUNCIONES MENTALES GLOBALES Y ESPECIFICAS	Sin incidencia o Incidencia mínima Orientación completa en tiempo, espacio y persona. Fallos puntuales de memoria leves, benignos y ocasionales Juicio conservado con autocrítica. Sin alteraciones en emoción y/o conducta	Sin incidencia en funciones mentales globales (conciencia, orientación, temperamento y personalidad, energía e impulsos, sueño) Incidencia leve en alguna de las siguientes funciones: Funciones de la orientación Funciones de la memoria Funciones de la atención (Mantenimiento, cambios, división o compartición de la atención) Funciones del pensamiento. (Flujo, forma, contenido o control del pensamiento o procesamiento de la información) Funciones del lenguaje. (Dificultad para evocar palabras y/o disminución de la fluidez verbal) Funciones cognitivas superiores. Ligero enlentecimiento Funciones de la percepción. (Integración de la información visual, táctil o auditiva con las actividades motoras.	Presencia da algunas de las siguientes alteraciones Fatigabilidad y distraibilidad Deterioro de la memoria reciente. En los casos de mayor afectación deterioro leve de la memoria remota y dificultades en el recuerdo de su historia personal. Dificultades en las funciones de la atención (tareas complejas – tareas simples) Alteración de las funciones mentales del lenguaje (recepción, expresión,...). Puede presentar manifiesta lentitud y verborrea y dificultad para expresarse y estructurar el discurso de modo conciso y adecuado Dificultades en funciones cognitivas superiores: abstracción, organización y planificación, juicio, resolución de problemas, manejo del tiempo, flexibilidad cognitiva Marcada dificultad para aprendizajes (aprendizajes complejos aprendizajes sencillos) Ligera desorientación temporal y espacial (en lugares no habituales) Afectación de las funciones del cálculo (cálculo complejo - cálculo simple)	Presencia de alguna de las siguientes alteraciones: Pérdida severa de memoria reciente. Retiene algún conocimiento de su vida pasada. Aprendizajes muy elementales, con escasa funcionalidad y poca o nula retención del material aprendido. A) Deficiencia moderada – grave de las funciones del lenguaje incluido el lenguaje escrito. B) Desorientación témporo – espacial. Solo orientado (total o parcialmente) en persona. C) Afectación moderada – grave de las funciones cognitivas superiores.	Presencia de alguno de los siguientes síntomas: Desconexión habitual Pérdida de memoria reciente y remota Sin posibilidad de aprendizaje En general, deficiencia grave de las funciones mentales globales y específicas
Conciencia de enfermedad	Quejas subjetivas y objetivas	Conciencia parcial de enfermedad	Conciencia parcial o escasa de los déficits y limitaciones.	Escasa o nula conciencia.	Nula conciencia

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

FUNCIONAMIENTO EN ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN					
Actividades de Vida Diaria	No presenta dificultades Total autonomía	Limitación leve en AVD Total autonomía en actividades de autocuidado y necesidad de supervisión leve en tareas complejas de otro dominios Puede haber dificultad en alguna tarea compleja con relación al nivel previo (menor participación social...) El impacto sobre la actividad diaria es leve y el individuo es capaz de compensar parcialmente su limitación con un esfuerzo adicional	Limitación moderada en AVD Puede requerir supervisión y dirección parcial en actividades de autocuidado y supervisión entre leve y moderada en tareas complejas de otros dominios	Limitación grave en AVD Necesidad de apoyo físico y/o supervisión en algunas actividades de autocuidado Puede presentar incontinencia parcial. Extrema dificultad en Tareas Complejas Gran déficit en la vida de relación. Incapaz de mantener conversación relevante. Dirección externa continuada.	Limitación Muy Grave o Total en AVD. Total dependencia en Actividades de autocuidado y de otros dominios Total dependencia para las Tareas Complejas y Escasa o nula capacidad comunicativa
Adaptación laboral – académica	No hay afectación.	Puede iniciar - mantener una actividad laboral normalizada o con leve disminución del rendimiento.	Capacidad entre limitada (necesidad de supervisión) y nula para mantener actividad laboral-académica previa. En casos de menor afectación puede desempeñar otras actividades laborales que impliquen un menor nivel de responsabilidad y de concentración siempre que cuente con apoyos y adaptaciones significativas del puesto de trabajo	Incapaz para el desempeño de cualquier actividad productiva. Solo puede realizar tareas sencillas y rutinarias en centros especializados con función de mantenimiento.	No existen posibilidades de realizar actividad laboral alguna, ni aún en ambientes o entornos muy controlados.
Intensidad de Apoyos /Recursos	No precisa	Puntual y limitado	Programa rehabilitador en centro específico/Centro especial de empleo	Centro de Día/Recurso residencial.	Recurso residencial.
PRUEBAS PSICOMETRICAS/ ESCALAS(Anexo A.2)					
Metodología	Observacuón, informes, entrevista clínica y entrevistas a personas significativas. Aplicación de pruebas psicodiagnósticas y neuropsicológicas.				

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

TABLA 2.2.- CRITERIOS GENERALES PARA LA PUNTUACION DE LA DEFICIENCIA POR TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS

A efecto de la deficiencia asociada se tendrá en cuenta el síndrome de dependencia, que será evaluable solamente en los casos en los que el último período de dependencia tenga una duración de, por lo menos, dos años.

En el supuesto de que coexista deficiencia derivada del síndrome de dependencia con deficiencia resultante de daño cerebral secundario al uso de sustancias psicoactivas, se evaluará solo la deficiencia mayor.

INTERVALOS DE GRADUACIÓN DE LA DEFICIENCIA	**INTERVALO 0**	**INTERVALO 1**	**INTERVALO 2**
GRADUACIÓN DEL % DE LA GRAVEDAD	**0-4%** **0-1-2- 3-4**	**5%-14%** **5-7-9-11-14**	**15%-30%** **15-19-23-27-30**
ANAMNESIS			
Antecedentes personales, familiares personalidad premórbida, inicio, medidas terapéuticas ensayadas, ingresos, frecuencia de las crisis, evolución general del cuadro	Episodio único Recuperación del estilo vital previo	Estar presentes el consumo de una sustancia o el deseo de consumirla. Evolución de hasta 10 años y/o menos de cuatro períodos de dependencia. La duración del último período de dependencia es hasta de dos años, incluyendo el período de remisión parcial.	Estar presentes el consumo de una sustancia o el deseo de consumirla. Evolución de más de diez años y/o más de cuatro períodos de dependencia La duración del último período de dependencia es de más de dos años, incluyendo período de remisión parcial.
Criterios diagnósticos	Inicio agudo con remisión completa	Cumple criterios diagnósticos	Cumple criterios diagnósticos
Sintomatología	Sintomatología mínima. Estabilidad psicopatológica No ha precisado ingresos ni descompensaciones posteriores.	Conciencia subjetiva de la compulsión al consumo de la sustancia cuando se intenta frenar o controlar el mismo.	Pérdida del control en el uso de las sustancias. Aumento en la cantidad o frecuencia del consumo. Persistencia del uso a pesar de consecuencias dañinas. Abandono de responsabilidades laborales, familiares y sociales. Gran consumo de tiempo en la adquisición y el consumo de la sustancia. En ocasiones, dependencia fisiológica (síndrome de abstinencia).
Conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento	Adecuado insight. Seguimiento desde CSM.	Conciencia de enfermedad. Irregular adherencia al dispositivo y al tratamiento.	Parcial conciencia de enfermedad. Con ayuda terapéutica critica los episodios. Escasa o nula adherencia al dispositivo terapéutico y al tratamiento.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

EXPLORACION DE LA DEFICIENCIA EN LAS FUNCIONES MENTALES			
GLOBALES: Funciones del sueño, energía e impulsos, temperamento y personalidad. **Y ESPECÍFICAS: atención, memoria, psicomotoras, emocionales, sensoperceptivas, cognitivas superiores, con uno mismo y con el tiempo.**	Consciente Atención centrada Preservados: planificación /organización cotidiana /Motivación/ interacción social/ Comunicación. Juicio de la realidad. Curso/contenido del pensamiento sin alteraciones.	Disprosexia que impide mantener eficacia cognitiva en planificación/ejecución/memoria operativa. Disminución de la motivación. Lenguaje empobrecido y estereotipado. Presencia de alteraciones psicomotoras. Experiencias sensoriales anómalas.	Hiporreactividad Hipoprosexia Alteraciones sensoperceptivas. Lenguaje empobrecido y estereotipado. Estupor/excitación/rigidez motriz. Vivencias de despersonalización
FUNCIONAMIENTO EN ACTIVIDADES Y PARTICIPACION			
Adaptación escolar y laboral	Formación reglada Incorporación a empleo ordinario.	Acceso a empleo ordinario pero necesita de alternativas formativas y de ocio por abandono del circuito reglado	Rendimiento irregular en CEE. / Imposibilidad de ajuste a perfil laboral con derivación a Centros Ocupacionales. Asistencia irregular a programas formativos/ocio
ACTIVIDADES: Vida diaria autónoma (relación con el entorno y autocuidado)	Sin limitación o limitación leve en las AVDs	Limitación leve o moderada intermitente en AVDs ,	Limitación moderada o grave intermitente en AVDs
Intensidad de Apoyos /Recursos	Sin apoyos	Supervisión/Incitación Tratamiento ambulatorio/ Psicofarmacológico. Dispositivos de Salud Mental según períodos de descompensación. Dispositivo de CTA de adicciones.	Ayuda física, aplicación de medidas coercitivas, tratamientos e ingresos involuntarios (sufrimiento psíquico) Tratamiento ambulatorio/ Psicofarmacológico. Dispositivos de Salud Mental según períodos de descompensación. Seguimiento en CTA de adicciones.
METODOLOGÍA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS			
Observación, entrevista clínica, y opcionalmente, entrevista a personas significadas, aplicación de pruebas psicopedagógicas y escalas estandarizadas validadas A efecto de la deficiencia asociada se tendrá en cuenta el síndrome de dependencia, que será evaluable solamente en los casos en los que el último período de dependencia tenga una duración de, por lo menos, dos años. En el supuesto de que coexista deficiencia derivada del síndrome de dependencia con deficiencia resultante de daño cerebral secundario al uso de sustancias psicoactivas, se evaluará solo la deficiencia mayor			

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

TABLA 2.3- CRITERIOS GENERALES PARA LA PUNTUACION DE LA DEFICIENCIA DE LA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS NO RELACIONADOS CON EL ESTADO DE ÁNIMO

INTERVALOS DE GRADUACIÓN DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3	INTERVALO 4
GRADUACIÓN DEL % DE LA GRAVEDAD	0-4% 0-1-2- 3-4	5%-24% 5-10-15-20-24	25%-49% 25-31-37-43-49	50%-65% 50-54-58-62-65	66%- 85% 66-70-75-80-85
ANAMNESIS					
Antecedentes personales, familiares personalidad premórbida, inicio, medidas terapéuticas ensayadas, ingresos, frecuencia de las crisis, evolución general del cuadro	Episodio único Recuperación del estilo vital previo	Episodio/os con remisión cuasi completa. Mínima repercusión funcional. No consigue el funcionamiento premórbido.	Inicio precoz (agudo/insidioso) Curso fluctuante con crisis agudas y recurrentes. Evolución desfavorable.	Cronificación sin mejoría significativa. Múltiples ingresos. Evolución con deterioro cognitivo y psicosocial.	Sintomatología alucinatorios y delirantes con repercusión conductual grave, que afecta a su funcionamiento global. Cuadro defectual instaurado e irreversible. Medidas terapéuticas agotadas.
Criterios diagnósticos	Inicio agudo con remisión completa	Cumple criterios diagnósticos	Cumple criterios diagnósticos	Cumple criterios diagnósticos	Cumple criterios diagnósticos
Sintomatología	Sintomatología mínima. Estabilidad psicopatológica No ha precisado ingresos ni descompensaciones posteriores.	Sintomatología activa fluctuante de poca intensidad. Ideación delirante poco estructurada. Leve suspicacia Puntuales alteraciones sensoperceptivas Ha precisado al menos un ingreso Psiquiátrico en Unidad de agudos	Puede presentar aspecto descuidado y abandono de ciertos hábitos. Desorganizado en fases de agudización. Persistencia del cuadro alucinatorio y delirio estructurado. Afectividad embotada. Comportamiento excéntrico. Lenguaje divagatorio/incoherente Relaciones sociales restringidas. Tendente a ocio solitario. Disminución de la expresividad facial	Hábitos poco saludables e incitación externa para autocuidado. Déficits en atención/ritmo/ ejecución de tareas. Incapacidad de afrontamiento cotidiano. Interferencias significativas de los síntomas psicóticos activos a pesar del tratamiento farmacológico. Riesgo de autolesiones/ Heteroagresividad. Inhibición motriz. Rasgos defectuales: embotamiento, pasividad, falta de iniciativa, pobreza expresiva. Actitud evitativa/aislamiento social. Hipomimia facial.	Desorientación E/T. Pobreza ideativa Desinterés relacional. Desconexión del entorno. Hiporreactividad a estímulos. Hiperreactividad o alteración de la respuesta al estímulo, debido a clínica psicótica activa permanentemente Nula participación en ocio/comunidad. Afectividad plana.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento	Adecuado insight. Seguimiento desde CSM.	Conciencia de enfermedad. Adherido al dispositivo terapéutico.	Parcial conciencia de enfermedad. Con ayuda terapéutica critica los episodios. Irregular adherencia al dispositivo y al tratamiento. Han precisado tratamiento farmacológico durante al menos un año.	Incompleta conciencia de enfermedad. Abandono de los tratamientos. Escasa efectividad de las medidas terapéutico/rehabilitadoras.	Nula conciencia de enfermedad. Tratamiento involuntario. Puede presentar la necesidad de una supervisión de mayor intensidad
EXPLORACION DE LA DEFICIENCIA EN LAS FUNCIONES MENTALES					
DEFICIENCIAS EN LAS FUNCIONES MENTALES GLOBALES: Funciones del sueño, energía e impulsos, temperamento y personalidad. **Y ESPECÍFICAS: atención, memoria, psicomotoras, emocionales, sensoperceptivas, cognitivas superiores, con uno mismo y con el tiempo.**	Consciente Atención centrada Preservados: planificación/organización cotidiana/Motivación/interacción social/Comunicación. Juicio de la realidad. Curso/contenido del pensamiento sin alteraciones.	Leve bradipsiquia en funciones cognitivas, mnésicas y ejecutivas sin repercusión funcional. Interferencias en la atención no significativas. Lenguaje con contenido comunicativo. Leve empobrecimiento en el plano sintáctico/léxico.	Disprosexia que impide mantener eficacia cognitiva en planificación/ejecución/memoria operativa. Disminución de la motivación. Lenguaje empobrecido y estereotipado. Presencia de alteraciones psicomotoras. Experiencias sensoriales anómalas. Angustia psicótica	Hiporreactividad Amplio tiempo en latencia de respuesta verbal/motriz. Hipoprosexia Intensas y frecuentes alteraciones sensoperceptivas. Expresión verbal espontánea muy básica. Estupor/excitación/rigidez motriz. Vivencias de despersonalización.	Afectación muy grave en todas las funciones superiores y ejecutivas así como en lenguaje y autodirección. Dependiente en autocuidado. Incapacidad en la toma de decisiones.
FUNCIONAMIENTO EN ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN					
Adaptación escolar y laboral	Formación reglada Incorporación a empleo ordinario.	Mantiene empleo con continuidad y algunas bajas ocasionales de corta duración. Leve repercusión en el área formativa	Acceso a empleo ordinario con apoyos y adaptado a sus necesidades, esfuerzo mental/estrés en grado elevado o en CEE. Alternativas formativas y de ocio por abandono del circuito reglado.	Rendimiento irregular en CEE. / Imposibilidad de ajuste a perfil laboral con derivación a Centros Ocupacionales. Asistencia irregular a programas formativos/ocio	Probable inadecuación incluso al perfil ocupacional.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

ACTIVIDADES: Vida autónoma (relación con el entorno y autocuidado)	Sin limitación en AVDs	Limitación leve en AVDs,	Limitación moderada en AVDs	Limitación grave en AVDs	Limitación muy grave en AVDs
Intensidad de Apoyos /Recursos	Sin apoyos	Sin apoyos / puede precisar apoyo muy ocasional, Tratamiento ambulatorio	Intermitente / limitado Tratamiento ambulatorio/ Psicofarmacológico. Dispositivos de Salud Mental según períodos de descompensación	Extenso entro de Rehabilitación Psicosocial Hospital de Día. Ingreso en Unidades de media/larga estancia Vivienda Tutelada	Extenso y/o generalizado Estancia en Centros de Día/ C. Residenciales específicos.
PRUEBAS PSICOMETRICAS/ ESCALAS(Anexo A.2)					
Metodología	Observación, entrevista clínica y opcionalmente, entrevistas a personas significativas, aplicación de pruebas psicodiagnósticas y Escalas estandarizadas y validadas.				

TABLA 2.4.- CRITERIOS GENERALES PARA LA PUNTUACION DE LA DEFICIENCIA DE LOS TRASTORNOS ESTADO DEL ÁNIMO

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	**INTERVALO 0**	**INTERVALO 1**	**INTERVALO 2**	**INTERVALO 3**	**INTERVALO 4**
GRADUACIÓN DEL % DE LA GRAVEDAD	**0-4% 0-1-2-3-4**	**5%-24% 5-10-15-20-24**	**25%-49% 25-31-37-42-49**	**50%-65% 50-54-57-62-65**	**66%- 85% 66-70-75-80-85**
ANAMNESIS					
Antecedentes personales, familiares, personalidad premórbida, inicio, medidas terapéuticas ensayadas, ingresos, frecuencia de las crisis, evolución general del cuadro	Presenta sintomatología leve o fluctuante, bien controlada con la medicación o sin ella. Recuperación del estilo vital previo	Seguimiento ambulatorio especializado y/o en atención primaria de 2 años al menos. Presenta sintomatología de carácter leve y/o variable, ocasionalmente crisis de mayor intensidad. Puede haber precisado ingreso psiquiátrico puntual. No Consigue recuperación premórbida.	Tratamiento ambulatorio especializado de 2 años al menos. Síntomas moderados persistentes y/o episodios graves Crisis agudas recurrentes, que pueden haber requerido varios ingresos psiquiátricos.	Tratamiento ambulatorio especializado de 2 años al menos. Síntomas graves habituales, con escasa eficacia de las medidas terapéuticas Puede haber Ingresos psiquiátricos frecuentes, evolución desfavorable.	Tratamiento ambulatorio especializado de 2 años al menos. Síntomas muy graves con intentos reiterados autolíticos. Hospitalizaciones psiquiátricas reiteradas en media y larga estancia.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Criterios diagnósticos	No cumple criterio diagnóstico	Cumple criterios de cualquier trastorno del estado de ánimo	Cumple criterios de cualquier trastorno del estado de ánimo	Cumple criterios de cualquier trastorno del estado de ánimo	Cumple criterios de cualquier trastorno del estado de ánimo
Sintomatología	Sintomatología mínima. Estabilidad psicopatológica No ha precisado ingresos ni descompensaciones posteriores.	Sintomatología activa fluctuante. Con el tratamiento/apoyo especializado, mejoran las dificultades para afrontar acontecimientos no cotidianos, en los que puede aparecer sintomatología o exacerbar la ya existente. Rasgos disfuncionales de personalidad de base o presencia de déficits en Habilidades Sociales y de afrontamiento Quejas subjetivas y/o rendimientos disminuidos en pruebas.	Síntomas de moderada intensidad mantenidos en el tiempo, o episodios graves. Recaídas. Puede aparecer ideación Autolítica. Desestabilización psicopatológica ante situaciones de estrés laboral y/o demandas del entorno que condicionan moderadamente su desenvolvimiento cotidiano. Más de un episodio con síntomas graves Puede aparecer desesperanza grave o conductas maniacas/hipomaniacas episódicas. T Bipolar I con recaídas frecuentes.	Depresión mayor de evolución crónica. T Bipolar I con recaídas frecuentes (+2 al año, o +5 en los últimos 3, + de 8 en los últimos 5). Trastorno Bipolar con episodios graves Riesgo Autolítico Existen, de forma reiterada, alteraciones del curso y contenido del pensamiento y/ alteración sensoperceptiva. Melancolía y/o conductas maniacas reiteradas. Inhibición o excitación psicomotriz. Rasgos defectuales, grave pasividad y falta de iniciativa.	Hiporreactividad a estímulos. Desconexión del entorno. Intentos Autolíticos graves y reiterados, con necesidad de apoyos específicos y contínuos Existen, de forma permanente, alteraciones del curso y contenido del pensamiento y/ alteración sensoperceptiva Melancolía y/o conductas maniacas permanentes. Inhibición o excitación psicomotriz. Estado defectual. Catatonia. Depresión mayor encronizada (más de tres años sin remisión apreciable). Trastorno bipolar resistente al tratamiento. Sintomatología psicótica crónica.
EXPLORACION DE LA DEFICIENCIA EN LAS FUNCIONES MENTALES					
DEFICIENCIAS EN LAS FUNCIONES MENTALES GLOBALES Y ESPECÍFICAS	No Deficiencias Permanentes. o estas son muy Leves.	Deficiencia leve en las funciones mentales Limitaciones leves en algunas de las funciones del temperamento, de la energía e impulsos, del sueño, atención, psicomotoras, emocionales, así	Deficiencia moderada en las funciones mentales Limitaciones moderadas en algunas de las funciones del temperamento, de la energía e impulsos, del sueño, atención,	Deficiencia grave en las funciones mentales Limitaciones graves en algunas de las funciones del temperamento, de la energía e impulsos, del sueño, atención, psicomotoras, emocionales, así como en funciones	Deficiencia muy grave en las funciones mentales Limitaciones muy graves de las funciones del temperamento, de la energía e impulsos, del sueño, atención, psicomotoras, emocionales, así como en funciones

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

		como en funciones cognitivas superiores, apreciadas a través de evaluación clínica.	psicomotoras, emocionales, así como en funciones cognitivas superiores, apreciadas a través de evaluación clínica. Pueden presentarse, ocasionalmente, alteraciones del curso y contenido del pensamiento y/ alteraciones sensoperceptivas.	cognitivas superiores, apreciadas a través de evaluación clínica.	cognitivas superiores, apreciadas a través de evaluación clínica.
FUNCIONAMIENTO EN ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN					
Adaptación escolar y laboral		Puede mantener actividades laborales, académicas y actividades complejas normalizadas con leve disminución en rendimiento coincidiendo con acontecimientos no habituales, cambios en su situación vital o incremento de las exigencias ambientales y puede conllevar periodos de baja o reposo.	Dificultad para mantener actividades laborales, académicas y actividades complejas en ámbitos normalizadas con moderada disminución en rendimiento. Puede mantener actividades laborales, ocupacionales, académicas y actividades complejas con apoyos o en ambientes protegidos	Grave dificultad para mantener actividades laborales, ocupacionales, académicas y actividades complejas con grave disminución en rendimiento y/o requiere de apoyo externos en ambientes protegidos Presenta dificultades graves para adquirir y desarrollar y aplicar Habilidades de tipo académico, tecnológico o de ocio, para centrar atención en sus tareas cotidianas así como, resolver problemas y tomar decisiones.	Imposibilidad de acceso y mantenimiento de actividades laborales normalizadas.
ACTIVIDADES: Vida diaria autónoma (relación con el entorno y autocuidado) y capacidad educativa y laboral (EN GENERAL)	Autonomía preservada. Alguna limitación muy leve.	Dificultades de interrelación y/o evitación social leves. Autonomía para autocuidado.	Dificultades de interrelación y/o tendencia al aislamiento social moderadas. Dificultad en alguna actividad de autocuidado y en tareas domésticas habituales.	Dificultades graves para varias actividades de autocuidado Graves dificultades para las tareas domésticas habituales	Dificultades graves/total para la actividades de autocuidado

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Intensidad de Apoyos	Sin apoyos	Precisa apoyo intermitente En ocasiones apoyos naturales, informales o no especializados.	Precisa apoyos limitados e intermitentes.	Precisa apoyos extensos	Extenso y/o generalizado
PRUEBAS PSICOMETRICAS/ ESCALAS(Anexo A.2)					
Metodología	Observación, entrevista clínica y opcionalmente, entrevistas a personas significativas, aplicación de pruebas psicodiagnósticas y Escalas estandarizadas y reconocidas.				

TABLA 2.5.- CRITERIOS GENERALES PARA LA PUNTUACION DE LA DEFICIENCIA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ESTRÉS Y TRASTORNOS SOMATOMORFOS.

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	**INTERVALO 0**	**INTERVALO 1**	**INTERVALO 2**	**INTERVALO 3**	**INTERVALO 4**
GRADUACIÓN DEL % DE LA GRAVEDAD	**0-4%** **0-1-2-3-4**	**5%-24%** **5-10-15-20-24**	**25%-49%** **25-32-37-42-49**	**50%-65%** **50-54-58-62-65**	**66%- 85%** **66-70-75-80-85**
ANAMNESIS					
Antecedentes personales, familiares personalidad premórbida, inicio, medidas terapéuticas ensayadas, ingresos, frecuencia de las crisis, evolución general del cuadro	Presenta sintomatología leve o fluctuante, bien controlada con la medicación o sin ella. Recuperación del estilo vital previo	Seguimiento ambulatorio especializado y/o en atención primaria de 2 años al menos. Presenta sintomatología de carácter leve y/o variable, Pueden haber precisado ingreso psiquiátrico puntual. No consigue recuperación premórbida	Tratamiento ambulatorio especializado de 2 años al menos. Síntomas moderados persistentes y/o episodios con graves Crisis agudas recurrentes, que pueden haber requerido varios ingresos psiquiátricos	Tratamiento ambulatorio especializado de 2 años al menos. Síntomas graves habituales con escasa eficacia en la medidas terapéuticas	Tratamiento ambulatorio especializado de 2 años al menos. Síntomas muy graves con grave repercusión para la salud. ospitalizaciones reiteradas en media y larga estancia.
Criterios diagnósticos	Cumple criterio para cualquier Trastorno de ansiedad	Cumple criterio para cualquier Trastorno de ansiedad	Cumple criterio para cualquier Trastorno de ansiedad	Cumple criterio para cualquier Trastorno de ansiedad	Cumple criterio para cualquier Trastorno de ansiedad
Sintomatología	Sintomatología leve sin incidencias significativas en el desenvolvimiento de la persona.	Sintomatología activa fluctuante. Con el tratamiento/apoyo especializado, mejoran las dificultades para afrontar acontecimientos no cotidianos, en los que puede aparecer sintomatología o	Síntomas de moderada intensidad mantenidos en el tiempo, o episodios graves con recaídas. Desestabilización psicopatológica ante situaciones de estrés laboral y/o demandas del	Trastornos fóbicos, obsesivos compulsivos, disociativos o somatomorfos con crisis y recaídas frecuentes que impiden el normal desenvolvimiento cotidiano de forma constante. Desestabilización psicopatológica ante	Conductas ansiosas, disociativas, obsesivas/compulsivas, fóbicas de intensidad muy graves que requieren de terceras personas para el desenvolvimiento cotidiano.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

		exacerbar la ya existente.	entorno que condicionan moderadamente su desenvolvimiento cotidiano. Más de un episodio con síntomas graves Conductas ansiosas, disociativas, obsesivas/ Compulsivas, fóbicas de intensidad moderada. Tendencia a ocio solitario o comportamientos sociales inadecuados por perdida de las inhibiciones sociales normales para el carácter del sujeto	situaciones de estrés laboral y/o demandas del entorno que condicionan gravemente su desenvolvimiento cotidiano. (+ de dos episodios en un año, o 5 en los últimos 3 , + de 8 en los últimos 5 años) Trastorno de personalidad de base o presencia de déficits en Habilidades sociales y de afrontamiento Seguimiento continuado y/o Necesidad de Ingreso en Unidad de Psiquiatría	Hiporreactividad a estímulos. Necesidad de apoyos específicos y continuos Hospitalizaciones reiteradas por el trastorno
EXPLORACION DE LA DEFICIENCIAEN LAS FUNCIONES MENTALES					
DEFIFICIENCIAS EN LAS FUNCIONES MENTALES GLOBALES Y ESPECÍFICAS	No deficiencias permanentes o estas son muy leves	Deficiencias leves en las funciones mentales Limitaciones leves en algunas de las funciones del temperamento, de la energía e impulsos, del sueño, atención. Psicomotoras, emocionales, así como en funciones cognitivas superiores, apreciadas a través de evaluación clínica. Quejas subjetivas y/o rendimientos disminuidos en pruebas Variaciones en cantidad y calidad de los contactos sociales Abandono de sus actividades de ocio y sociales en algunos periodos	Deficiencias moderadas en las funciones mentales Limitaciones moderadas en algunas de las funciones del temperamento, de la energía e impulsos, del sueño, atención. Psicomotoras, emocionales, así como en funciones cognitivas superiores, apreciadas a través de evaluación clínica.	Deficiencias graves en las funciones mentales Limitaciones graves en algunas de las funciones del temperamento, de la energía e impulsos, del sueño, atención. Psicomotoras, emocionales, así como en funciones cognitivas superiores, apreciadas a través de evaluación clínica.	Deficiencias muy graves en las funciones mentales Limitaciones muy graves en algunas de las funciones del temperamento, de la energía e impulsos, del sueño, atención. Psicomotoras, emocionales, así como en funciones cognitivas superiores, apreciadas a través de evaluación clínica. Deficiencias muy graves en Integración del Yo, despersonalización, de uno mismo en relación a su cuerpo, el tiempo, el espacio…

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

FUNCIONAMIENTO EN ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN					
Adaptación escolar y laboral	Actividad escolar y/o laboral normalizado con apoyos no significativos	Puede mantener actividades laborales, ocupacionales, académicas y actividades complejas normalizadas con leve disminución en rendimiento coincidiendo con acontecimientos no habituales, cambios en su situación vital o incremento de las exigencias ambientales.	Dificultad para mantener actividades laborales, académicas y actividades complejas en ámbitos normalizados con moderada disminución en rendimiento. Puede mantener actividades laborales, ocupacionales, académicas y actividades complejas con apoyos o en ambientes protegidos.	Grave dificultad para mantener actividades laborales, ocupacionales, académicas y actividades complejas con grave disminución del rendimiento y/o requiere de apoyo externos en ambientes protegidos. Presenta dificultades graves para adquirir, desarrollar y aplicar habilidades de tipo académico, tecnológico o de ocio, para centrar la atención en sus tareas cotidianas así como resolver problemas y tomar decisiones.	Imposibilidad de acceso y mantenimiento de actividades laborales normalizadas
ACTIVIDADES: Vida diaria autónoma (relación con el entorno y autocuidado) y capacidad educativa y laboral (EN GENERAL)	Autonomía para AVDs y relaciones sociales normalizadas	Dificultades de interrelación y/o evitación leves. Autonomía para el autocuidado.	Dificultades en alguna actividad de autocuidado y en tareas domésticas habituales. Depende de otros para desarrollar actividades de su rol y sociales regularmente	Dificultades graves para varias actividades de autocuidado, En somatomorfos alteración grave en el cuidado de uno mismo, toma de decisiones de autocuidado o de otros a su cargo. Graves dificultades para las tareas habituales.	Dificultades graves/total para las actividades de autocuidado. En somatomorfos alteración muy grave en el cuidado de uno mismo, toma de decisiones de autocuidado o de otros a su cargo.
Intensidad de Apoyos	Sin apoyos	Precisa Apoyo Intermitente. En ocasiones apoyos naturales, informales o no normalizados	Precisa Apoyos limitados e Intermitente	Precisa apoyos extensos	Extenso y/o generalizado
PRUEBAS PSICOMETRICAS/ ESCALAS(Anexo A.2)					
Metodología	Observación, entrevista clínica y opcionalmente, entrevistas a personas significativas, aplicación de pruebas psicodiagnósticas. Escalas estandarizadas y reconocidas****				

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

TABLA 2.6.- CRITERIOS GENERALES PARA LA PUNTUACION DE LA DEFICIENCIA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.

Los Trastornos persistentes de la Personalidad atribuibles a lesión o enfermedad cerebral serán evaluados dentro del apartado **Trastorno Mental Orgánico**

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3	INTERVALO 4
GRADUACIÓN DEL % DE LA GRAVEDAD	**0-4% 0-1-2-3-4**	**5%-24% 5-10-15-20-24**	**25%-49% 25-31-37-43-49**	**50%-65% 50-54-58-62-65**	**66%- 85% 66-70-75-80-85**
ANMNESIS					
Antecedentes personales , familiares, personalidad premórbida, inicio, medidas terapéuticas ensayadas, ingresos, frecuencia de las crisis, evolución general del cuadro	Presenta sintomatología aislada y no precisa atención.	Seguimiento/Tratamiento ambulatorio especializado de 2 años al menos. Presenta sintomatología de carácter leve y variable, con mínima repercusión funcional Puede haber precisado ingreso psiquiátrico puntual o atención en Centro de Urgencias Psiquiátricas ante situación de crisis.	Tratamiento ambulatorio especializado de 2 años al menos. Inicio en adolescencia o principio de la edad adulta, estable a lo largo del tiempo con curso permanente e inflexible de comportamiento, que comporta malestar o perjuicio para el sujeto. Patrón persistente en la forma de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno o sobre uno mismo , puesto de manifiesto en una amplia gama de contextos, que inciden en el rendimiento del sujeto de forma moderada.	Tratamiento ambulatorio especializado de 2 años al menos. Síntomas graves, persistentes e inflexibles, habituales con escasa eficacia en las medidas terapéuticas y cronificación sin mejoría clínica, que comporta malestar muy significativo, para el sujeto. Cronificación y persistencia e inflexibilidad del patrón en la forma de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno o sobre uno mismo , puesto de manifiesto en una amplia gama de contextos, que inciden en el rendimiento del sujeto de forma grave.	Tratamiento ambulatorio especializado de 2 años al menos. Síntomas muy graves con grave repercusión para la salud. Hospitalizaciones reiteradas en media y larga estancia.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Criterios diagnósticos	No cumple criterio diagnostico	Cumple criterio para cualquier Trastorno de Personalidad.	Cumple criterio para cualquier Trastorno de Personalidad	Cumple criterio para cualquier Trastorno de Personalidad	Cumple criterio para cualquier Trastorno de Personalidad
Sintomatología	Rasgos de personalidad disfuncionales que no conforma trastorno de personalidad	Sintomatología activa fluctuante. Afectación leve, sin deterioro funcional significativo, en área cognoscitiva, afectiva, de la actividad interpersonal o del control de los impulsos, no persistentes o rasgos desadaptativos que no interfieren de manera significativa el rendimiento de la persona.	Sintomatología recurrente de moderada intensidad mantenidos en el tiempo, o episodios graves. Recaídas frecuentes. Afectación moderada, con deterioro funcional significativo, en área cognoscitiva, afectiva, de la actividad interpersonal o del control de los impulsos, persistente o rasgos desadaptativos que interfieren de manera significativa el rendimiento de la persona. Desestabilización psicopatológica ante situaciones de estrés laboral y/o demandas del entorno que condicionan moderadamente su desenvolvimiento cotidiano.	Trastornos de personalidad con crisis y recaídas frecuentes que impiden el normal desenvolvimiento cotidiano. Seguimiento continuado y/o Necesidad de Ingreso en Unidad de Psiquiatría (+ de dos episodios en un años, o 5 en los últimos 3 , + de 8 en los últimos 5 años.7 Existen de forma continuada alteraciones del curso y contenido del pensamiento y del comportamiento anómalos y generalizados, claramente desadaptativos en situaciones individuales y sociales	Hiporreactividad a estímulos. Desconexión del entorno Necesidad de apoyos específicos y continuos Hospitalizaciones reiteradas por el trastorno.
EXPLORACIÓN DE LADEFICIENCIA EN LAS FUNCIONES MENTALES					
DEFIFICIENCIAS EN LAS FUNCIONES MENTALES GLOBALES Y ESPECÍFICAS	No deficiencias permanentes o estas son muy leves	Deficiencias leves en las funciones mentales Limitaciones leves en algunas de las funciones del temperamento, de la energía e impulsos, del sueño, atención. Psicomotoras, emocionales, así como en funciones cognitivas superiores, apreciadas a través de evaluación clínica.	Deficiencias moderadas en las funciones mentales Limitaciones moderadas en algunas de las funciones del temperamento, de la energía e impulsos, del sueño, atención. Psicomotoras, emocionales, así	Deficiencias graves en las funciones mentales Limitaciones graves en las funciones del temperamento, de la energía e impulsos, del sueño, atención. Psicomotoras, emocionales, así como en funciones	Deficiencias muy graves en las funciones mentales Limitaciones muy graves en las funciones del temperamento, de la energía e impulsos, del sueño, atención. Psicomotoras, emocionales, así como en funciones cognitivas

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

		Interferencia en los contactos y relaciones sociales no significativa Abandono de sus actividades de ocio y sociales en algunos periodos	como en funciones cognitivas superiores, apreciadas a través de evaluación clínica. Tendencia a inhibirse en situaciones sociales o expansivo , en base al Trastorno	cognitivas superiores, apreciadas a través de evaluación clínica. Existen de forma reiterada alteraciones del curso y contenido del pensamiento y del comportamiento anómalos y generalizados, claramente desadaptativos en situaciones individuales y sociales	superiores, apreciadas a través de evaluación clínica. Alteración de personalidad de intensidad muy grave que requieren de terceras personas para el desenvolvimiento cotidiano.
FUNCIONAMIENTO EN ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN					
Adaptación escolar o laboral.		Mantenimiento del empleo con continuidad. Bajas laborales ocasionales y de corta duración	Dificultad para mantener actividades laborales, académicas y actividades complejas en ámbitos normalizados con moderada disminución en rendimiento, pueden precisar evitar trabajos que supongan atención directa al público, esfuerzo mental/estrés en grado elevado. Puede mantener actividades laborales, ocupacionales, académicas y actividades complejas con apoyos o en ambientes protegidos.	Grave dificultad para mantener actividades laborales, ocupacionales, académicas y actividades complejas con grave disminución del rendimiento y/o requiere de apoyo externos en ambientes protegidos	Imposibilidad de acceso y mantenimiento de actividades laborales normalizadas
ACTIVIDADES: Vida autónoma (relación con el entorno y autocuidado) y capacidad educativa y laboral (en general)	Sin disminución en la capacidad funcional. Actividad laboral normalizada.	Limitación leve en AVDs. Autonomía para el autocuidado.	Limitación moderada en AVDs. Dificultades en alguna actividad de autocuidado y en tareas habituales.	Limitación grave en AVDS. Dificultades graves para varias actividades de autocuidado,	Limitación muy grave en AVDs. Dificultades graves/total para las actividades de autocuidado.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

			Depende de otros para desarrollar actividades de su rol y sociales regularmente	Graves dificultades para las tareas habituales.	
Intensidad de Apoyos	Sin apoyos	Precisa Apoyo Intermitente. En ocasiones apoyos naturales, informales o no normalizados	Precisa Apoyos limitados e Intermitente	Precisa apoyos extensos	Extenso y/o generalizado
PRUEBAS PSICOMETRICAS/ ESCALAS(Anexo A.2)					
Metodología	Observación, entrevista clínica personal, entrevistas a personas significativas, informes clínicos y del entorno social/laboral, aplicación de pruebas psicodiagnósticas: pruebas proyectivas, test de personalidad….				

TABLA 2.7.- CRITERIOS GENERALES PARA LA PUNTUACION DE LA DEFICIENCIA DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN.

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	**INTERVALO 0**	**INTERVALO 1**	**INTERVALO 2**	**INTERVALO 3**	**INTERVALO 4**
GRADUACIÓN DEL % DE LA GRAVEDAD	**0-4%** **0-1-2-3-4**	**5%-24%** **5-10-15-20-24**	**25%-49%** **25-31-37-42-49**	**50%-65%** **50-54-58-62-65**	**66%- 85%** **66-70-75-80-85**
ANAMNESIS					
Antecedentes personales, familiares personalidad premórbida, inicio, medidas terapéuticas ensayadas, ingresos, frecuencia de las crisis, evolución general del cuadro	Presenta sintomatología aislada que no precisa atención especializada	Seguimiento ambulatorio especializado de 2 años al menos. Presenta sintomatología de la esfera alimentaria de carácter leve con escasa repercusión funcional. Puede haber precisado ingreso psiquiátrico puntual, sin recuperación, a niveles premórbidos.	Tratamiento ambulatorio especializado de 2 años al menos. Síntomas moderados persistentes y/o episodios con graves crisis agudas recurrentes, que pueden haber requerido varios ingresos psiquiátricos	Tratamiento ambulatorio especializado de 2 años al menos. Síntomas graves habituales con escasa eficacia en la medidas terapéuticas Ingresos hospitalarios por reiterada pérdida o ganancia de peso, relacionadas con la conducta alimentaria.	Tratamiento ambulatorio especializado de 2 años al menos. Síntomas muy graves con intentos con grave repercusión para la salud. Hospitalizaciones reiteradas en media y larga estancia.
Criterios diagnósticos	No cumple criterio diagnóstico	Cumple criterio de Trastorno de la conducta alimentaria	Cumple criterio de Trastorno de la conducta alimentaria	Cumple criterio de Trastorno de la conducta alimentaria	Cumple criterio de Trastorno de la conducta alimentaria

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Sintomatología	Sintomatología de la esfera de la alimentación sin repercusión funcional	Sintomatología leve de la conducta alimentaria para mantener el peso corporal en valores normalizados o episodios recurrentes de voracidad por conductas compensatorias con alteración de la percepción y el peso corporal, con leve repercusión en el funcionamiento de la persona. Alteración de la percepción y de la silueta corporal con leve pérdida de peso. En bulimia alteración leve del patrón de conducta alimentaria.	Sintomatología moderada de la conducta alimentaria para mantener el peso corporal en valores normalizados o episodios recurrentes de voracidad por conductas compensatorias con alteración de la percepción y el peso corporal, con moderada repercusión en el funcionamiento de la persona. Alteraciones del índice de masa corporal, así como Imagen Corporal moderadamente distorsionada y síntomas afectivos moderados en situaciones cotidianas que inciden en la salud psicofísica de la persona. Tendencia a inhibirse en situaciones sociales y conductas obsesivas y perfeccionistas con incidencia moderada en el funcionamiento Alteración moderada de la percepción y de la silueta corporal con moderada pérdida o ganancia de peso. En Bulimia, alteración moderada del patrón de conducta alimentaria.	Trastornos de alimentación con crisis y recaídas frecuentes que impiden el normal desenvolvimiento cotidiano, con enfermedades médicas asociadas y grave repercusión en el funcionamiento de la persona. Seguimiento continuado y/o Necesidad de Ingreso en Unidad de Psiquiatría (+ de dos episodios en un año, o 5 en los últimos 3 , + de 8 en los últimos 5 años) Existen de forma reiterada alteraciones del índice de masa corporal, así como Imagen Corporal gravemente distorsionada y/o presencia de síntomas afectivos graves en situaciones cotidianas Alteración dela conducta alimentaria grave para la salud psicofísica, con grave pérdida o ganancia de peso	Existen de forma permanente alteraciones del índice de masa corporal, así como Imagen Corporal muy gravemente distorsionada y síntomas afectivos muy graves en situaciones cotidianas. Alteración dela conducta alimentaria muy grave para la salud psicofísica que requieren de terceras personas para el desenvolvimiento cotidiano. Necesidad de apoyos específicos y continuos Hospitalizaciones reiteradas

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

EXPLORACIÓN DE LA DEFICIENCIA EN LAS FUNCIONES MENTALES					
DEFICIENCIAS EN LAS FUNCIONES MENTALES GLOBALES Y ESPECÍFICAS	No deficiencias permanentes o estas son muy leves	Deficiencias leves en las funciones mentales Limitaciones leves en las funciones mentales relacionadas con la predisposición y el funcionamiento intrapersonal, el temperamento y la personalidad, con la energía y los impulsos, y el sueño, la atención, memoria y pensamiento y las relacionadas con uno mismo y con el tiempo, apreciadas a través de la exploración clínica que interfieren levemente en la salud psicofísica de la persona.	Deficiencias moderadas en las funciones mentales. Limitaciones leves en las funciones mentales relacionadas con la predisposición y el funcionamiento intrapersonal, el temperamento y la personalidad, con la energía y los impulsos, y el sueño, la atención, memoria y pensamiento y las relacionadas con uno mismo y con el tiempo, apreciadas a través de la exploración clínica que interfieren moderadamente en la salud psicofísica de la persona.	Deficiencias graves en las funciones mentales Limitaciones graves en las funciones relacionadas con la predisposición y el funcionamiento intrapersonal, el temperamento y la personalidad, con la energía y los impulsos, y el sueño, la atención, memoria y pensamiento y las relacionadas con uno mismo y con el tiempo, apreciadas a través de la exploración clínica que interfieren gravemente en la salud psicofísica de la persona.	Deficiencias muy graves en las funciones mentales Limitaciones muy graves en las funciones mentales relacionadas con la predisposición y el funcionamiento intrapersonal, el temperamento y la personalidad, con la energía y los impulsos, y el sueño, la atención, memoria y pensamiento y las relacionadas con uno mismo y con el tiempo, apreciadas a través de la exploración clínica, que interfieren muy gravemente en la salud psicofísica de la persona.
FUNCIONAMIENTO EN ACTIVIDADES Y PARTICIPACION					
Adaptación escolar y laboral	Actividad laboral normalizada y productiva.	Puede mantener actividades laborales, ocupacionales, académicas y actividades complejas normalizadas con leve disminución en rendimiento coincidiendo con acontecimientos no habituales, cambios en su situación vital o incremento de las exigencias ambientales.	Dificultad para mantener actividades laborales, académicas y actividades complejas en ámbitos normalizados con moderada disminución en rendimiento.	Grave dificultad para mantener actividades laborales, ocupacionales, académicas y actividades complejas con grave disminución del rendimiento y/o requiere de apoyo externos en ambientes protegidos Presenta dificultades graves para adquirir, desarrollar y aplicar habilidades de tipo académico, tecnológico o de ocio, para centrar la atención en sus tareas cotidianas así como resolver problemas y tomar decisiones.	Imposibilidad de acceso y mantenimiento de actividades laborales normalizadas

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

ACTIVIDADES: Vida diaria autónoma (relación con el entorno y autocuidado) y capacidad educativa y laboral (EN GENERAL)	Autónomo para AVDs. Sin disminución en la capacidad funcional.	Limitación leve en AVDs. Dificultades de interrelación y/o evitación leves. Autonomía para el autocuidado.	Limitación moderada en AVDs. Dificultades en alguna actividad de autocuidado y en tareas habituales. Dificultad moderada para mantener actividades sociales	Limitación Grave en AVDs. Dificultades graves para varias actividades de autocuidado. Graves dificultades para las tareas habituales.	Limitación muy grave en AVDs. Dificultades graves/total para las actividades de autocuidado.
Intensidad de Apoyos	Sin apoyos	Precisa Apoyo Intermitente. En ocasiones apoyos naturales, informales o no normalizados	Precisa Apoyos limitados e Intermitente	Precisa apoyos extensos	Extenso y/o generalizado
PRUEBAS PSICOMETRICAS/ ESCALAS(Anexo A.2)					
Metodología	Observación, entrevista clínica personal, entrevistas a personas significativas, informes clínicos y del entorno social/laboral, aplicación de pruebas psicodiagnósticas: pruebas proyectivas, test de personalidad, etc.				

ANEXO A-2: PRUEBAS PSICOMETRICAS/ESCALAS

En las tablas de criterios de evaluación de la deficiencia no se incluyen pruebas de exploración psicopatológica concreta, ya que quedarían excluidas otras, sin justificación clínica objetiva. Cada profesional, en función de variables como: edad y estado de la persona a valorar, grado de colaboración, tiempo, etc., determinará la conveniencia de su aplicación y elección de la más apropiada.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

CAPÍTULO 3
EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y EL PERIFÉRICO

3.1. PRINCIPIOS DE EVALUACION

Este capítulo no sigue el procedimiento explicado en las normas generales para el cálculo del grado de deficiencia dentro de los “intervalos de grado” de gravedad (diferenciando entre un criterio principal y otros secundarios), sino que la inclusión en el “intervalo de grado” dependerá del cumplimiento de la “descripción” de los criterios de inclusión en dicho intervalo según lo expuesto en la tabla correspondiente.

Habitualmente, en los trastornos neurológicos, se toma como criterio principal de evaluación de la deficiencia la repercusión de la capacidad para la realización de las Actividades de la Vida Diaria (AVD). Como referente de afectación se tendrá en cuenta la repercusión de la deficiencia neurológica en la puntuación obtenida en el “Baremo de Limitaciones en las AVD” (BLA).

Con objeto de individualizar esta evaluación, el BLA, en casos de afectación neuropsicológica, se realizará en un primer tiempo, teniendo en cuenta fundamentalmente la repercusión del dominio 1 (Funciones mentales y estructuras del sistema nervioso) en la capacidad para realizar las actividades descritas en el mismo, para en un segundo tiempo, en el caso de existir otras deficiencias en otros órganos o dominios, completar su implementación.

Los criterios de inclusión, cuando sean objetivos (número de crisis, pruebas neuropsicológicas, uso de bastón…), se considerarán como criterio principal, utilizando la repercusión sobre las AVD como factor modificador de grado dentro del intervalo asignado.

En este capítulo en los intervalos de grado solo se establecen tres valores de intervalo de grado. Caso de cumplir los criterios de la “descripción” de criterios de inclusión, se le asignará inicialmente el valor central de intervalo de grado, quedando a criterio del técnico evaluador, según la mayor o menor gravedad de los criterios descritos en el mismo (fundamentalmente la repercusión sobre las AVD) modificar dicho grado al mayor o al menor de los valores.

La graduación de la gravedad o porcentaje (%) dentro de cada intervalo está referida a la Deficiencia Total de la Persona (DTP).

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

TABLA 3.1.- Resumen de los capítulos usados para evaluar varios trastornos neurológicos

TRASTORNO/ENFERMEDAD	TÍTULO DEL CAPÍTULO	Nº CAPÍTULO
Trastornos en la función cerebral	Sistema nervioso central y periférico	1, 2, 3 y 7
Trastornos de la médula espinal	Sistema nervioso central y periférico	3
Algias craneofaciales	Sistema nervioso central y periférico	3
Neuralgia trigeminal, neuralgia glosofaríngea. Parálisis facial	Sistema nervioso central y periférico	3
Varios nervios de la cabeza y el tronco	Sistema nervioso central y periférico	3
Trastornos de la unión neuromuscular	Sistema nervioso central y periférico	3
Neuropatías periféricas	Sistema nervioso central y periférico	3
Trastornos miopáticos	Sistema nervioso central y periférico	3
Radiculopatías y otros trastornos de las raíces espinales	Columna vertebral	17
Plexopatías	Extremidades Superiores Extremidades Inferiores	15 - 16
Neuropatías focales o mononeuropatías relacionadas con las extremidades	Extremidades Superiores Extremidades Inferiores	15 - 16
Síndrome del dolor regional complejo	Extremidades Superiores Extremidades Inferiores	15 - 16
Trastornos visuales	Sistema Visual	4
Trastornos vestibulares	Oído, Nariz, Garganta, y estructuras relacionadas	5
Trastornos de los nervios craneales excepto neuralgia trigeminal y glosofaríngea	Oído, Nariz, Garganta, y estructuras relacionadas	5
Disartria y disfonía. Afasia y disfasia	Trastornos del lenguaje y la comunicación. Voz y habla	3 y 7
Trastornos del ánimo primarios, trastorno por ansiedad y trastornos psicóticos*	Trastornos mentales y de la conducta	1, 2 y 3

En casi todos los apartados de este capítulo, la evaluación de la deficiencia se realizará de una forma globalizada y simplificada (por marcha, por uso de EESS, nivel de conciencia y alerta, función superior integradora, disfunción sexual, etc...). Pero podrá ser a su vez evaluada (fundamentalmente cuando se consideren como la deficiencia principal y/o requieran de exploraciones o pruebas específicas) de forma más pormenorizada en otros capítulos.

Los hallazgos evaluativos pueden repetirse en capítulos diferentes**.** Por ejemplo, en la evaluación de la discapacidad intelectual y trastornos madurativos, entre los hallazgos evaluativos para la elección del intervalo de gravedad de la deficiencia (tabla 1.2) se contempla: la torpeza motriz, perdida de destreza manual y coordinación, problemas de lenguaje… por lo que dichos hallazgos, para evitar duplicidad, deberán puntuarse exclusivamente en el contexto de dicho capítulo.

En caso de utilizar otro capítulo para la evaluación esta será alternativa a la expuesta en este capítulo y sujeta en todo caso a las normas de carácter general para la evaluación de la deficiencia originada por enfermedades neurológicas.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

3.2. NORMAS DE CARÁCTER GENERAL PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA ORIGINADA POR ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

1. Debe evaluarse la deficiencia cuando el cuadro clínico pueda considerarse estable y se haya alcanzado la MÁXIMA MEJORÍA CLÍNICA (MMC).

2. Si la persona 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 deficiencia resultantes, mediante la Tabla de valores combinados.

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 deficiencia.

3.3. CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA NEUROLÓGICA

Las enfermedades del sistema nervioso pueden afectar a múltiples funciones mentales y corporales. Con el objetivo de que la evaluación de la deficiencia neurológica no resulte redundante, evitar duplicidades y sobreevaluación, se precisa diferenciar y evaluar de forma jerárquica las distintas deficiencias, siguiendo los siguientes pasos.**Paso 1**. El primer paso, en la evaluación de la deficiencia del SNC, es la identificación y evaluación de la **"deficiencia cerebral más grave"**, si la hubiere, entre los cuatro grandes grupos (apartados 3.4.1 a 3.4.4) de trastornos neurológicos siguientes:

Grupo 1. (3.4.1) Identificar si existen trastornos permanentes o intermitentes de las **funciones de la conciencia**. Que se subdividen en tres apartados:

3.4.1a.- Trastornos del nivel de conciencia.

3.4.1b.- Deficiencia neurológica por pérdida de conciencia episódica y otros trastornos paroxísticos episódicos.

3.4.1c.- Trastornos del sueño, la alerta y la vigilia.

Grupo 2. (3.4.2) Identificar si existen trastornos permanentes del **estado mental y de las funciones integradoras del cerebro**.

Grupo 3. (3.4.3) Identificar si existen trastornos permanentes en la comprensión y expresión de la **función del lenguaje**.

Grupo 4. (3.4.4) Identificar si existen trastornos permanentes de las **funciones emocionales o de la conducta**, tales como la depresión, ansiedad, irritabilida que pueden modificar la función cerebral.

Se deberá seleccionar entre los cuatro grupos anteriores **SOLO UN GRUPO** de trastornos por "deficiencia cerebral", el de mayor gravedad, que representará a los otros tres, y que se identificara como **"deficiencia cerebral más grave".**

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Paso 2. En segundo lugar, en caso de existir deficiencias por otros trastornos neurológicas descritos en otras secciones de este capítulo (apartados 3.5 a 3.13) no incluidas en los anteriores 4 grupos se combinara la "deficiencia cerebral más grave" con las deficiencias de los trastornos neurológicos que se relacionan a continuación en la Tabla 3.2, utilizando la tabla de valores combinados en el Apéndice, obteniendo la Deficiencia Total de la Persona (DTP) por trastorno neurológico.

Paso 3. Finalmente, si existen otras deficiencias en otros órganos o dominios (no incluidas en el capítulo 3 de evaluación de trastornos neurológicos) y cuya puntuación no sea alternativa (cardiovascular, músculo esquelético, trastornos mentales,…) se combinaran, con la tabla de valores combinados, para obtener la "deficiencia global" de la persona

TABLA 3-2.-Deficiencias de otros trastornos neurológicos incluidos en este capítulo que se combinan con la "deficiencia cerebral más grave".

3.5	Deficiencias de la médula espinal y trastornos del movimiento debido a una disfunción del SNC
3.6	Deficiencias en las extremidades superiores debido a una disfunción del SNC
3.7	Deficiencias de la estática, la marcha y los trastornos del movimiento debido a una disfunción del SNC
3.9	Deficiencias debidas a intestino neurógeno, vejiga neurógena y disfunción sexual por una disfunción del SNC
310	Deficiencias por disfunciones respiratorias por una disfunción del SNC
3.11	Deficiencias por neuropatías periféricas, trastornos de la unión neuromuscular y miopatías
3.12	Deficiencias relacionadas con el síndrome de dolor regional complejo
3.13	Deficiencias relacionadas con las algias craneofaciales
3.14	Deficiencias de varios nervios periféricos de la cabeza y el tronco

3.4. CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LOS GRUPOS DE DISFUNCIÓN DEL SNC SEGÚN EL CRITERIO DE "LA DEFICIENCIA CEREBRAL MÁS GRAVE.

3.4.1 GRUPO 1.
TRASTORNOS PERMANENTES O INTERMITENTES DE LAS FUNCIONES DE LA CONCIENCIA POR DISFUNCIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

3.4.1a.- Trastornos del nivel de conciencia y/o alerta

Cuando las alteraciones aquí contempladas, no cursen por brotes y su duración sea permanente (afectación superior al 95% del tiempo) la alteración del nivel de conciencia, incluso en sus formas más leves como la obnubilación, limitan de forma grave al paciente para las actividades de la vida diaria. Por este motivo estas alteraciones serán evaluadas con un porcentaje de discapacidad como mínimo del 75%.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

TABLA 3.3.- Criterios para la puntuación de la deficiencia debida a alteraciones del nivel de conciencia y la alerta.

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3	INTERVALO 4
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD (%) (DTP)	**0%**	**1%-12%-24%**	**25%-37%- 49%**	**50%-65%-74%**	**75%- 85%-96%**
DESCRIPCIÓN	Ninguna alteración en el nivel de conciencia o limitación en la realización de las AVD	Breve alteración del nivel de conciencia repetida o persistente de carácter leve y / o limitación insignificante a leve en la realización de las AVD	Breve alteración del nivel de conciencia repetitida o persistente de carácter leve a moderado y limitación **leve a** moderada en la realización de las AVD	Prolongada alteración del nivel de conciencia, **con** limitación **moderada a** grave en la realización de las AVD	Permanente alteración del nivel de conciencia, estado de semicoma, con **limitación grave o total en la realización de las AVD** y necesidad de cuidados de enfermería y medios médicos de soporte artificial o coma irreversible que requiere apoyo médico total

3.4.1b.- Deficiencia neurológica por pérdida de conciencia episódica y otros trastornos neurológicos episódicos: Epilepsia

TABLA.- 3.4. Criterios para la puntuación de la deficiencia causada por pérdidas de conciencia episódicos y otros trastornos paroxísticos episódicos: Epilepsia

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3	INTERVALO 4
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD (%) (DTP)	**0%-2%-4%**	**5%-10%-15**	**16%-20%-24%**	**25%-30%-34%**	**35%-50%-65%**
DESCRIPCIÓN	Sin alteración en el nivel de conciencia ni limitación en la realización de las AVD. La medicación **controla** adecuadamente la aparición de las crisis. No documenta crisis en el año anterior. En este intervalo el porcentaje **incluye la carga de tratamiento.**	Epilepsia u otro trastorno paroxístico episódico (documentado en el último año), con características predecibles y ocurrencia impredecible que **no limita** las actividades habituales pero constituye un ***riesgo*** para la persona (ej. no debe conducir) (se incluirán normalmente en esta clase las ausencias	Epilepsia u otro trastorno paroxístico episódico (Documentado en el último año), que **limita de forma leve** las actividades diarias. Las crisis de ausencia o crisis parciales simples se incluirán como máximo en esta clase independientemente del número de episodios) *o* caída moderada de la TA de 25/15 mm Hg, con	Epilepsia u otro trastorno paroxístico episódico grave (documentado en el último año), de tal intensidad y frecuencia (un episodio o más mensual), que **limita de forma moderada** las actividades diarias, precisando supervisión o protección preventiva *o* caídas graves repetidas de la TA de 30/20mm	Epilepsia u otro trastorno paroxístico episódico grave e incontrolable (documentado en el último año), de tal gravedad y persistencia (un episodio o más a la semana) que **limita de forma grave o impide** las actividades diarias de la persona *o* caídas graves repetidas de la TA de 30/20 mm

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

		y crisis parciales simples) *o* caída de la TA de 20 mm Hg sistólica o 10 diastólica, sin taquicardia compensadora de duración superior a 2 min tras el evento precipitante, con episodios de disminución del nivel de conciencia de insignificante a leve que limita de forme leve las actividades diarias	episodios de disminución del nivel de conciencia de leve a moderado de 1 a 2 min de duración y que **limita de forma leve** las actividades diarias	Hg, con episodios de disminución del nivel de conciencia moderado de más de 2 min de duración **que limita de forma moderada las actividades diarias** *y* Signos o síntomas neurológicos adicionales de tipo focal severos y/o generalizados	Hg, con pérdida grave o total e incontrolable de la conciencia y del control muscular sin causa reconocida y con riesgo de daño corporal

3.4.1c.- Trastornos del sueño, la alerta y la vigilia

Tabla.- 3.5.- Criterios de puntuación de la deficiencia debida a los trastornos del sueño de la alerta y la vigilia

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	**INTERVALO 0**	**INTERVALO 1**	**INTERVALO 2**	**INTERVALO 3**	**INTERVALO 4**
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD (%) **(DTP)**	**0%**	**1%-3%- 5%**	**6%-8%- 10%**	**11%-20%- 30%**	**31%-51%- 65%**
DESCRIPCIÓN	El estado de alerta y vigilia durante el día es normal, sin repercusión en las AVD **ESE*< 12**	Reducción insignificante o leve de la alerta y vigilia durante el día, Un patrón de sueño así permite que la persona pueda llevar a cabo las AVD **con interferencia insignificante o leve** **ESE* > 12**	Reducción leve a moderada de la alerta y vigilia durante el día; que **limita de forma leve** la capacidad para realizar las AVD (por ejemplo, no puede conducir) **ESE*>16**	Reducción moderada de la alerta y vigilia durante el día; que **limita de forma leve** a moderada en las AVD **ESE*> 20**	Reducción grave de la alerta y vigilia durante el día; que limita de forma **moderada a grave** o impide la realización de la mayoría de las AVD **ESE* 24**

* **ESE** (Escala de Somnolencia de Epworth): Los valores se consideran orientativos

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

3.4.1d. Cálculo de la deficiencia de trastornos de la conciencia: Dentro de los tres apartados de este grupo 3.4.1 de "deficiencia de las funciones de la conciencia", solo se evaluará el que se considere más grave. Una vez realizado lo anterior, se tendrá en cuenta el criterio general de "evaluación de la deficiencia cerebral más grave" (3.3) en relación a las deficiencias neurológicas que se exponen a continuación (si las hubiera).

3. 4. 2. GRUPO 2:

TRASTORNOS DEL ESTADO MENTAL, FUNCIONES INTELECTUALES Y FUNCIÓN SUPERIOR INTEGRADORA POR DISFUNCIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Para evaluar de forma simplificada la deficiencia dentro de este capítulo, se debe utilizar la Tabla 3.7. Se tomará como criterio principal de evaluación el resultado obtenido en "Examen ampliado del estado mental de la persona con deficiencia neurológica". Así mismo se podrá tomar como alternativa, como referencia global de evaluación, la puntuación obtenida en otras pruebas de uso corriente realizadas en atención primaria, neurología, geriatría…

Tabla.- 3.6.- Evaluación del examen ampliado del estado mental de la persona con daño neurológico

	Gravedad del problema				
Nivel de consciencia (CIF b1100)	0	1	2	3	4
Atención (CIFb140)	0	1	2	3	4
Memoria (CIFb144)	0	1	2	3	4
Función intelectual (CIFb117)	0	1	2	3	4
Lenguaje (CIFb167)	0	1	2	3	4
Función psicosensorial (CIFb156)	0	1	2	3	4
Función psicomotriz (CIFb147)	0	1	2	3	4
Funcionamiento fuera de entornos estructurados (CIFb122)	0	1	2	3	4
Funciones cognitivas superiores (CIFb164)	0	1	2	3	4
Contenido del pensamiento (CIFb160)	0	1	2	3	4
Observación del comportamiento (CIFb126)	0	1	2	3	4
Estado de ánimo y estado emocional general (CIFb152)	0	1	2	3	4
Reacciones emocionales y control de impulsos (CIFb130)	0	1	2	3	4
Graduación orientativa del examen Ampliado del Estado Mental (Suma de la puntuación x 100/52) (0-4 Normal; 5-24 Leve; 25-49 Moderado; 50-95 Grave; 96-100% Total)					
RESULTADO FINAL	**N**	**L**	**M**	**G**	**T**

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Tabla 3.7.- Criterios para la puntuación de la deficiencia neurológica debida a alteración en el estado mental, capacidad intelectual y función superior integradora

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3	INTERVALO 4
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD (%) (DTP)	**0%**	**1%-5%-10%**	**11%-20%-35%**	**36%-51%-65%**	**66%-75%-95%**
EXAMEN AMPLIADO DEL ESTADO MENTAL*	Normal	Anomalías leves	Anomalías moderadas	Anomalías graves	Anomalías más profundas
EVALUACIÓN Y PRUEBAS NEUROPSICOLÓGICAS [a]	Normal	Anomalías leves	Anomalías moderadas	Anomalías graves	Anomalías más profundas
DESCRIPCIÓN	Estado mental, capacidad intelectual y función superior integradora normales	Alteración en las funciones superiores, que **limita** de forma leve la capacidad para la realización de las AVD	Alteración en las funciones superiores que **limita** de forma **leve a** moderada la capacidad para la realización de las AVD	Alteración en las funciones superiores que **limita** de forma **moderada a** grave la capacidad para la realización de las AVD	Alteración en las funciones superiores **que limita de forma grave** o impide la capacidad para la realización de las AVD

[a] La Evaluación y pruebas neuropsicológicas no siempre pueden ser necesarias, pero pueden ser un recurso útil.
* Tabla 3-6

3. 4. 3. GRUPO 3:

TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN POR DISFUNCIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: DISFASIA Y AFASIA

Ver CAPITULO 7. Tabla 7.2

3.4.4. GRUPO 4

TRASTORNOS DE LAS EMOCIONES Y DE LA CONDUCTA DEBIDOS A UNA DISFUNCIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Los trastornos emocionales secundarios a las alteraciones neurológicas se evalúan con los criterios definidos en el capítulo 1- Deficiencia Intelectual y Trastornos del Desarrollo psicológico, de las emociones y de la conducta, de inicio en la infancia y la adolescencia, y el capítulo 2- Trastornos Mentales y del comportamiento. De forma simplificada se podrá evaluar con los criterios de este capítulo.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Tabla 3.9.-Puntuación de la deficiencia de la Escala Evaluación de la Actividad Global (EEAG)

EEAG	Descripción	Puntuación de la deficiencia EEAG
91-100	Sin síntomas, funcionamiento superior en una amplia gama de actividades, los problemas de la vida parecen no írsele nunca de la mano, es valorado por los demás a causa de sus muchas cualidades positivas	0%
81-90	Síntomas mínimos o ausentes (ej. leve ansiedad antes de un examen), buen funcionamiento en todas las áreas, interesado e implicado en una gran variedad de actividades, eficiente socialmente, generalmente satisfecho con la vida, nada más que los problemas o preocupaciones cotidianas (ej. una discusión ocasional con algún miembro de la familia).	0%
71-80	Si hay síntomas, son reacciones esperables y transitorias ante agentes estresantes psicosociales (p.ej., dificultad para concentrarse después de una discusión familiar), sólo existe una ligera deficiencia en la actividad social, laboral o escolar (p.ej., descenso temporal del rendimiento escolar).	0%
61-70	Existen síntomas leves (p.ej., ánimo depresivo e insomnio ligero) ***o*** Alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p.ej., ausencia ocasional, roba algo en casa), generalmente funciona bastante bien y tiene algunas relaciones interpersonales significativas.	7%
51-60	Síntomas moderados (ánimo apagado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) ***o*** Dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p.ej., pocos amigos, conflictos con los compañeros)	15%
41-50	Síntomas graves (p.ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos frecuentes en tiendas) ***o*** cualquier deficiencia grave en alguna actividad social, laboral o escolar (p.ej., sin amigos, incapaz de mantener un empleo)	30%
31-40	Algunas deficiencias en la percepción de la realidad o en la comunicación (p.ej., el lenguaje a veces es ilógico, oscuro, o irrelevante) ***o*** Alteración grave en varias áreas, como el trabajo o el colegio, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el ánimo (p.ej., un adulto deprimido evita a sus amigos, abandona a su familia y es incapaz de trabajar; los los menores pegan con frecuencia a otros menores más pequeños, son insolentes en casa y fracasan en el colegio)	40%
21-30	La conducta está considerablemente influenciada por los delirios o alucinaciones ***o*** Existe una grave deficiencia en la comunicación o el juicio (p.ej., algunas veces incoherente, actúa de forma grosera e inapropiada, con preocupaciones suicidas) ***o*** incapaz de actuar en la mayoría de las áreas (p.ej., permanece en cama todo el día, sin trabajo, vivienda o amigos)	50%
11-20	Algún peligro de hacerse daño a sí mismo o a los demás (p.ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte, a menudo violentos, excitación maniaca) ***o*** ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p.ej., manchas de heces) ***o*** Deficiencia total de la comunicación (p.ej., mudo o incoherente durante la mayor parte del tiempo.)	66%
1-10	Peligro persistente de lesionarse a sí mismo o a los demás (p.ej.,violencia recurrente) o incapacidad permanente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte	75%
0	Información inadecuada para realizar la evaluación	0%

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

3.5. CRITERIOS PARA LA EVALUACION DE LAS DEFICIENCIAS DE LA MÉDULA ESPINAL Y TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO DEBIDO A UNA DISFUNCIÓN DEL SNC

3.5a.- Lesiones de la médula espinal

Cuando una persona con una lesión medular tiene deficiencias en varias funciones o sistemas (por ejemplo, extremidades superiores e inferiores, y de vejiga, recto y función sexual, o problemas respiratorios neurógenos), se debe evaluar cada una según los criterios de su sección correspondiente del presente capítulo y usar la tabla de valores combinados del Apéndice para combinar las estimaciones de la deficiencia corporal para las distintas funciones

3.5b.- Trastornos del movimiento involuntario debidos a una disfunción del SNC

Los trastornos del movimiento involuntario se evalúan según su interferencia con las AVD con las tablas 3.10 y 3.11.

En casos de tics, manierismos y estereotipias se evaluarán alternativamente esta sección según la tabla 1.9.de la sección de trastornos del comportamiento y las emociones del capítulo 1.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

3.6. CRITERIOS PARA LA EVALUACION DE DEFICIENCIA DE LAS EXTREMIDADES SUPERIORES POR DISFUNCIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL:

Tabla 3.10.- Criterios para la puntuación de deficiencia debida a alteración funcional de las extremidades superiores por disfunción del sistema nervioso central.

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3	INTERVALO 4
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD (%) (DTP)	0%	1%-3%-5% No dominante	6%-10%-15% No dominante	16%-23%-30% No dominante	31%-40%-50% No dominante
	0%	1%-5%-10% Dominante	11%-15%-20% Dominante	21%-30%-40% Dominante	41%-51%-60% Dominante
DESCRIPCIÓN	La persona no tiene deficiencia de la función de la extremidad superior	La persona puede usar la extremidad afectada para las AVD y mantener objetos pero tiene dificultad con la destreza manual Pueden existir deformidades articulares y contracturas fijas con posición no funcional en algunas articulaciones segmentarias de la mano (MCF y/o IF) y la distancia pulpejos palma es normalmente mayor de 1cm La capacidad de pinza es completa pero existe pérdida de fuerza, disestesias, astereognosia o disquinesias que dificultan la prensión eficaz y con fuerza según su tamaño o peso o la manipulación de objetos pequeños y actividades que requieran destreza fina	La persona puede usar la extremidad afectada para las AVD, puede agarrar y mantener objetos con dificultad pero no tiene destreza manual Pueden existir deformidades articulares y contracturas fijas con posición no funcional en algunas articulaciones segmentarias de la mano (MCF y/o IF) de la trapecio metacarpiana y de la muñeca .o pérdida de la oposición del pulgar la distancia pulpejos palma es mayor de 2 cm La capacidad de prensión y pinza se encuentra gravemente afectada con pérdida de destreza y capacidad manipulativas tanto en actividades finas como en groseras	La persona puede usar la extremidad afectada sólo como ayuda elemental en las AVD Deformidades articulares o contracturas fijas en diversas articulaciones de toda la ES con paresia o plejia en algún grupo muscular aislado Sin capacidad de pinza efectiva, con afectación de la fuerza, el tono, la sensibilidad o movimientos disquinéticos graves, manteniendo exclusivamente movimientos o habilidades globales con la ES como levantar, separar, aproximar, empujar siendo posible la participación global de la extremidad en actividades de autocuidado y como auxiliar en actividades de apoyo y empuje del miembro contralateral	La persona no puede usar la extremidad afectada para las AVD Deformidades articulares o contracturas fijas con alteraciones graves del tono, la sensibilidad o con paresia grave o plejia en toda la ES Imposibilidad de cualquier actividad funcional útil. Sin capacidad para realizar actividades de autocuidado incluso como miembro auxiliar

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

3.7. CRITERIOS PARA LA EVALUACION DE LAS DEFICIENCIAS DE LA ESTÁTICA, LA MARCHA Y LOS TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO DEBIDOS A UNA DISFUNCIÓN DEL SNC

TABLA 3.11.-Criterios para la puntuación de la deficiencia debida a trastornos de la estática y de la marcha

NTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3	INTERVALO 4
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD (%) (DTP)	0%	1%- 7%- 10%	11%-16%-20%	21%-30%-40%	41%-51%-65%
DESCRIPCIÓN	Sin trastornos de la estática o la marcha	Se levanta para conseguir la bipedestación. Camina pero tiene dificultad con las elevaciones, rampas, escaleras, sillones, y/o largas distancias Cojera antiálgica con bipedestación asimétrica - acortada, se corrige con modificaciones del calzado Signo de Trendelenburg positivo Puede requerir ocasionalmente la utilización de un bastón o muleta	Puede necesitar ayuda para levantarse y conseguir la bipedestación. Camina alguna distancia con dificultad y sin ayuda pero limitado a superficies llanas. Requiere la utilización parcial de un bastón o muleta para caminar recorridos largos, pero no generalmente en el hogar o en el trabajo o el uso de un corrector (órtesis) corto Solo se puntuara 20% con uso de corrector corto y utilización de bastón en recorridos largos	Puede necesitar ayuda para levantarse y mantiene la bipedestación con dificultad No puede andar sin ayuda. Requiere la utilización de un bastón, muleta o corrector (órtesis) largo, o de ambos o de dos bastones en todos sus desplazamientos Solo se puntuará con 40% cuando se requiera obligatoriamente la utilización de dos bastones en todos los desplazamientos	No puede levantarse ni permanecer de pie sin ayuda, soporte mecánico y/o un dispositivo asistido Requiere la utilización de dos bastones o dos muletas y uno o más correctores (órtesis) corto o largo en todos sus desplazamientos Precisa andador o Precisa obligatoriamente la ayuda de otra persona en todos sus desplazamientos Solo se puntuará 65%, en el caso de necesitar obligatoriamente silla de ruedas. en todos los desplazamientos

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

3.8. CRITERIOS PARA LA EVALUACION DE LA EFICIENCIA DE MOVILIDAD POR DISFUNCION DEL SNC EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA.

Existen metodologías específicas para la evaluación de la deficiencia o demora en el movimiento de extremidades, estática y la marcha por disfunción del SNC en la infancia y la adolescencia en los cuales se diferencian diversas etapas evolutivas en el proceso de desarrollo.

Se considerarán aquellas personas menores diagnosticadas de una afectación del SNC documentada, tratada durante un tiempo suficiente, en las que se pueda objetivar en el momento de la evaluación un trastorno permanente de las funciones motoras y en las que se prevé una demora en el desarrollo motor.

En la evaluación de condiciones de salud en la infancia y adolescencia con afectación del SNC en las cuales es previsible una demora grave y la Máxima Mejoría Clínica (MMC) solo puede ser determinada a un medio/largo plazo, se podrán evaluar con un grado aproximado de deficiencia total de la persona (DTP) del 33%. Esta evaluación tendrá siempre un carácter temporal y se hará una primera revisión a los 2 años de la primera evaluación. Con posterioridad, en función de la edad, de los procesos terapéuticos que precisen y de las posibilidades evolutivas y rehabilitadoras, se realizarán nuevos periodos de revisión de 3 ó 5 años, hasta que pueda concretarse la situación de la MMC y se reconozca el grado de deficiencia permanente como definititvo.

3.9. CRITERIOS PARA LA EVALUACION DE LAS DEFICIENCIAS DEBIDO A INTESTINO NEURÓGENO, VEGIGA NEURÓGENA Y DISFUNCIÓN SEXUAL

3.9a.- Intestino neurógeno

Tabla 3.12.-Criterios para la puntuación de la deficiencia debida a intestino neurógeno.

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3	INTERVALO 4
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD (%) (DTP)	0%	1%-3%-5%	6%-8%-10%	11%-15%-20%	21-31%-40
DESCRIPCIÓN	Completamente continente sin programa especial	Continente con programa intestinal	Incontinente una vez por semana a pesar de un óptimo programa intestinal	Incontinente más de una vez por semana pero no todos los días a pesar de un óptimo programa intestinal	Incontinencia con frecuencia diaria o Totalmente incontinente

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

3.9b.- Vejiga neurógena

Tabla 3.13.-Criterios para la puntuación de la deficiencia debida a vejiga neurógena.

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3	INTERVALO 4
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD (%) (DTP)	0%	1%-3%-5%	6%-10%-15%	16%-18%-20%	21-25%-30%
ESCRIPCIÓN	Completamente continente sin sondaje o dispositivos externos	Alteración del control voluntario sin incontinencia con un programa de manejo vesical	Requiere de un sondaje evacuatorio al día para mantener la continencia	Requiere de varios sondajes evacuatorios diarios para mantener la continencia	Incontinencia total o Sondaje permanente

3.9c.- Disfunción sexual neurógena

Tabla 3.14.- Criterios para la puntuación de la deficiencia debida a disfunción sexual neurógena.

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD (%) (DTP)	0%	1%-3%-5%	6%-8%-10%	11%-13%-15%
DESCRIPCIÓN	Sin deficiencia de la función sexual	La persona tiene alguna función sexual pero, con dificultad de erección y eyaculación en hombres, o pérdida del control consciente, excitación o lubricación en ambos sexos	La función sexual refleja es posible pero no hay control consciente.	Sin función sexual

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

3.10. CRITERIOS PARA LA EVALUACION DE LA DISFUNCIÓN RESPIRATORIA NEURÓGENA

Tabla 3.15.- Criterios para la puntuación de la deficiencia debida a disfunción neurógena respiratoria

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3	INTERVALO 4
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD (%) (DTP)	0%	1%-3%-5%	6%-10%-20%	21%-25%-35%	65%
DESCRIPCIÓN	Sin deficiencia neurógena de la respiración	La persona puede respirar espontáneamente pero tiene dificultad para realizar las AVD que requieren un esfuerzo intenso como correr.	La persona es capaz de respirar espontánea-mente pero limitado para realizar algunas actividades que requieran esfuerzo como subir escaleras o el esfuerzo prolongado	La persona sólo es capaz de realizar actividades sedentarias o Traqueostomía	La persona no es capaz de respirar espontánea-mente, y depende de un respirador

3.11. CRITERIOS PARA LA EVALUACION DEL SISTEMA NERVIOSO PERIFERICO: NEUROPATÍAS PERIFÉRICAS, TRASTORNOS DE LA UNIÓN NEUROMUSCULAR Y MIOPATIAS.

3.11a.- Neuropatía periférica dolor disestésico

La deficiencia debida a la debilidad motora se puntúa según el impacto en las AVD al igual que para la persona con una lesión medular (tablas 3.10 y 3.11).

Los métodos empleados para clasificar y evaluar las neuropatías periféricas de nervios espinales, plexos braquial o lumbosacro, y nervios individuales se describen de forma pormenorizada en los capítulos de las extremidades y columna y deben ser evaluados preferentemente en los mismos. Solo cuando los términos empleados para describir la neuropatía en estos capítulos, sean insuficientes para describir la magnitud de la deficiencia se evaluarán en esta sección.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Tabla 3.16.- Criterios para la puntuación de la deficiencia debida a Dolor disestésico secundario a lesión medular.

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD (%) (CT)	0%	1%-3%-5%	6%-8%-10%	11%-13%-15%
DESCRIPCIÓN	Sin dolor disestésico	Dolor disestésico leve	Dolor disestésico moderado	Dolor disestésico grave

3.11b.- Trastornos de la unión neuromuscular~~es~~:

La deficiencia de estos trastornos se evalúa de acuerdo con el impacto en la realización de las AVD mediante los criterios de puntuación de la deficiencia recogidos en la Tabla.3.17.- Criterios para la evaluación de deficiencia debida a alteración funcional de EESS y cintura escapular en los trastornos de la unión neuromuscular y miopatías para el caso de que esté comprometida la funcionalidad a nivel de brazos y cintura escapular. Cuando la afectación es a nivel de extremidades inferiores y cintura pelviana se utilizará la tabla 3.11.

3.11c.- Miopatías

La evaluación se realizará siguiendo los criterios de la tabla 3.17, en el caso de afectación a nivel de brazos y cintura escapular, y por la tabla 3.11.-Criterios para la puntuación de la deficiencia debida a trastornos de la estática y de la marcha. Cuando la afectación es a nivel de extremidades inferiores y cintura pelviana.

Tabla. 3.17 Criterios para la puntuación de deficiencia debida a alteración funcional de EESS y cintura escapular en los trastornos de la unión neuromuscular y miopatías.

INTERVALOS DE GRADO	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3	INTERVALO 4
GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA (% DTP)	0%	1%-3%-5% No dominante	6%-10%-15% No dominante	16%-23%-30% No dominante	31%-40%-50% No dominante
	0%	1%-5%-10% Dominante	11%-15%-20% Dominante	21%-30%-40% Dominante	41%-50%-60% Dominante
DESCRIPCIÓN	La persona está diagnosticada de una enfermedad neuromuscular No presenta déficit de fuerza en las extremidades superiores. No presenta limitación en la capacidad para realizar las AVD	La persona presenta amioatrofia de cintura escapular y debilidad de la musculatura proximal. Eleva los brazos por encima del plano de los hombros y los puede mantener elevados pero no es capaz de vencer una resistencia. La persona puede usar	La persona presenta amioatrofia de cintura escapular y debilidad de la musculatura proximal. No puede elevar los brazos por encima del plano de los hombros y no los puede mantener elevados contra la gravedad. La persona puede usar las extremidades superiores para realizar la mayoría de las actividades de autocuidado	La persona presenta amioatrofia severa de la cintura escapular y debilidad de la musculatura proximal y de brazos. No puede elevar los hombros ni flexionar los codos contra la gravedad. Capacidad manipulativa conservada para objetos ligeros. Precisa el apoyo de los codos y antebrazos en una superficie fija para facilitar el movimiento del antebrazo contra la gravedad.	La persona presenta amioatrofia severa de cintura escapular y debilidad muscular severa de toda la extremidad. No puede mover los hombros ni los codos contra la gravedad. Sin capacidad de pinza efectiva. Puede presentar limitaciones articulares. Precisa apoyo de los antebrazos en

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

		las extremidades superiores para las actividades de autocuidado pero está limitada para actividades que requieran elevar objetos pesados por encima del plano de los hombros	pero presenta limitación grave o total para aquellas actividades que requieran mantener los brazos elevados por encima del plano de los hombros y levantar, transportar y manipular objetos pesados.	La persona puede agarrar, sostener y manipular objetos ligeros siempre que mantenga los antebrazos apoyados. La persona presenta limitación moderada a grave de la capacidad para realizar las AVD incluida alguna actividad de autocuidado.	una superficie fija para facilitar la manipulación de algún objeto ligero en el plano de la mesa. La persona presenta limitación grave o muy grave para realizar actividades de la vida diaria incluidas las actividades de autocuidado.

3 .11 d.- Polineuropatías y Trastornos del sistema nervioso autónomo (SNA)

El déficit relacionado con la pérdida transitoria de la conciencia tras un período de isquemia cerebral puede deberse a varios mecanismos, incluyendo el ortostatismo, acciones reflejas, trastornos cardiopulmonares y puede estimarse según los criterios para la evaluación de la deficiencia debido a la pérdida episódica de conciencia (Tabla 3.4).

Para determinar la magnitud de la deficiencia en los casos alteraciones motoras o sensitivas utilizaremos las tablas 3,10, 3.11 y 3.17. En el de los trastornos del Sistema Nervioso Autónomo será necesario remitirse a otros capítulos.

3.11 e. Síndrome de piernas inquietas (SPI) o enfermedad de Willis-Ekbon

La evaluación ha de ser siempre individualizada y la puntuación de la deficiencia reflejara la repercusión global y única sobre el funcionamiento que la enfermedad produzca en el paciente, incluyendo la repercusión psicológica reactiva o la de otras secciones como consecuencia del SPI. La puntuación tomará como referencia los niveles de gravedad propuestos por la escala específica IRLS (que idealmente se pasará en contexto clínico y no evaluador).

Tabla 3.18. Escala IRLS para evaluación del Síndrome de piernas inquietas

ESCALA IRLS	GRADUACION				
	N	L	M	G	T
Intensidad de las molestias en miembros inferiores y superiores.	0	1	2	3	4
Necesidad de movimiento.	0	1	2	3	4
Mejoría con el movimiento.	0	1	2	3	4
Trastornos del sueño por SPI.	0	1	2	3	4
Fatiga y somnolencia diurna debido al SPI	0	1	2	3	4
Afectación global por el SPI	0	1	2	3	4
Frecuencia de síntomas	0	1	2	3	4
Duración de los síntomas a lo largo de un día habitual.	0	1	2	3	4
Impacto de los síntomas sobre las actividades diurnas (familia, tareas domésticas, trabajo, etc.).	0	1	2	3	4
Impacto de los síntomas sobre el estado de ánimo.	0	1	2	3	4
	Total =				

Mediante la suma de estos apartados se obtiene una puntuación total con un valor que oscila entre 0 y 40. Los sujetos cuya puntuación total es 0 no presentan SPI, entre 1 a 10 sufren un

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

SPI leve; de 11 a 20 presentan un SPI moderado; entre 21 y 30 padecen un SPI intenso; y de 31 a 40 un SPI muy intenso.

Para la puntuación del SPI se tendrán en cuenta los siguientes intervalos de deficiencia.

Tabla 3.19 Criterios para la puntuación para el síndrome de piernas inquietas

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD (%) (DTP)	0%	1-3-5%	6%-8%-10%	11%-13-15%
Puntuación escala IRSL	1-10	11 -20	21-30	31-40

3.12. CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓNDE LAS DEFICIENCIAS RELACIONADAS CON EL SÍNDROME DEL DOLOR REGIONAL COMPLEJO

El Síndrome Doloroso Regional Complejo (SDRC), también conocido como Distrofia Simpática Refleja (RSD) genera conflictos para la evaluación de la deficiencia. Ésta deberá realizarse con las tablas contenidas en el capítulo de las extremidades superiores e inferiores.

En todos los casos de secuelas motoras de EESS provocadas por patologías evaluadas en este capítulo, cuando estén afectados ambas EESS la puntuación se obtendrá combinando la afectación de la ES dominante y de la ES no dominante.

3.13. CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE DEFICIENCIA RELACIONADA CON ALGIAS CRANEOFACIALES

En este apartado se establecen criterios para la evaluación de la deficiencia relacionada con algias craneofaciales secundarias a migraña y a afecciones de pares craneales que cursan con dolor continuo o recurrente.

El profesional evaluador debe verificar que los procesos patológicos han sido diagnosticados y tratados durante al menos 1 año para considerar sus consecuencias como permanentes. Se indicará un plazo de revisión de 2 años tras la primera evaluación, hasta asegurar que la persona ha alcanzado la Máxima Mejoría Clínica antes de asignar un grado definitivo.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

3.13. a.- Migraña

Tabla 3.20 Cuestionario MIDAS

	DIAS
1. ¿Cuántos días en los últimos tres meses ha tenido usted que faltar a su trabajo o lugar de estudios a causa de un dolor de cabeza?	
2. ¿Cuántos días en los 3 últimos meses su rendimiento en el trabajo o lugar de estudios se ha visto reducido a la mitad o más a causa del dolor de cabeza? (No incluya los días que ha contabilizado en la pregunta 1, en los cuales faltó al trabajo o al lugar de estudios).	
3. ¿Cuántos días en los últimos tres meses no ha podido realizar sus labores de hogar a causa del dolor de cabeza?	
4. ¿Cuántos días en los últimos tres meses, su rendimiento en las labores de hogar se ha visto reducido a la mitad o más a causa del dolor de cabeza? (No incluya los días que usted contabiliza en la pregunta 3, en los cuales no podía realizar las tareas del hogar)	
5. ¿Cuántos días en los últimos tres meses no ha podido asistir a actividades familiares, sociales o de ocio, a causa del dolor de cabeza?	
TOTAL	

Se suma la puntuación de las cinco preguntas anteriores y se utiliza la Tabla 3.21 para determinar la deficiencia por migraña. Se deberá valorar el cumplimiento del tratamiento, su eficacia y si la Máxima Mejoría Clínica (MMC) se ha alcanzado antes de proceder a la evaluación. Idealmente el cuestionario ha de haber sido pasado en contexto de consulta clínica (consulta de neurología) y no en el momento de la evaluación de discapacidad.

Tabla 3.21.- Criterios para la puntuación de la deficiencia debida a la migraña

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	**INTERVALO 0**	**INTERVALO 1**	**INTERVALO 2**	**INTERVALO 3**
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD (%) (DTP)		**1-5-10%**	**11-15-20%**	**21-28-35%**
Puntuación de MIDAS	**0-10**	**6-10**	**11-20**	**21**
Descripción	No hay diagnóstico claro de migrañas Malestar mínimo o poco frecuente	Malestar leve o poco frecuente	Malestar moderado y frecuencia mensual, **documentada medicamente y tratada adecuadamente. Evolución de al menos 1 año**	Malestar severo y frecuencia semanal, **documentada medicamente y tratada adecuadamente. Evolución de al menos 1 año**

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

3.13b.- Criterios para la evaluación de deficiencia relacionada con neuralgia del trigémino y glosofaríngeo y la afectación de los pares craneales:

TABLA 3-22 Criterios para puntuación de la deficiencia del nervio facial, trigémino y glosofaríngeo.

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD (%) (DTP)	0%	1-5-10%	11-15-20%	21-28-35%
DESCRIPCIÓN	Sin neuralgia	Dolor neurálgico leve incontrolado que puede interferir con las AVD O Deficiencia motora leve	Dolor neurálgico incontrolado unilateral grave que interfiere con las AVD O Deficiencia motora unilateral grave o moderada bilateral	Dolor neurálgico bilateral grave e incontrolado, que interfiere con las AVD O Deficiencia motora bilateral grave

3.14.- CRITERIOS PARA LA EVALUACION DE DEFICIENCIA DE NERVIOS PERIFÉRICOS MISCELÁNEOS DE CABEZA Y EL TRONCO

Tabla 3.23. Criterios para la evaluación de nervios periféricos misceláneos

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD (%) (DTP)	0%	1-3-5%	6%-8%-10%	11%-13-15%
N. occipital mayor N. occipital menor N. auricular mayor N. intercostal N. genitofemoral N. ilioinguinal N. iliohipogástrico N. pudendo	Sin neuralgia	Dolor neuropático leve sólo en una distribución anatómica	Dolor neuropático leve en varias distribuciones anatómicas o moderado en una distribución	Dolor neuropático grave en una o en varias distribuciones anatómicas

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

CAPÍTULO 4: SISTEMA VISUAL

4.1. INTRODUCCIÓN

En este capítulo se proporcionan criterios para la evaluación de la deficiencia permanente del sistema visual en la medida que afecta a la capacidad individual para llevar a cabo las actividades de la vida diaria (AVD) relacionadas con la vista una vez conseguida la Máxima Mejoría Clínica (MMC) y con la mejor corrección óptica posible.

La evaluación de la deficiencia visual toma como referente la **Escala de visión funcional (EVF),** la resta de la EVF de 100 proporciona el **grado de deficiencia del sistema visual (DSV).**Para efectuar la conversión de la puntuación del DSV a **deficiencia total de la persona (DTP)** se utiliza la tabla 4.4

TABLA 4-1 Pasos para la evaluación de la deficiencia en el sistema visual

Evaluación de las deficiencias en las funciones visuales para OD, OI, AO	**Visión funcional estimada para la persona**
Agudeza visual: Escala de Agudeza Visual (EAV) = número de letras reconocidas	**Escala de Agudeza Funcional (EAF**) Proporciona una estimación estadística de la capacidad para realizar las AVD relacionadas con la agudeza visual, como la lectura. La fórmula es: **EAF= (3 x EAV_{AO} + EAV_{OD} +EAV_{OI}) /5** En esta ecuación la agudeza binocular proporciona el 60 % del valor, los ojos derecho e izquierdo Contribuyen con un 20% cada uno.
Campo visual: Escala de Campo Visual (ECV) = número de puntos detectados	**Escala de Campo Funcional (ECF)** Proporciona una estimación estadística de la capacidad para realizar las AVD relacionadas con el campo visual, como la orientación y la movilidad. La fórmula es: **ECF = (3 x ECV_{AO} + ECV_{OD} +ECV_{OI}) /5** En esta ecuación el campo binocular proporciona el 60 % del valor, los ojos derecho e izquierdo contribuyen con un 20% cada uno. **Escala de Visión Funcional (EVF)** Evalúa la función visual general Combina la **Escala de Agudeza Funcional (EAF)** y la **Escala de Campo Funcional (ECF)** La fórmula es: **EVF= EAF x ECF /100**
Ajuste opcional para otras deficiencias de visión: binocularidad, estereopsis, supresión y diplopía…	
	Deficiencia del Sistema Visual (DSV) Estima la función visual *perdida* como **DSV** = **100 – EVF (y Ajustes, en su caso)**
Combine con la deficiencia de otros sistemas orgánicos, si es aplicable.	**Deficiencia total de la persona (DTP)**

OD ojo derecho, OI, ojo izquierdo y AO ambos ojos

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

4.2. DEFICIENCIA DE LA AGUDEZA VISUAL (AV)

Pasos para asignar una puntuación de la deficiencia basada en la agudeza visual

1. Medir la **agudeza visual** mejor corregida para cada ojo y con ambos ojos.
2. Utilizar la Tabla 4.2 para convertir los valores de agudeza visual a la **Escala de Agudeza Visual (EAV)**
3. Calcular la **Escala de Agudeza Funcional (EAF)** de la persona, utilizando la siguiente fórmula:

$$EAF = (3 \times EAV_{AO} + EAV_{OD} + EAV_{OI})/5$$

El grado de **deficiencia de la agudeza visual** se calcula restando la EAF de 100.

Tabla 4.2 Deficiencia Agudeza Visual (Escala de agudeza visual).

Clasificación de la agudeza visual (basado en la CIE-9-CM y CIE-10)		**Agudeza visual**[b]			**Escala de Agudeza Visual (EAV)**	**Deficiencia de la función visual**	**Capacidad lectura estimada**
		Anotación USA	Anotación decimal	Anotación a 1 m			
VISION NORMAL O CASI NORMAL	Rango de vision normal	20/12.5 20/16 20/20 20/25	 1 0,8 0,7	1/0.63 1/0.8 1/1 1/1,25	110 105 100 95	 0 5 7	Velocidad de lectura normal Distancia de lectura normal Capacidad de reserva para la letra pequeña
	Visión casi normal o Deficiencia visual leve	20/30 20/40 20/50 20/63	0,6 0,5 0,4 0,3	1/1,6 1 /2 1 /2,5 1 /3,2	90 85 80 75	10 15 20 25	Velocidad de lectura normal Distancia de lectura normal No hay capacidad de reserva para la letra pequeña
DEFICIENCIA VISUAL	Deficiencia visua moderada (G1)	20/80 20/100 20/125 20/160	0,25 0,2 0,16 0,125	1 /4 1 /5 1 /6,3 1 /8	70 65 60 55	30 35 40 45	Casi normal con ayudas para la lectura Usa lupas de escaso aumento o libros con letra grande
	Deficiencia visual grave (G2)	20/200 20/300 20/400	0,10 0,05	1 /10 1 /16 1 /20	40 35 30	70 70 70	Más lenta de lo normal con ayudas para la lectura Usa lupas de gran aumento
	Deficiencia visual profunda (G3)	20/630 20/800 20/1000	CD a 3m CD a 1m MM	1 /32 1 /40 1 /50	25 20 15	75 80 85	Muy disminuida con ayudas para la lectura Usa lupas para la lectura de puntos, pero puede preferir audio libros
CEGUERA O CASI CEGUERA	Casi ceguera (G4)	20/1250 20/1600 20/2000 ó menos	PL PL PL	1 /63 1 /80 1 /100	10 5	90 95	No hay lectura visual Depende de audio libros, braille, u otras fuentes no visuales
	Ceguera total (G5)	No percepción de luz			0	100	
	a Usar esta tabla para convertir los valores de medición de la agudeza visual a una Escala de Agudeza Visual (EAV) para cada ojo. b Los valores de agudeza visual utilizados en esta tabla siguen una progresión logarítmica estricta. El valor EAV sigue una progresión lineal. Para el uso clínico, valores de 20/32 y 20/63 pueden ser redondeados a 20/30 y 20/60 respectivamente. c Los distintos niveles de capacidad de lectura estimados son referidos a promedios estadísticos en condiciones normalizadas y con las ayudas técnicas correspondientes. La capacidad individual puede ser mejor o peor que el promedio de la lista. PL. Percepción de Luz CD: Cuenta dedos MM: Movimiento mano						

Usar esta tabla para convertir los valores de medición de la agudeza visual a una **Escala de Agudeza Visual (EAV) para cada ojo.**

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

4.3. DEFICIENCIA DEL CAMPO VISUAL (CV)

La **Escala del campo visual (**ECV) que es la base para el cálculo de los grados de deficiencia basados en el campo visual, es paralela a la EAV

Pasos para asignar una puntuación de la deficiencia basada en el campo visual

El cálculo de la puntuación de la deficiencia basada en el campo visual requiere seguir los siguientes pasos:

1. Determinar la extensión del campo visual para cada ojo.

Si disponemos de una perimetría de Goldmann (CV de 60º) determinar la isóptera III-4-e para cada ojo. Si sólo disponemos de perimetría automatizada (CV de 30º), determinar una pseudoisóptera dibujando una línea alrededor de todos los puntos con una sensibilidad de 10 dB o mejor, excluyendo los puntos con sensibilidad menor a 10 dB.

2. Determinar la Escala del Campo Visual (ECV) para cada ojo

La ECV está resumida en la Tabla 4-3, que tiene una organización similar a la Tabla 4-2. La Tabla 4-3 proporciona puntos de referencia para las pérdidas concéntricas de campo. Dado que las pérdidas de campo visual reales rara vez son exactamente concéntricas, esta Tabla no se puede utilizar para determinar una ECV exacta. La columna de la derecha de la tabla puede ayudarnos a estimar mejor el rango del deterioro.

3. Determinar el campo visual binocular por superposición de ambos campos monoculares.

Para el campo binocular, se cuentan los puntos tal como se ven si son vistos por ambos ojos o solo por uno. Esto determina la ECV binocular (ECVAO).

4. Combinar las tres Escalas de Campo Visual (ECV) para obtener una **Escala de Campo Funcional (ECF)** para el sujeto.

La fórmula es: $\mathbf{ECF = (3 \times ECV_{AO} + ECV_{OD} + ECV_{0I}) / 5}$

5. La puntuación de la **deficiencia basada en el campo visual** es 100 - ECF.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Tabla 4.3 Deficiencia del campo visual (Escala de campo visual)

Clasificación por deficiencia de campo visual (Basados en ICD-9-CM)		Condiciones especiales	Grados conservados si la pérdida es concéntrica.	Escala del Campo Visual(ECV)	Deficiencia de la función visual	Capacidad estimada para tareas de orientación visual y movilidad ("O + M").
VISION (CASI) NORMAL	Rango de visión normal		60º	110	… 0	Orientación visual normal Movilidad normal
				105		
				100		
		Pérdida < 1 cuadrante		95	5	
	Visión casi – normal o con deficiencia leve	Pérdida de 1 cuadrante Cuadrantanopsia homonima	50º	90	10	Ejecución "O + M" normal Necesita más exploraciones. Ocasionalmente se sorprende por todo lo que proviene por su lado.
		Pérdida > 1 cuadrante	45º	85	15	
			40º	80	20	
DEFICIENCIA VISUAL	Deficiencia visual moderada	Pérdida de la parte superior del campo	35º	75	25	Rendimiento casi normal. Requiere exploración para obstáculos.
			30º	70	30	
			25º	65	35	
			20º	60	40	
			15º	55	45	
	Deficiencia visual grave	Hemianopsia homónima Pérdida de la parte inferior del campo Pérdida >2 cuadrantes		50	50	Movilidad visual más lenta de lo normal. Requiere evaluación continua. Podría usar bastón como ayuda.
			10º	40	70	
			7º	35	70	
	Deficiencia visual profunda		6º	30	70	Debe usar bastón largo para detector objetos Podría usar la visión como ayuda para identificar cosas.
			5º	25	75	
			4º	20	80	
			3º	15	85	
(CASI) CEGUERA	Casi ceguera		2º	10	90	Orientación visual poco fiable. Debe confiar en un bastón largo, sonidos, perros guía, y otras ayudas para la movilidad de personas ciegas.
			1º	5	95	
	Ceguera total	No tiene campo visual.		0	100	

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

4.4. CÁLCULO DE LA ESCALA DE VISIÓN FUNCIONAL (EVF)

La EAF y la ECF se calculan como medias ponderadas de la EAV y la ECV de cada ojo.

Regla básica

Para calcular la EVF, la EAF y la ECF se multiplican como si representasen porcentajes de una puntuación:

EVF = (EAF x ECF)/100

Reglas adicionales

Son necesarias algunas reglas adicionales para evitar algunos cálculos poco realistas.

1) Para el propósito de este cálculo, las Escalas de Agudeza y Campo Visual mayores de 100 se tratan como si fuesen de 100. Así, la pérdida se contabiliza sólo si el rendimiento cae por debajo del rendimiento estándar

2) Si no se dispone de datos y no hay ninguna razón médica para sospechar un déficit de campo visual, se puede asumir que la ECF es 100. En este caso, la EVF es lo mismo que la EAF, y el grado de deficiencia para el sistema visual es el mismo que el grado de deficiencia para la pérdida de agudeza visual.

   En cualquier caso la valoración de la afectación de la AV o del CV debe estar basada en una situación patológica diagnosticada, siendo el déficit objetivado acorde con la misma.

   Hay reducciones del CV que se relacionan con el envejecimiento y defectos refractarios, que no serán valorables si no se aporta un diagnóstico acorde con las lesiones.

3) Si la agudeza visual está disminuida , algunas pérdidas del campo visual central no se contabilizarán:

Los escotomas paracentrales (manchas ciegas *adyacentes* al punto de fijación) pueden interferir con la capacidad lectora y otras AVD, por lo que serán contabilizados aunque no afecten a la agudeza central. (Podríamos evaluarlas como un déficit campimétrico < 1 cuadrante).

Por el contrario si el escotoma es central (es decir, si cubre el punto de fijación) afecta tanto a la AV como al CV, por lo que las dos puntuaciones de deficiencia no pueden ser consideradas independientes. De manera que, en esos casos, si la agudeza visual está disminuida, las pérdidas del campo visual central no se contabilizarán, calculándola deficiencia visual solo con la AV.

4.5. AJUSTES INDIVIDUALES

Pueden aparecer otras deficiencias en el sistema visual en relación con la sensibilidad a la luz y al contraste, visión para el color, visión nocturna, binocularidad, estereopsia, supresión,

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

diplopía… Si estas condiciones causan una deficiencia significativa que no está reflejada en la agudeza visual o en la pérdida de campo visual, también pueden utilizarse como ajustes en la puntuación de la deficiencia del sistema visual. Condición imprescindible para este ajuste, es que el problema tiene que estar bien documentado en los informes oftalmológicos y haber alcanzado su máxima mejoría clínica. El ajuste deberá limitarse a **incrementar la puntuación de deficiencia** del sistema visual **(disminución de la EVF) entre 0 y 15 puntos.**

En los casos de diplopía que precisen oclusión uniocular persistente se aplicará una disminución de EVF de 15 a 20 puntos.

4.6. CONSIDERACIONES ESPECIALES

4.6.1 Evaluación de pacientes trasplantados corneales: En el caso de pacientes con degeneraciones corneales, por lo general bilaterales aunque no necesariamente simétricas y que sean susceptibles de trasplante corneal, podría realizarse una evaluación con carácter temporal.

4.6.2 Características específicas de la evaluación visual en la infancia y la adolescencia:

En la primera infancia se tiene en cuenta principalmente la función visual en distancias inferiores a 2 metros. Cuando el menor presenta un diagnóstico en el que se considere que existe una deficiencia permanente, aunque no pueda cuantificarse, o se prevea en su evolución, a pesar de las medidas terapéuticas adoptadas, el desarrollo a corto-medio plazo de una deficiencia visual permanente de importancia, se podrá asignar un grado inicial aproximado de deficiencia total de la persona del 33%.Esta evaluación tendrá siempre un carácter temporal y se hará una primera revisión a los 2 años. Posteriormente, una vez que pueda concretarse el grado de deficiencia visual, se considerarán nuevos periodos de revisión de 3 o 5 años, en función de la edad, del o los procesos terapéuticos que precisen y de las posibilidades evolutivas y rehabilitadoras.

4.7. METODOLOGÍA PARA EL CÁLCULO DE LA PUNTUACIÓN DE LA DEFICIENCIA DEL SISTEMA VISUAL (DSV) Y SU CONVERSIÓN EN DEFICIENCIA TOTAL DE LA PERSONA (DTP)

a**. En primer lugar**, se calcula la Deficiencia del Sistema Visual (**DSV**) restando de 100 la Escala de Visión Funcional (**EVF)** basado en las escalas de agudeza visual (EAV) y escala del campo visual (ECV), según las pautas expuestas en el apartado 4.4

DSV = 100 – EVF

b. En segundo lugar, si es pertinente, incluya un “ajuste individual” de los criterios de evaluación visuales que no aparecen reflejados en las escalas de agudeza y campo visual, según las pautas expuestas en el apartado 4.5

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

DSV = 100 – (EVF – Ajustes)*

*La puntuación obtenida se redondeara al 5% más próximo

c. En tercer lugar, se establece la correspondencia entre la deficiencia visual y el porcentaje de deficiencia total de la persona, según la tabla 4.4 de Conversión de la deficiencia visual (DSV) en deficiencia total de la persona (DTP)

Tabla 4.4 Conversión de la deficiencia visual en DSV en deficiencia total (DTP)*

DSV	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
DTP	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	78	79	80	82	85

* Si DSV es superior a 75 se redondea la puntuación al entero superior

d. Por último, si las hubiera, se combinará esta puntuación con las puntuaciones de deficiencias no visuales relacionadas, utilizando la Tabla de valores combinados del Apéndice.

4.8. CLASIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA VISUAL SEGÚN EL PORCENTAJE DEFICIENCIA DEL SISTEMA VISUAL (DSV)

- **Deficiencia visual insignificante**: de 0 a 4%
- **Deficiencia visual leve**: de 5 a 24 %
- **Deficiencia visual moderada**: de 25 a 49%
- **Deficiencia visual grave:** de 50 a 69%
- **Deficiencia visual profunda**: de 70 a 90%
- **Casi ceguera**: de 91 a 95%
- **Deficiencia visual total (Ceguera):** de 96 a 100%

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

CAPÍTULO 5:
OÍDO, NARIZ, GARGANTA Y ESTRUCTURAS RELACIONADAS

5.1. CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA LA DEFICIENCIA AUDITIVA

a. En primer lugar, se exponen las pautas para la estimación de la deficiencia auditiva monoaural, según el nivel de audición (Tabla 5-1).

b. En segundo lugar, se determinan los criterios para la evaluación de la deficiencia binaural, expresada en porcentajes de pérdida auditiva (Tabla 5-2).

c. Por último, se establece la correspondencia entre la deficiencia auditiva y el porcentaje de deficiencia total de la persona, según se considere la hipoacusias de trasmisión, perceptivas (neurosensoriales) o mixtas

Para valoración de las sorderas perceptivas y mixtas, se considerarán los valores de puntuación de la tabla 5-3A y para la valoración de las sorderas exclusivamente conductivas, la tabla 5-3B.

El porcentaje de discapacidad asignado por la deficiencia auditiva será combinado con el que corresponda a la deficiencia del lenguaje, en el caso de que ésta exista.

5.1.a. Evaluación de la deficiencia auditiva monoaural

Para la determinación de la deficiencia de audición monoaural se sumarán los umbrales de audición en la audiometría tonal (realizada sin audífonos y/o sin la parte externa de los implantes auditivos que pudiera portar) la pérdida en decibelios de la vía aérea en las frecuencias 500, 1.000, 2.000 y 4.000, obteniéndose por medio de la Tabla 5-1 las correspondencias, en porcentaje, de pérdida auditiva.

TABLA 5-1 Deficiencia por hipoacusia monoaural

SDNA[1]	%	SDNA[1]	%	SDNA[1]	%
100	0,0%	190	33,8%	280	67,5%
105	1,9%	195	35,6%	285	69,3%
110	3,8%	200	37,5%	290	71,2%
115	5,6%	205	39,4%	295	73,1%
120	7,5%	210	41,2%	300	75,0%
125	9,4%	215	43,1%	305	76,9%
130	11,2%	220	45,0%	310	78,8%
135	13,1%	225	46,9%	315	80,6%
140	15,0%	230	48,8%	320	82,5%
145	16,9%	235	50,6%	325	84,4%
150	18,8%	240	52,5%	330	86,2%
155	20,6%	245	54,4%	335	88,1%
160	22,5%	250	56,2%	340	90,0%
165	24,4%	255	58,1%	345	91,9%
170	26,2%	260	60,0%	350	93,8%
175	28,1%	265	61,9%	355	95,6%
180	30,0%	270	63,8%	360	97,5%
185	31,9%	275	65,6%	365	99,4%
[1] Suma de los decibelios de los niveles umbral de audición a 500, 1000, 2000 y 4000 Hz				≥370	100,0%

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

5.1.b. Evaluación de la deficiencia auditiva binaural

Se determinará por la formula siguiente*:

$$\frac{5 \times (\%\text{deficiencia en el mejor oído}) + \%\text{ deficiencia en el peor oído}}{6}$$

Derivada de esta fórmula se obtiene la Tabla 5-2, en la que se considera la suma de umbral de las frecuencias antes citadas en el mejor y peor oído.

5.1.c. Correspondencia entre la deficiencia auditiva y el porcentaje de deficiencia total de la persona

Posteriormente se aplica los valores para la deficiencia auditiva binaural de la Tabla 5-3, que convierte la deficiencia auditiva binaural en la deficiencia total de la persona.

(*) Fórmula de la Asociación Americana de Habla, Lenguaje y Audición (ASHA).

Se evaluará una deficiencia total de la persona por pérdida auditiva de al menos un 33% en los casos de personas que precisen implante coclear o implante de tronco cerebral por pérdida de audición.

TABLA 5-2 Cálculo de la deficiencia auditiva binaural[a]

Los ejes son la suma en dB de los niveles de audición a 500, 1.000, 2.000, y 4.000 Hz., en la audiometría tonal. La suma del oído peor se lee en el lateral y la suma del oído mejor se lee en el inferior. El valor es la intersección la fila del oído peor y la columna del oído mejor.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

<=100	0,0																										
105	0,3	1,9																									
110	0,6	2,2	3,8																								
115	0,9	2,5	4,1	5,6																							
120	1,3	2,8	4,4	5,9	7,5																						
125	1,6	3,2	4,7	6,2	7,8	9,4																					
130	1,9	3,5	5,0	6,5	8,1	9,7	11,2																				
135	2,2	3,8	5,4	6,9	8,4	10,0	11,5	13,1																			
140	2,5	4,1	5,7	7,2	8,8	10,3	11,8	13,4	15,0																		
145	2,8	4,4	6,0	7,5	9,1	10,7	12,2	13,7	15,3	16,9																	
150	3,1	4,7	6,3	7,8	9,4	11,0	12,5	14,1	15,6	17,2	18,8																
155	3,4	5,0	6,6	8,1	9,7	11,3	12,8	14,4	15,9	17,5	19,1	20,6															
160	3,8	5,3	6,9	8,4	10,0	11,6	13,1	14,7	16,3	17,8	19,4	20,9	22,5														
165	4,1	5,7	7,2	8,7	10,3	11,9	13,4	15,0	16,6	18,2	19,7	21,2	22,8	24,4													
170	4,4	6,0	7,5	9,0	10,6	12,2	13,7	15,3	16,9	18,5	20,0	21,5	23,1	24,7	26,2												
175	4,7	6,3	7,9	9,4	10,9	12,5	14,0	15,6	17,2	18,8	20,4	21,9	23,4	25,0	26,5	28,1											
180	5,0	6,6	8,2	9,7	11,3	12,8	14,3	15,9	17,5	19,1	20,7	22,2	23,8	25,3	26,8	28,4	30,0										
185	5,3	6,9	8,5	10,0	11,6	13,2	14,7	16,2	17,8	19,4	21,0	22,5	24,1	25,7	27,2	28,7	30,3	31,9									
190	5,6	7,2	8,8	10,3	11,9	13,5	15,0	16,6	18,1	19,7	21,3	22,8	24,4	26,0	27,5	29,1	30,6	32,2	33,8								
195	5,9	7,5	9,1	10,6	12,2	13,8	15,3	16,9	18,4	20,0	21,6	23,1	24,7	26,3	27,8	29,4	30,9	32,5	34,1	35,6							
200	6,3	7,8	9,4	10,9	12,5	14,1	15,6	17,2	18,8	20,3	21,9	23,4	25,0	26,6	28,1	29,7	31,3	32,8	34,4	35,9	37,5						
205	6,6	8,2	9,7	11,2	12,8	14,4	15,9	17,5	19,1	20,7	22,2	23,7	25,3	26,9	28,4	30,0	31,6	33,2	34,7	36,2	37,8	39,4					
210	6,9	8,5	10,0	11,5	13,1	14,7	16,2	17,8	19,4	21,0	22,5	24,0	25,6	27,2	28,7	30,3	31,9	33,5	35,0	36,5	38,1	39,7	41,2				
215	7,2	8,8	10,4	11,9	13,4	15,0	16,5	18,1	19,7	21,3	22,9	24,4	25,9	27,5	29,0	30,6	32,2	33,8	35,4	36,9	38,4	40,0	41,5	43,1			
220	7,5	9,1	10,7	12,2	13,8	15,3	16,8	18,4	20,0	21,6	23,2	24,7	26,3	27,8	29,3	30,9	32,5	34,1	35,7	37,2	38,8	40,3	41,8	43,4	45,0		
225	7,8	9,4	11,0	12,5	14,1	15,7	17,2	18,7	20,3	21,9	23,5	25,0	26,6	28,2	29,7	31,2	32,8	34,4	36,0	37,5	39,1	40,7	42,2	43,7	45,3	46,9	
230	8,1	9,7	11,3	12,8	14,4	16,0	17,5	19,1	20,6	22,2	23,8	25,3	26,9	28,5	30,0	31,6	33,1	34,7	36,3	37,8	39,4	41,0	42,5	44,1	45,6	47,2	48,8
235	8,4	10,0	11,6	13,1	14,7	16,3	17,8	19,4	20,9	22,5	24,1	25,6	27,2	28,8	30,3	31,9	33,4	35,0	36,6	38,1	39,7	41,3	42,8	44,4	45,9	47,5	49,1
240	8,8	10,3	11,9	13,4	15,0	16,6	18,1	19,7	21,3	22,8	24,4	25,9	27,5	29,1	30,6	32,2	33,8	35,3	36,9	38,4	40,0	41,6	43,1	44,7	46,3	47,8	49,4
245	9,1	10,7	12,2	13,7	15,3	16,9	18,4	20,0	21,6	23,2	24,7	26,2	27,8	29,4	30,9	32,5	34,1	35,7	37,2	38,7	40,3	41,9	43,4	45,0	46,6	48,2	49,7
250	9,4	11,0	12,5	14,0	15,6	17,2	18,7	20,3	21,9	23,5	25,0	26,5	28,1	29,7	31,2	32,8	34,4	36,0	37,5	39,0	40,6	42,2	43,7	45,3	46,9	48,5	50,0

255	9,7	11,3	12,9	14,4	15,9	17,5	19,0	20,6	22,2	23,8	25,4	26,9	28,4	30,0	31,5	33,1	34,7	36,3	37,9	39,4	40,9	42,5	44,0	45,6	47,2	48,8	50,4
260	10,0	11,6	13,2	14,7	16,3	17,8	19,3	20,9	22,5	24,1	25,7	27,2	28,8	30,3	31,8	33,4	35,0	36,6	38,2	39,7	41,3	42,8	44,3	45,9	47,5	49,1	50,7
265	10,3	11,9	13,5	15,0	16,6	18,2	19,7	21,2	22,8	24,4	26,0	27,5	29,1	30,7	32,2	33,7	35,3	36,9	38,5	40,0	41,6	43,2	44,7	46,2	47,8	49,4	51,0
270	10,6	12,2	13,8	15,3	16,9	18,5	20,0	21,6	23,1	24,7	26,3	27,8	29,4	31,0	32,5	34,1	35,6	37,2	38,8	40,3	41,9	43,5	45,0	46,6	48,1	49,7	51,3
275	10,9	12,5	14,1	15,6	17,2	18,8	20,3	21,9	23,4	25,0	26,6	28,1	29,7	31,3	32,8	34,4	35,9	37,5	39,1	40,6	42,2	43,8	45,3	46,9	48,4	50,0	51,6
280	11,3	12,8	14,4	15,9	17,5	19,1	20,6	22,2	23,8	25,3	26,9	28,4	30,0	31,6	33,1	34,7	36,3	37,8	39,4	40,9	42,5	44,1	45,6	47,2	48,8	50,3	51,9
285	11,6	13,1	14,7	16,2	17,8	19,4	20,9	22,5	24,1	25,6	27,2	28,7	30,3	31,9	33,4	35,0	36,6	38,1	39,7	41,2	42,8	44,4	45,9	47,5	49,1	50,6	52,2
290	11,9	13,5	15,0	16,5	18,1	19,7	21,2	22,8	24,4	26,0	27,5	29,0	30,6	32,2	33,7	35,3	36,9	38,5	40,0	41,5	43,1	44,7	46,2	47,8	49,4	51,0	52,5
295	12,2	13,8	15,4	16,9	18,4	20,0	21,5	23,1	24,7	26,3	27,9	29,4	30,9	32,5	34,0	35,6	37,2	38,8	40,4	41,9	43,4	45,0	46,5	48,1	49,7	51,3	52,9
300	12,5	14,1	15,7	17,2	18,8	20,3	21,8	23,4	25,0	26,6	28,2	29,7	31,3	32,8	34,3	35,9	37,5	39,1	40,7	42,2	43,8	45,3	46,8	48,4	50,0	51,6	53,2
305	12,8	14,4	16,0	17,5	19,1	20,7	22,2	23,7	25,3	26,9	28,5	30,0	31,6	33,2	34,7	36,2	37,8	39,4	41,0	42,5	44,1	45,7	47,2	48,7	50,3	51,9	53,5
310	13,1	14,7	16,3	17,8	19,4	21,0	22,5	24,1	25,6	27,2	28,8	30,3	31,9	33,5	35,0	36,6	38,1	39,7	41,3	42,8	44,4	46,0	47,5	49,1	50,6	52,2	53,8
315	13,4	15,0	16,6	18,1	19,7	21,3	22,8	24,4	25,9	27,5	29,1	30,6	32,2	33,8	35,3	36,9	38,4	40,0	41,6	43,1	44,7	46,3	47,8	49,4	50,9	52,5	54,1
320	13,8	15,3	16,9	18,4	20,0	21,6	23,1	24,7	26,3	27,8	29,4	30,9	32,5	34,1	35,6	37,2	38,8	40,3	41,9	43,4	45,0	46,6	48,1	49,7	51,3	52,8	54,4
325	14,1	15,7	17,2	18,7	20,3	21,9	23,4	25,0	26,6	28,2	29,7	31,2	32,8	34,4	35,9	37,5	39,1	40,7	42,2	43,7	45,3	46,9	48,4	50,0	51,6	53,2	54,7
330	14,4	16,0	17,5	19,0	20,6	22,2	23,7	25,3	26,9	28,5	30,0	31,5	33,1	34,7	36,2	37,8	39,4	41,0	42,5	44,0	45,6	47,2	48,7	50,3	51,9	53,5	55,0
335	14,7	16,3	17,9	19,4	20,9	22,5	24,0	25,6	27,2	28,8	30,4	31,9	33,4	35,0	36,5	38,1	39,7	41,3	42,9	44,4	45,9	47,5	49,0	50,6	52,2	53,8	55,4
340	15,0	16,6	18,2	19,7	21,3	22,8	24,3	25,9	27,5	29,1	30,7	32,2	33,8	35,3	36,8	38,4	40,0	41,6	43,2	44,7	46,3	47,8	49,3	50,9	52,5	54,1	55,7
345	15,3	16,9	18,5	20,0	21,6	23,2	24,7	26,2	27,8	29,4	31,0	32,5	34,1	35,7	37,2	38,7	40,3	41,9	43,5	45,0	46,6	48,2	49,7	51,2	52,8	54,4	56,0
350	15,6	17,2	18,8	20,3	21,9	23,5	25,0	26,6	28,1	29,7	31,3	32,8	34,4	36,0	37,5	39,1	40,6	42,2	43,8	45,3	46,9	48,5	50,0	51,6	53,1	54,7	56,3
355	15,9	17,5	19,1	20,6	22,2	23,8	25,3	26,9	28,4	30,0	31,6	33,1	34,7	36,3	37,8	39,4	40,9	42,5	44,1	45,6	47,2	48,8	50,3	51,9	53,4	55,0	56,6
360	16,3	17,8	19,4	20,9	22,5	24,1	25,6	27,2	28,8	30,3	31,9	33,4	35,0	36,6	38,1	39,7	41,3	42,8	44,4	45,9	47,5	49,1	50,6	52,2	53,8	55,3	56,9
365	16,6	18,2	19,7	21,2	22,8	24,4	25,9	27,5	29,1	30,7	32,2	33,7	35,3	36,9	38,4	40,0	41,6	43,2	44,7	46,2	47,8	49,4	50,9	52,5	54,1	55,7	57,2
>=370	16,7	18,3	19,8	21,3	22,9	24,5	26,0	27,6	29,2	30,8	32,3	33,8	35,4	37,0	38,5	40,1	41,7	43,3	44,8	46,3	47,9	49,5	51,0	52,6	54,2	55,8	57,3

ANSI 1969	<=100	105	110	115	120	125	130	135	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190	195	200	205	210	215	220	225	230
50,6																											
50,9	52,5																										
51,2	52,8	54,4																									
51,5	53,1	54,7	56,2																								
51,9	53,4	55,0	56,5	58,1																							
52,2	53,8	55,3	56,8	58,4	60,0																						
52,5	54,1	55,7	57,2	58,7	60,3	61,9																					
52,8	54,4	56,0	57,5	59,1	60,6	62,2	63,8																				
53,1	54,7	56,3	57,8	59,4	60,9	62,5	64,1	65,6																			
53,4	55,0	56,6	58,1	59,7	61,3	62,8	64,4	65,9	67,5																		
53,7	55,3	56,9	58,4	60,0	61,6	63,1	64,7	66,2	67,8	69,3																	
54,0	55,6	57,2	58,7	60,3	61,9	63,5	65,0	66,5	68,1	69,6	71,2																
54,4	55,9	57,5	59,0	60,6	62,2	63,8	65,4	66,9	68,4	69,9	71,5	73,1															
54,7	56,3	57,8	59,3	60,9	62,5	64,1	65,7	67,2	68,8	70,3	71,8	73,4	75,0														
55,0	56,6	58,2	59,7	61,2	62,8	64,4	66,0	67,5	69,1	70,6	72,2	73,7	75,3	76,9													
55,3	56,9	58,5	60,0	61,6	63,1	64,7	66,3	67,8	69,4	70,9	72,5	74,1	75,6	77,2	78,8												
55,6	57,2	58,8	60,3	61,9	63,4	65,0	66,6	68,1	69,7	71,2	72,8	74,4	75,9	77,5	79,1	80,6											
55,9	57,5	59,1	60,6	62,2	63,8	65,3	66,9	68,4	70,0	71,5	73,1	74,7	76,3	77,8	79,4	80,9	82,5										
56,2	57,8	59,4	60,9	62,5	64,1	65,7	67,2	68,7	70,3	71,8	73,4	75,0	76,6	78,2	79,7	81,2	82,8	84,4									
56,5	58,1	59,7	61,2	62,8	64,4	66,0	67,5	69,0	70,6	72,1	73,7	75,3	76,9	78,5	80,0	81,5	83,1	84,7	86,2								
56,9	58,4	60,0	61,5	63,1	64,7	66,3	67,9	69,4	70,9	72,4	74,0	75,6	77,2	78,8	80,4	81,9	83,4	85,0	86,5	88,1							
57,2	58,8	60,3	61,8	63,4	65,0	66,6	68,2	69,7	71,3	72,8	74,3	75,9	77,5	79,1	80,7	82,2	83,8	85,3	86,8	88,4	90,0						
57,5	59,1	60,7	62,2	63,7	65,3	66,9	68,5	70,0	71,6	73,1	74,7	76,2	77,8	79,4	81,0	82,5	84,1	85,7	87,2	88,7	90,3	91,9					
57,8	59,4	61,0	62,5	64,1	65,6	67,2	68,8	70,3	71,9	73,4	75,0	76,6	78,1	79,7	81,3	82,8	84,4	86,0	87,5	89,1	90,6	92,2	93,8				
58,1	59,7	61,3	62,8	64,4	65,9	67,5	69,1	70,6	72,2	73,7	75,3	76,9	78,4	80,0	81,6	83,1	84,7	86,3	87,8	89,4	90,9	92,5	94,1	95,6			
58,4	60,0	61,6	63,1	64,7	66,3	67,8	69,4	70,9	72,5	74,0	75,6	77,2	78,8	80,3	81,9	83,4	85,0	86,6	88,1	89,7	91,3	92,8	94,4	95,9	97,5		
58,7	60,3	61,9	63,4	65,0	66,6	68,2	69,7	71,2	72,8	74,3	75,9	77,5	79,1	80,7	82,2	83,7	85,3	86,9	88,4	90,0	91,6	93,2	94,7	96,2	97,8	99,4	
58,8	60,4	62,0	63,5	65,1	66,7	68,3	69,8	71,3	72,9	74,4	76,0	77,6	79,2	80,8	82,3	83,8	85,4	87,0	88,5	90,1	91,7	93,3	94,8	96,3	97,9	99,5	100,0
235	240	245	250	255	260	265	270	275	280	285	290	295	300	305	310	315	320	325	330	335	340	345	350	355	360	365	>=370

Tabla 5-3A: Correspondencia entre la deficiencia binaural y el porcentaje de deficiencia total persona en hipoacusias de percepción, (neurosensoriales) y mixtas

% Deficiencia de audición binaural	% Deficiencia total persona	% Deficiencia de audición binaural	% Deficiencia Total persona	% Deficiencia de audición binaural	% Deficiencia total persona	% Deficiencia de audición binaural	% Deficiencia total persona
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%**

Tabla 5-3B: Correspondencia entre la deficiencia binaural y el porcentaje de deficiencia total total persona en hipoacusias exclusivamente conductivas

% Deficiencia auditiva bianural	% Deficiencia total persona	% Deficiencia auditiva bianural	% Deficiencia total persona	% Deficiencia auditiva bianural	% Deficiencia total persona
0,0 - 1,4	0%	32,9 - 35,7	12%	67,2 - 69,9	24%
1,5 - 4,2	1%	35,8 - 38,5	13%	70,0 - 72,8	25%
4,3 - 7,1	2%	38,6 - 41,4	14%	72,9 - 75,7	26%
7,2 - 9,9	3%	41,5 - 44,2	15%	75,8 - 78,5	27%
10,0 - 12,8	4%	44,3 - 47,1	16%	78,6 - 81,4	28%
12,9 - 15,7	5%	47,2 - 49,9	17%	81,5 - 84,2	29%
15,8 - 18,5	6%	50,0 - 52,8	18%	84,3 - 87,1	30%
18,6 - 21,4	7%	52,9 - 55,7	19%	87,2 - 89,9	31%
21,5 - 24,2	8%	55,8 - 58,5	20%	90,0 - 92,8	32%
24,3 - 27,1	9%	58,6 - 61,4	21%	92,9 - 95,7	33%
27,2 - 29,9	10%	61,5 - 64,2	22%	95,8 - 98,5	**34%**
30,0 - 32,8	11%	64,3 - 67,1	23%	98,6 - 100,0	**35%**

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Evaluación de la deficiencia auditiva en la infancia y la adolescencia

Para la evaluación de la deficiencia auditiva en personas menores que no han adquirido la madurez lingüística y a los que aún no se es posible realizar una audiometría tonal, se utilizarán el diagnóstico de la condición de salud, su previsible evolución y el grado de gravedad informado por el especialista con las pruebas realizadas (potenciales evocados auditivos de tronco cerebral, potenciales evocados auditivos de estado estable).

Cuando el menor presenta un diagnóstico en el que se considere que existe una deficiencia permanente, aunque no pueda cuantificarse, o se prevea en su evolución, a pesar de las medidas terapéuticas adoptadas, el desarrollo a corto-medio plazo de una deficiencia auditiva permanente, se podrá asignar un grado inicial de deficiencia total de la persona del 33%. En estos casos siempre serán necesarias revisiones periódicas hasta el momento en que se pueda medir la pérdida de audición de forma objetiva y cuantificable, momento en que la evaluación puede pasar a definitiva. Se tendrá en cuenta la implicación en desarrollo global, del lenguaje, equilibrio, etc., a evaluar con los criterios de los capítulos correspondientes.

5.1. e. Los acúfenos: Se añadirá un 5% a la **deficiencia auditiva binaural** si la hubiera**.** Si no se acompañan de deficiencia auditiva, se valorará únicamente la repercusión psicológica en caso de que esta exista.

5.2. CLASIFICACIÓN DE LA HIPOACUSIA SEGÚN LA INTENSIDAD (SEGÚN NORMAS DE LA A.N.S.I. (1969) Y BIAP 1997)

Referida a los efectos de este baremo, a la perdida media en decibelios (dB) en frecuencias 500,1000, 2000 y 4000 de ambos oídos medidos con audiometría tonal. Entre paréntesis la correspondencia con la deficiencia de audición binaural (Tabla 5-3A y 5-3B). A continuación funcionamiento básico en comunicación.

- **Normoaudición**: el umbral de audición tonal no sobrepasa los 20 dB en la gama de frecuencias conversacionales.
  Funcionamiento básico. Hay una dificultad en la captación de tonos muy ligera sin incidencia en las actividades de la vida diaria.
- **Hipoacusia leve:** Pérdida media de decibelios de > 20 a 40 dB para las frecuencias conversacionales. (1% a 23,9% de deficiencia binaural).
  Funcionamiento básico**:** Perciben la voz normal, pero tienen dificultades con la voz baja, cuando no ven la cara del interlocutor o a distancia. Oyen la mayoría de los sonidos, pero cuando se les habla pueden no comprender alguna parte. Pueden presentar dislalias y necesitar logopedia.
- **Hipoacusia moderada**: Pérdida media de decibelios comprendida entre > 40 dB y 70 dB (24% a 68,4% de deficiencia binaural).
  Funcionamiento básico: Oyen cuando se les habla alto y sonidos de intensidad media alta Comprensión difícil en ambientes ruidosos. Se apoyan en lectura labial. Lenguaje tardío y con dislalias. Necesitan prótesis y logopedia. .
- **Hipoacusia grave (o severa)**: Pérdida media de decibelios comprendida entre > 70 dB y 90 dB (68,6% a 96,4% de deficiencia binaural).
  Funcionamiento básico: Oyen solo la voz alta cerca del oído y los ruidos fuertes próximos. Se apoyan en la lectura labial. Necesitan prótesis auditivas o implantes auditivos, así como logopedia. Sin prótesis e intervención logopédica especializada, presentan importantes alteraciones y/o retrasos en el desarrollo del lenguaje.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

- **Hipoacusia profunda**: Pérdida media de decibelios comprendida entre ≥ 90 dB y 120 dB (96,5% a 100% de deficiencia binaural).

  Funcionamiento básico; No perciben la palabra hablada, solo oyen algún ruido muy fuerte. Precisan lectura labial. Necesitan prótesis auditivas y logopedia. Sin prótesis e intervención especializada presentan importantes alteraciones y/o retrasos en el lenguaje, pudiendo llegar a ausencia de lenguaje oral y, en este caso, con voz distorsionada y poco inteligible.

- **Deficiencia auditiva total /cofosis):** Pérdida media de decibelios mayor de 120 dB. (100% de deficiencia binaural)

  Funcionamiento básico: No percibe ningún sonido. Necesitan prótesis auditivas (audífonos y/o implantes) y logopedia. Sin prótesis e intervención especializada presentan importantes alteraciones y/o retrasos en el lenguaje, pudiendo llegar a ausencia de lenguaje oral.

5.3 TRASTORNOS VESTIBULARES (EQUILIBRIO)

Este capítulo se centra únicamente en las alteraciones del equilibrio debidas a trastornos de la funciones vestibulares, como ocurre en: Síndrome de Meniére, el vértigo paroxístico posicional benigno (VPPB), la neuronitis vestibular o el neurinoma del VIII par.

5.3.3. Evaluación de la deficiencia del sistema vestibular

La evaluación de la deficiencia vestibular (tabla 5-4) refleja la gravedad de la deficiencia permanente y la capacidad del individuo para la realización de las AVD, teniendo en cuenta el número de crisis y la duración de las mismas, debiendo estar documentadas. Como referente de afectación se tendrá en cuenta la repercusión de la deficiencia por la alteración del equilibrio en la puntuación obtenida en el “Baremo de Limitaciones en las AVD” (BLA).

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

TABLA 5-4 Criterios para la puntuación de la deficiencia debida a trastornos vestibulares

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3	INTERVALO 4
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP* (%)	**0%-4% 0 1 2 3 4**	**5%-9% 5 6 7 8 9**	**10%-24% 10 12 15 19 24**	**25%-49% 25 30 35 40 49**	**50%-60% 50 52 56 58 60**
HISTORIA CLÍNICA (CP)**	Síntomas o signos de desequilibrio vestibular presentes sin resultados objetivos	Síntomas o signos de desequilibrio vestibular coherentes con los resultados objetivos Presenta limitación leve para realizar las AVD (dificultad en las actividades complejas que requieran buen equilibrio. Por Ej. montar en bicicleta o algunos actividades laborales (trabajo en alturas, …) o Crisis de vértigo documentadas de entre 1-5 anuales	Síntomas o signos de desequilibrio vestibular coherentes con los resultados objetivos Presenta limitación leve para realizar las AVD de diversa complejidad tanto las de dentro como las de fuera del domicilio o Crisis de vértigo documentadas con una frecuencia entre 6-10 anuales y de una duración de al menos una hora con cortejo vegetativo	Síntomas o signos de desequilibrio vestibular coherentes con los resultados objetivos Presenta limitación moderada para realizar las AVD, Con grave dificultad para las actividades fuera del domicilio como cruzar una calle o bajar unas escaleras de inclinación normal o Crisis de vértigo documentadas con una frecuencia de más de una al mes con una duración de al menos una hora con cortejo vegetativo	Síntomas o signos de desequilibrio vestibular coherentes con los resultados objetivos. Presenta limitación grave para realizar las AVD tanto fuera como dentro del domicilio incluidas alguna de autocuidado **y** confinamiento en casa si es necesario
EXPLORACIÓN FÍSICA	No hay resultados verificables	No hay hallazgos verificables o anomalías leves en la forma de andar, Romberg, u otros resultados	Inestabilidad de la marcha; Romberg anormal	Dificultad para caminar sin ayuda	Dificultad para mantenerse de pie y caminar sin ayuda
RESULTADOS DIAGNÓSTICOS U OTROS HALLAZGOS OBJETIVOS *	No hay resultados diagnósticos verificables	Pueden presentarse algunos resultados anómalos en todo caso leves en la ENG o VNG, como el nistagmo posicional o respuesta anómala a la prueba calórica La electrococleografía puede ser anormal	Resultados anómalos leves a moderados en la ENG o VNG, como el nistagmo posicional, respuesta anómala a la prueba calórica, o signos anómalos del sistema nervioso central, o balanceo anómalo, o anomalías en los pruebas sensoriales de la posturografía dinámica	Resultados anómalos moderados a graves en la ENG o VNG, como el nistagmo posicional, respuesta anómala a la prueba calórica, o signos anómalos del sistema nervioso central **y** balanceo anómalo, o anomalías en las pruebas sensoriales de la posturografía dinámica Puede haber anomalías en la RMN cerebral	Resultados anómalos graves en la ENG o VNG, como el nistagmo posicional, respuesta anómala a la prueba calórica, o signos anómalos del sistema nervioso central **y** balanceo anómalo, y anomalías graves en las 6 situaciones examinadas en la organización sensorial de la posturografía dinámica Puede haber anomalías en la RMN cerebral

*** (ENG: Electronistagmografía, VNG: Videonistagmografía, RMN: Resonancia magnética nuclear)** ***DTP: Deficiencia total persona.** ****CP: Criterio principal**

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

5.4 LA CARA

Solo se evaluarán las deficiencias permanentes relacionadas con la integridad de la estructura facial. La pérdida de función debida a otros aspectos del funcionamiento, se evaluará en los sistemas u órganos implicados, y se combinará la pérdida de la integridad estructural con las pérdidas correspondientes de la función

Tabla 5.5 Criterios de puntuación de la deficiencia por trastornos faciales y/o desfiguración.

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3	INTERVALO 4
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	**0%**	**1%-5% 1 3 5**	**6%-10% 6 7 8 9 10**	**11%-24% 11 14 17 20 24**	**25%-45% 25 30 35 40 45**
HISTORIA CLÍNICA (CP)	Cicatriz cutánea pequeña sin efectos psicológicos directos	Anomalía facial que implica únicamente estructuras cutáneas con una cicatriz sumamente visible y/o pigmentación anormal. No están afectadas las AVD, sin deficiencia en la visión la respiración y la alimentación [a]	Anomalía facial con alguna pérdida de estructuras de soporte. Puede tener una leve obstrucción de las fosas nasales pero sin deficiencia clara en la respiración u otra limitación en las AVD que no sea alguna ligera en la de la interacción social	Anomalía facial con alteración del macizo facial, (afectando a una parte de la anatomía normal del rostro, o pérdida parcial de la nariz con una deformidad manifiesta). La persona puede presentar preocupaciones por su apariencia, lo que afecta moderadamente a sus actividades sociales	Deformación masiva o total de la anatomía normal del rostro con una desfiguración grave. Interrupción significativa y afectación grave de las actividades sociales debida a la falta de aceptación social
EXPLORACIÓN FÍSICA	Cicatriz pequeña o ligeramente agrandada con ancho mínimo, puede localizarse de forma evidente, y no tiene defectos fisiológicos	Cicatriz muy visible y/o pigmentación anormal o parálisis facial unilateral leve que asocie deformidad facial o deformación nasal que afecta a la apariencia física	Pérdida de estructuras de soporte de parte del rostro con o sin afectación cutánea, como una depresión en la mejilla o en los huesos nasal o frontal O parálisis facial bilateral leve que asocie deformidad facial	Parálisis facial unilateral grave o parálisis facial bilateral moderada que asocie deformidad facial o pérdida de tejido de soporte que afecta a múltiples regiones faciales	Presencia de resultados de lo anteriormente señalado como la pérdida de la mayor parte de la nariz o su totalidad o parálisis facial bilateral grave que asocie deformidad facial **Gradúe la puntuación de la deficiencia hacia el valor mayor según la gravedad de la desfiguración facial**
RESULTADOS DIAGNÓSTICOS U OTROS HALLAZGOS OBJETIVOS	Ninguno	Sin evidencia de implicación de ningún hueso o cartílago	Puede presentar cambios radiológicos coherentes con lo señalado en la historia clínica	Hallazgos compatibles con lo anteriormente señalado	Hallazgos compatibles con el déficit y lo anteriormente señalado

a El evaluador debe tener precaución para no evaluar la repercusión las deficiencias en la capacidad para realizar las AVD, ni la propia deficiencia, en más de una sección.
*** Ver escala de graduación de la parálisis facial en capítulo 3 en 3.12b.**

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

5.5. NARIZ, GARGANTA Y ESTRUCTURAS RELACIONADAS

5.5. a Respiración

Se evalúan las deficiencias permanentes causadas por defecto del flujo del aire debido a alteración en las vías respiratorias altas (nariz, cuerdas vocales) y la disnea si su origen es el mismo. (El asma, la apnea del sueño y la disnea por problemas en el parénquima pulmonar, se valorarán en el Capítulo de Respiratorio). Así mismo la disfunción neurógena se evaluará en el Capítulo de Sistema Nervioso. Para evitar duplicidad en la evaluación en caso de existir patología tanto de origen central como en vías altas como en bajas deberá **evaluarse solo la más grave**.

TABLA 5-6 Criterios para la puntuación de la deficiencia secundaria a déficits del flujo aéreo.

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3	INTERVALO 4
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD **DTP (%)**	**0%**	**1%-5%** **1 3 5**	**6%-10%** **6 7 8 9 10**	**11%- 24%** **11 14 17 20 24%**	**25%- 49%** **25 30 35 40 ~~45~~ 49**
HISTORIA CLÍNICA **(CP)**	No hay quejas o disnea en reposo **e** interferencia mínima o nula con cualquier actividad	No hay quejas o disnea en reposo. Puede haber interferencias en actividades que requieran esfuerzo intenso o requerir restricciones en actividades o requerir medicación para mantener una función óptima	No hay quejas o disnea en reposo **y** existe disnea con el ejercicio prolongado y el estrés,	No hay quejas o disnea en reposo **Y existe** disnea producida por estrés, caminar más de 1 o 2 manzanas, subir un piso de escaleras incluso con período de descanso, o realizando otras actividades comunes de la vida diaria	Disnea en reposo, aunque el individuo no esté necesariamente postrado en la cama **y** disnea agravada por la realización de cualquiera de las actividades de la vida diaria incluidas, vestirse, lavarse o arreglarse *En caso de dependencia de respirador artificial, referirse al capítulo de valoración pulmonar o neurológica*

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

EXPLORACIÓN FÍSICA	Cambios mínimos en orofaringe, laringofaringe, tráquea superior, o tráquea inferior, u obstrucción incompleta y episódica de nariz o nasofaringe.	Cambios leves en orofaringe, laringofaringe, tráquea superior, o tráquea inferior, u obstrucción incompleta y episódica de nariz o nasofaringe.	Cambios moderados en orofaringe, laringofaringe, tráquea superior, o inferior, u obstrucción completa reversible o incompleta permanente de nariz o nasofaringe.	Cambios graves en orofaringe, laringofaringe, tráquea superior, o inferior, u obstrucción parcialmente reversible de nariz o nasofaringe.	Cambios graves en orofaringe, laringofaringe, tráquea superior o inferior, u obstrucción completa, irreversible de la nariz o nasofaringe.
RESULTADOS DIAGNÓSTICOS U OTROS HALLAZGOS OBJETIVOS	Las pruebas no muestran obstrucción de nariz, senos, nasofaringe, orofaringe o laringe.	La TC[d] de senos muestra ligero engrosamiento de la mucosa, leve obstrucción de nasofaringe u orofaringe o la laringoscopia puede mostrar una leve alteración en la función de los pliegues (cuerdas) vocales.	La TC muestra engrosamiento moderado de la mucosa o tumefacción de cornetes nasales, obstrucción moderada de nasofaringe u orofaringe, o la laringoscopia puede mostrar alteración moderada de la función de los pliegues (cuerdas) vocales.	La TC muestra engrosamiento moderadamente grave de la mucosa o tumefacción de cornetes nasales, u obstrucción moderadamente grave de nasofaringe u orofaringe, o la laringoscopia puede mostrar alteración moderadamente grave de la función de los pliegues (cuerdas) vocales.	La TC muestra engrosamiento difuso grave de la mucosa o tumefacción grave de cornetes nasales, u obstrucción grave de nasofaringe u orofaringe, o la laringoscopia puede mostrar alteración grave de la función de los pliegues (cuerdas) vocales.

Personas con traqueotomía o estoma permanente se puntúan con un 25% de deficiencia total persona.

5.5.b Olfato y Gusto

La deficiencia parcial o distorsión del gusto y del olfato no se evalúan si no afectan a las AVD. Se evalúa en todo caso la deficiencia total (ageusia o anosmia) que supongan un limitación para la realización de alguna de las AVD habituales pudiéndose puntuar entre 1 y 5%.

5.5.c Masticación y Deglución

Tipo de alteración en la ingesta de alimentos	Deficiencia Total Persona (%)
La dieta está limitada a alimentos semisólidos (precisa agua para tragar)	5%
La dieta está limitada a dieta blanda (manzana asada, pescado, etc.)	10%
La dieta está limitada a alimentos líquidos (alimentos triturados con batidora y/ o líquidos con espesantes)	15%
La ingesta de alimentos requiere gastrostomía	20%
La ingesta de alimentos requiere intubación sonda nasogástrica	20%

En caso de evaluar el trastorno de la masticación y deglución por este capítulo excluirá el evaluarlo por el capítulo de aparato digestivo

La necesidad de alimentación parenteral será evaluada en el capítulo 11 Digestivo Tabla 11-3

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

CAPÍTULO 6:
DEFICIENCIA RELACIONADA CON EL DOLOR (DRD)

La definición de dolor crónico es imprecisa pero, de manera general, hace referencia al dolor que persiste en el tiempo y se mantiene más allá del tiempo esperado de curación del trastorno médico que supuestamente lo ha iniciado. Se entenderá por dolor crónico aquel que persiste más de tres meses, sin embargo, antes de proceder a la evaluación del dolor crónico como deficiencia permanente, deberá haber transcurrido un plazo mínimo de 1 año de tratamiento, al objeto de asegurar la persistencia del dolor en el tiempo, considerar el fracaso en su recuperación a pesar de las propuestas terapéuticas ensayadas, así como considerar la severidad de las consecuencias, tanto en la capacidad de la persona para hacer actividades físicas como en las consecuencias psicosociales que le haya podido condicionar. Además se revisará cada dos años hasta asegurar que están agotadas las medidas terapéuticas y se ha alcanzado la Máxima Mejoría Clínica.

6.1. EVALUACION DE LA DEFICIENCIA CUANDO EL DOLOR NO SE ACOMPAÑA DE RESULTADOS OBJETIVOS

Una persona recibe un porcentaje de presunción de deficiencia total de la persona (DTP) en base a sus respuestas al Cuestionario de Discapacidad asociada al Dolor incluido (CDD)

Utilizando el método de puntuación del CDD, el evaluador modifica la puntuación de presunción en base a su valoración clínica, de la fiabilidad de los autoinformes de la persona y asigna una puntuación final de DRD. Los problemas de salud que se evalúan con el sistema de DRD se encuentran limitados a una puntuación máxima del 30% sobre la DTP.

6.2. PASOS PARA LA EVALUACION

Tanto el cuestionario de discapacidad asociada al dolor como la escala modificada de impacto de la fatiga tendrán validez obtenidas en contexto clínico (consultas de reumatología, neurología…) y sus resultados serán tenidos en cuenta para categorizar el dolor y/o la fatiga una vez se cumplan los criterios de elección para la puntuación de los mismos:

1º. - El dolor y/o la fatiga queda determinado por una base medica razonable, por ejemplo, puede explicarse por lo que se conoce de los síndromes médicos.

2º.- La persona identifica el dolor y/o la fatiga como el problema principal.

3º.- El problema no se puede puntuar según los principios descritos en los demás capítulos.

Asignar un porcentaje de presunción de Deficiencia Total de la Persona (DTP) tras consultar la tabla 6.1 de puntuación de deficiencia relacionada con el dolor (DRD). Tal y como se puede ver, mediante la categorización de las puntuaciones del CDD, descritas en el apartado anterior de dicha tabla. La puntuación expresa la “repercusión global y única” sobre el funcionamiento de la persona (que se verá reflejada así mismo en el BLA) y no podrá ser combinada salvo

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

excepciones justificadas por el evaluador, con otras evaluaciones ni de este ni de otros capítulos que puedan estar relacionados con patologías que puedan cursar con dolor (somático o somatoforme).

Elaborar un juicio clínico sobre la fiabilidad y la credibilidad de la información que facilite la persona y modificar la puntuación de presunción en consecuencia, dentro del rango permitido para la DRD. Normalmente, la modificación se establece a la baja en las personas con escasa credibilidad. Sin embargo, el evaluador tiene la opción de incrementar la puntuación inicial (dentro de los límites permitidos) si concluye que estas subestiman la carga de la enfermedad.

6.3. EVALUACIÓN EN CASOS DE FATIGA CRÓNICA COMO SÍNTOMA PRINCIPAL

En casos excepcionales podremos encontrarnos con el síntoma de “fatiga” identificado como el principal y/o único (Síndrome de Fatiga Crónica, Esclerosis Múltiple…), en estos casos, y cumpliendo los mismos criterios expuestos anteriormente para la elección de la puntuación de la Deficiencia Relacionada con el Dolor, pero aplicados a la fatiga, podremos utilizar la graduación de la Tabla 6.1. Se tomará como referencia de graduación del problema, la puntuación del cuestionario “Escala Modificada del Impacto de la Fatiga” que aparece en el Anexo 6.B. En estos casos, y al igual que en la evaluación del dolor, la puntuación expresa la “repercusión global y única” sobre el funcionamiento de la persona (que se verá reflejada así mismo en el BLA) y no podrá ser combinada con otras evaluaciones ni de este ni de otros capítulos que puedan estar relacionados con patologías que puedan cursar con fatiga (somático o somatoforme). Se aplicarán los mismos criterios temporales que a la evaluación del dolor crónico.

Tabla 6.1: Puntuación de la Deficiencia Relacionada con el Dolor (DRD) y Deficiencia Total de la Persona (DTP) según el Cuestionario de Discapacidad asociado al Dolor (CDD):

Intervalo de deficiencia relacionada con el dolor y la fatiga crónica	Puntuación cuestionario discapacidad asociada al dolor (CDD)	Deficiencia total de la persona	Puntuación MFIS
Ninguno	0	0	0-4
Intervalo 0 Leve	1-70	0	4-20
Intervalo 1 Moderado	71-100	1 -10 (1-5-10)	21-41
Intervalo 2 Grave	101-130	11- 20 (11-15-20)	42-79
Intervalo 3 Extremo /Total	131-150	21-30 (21-25-30)	80-84

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Anexo 6.A. Cuestionario de Discapacidad asociada al Dolor (CDD) (*Pain Disabilities Questionnaire* (PDQ)).

NOMBRE FECHA:

Por favor, lea lo siguiente: Este cuestionario le pregunta acerca de sus sensaciones sobre cómo le afecta el dolor que padece y cómo se desenvuelve para las actividades cotidianas. Esta información le ayudará, a usted y a su terapeuta, a conocer cómo se siente y en qué grado es capaz de realizar sus tareas cotidianas en el momento actual. Por favor, responda cada pregunta marcando con una "X" la posición sobre la línea que refleje el grado en que le afecta el dolor (desde la ausencia de problemas hasta la presencia de los problemas más graves que usted puede imaginar).

- ASEGÚRESE DE RESPONDER A TODAS LAS PREGUNTAS.

1) ¿Su dolor le interfiere con su trabajo normal dentro y fuera de casa?

0____1____2____3____4____5____6____7____8____9____10

Trabajo con normalidad	Soy incapaz de trabajar

2) ¿Su dolor interfiere con su cuidado personal (como lavarse, vestirse, etc.)?

0____1____2____3____4____5____6____7____8____9____10

Mantengo el cuidado completo de mí mismo	Necesito ayuda para todo lo relacionado con mi cuidado personal

3) ¿Su dolor interfiere con los viajes?

0____1____2____3____4____5____6____7____8____9____10

Viajo a todas partes donde deseo	Sólo me desplazo para las visitas médicas

4) ¿Su dolor interfiere con su capacidad para sentarse o levantarse?

0____1____2____3____4____5____6____7____8____9____10

No tengo problemas	No puedo sentarme/levantarme

5) ¿Su dolor interfiere con su capacidad para elevar objetos, agarrar objetos o alcanzarlos?

0____1____2____3____4____5____6____7____8____9____10

No tengo problemas	No puedo en absoluto

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

6) ¿Su dolor interfiere con su capacidad de recoger objetos del suelo, doblarse, agacharse o ponerse en cuclillas?

0____1____2____3____4____5____6____7____8____9____10

No tengo problemas	No puedo en absoluto

7) ¿Su dolor interfiere con su capacidad para caminar o correr?

0____1____2____3____4____5____6____7____8____9____10

No tengo problemas	No puedo caminar en absoluto

8) ¿Han disminuido sus ingresos económicos desde el inicio de su dolor?

0____1____2____3____4____5____6____7____8____9____10

No han disminuido	Pérdida total de ingresos

9) ¿Necesita tomar medicación diaria para controlar su dolor?

0____1____2____3____4____5____6____7____8____9____10

No necesito medicación	Preciso medicación para el dolor durante todo el día

10) ¿El dolor le obliga a visitar a sus médicos con más frecuencia que antes de que éste se iniciase?

0____1____2____3____4____5____6____7____8____9____10

Nunca visito a los médicos	Visito a los médicos de manera semanal

11) ¿Su dolor interfiere con su capacidad de mantener contacto social con las personas que le importan?

0____1____2____3____4____5____6____7____8____9____10

No tengo problemas	Nunca puedo mantener contacto con ellos

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

12) Su dolor interfiere con sus actividades de ocio y hobbies?

0____1____2____3____4____5____6____7____8____9____10

No interfiere	Interfiere por completo

13) ¿Necesita ayuda de su familia y amigos para realizar las tareas cotidianas (incluidas tanto el trabajo fuera de casa como las tareas domésticas) debido a su dolor?

0____1____2____3____4____5____6____7____8____9____10

Nunca necesito ayuda	Necesito ayuda para todo

14) ¿Se siente ahora más deprimido, tenso o ansioso que antes del comienzo de su dolor?

0____1____2____3____4____5____6____7____8____9____10

Ausencia de depresión/tensión/ansiedad	Depresión/tensión/ansiedad grave

15) ¿Tiene problemas emocionales causados por su dolor que interfieren con sus actividades familiares, sociales o laborales?

0____1____2____3____4____5____6____7____8____9____10

No tengo problemas emocionales	Tengo problemas emocionales graves que me impiden realizar completamente esas actividades

- **Graduación del problema en Cuestionario de Discapacidad asociada al Dolor (CDD/PDQ)**

Como se especifica en la Tabla anterior las puntuaciones del cuestionario se dividen en 5 categorías distintas: ausencia de discapacidad (puntuación de 0), leve (puntuaciones entre 1 y 70), moderada (puntuaciones entre 71 y 100), grave (puntuaciones entre 101 y 130) y extrema (puntuaciones entre 131 y 150)

Cada 1,5 cm = 1 unidad de incremento

0____1____2____3____4____5____6____7____8____9____10

Si la “X” se sitúa exactamente sobre la línea entre un número y el siguiente, entonces se puntúa como el número más bajo. Si la “X” se sitúa una “milimicra” por encima del siguiente

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

incremento, entonces se puntúa al alza. Puntúe un valor para cada línea y sume el total de las quince líneas. Si la persona ha indicado dos “X” en la línea, utilice como puntuación la posición media entre los dos puntos. Por ejemplo, si una "X" está representada en el 2 y la otra, en el 6, ese ítem concreto se puntuaría como 4.

El CDD se compone de dos factores: un componente de estado funcional y un componente psicosocial. Para distinguir estos dos componentes, se deben diferenciar las puntuaciones.

A) Componente de estado funcional: Total de las puntuaciones para los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 12 y 13 (máximo = 90).

B) Componente psicosocial: Total de las puntuaciones para los ítems 8, 9, 10, 11, 14 y 15 (máximo = 60).

C) Puntuación total del CDD: Total de las puntuaciones para todos ítems (debería coincidir con la puntuación del componente funcional sumado a la del psicosocial).

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

6.6.2 Anexo 6.B

ESCALA MODIFICADA DEL IMPACTO DE LA FATIGA (EMIF) ***Modified Fatigue Impact Scale* (*MFIS)***

Durante los últimos meses y, debido a mi fatiga…	**Escala de graduación**				
	Nunca	**Casi nunca**	**A veces**	**Casi siempre**	**Siempre**
1. Ha disminuido mi capacidad para estar despierto	0	1	2	3	4
2. Tengo dificultad para mantener la atención durante largos periodos de tiempo.	0	1	2	3	4
3. No he podido pensar claramente.	0	1	2	3	4
4. He estado torpe y descoordinada(o).	0	1	2	3	4
5. He estado olvidadiza(o).	0	1	2	3	4
6. He tenido que regular mis actividades físicas.	0	1	2	3	4
7. He estado menos motivada(o) a realizar actividades que requieren esfuerzo físico.	0	1	2	3	4
8. He estado menos motivado(a) a participar en actividades sociales.	0	1	2	3	4
9. He estado limitado(a) en mis habilidades para realizar tareas fuera de la casa.	0	1	2	3	4
10. Tengo problemas realizando esfuerzo físico por periodos largos de tiempo.	0	1	2	3	4
11. He tenido dificultad para tomar decisiones.	0	1	2	3	4
12. He estado menos motivado (a) para realizar tareas que requieren que piense.	0	1	2	3	4
13. Mis músculos se sienten débiles.	0	1	2	3	4
14. Me he sentido incomodo(a) físicamente.	0	1	2	3	4

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

15. He tenido problemas terminando tareas que requieren que piense.	0	1	2	3	4
16. He tenido dificultad organizando mis pensamientos cuando hago tareas en la casa o en el trabajo.	0	1	2	3	4
17. He tenido problemas completando tareas que requieren esfuerzo físico.	0	1	2	3	4
18. Mi pensamiento está más lento.	0	1	2	3	4
19. He tenido problemas concentrándome.	0	1	2	3	4
20. He limitado mis actividades físicas.	0	1	2	3	4
21. He tenido que descansar más frecuentemente o por periodos más largo de tiempo.	0	1	2	3	4
Graduación del problema: (Suma de puntuación x 100/84) (0-4 Normal; 4-20 Leve; 21-41 Moderado; 42-80 Grave; 80-84 Total)					
Resultado final	**N**	**L**	**M**	**G**	**T**
Intervalo de gravedad deficiencia (Tabla 6.1)	**0**		**1**	**2**	**3**

- **Graduación de la Escala Modificada del Impacto de la Fatiga (EMIF/MFIS)**

La escala pretende graduar el impacto de la fatiga en las actividades de la persona desde una perspectiva biopsicosocial, diferenciando tres componentes:

A) Componente relacionado al esfuerzo físico _____La puntuación de este grupo puede ser de 0 al 36. Se realiza sumando los puntos de las respuestas: 4+6+7+10+13+14+17+20+21.

B) Componente relacionado al esfuerzo psíquico _____La puntuación de este grupo puede ser de 0 al 40. Se realiza sumando los puntos de las respuestas: 1+2+3+5+11+12+15+16+18+19.

C) Componente relacionado al esfuerzo social _____La puntuación de este grupo puede ser de 0 al 8. Se realiza sumando los puntos de las respuestas: 8+9.

D) La puntuación total de EMIF _____La puntuación total de EMIF puede ser de 0 a 84. Se realiza sumando la puntuación total (deberá coincidir con la suma de los tres componentes)

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

CAPÍTULO 7: EL LENGUAJE, LA VOZ Y EL HABLA.

7.1. INTRODUCCIÓN

En este capítulo se proporcionan criterios para la evaluación de la deficiencia producida por los trastornos del lenguaje y su repercusión en la comunicación.

Se establecen las normas sobre cómo y en qué supuestos debe realizarse la evaluación de cada trastorno específico, y se determinan los criterios para la asignación del grado de deficiencia para la comunicación y su correspondiente porcentaje.

En el caso de que coexistan limitaciones a varios niveles (lenguaje, habla y voz) deberá existir una única evaluación de deficiencia total de la persona para la comunicación ocasionada por el conjunto de deficiencias que presente un sujeto.

7.2. NORMAS PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA PRODUCIDA POR LOS TRASTORNOS PRIMARIOS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE

1.- Las dislalias y el retraso leve del habla no se considerarán causas de deficiencia permanente del lenguaje.

2.- En el caso de retraso moderado del habla o retraso moderado del lenguaje, la evaluación será provisional. En el caso del retraso moderado del lenguaje se confirmará el diagnóstico a los seis meses de la primera evaluación.

3.- En general, las secuelas permanentes de estos trastornos deberán ser evaluados a partir de los catorce años.

7.3. NORMAS PARA LA EVALUACION DE LOS TRASTORNOS SECUNDARIOS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE Y LA COMUNICACIÓN

7.3.1.- Secundario a hipoacusia

La gravedad del trastorno dependerá de los siguientes factores:

1. Nivel de pérdida auditiva
2. Edad de aparición de la sordera: Se diferencian tres tipos de sordera dependiendo de la edad de aparición:
   - **Prelocutivas** cuando se inician antes del desarrollo del lenguaje, es decir, antes de los dos años de edad. En ellas debemos a su vez distinguir las congénitas de las adquiridas.
   - **Perilocutivas** cuando se inician durante el desarrollo del lenguaje, entre los dos y los cinco o seis años.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

- **Postlocutivas** las sorderas que se inician tras la consolidación del lenguaje, después de los seis años de edad.

En general, el inicio tardío de la hipoacusia y la existencia de restos auditivos aprovechables durante los primeros años van a marcar diferencias muy importantes en la evolución del lenguaje.

3. Diagnóstico precoz y tratamiento instaurado: El diagnóstico precoz y la instauración de un tratamiento protésico, rehabilitador y educativo adecuados mejoran notablemente el pronóstico.
4. Nivel intelectual y existencia de otras deficiencias asociadas.
5. Entorno socio-familiar y comunicativo:

Debido a la influencia de tantas variables, es imposible considerar de forma global e indiferenciada la evaluación de la deficiencia comunicativa asociada a hipoacusias, por lo que se hará individualizadamente. La deficiencia derivada del deficiente desarrollo lingüístico deberá combinarse la derivada de la hipoacusia.

7.3.2.- Secundario a hipoacusia congénita, prelocutiva y perilocutiva combinada con déficit visual congénito o adquirido (sordoceguera)

La gravedad del trastorno depende, además de los factores señalados en el apartado referido a trastornos secundarios a la hipoacusia (Apartado 7.4.1.), de los siguientes referidos al déficit visual:

1. Nivel de perdida visual
2. Edad de aparición de la deficiencia visual
3. Tipo de déficit visual: Dependiendo de que lo afectado sea la agudeza visual, el campo visual o ambos.

En el caso de personas con deficiencia visual y deficiencia auditiva, que evolucionan desarrollando una sordoceguera a lo largo de su vida se valorarán aplicando la TABLA 7.3.- criterios de evaluación de la deficiencia para la comunicación en sorderas postlocutivas. Igualmente deberá combinarse con la deficiencia derivada de la hipoacusia y de la deficiencia visual. (Ver apartado**7.5.4)**

7.3.3.- Secundario a Deficiencia intelectual

Dado que en el capítulo de evaluación de la Deficiencia intelectual se ha tenido en cuenta el nivel de eficiencia lingüística para incluir a la persona en una u otra clase valorativa, no se deberá combinar los trastornos del desarrollo del lenguaje que se den en el marco de un retraso mental.

7.3.4.- Secundario a trastorno mental

Se evaluará según los criterios del capítulo dedicado a la evaluación de los Trastornos mentales y del comportamiento, en las mismas condiciones del punto anterior.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

7.3.5.- Secundario a alteración neurológica (encefalopatía): disartria del desarrollo

La evaluación de la deficiencia derivada de la disartria en la persona menor se efectuará aplicando la TABLA

7.3.6.- Secundario a alteración morfológica: disglosia

Para la evaluación en adultos, se aplicarán los criterios descritos en la TABLA 7-4 Criterios de evaluación de la deficiencia de la voz y del habla. En el caso de la personas menores se evaluará el trastorno según los criterios señalados en TABLA 7.1.

7.3.7.- Trastorno del lenguaje escrito

Los trastornos adquiridos del lenguaje escrito suelen acompañar a las afasias y se evalúan como trastornos del lenguaje establecido.

7.4. NORMAS PARA LA EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL LENGUAJE ESTABLECIDO

7.4.1.- Afasias: Para la evaluación en adultos, se aplicarán los criterios descritos en la TABLA 7-2 Criterios de evaluación de la deficiencia para la comunicación verbal secundarios a afasias. En el caso de los menores se evaluará el trastorno según los criterios señalados en TABLA 7.1.- Criterios de evaluación de la deficiencia para la comunicación en los Trastornos del desarrollo del lenguaje, hasta los 10 años.

7.4.2.- Afasia infantil: La evaluación se hará siguiendo los criterios de trastornos del desarrollo del lenguaje hasta la edad de 10 años, TABLA 7.1.- Criterios de evaluación de la deficiencia para la comunicación en los Trastornos del desarrollo del lenguaje. Si el cuadro se inicia con posterioridad a esa edad, se aplicarán los criterios de afasia en el adulto Tabla 7.2.

7.4.3.- Sordera postlocutiva : Aunque el periodo sensible para el desarrollo del lenguaje se sitúa en torno a los cinco años, consideraremos que la sordera profunda postlocutiva aparecida antes de los catorce años se evaluará siguiendo los criterios TABLA 7.1.- Criterios de evaluación de la deficiencia para la comunicación en los Trastornos del desarrollo del lenguaje. Por encima de esa edad se aplicará la TABLA 7.3.- Criterios de evaluación de la deficiencia para la comunicación en sorderas postlocutivas.

7.4.4.- Hipoacusias postlocutivas y déficit visual (sordoceguera)

Las personas cuya sordera postlocutiva sea profunda, haya aparecido antes de los catorce años y esté asociada a una deficiencia visual, serán valoradas siguiendo los criterios de la TABLA 7.1.- Criterios de evaluación de la deficiencia para la comunicación en los Trastornos del desarrollo del lenguaje.

Los casos de deficiencia visual y deficiencia auditiva, que evolucionan desarrollando una sordoceguera a lo largo de su vida se valorarán aplicando la TABLA 7.3.- Criterios de

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

evaluación de la deficiencia para la comunicación en sorderas postlocutivas. La deficiencia comunicativa deberá combinarse con la deficiencia derivada de la hipoacusia y de la deficiencia visual.

7.4.5.- Trastornos del lenguaje asociados a síndromes psiquiátricos, neurológicos o neuropsicológicos

En estos casos la evaluación se hará según los criterios de los capítulos «Trastornos mentales y del comportamiento» y «Enfermedades del sistema nervioso central », en las mismas condiciones del punto 7.3.3.

7.5. NORMAS PARA LA EVALUACION DE LA DEFICIENCIA POR TRASTORNOS QUE AFECTAN AL HABLA O LA VOZ

7.5.1.- Disfonías. La evaluación de la disfonía se hará siguiendo los criterios de la TABLA 7-4: Criterios de evaluación de la deficiencia de la voz y del habla.

7.5.2.- Trastornos de la fluidez: disfemia/tartamudez: En el caso de tartamudez muy grave, se situará en la clase de gravedad 4 deficiencia (25- 35%) TABLA 7-4: Criterios de evaluación de la deficiencia de la voz y del habla.

7.5.3.- Disartrias del adulto: La evaluación se hará siguiendo los criterios de la TABLA 7-4: Criterios de evaluación de la deficiencia de la voz y del habla.

7.5.4.- Disglosias del adulto: La evaluación de la deficiencia secundaria a disglosias se hará siguiendo los criterios que se exponen en la TABLA 7-4: Criterios de evaluación de la deficiencia de la voz y del habla.

7.6. CRITERIOS Y TABLAS DE EVALUACIÓN

La evaluación se hará siempre de forma individualizada, ya que cada persona tiene una propia adaptación a su deficiencia, teniendo ésta diferente repercusión sobre la capacidad de comunicación.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

TABLA 7.1.- Criterios para la puntuación de la deficiencia para la comunicación en los Trastornos del desarrollo del lenguaje

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0 Nulo	INTERVALO 1 Leve	INTERVALO 2 Moderado	INTERVALO 3 Grave	INTERVALO 4 Muy Grave
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DCT (%)	0%	1%-16% 1--8--16	17%-33% 17--25--33	34%-49% 34--42--49	50%-65%-65
CAPACIDAD DE COMPRENSION Y EXPRESION (CP)	Puede comprender y expresarse, resolviendo adecuadamente la demanda de la vida diaria. Puede tener ocasionalmente leve dificultad en la comprensión de expresiones complejas. Puede tener de forma ocasional limitación en la precisión de un vocablo o sintaxis	Puede comprender y expresarse, resolviendo adecuadamente la demanda de la vida diaria. Puede tener leve dificultad en la comprensión de expresiones complejas. Puede tener limitación en la precisión de un vocablo o sintaxis	Puede comprender y expresarse, resolviendo con poca ayuda la demanda de la vida diaria. Puede presentar errores fonológicos y/o fonéticos. Puede tener una reducción sintáctica y/o semántica. Dificultad para referirse a temas específicos.	Puede comprender y expresarse, resolviendo con ayuda y cierta limitación la demanda de la vida diaria. Presenta errores fonológicos y/o fonéticos importantes. La comprensión de las demandas de la vida diaria está limitada por la pérdida de información a causa de una visión disminuida, en el entorno comunicativo oral o gestual. Tiene una reducción sintáctica y/o semántica importante. Dificultad marcada para referirse a temas específicos.	Existe una completa limitación para comprender y expresarse en la vida normal, tanto a nivel oral como gestual. Existe una completa limitación para comprender en la vida normal si no se recurre al tacto tanto a nivel oral como gestual, aunque sea capaz de expresarse
INTELIGIBILIDAD	Puede desarrollar la mayoría de los actos articulatorios necesarios para el habla cotidiana. Ocasionalmente puede presentar errores en la articulación	Puede presentar discontinuidad, duda, lentitud. Puede tener dificultades para la articulación. El habla puede ser ininteligible para extraños en temas descontextualizados.	Puede comunicarse en el entorno lingüístico que le es afín, si el lenguaje es gestual, pero tiene dificultades relevantes para comunicarse en medios exclusivos de lenguaje oral. El habla puede ser ininteligible para extraños e incluso para personas cercanas en temas fuera de contexto.	Puede comunicarse mal, usar estereotipias o repeticiones ecolalicas y expresar ideas sin relación con el contexto. Si utiliza el gesto solo le sirve para referirse a aspectos concretos y en el entorno afín. El habla es ininteligible para extraños e incluso difícil de entender para personas cercanas en temas coloquiales.	Puede tratar de comunicarse con expresiones incompletas e ininteligibles y que obligan al oyente a inferir o a realizar preguntas para extraer el contenido comunicativo e incluso adivinar.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Tabla 7.2.-Criterios para la puntuación de la deficiencia debida a afasia o disfasia

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3	INTERVALO 4
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD (%) (DTP)	0%-4%	5%-12%-20%	21%-28%-35%	36%-43%- 50%	51- 65%-75%
DESCRIPCIÓN (CP)	Mínimos deterioros observables en el habla. Ocasionalmente manifiesta insignificantes alteraciones en la articulación, vocablos poco precisos, pequeñas, alteraciones de la sintaxis o leve dificultad de comprensión de expresiones complejas. Puede presentar dificultades subjetivas no evidentes para el oyente EIAB 5*	Hay alguna pérdida evidente en la fluidez del habla o facilidad de comprensión sin limitación significativa de las ideas expresadas o su forma de expresión. Tiene dificultades para encontrar la palabra adecuada, haciendo un discurso impreciso, presentando a veces una articulación lenta, torpe y distorsionada. A veces, las dificultades de comprensión se hacen patentes. Los problemas que se presentan pueden ser compensados con la ayuda del interlocutor y las diferentes estrategias utilizadas por la persona. EIAB 4*	La persona puede referirse a todos los problemas de la vida diaria con muy pequeña ayuda o sin ella, sin embargo la reducción del habla y/o la comprensión hacen sumamente difícil o imposible la conversación sobre cierto tipo de temas. Toda conversación que se aleje de temas familiares o muy contextualizados será imposible de mantener. La comunicación está severamente alterada con interlocutores no familiarizados con su problemática EIAB 3*	La persona puede, con la ayuda del examinador, mantener una conversación sobre temas familiares. Hay frecuente fracaso al intentar expresar una idea, pero comparte el peso de la comunicación con el examinador. Su lenguaje puede estar reducido a palabras aisladas mal emitidas, bien por problemas articulatorios o por la existencia de parafrasias que pueden dar lugar a una jerga. La comprensión en estos casos está muy limitada, reduciéndose a tareas de designación y comprensión de órdenes de un elemento. EIAB 2*	La comunicación se efectúa totalmente a partir de expresiones incompletas; necesidad de inferencia, preguntas y adivinación por parte del oyente. El caudal de información que puede ser intercambiado es mínimo y el peso recae sobre el oyente. En ocasiones ausencia total de habla o producción de estereotipias verbales. En otros casos se da una jerga logorreica con nula comprensión auditiva. La persona es incapaz de realizar órdenes sencillas o designar partes del cuerpo, objetos o imágenes. EIAB 1 Y 0*

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

ALTERACIONES EN LA ESCRITURA Y COMPRENSIÓN LECTORA	La escritura puede estar deformada, pero es legible. La organización del relato escrito se limita a varias ideas descriptivas conexas con frases identificables, aun con errores gramaticales y paragráficos. Muestra dificultades para la comprensión de oraciones o textos de relativa complejidad integrados por al menos dos frases compuestas menos complejas (yuxtapuestas y copulativas).	La escritura se limita a una o más frases en las que se observa una combinación de palabras formando un núcleo sintáctico, o consigue una lista extensa (cinco o más) de palabras de significado (sustantivo y verbos). Muestra dificultades para la comprensión en lectura de oraciones simples	La grafía apenas es legible y la escritura se limita a palabras mal deletreadas, aisladas y sin estructuración en la frase, pero se identifican uno o más sustantivos o verbos. Muestra dificultades para la comprensión de lectura de palabras aisladas (asociación palabra-imagen)	Total limitación para comprender o expresar mensajes escritos	

*** EIAB: Escala de Intensidad de la Afasia de Boston:** Uno de los referentes de graduación de la intensidad de la afasia es la Escala de Intensidad de la Afasia de Boston (EIAB) ampliamente utilizada en la clínica, (ver Anexo 7.2)

En la Afasia muy grave y total (65%- 75%):

- La comunicación se efectúa totalmente a partir de expresiones incompletas; necesidad de inferencia, preguntas y adivinación por parte del oyente. El caudal de información que puede ser intercambiado es mínimo y el peso recae sobre el oyente.
- En ocasiones ausencia total de habla o producción de estereotipias verbales. En otros casos se da una jerga logorreica con nula comprensión auditiva. La persona es incapaz de realizar órdenes sencillas o designar partes del cuerpo, objetos o imágenes.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

TABLA 7.3.- Criterios para la puntuación de la deficiencia para la comunicación en sorderas postlocutivas

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0 Nulo	INTERVALO 1 Leve	INTERVALO 2 Moderado	INTERVALO 3 Grave	INTERVALO 4 Muy Grave
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DCT (%)	0%	1%-4% 1-3-4	5%-14% 5--9--14	15%-24% 15--19--24	25%-35% 25--29--35
CAPACIDAD DE COMPRENSION Y EXPRESION (CP)	Es capaz de expresar y comunicarse con claridad y de comprender los mensajes en CASI TODAS las situaciones normales de comunicación de cada día con lenguaje oral.	La persona es capaz de expresar con claridad y comunicarse y de comprender los mensajes en LA MAYORIA de las situaciones normales de comunicación de cada día con el lenguaje oral. Aprovecha la ayuda protésica convencional y puede mantener una conversación con propios y extraños si se tiene en cuenta su situación.	La persona puede expresar con claridad y comunicarse y comprender los mensajes en MUCHAS de las situaciones normales de cada día con lenguaje oral o gestual. Complementa con lectura labial y otras estrategias de tal manera que es capaz de mantener con esfuerzo una conversación con propios y extraños sobre temas conocidos, siempre que el hablante tenga en cuenta su situación.	Puede expresar y comunicarse y comprender los mensajes en POCAS situaciones normales de comunicación de cada día con con lenguaje oral o gestual. Tiene limitaciones para comprender los mensajes en bastantes situaciones normales de comunicación de cada día, precisando adaptaciones del habla del interlocutor y de la iluminación y sonido del entorno aunque pueda expresarse con claridad oralmente. Si su lenguaje es gestual, puede comunicarse plenamente en el entorno lingüístico que le es afín, pero encuentra dificultades relevantes para comunicarse en medios exclusivos de lenguaje oral.	La persona solo es capaz de expresar con claridad o de comprender los mensajes en MUY POCAS O NINGUNA de las situaciones normales de comunicación de cada día, con lenguaje oral o gestual. Si su lenguaje es gestual, puede comunicarse con limitaciones en el entorno lingüístico que le es afín, pero encuentra dificultades graves para comunicarse en medios exclusivos de lenguaje oral.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

TABLA 7.4 Criterios para la puntuación la deficiencia de la voz y del habla.

CLASE DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	CLASE 0 Nulo	CLASE 1 Leve	CLASE 2 Moderado	CLASE 3 Grave	CLASE 4 Muy Grave
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DCT (%)	0%	1%-5% 1 3 5	6%-10% 6 7 8 9 10	11%-24% 11 14 17 20 24	25%-- 35% 25 27 30 33 35
MEDIDAS DE LA CAPACIDAD DE VOZ/HABLA	**Audibilidad:** Puede producir voz con una intensidad suficiente para la mayoría de las necesidades del habla cotidianas, aunque ello requiera a veces un esfuerzo y ocasionalmente pueda superar a la capacidad del individuo.	**Audibilidad:** Puede producir voz con una intensidad suficiente para muchas de las necesidades del habla cotidianas, y en condiciones normales se le oye; sin embargo puede resultar difícil oírle en lugares ruidosos, como estaciones de tren o autobuses o restaurantes.	**Audibilidad:** Puede producir voz con una intensidad suficiente para algunas de las necesidades del habla cotidianas como una conversación a corta distancia; sin embargo, tiene una dificultad considerable en la distancia o en lugares ruidosos, como estaciones de tren o autobuses o restaurantes, ya que la voz se cansa fácilmente y se hace inaudible en pocos segundos	**Audibilidad:** Puede producir habla con una intensidad suficiente para pocas de las necesidades del habla cotidianas, pero apenas puede ser oído por un oyente cercano o a través del teléfono y puede susurrar de forma audible pero no con voz más alta.	**Audibilidad:** No puede producir habla con una intensidad suficiente para las necesidades del habla cotidianas
	Inteligibilidad: Puede desarrollar la mayoría de los actos articulatorios necesarios para el habla cotidiana, pero de vez en cuando se le puede pedir que repita y puede ser difícil o imposible producir algunas unidades fonéticas.	**Inteligibilidad:** Puede desarrollar muchos de los actos articulatorios necesarios para el habla cotidiana y ser entendido por alguien extraño, pero puede cometer numerosas incorrecciones y en ocasiones parece que tiene dificultades para la articulación.	**Inteligibilidad:** Puede desarrollar algunas de los actos articulatorios necesarios para el habla cotidiana y puede conversar generalmente con la familia y los amigos, puede ser entendido por extraños con dificultad y a menudo le pedirán que repita	**Inteligibilidad:** Puede desarrollar pocos de los actos articulatorios necesarios para el habla cotidiana, puede producir algunas unidades fonéticas, y puede realizar aproximaciones para algunas palabras como los nombres de miembros de su familia, pero es ininteligible fuera de contexto.	**Inteligibilidad:** No puede realizar las articulaciones necesarias para el habla cotidiana.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

	Eficiencia funcional: Puede alcanzar la mayoría de las demandas de articulación y fonación para el habla cotidiana con discurso fácil y adecuado, pero de vez en cuando puede titubear o hablar más lentamente.	**Eficiencia funcional:** Puede alcanzar muchas de las demandas de articulación y fonación para el habla cotidiana con discurso fácil y adecuado, pero de vez en cuando habla con dificultad y el habla puede ser discontinua, interrumpida, vacilante o lenta.	**Eficiencia funcional:** Puede alcanzar alguna de las demandas de articulación y fonación para el habla cotidiana con discurso fácil y adecuado, pero mantiene el discurso únicamente durante periodos breves y puede dar la impresión de que se fatiga fácilmente.	**Eficiencia funcional:** Puede alcanzar pocas de las demandas de articulación y fonación para el habla cotidiana con velocidad y facilidad adecuadas (como palabras sueltas o frases simples), pero no puede mantener un flujo de habla ininterrumpido; el habla es dificultosa y muy lenta. Voz erigmofónica y métodos alternativos de voz	**Eficiencia funcional:** No puede alcanzar las demandas de articulación y fonación para las necesidades cotidianas con la velocidad y la facilidad adecuadas. (sería el caso de una laringuectomía total que no consigue emisión de monosílabos y no puede usar electrolaringe por empastamiento y edemas
PRUEBAS OBJETIVAS	Ninguna requerida. Videoestroboscopia laríngea, medidas objetivas de la voz y el habla, y VHI[a)] deberían ser normales o prácticamente normales.	Videoestroboscopia laríngea, medidas objetivas de la voz y el habla, y VHI son ligeramente anormales.	Videoestroboscopia laríngea, medidas objetivas de la voz y el habla, y VHI son de ligera a moderadamente anormales.	Videoestroboscopia laríngea, medidas objetivas de la voz y el habla, y VHI son de moderada a gravemente anormales.	Videoestroboscopia laríngea, medidas objetivas de la voz y el habla, en VHI son de grave a muy gravemente anormales.

a). **VHI** :Voice Handicap Index (índice de discapacidad vocal abreviado)

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

CAPÍTULO 8: SISTEMA CARDIOVASCULAR

8.1. NORMAS DE CARÁCTER GENERAL PARA LA EVALUACION DE LAS DEFICIENCIAS DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR

1. Únicamente serán objeto de evaluación aquellas personas que padezcan una afección cardiovascular con un curso clínico de al menos seis meses desde el diagnóstico e inicio del tratamiento.

2. Cuando esté indicado el tratamiento quirúrgico, la evaluación se realizará a partir de los seis meses del postoperatorio. Si el enfermo rechaza dicho tratamiento sin motivo justificado, no será evaluable.

3. En el caso de enfermos sometidos a trasplante cardiaco, la evaluación se efectuará seis meses después del mismo, de acuerdo con la función residual. Durante esos seis meses se mantendrá la evaluación que previamente tuviera el enfermo. Se combinarán a ésta los efectos del tratamiento inmunosupresor, si los hubiere, siguiendo los criterios del capítulo correspondiente.

4. En determinadas patologías, por ejemplo, *cardiopatía isquémica* se tendrá en cuenta el riesgo de empeoramiento súbito de la situación clínica del enfermo a pesar del tratamiento adecuado de la enfermedad base. La mayor o menor frecuencia con que aparecen los episodios agudos condiciona el grado de limitación para realizar las actividades de la vida diaria, por lo que ha de incluirse como criterio de evaluación. Los episodios deberán estar documentados médicamente.

5. La deficiencia no siempre está en relación directa con los datos exploratorios o pruebas complementarias. En caso de *miocardiopatías secundarias* no se combinarán los porcentajes correspondientes al proceso base, caso de ser conocido, con los de la miocardiopatía, sino que se adjudicará el mayor porcentaje obtenido en cualquiera de ellos. Cuando la miocardiopatía secundaria sea consecuencia de un proceso tratable (por ejemplo, miocardiopatía hipertiroidea) no se realizará la evaluación hasta al menos seis meses después de haberse comenzado el tratamiento etiológico.

6. En algunas enfermedades cardiacas podrán coexistir diversas patologías: valvulares, isquémicas, arritmia, miocardiopatía... en estos casos, se deberá utilizar los criterios de la tabla correspondiente a la patología que se considere más grave en representación de las demás.

7. **Consideraciones especiales para la evaluación de las cardiopatías congénitas en la infancia y la adolescencia:** Cuando en la infancia se presenta un diagnóstico de cardiopatía congénita en el que se considere que existe una deficiencia permanente, aunque no pueda cuantificarse, o se prevea en su evolución (a pesar de las medidas terapéuticas adecuadas) el desarrollo a corto-medio plazo de una deficiencia cardiaca permanente de importancia, se podrá asignar un grado inicial aproximado de deficiencia total de la persona del 33%.Esta evaluación tendrá siempre un carácter temporal y se hará una primera revisión a los 2 años. Posteriormente, una vez que pueda concretarse el grado de deficiencia cardiaca, mediante la aplicación de los hallazgos específicos para cardiopatías congénitas, se considerarán nuevos periodos de revisión de 3 o 5 años, en

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

función de la edad, de los procesos terapéuticos que precisen y de las posibilidades evolutivas y rehabilitadoras.

Tabla 8.1 Clasificación funcional de la disnea de la NYHA

NYHA	Funcionamiento de la personas
Clase I	Personas sin limitación de sus actividades; no refieren síntomas durante las actividades cotidianas.
Clase II	Personas con limitación ligera o moderada de su actividad; sin síntomas en reposo ni durante el esfuerzo moderado.
Clase III	Personas con limitación importante de su actividad; sin síntomas en reposo ni durante el esfuerzo leve.
Clase IV	Personas que deberían permanecer en reposo absoluto, confinados en la cama o en el sillón; cualquier tipo de actividad física les supone molestias y los síntomas pueden aparecer en reposo

Fuente: New York Heart Association. Heart Failure Society of America

Tabla 8.2 Relación de los Mets y del grado funcional según cinco protocolos con tapiz rodante

Tabla 8.2 Relación de los Mets y del grado funcional según cinco protocolos con tapiz rodante																
METS	**1,6**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
Pruebas con tapiz rodante																
ELLESTAD																
millas/hora					1,7	3,0			4,0						5,0	
grado en %					10	10			10						10	
BRUCE																
millas/hora					1,7		2,5		3,4				4,2			
grado en %					10		12		14				16			
BALKE																
millas/hora				3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4
grado en %				2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26
BALKE																
millas/hora			3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4
grado en %			0	2,5	5	7,5	10	12,5	15	17,5	16	18	20	22	24	26
NAUTONG																
millas/hora		2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0									
grado en %		0	3,5	7	10,5	14	17,5									
METS	**1,6**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
ESTADO CLÍNICO	Personas **sintomáticos**															
		Enfermos recuperados														
				Sanos sedentarios												
					Físicamente activos											
GRADO FUNCIONAL	IV	III		II			I y normal									

Adaptado de: Fox SM III, Naughton JP, Haskell WI, Physical activity and the prevention of coronary heart disease, *Ann Clin Res,* 1971; 3:404-432,

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

8.2. CRITERIOS PARA LA PUNTUACIÓN ATRIBUIBLE A DEFICIENCIAS CARDIACAS

8.2.1. CARDIOPATÍAS VALVULARES

Tabla 8.3.- Criterios para la puntuación de la deficiencia permanente secundaria a valvulopatías cardíacas.

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3	INTERVALO 4
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	**0**	**2%-10%** **2 4 6 8 10**	**11%-23%** **11 14 17 20 23**	**24%-40%** **24 28 32 36 40**	**45%-65%** **45 50 55 60 65**
ANAMNESIS	Asintomático y sin medicación	Sin tratamiento persistente, a excepción de profilaxis antibiótica No profilaxis Clase I NYHA	Cambios dietéticos moderados o fármacos para mantenerse sin clínica de IC, síncope, dolor torácico o embolia Clase II NYHA	Insuficiencia cardíaca y/u otros síntomas moderados que precisan tratamiento **o** síntomas intermitentes de IC grave Clase III NYHA	Insuficiencia cardíaca y/u otros síntomas en reposo a pesar de tratamiento Descompensaciones intermitentes de los síntomas de IC Clase IV NYHA
EXPLORACIÓN FÍSICA	Sin alteraciones por auscultación	Soplo de estenosis o murmullo de regurgitación	Soplo de estenosis o murmullo de regurgitación Signos de IC leve	Soplo de estenosis o murmullo de regurgitación Signos[c] de IC moderada	Soplo de estenosis o murmullo de regurgitación Signos[c] de IC grave

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS OBJETIVAS (CP)	Sin alteración de la función ventricular ni dilatación **o** Señales de regurgitación o prolapso leve de la válvula mitral con insuficiencia mínima en ecocardiograma (eco)	Sin alteración de la función ventricular ni dilatación **o** Leve estenosis o regurgitación en eco **y** como mínimo uno de los siguientes MET >7 y <10; protocolo de Bruce ≥ 6 min; VO_2 max > 20 y <32 o Funcionamiento normal de válvula protésica	Leve disfunción ventricular o dilatación de la cámara **o** Moderada estenosis o regurgitación en eco **y** como mínimo uno de los siguientes MET <7 y ≥5 protocolo de Bruce > 3 min; VO_2 max > 16-20 tras cirugía valvular y reúne los criterios mencionados más arriba BNP < 100e; AVA > 1,5; AVG<25; MVA >1,5; MVG < 5	Moderada disfunción ventricular o dilatación de la cámara **o** Moderada o grave estenosis o regurgitación en eco **y** como mínimo uno de los siguientes Imposibilidad de corrección quirúrgica MET ≥2 pero <5; protocolo de Bruce ≥1 min pero < 3 min tras cirugía valvular y reúne los criterios mencionados más arriba; VO_2 max 10-15 BNP > 100 pero <500[e]; AVA 1,0-1,5; AVG 25-50; MVA >1,0-1,5; MVG = 5-10	Grave disfunción ventricular o dilatación de la cámara **o** Moderada o grave estenosis o regurgitación en eco. **y** como mínimo uno de los siguientes El área valvular < 1 cm2 se considera severa tanto para la estenosis mitral como para la estenosis aórtica Imposibilidad de corrección quirúrgica MET< 2; protocolo de Bruce<1 min; VO_2 max <10 BNP >500e; AVA <1,0; AVG >50; MVA <1,0; MVG >10

- **IC:** Insuficiencia cardiaca, **VO_2 máx.**: consumo de oxígeno máximo (en ml/min/kg), **BNP**: péptido natriurético tipo B (en pg/ml); **AVA:** área valvular aórtica (en cm^2); **AVG:** gradiente valvular aórtico (en mm Hg); **MVA:** área valvular mitral (en cm^2), **MVG:** gradiente valvular mitral (en mm Hg).
- Si los tres factores pertenecen a la clase 4, la puntuación de la deficiencia es 65%.
- Signos de IC: Por ejemplo, estertores, ingurgitación venosa yugular, S_3 o edema periférico.

8.2.2 CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Criterios de la Canadian Cardiovascular Society (CCS)

CLASIFICACIÓN FUNCIONAL CCS	
Clase I	*La actividad física ordinaria, como caminar o subir escaleras, no causa angina. La angina aparece ante esfuerzos extenuantes, rápidos o prolongados en el trabajo o tiempo libre.*
Clase II	*Ligera limitación de la actividad física ordinaria. La angina aparece al caminar o subir escaleras rápido, subir cuestas o escaleras después de las comidas, o con frío o viento, o bajo estrés emocional o sólo en las horas siguientes a levantarse por la mañana. Puede caminar más de 2 manzanas y subir un piso de escaleras a un ritmo y condiciones normales*
Clase III	*Marcada limitación de la actividad física ordinaria. La angina aparece al caminar 1 ó 2 manzanas y al subir un piso de escaleras a un ritmo y condiciones normales*
Clase IV	*Incapacidad para realizar ninguna actividad sin angina. Ésta puede aparecer en reposo.*

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Tabla 8.4.-Criterios para la puntuación de la deficiencia secundaria a cardiopatía coronaria

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3	INTERVALO 4
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	**0**	**2%-10%** 2 4 6 8 10	**11%-23%** 11 14 17 20 23	**24%-40%** 24 28 32 36 40	**45%-65%** 45 50 55 60 65
ANAMNESIS	Asintomático No precisa medicación	Historia dudosa de dolor torácico Puede precisar algún tipo de medicación Clase I de la CCS Exploración física normal	Antecedente de IM o angina de esfuerzo Precisa medicación para control de síntomas Clase II de la CCS (Canadian Cardiovascular Society) Presenta sintomatología con esfuerzo máximo	Antecedente de IM, angina de esfuerzo o Limitación moderada en las AVD para prevenir la angina frecuente y/o la IC Clase III de la CCS Síntomas de insuficiencia coronaria con esfuerzo moderado	Antecedente de IM, puede producirse angina de reposo Limitación grave en las AVD y tratamiento para mantenerse asintomático en reposo Clase IV de la CCS Síntomas de insuficiencia coronaria con esfuerzo mínimo
EXPLORACIÓN FÍSICA	Exploración física normal	Exploración física normal	Presenta sintomatología con esfuerzo máximo	Síntomas de insuficiencia coronaria con esfuerzo moderado	Síntomas de insuficiencia coronaria con esfuerzo mínimo

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS OBJETIVAS (CP)	Angiografía coronaria normal o Ecocardiografía normal o Gammagrafía miocárdica de perfusión o eco de esfuerzo dudosa o de bajo riesgo (defecto leve reversible o defecto fijo con FE normal) o TCHE entre 0 y 100	Angiografía coronaria con irregularidades de la luz (<50% de estenosis) o Ecocardiografía normal **y** como mínimo uno de los siguientes Gammagrafía miocárdica de perfusión o eco de esfuerzo de bajo riesgo (defecto leve reversible o defecto fijo con FE normal) En caso de resultado no concluyente deberá valorarse la necesidad de confirmación anatómica mediante TAC coronario o coronariografía. TCHE >100 MET ≥7 y <10; protocolo de Bruce ≥ 6 min;	FC no alcanza el 90% de la máxima teórica, sin cambios del segmento ST, o taquicardia ventricular o alteración de la tensión arterial o Angiografía coronaria que muestra ≥50% y <70% de obstrucción fija **y** como mínimo uno de los siguientes MET <7 y ≥5 protocolo de Bruce > 3 min; Gammagrafía miocárdica de perfusión o eco de esfuerzo sin alteraciones o con defectos leves irreversibles (<25%) **y** Ha sido sometido a CRC o ICP y requiere tratamiento continuado o Persona trasplantada	Prueba de esfuerzo que muestra cambios en el segmento ST de 1-2 mm o Angiografía coronaria que muestra ≥70% de obstrucción fija **y** como mínimo uno de los siguientes MET ≥2 pero <5; protocolo de Bruce ≥1 min pero < 3. ; Gammagrafía miocárdica de perfusión o eco de esfuerzo con alteraciones moderadas (25%-50%) irreversibles y Ha sido sometido a CRC o ICP y requiere tratamiento continuado	Prueba de esfuerzo que muestra cambios en el segmento ST >2 mm o Angiografía coronaria que muestra ≥70% de obstrucción fija **y** como mínimo uno de los siguientes MET<2; protocolo de Bruce<1 min; Gammagrafía miocárdica de perfusión o eco de esfuerzo con alteraciones graves (>50%) irreversibles **y** Ha sido sometido a CRC o ICP con resultado subóptimo y requiere tratamiento farmacológico continuado

- **IC**: insuficiencia cardíaca; **IM**: infarto de miocardio; **CRC:** cirugía de revascularización coronaria; **ICP:** intervención coronaria percutánea; **TCHE:** puntuación del calcio coronario determinado por tomografía computarizada por haz de electrones, VO2max**:** consumo de oxígeno máximo (en ml/min/kg) y **TV**: taquicardia ventricular.
- Si los tres factores pertenecen a la clase 4, la puntuación de la deficiencia es 65%.
- Signos de IC: Por ejemplo, estertores, ingurgitación venosa yugular, S_3 o edema periférico

*La puntuación de la deficiencia en las personas trasplantadas incluirá la CCT y las posibles complicaciones por la inmunosupresión

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

8.2.3 CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS (CC): EVALUACIÓN DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA (IC) EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

La IC en la infancia se puede definir como un síndrome fisiopatológico y clínico progresivo, causado por anomalías cardiovasculares y no cardiovasculares que dan lugar a signos y síntomas característicos que incluyen edema, distrés respiratorio, retraso ponderal e intolerancia al ejercicio, y que se acompañan de trastornos circulatorios, neurohormonales y moleculares.

Como norma general deben evaluarse las deficiencias que sean permanentes y después de haberse establecido el grado de Mejoría Clínica Máxima tras la aplicación de las medidas terapéuticas, por lo que siguiendo dicha norma el proceso de evaluación definitivo de las cardiopatías congénitas debería llevarse a cabo tras la cirugía correctora de la malformación congénita que da lugar a la deficiencia y cuando el proceso médico se considera lo suficientemente estabilizado.

Tabla 8.5 Criterios para la puntuación de la deficiencia permanente secundaria a cardiopatías congénitas

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	**INTERVALO 0**	**INTERVALO 1**	**INTERVALO 2**	**INTERVALO 3**	**INTERVALO 4**
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	**0**	**2%-10% 2 4 6 8 10**	**11%-23% 11 14 17 20 23**	**24%-40% 24 28 32 36 40**	**45%-65% 45 50 55 60 65**
ANAMNESIS	Asintomático	Síntomas al realizar ejercicio físico moderado. Precisa tratamiento continuado	Presenta limitación ligera de su actividad; Sin síntomas en reposo pero si con el ejercicio físico moderado Precisa tratamiento continuado	Presenta limitación moderada al realizar las actividades de la vida diaria; sin síntomas en reposo ni durante el esfuerzo leve. Precisa tratamiento continuado	Experimenta síntomas al realizar las actividades de la vida diaria, debiendo permanecer en reposo la mayor parte del tiempo. Los síntomas pueden incluso aparecer en reposo Precisa tratamiento dietético y medicamentoso continuado, pese a lo cual está sintomático de continuo
EXPLORACIÓN FÍSICA		**Clase I NYHA modificada**	**Clase II NYHA modificada**	**Clase III NYHA modificada**	**Clase IV NYHA modificada**

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS OBJETIVAS (CP) **FE en los casos en los que el VD es el sistémico)**		Existe dilatación de las cámaras cardiacas sin datos de cortocircuito derecha-izquierda; o Hay evidencia de cortocircuito izquierda-derecha con Qp/Qs<2:1 **y** como mínimo uno de los siguientes La resistencia vascular pulmonar está elevada hasta un máximo de la mitad de la sistémica **o** La afectación valvular es **leve a** moderada. Se incluirá en esta clase de gravedad a la persona que haya sido sometida a cirugía y cumpla los criterios anteriores.	Existen datos de cortocircuito derecha-izquierda **o** Hay evidencia de cortocircuito izquierda-derecha con Qp/Qs>2:1 **y** como mínimo uno de los siguientes La resistencia vascular pulmonar está elevada por encima de la mitad de la sistémica o Leve disfunción ventricular o dilatación de la cámara **o** La afectación valvular (estenosis o regurgitación) es moderada Se incluirá en esta clase de gravedad a la persona que haya sido sometida a cirugía y cumpla los criterios anteriores. Persona trasplantada	Existen datos de cortocircuito derecha-izquierda **o** Hay evidencia de cortocircuito izquierda-derecha con Qp/Qs>2:1 **y** como mínimo uno de los siguientes La resistencia vascular pulmonar está elevada por encima de la mitad de la sistémica o Moderada disfunción ventricular o dilatación de la cámara **o** La afectación valvular (estenosis o regurgitación) es moderada o grave. Se incluirá en esta clase de gravedad a la persona que haya sido sometida a cirugía y cumpla los criterios anteriores.	Existen datos de cortocircuito derecha-izquierda **o** Hay evidencia de cortocircuito izquierda-derecha con Qp/Qs>2:1 **y** como mínimo uno de los siguientes La resistencia vascular pulmonar está elevada por encima de la mitad de la sistémica o grave disfunción ventricular o dilatación de la cámara **o** La afectación valvular (estenosis o regurgitación) es grave. Se incluirá en esta clase de gravedad a la persona que haya sido sometida a cirugía y cumpla los criterios anteriores.

8.2.4 MIOCARDIOPATÍAS

Tabla 8.6 -Criterios para la puntuación de la deficiencia permanente secundaria a cardiomiopatías.

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	**INTERVALO 0 Nulo**	**INTERVALO 1 Leve**	**INTERVALO 2 Moderado**	**INTERVALO 3 Grave**	**INTERVALO 4 Muy Grave**
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	**0**	**2%-10%** **2 4 6 8 10**	**11%-23%** **11 14 17 20 23**	**24%-40%** **24 28 32 36 40**	**45%-65%** **45 50 55 60 65**
ANAMNESIS	Asintomático No precisa medicación	Asintomático bajo tratamiento continuado o puntual, síntomas leves de IC bajo	Síntomas leves de IC en tratamiento o síntomas moderados intermitentes de IC bajo	Síntomas moderados de IC en tratamiento o síntomas graves intermitentes de IC bajo tratamiento Clase III NYHA	Síntomas graves de IC en reposo o descompensacion es intermitentes de IC bajo tratamiento Clase IV NYHA

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

		tratamiento Clase I NYHA	tratamiento Clase II NYHA		
EXPLORACIÓN FÍSICA	Exploración física normal	Signos mínimos de IC	Signos leves de IC	Signos moderados de IC	Signos graves de IC
RESULTADOS DE LAS PRUEBAS OBJETIVAS (CP)	Ecocardiograma normal Concentración de PNB normal	Mínima deficiencia de la función del VI, mínima hipertrofia septal (<1,1 cm) o evidencia de enfermedad restrictiva mínima en ecocardiografía (eco) presente bajo tratamiento **y** como mínimo uno de los siguientes: Concentración de **BNP** normal VO_2 máx.>20 MET>7 y < 10	Leve deficiencia de la función del VI (FE 41-50%) o ligera hipertrofia septal (1,1-1,2 cm), evidencia de restricción o alteración diastólica leve (E>A)* en eco presente bajo tratamiento **y** como mínimo uno de los siguientes: **BNP**<100 VO_2max 16-20 MET >5 y <7 o Persona trasplantada *	Moderada deficiencia de la función del VI (FE 30-40%) o moderada hipertrofia septal (1,3-1,4 cm) con gradiente moderado o evidencia de restricción o alteración diastólica moderada (E=A)* en eco presente bajo tratamiento **y** como mínimo uno de los siguientes: **BNP** 100 – 500 VO_2max 11-15 MET>2 y <5 Arritmias ventriculares malignas (tras la implantación de un DAI o un marcapasos biventricular) y algún criterio anterior	Grave deficiencia de la función del VI (FE < 30%) o gradiente grave a través de hipertrofia septal (>1,4 cm), evidencia de restricción o alteración diastólica grave (E<A)* en eco presente bajo tratamiento **y** como mínimo uno de los siguientes: **BNP**>500 VO_2max <10 MET<2 Arritmias ventriculares malignas (tras la implantación de un DAI o un marcapasos biventricular) y algún criterio anterior

- **IC:** insuficiencia cardíaca; **BNP**: péptido natriurético tipo B (en pg/ml); **VI**: ventrículo izquierdo; **FE**: fracción de eyección, **VO_2max**: consumo de oxígeno máximo (en ml/min/kg), **DAI**: desfibrilador automático implantable.
- Si los tres factores pertenecen al Clase 4, la puntuación de la deficiencia es 65%.
- Signos de IC por ejemplo, estertores, ingurgitación venosa yugular, S_3 o edema periférico
- E y A son las formas de las ondas detectadas en la ecocardiografía. Cuando la afectación es muy severa, que es cuando tiene relevancia clínica, la relación E/A es mayor de 2, situación denominada "patrón restrictivo" por ser típico de las miocardiopatías restrictivas.
- Los valores de BNP deben ajustarse en su caso a los de proBNP según punto 17 de 8.1 Normas generales

* La puntuación de la deficiencia en las personas trasplantadas incluirá la CCT y las posibles complicaciones por la inmunosupresión

8.2.5 CARDIOPATÍAS MIXTAS

En estos supuestos se asignará el mayor porcentaje de deficiencia alcanzado en la evaluación de solo uno de los componentes de la cardiopatía. Por tanto se evaluará solo la patología

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

cardiaca que más puntuación obtenga, pudiéndose utilizar la puntuación obtenida en las otras, en todo caso, como modificador de grado dentro del intervalo de grado.

8.2.6. ENFERMEDADES DEL PERICARDIO

Tabla 8.7.- Criterios para la puntuación de la deficiencia permanente secundaria a enfermedad pericárdica

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3	INTERVALO 4
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	**0**	**2%-10% 2 4 6 8 10**	**11%-23% 11 14 17 20 23**	**24%-40% 24 28 32 36 40**	**45%-65% 45 50 55 60 65**
ANAMNESIS	Asintomático No precisa medicación	Asintomático para la actividad cotidiana bajo tratamiento con AINE o diurético ***o*** síntomas leves de dolor torácico o IC intermitentes sin tratamiento Clase I NYHA	Síntomas de dolor torácico o IC en tratamiento crónico con AINE o diurético Síntomas con actividad moderada Clase II NYHA	Dolor torácico o síntomas de IC con la actividad leve Tratamiento de larga evolución con AINE o tratamiento para la IC Clase III NYHA	Dolor torácico o síntomas de IC en reposo a pesar de tratamiento con AINE Clase IV NYHA
EXPLORACIÓN FÍSICA	Exploración física normal	Signos mínimos de IC	Signos leves de IC	Signos moderados de IC Presencia de roce pericárdico	Signos graves de IC Presencia de roce pericárdico
RESULTADOS DE LAS PRUEBAS OBJETIVAS (CP)	Ecocardiografía y ECG normal VSG normal	Uno o más de los siguientes: Pequeño derrame pericárdico, evidencia de pericarditis en el ECG, mínima elevación VSG (<30) **y** como mínimo uno de los siguientes: Concentración de **BNP** normal VO_2 máx.>20 MET >7 y <10 ***o*** situación tras pericardiectomía o ventana pericárdica quirúrgica	Uno o más de los siguientes: Leve derrame pericárdico o evidencia de pericarditis constrictiva en ecocardiografía, evidencia de pericarditis en el ECG, leve elevación VSG (30-50) **y** como mínimo uno de los siguientes: **BNP**< 100 VO_2max 16-20 MET >5 y <7 ***o*** situación tras pericardiectomía o ventana pericárdica quirúrgica o Persona transplantada*	Uno o más de los siguientes: Moderado derrame pericárdico o evidencia de pericarditis constrictiva en ecocardiografía, evidencia de pericarditis en el ECG, moderada elevación VSG (51-70) **y** como mínimo uno de los siguientes: **BNP** 100 - 500 VO_2max 11-15 MET >2 pero < 5 ***y*** fracaso de intento quirúrgico o ausencia de respuesta a la	Uno o más de los siguientes: Derrame pericárdico grave, evidencia de taponamiento o de pericarditis constrictiva con alteración grave del VI en ecocardiografía, evidencia de pericarditis en el ECG, elevación notable de la VSG (>71) **y** como mínimo uno de los siguientes: **BNP** 100 - 500 VO_2max<10 MET < 2 ***y*** fracaso de intento quirúrgico o ausencia de respuesta a la

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

				cirugía y criterios anteriores	cirugía y criterios anteriores

- **IC**: insuficiencia cardíaca; **ECG:** electrocardiograma; **VSG:** velocidad de sedimentación globular (en mm/h); **BNP**: péptido natriurético tipo B (en pg/ml); **VO_2max:** consumo de oxígeno máximo (en ml/min/kg) **VI**: ventrículo izquierdo.
- Síntomas IC: por ejemplo, estertores, ingurgitación venosa yugular o edema periférico

* La puntuación de la deficiencia en las personas trasplantadas incluirá las posibles complicaciones por la inmunosupresión

8.2.7 ARRITMIAS

Tabla 8.8.-Criterios para la puntuación de la deficiencia permanente secundaria a arritmias

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3	INTERVALO 4
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	**0**	**2%-10% 2 4 6 8 10**	**11%-23% 11 14 17 20 23**	**24%-40% 24 28 32 36 40**	**45%-65% 45 50 55 60 65**
ANAMNESIS	Asintomático No precisa medicación	Asintomático o palpitaciones ocasionales o episodios sincopales aislados Puede precisar algún tipo de medicación Clase I NYHA	Asintomático o síntomas leves intermitentes para las actividades diarias, palpitaciones o síncopes aislados, Precisa tratamiento farmacológico para el control de los síntomas o marcapasos o DAI Clase II NYHA	Síntomas moderados a pesar del tratamiento farmacológico o marcapasos con actividad leve o bien síntomas graves intermitentes Clase III NYHA	Síntomas moderados a graves en reposo a pesar del tratamiento, especialmente síncopes recurrentes Clase IV NYHA
EXPLORACIÓN FÍSICA	Exploración física normal	Exploración física normal o extrasístoles ocasionales durante la auscultación	Auscultación arrítmica a menos que se trate de una persona portador de marcapasos	Auscultación arrítmica a menos que se trate de una persona portador de marcapasos	Auscultación arrítmica a menos que se trate de una persona portador de marcapasos
RESULTADOS DE LAS PRUEBAS OBJETIVAS (CP)	Ecocardiografía normal o ECG normal O ESV o EV ocasionales	Ecocardiografía normal ***o*** arritmia documentada por ECG pero sin que se evidencien ≥ 3 latidos ectópicos consecutivos o pausas > 2s ni el ECG ni en el Holter	Ecocardiografía anómala con pequeñas CIA o CIV, deficiencia leve de la función del VI o del VD, alteración de la función diastólica, leve agrandamiento cameral o estenosis o insuficiencia valvular leve	Ecocardiografía anómala con moderadas CIA o CIV, deficiencia moderada de la función del VI o del VD, alteración de la función diastólica, moderado agrandamiento	Ecocardiografía anómala con grandes CIA o CIV, deficiencia grave de la función del VI o del VD, alteración de la función diastólica, grave agrandamiento cameral o

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

		y Frecuencia auricular y ventricular entre 50-100 latidos por minuto Tras ablación o marcapasos que reúnan los criterios establecidos más arriba	**y** Documentación por ECG o Holter de arritmia maligna Tras ablación, marcapasos, o DAI que reúnan los criterios establecidos más arriba o Persona transplanted	cameral o estenosis o insuficiencia valvular moderada **y** Documentación por ECG o Holter de arritmia maligna Tras ablación, marcapasos, o DAI que reúnan los criterios establecidos más arriba	estenosis o insuficiencia valvular grave **y** Documentación por ECG o Holter de arritmia maligna Tras ablación, marcapasos, o DAI que reúnan los criterios establecidos más arriba

ECG: electrocardiograma, **ESV:** extrasístole supraventricular, **EV:** extrasístole ventricular, **CIA**: comunicación interauricular, **VI**: ventrículo izquierdo, **VD**: ventrículo derecho, **DAI:** desfibrilador automático implantable.

8.2.8 ENFERMEDADES DE LA ARTERIA PULMONAR. HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (HAP)

Tabla 8.9.- Clasificación funcional de la NYHA adaptada a la Hipertensión arterial pulmonar

	CLASIFICACIÓN FUNCIONAL HAP EN ADULTOS
Clase I	Pacientes con hipertensión pulmonar sin limitación de la actividad física. La actividad física común no origina disnea, fatiga, dolor precordial ni presíncope.
Clase II	. Pacientes con hipertensión pulmonar con ligera limitación de la actividad física, sin síntomas en reposo. La actividad física común origina disnea, fatiga, dolor precordial o presíncope
Clase III	Pacientes con hipertensión pulmonar con marcada limitación de la actividad física, sin síntomas en reposo. La actividad física ligera origina síntomas.
Clase IV	Pacientes con hipertensión pulmonar que presentan síntomas con cualquier actividad física. Estos pacientes manifiestan síntomas de fallo derecho, y en reposo pueden presentar disnea y/o fatiga. La sintomatología se incrementa con cualquier actividad física y pueden presentar presíncope o síncope

Fuente: OMS documento de consenso Evian 1998

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Tabla 8.10.-Criterios para la puntuación de la deficiencia permanente secundaria a enfermedades de la arteria pulmonar

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3	INTERVALO 4
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	**0**	**2%-10% 2 4 6 8 10**	**11%-23% 11 14 17 20 23**	**24%-40% 24 28 32 36 40**	**45%-65% 45 50 55 60 65**
ANAMNESIS	Asintomático	Disnea leve intermitente que no precisa tratamiento Clasificación funcional HAP en Clase I	Disnea leve y/u otros síntomas de insuficiencia cardíaca derecha en tratamiento o disnea moderada intermitente Clasificación funcional HAP en Clase II	Disnea moderada u otros síntomas de insuficiencia cardíaca derecha en tratamiento o disnea grave intermitente Clasificación funcional HAP en Clase IIIa y IIIb*	Disnea grave u otros síntomas de insuficiencia cardíaca derecha en reposo o síntomas intermitentes extremos Clasificación funcional HAP en Clase IIIb* y IV
EXPLORACIÓN FÍSICA	Exploración física normal Ausencia de signos de insuficiencia cardíaca derecha	Signos mínimos de insuficiencia cardíaca derecha	Signos leves de insuficiencia cardíaca derecha (edema periférico)	Signos moderados de insuficiencia cardíaca derecha (edema periférico, ascitis)	Signos graves de insuficiencia cardíaca derecha (edema grave, ascitis, edema pulmonar)
RESULTADOS DE LAS PRUEBAS OBJETIVAS (CP)	PAP normal por ecocardiografía Doppler	Hipertensión pulmonar leve (PAP 40-50) **y** como mínimo uno de los siguientes: Concentración de PNB normal VO_2max>20 MET>7 y <10	Hipertensión pulmonar moderada (PAP 51-75) **y** como mínimo uno de los siguientes: BPN < 100 VO_2max 16-20 MET>5 y <7	Hipertensión pulmonar grave (PAP >75) ***y*** aumento moderado del VD por eco (3-4 cm) **y** como mínimo uno de los siguientes: BPN 100 - 500 VO_2max 10-15 MET>2 pero<5	Hipertensión pulmonar grave (PAP >75) ***y*** aumento grave del VD por eco > 4cm **y** como mínimo uno de los siguientes: BPN >500 VO_2max <10 MET<2

PAP / PSP/ PSAP: Presión Sistólica de la Arteria Pulmonar (en mm Hg); BPN: péptido natriurético tipo B (en pg/ml); **VO_2 máx.**: consumo de oxígeno máximo (en ml/min/kg).Clasificación pediátrica (PVRI)

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

8.2.9 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

En casos de coexistir HTA con disfunción cardiaca evaluada en tablas anteriores en las que se toma como referencia fundamental de la anamnesis el estadio de la NYHA se deberá elegir si evaluar la deficiencia por la tabla correspondiente de la enfermedad cardiaca o por la de HTA, pero no por ambas.

Tabla 8.12: Clasificación de la tensión arterial para adultos

Clasificación	Sistólica	Diastólica
Normal	<120	<80%
Pre-hipertensión	120-139	80-89
Grado 1 de hipertensión	140-159	90-99
Grado 2 de hipertensión	>160	>100

Tabla 8.13.-Criterios para la puntuación de la deficiencia permanente secundaria a enfermedad cardiovascular hipertensiva

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	0	2%-10% 2 4 6 8 10	11%-23% 11 14 17 20 23	24%-40% 24 28 32 36 40
ANAMNESIS	Asintomático Clase I NYHA	Asintomático con tratamiento Clase I NYHA	Dolor torácico u otros síntomas Clase II NYHA	Síntomas de IC u otros síntomas Clase III Y IV NYHA
EXPLORACIÓN FÍSICA	TA normal tratada con un único fármaco o pre-hipertensión sin tratamiento Exploración física normal, fondo de ojo incluido	Pre-hipertensión o fase 1 con tratamiento farmacológico múltiple Posibles cambios hipertensivos en el fondo de ojo[c]	Grado 1 de hipertensión a pesar de tratamiento farmacológico múltiple Cambios permanentes hipertensivos en el fondo de ojo	Grado 2 de hipertensión a pesar de tratamiento farmacológico múltiple Cambios permanentes hipertensivos en el fondo de ojo
RESULTADOS DE LAS PRUEBAS OBJETIVAS (CP)	Pruebas de laboratorio normales, sin evidencia de lesión de órganos diana Ecocardiograma y ECG normales	Nitrógeno ureico en sangre/creatinina normal Proteinuria(albuminuria) o alteraciones del sedimento urinario Y Ecocardiografía normal o en el límite para el diagnóstico de HVI	Proteinuria (albuminuria)o alteraciones del sedimento urinario Nitrógeno ureico y creatinina en suero aumentados Y Aclaramiento de creatina <50% sobre el valor normal O Evidencia ecocardiográfica de HVI	Proteinuria (albuminuria)o alteraciones del sedimento urinario Nitrógeno ureico y creatinina en suero aumentados Y Aclaramiento de creatina <20% del valor normal O Encefalopatía hipertensiva episódica O Lesión cerebrovascular hipertensiva/ ACVA [*] O Evidencia ecocardiográfica de HVI con alteración de la función diastólica y/o signos de IC[e]

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

- **IC:** Insuficiencia cardiaca, **TA:** tensión arterial, **TA:** tensión arterial, **BUN:** nitrógeno ureico en suero, **HVI:** Hipertrofia ventricular izquierda.
- Diferenciar clase 0 y 1, según hallazgos de la exploración física.
- Cambios hipertensivos en el fondo de ojo: Arteriolas en hilo de cobre o cruces arteriovenosos patológicos (signo de Gunn) con o sin hemorragias o exudados.

* En aquellos casos que se objetive lesión cerebrovascular/ACVA asociada a otro tipo de factores de riesgo, como la diabetes, síndrome metabólico, trastornos de la coagulación, vasculares (aneurismas)… resueltos con escasas secuelas o siendo estas de difícil cuantificación en otros apartados, y siempre en cuando los factores de riesgo originarios sigan manteniéndose en el tiempo, podrán clasificarse excepcionalmente de forma global en esta clase, no pudiéndose combinar, en estos casos, con puntuaciones provenientes de los otros apartados asociados a estos factores de riesgo..

8.2.10 SISTEMA VASCULAR PERIFÉRICO

Normas de carácter general para la evaluación de la deficiencia originada por patología del sistema vascular periférico

1. Las enfermedades del sistema vascular periférico son a menudo susceptibles de corrección mediante tratamiento quirúrgico o con angioplastia transluminal.
2. La evaluación se realizará una vez transcurridos seis meses desde el diagnóstico e inicio del tratamiento. En caso de que la persona rechace el tratamiento indicado, sin causa justificada, no será evaluable.
3. Las enfermedades de las arterias periféricas se manifiestan con isquemia, cuya intensidad puede llevar a la indicación de amputación. Las enfermedades de las venas y los linfáticos se manifiestan con estasis retrógrada, que puede llegar a causar dermatitis o úlceras de estasis.
4. Las amputaciones que deriven de patología vascular se evaluarán según los criterios del capítulo referido al «Sistema Musculoesquelético». Si después de la intervención persiste el problema vascular, el porcentaje de deficiencia derivado de éste se combinará con el correspondiente a la amputación.
5. En el supuesto de que la enfermedad vascular periférica produzca alteraciones cutáneas, el porcentaje de deficiencia originado por la deficiencia vascular no se combinará con el atribuible a la manifestación dermatológica.
6. El porcentaje asignado por las tablas correspondientes se refiere a deficiencia parcial (DP) de extremidad superior (ES) o inferior (EI), por lo que el porcentaje obtenido en cada extremidad deberá ser convertido a deficiencia corporal total de la persona (DCT) mediante las tablas 15-9 y 16-9.

Tabla: 8.14. - Estadios Clínicos de Fontaine

Estadio	Síntomas
I	Asintomático
II	Claudicación intermitente
II-a	Más de 150 metros
II-b	Menos de 150 metros
III	Dolor en reposo o nocturno
IV	Lesiones tróficas, necrosis o gangrena

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Tabla: 8.15.- Estadios clínicos de la insuficiencia venosa crónica o de éxtasis

Estadio	Síntomas
I	Edema, congestión subfascial, flebectasia, varículas
II	Trastornos tróficos, dermatitis ocre, induración, hiperpigmentación, atrofia blanca perimaleolar, dermatofibroesclerosis, engrosamiento de piel, eccema de éxtasis con prurito, tromboflebitis, pequeñas erosiones o hemorragias
III	Ulcera activa o ulcera cicatrizada

El criterio principal de evaluación serán las pruebas funcionales objetivas y como alternativa de estas, cuando estas no sean posibles, será la anamnesis.

Tabla 8.16 -Criterios para la puntuación de la deficiencia permanente secundaria a enfermedad vascular periférica – EXTREMIDAD INFERIOR (DEI)

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3	INTERVALO 4
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA UNILATERAL DE LA EXTREMIDAD INFERIOR (%) *	0 DEI	2%-10% 2 4 6 8 10 DEI	11%-23% 11 14 17 20 23 DEI	24%-40% 24 28 32 36 40 DEI	45%-65% 45 50 55 60 65 DEI
ANAMNESIS	Ausencia de claudicación intermitente o dolor en reposo o edema transitorio	Claudicación intermitente durante ejercicio importante de la extremidad inferior o edema persistente leve Grado I de Fontaine Controlado mediante medias elásticas	Claudicación intermitente tras caminar >150 metros a paso medio o edema persistente moderado Grado IIa de Fontaine Parcialmente controlado con medias elásticas	Claudicación intermitente tras caminar <150 metros o dolor intermitente en reposo o edema persistente grave Grado IIb de Fontaine No se controla con medias elásticas	Dolor grave y persistente en reposo Grados III y IV de Fontaine
EXPLORACIÓN FÍSICA	Ausencia de hallazgos físicos, a excepción de pérdida de pulsos o pérdidas mínimas del tejido subcutáneo o varices venosas	Lesión vascular (cicatrices, ausencia de sensibilidad dolorosa digital acra) Úlcera cicatricial ISL grado 1	Lesión vascular (amputación cicatrizada de dos o más dedos o una extremidad con evidencia de enfermedad vascular persistente con dermatitis de estasis o	Lesión vascular (amputación a nivel de tobillo o por encima o amputación de dos o más dedos con evidencia de enfermedad vascular persistente o enfermedad vascular persistente con dermatitis de estasis diseminada o úlcera profunda	Lesión vascular (amputación a nivel de tobillo o por encima de dos extremidades o amputación de todos los dedos con evidencia de enfermedad vascular persistente con dermatitis de estasis diseminada tipo elefantiasis o úlcera profunda en

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

			úlcera superficial) ISL grado 2	localizada en una extremidad) ISL grado 3	ambas extremidades) ISL grado 4
RESULTADOS DE LAS PRUEBAS OBJETIVAS (CP)	ITB normal	ITB normal o con anomalía leve (>80)	ITB anormal (0,71-0,80) o ecografía doppler con alteraciones leves a moderadas arteriales o venosas o angiogramas periféricos que evidencien EAP leve a moderadas	ITB moderadamente anormal (0,41-0,70) o ecografía doppler con alteraciones moderadas a graves arteriales o venosas o angiogramas periféricos que evidencien EAP moderadas a graves	ITB marcadamente anormal (≤0,40) o ecografía doppler con alteraciones graves a muy graves arteriales o venosas o angiogramas periféricos que evidencien EAP grave a muy graves

ITB: Índice tobillo-braquial; **EAP**: Enfermedad arterial periférica

* El porcentaje asignado se refiere a deficiencia parcial (DP) de extremidad inferior (DEI) por lo que el porcentaje obtenido deberá ser convertido a deficiencia total de la persona (DTP) mediante las tablas 16-9

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Tabla 8.17.-Criterios para la puntuación de la deficiencia permanente secundaria a enfermedad vascular periférica – EXTREMIDAD SUPERIOR (DES)

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3	INTERVALO 4
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%) PUNTUACIÓN DE DEFICIENCIA UNILATERAL DE EXTREMIDAD SUPERIOR (%)*	0 DES	2%-10% 2 4 6 8 10 DES	11%-23% 11 14 17 20 23 DES	24%-40% 24 28 32 36 40 DES	45%-65% 45 50 55 60 65 DES
ANAMNESIS	Ausencia de claudicación intermitente o dolor en reposo o edema transitorio Sin cese de sus actividades	Claudicación intermitente durante ejercicio importante de la extremidad superior o edema persistente (controlado con compresión elástica) o dolor con la exposición al frío	Claudicación intermitente durante la actividad leve de la extremidad superior o edema leve persistente (no controlado completamente con compresión elástica)	Claudicación intermitente durante la actividad moderada de la extremidad superior o edema moderado persistente (no controlado con compresión elástica)	Dolor de origen vascular grave y persistente en reposo o edema grave persistente (no controlado con compresión elástica)
EXPLORACIÓN FÍSICA	Ausencia de hallazgos físicos, a excepción de pérdida de pulsos o pérdidas mínimas del tejido subcutáneo de las yemas de los dedos	Evidencia de lesión vascular (cicatriz, muñón no doloroso de dedo amputado con evidencia de enfermedad vascular persistente o úlcera cicatrizada o fenómeno de Raynaud con patofisiología obstructiva que responde de manera parcial al cambio de estilo de vida o tratamiento médico)	Evidencia de lesión vascular (amputación cicatrizada de dos o más dedos de una extremidad con evidencia de enfermedad vascular persistente con dermatitis de estasis o úlcera superficial)	Evidencia de lesión vascular (signos de amputación a nivel de la muñeca o superior o amputación de dos o más dedos de ambas extremidades con evidencia de enfermedad vascular persistente con dermatitis de estasis diseminada o úlcera profunda de una extremidad)	Evidencia de lesión vascular (amputación a nivel de ambas muñecas o superior o amputación de todos los dedos con evidencia de enfermedad vascular con dermatitis de estasis diseminada o úlcera profunda en ambas extremidades superiores)

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS OBJETIVAS (CP)	Calcificación arterial en la radiografía	Índice dedo/brazo <0,8 o hipotermia digital con señales de Doppler disminuidas que no se normalizan al calentar los dedos	Estudio Doppler con anomalías leves a moderadas arteriales o venosas de la extremidad superior (se excluye amputación)	Estudio Doppler con anomalías moderadas a graves, arteriales o venosas de la extremidad superior (se excluye amputación)	Estudio Doppler con anomalías graves a muy graves arteriales o venosas de la extremidad superior (se excluye amputación)

* El porcentaje asignado se refiere a deficiencia parcial (DP) de extremidad superior (DES) por lo que el porcentaje obtenido deberá ser convertido a deficiencia total de la persona (DTP) mediante las tablas 15-9

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

CAPÍTULO 9: SISTEMA HEMATOLOGICO E INMUNOLOGICO

Los criterios para la asignación del porcentaje de deficiencia están basados en la repercusión de la deficiencia sobre las limitaciones para realizar las actividades de la vida diaria. Durante el proceso de evaluación se deberán recoger datos objetivos sobre el grado de interferencia de estas limitaciones e integrar los resultados en la información subjetiva para estimar el grado de deficiencia permanente. *Como referente de esta interferencia se tendrá en cuenta la puntuación obtenida en el "Baremo de Limitaciones en la actividad" (BLA)*

Carga de cumplimiento de tratamiento: El tratamiento puede producir efectos secundarios considerables, en este capítulo la Carga de Cumplimiento de Tratamiento se considera frecuentemente como criterio principal, con unos criterios específicos de evaluación. Por tanto y con la finalidad de no duplicar la evaluación, en estos casos, no se aplicarán los criterios generales de CCT del apéndice B.

La tabla 9.1 se utiliza para asignar los porcentajes adicionales de deficiencia, que reflejan la carga de cumplimiento (adherencia) de tratamiento para la enfermedad hematológica.

9.1. CARGA DE CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO EN SISTEMA HEMATOLÓGICO

TABLA 9.1: Carga de cumplimiento del tratamiento en sistema hematológico

Intervención	% de deficiencia
Tratamiento crónico con anticoagulantes	5%
Tratamiento crónico con corticoesteroides (discrecional)	Hasta un 3%
Tratamiento crónico con otro inmunosupresor (discrecional)	Hasta un 3%
Quelante de hierro u otro tratamiento sistémico	Hasta un 3%
Quimioterapia oral crónica (discrecional)	Hasta un 5%
Quimioterapia intravenosa: por ciclo recibido durante los seis meses anteriores (Hasta un total de 6%)	1%
Radioterapia: por semana recibida durante los seis meses anteriores (Hasta un total de 6%)	1%
Transfusiones: por unidad mensual	1%
Flebotomía: por tratamiento mensual	1%
Aféresis: por tratamiento mensual	3%
Trasplante de médula ósea	10%

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

9.2. ANEMIAS CRÓNICAS

TABLA 9.2 Criterios para la puntuación de la deficiencia permanente secundaria a anemia

Anemias					
INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	**INTERVALO 0**	**INTERVALO 1**	**INTERVALO 2**	**INTERVALO 3**	**INTERVALO 4**
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	**0**	**1%-5%** **1 3 5**	**7%-15%** **7 11 15**	**25%-45%** **25 35 45**	**55%-75%** **55 65 75**
ANAMNESIS **(CP)**	Antecedentes de anemia, ahora resuelta; no precisa tratamiento	Antecedentes de anemia crónica; signos y síntomas leves que precisan tratamiento de manera intermitente y sin necesidad de transfusiones	Antecedentes de anemia crónica con síntomas leves continuos **y** exacerbaciones moderadas ocasionales **o** necesidad ocasional de transfusiones	Antecedentes de anemia crónica con síntomas moderados continuos **y** exacerbaciones graves ocasionales **o** necesidad de transfusiones de 2 a 3 U cada 4 semanas	Antecedentes de anemia crónica con síntomas graves continuos y exacerbaciones extremas ocasionales **y/o** necesidad de transfusiones de 2 a 3 U cada 2 semanas
RESULTADOS DE LAS PRUEBAS OBJETIVAS	Pruebas normales	Hemoglobina ≥ 10 pero < 12 g/dl	Hemoglobina ≥ 8 pero < 10 g/dl	Hemoglobina ≥ 6 pero < 8 g/dl	Hemoglobina ≤ 6 g/dl

9.3. TRASTORNOS MIELOPROLIFERATIVOS, INCLUIDOS POLICITEMIA, MIELOFIBROSIS Y TROMBOCITOSIS ESENCIAL

- **La policitemia vera** No existe ningún sistema de puntuación específico para la policitemia. La puntuación de la deficiencia se basa en la afectación del órgano diana. A este resultado se añade una puntuación de deficiencia adicional por la flebotomía (en caso de que se utilice para control de la enfermedad) o por la quimioterapia.

- **La mielofibrosis** El grado de deficiencia secundario a mielofibrosis se refleja en el nivel de deficiencia secundaria a anemia y/o neutropenia. La deficiencia primaria se puntúa en primer lugar y su resultado se combina con la puntuación de la deficiencia atribuida a los déficits de las otras líneas celulares.

- **La trombocitosis esencial** es un trastorno de origen desconocido que se manifiesta clínicamente por la sobreproducción de plaquetas sin una causa definible. No existe ningún sistema de puntuación para la trombocitosis esencial, la puntuación debería basarse en los sistemas orgánicos afectados o en el grado en que se producen los fenómenos hemorrágicos o trombóticos.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

9.4. DEFICIENCIAS DE LOS LEUCOCITOS

9.4a Granulocitos o neutrófilos

TABLA 9. 3 Criterios para la puntuación de la deficiencia permanente secundaria a neutropenia

NEUTROPENIA					
INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	**INTERVALO 0**	**INTERVALO 1**	**INTERVALO 2**	**INTERVALO 3**	**INTERVALO 4**
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	**0**	**1%-5% 1 3 5**	**7%-15% 7 11 15**	**25%-35% 25 30 35**	**40%-50% 40.45 50**
ANAMNESIS	No precisa tratamiento	Tratamiento ocasional con antibióticos por infecciones bacterianas	Requiere tratamiento crónico intermitente con antibióticos para prevenir las infecciones bacterianas agudas	Requiere tratamiento crónico intermitente oral con antibióticos asociado a infecciones bacterianas agudas que precisan hospitalización no más de una vez al año	Requiere tratamiento crónico intermitente oral con antibióticos asociado a infecciones bacterianas agudas que precisan hospitalización al menos dos veces al año ***o*** tratamiento antibiótico intravenoso en el domicilio
RESULTADOS DE LAS PRUEBAS OBJETIVAS (CP)	Recuento absoluto de neutrófilos > 1000	Recuento absoluto de neutrófilos > 750 pero ≤ 1000	Recuento absoluto de neutrófilos > 500 pero ≤ 750	Recuento absoluto de neutrófilos > 250 pero ≤ 500	Recuento absoluto de neutrófilos < 250

En el intervalo 4, si se presentan las dos características en la anamnesis, se usaría la característica que haya obtenido la puntuación mayor y si la persona reúne los dos criterios (el de anamnesis y el recuento de neutrófilos <250), se dará puntuación más alta.

9.4b Linfocitos

Todas las leucemias, sin importar la estirpe celular, linfomas y mielomas se puntuarán utilizando la Tabla 9.4

9.4c Deficiencias secundarias a leucemias, linfomas, mieloma y enfermedad metastásica.

Se debe añadir un 10% de deficiencia si la persona no ha respondido adecuadamente al trasplante de médula ósea, además de un 1% por ciclo de quimioterapia recibido durante seis meses hasta un máximo del 6% y un 1% por unidad de hematíes transfundida mensualmente.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Los criterios para la puntuación de deficiencia permanente secundaria a leucemia, linfoma, mieloma o enfermedad metastásica lo establece **la anamnesis como el criterio principal**, **utilizando la repercusión de la enfermedad sobre las AVD (Se tendrá como referente la puntuación obtenida en el "Baremo de Limitaciones en la Actividad" BLA) como factor modificador de grado, dentro del intervalo asignado.**

TABLA 9.4 Criterios para la puntuación de la deficiencia permanente secundaria a leucemia, linfoma mieloma o enfermedad metastásica

Leucemias					
INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	**INTERVALO 0**	**INTERVALO 1**	**INTERVALO 2**	**INTERVALO 3**	**INTERVALO 4**
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	**0**	**3%-15% 3 9 15**	**16%-24% 16 20 24**	**25%-49% 25 35 49**	**50%-75% 50 65 75**
ANAMNESIS (CP)	No precisa tratamiento; la leucemia se encuentra en remisión ≥ 5 años	Cualquier leucemia en remisión > 1 año pero < 5 años *o* LLC en fase precoz que no precise tratamiento *o* enfermedad tratada con quimioterapia oral	Tratamiento con quimioterapia intravenosa con frecuencia inferior a 3 veces al año	Quimioterapia intravenosa entre tres y seis veces al año	Quimioterapia intravenosa en más de seis ocasiones al año *o* personas que no responden al tratamiento o presentan leucemia, linfoma, mieloma o enfermedad metastásica incurable
REPERCUSION SOBRE LAS AVD	Sin limitación en las AVD	Con limitación leve en las AVD	Con limitación leve en las AVD	Limitación moderada en las AVD	Limitada la capacidad de mantener de forma independiente el cuidado personal Limitación grave a total en las AVD

Si la persona presenta enfermedad incurable, con mal pronóstico, y limitación grave en las AVD puntúelo con el máximo grado del intervalo 4 (75%).

La evaluación por esta sección en todo caso será alternativa a la del capítulo 13: Neoplasias

9.4.d Síndromes mielodisplásicos

La evaluación de la deficiencia por mielodisplasias se basa en el grado de la alteración del componente que presenta el individuo y en su repercusión sobre otros sistemas orgánicos.

9.4.e Monocitos-macrófagos

En general, las puntuaciones para los monocitos o los macrófagos se establecen tras puntuar los efectos de la enfermedad sobre otros componentes del sistema hematopoyético y/o sobre otros sistemas orgánicos, combinados con los que se obtienen con la tabla para las Leucemias, linfomas y enfermedad metastásica (Tabla 9.4).

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

9.4. f. Bazo y esplenectomía

Las personas esplenectomizadas no presentan un aumento del riesgo de infecciones víricas. Si una persona presenta infecciones de repetición tras la esplenectomía, se debería asignar un 5% adicional al porcentaje de la deficiencia hematológica. En caso contrario, no se añade puntuación adicional. La esplenomegalia mayor de 5 cm por debajo del reborde costal, ocasiona molestias y habitualmente afecta a la capacidad de alimentarse por la sensación de saciedad precoz. Este hecho, conlleva un porcentaje del 5% adicional que se añade, en caso de estar presente, a la deficiencia hematológica.

9.5. TRASTORNOS HEMORRÁGICOS Y DE LAS PLAQUETAS

9.5.a Criterios para la evaluación de la deficiencia permanente secundaria a trastornos de las plaquetas

TABLA 9-5 Criterios para la puntuación de la deficiencia permanente secundaria a Trastornos de las Plaquetas

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3	INTERVALO 4
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	**0**	**1%-5% 1 3 5**	**7%-15% 7 11 15**	**25%-35% 25 30 35**	**45%-65% 45 55 65**
ANAMNESIS (CP)	Trombocitopenia leve o trastorno de la coagulación que no precisa tratamiento.	Las exacerbaciones agudas de la trombocitopenia requieren tratamiento	La trombocitopenia precisa tratamiento a consecuencia de traumatismos o cirugías previas. Presenta hematomas con facilidad	Trombocitopenia grave, precisa transfusión intermitente pero responde al tratamiento con plaquetas y/o presenta hemorragias ocasionales (≤ 2 veces al año)	Trombocitopenia muy grave que no responde a la transfusión de plaquetas y/o presenta tres o más episodios hemorrágicos al año
RECUENTO PLAQUETAR	>140 x 10^3/µl	>100 pero ≤ 140 x 10^3/µl	> 60 -100 x 10^3/µl	20 - 60 x 10^3/µl	<20 x 10^3/µl

Para el intervalo de gravedad 4, si la persona presenta ambos criterios de la anamnesis así como también el criterio del recuento plaquetar, se utiliza el 65%.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

9.5. b Criterios para la evaluación de la deficiencia permanente secundaria a trastornos de la coagulación

TABLA 9. 6 Criterios para la puntuación de la deficiencia secundaria a Hemofilias

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	0	1%-9% 1 3 5 7 9	10%-30% 10 15 20 25 30	35%-65% 35 40 45 55 65
ANAMNESIS (CP)	No precisa tratamiento.	Precisa tratamiento con vasopresina, crioprecipitados o plasma fresco-congelado tras traumatismos o en la preparación de la cirugía	Antecedente de algún episodio hemorrágico durante el año anterior	Antecedente de tres o más episodios hemorrágicos por año
REQUERIMIENTOS TERAPÉUTICOS	Trastorno leve de la coagulación que no precisa tratamiento	Tratamiento con factores de la coagulación tras sangrados o traumatismos	Necesita tratamiento prolongado con factores de coagulación	Necesita tratamiento con factores de la coagulación con desarrollo de anticuerpos y/o ha necesitado transfusión de hematíes durante los episodios hemorrágicos
DEFICIENCIA DEL FACTOR	Normal	Leve: >5% al 30% de factor de coagulación VIII (>5% al 40% en factor IX)	Moderada: 1% a ≤5%	Grave: menos del 1%

En el intervalo de gravedad 3, se asigna el 65 % si se reúnen todos los criterios para el intervalo de gravedad y el 55% si se reúne un criterio, aparte del criterio principal.

TABLA 9.8 Criterios para la puntuación de la deficiencia secundaria a otros trastornos hemorrágicos.

Trastornos hemorrágicos					
INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	**INTERVALO 0**	**INTERVALO 1**	**INTERVALO 2**	**INTERVALO 3**	**INTERVALO 4**
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	**0**	**1%-9% 1 5 9**	**15%-25% 15 20 25**	**35%-45% 35 40 45**	**55%-65% 55 60 65**
FRECUENCIA DE LOS EPISODIOS HEMORRÁGICOS (CP)	Sin antecedentes de hemorragias anormales	Mucosas sangrantes de manera crónica y/o menstruaciones abundantes y/o sangrado no procedente de mucosas durante el año anterior que no condujo a una limitación grave de la actividad	Hemorragia no procedente de mucosas que ha condicionado una limitación grave de la actividad y/o ingreso durante el pasado año	Antecedente de do o más sangrados no procedentes de mucosas que han condicionado una limitación grave de la actividad y/o ingreso durante el pasado año	Antecedente de tres o más sangrados no procedentes de mucosas que han condicionado una limitación grave de la actividad y/o ingreso durante el pasado año – al menos una de las hemorragias ha supuesto compromiso vital.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

REQUERIMIENTOS TERAPÉUTICOS	No precisa tratamiento	Precisa tratamiento menor (hemostático, ferroterapia o premedicación antes de las intervenciones).	Necesita tratamiento de sustitución de factores de coagulación (si son necesarios) y/o agentes hemostáticos	Habitualmente precisa menos de dos transfusiones de hematíes con o sin sustitución de factores de coagulación durante las hemorragias	Precisa transfusión de dos o más unidades de hematíes con o sin sustitución de factores de coagulación

Asignar el 65% si la persona reúne todos los criterios para el intervalo de gravedad 4; el 55% si reúne sólo el criterio principal.

9.6. TRASTORNOS TROMBÓTICOS

TABLA 9.8 Criterios para la puntuación de la deficiencia permanente secundaria a trastornos trombóticos

Trastornos trombóticos				
INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	**INTERVALO 0**	**INTERVALO 1**	**INTERVALO 2**	**INTERVALO 3**
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	**0**	**1%-9% 1 5 9**	**15%-25% 15 20 25**	**35%-40% 35 37 40**
FRECUENCIA DE LOS EPISODIOS TROMBÓTICOS (CP)	Sin antecedentes de anomalías trombóticas	Un episodio previo de trombosis	Más de un episodio anterior de trombosis – ninguno en el año anterior	Uno o más episodios trombóticos al año
ESTADO DE HIPERCOAGULA-BILIDAD	Anomalías menores que no se espera que provoquen un estado de hipercoagulabilidad	Mutación heterocigota del factor V de Leiden ***o*** anticoagulante lúpico, anticuerpos anticardiolipina o antifosfolípido, u otro estado de hipercoagulabilidad leve	Concentración de proteína C o S < 35% del normal ***o*** deficiencia de antitrombina 3 ***o*** Mutación homocigotica del factor V de Leiden ***o*** anticoagulante lúpico, anticuerpos anticardiolipina o antifosfolípido, u otro estado de hipercoagulabilidad moderado	Dos de los siguientes: Concentración de proteína C o S < 35% del normal ***y/o*** Mutación homocigota del factor V de Leiden ***Y/o*** anticoagulante lúpico, anticuerpos anticardiolipina o antifosfolípido, u otro estado de hipercoagulabilidad grave

Asignar el 40% si la persona reúne los dos criterios para el intervalo de gravedad 3; y el 35% si sólo reúne el criterio principal.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

9.7 INFECCIÓN POR VIH

9.7.1 Normas para la evaluación de la deficiencia en casos de infección por VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana)

En la situación de coinfección del VIH y del Virus de la Hepatitis C (VHC) y tras la constatación documentada de fracaso terapéutico en la erradicación de este último, o infección por VHC no tratadas, se evaluará con un mínimo de 33%.

Los resultados objetivos de las pruebas diagnósticas son el criterio principal.Utilizando la anamnesis y la repercusión de la enfermedad por VIH sobre las AVD (Se tendrá como referente la puntuación obtenida en el "Baremo de Limitaciones en la Actividad" BLA) como factores modificador de grado, dentro del intervalo asignado

9.7.2 Criterios generales de evaluación en infección por VIH

TABLA 9.10 Criterios para la puntuación de la deficiencia permanente secundaria a enfermedad por VIH

Enfermedad por VIH					
INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	**INTERVALO 0**	**INTERVALO 1**	**INTERVALO 2**	**INTERVALO 3**	**INTERVALO 4**
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	**0**	**3%-15% 3 6 9 12 15**	**16-24% 16 18 20 22 24**	**25%- 49% 25 30 35 40 49**	**50%-75% 50 60 65 70 75**
ANAMNESIS	No precisa tratamiento.	Precisa tratamiento antirretrovírico para controlar los signos y síntomas de la enfermedad	Precisa tratamiento antirretrovírico y tratamiento médico constante para prevenir las infecciones oportunistas – antecedentes de infecciones previas	Precisa tratamiento antirretrovírico constante y tratamiento crónico supresor, con al menos una infección oportunista activa o de tres a seis episodios que hayan requerido asistencia médica en el último año.	Precisa tratamiento antirretrovírico constante y tratamiento crónico supresor, con al menos dos infecciones oportunistas activas o más de seis episodios que hayan requerido asistencia médica en el último año y/o infecciones oportunistas que hayan requerido de ingreso hospitalario al menos una vez por año en los últimos años
PRUEBAS OBJETIVAS (CP)	Recuento de CD4 > 800 ***o*** (PCR) para VIH < 50	Recuento de CD4 > 500 pero ≤ 800 ***o*** PCR para VIH > 50.000	Recuento de CD4 > 200 pero < 500	Recuento de CD4 < 200 pero > 100*	Recuento de CD4 ≤ 100

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

REPERCUSION SOBRE LAS AVD	Sin limitación en las AVD	Con limitación leve en las AVD	Con limitación leve en las AVD	limitación moderada en las AVD	Limitada la capacidad de mantener de forma independiente el cuidado personal limitación grave a total en las AVD
PCR. Reacción en cadena de la Polimerasa (Carga Viral) * Aquellos adultos cuyas cifras de CD4 sean menores de 200 en el último año tendrán un porcentaje mínimo de discapacidad del 33%.					

9.7.3 Evaluación de la deficiencia por infección de VIH en la infancia:

Las personas menores de 13 años en clase C3 (clasificación de 1994) tendrán un porcentaje mínimo de discapacidad del 33%, con carácter provisional, para una vez superada esa edad realizar una evaluación de la deficiencia permanente siguiendo los criterios generales.

9.8 ENFERMEDADES SISTEMICAS AUTOINMUNES Y CONECTIVOPATIAS QUE CURSEN EN BROTES

Habitualmente en situaciones cronificadas de estas condiciones de salud se podrán objetivar deficiencias permanentes en los órganos diana, como pueden ser las articulaciones, que deberán evaluarse según los criterios de los capítulos correspondientes. Si dichas condiciones de salud no son suficientemente evaluadas en su capítulo de referencia, y con periodos de remisión de la sintomatología variable, podrán evaluarse de forma “global” en esta sección como metodología alternativa a la de los capítulos correspondientes, en cuyo caso no podrá combinarse con las puntuaciones de deficiencia de dichos capítulos. En todo caso la evaluación se realizará con carácter provisional.

Criterio especial de frecuencia: En los casos de diagnóstico objetivo de enfermedad sistémica autoinmune o conectivopatía en la cual se documente médicamente un número superior a 6 episodios anuales de reactivación o brotes que requieren atención médica e intensificación del tratamiento, dicha situación por si misma podrá considerarse como criterio principal y le incluiría a la persona en el intervalo 3 de gravedad. En todo caso dicha evaluación será provisional y será revisable a los 2 años.

Tabla 9.11 Criterios para puntuar la deficiencia en enfermedades sistémicas autoinmune conectivopatías y condiciones reumáticas que cursen en brotes con manifestaciones articulares y extraarticulares del estado general no evaluable en otros apartados.

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	**INTERVALO 0**	**INTERVALO 1**	**INTERVALO 2**	**INTERVALO 3**	**INTERVALO 4**
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	**0**	**1%-14%** **1 4 7 10 14**	**15%-29%** **15 18 21 24 29**	**30%-44%** **30 33 36 39 44**	**45%-65%** **45 50 55 60 65**
ANAMNESIS* - (CP):	Antecedentes previos de conectivopatía con ausencia de síntomas actuales	Síntomas o signos de conectivopatia mínimos frecuentes o síntomas leves ocasionales	Síntomas o signos de conectivopatia leves frecuentes, o bien síntomas o signos moderados ocasionales	Síntomas o signos de conectivopatia moderados frecuentes o bien síntomas o signos graves ocasionales	Síntomas o signos de conectivopatia graves frecuentes o bien síntomas o signos extremos ocasionales)

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

		y Si cursa en brotes en remisión en el último año ***Y*** Precisa tratamiento continuo u ocasional	y Si cursa en brotes su frecuencia de remisión es superior a seis meses en el último año ***Y*** Precisa tratamiento continuado***	y Si cursa en brotes su frecuencia de remisión es inferior seis meses en el último año ***y*** Precisa tratamiento continuado***	y Si cursa en brotes su frecuencia de remisión es inferior a un mes en el último año ***y*** Precisa tratamiento continuado***
EXPLORACIÓN FÍSICA**	Uso de EESS y estática y marcha sin alteración No se objetivan alteraciones anatómicas residuales en ninguna región corporal	Uso de EESS y/o estática y marcha con alteración leve y/o alteraciones anatómicas residuales leves en alguna región corporal	Uso de EESS y/o estática y marcha con alteración leve a moderada y/o alteraciones anatómicas residuales leves a moderadas en varias regiones corporales	Uso de EESS y/o estática y marcha con alteración moderada a grave y/o alteraciones anatómicas residuales moderadas a graves en varias regiones corporales	Uso de EESS y/o estática y marcha con alteración grave a total y/o alteraciones anatómicas residuales graves y generalizadas
RESULTADOS DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	Sin anomalías objetivas	Se objetivan pruebas o alteraciones analíticas leves	Se objetivan pruebas o alteraciones analíticas leves a moderadas	Se objetivan pruebas o alteraciones analíticas moderadas a graves	Se objetivan pruebas o alteraciones analíticas graves

*Se toman como referencia las frecuencias y niveles de gravedad de los síntomas y signos expuestos en los "Criterios generales de graduación" en las "Normas generales de valuación de la Deficiencia Global de la Persona"
**Se utilizaran las tablas 3.10 y 3.17 de Alteración funcional de EESS y 3.11 Trastornos de la estática y la marcha. Que se utilizaran en este caso como criterio secundario de ajuste y no como criterio principal
*** A la puntuación se le añadirá la CCT en función del tratamiento que precise.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

CAPÍTULO 10: SISTEMA RESPIRATORIO

CONSIDERACIONES GENERALES EN LA EVALUACIÓN DEL SISTEMA RESPIRATORIO:

Sólo serán objeto de evaluación aquellas personas que presenten enfermedades crónicas consideradas no recuperables en cuanto a la función, con un curso clínico no inferior a seis meses desde el diagnóstico e inicio del tratamiento. No deben ser consideradas las alteraciones funcionales transitorias y reversibles.

La evaluación de la deficiencia se fundamentará en el resultado de pruebas funcionales objetivas, como la espirometría forzada, la capacidad de difusión del monóxido de carbono, y la medida de la capacidad de ejercicio, complementada con criterios clínicos.

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.

Cuando la enfermedad respiratoria curse en brotes, la evaluación de la deficiencia que pueda producir se realizará en los períodos intercríticos. Para la evaluación de estas situaciones, se documentará médicamente la temporalidad según la frecuencia y duración de los episodios

En las evaluaciones de la deficiencia se incluye la CCT, por lo que no se debe generar una evaluación adicional por este concepto.

Tabla 10.1 Escala modificada de disnea (mMCR)

GRADO	LIMITACION EN LA ACTIVIDAD
0	Ausencia de disnea excepto al realizar ejercicio intenso.
1	Disnea al andar deprisa en llano, o al andar subiendo una pendiente poco pronunciada.
2	La disnea le produce una incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad caminando en llano o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso.
3	La disnea hace que tenga que parar a descansar al andar unos 100 metros o después de pocos minutos de andar en llano.
4	La disnea impide al paciente salir de casa o aparece con actividades como vestirse o desvestirse

TABLA 10-2: Clasificación de la deficiencia para la intensidad del trabajo físico prolongado en función del consumo de oxígeno

Intensidad de esfuerzo para una persona de 70 kg[a]	Consumo de oxígeno	Gasto energético añadido (METs estimados)
Leve	7 ml/kg; 0,5 l/min	<2
Moderada	8-15 ml/kg; 0,6-1,0 l/min	2-4
Intensa	16-20 ml/kg; 1,1-1,5 l/min	5-6
Muy intensa	21-30 ml/kg; 1,6-2,0 l/min	7-8
Extrema	>30 ml/kg; >2,0 l/min	>8

[a] Adaptado de Astrand y Rodahl.[47] MET indica equivalentes metabólicos (múltiplos de la recaptación de oxígeno en reposo)

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS

La deficiencia total de la persona (DTP) secundaria a la afectación pulmonar, se basa fundamentalmente en la gravedad de la pérdida de función pulmonar objetivada mediante los resultados de diferentes pruebas objetivas **(Criterio Principal (CP) que se utiliza en este capítulo).**

Los criterios secundarios de ajuste **(CSA),** en este caso, son la anamnesis y la exploración física. Los pasos generales para determinar el intervalo de deficiencia y el porcentaje dentro de dicho intervalo, se indican en la Tabla 10-3.

Tabla 10.3 Criterios evaluación de la deficiencia permanente secundaria a alteración pulmonar

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	**INTERVALO 0 Nula**	**INTERVALO 1 Leve**	**INTERVALO 2 Moderada**	**INTERVALO 3 Grave**	**INTERVALO 4 Muy Grave**
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DCT (%)	0	**2%-10% 2 4 6 8 10**	**11%-23% 11 14 17 20 23**	**24%-40% 24 28 32 36 40**	**45%-65% 45 50 55 60 65**
ANAMNESIS	Sin síntomas actuales **y/o** disnea intermitente que no requiere tratamiento mMCR 0	Disnea controlada con tratamiento intermitente o continuo **o** disnea leve, intermitente, a pesar de tratamiento continuo mMCR 1	Disnea persistente leve a pesar de tratamiento continuo **o** disnea moderada, intermitente, a pesar de tratamiento continuo mMCR 2 o persona trasplantada	Disnea persistente moderada a pesar de tratamiento continuo **o** disnea grave intermitente, a pesar de tratamiento continuo mMCR 3	Disnea persistente grave a pesar de tratamiento continuo **o** Disnea extrema, intermitente, a pesar de tratamiento continúo. mMCR 4
EXPLORACIÓN FÍSICA	Sin signos actuales de enfermedad	Signos ausentes con tratamiento continuo **o** signos leves intermitentes	Signos leves persistentes a pesar de tratamiento continuo **o** signos moderados intermitentes	Signos moderados persistentes a pesar de tratamiento continuo **o** signos graves intermitentes	Signos graves persistentes a pesar de tratamiento continuo **o** signos extremos intermitentes
PRUEBAS OBJETIVAS (CP)					
CVF	CVF ≥80% del teórico **y**	CVF entre el 70% y el 79% del teórico **o**	CVF entre el 60% y el 69% del teórico **o**	CVF entre el 50% y el 59% del teórico **O**	CVF inferior al 50% del teórico **o**
FEV_1 (VEF1 o VEM1 o VEMS)	**FEV_1** ≥80% del teórico **y**	**FEV_1** entre el 65% y el 79% del teórico o	**FEV_1** entre el 64% y el 55% del teórico o	**FEV_1** entre el 45% y el 54% del teórico o	**FEV_1** inferior al 45% o

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

FEV_1/CVF (%)	**FEV_1 /** CVF(%) en el límite inferior de la normalidad y/o (>75% del teórico	**FEV_1** //CVF(%) entre el 65% y el 75%	**FEV_1** /CVF(%) entre el 64% y el 55%	**FEV_1 /** CVF(%) entre el 45% y el 54% del teórico	**FEV_1 /** CVF(%) inferior al 45%
	y	**o**	**o**	**O**	**o**
DLCO (TLCO)	DLCO≥75% del teórico o	DLCO entre el 65% y el 74% del teórico o	DCO entre el 55% y el 64% del teórico o	DLCO entre el 45% y el 54% del teórico O	DLCO inferior al 45% del teórico o
Pa O2				Pa O2 basal <70mmm/HG (sin oxigenoterapia y confirmado al menos en tres ocasiones)	Pa O2 basal <60mmm/HG(sin oxigenoterapia y confirmado al menos en tres ocasiones)
VO_2 max	>25 ml/(kg·min)	entre 22 y 25 ml/(kg·min)	entre 21 y 18 ml/(kg·min)	entre 17 y 15 ml/(kg·min)	<15 ml/(kg·min)
MET	>8 METs	7-8 METs	6-7 METs	5-6 METs	<5 METs

- mMCR: Escala modificada de disnea
- CVF: Indica la capacidad vital forzada
- VEM1: El volumen espiratorio máximo durante el primer segundo;
- DLCO, la capacidad de difusión del monóxido de carbono;
- VO_2 max, el consumo máximo de oxígeno
- METs estimados, equivalentes metabólicos (múltiplos de la recaptación de oxígeno en reposo).

* La puntuación de la deficiencia en las personas trasplantadas incluirá la CCT y las posibles complicaciones por la inmunosupresión

- Se tomarán en consideración los valores espirometricos obtenidos tras la broncodilatación

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE CONDICIONES DE SALUD ESPECÍFICAS

10.1. ASMA Y OTRAS ENFERMEDADES HIPERREACTIVAS DE LA VÍA AÉREA

Tabla 10.4. Criterios para la puntuación de la deficiencia permanente secundaria al asma

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3	INTERVALO 4
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	0	**2%-10% 2 4 6 8 10**	**11%-23% 11 14 17 20 23**	**24%-44% 24 29 34 39 44**	**45%-65% 45 50 55 60 65**
ANAMNESIS **HALLAZGOS CLÍNICOS (MEDICACIÓN MÍNIMA NECESARIA, FRECUENCIA DE LOS ATAQUES, ETC.)**	No precisa medicación	Uso ocasional de broncodilatador (uso no diario) Asma intermitente o persistente leve 0 Síntomas < de una vez a la semana	Inhalación diaria a bajas dosis de esteroides (<500mcg/día de beclometasona o equivalente: 1:1 con budesónida y1:2 con fluticasona) Asma persistente leve o moderada o Síntomas > una vez a la semana	Inhalación diaria a dosis medias o altas (de 500 a 1000 mcg por día) de esteroides y/o períodos breves de esteroides orales y broncodilatador de vida media larga. Uso diario de esteroides, sistémicos e inhalados y uso diario del máximo tratamiento con broncodilatadores Asma persistente moderado o grave o Sintomas diários discontínuos	Asma no controlada con tratamiento Asma persistente grave o Sintomas diários contínuos
PORCENTAJE TEÓRICO MÁXIMO DEL FEV1 TRAS BRONCODILATACIÓN	> 80%	70%-80%	60%-69%	50%-59%	<50%
PRUEBAS OBJETIVAS PARA GRADUAR LA HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL (CP) PC_{20} mg/ml[b]	>6	3-5	2-0,51	0,5-0,25	<0,24

El **criterio PC_{20}** indica y mide el grado de hiperreactividad bronquial. **De manera alternativa**, el porcentaje teórico de **FEV1** tras la prueba broncodilatadora se puede utilizar **como criterio principal (CP)**. **)**.En los casos en los que el criterio objetivo de hiperreactividad bronquial no esté disponible, los dos tipos de hallazgos considerados en cada intervalo de la anamnesis se utilizaran como criterios secundarios de ajuste.

10.2. NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD Y ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES DIFUSAS (EPID)

La evaluación debe realizarse utilizando los hallazgos establecidos en los criterios para la evaluación de la deficiencia de la disfunción pulmonar (Tabla 10.3).

Criterio especial de frecuencia para el asma, neumonitis por hipersensibiliad y EPID: En los casos en los que aunque la persona en situación basal intercrisis esté incluido en intervalo de gravedad 0,1 o 2 pero que sufra episodios de agudización documentados cada 2 meses o

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

una media de 6 episodios al año, que requieran tratamiento hospitalario de al menos 24 horas, el criterio de frecuencia se considerará como Criterio Principal (CP) y será evaluado con un porcentaje de discapacidad de 33%.Cuando el paciente cumpla esos mismos criterios de frecuencia y su situación basal esté incluida en el intervalo de gravedad 3 se le asignará un porcentaje de discapacidad de 60 %.

Estas situaciones deberán estar documentadas médicamente, precisándose un año de mantenimiento de la situación clínica para efectuar la evaluación. En todo caso, se realizará una evaluación provisional revisable a los dos años.

10.3. NEUMOCONIOSIS

La evaluación debe realizarse utilizando los hallazgos establecidos en los criterios para la calificación de la deficiencia de la disfunción pulmonar (Tabla 10.3).

10.4. TRASTORNOS DEL SUEÑO Y OTRAS DEFICIENCIAS RELACIONADAS CON EL APARATO RESPIRATORIO (SÍNDROMES DE APNEA - HIPOPNEA DURANTE EL SUEÑO (SAHS)

La presencia de SAHS debidamente tratada y sin complicaciones documentadas, se puntuará en función de la Carga de Cumplimiento de Tratamiento **entre el 3% y el 5% de deficiencia total de la persona.**

10.5. REAGUDIZACIONES POR BRONQUIECTASIAS Y ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

Cuando el paciente, como complicación de las bronquiectasias o EPOC, presente infecciones broncopulmonares que requieran asistencia hospitalaria o de urgencias documentada, con una periodicidad igual o superior a **una cada dos meses** o una **media de seis al año**, y la reagudización de su sintomatología suponga un grado de limitación moderado para realizar las AVD, podrá ser considerada esta situación como Criterio Principal (CP) y será incluido en el intervalo de gravedad 3 (24-44%), considerando en estos casos los criterios de Exploración física y Pruebas objetivas como secundarios.

Si el paciente presenta la misma frecuencia de infecciones broncopulmonares con asistencia hospitalaria documentada y/o su grado de limitación para realizar las AVD es grave será incluido en intervalo de gravedad 4 (45 -65%).

Estas situaciones deberán estar documentadas médicamente, precisándose un año de mantenimiento de la situación clínica para efectuar la valoración. En todo caso se realizará una evaluación provisional revisable a los dos años.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

10.6. MUCOVISCIDOSIS O FIBROSIS QUÍSTICA DE PÁNCREAS

El porcentaje de discapacidad asignado por la deficiencia respiratoria se combinará con el correspondiente a la afectación de otros aparatos y sistemas: gastrointestinal, endocrinológico, enfermedades metabólicas óseas, etc.

En caso de que existan neumonías de repetición, serán de aplicación los mismos criterios que los definidos para las bronquiectasias y EPOC.

10.7. NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEOS DE REPETICIÓN

La evaluación será provisional, siendo el evaluador quien establezca el periodo de revisión: Se evaluarán solo aquellos que se presenten con frecuencia igual o superior a uno cada dos meses o una media de seis al año y se incluirán en el intervalo de gravedad 3 (24-44%)

10.8. ALTERACIONES CIRCULATORIAS PULMONARES (EMBOLISMO PULMONAR E HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR)

En algunos trastornos circulatorios pulmonares, como la hipertensión arterial pulmonar primaria o secundaria a tromboembolismo pulmonar (TEP), las manifestaciones cardíacas pueden ser mucho más importantes que las respiratorias.

Para la evaluación de deficiencias causadas por disfunción pulmonar debida a **Tromboembolismo Pulmonar (TEP)** se siguen los criterios de la Tabla 10.3.- Criterios para la evaluación de la deficiencia permanente secundaria a alteración pulmonar. El porcentaje de deficiencia producido por esta disfunción deberá combinarse con el originado por la insuficiencia cardíaca derecha (tabla 8.14) o con los trastornos trombóticos (Tabla 9.8), en aquellas personas que los presenten.

Para la evaluación de deficiencias causadas por disfunción pulmonar debida a **Hipertensión pulmonar** se siguen los criterios del capítulo 8: Deficiencias del Sistema Cardiovascular que figuran en la Tabla 8.14.-Criterios para la puntuación de la deficiencia permanente secundaria a enfermedades de la arteria pulmonar

10.9. COR PULMONALE

La insuficiencia respiratoria crónica provoca hipertensión pulmonar y fracaso ventricular derecho. Se observa como insuficiencia cardíaca congestiva: ingurgitación yugular, hepatomegalia, edemas con fovea en zonas declives. Su evaluación siguen los criterios del capítulo 8: Deficiencias del Sistema Cardiovascular que figuran en la Tabla 8.14.

10.10. TRASPLANTE DE PULMÓN:

Se evalúa doce meses después del tratamiento, se procede a su evaluación con base en el estado funcional de la persona siguiendo los criterios para la evaluación de la deficiencia de la disfunción pulmonar. En todo caso se le incluirá como mínimo en el intervalo de gravedad 2 de la tabla 10.3 con puntuaciones de 11% a 23%. Dicha puntuación de la deficiencia en las personas trasplantadas incluirá la CCT y las posibles complicaciones por la inmunosupresión.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

CAPÍTULO 11: SISTEMA DIGESTIVO

Si existen problemas GI en los que la sintomatología se presenta en ausencia de lesión deberá evaluarse su probable origen psicógeno. Ejemplos de estos problemas son el reflujo gastroesofágico, el síndrome del colon irritable, el colon espástico, la constipación crónica o el dolor crónico abdominal de origen desconocido. Si el evaluador considera que problemas como éstos, que por otra parte, no se puntúan mediante lo expuesto en las secciones y tablas de este capítulo, interfieren de manera negativa sobre las AVD, puede aumentarse la puntuación final en un 3% sobre la deficiencia corporal total, no obstante, se requiere al evaluador que justifique esta determinación.

No serán objeto de evaluación aquellas patologías susceptibles de tratamiento quirúrgico mientras éste no se lleve a cabo. En estos casos la valoración deberá realizarse una vez se ha conseguido la situación de MMC.

Cuando la enfermedad digestiva produzca manifestaciones extraintestinales no sistémicas (caso de la colangitis esclerosante primaria en la colitis ulcerosa) deberá combinarse el porcentaje de originado por la deficiencia del tubo digestivo, con el porcentaje correspondiente a las otras manifestaciones.

En casos de trastornos de la conducta alimentaria como en la anorexia nerviosa o bulimia, podemos encontrarnos con importante repercusión sobre el IMC (Índice de Masa Corporal) con caquexia u obesidad así como síntomas y signos clínicos de diferente intensidad, pertenecientes a diversos sistemas: digestivo (dispepsia, colitis ..), hematopoyético, (anemia, neutropenia..) endocrino metabólico (amenorrea), osteoarticular (osteoporosis) conductuales y psiquiátricos, entre otros, con una repercusión variable sobre el funcionamiento y la necesidad de ingresos hospitalarios. Como norma general, para evitar duplicidades, y salvo casos excepcionales, la clínica se evaluara conjuntamente según la puntuación de la tabla 2.7: Criterios Generales para la puntuación de la deficiencia de los trastornos de la alimentación, incluido en la sección de trastornos de la conducta alimentaria, del capitulo 2.

El concepto de CCT se aplica en este capítulo según lo que se indica en el Apéndice sobre CCT. Debido a la diversidad de la utilización sistémica de corticoides, se asigna un 3% adicional a la puntuación de deficiencia cuando se administra este tratamiento de forma diaria para controlar una enfermedad; no obstante, para su evaluación se requiere la justificación del evaluador.

Los programas de nutrición parenteral domiciliarios, a la vez que mejoran la vida diaria, pueden repercutir en sus AVD; este impacto adicional se tiene en cuenta al añadir puntos al porcentaje, derivados de la "Carga de Cumplimiento del Tratamiento" (CCT) para la puntuación de deficiencia del tracto gastrointestinal (GI), con un porcentaje de deficiencia adicional del 10%.

La pérdida de peso es un hallazgo fundamental para evaluar la gravedad y las consecuencias de los trastornos del tracto gastrointestinal (GI), y suele ser el hallazgo más significativo de la exploración física. Para evaluar la deficiencia secundaria a los trastornos digestivos, se determina el peso deseable a partir de las Tablas 11-1 y 11-2.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

TABLA 11-1Pesos ideales para hombres en función de la altura y de la constitución corporal

Altura en cm	Peso en Kg		
	Franja inferior	Franja media	Franja superior
157	58,0-60,7	59,2-63,9	62,5-67,8
160	59,0-61,7	60,3-64,9	63,5-69,4
163	60,0-62,7	61,3-66,0	64,5-71,1
165	60,8-63,5	62,1-67,0	65,3-72,5
168	61,8-64.6	63,2-68,7	66,4-74,7
170	62,5-65,7	64,3-69,8	67,5-76,1
173	63,6-67,3	65,9-71,4	69,1-78,2
175	64,3-68,3	66,9-72,4	70,1-79,6
178	65,4-70,0	68,6-74,0	71,8-81,8
180	66,1-71,0	69,7-75,1	72,8-83,3
183	67,7-72,7	71,3-77,2	74,5-85,4
185	68,7-74,1	72,4-78,6	75,9-86,8
188	70,3-76,2	74,4-80,7	78,0-89,4
190	71,4-77,6	75,4-82,2	79,4-91,2
193	73,5-79,8	77,6-84,8	82,1-93,9

(Se ha considerado vestimenta de interior por un peso de 2,3 Kg. y zapatos con una suela de 2,5 cm)

TABLA 11-2 Pesos ideales para mujeres en función de la altura y de la constitución corporal

Altura en cm	Peso en Kg		
	Franja inferior	Franja media	Franja superior
147	46,2-50,2	49,3-54,7	53,3-59,3
150	46,7-51,3	50,3-55,9	54,4-60,9
152	47,1-52,1	51,1-57,0	55,2-61,9
155	48,1-53,6	52,2-58,6	56,8-63,6
157	48,8-54,6	53,2-59,6	57,8-64,6
160	50,3-56,2	54,9-61,2	59,4-66,7
163	51,9-57,8	56,4-62,8	61,0-68,8
165	53,0-58,9	57,5-63,9	62,0-70,2
168	54,6-60,5	59,2-65,5	63,7-72,4
170	55,7-61,6	60,2-66,6	64,8-73,8
173	57,3-63,2	61,8-68,2	66,4-75,9
175	58,3-64,2	62,8-69,2	67,4-76,9
178	60,0-65,9	64,5-70,9	69,0-78,6
180	61,0-66,9	65,6-71,9	70,1-79,6
183	62,6-68,4	67,0-73,4	71,6-81,2

(Se ha considerado vestimenta de interior por un peso de 1,4 kg y zapatos con una suela de 2,5 cm)

En algunos casos para calcular el peso ideal, también puede ser útil calcular el **Índice de Masa Corporal (IMC)** según la formula (IMC= Peso (Kg.) / Altura (m)²) siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para la clasificación internacional del estado nutricional

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Clasificación de la OMS del estado nutricional de acuerdo con el IMC[4]		
Clasificación	**IMC (kg/m²)**	
	Valores principales	**Valores adicionales**
Bajo peso	**<18,50**	**<18,50**
Delgadez severa	<16,00	<16,00
Delgadez moderada	16,00 - 16,99	16,00 - 16,99
Delgadez leve	17,00 - 18,49	17,00 - 18,49
Normal	18,5 - 24,99	18,5 - 22,99
		23,00 - 24,99
Sobrepeso	**≥25,00**	**≥25,00**
Preobeso	25,00 - 29,99	25,00 - 27,49
		27,50 - 29,99
Obesidad	**≥30,00**	**≥30,00**
Obesidad leve	30,00 - 34,99	30,00 - 32,49
		32,50 - 34,99
Obesidad media	35,00 - 39,99	35,00 - 37,49
		37,50 - 39,99
Obesidad mórbida	≥40,00	≥40,00

La obesidad exógena no es un trastorno del tracto GI. No obstante en aquellos casos que se consideren irreversibles tras el fracaso documentado de todas las medidas terapéuticas podrá evaluarse según los criterios expuestos en el capítulo de enfermedades endocrino metabólicas. Las consecuencias anatómicas de la cirugía bariátrica se puntúan según lo descrito en la sección del tracto digestivo superior de este capítulo.

PROCEDIMIENTO PARA LA DETERMINACIÓN DE LA DEFICIENCIA EN SISTEMA DIGESTIVO

Los intervalos de grado deficiencia descritos en las Tablas de la 11-3 a la 11-10 y las puntuaciones porcentuales reflejan las anomalías anatómicas, fisiológicas y funcionales a nivel del órgano y sistema y el impacto de la enfermedad del tracto GI en la capacidad para realizar AVD incluyendo las modificaciones de la dieta.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Tabla 11.3 Criterios para puntuar la deficiencia del tracto digestivo superior (esófago, estómago, y duodeno, intestino delgado y páncreas).

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3	INTERVALO 4
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	**0**	**1%-14%** **1 4 7 10 14**	**15%-29%** **15 18 21 24 29**	**30%-44%** **30 33 36 39 44**	**45%-65%** **45 50 55 60 65**
ANAMNESIS (CP):	Antecedentes previos de enfermedad del tracto digestivo superior; ausencia de síntomas actuales	Síntomas o signos de enfermedad de tracto digestivo superior, mínimos frecuentes o síntomas leves ocasionales ***y*** precisa tratamiento continuo u ocasional	Síntomas o signos de enfermedad de tracto digestivo superior,leves frecuentes, o bien síntomas moderados ocasionales y Si cursa en brotes su frecuencia de remisión es superior a seis meses ***Y*** ***Precisa*** medicación diaria y/o requiere restricciones dietéticas o Persona trasplantada*	Síntomas o signos de enfermedad de tracto digestivo superior moderados frecuentes o bien síntomas graves ocasionales y Si cursa en brotes su frecuencia de remisión es inferior seis meses ***Y*** ***precisa*** medicación diaria y/o requiere restricciones dietéticas	Síntomas o signos de enfermedad de tracto digestivo superior graves frecuentes o bien síntomas extremos ocasionales) y Si cursa en brotes su frecuencia de remisión es inferior a un mes ***Y*** ***precisa*** medicación diaria y/o requiere restricciones dietéticas **o** Alimentación parenteral
EXPLORACIÓN FÍSICA	Mantiene peso ideal	Mantiene peso ideal	Pérdida ponderal inferior al 10% del peso ideal debida a trastorno del tracto digestivo superior	Pérdida ponderal entre el 10-20% por debajo del peso ideal debida a trastorno del tracto digestivo superior	Pérdida ponderal superior al 20% por debajo del peso ideal debida a trastorno del tracto digestivo superior
RESULTADOS DE LAS PRUEBAS OBJETIVAS	Sin anomalías objetivas	Se objetiva alteración anatómica o deficiencia funcional leve	Se objetiva alteración anatómica o deficiencia funcional moderada	Se objetiva alteración anatómica o deficiencia funcional grave	Se objetiva alteración anatómica o deficiencia funcional extrema ***o*** ausencia completa del órgano

* La puntuación de la deficiencia en las personas trasplantadas incluirá la CCT y las posibles complicaciones por la inmunosupresión

En el intervalo 1, como la pérdida de peso no contribuye a la puntuación de la deficiencia, la presencia tanto de los síntomas como de las anomalías objetivadas indica una puntuación del 7%. Los síntomas sin anomalías en las pruebas objetivas justifican sólo el 1% de deficiencia.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Tabla 11.4 Criterios para puntuar la deficiencia colónica o rectal.

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3	INTERVALO 4
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	**0**	**1%-14% 1 4 7 10 14**	**15%-29% 15 18 21 24 29**	**30%-44% 30 33 36 39 44**	**45%-65% 45 50 55 60 65**
ANAMNESIS (CP)	Antecedentes previos de enfermedad del tracto colónico o rectal, no se espera reaparición; sin síntomas activos	Síntomas o signos de enfermedad colónica o rectal leves ocasionales o síntomas mínimos continuos **y** precisa tratamiento continuo u ocasional	Síntomas o signos de enfermedad colónica o rectal leves frecuentes o signos y síntomas moderados ocasionales a pesar de tratamiento diario y/o restricciones dietéticas adecuadas **y** Si cursa en brotes su frecuencia de remisión es superior a los seis meses	Síntomas o signos de enfermedad colónica o rectal moderados frecuentes o signos y síntomas graves ocasionales a pesar de tratamiento diario y/o restricciones dietéticas adecuadas **y** Si cursa en brotes su frecuencia de remisión es inferior a los seis meses	Síntomas o signos de enfermedad colónica o rectal graves frecuentes o bien síntomas extremos ocasionales a pesar de tratamiento diario y/o restricciones dietéticas adecuadas **y** Si cursa en brotes su frecuencia de remisión es inferior a un mes
EXPLORACIÓN FÍSICA	Ausencia de signos de enfermedad colónica o rectal	Signos ocasionales de enfermedad colónica o rectal; nutrición normal	Manifestaciones constitucionales como fiebre anemia, anorexia,.. o pérdida de peso por debajo del peso ideal que no supera el 10%	Pérdida de peso entre un 10% y 20% por debajo del peso ideal secundaria a trastorno colónico o rectal	Pérdida de peso superior al 20% respecto al peso ideal secundaria a trastorno colónico o rectal
RESULTADOS DE LAS PRUEBAS OBJETIVAS	No hay anormalidades objetivas	Se objetiva alteración anatómica o deficiencia funcional leve	Se objetiva alteración anatómica o deficiencia funcional moderada	Se objetiva alteración anatómica o deficiencia funcional grave	Se objetiva alteración anatómica o deficiencia funcional extrema con posible corrección quirúrgica o ausencia completa del órgano

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

En la exploración física se refiere al peso corporal ideal (PCI) y no en la pérdida de peso por sí misma y los hallazgos deben estar presentes en el momento de la exploración para que puedan puntuarse.

En los casos de afectación rectal cuya sintomatología se evalúe conforme la tabla 11.4 y en los que se tome como criterio evaluativo de referencia la incontinencia fecal, se evaluará preferentemente conforme los criterios de la tabla 11.5, pero no por ambas.

Tabla 11.5 Criterios para puntuar la deficiencia permanente secundaria a enfermedad anal

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3	INTERVALO 4
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	**0**	**1%-5% 1 2 3 4 5**	**6%-10% 6 7 8 9 10**	**12%-20% 12 14 16 18 20**	**22%-30% 22 24 26 28 30**
ANAMNESIS	Antecedentes previos de enfermedad anal; ausencia de síntomas actuales	Síntomas o signos de enfermedad anal mínimos frecuentes o síntomas leves ocasionales ***y*** precisa tratamiento continuo u ocasional	Síntomas o signos de enfermedad anal leves frecuentes o síntomas moderados ocasionales a pesar del tratamiento diario de la enfermedad **y** Si cursa en brotes su frecuencia de remisión es superior a los seis meses	Síntomas o signos de enfermedad anal moderados frecuentes o síntomas graves ocasionales a pesar de la medicación diaria y/u otros tratamientos **y** Si cursa en brotes su frecuencia de remisión es inferior a los seis meses	Síntomas o signos de enfermedad anal graves frecuentes o síntomas extremos ocasionales a pesar de la medicación diaria y/u otros tratamientos **y** Si cursa en brotes su frecuencia de remisión es inferior a un mes
EXPLORACIÓN FÍSICA (CP)	Ausencia de signos de enfermedad anal	Signos de enfermedad orgánica anal leves frecuentes o continuos	Signos de enfermedad orgánica anal moderados frecuentes o continuos ***o*** pérdida leve del mecanismo del esfínter anal	Signos de enfermedad orgánica anal graves frecuentes o continuos **o** pérdida moderada del mecanismo del esfínter anal	Signos de enfermedad orgánica anal extremos frecuentes o continuos **o** pérdida completa del mecanismo del esfínter anal
RESULTADOS DE LAS PRUEBAS OBJETIVAS	Pruebas normales	Se objetiva evidencia mínima de enfermedad anal o rectal	Se objetiva evidencia leve de enfermedad crónica anal o rectal con alteración anatómica o deficiencia funcional leve	Se objetiva evidencia moderada de enfermedad crónica anal o rectal con alteración anatómica o deficiencia funcional moderada	Se objetiva evidencia grave de enfermedad crónica anal o rectal con alteración anatómica o deficiencia funcional grave

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

TABLA 11-6 Deficiencias derivadas de la creación quirúrgica de estomas

Tipo de estoma	% de deficiencia corporal total
Esofagostomía	20%
Gastrostomía	20%
Yeyunostomía	20%
Ileostomía	20%
Anastomosis ileoanal con reservorio	10%
Colostomía	20%

Las fístulas enterocutáneas espontáneas aparecidas en el curso de una enfermedad del tracto gastrointestinal no se evaluarán si son susceptibles de tratamiento quirúrgico corrector.

Las fístulas crónicas entero vaginales, recto vaginales o perianales se evaluarán siguiendo los criterios de la tabla 14.9 o11.5 en el intervalo de gravedad 3 de las mismas.

No se añade puntuación de deficiencia adicional por CCT a los individuos que los utilizan para nutrición, ya que la carga de cumplimiento del tratamiento (CCT) está incluida en la puntuación de la ostomía.

Si un individuo tiene una estoma quirúrgica permanente, combine el porcentaje ofrecido por las deficiencias derivadas de la creación quirúrgica de estomas, con el estimado en función de los criterios para puntuar la deficiencia de la tabla correspondiente de la sección del órgano implicado

Tabla 11.7. Escala de Child-Pugh

Parámetros	Puntos asignados		
	1	2	3
Encefalopatía	**Ausente**	**Grado 1-2**	**Grado 3-4**
Ascitis	**Ausente**	**Leve**	**Moderada**
Bilirrubina sérica	**< 2 mg/dl**	**2-3 mg/dl**	**>3 mg/dl**
Albúmina sérica	**> 35 g/l**	**28-35 g/l**	**< 28 g/l**
INR / Tiempo de protrombina)	**<1,8**	**1,8-2,3**	**>2,3**
Bilirrubina (en cirrosis biliar primaria)	< 4 mg/dl	4-10 mg/dl	> 10 mg/dl

Child A = 5-6 puntos. (Enfermedad bien compensada)
Child B = 7-9 puntos. (Compromiso funcional significativo)
Child C = 10-15 puntos.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Tabla 11.8: Criterios para la puntuación de la deficiencia hepática.

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3	INTERVALO 4
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	**0**	**1%-14%** **1 4 7 10 14**	**15%-29%** **15.18 21 24 29**	**30%-44%** **30 33 36 39 44**	**45%-65%** **45 50 55 60 65**
ANAMNESIS (CP)	Antecedentes de enfermedad hepática resuelta.	Enfermedad hepática persistente sin síntomas y sin antecedentes de ascitis, ictericia o hemorragia por varices esofágicas en los últimos 3 años; poco probable que la enfermedad progrese **Child-Pugh: A**	Antecedentes de hepatopatía crónica sin síntomas y sin historia de ascitis, ictericia o hemorragia por varices esofágicas en el último año. Persona trasplantada*. **Child-Pugh: A**	Enfermedad hepática crónica progresiva que presenta historia en el último año de manifestaciones ascíticas, ictéricas o hemorragia por varices esofágicas ***o*** encefalopatía hepática. **Child-Pugh: B**	Enfermedad hepática crónica progresiva con historia presente de ictericia**,** ascitis o hemorragia esofágica o varices gástricas persistentes, con manifestaciones de insuficiencia hepática sobre el SNC **Child-Pugh: C**
EXPLORACIÓN FÍSICA[b]	Ausencia de signos de enfermedad hepática o del tracto biliar	Buen estado nutricional. Fuerza conservada. Ausencia de signos de enfermedad hepática o presencia mínima.	Buen estado nutricional. Fuerza conservada. Signos leves de enfermedad hepática.	Signos cutáneos y oculares de enfermedad hepática crónica con afectación moderada del estado nutricional y de la fuerza	Estado nutricional deficiente
RESULTADOS DE LAS PRUEBAS OBJETIVAS[c]	Pruebas normales	Las pruebas bioquímicas, de imagen y/o estudios funcionales indican alteración leve de la función o trastornos primarios del metabolismo de la bilirrubina Fibrosis 0 a 1 **Fibroscan <7**	Las pruebas bioquímicas, de imagen y/o estudios funcionales indican daño hepático moderado o alteración de la función Fibrosis 2 **Fibroscan 7 a 9,4**	Las pruebas bioquímicas, de imagen y/o estudios funcionales indican daño hepático grave con repercusión sistémica de la enfermedad tal como alteración de las proteínas, de la albúmina o de los criterios de coagulación Fibrosis 3 **Fibroscan 9,4 a 12**	Las pruebas bioquímicas, de imagen y/o estudios funcionales indican daño hepático extremo e irreversible con repercusión sistémica significativa de la enfermedad tal como alteración de las proteínas, de la albúmina o de los criterios de coagulación Fibrosis 4 **Fibroscan > 12**

- Si no se realiza la exploración física, no considere este factor en la puntuación.
- Los hallazgos hematológicos y neurológicos se puntúan según lo indicado para esos sistemas y se *combinan* con la puntuación de deficiencia hepática.

* La puntuación de la deficiencia en las personas trasplantadas incluirá la CCT y las posibles complicaciones por la inmunosupresión

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Tabla 11.9 Criterios para la puntuación de la deficiencia del tracto biliar

Enfermedad del tracto biliar				
INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	**INTERVALO 0**	**INTERVALO 1**	**INTERVALO 2**	**INTERVALO 3**
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	**0**	**1%-9% 1 3 5 7 9**	**11%-19% 11 13 15 17 19**	**21%-29% 21 23 25 27 29**
ANAMNESIS (CP)	Antecedentes de enfermedad del tracto biliar.	Deficiencia ocasional del tracto biliar o antecedentes de colecistectomía	Deficiencia recurrente del tracto biliar con enfermedad reparable entre episodios	Deficiencia irreparable del tracto biliar con colangitis recurrente y/o Necesidad de endoprotesis biliar permanente
EXPLORACIÓN FÍSICA[b]	Ausencia de signos de enfermedad del tracto biliar	Signos intermitentes de enfermedad del tracto biliar – ausencia de ictericia	Signos recurrentes de enfermedad del tracto biliar – episodios intermitentes de ictericia	Episodios recurrentes de dolor en cuadrante abdominal superior derecho e ictericia permanente
RESULTADOS DE LAS PRUEBAS OBJETIVAS	Pruebas normales	Las pruebas de laboratorio y los estudios de imagen muestran enfermedad leve del tracto biliar	Las pruebas de laboratorio y los estudios de imagen indican enfermedad moderada del tracto biliar	Las pruebas de laboratorio y los estudios de imagen muestran enfermedad crónica grave del tracto biliar

Tabla 11.10. Criterios para la puntuación de la deficiencia por hernias de la pared abdominal

Hernia					
INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	**INTERVALO 0**	**INTERVALO 1**	**INTERVALO 2**	**INTERVALO 3**	**INTERVALO 4**
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	**0**	**1%-5% 1 3 4**	**5% 13% 5 9 13**	**16%-22% 16 19 22**	**25%-30% 25 27 30**
ANAMNESIS	Antecedentes de hernia intervenida en la actualidad sin síntomas	Antecedentes de hernia intervenida con molestia ocasional leve en la localización del defecto que no afecta a la mayoría de las actividades diarias	Antecedentes de hernia intervenida con molestia frecuente en la localización del defecto que limita el coger peso (mayor de 23 Kg. en el caso de los hombres; 16 Kg. en el caso de las mujeres.) Con limitación leve en las AVD	Antecedentes de hernia intervenida o irreparable molestia frecuente en la localización del defecto que limita de forma leve a moderada las actividades diarias	Antecedentes de hernia intervenida o irreparable que presenta limitación de moderada a grave en la mayoría de las actividades diarias por molestia o factores anatómicos
EXPLORACIÓN FÍSICA (CP)	Ausencia de signos físicos	Defecto palpable en las estructuras de soporte de la pared abdominal ***y*** protusión leve en la localización del defecto con aumento de la presión abdominal - fácilmente reducible	Defecto palpable en las estructuras de soporte de la pared abdominal ***y*** protusión moderada en la localización del defecto con aumento de la presión abdominal - fácilmente reducible	Defecto palpable en las estructuras de soporte de la pared abdominal ***y*** protusión grave en la localización del defecto persistente e irreducible	Defecto palpable en las estructuras de soporte de la pared abdominal ***y*** protusión completa e irreductible de la pared abdominal
Si un individuo se clasifica en la clase 4, tanto por la anamnesis como por la exploración física, se puntúa con un 30%. Si no, se escoge el grado inferior.					

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

CAPÍTULO 12: SISTEMA ENDOCRINOMETABOLICO

En este capítulo se evalúan únicamente los hallazgos clínicos no atribuibles a la alteración de otros órganos y sistemas, como serían la fatiga, astenia, debilidad y pérdida de peso etc. Aquellos otros hallazgos debidos a trastornos locales o a distancia se evaluarán siguiendo los criterios del capítulo correspondiente al órgano, sistema o función alterada, debiéndose combinar posteriormente ambos porcentajes.

Evaluación de la obesidad: La obesidad es un trastorno metabólico muy frecuente en cuyo origen nos encontramos múltiples factores: metabólicos, genéticos, culturales, conductuales etc. En general no será considerada como una deficiencia permanente y se evaluara en todo caso la comorbilidad asociada a ella una vez alcanzada la Máxima Mejoría Clínica (MMC), no la obesidad en sí misma. Excepcionalmente, en casos en los que la evaluación no quede lo suficientemente reflejada en otros apartados y cumpliendo criterios: 1º. De obesidad mórbida con IMC > 40; 2º. Después de haber fracasado y agotado todos los intentos terapéuticos médicos y quirúrgicos, y estar estos documentados, podrá evaluarse como deficiencia permanente, tomando como criterio principal para la graduación de la misma, la repercusión de esta sobre las actividades diarias, según la puntuación obtenida en el Baremo de Limitación en la Actividad (BLA)

12.1.a.- Deficiencias basadas en la carga de cumplimiento del tratamiento. Tablas y Reglas para determinar el total de puntos de la CCT

1. **Tratamiento farmacológico:** Los puntos en concepto de CCT se asignan en función de la frecuencia de uso y la vía de administración.

Tabla 12.1 Tratamientos farmacológicos enterales, nasales y tópicos

Frecuencia de dosificación	Puntos
Sin pauta (a demanda)	1
1-2 veces por día	2
> 2 veces al día	2

Tabla 12.2. Tratamientos farmacológicos parenterales

Frecuencia de dosificación	Puntos
Parenteral, una o menos veces a la semana	2
> de una vez a la semana pero < una vez al día	3
1-2 veces por día	4
>2 veces por día	5

2. **Modificaciones dietéticas**: Los puntos en concepto de CCT se asignan cuando se necesita tratamiento dietético para controlar o modificar el trastorno endocrinológico.

Tabla 12.3 Puntuaciones asignadas para las modificaciones dietéticas

Modificación	Puntos
Modificaciones dietéticas – mínimas	2
Modificaciones dietéticas – moderadas	5
Modificaciones dietéticas – rigurosas	10

3. **Deficiencia secundaria a procedimientos invasivos (DPI):** Actualmente, este método de puntuación de la deficiencia se realiza sólo para el control de la glucosa sanguínea de las

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

personas diabéticas, pero puede utilizarse como modelo si se necesitan otros tipos de controles para supervisar enfermedades endocrinológicas diferentes.

Tabla 12.4 Puntuaciones asignadas a la deficiencia secundaria a procedimientos invasivos

Procedimiento	Puntos
Control de glucemia – 1 vez al día	1
Control de glucemia – 2 veces al día	2
Control de glucemia – 3 veces al día	3
Control de glucemia - ≥ 4 veces al día	4

Cómputo total de la Carga del Tratamiento

Puntos por tratamiento farmacológico + puntos por modificaciones dietéticas + puntos por DPI = CCT total

La deficiencia endocrina se reflejará fundamentalmente en su CCT, por tanto y a diferencia de otros capítulos, para la determinación de la deficiencia endocrinológica total de la persona, la puntuación resultante una vez obtenido el CCT, no se sumará al final de dicho capítulo, sino que se utilizará desde un principio para asignar un intervalo concreto de gravedad y como criterio secundario de modificador de grado. En todo caso el porcentaje final asignado tendrá que ser igual o superior a la puntuación CCT.

DEFICIENCIAS DEBIDAS A ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDROCRINOMETABÓLICO

TABLA 12-5 Criterios para la puntuación de la deficiencia secundaria a trastornos del eje hipotálamo-hipofisario.

Eje hipotálamo-hipofisario					
INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	**INTERVALO 0**	**INTERVALO 1**	**INTERVALO 2**	**INTERVALO 3**	**INTERVALO 4**
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	**0**	**1%-3% 1 2 3**	**4%-6% 4 5 6**	**7%-10% 7 ~~8~~ 9 10**	**11%-14% 11 12 14**
ANAMNESIS (CP)	Presencia de trastorno hipotálamo-hipofisario. No precisa tratamiento	Presencia de trastorno hipotálamo-hipofisario. Precisa tratamiento intermitente. Ausencia de síntomas residuales	Presencia de trastorno hipotálamo-hipofisario. Precisa tratamiento diario. Ausencia de síntomas residuales	Presencia de trastorno hipotálamo-hipofisario. Precisa tratamiento diario. Síntomas residuales leves	Presencia de trastorno hipotálamo-hipofisario. Precisa tratamiento diario. Síntomas residuales moderados a graves
CCT	0 puntos	1-2 puntos	3-6 puntos	7-10 puntos	>11 puntos

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

TABLA 12.6 Criterios para la puntuación de la deficiencia secundaria a trastornos del tiroides

Trastornos del tiroides			
INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	**INTERVALO 0**	**INTERVALO 1**	**INTERVALO 2**
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	**0**	**1%-5%** **1 2 3 4 5**	**6%-10%** **6 7 8 9 10**
ANAMNESIS (CP)	Presencia de trastorno tiroideo. No requiere tratamiento. Ausencia de síntomas residuales	Presencia de trastorno tiroideo. Requiere tratamiento. Ausencia de síntomas residuales	Presencia de trastorno tiroideo. Requiere tratamiento. Se demuestra alteración hormonal a pesar del tratamiento y síntomas residuales
EXPLORACIÓN FÍSICA	Exploración del tiroides normal	Bocio residual o nódulo destacable estéticamente ≤ 1,5 cm	Bocio residual o nódulo destacable estéticamente > 1,5 cm
CCT	0 puntos	1-3 puntos	≥ 4 puntos

TABLA 12.7 Criterios para la puntuación de la deficiencia secundaria a trastornos de las paratiroides.

Trastornos de las paratiroides			
INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	**INTERVALO 0**	**INTERVALO 1**	**INTERVALO 2**
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	0	**1%-3%** **1 2 3**	**4%-8%** **4 5 6 7 8**
ANAMNESIS (CP)	Presencia de trastorno paratiroideo. No requiere tratamiento. Ausencia de síntomas residuales	Presencia de trastorno paratiroideo. Requiere tratamiento. Ausencia de síntomas residuales	Presencia de trastorno paratiroideo. Requiere tratamiento. Presencia de signos residuales
EXPLORACIÓN FÍSICA	Exploración física y calcemia normales	Exploración física y calcemia normales	Presencia de signos residuales y/o calcemia anómala
CCT	0 puntos	1-2 puntos	≥ 3 puntos

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

TABLA 12-8 Criterios para la puntuación de la deficiencia secundaria a trastornos de la corteza adrenal.

Trastornos de la corteza adrenal				
INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	**INTERVALO 0**	**INTERVALO 1**	**INTERVALO 2**	**INTERVALO 3**
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	**0**	**1%-4%** **1 2 ~~3~~ 4**	**5%-9%** **5 7 9**	**10%-20%** **10 15 20**
ANAMNESIS (CP)	Presencia de trastorno adrenal. No requiere tratamiento. Asintomático	Presencia de trastorno adrenal. Requiere tratamiento. Ausencia de signos y/o síntomas residuales. Ausencia de anomalías bioquímicas	Presencia de trastorno adrenal. Requiere tratamiento. Presenta síntomas residuales de la enfermedad activa. Ausencia de anomalías bioquímicas	Presencia de trastorno adrenal. Requiere tratamiento. Presenta síntomas residuales de enfermedad activa. Anomalías bioquímicas
CCT	0 puntos	1-4 puntos	5-7 puntos	≥ 8 puntos

TABLA 12.9 Criterios para la puntuación de la deficiencia secundaria a alteraciones de la médula suprarrenal.

Trastornos de la médula adrenal					
INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	**INTERVALO 0**	**INTERVALO 1**	**INTERVALO 2**	**INTERVALO 3**	**INTERVALO 4**
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	**0**	**1%-5%** **1 3 5**	**6%-15%** **6 10 15**	**20%-30%** **20 25 30**	**40%-60%** **40 50 60**
ANAMNESIS	Presencia de trastorno de médula adrenal. No requiere tratamiento. Asintomático	Presencia de trastorno de médula adrenal. Requiere tratamiento. No síntomas residuales	Presencia de trastorno de médula adrenal. Presenta signos y síntomas de exceso de catecolaminas que pueden ser controlados con agentes bloqueantes la mayor parte del tiempo (>50%).	Presencia de trastorno de médula adrenal. Presenta signos y síntomas de exceso de catecolaminas que pueden ser controlados con agentes bloqueantes algunas veces (> 24% y 50%) del tiempo	Presencia de trastorno de médula adrenal. Presenta signos y síntomas de exceso de catecolaminas que pueden ser controlados con agentes bloqueantes en contadas ocasiones (<25% del tiempo).
CCT	0 puntos	1-3 puntos	4-6 puntos	7-10 puntos	> 11 puntos

12.7. A CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA SECUNDARIA A DIABETES MELLITUS

Criterio de situación especial de frecuencia de descompensaciones: En aquellos pacientes que por causa diferente al mal seguimiento del tratamiento y normas higiénico-

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

dietéticas, requiera de hospitalizaciones periódicas por descompensaciones agudas de su Diabetes, con una periodicidad de dos o más por año y con una duración de más de 48 horas cada una, se le atribuirá un porcentaje mínimo de deficiencia del 33%. En todo caso la evaluación será provisional y revisable cada dos años.

Consideraciones especiales de evaluación de la diabetes en la infancia y la adolescencia. Los menores que requieran obligatoriamente la ayuda de un adulto más de 3 o cuatro veces por día para la administración de la insulina y control de las glucemias, se clasificaran como criterio principal en el intervalo 4 provisionalmente, hasta adquirir una independencia en su tratamiento.

TABLA 12-10 Criterios para la puntuación de la deficiencia permanente secundaria a diabetes mellitus y síndrome metabólico.

Diabetes mellitus					
INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	**INTERVALO 0**	**INTERVALO 1**	**INTERVALO 2**	**INTERVALO 3**	**INTERVALO 4**
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	**0**	**1%-5% 1 2 3 4 5**	**6%-10% 6 7 8 9 10**	**11%-15% 11 12 13 14 15**	**16%-28% 16 19 22 25 28**
ANAMNESIS (CP)	Antecedentes de intolerancia a la glucosa, diagnosticada a nivel bioquímico, que no requiere tratamiento o modificación dietética	Diabetes y/o Síndrome metabólico, diagnosticada a nivel bioquímico, con tratamiento único oral relativamente sencillo y régimen dietético; no se utiliza insulina.	Diabetes y/o Síndrome metabólico, diagnosticada generalmente bien controlada a nivel bioquímico, con tratamiento a base de 2-3 fármacos orales o insulina y modificaciones dietéticas	Diabetes diagnosticada a nivel bioquímico, generalmente no bien controlada con ≥4 fármacos orales o insulina y modificaciones dietéticas importantes. Puede haber signos de vasculopatía o polineuropatía diabética como retinopatía o micro albuminuria	Diabetes diagnosticada a nivel bioquímico, que no se controla de manera adecuada con ningún régimen terapéutico y cumplimiento del mismo y de modificaciones dietéticas intensas. Se objetiva por determinaciones repetidamente anómalas de glucose. Evidencia de vasculopatía o polineuropatía diabética
RESULTADOS DE LAS PRUEBAS OBJETIVAS	HbA1c normal <0,06 (<6%)	HbA1c normal, 0,06-0,065 (6%-6,5%)	HbA1c normal-elevada, 0,06-0,08 (6,6%-8%)	HbA1c elevada, 0,081-0,10 (8,1%-10%)	HbA1c elevada, >0,10 (>10%)
CCT	0 puntos	1-5 puntos	6-10 puntos	11-15 puntos	≥ 16 puntos
HbA1c (Hemoglobina glucosilada): Muestra la cantidad promedio de azúcar en su sangre durante tres meses. Los menores que requieran obligatoriamente la ayuda de un adulto más de 3 o cuatro veces por día para la administración de la insulina y control de las glucemias, se clasificaran como criterio principal en el intervalo 4 provisionalmente, hasta adquirir una independencia en su tratamiento.					

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

TABLA 12-11 Criterios para la puntuación de la deficiencia secundaria a hipoglucemia

Hipoglucemia			
INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	**INTERVALO 0**	**INTERVALO 1**	**INTERVALO 2**
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	0	**1 2 3 4 5**	**6 7 8 9 10**
ANAMNESIS (CP)	Antecedentes de hipoglucemia, demostrada bioquímicamente, que no requiere ningún tratamiento	Antecedentes de hipoglucemia, demostrada bioquímicamente, controlada con tratamiento	Antecedentes de hipoglucemia, demostrada bioquímicamente, no controlada con el tratamiento
RESULTADO DE LAS PRUEBAS OBJETIVAS	HbA1c normal < 0,06 (<6%)	HbA1c normal, 0,06-0,065 (6%-6,5%)	HbA1c normal-elevada, 0,06-0,08 (6,6%-8%)
CCT	0 puntos	1-5 puntos	≥ 6 puntos

TABLA 12-12 Criterios para la puntuación de la deficiencia secundaria a trastornos gonadales

Trastornos gonadales				
INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	**INTERVALO 0**	**INTERVALO 1**	**INTERVALO 2**	**INTERVALO 3**
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	**0**	**1%-5%** **1 2 3 4 5**	**6%-10%** **6 7 8 9 10**	**11%-15%** **11 12 13 14 15**
ANAMNESIS (CP)	Trastorno gonadal establecido bioquímicamente. Asintomático	Trastorno gonadal establecido bioquímicamente. Síntomas leves. Tratamiento recomendado pero dependiente de los síntomas	Trastorno gonadal establecido bioquímicamente. Síntomas moderados o secuelas físicas Tratamiento muy recomendado	Trastorno gonadal establecido bioquímicamente. Esterilidad demostrada por la alteración de la función hormonal
EXPLORACIÓN FÍSICA	Ausencia de anomalías secundarias al trastorno gonadal	Ausencia de anomalías	Ligera alteración del fenotipo corporal	Alteración del peso corporal o de la talla secundaria a la anomalía hormonal
CCT	0 puntos	1-2 puntos	3-4 puntos	≥ 5 puntos[c]

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

TABLA 12-13 Criterios para la puntuación de la deficiencia secundaria a trastornos mamarios

Trastornos mamarios			
INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	**INTERVALO 0**	**INTERVALO 1**	**INTERVALO 2**
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	**0**	**1%- 9%** **1 5 9**	**10%-15%** **10 12 15**
ANAMNESIS (CP)	Asintomático; Mama restaurada estéticamente	Antecedentes de problemas con la lactancia, galactorrea o desfiguración de la mama; puede requerir tratamiento o no La deficiencia secundaria a la desfiguración se aplica a cada mama de manera independiente; los resultados se combinan	Antecedente de mastectomía no tributaria de cirugía estética y/o reparadora
SIGNOS FÍSICOS	Ninguno	La capacidad para la lactancia puede estar presente o no. Desfiguración leve a moderada de una o ambas mamas	Ambas mamas extirpadas quirúrgicamente ***o*** Deformidad estética grave en ambas mamas sin capacidad para la lactancia

Las anomalías estéticas leves a moderadas se puntúan del 1% al 9% de deficiencia total de la persona y pueden establecerse en ambos sexos. Cada mama se puntúa de manera independiente y la deficiencia para cada mama se combina antes de establecer la deficiencia final mamaria. Se establece un máximo del 9% de deficiencia total de la persona, cuando la desfiguración afecta a ambas mamas.

La incapacidad para la lactancia y los problemas asociados con la galactorrea se aplican a ambas mamas simultáneamente. En contraposición a los aspectos estéticos, cada mama no se puntúa de manera independiente de la otra. Por lo tanto, se establece una puntuación máxima del 5% de deficiencia total de la persona para la persona que presente estos problemas.

La incapacidad para la lactancia condiciona una situación de deficiencia sólo para mujeres en edad reproductiva, con capacidad para quedarse embarazadas. La galactorrea se valora en ambos sexos.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

TABLA 12-14 Criterios para la puntuación de la deficiencia secundaria a enfermedad metabólica ósea

Enfermedad metabólica ósea			
INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	**INTERVALO 0**	**INTERVALO 1**	**INTERVALO 2**
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	**0**	**1%-3%** **1 2 3**	**4%-6%** **4 5 6**
ANAMNESIS (CP)	Antecedentes de osteoporosis; no requiere tratamiento	Antecedentes de osteoporosis; requiere tratamiento	Antecedentes de osteoporosis grave o refractaria al tratamiento continuado
RESULTADOS DE LAS PRUEBAS OBJETIVAS	Densitometría anómala en el pasado, actual normal. Puntuación T-score actual ≥-1	Densitometría anómala con osteopenia Puntuación T-score actual ≤ -1 pero >-2,5	Densitometría anómala con osteoporosis Puntuación T-score actual ≤ -2,5

Tabla 12.15 Criterios para la puntuación de la deficiencia secundaria a hipocrecimiento

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	**INTERVALO 0**	**INTERVALO 1**	**INTERVALO 2**
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	**0**	**1%-24%** **1 12 24**	**25%-49%** **25 34 49**
	Talla > de 145 cm en adultos o superior a menos 5 desviaciones estándar durante el periodo de crecimiento, **y** No hay limitación de las actividades relacionadas con la locomoción, disposición del cuerpo y destreza	Talla entre 135 y 145 cm en adultos o entre menos 5 y menos 7 desviaciones estándar durante el periodo de crecimiento, **y** Existe limitación leve de las actividades relacionadas con la locomoción, disposición del cuerpo y destreza derivada de su talla.	Talla menor de 134 cm en adultos o de menos 8 desviaciones estándar durante el periodo de crecimiento, **y** Existe limitación moderada de las actividades relacionadas con la locomoción, disposición del cuerpo y destreza derivada de su talla.

Se incluye la desviación típica o desviación estándar, que es imprescindible para evaluar a los menores que se encuentran fuera de los percentiles 3 y 97 y comparar entre sí sujetos de distintas edades

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

CAPÍTULO 13: NEOPLASIAS

PRINCIPIOS DE EVALUACIÓN

1. Criterios generales: El grado de deficiencia a que se hace referencia en los criterios para la asignación **del intervalo de grado** en la enfermedad tumoral está basado en el diagnóstico de extensión tumoral y pronóstico del mismo).

Las pruebas objetivas (clasificación del estadio tumoral) se considerarán como **criterio principal** que asignará el grado central del intervalo, utilizando la anamnesis y la repercusión de la enfermedad tumoral sobre las AVD (Se tendrá como referente la puntuación obtenida en el "Baremo de Limitaciones en la Actividad" BLA) como factores modificador de grado, dentro del intervalo asignado.

2. Consideraciones especiales de la metodología de evaluación: La evaluación de la deficiencia causada por neoplasias por este capítulo está más indicada para evaluar la repercusión de las mismas cuando constituyen una deficiencia única o contemplando el diagnóstico como principal o para evaluar globalmente a la persona en los casos más graves, En todo caso, para evitar duplicidad en la evaluación, será **"alternativa"** a la evaluación de dicha patología tumoral en su capítulo correspondiente...

3. Evaluación y tratamiento: En el caso de las personas con procesos neoplásicos sometidas a tratamientos potencialmente curativos se deberá evaluar cuando se haya alcanzado la máxima mejoría clínica (MMC). En los casos de tratamiento quirúrgico aislado, la evaluación se hará a los seis meses después de la intervención.

4. Secuelas de tratamiento y propias de la neoplasia: El porcentaje de deficiencia debido a hallazgos producidos por secuelas del tratamiento recibido, si las hubiere, generadas por cirugías preventivas, curativas o paliativas, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia u otras, y las directamente causadas por la neoplasia, se utilizarán normalmente como modificadores de grado dentro del intervalo de gravedad asignado a la neoplasia, caso de evaluarse por este capítulo.

5. Consideraciones especiales para la evaluación de procesos neoplásicos en la infancia y la adolescencia. La evaluación de las neoplasias en la infancia y adolescencia seguirá unas pautas especiales, teniendo en cuenta que estos tumores no siguen de forma general el estadiaje normalizado de las neoplasias en adultos y a que de forma habitual el diagnóstico de cáncer o algunas neoplasias benignas precisan de unos tratamientos especiales y agresivos que repercuten en el funcionamiento diario y la situación emocional tanto sobre el menor como sobre su familia a cargo.

Por todo ello y en los casos en los que se presente un informe del médico oncólogo tratante, en el que conste que precisen de tratamientos de alta intensidad con riesgo grave de infección y/o toxicidad, o ingresos frecuentes, se podrá asignar un intervalo de grado 3.

Esta evaluación tendrá siempre un carácter temporal y se hará una revisión entre 1 y 2 años, y con posterioridad, en función de la edad, de los procesos terapeúticos que precisen y de las posibilidades evolutivas y rehabilitadoras, se realizarán nuevas revisiones hasta que pueda

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

concretarse curación o remisión completa del proceso neoplásico o bien la situación de deficiencia pueda considerarse como permanente.

6. Periodicidad de la revisión de casos: el tiempo mínimo requerido para evaluar a una persona después de realizados los tratamientos será de seis meses, ahora bien en personas en situación terminal o con secuelas graves, la periodicidad de evaluación la determina el especialista oncólogo de acuerdo al pronóstico de la patología.

Tabla 13.1 Clasificación por extensión (TNM)

T: Tumor primario (profundidad de la invasión del cáncer)			
Tx	**T0**	**Tis**	**T1,T2,T3,T4,**
No evaluable	Sin evidencia clínica de tumor primario	Invasión *in situ*	De acuerdo con el tamaño o extensión local del tumor primario
N: Ausencia o Presencia de Compromiso de Ganglios Linfáticos Regionales			
Nx	**N0**	**N1,N2,N3**	
No evaluable	Sin metástasis en ganglios linfáticos	Según el compromiso regional de los nódulos linfáticos	
M: Ausencia o Presencia de Metástasis a distancia (enfermedad metastásica)			
Mx	**M0**	**M1**	
No evaluable	Sin evidencia de metástasis a distancia	Con existencia demostrada de metástasis	

Tabla 13.2 Clasificación por estadios.

Estadio	**Carcinoma Oculto**	**I**		**II**		**III**		**IV**
Tumor primitivo	**Tx**	**T1**	**T1**	**T2**	**T2**	**T3**	**T4**	**Cualquier T**
Metástasis en ganglios linfáticos	**NO**	**NO**	**N1**	**NO**	**N2**	**N2**	**N3**	**Cualquier N**
Metástasis a distancia (enfermedad metastásica)	**MO**	**MO**	**MO**	**MO**	**MO**	**MO**		**M1**

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

CRITERIOS PARA LA ASIGNACIÓN DEL PORCENTAJE DE DEFICIENCIA ATRIBUIBLE A NEOPLASIAS

Tabla 13.3. Evaluación de la deficiencia concerniente a las enfermedades neoplásicas.

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	**INTERVALO 0**	**INTERVALO 1**	**INTERVALO 2**	**INTERVALO 3**	**INTERVALO 4**
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	0	**1% al 9%** **1 3 5 7 9**	**10% al 24%** **10 12 15 17 24**	**25% al 49%** **25 35 40 45 49**	**50% al 75%** **50 55 60 65 75**
Anamnesis (Síntomas y Tratamiento)	Sin síntomas en la actualidad	Después del tratamiento o la remisión espontánea presenta un periodo libre de enfermedad superior a dos años y/o **Secuelas residuales leves**	Después del tratamiento o la remisión espontánea presenta un periodo libre de enfermedad inferior a dos años y/o **Secuelas residuales leves**	Remisión clínica luego de recaída local o a distancia(dos años) y/o **Secuelas residuales moderadas**	Sin respuesta a los tratamientos instituidos o sin posibilidad médica de tratamiento o recidiva posterior a cirugía radical. El TTº es solo sintomático, paliativo o ambos y/o **Secuelas residuales graves**
Repercusión sobre AVD (Baremo BLA)	Insignificante	Leve	Leve	Moderada	Grave o total
Estudios clínicos o resultados de pruebas objetivas (Clasificación TNM)*CP	Normales en la actualidad	Estadio I ó Tis (carcinomas "in situ")	Estadio II	Estadio III	Estadio IV: Evidencia de metástasis a distancia.

**Criterio principal, Estos estadios son definidos por el oncólogo con base en el TNM propio de cada neoplasia o para los casos en que el cáncer no tenga un sistema de calificación definido se tomara el que informe el médico oncólogo tratante...*

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

CAPÍTULO 14: SISTEMA GENITOURINARIO

PRINCIPIOS DE EVALUACION

Es preciso tener en cuenta que la enfermedad renal no es estática, disponiéndose actualmente de métodos eficaces de tratamiento que han modificado el pronóstico vital de los enfermos renales. Esto hace necesaria su revisión periódica, teniendo presente la posibilidad de mejoría tras las intervenciones terapéuticas adecuadas (trasplante renal, cirugía de vías urinarias, etc.).Únicamente en el caso de que exista contraindicación explícita de tratamiento potencialmente curativo no será necesario proceder a una revisión; el resto de los casos serán revisables con periodicidad al menos bienal.

En personas sometidas a trasplante renal la evaluación se efectuará en la situación de Máxima Mejoría Clínica (MMC) de acuerdo con la función renal residual y en todo caso según la Tabla 14.2 en la clase 2 de gravedad. Se tendrá en cuenta dentro la puntuación asignada, la CCT del tratamiento inmunosupresor y las posibles complicaciones de la inmunosupresión. Si ha de evaluarse previo a alcanzar la MMC, durante ese periodo de tiempo se mantendrá el porcentaje de deficiencia si lo hubiere y se procederá a revisar de oficio cuando se alcance dicha MMC.

La CCT se ha incluido especialmente en los trastornos que precisan diálisis. Además, el uso de esteroides a dosis altas durante largos períodos de tiempo (más de dos años en régimen diario) se asocia con algunos efectos sistémicos; esta situación se presenta en algunas personas con insuficiencia renal.

En el supuesto de que existan deficiencias cuya sintomatología pueda ser atribuida a más de una de las regiones del sistema genitourinario (como en el caso de la incontinencia urinaria), dicha deficiencia se evaluará solo por la tabla correspondiente a la región que muestre afectación más significativa.

Tabla 14.1 Clasificación de la Enfermedad Renal Crónica según el FG

Estadio de la Enfermedad Renal Crónica (ERC)	Filtrado Glomerular FG (ml / min / 1,73 m2)	GRADUACION DEL PROBLEMA
Estadio 1	≥ 90	Lesión renal con FG normal
Estadio 2	60-89	Lesión renal y ligero descenso del FG
Estadio 3a (IRC)	45-59	Descenso ligero - moderado del FG
Estadio 3b (IRC)	30-44	Descenso moderado de FG
Estadio 4 (IRC)	15-29	Descenso grave de FG
Estadio 5 (IRC)	≤15	Prediálisis
Estadio 5D (IRC)	Diálisis	Diálisis

* IRC (Insuficiencia Renal Crónica)

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

TABLA 14-2 Criterios para la puntuación de la deficiencia permanente secundaria a enfermedad del tracto urinario superior

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3	INTERVALO 4
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	**0**	**1%-13% 1 4 7 10 13**	**16%-32% 16 20 24 28 32**	**36%-52% 36 40 44 48 52**	**55%-75% 55 60 65 70 75**
ANAMNESIS (CP)	Antecedentes de enfermedad del tracto urinario ; ausencia de síntomas actuales o síntomas leves ocasionales ***y*** no se espera recidiva de la enfermedad	Sólo existe un riñón funcionante (salvo casos de trasplante) ***o*** síntomas leves frecuentes o moderados ocasionales de enfermedad de tracto urinario superior a pesar del tratamiento **o** precisa atención medica documentada menos de tres veces o durante menos de 30 días al año (ej.: litiasis renal)	Trasplante renal exitoso* ***o*** síntomas leves continuos o moderados frecuentes y síntomas de enfermedad de tracto urinario superior o alteración que precisa vigilancia habitual y tratamiento frecuente **o** precisa atención médica documentada tres o más veces o durante más de 30 días al año. (ej., pielonefritis crónica)	Síntomas moderados continuos o graves ocasionales de enfermedad de tracto urinario superior que no puede controlarse a pesar del tratamiento médico continuado (Ej.: insuficiencia renal en diálisis intermitente)	Síntomas graves continuos, o bien extremos ocasionales de enfermedad de tracto urinario superior que no puede controlarse a pesar de tratamiento médico continuo ***o*** deterioro de la función renal que precisa de diálisis peritoneal **o** hemodiálisis *** durante largos períodos de tiempo
RESULTADOS DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA Y PRUEBAS ESTÁTICAS	Ninguno	Signos intermitentes de enfermedad del tracto urinario superior que no precisan tratamiento continuo o vigilancia	Signos físicos o pruebas consistentes con enfermedad del tracto urinario superior **o** alteración con anomalías leves persistentes, **o** bien anomalías moderadas de manera intermitente	Signos físicos o pruebas consistentes con enfermedad del tracto urinario superior **o** alteración con anomalías moderadas persistentes, **o** bien anomalías graves de manera intermitente o signos de progresión de la ERC en el último año	Signos físicos o pruebas consistentes con enfermedad del tracto urinario superior **o** alteración con anomalías graves persistentes, **o** bien anomalías extremas de manera intermitente
PRUEBAS OBJETIVAS DE FUNCIÓN RENAL	Pruebas normales ERC 1 y 2 **	Disminución leve de la función del tracto superior: tal como demuestra el aclaramiento de creatinina entre 75-90 l/24h (52-62,5 ml/min) ERC 2 y 3a**	Disminución ligero-moderada de la función del tracto superior: tal como demuestra el aclaramiento de creatinina entre 60-74 l/24h (40-51 ml/min) ERC 3a y 3b**	Disminución moderada-grave de la función del tracto superior: tal como demuestra el aclaramiento de creatinina entre 40-50 l/24h (28-39 ml/min) ERC 3b y 4**	Disminución grave a total de la función del tracto superior: tal como demuestra el aclaramiento de creatinina inferior a 40 l/24h (inferior a 28 ml/min) ERC 5 y 5D**

* La puntuación de la deficiencia en las personas trasplantadas incluirá la CCT y las posibles complicaciones por la inmunosupresión
** Según clasificación de ERC de tabla 14.1
*** Para el intervalo de gravedad 4, escoja el 55% si se realiza diálisis peritoneal, 65% si se trata mediante modiálisis.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Ocasionalmente en algunos casos de insuficiencia renal crónica (IRC) grave o rápidamente progresiva, en los que a criterio del evaluador, la anamnesis no refleje suficientemente la gravedad de la deficiencia, podrá tomarse como criterio principal las pruebas objetivas de función renal.

TABLA 14-3 Criterios para la puntuación de la deficiencia permanente secundaria a trastornos de la derivación urinaria

Tipo de derivación	Porcentaje de deficiencia corporal total %
Ureterointestinal	20%
Ureterostomía cutánea	20%
Nefrostomía	20%

Este porcentaje será combinado con el correspondiente a la enfermedad causal. En el supuesto de que fuese preciso posponer la cirugía se mantendrá la evaluación que existiera previamente, debiendo ser revisada a los seis meses del acto quirúrgico. Si el enfermo rechaza el tratamiento quirúrgico sin causa justificada, no será evaluado.

CRITERIOS PARA LA ASIGNACIÓN DEL PORCENTAJE DE DEFICIENCIA ATRIBUIBLE A SONDAJE URETRAL PERMANENTE

Los enfermos portadores de sondaje uretral permanente serán evaluados con un porcentaje de deficiencia de 20%, que se combinará con el correspondiente a la enfermedad por la que fue indicada la sonda uretral permanente, excepto en el caso de que se trate de una incontinencia urinaria.

TABLA 14-4 Criterios para la puntuación de la deficiencia permanente secundaria a enfermedad de la vejiga urinaria.

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDADDTP (%)	**0**	**1%-9% 1 3 5 7 9**	**10%-19% 10 13 15 17 20**	**21%-30% 21 23 25 27 30%**
ANAMNESIS (CP)	Antecedentes de enfermedad de vejiga urinaria sin secuelas	Síntomas de intensidad leve frecuente o moderada ocasional (polaquiuria, nicturia **o** goteo posmiccional), con conservación de la función entre episodios	Síntomas leves continuos o moderados frecuentes de dolor o de pérdida del control del esfínter urinario a pesar del tratamiento continuo. Incontinencia urinaria parcial por urgencia, esfuerzo o dolor que precisa uso de absorbentes de forma continuada ***o*** síntomas que precisan un procedimiento de derivación urinaria	Control de esfínter urinario escaso o nulo con autonomía miccional < a 45 minutos **o** Síntomas moderados continuados o graves ocasionales de dolor u otros a pesar de tratamiento. **o** Uso continuado de pañales

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

EXPLORACIÓN FÍSICA Y PRUEBAS DE LABORATORIO	Ausencia de signos de enfermedad vesical urinaria	Signos frecuentes de intensidad leve u ocasionales de intensidad moderada que responden al tratamiento, **o** Alteración anatómica leve	Signos leves continuos o moderados frecuentes a pesar de tratamiento **o** Alteración anatómica moderada	Signos de enfermedad vesical urinaria moderados continuados a pesar del tratamiento o graves ocasionales que responden sólo parcialmente al tratamiento **o** Alteración anatómica grave
RESULTADOS DE LAS PRUEBAS FUNCIONALES DE LA VEJIGA URINARIA (EUD Y CM3D *)	Pruebas normales	Las pruebas, en caso de que se realicen, presentan anomalías leves. Capacidad vesical (>100 ml en CM3D o >150 ml en EUD) Capacidad vesical bajo anestesia > 200 ml	Las pruebas, en caso de que se realicen, presentan anomalías moderadas Capacidad vesical (75-100 ml en CM3D o >100-150 ml en EUD) o Capacidad vesical bajo anestesia 100-200 ml	Las pruebas, en caso de que se realicen, presentan anomalías graves Capacidad vesical disminuida (< 75 ml en CM3D o < 100 ml en EUD) o Capacidad vesical bajo anestesia < 100 ml
* EUD: Estudio urodinámico CM3D: diario miccional 3 días Si la persona reúne todos los hallazgos definitorios de la clase de gravedad 3, desplace el grado de puntuación al máximo permitido en este intervalo				

En los casos de cistectomía con derivación urinaria se evaluará como mínimo en intervalo 2 con una puntuación de 17%, a lo que habrá que añadirse la puntuación según el tipo de derivación (Tabla14.3).

TABLA 14-5 Criterios para la puntuación de la deficiencia permanente secundaria a deficiencia uretral

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3	INTERVALO 4
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	**0**	**1%-5% 1 3 5**	**6%-15% 6 10 15**	**16%-23% 16 19 23**	**24%-28% 24 26 28**
ANAMNESIS	Antecedentes de enfermedad uretral sin secuelas	Síntomas leves frecuentes de trastorno uretral que responden a tratamiento no invasivo o síntomas que se controlan con tratamiento continuo	Síntomas leves continuos a pesar del tratamiento continuo ***o*** síntomas moderados frecuentes que responden a tratamiento (si precisa dilataciones, éstas se realizan con frecuencia inferior a una vez al mes)	Síntomas moderados continuos a pesar de tratamiento continuo ***o*** Síntomas graves ocasionales que responden a tratamiento (si precisa dilataciones, éstas se realizan con frecuencia superior a una vez al mes), **o** bien incontinencia urinaria de esfuerzo.	Síntomas graves continuos a pesar de tratamiento continuo
RESULTADOS OBJETIVOS	Ninguno **o** ausencia de anomalías actuales	Anomalías físicas mínimas del área uretral **o** estenosis que mantiene un calibre amplio de la uretra (objetivado por cistoscopia o	Estenosis residual uretral del 25%-50% evidenciada por cistoscopia, uretroscopia **o** cistouretrografía de evacuación	Fístula en la exploración física ***o*** incontinencia moderada ***o*** estenosis residual uretral del 50-75%	Uretra con alteración física grave ***o*** incontinencia grave ***o*** estenosis residual

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

		uretroscopia), o bien cistouretrografía de evacuación que muestra estenosis inferior al 25%		evidenciada por cistoscopia, uretroscopia o cistouretrografía de evacuación	uretral superior al 75% evidenciada por cistoscopia, uretroscopia ocistouretrografía de evacuación
Se asigna una puntuación superior si se presenta dos criterios de la clase de gravedad 4 o bien la uretra presenta una estenosis superior al 90%.					

TABLA 14-6 Criterios para la puntuación de la deficiencia permanente secundaria a alteración del pene.

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	**0**	**1%-5% 1 3 5**	**6%-10% 6 8 10**	**11%-15% 11 13 15**
ANAMNESIS (CP)	Antecedentes de enfermedad del pene sin secuelas	Función sexual factible con grados variables de dificultad para la erección o con la sensibilidad que responden a tratamiento médico	La función sexual podría ser factible pero con erección insuficiente a pesar del uso de tratamiento. Las personas con implantes peneanos pertenecen a esta categoría si el implante corrige su problema.	Imposibilidad de mantener la función sexual
EXPLORACIÓN FÍSICA O TUMEFACCIÓN NOCTURNA DEL PENE	Pruebas normales	La exploración física o las pruebas presentan anomalías leves	La exploración física o las pruebas presentan anomalías moderadas	La exploración física o las pruebas presentan anomalías graves
Si la persona reúne todos los hallazgos definitorios de la clase de gravedad 3, desplace el grado de puntuación al máximo permitido en este intervalo				

TABLA 14-7 Criterios para la puntuación de la deficiencia permanente secundaria a enfermedad del escroto

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	**0**	**1%-5% 1-3-5**	**6%-10% 6-8-10**	**11%-15% 11 13 15**
ANAMNESIS	Antecedentes de enfermedad escrotal	Dolor leve o molestias con la actividad, sin evidencia de función anómala del testículo	Dolor moderado o molestias con la actividad ligera	Síntomas persistentes de enfermedad escrotal que no se controlan por el tratamiento
EXPLORACIÓN FÍSICA (CP)	Ausencia de signos de enfermedad escrotal	Posibilidad de posición anómala de los testículos	Pérdida escrotal parcial con disminución de la movilidad testicular	Testículos implantados de manera ectópica para preservar la función testicular ***o*** hallazgos asociados a las limitaciones de la movilidad testicular durante la exploración
Si la persona reúne los hallazgos físicos de la clase de gravedad 3 *y* tiene síntomas propios del intervalo de gravedad 3, debería puntuarse con la puntuación máxima de este intervalo.				

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

TABLA 14-8 Criterios para la puntuación de la deficiencia permanente secundaria a enfermedad del testículo, epidídimo y conducto espermático.

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	0	1%-5% **1- 3- 5**	6%-10% **6-8-10**	11%-15% **11-13 -15**
ANAMNESIS	Ausencia de síntomas de enfermedad testicular, del epidídimo o del cordón espermático	Síntomas ocasionales de enfermedad testicular, del epidídimo o del cordón espermático que responde a tratamiento, tal y como ocurre en la epididimitis o en la orquitis	Síntomas frecuentes y controlados sólo mediante tratamiento continuado	Síntomas o signos continuados a pesar de tratamiento continuado
RESULTADOS DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA O DE LAS PRUEBAS (CP)	Ninguno. Ausencia de anomalías de la función seminal u hormonal	Signos ocasionales de enfermedad testicular o del epidídimo: dolor y vaso deferente palpable, así como también dolor y edema. La ecografía, en caso de que se realice, informa de edema del epidídimo o de los testículos	Alteración anatómica persistente o signos físicos en testículos, epidídimo o cordón espermático ***o*** anomalías moderadas del semen o de las hormonas	Pérdida anatómica bilateral o de los órganos sexuales primarios ***o*** ausencia de la función seminal u hormonal
El intervalo de gravedad 3 se reserva para aquellos que presenten pérdida anatómica completa de los órganos sexuales o función seminal u hormonal indetectable				

TABLA 14-9 Criterios para la puntuación de la deficiencia de la próstata.

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	0	**1%-5% 1 3 5**	**6%-10% 6-8-10**	**11%-15% 11-13-15%**
ANAMNESIS	Ausencia de síntomas de alteración de la función prostática y seminal y sin necesidad de tratamiento	Signos y síntomas entre leves y moderados de alteración de la función prostática que no precisan tratamiento continuo IPSS 1-7*	Síntomas frecuentes y moderados de alteración de la función prostática, a pesar del tratamiento continuo IPSS 8-19*	Síntomas frecuentes y graves de alteración de la función prostática que responden sólo parcialmente al tratamiento IPSS 20-35*
ANOMALÍAS FÍSICAS O DE LAS PRUEBAS (CISTOSCOPIA Y/O TC) (CP)	Ausencia de alteración anatómica	Anomalías leves frecuentes o moderadas ocasionales o bien alteración anatómica leve	Anomalías leves continuas o moderadas frecuentes o bien alteración anatómica moderada	Ablación de la próstata y de las vesículas seminales
* *Valores orientativos según la Escala Internacional de Síntomas Prostáticos IPSS (Anexo 14.2)* Si la persona reúne los hallazgos físicos de la clase de gravedad 3 *y* tiene síntomas propios del intervalo de gravedad 3, debería puntuarse con la puntuación máxima de este intervalo.				

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

TABLA 14-10 Criterios para la puntuación de la deficiencia de vulva y vagina

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	0	**1%-8% 1 4 8**	**9%-15% 9 12 15**	**16%-20% 16-18-20%**
ANAMNESIS	Ausencia de síntomas de enfermedad vulvar o vaginal ni interferencia para mantener relaciones sexuales	Signos o síntomas de enfermedad vulvar o vaginal o deformidad que no requiere tratamiento continuo, con sólo interferencias mínimas para mantener relaciones sexuales	Signos o síntomas de enfermedad vulvar o vaginal a pesar de tratamiento continuo ***y*** posibilidad de mantener relaciones sexuales con algún grado de dificultad	Signos o síntomas de enfermedad vulvar o vaginal o deformidad no controlada por el tratamiento ***e*** imposibilidad de mantener relaciones sexuales
RESULTADOS DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA (CP)	En caso de ser premenopáusica, vagina adecuada como canal del parto	En caso de ser premenopáusica, alteración leve de la anatomía de la vagina o de la vulva con repercusión mínima sobre un posible parto vaginal	En caso de ser premenopáusica, alteración moderada de la anatomía de la vagina o de la vulva con posible limitación para un parto vaginal	Alteración importante de la anatomía de la vagina o de la vulva ***y*** en caso de ser premenopáusica, imposibilidad de parto vaginal
Si la persona reúne los hallazgos físicos de la clase de gravedad 3 *y* tiene síntomas propios del intervalo de gravedad 3, debería puntuarse con la puntuación máxima de este intervalo.				

Si la persona se encuentra posmenopáusica, todas las puntuaciones de deficiencia que se sitúen en los intervalos 2 y 3 se ajustan a la baja dos grados por las implicaciones de este hecho sobre la capacidad reproductiva.

TABLA 14-11 Criterios para la puntuación de la deficiencia del cuello uterino y del útero

INTERVALOS DE GRAVEDAD	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3
GRADUACION DE LA GRAVEDAD DTP (%)	0	**1%-8% 1 4 8**	**9%-15% 9 12 15**	**16%-20% 16-18-20%**
ANAMNESIS	Ausencia de signos o síntomas de enfermedad o deformidad del cuello uterino o del útero	Signos o síntomas de enfermedad o deformidad del cuello uterino o del útero que precisa de tratamiento intermitente ***o*** estenosis cervical que, en caso de existir, no necesita tratamiento	Signos o síntomas de enfermedad o deformidad del cuello uterino o del útero que precisa tratamiento continuo ***o*** estenosis cervical que en caso de existir, requiera tratamiento periódico	Signos o síntomas de enfermedad o deformidad del cuello uterino o del útero que no pueden controlarse con tratamiento.
RESULTADOS DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA (CP) * b	Ausencia de alteraciones patológicas en la anatomía del cuello uterino o del útero	Defecto anatómico o deformidad moderada del cuello uterino o pérdida anatómica total uterina en el período postmenopáusico	Estenosis cervical o deformidad o pérdida anatómica grave del cuello uterino o del útero en el período premenopáusico	Estenosis cervical completa o pérdida funcional o anatómica total del cuello uterino y del útero en el período premenopáusico
+ Criterio principal, ya que tanto la patología anatómica como el periodo reproductivo son los principales condicionantes de la deficiencia. Si una persona se sitúa en el intervalo 2 y presenta síntomas que no pueden controlarse, debería puntuarse con el 15% Si la persona reúne los hallazgos físicos de la clase de gravedad 3 y tiene síntomas propios del intervalo de gravedad 3, debería puntuarse con la puntuación máxima de este intervalo. La puntuación máxima de una persona en la etapa postmenopáusica es un 8%.				

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

TABLA 14-12 Criterios para la puntuación de la deficiencia de las trompas de Falopio y ovarios

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	0	**1%-5% 1 3 5**	**6%-10% 6 8 10**	**11-13-15%**
ANAMNESIS	Ausencia de signos o síntomas de enfermedad de las trompas de Falopio o de los ovarios	Signos o síntomas intermitentes de enfermedad de las trompas de Falopio o de los ovarios que no precisan tratamiento continuo	Signos o síntomas de enfermedad o deformidad de las trompas de Falopio o de los ovarios que precisan tratamiento continuo	Signos o síntomas de enfermedad o deformidad de las trompas de Falopio o de los ovarios que no responden al tratamiento
RESULTADOS DE PRUEBAS OBJETIVAS (CP)	Ausencia de alteraciones anatómicas o funcionales de las trompas de Falopio o de los ovarios	Sólo una trompa de Falopio u ovario funciona con normalidad en el período premenopáusico	Enfermedad importante de las trompas de Falopio o de los ovarios, pero la permeabilidad de la trompas aún persiste y es posible la ovulación en el período premenopáusico	Pérdida bilateral de las trompas de Falopio o de los ovarios en el período premenopáusico
Si la persona reúne todos los hallazgos definitorios de la clase de gravedad 3, desplace el grado de puntuación al máximo permitido en este intervalo				

Ya que tanto la patología anatómica como el estado reproductivo son los principales condicionantes de la deficiencia, no se asigna puntuación de deficiencia si la pérdida se produce en el período posmenopáusico o cuando no se esperan futuros embarazos.

La evaluación en este apartado, con el objeto de no duplicar la evaluación será incompatible con la evaluación de deficiencia gonadal en el capítulo de trastornos endocrinos

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

CAPÍTULO 15: EXTREMIDADES SUPERIORES

15.1 PRINCIPIOS DE EVALUACIÓN

La evaluación de la deficiencia de la extremidad superior debe ser realizada dentro del contexto de las Normas Generales, y sólo cuando los trastornos o lesiones hayan alcanzado la máxima mejoría clínica (MMC), con informe de secuela establecida, por agotadas las medidas terapeúticas indicadas, debiendo transcurrir al menos 6 meses desde el diagnóstico y adecuado tratamiento.

La mayoría de las puntuaciones de deficiencia para la extremidad superior, son calculadas utilizando el método de Deficiencia Basada en el Diagnóstico (DBD).

El intervalo de grado de gravedad de la deficiencia se determina por el diagnóstico **(DBD),** utilizando la parrilla regional correspondiente. Constituyendo el criterio principal o Valor Inicial de Ajuste de la deficiencia (VIAD).

El grado de deficiencia final dentro del intervalo de gravedad se realizará según la metodología de ajuste neto de grado, mediante los Criterios Secundarios de Ajuste **(CSA)** que incluyen: la historia funcional (HF), el examen físico (EF) y las pruebas complementarias (PC). Obteniendo el grado de deficiencia de la extremidad superior (DES).

La deficiencia de extremidad superior (DES) se convertirá en deficiencia total de la persona (DTP)

En el caso de que ambas extremidades superiores estén afectadas, se debe convertir las deficiencias de cada extremidad superior (DES) a deficiencia total de la persona (DTP) y posteriormente combinarlas.

En el caso de que un diagnóstico específico no aparezca enumerado en la parrilla de deficiencia basada en el diagnóstico (DBD), se deberá identificar un trastorno similar que sirva de guía para el cálculo de la deficiencia y describirse la base lógica de tal decisión.

También se proporcionan enfoques alternativos de evaluación al método basado en el diagnóstico (DBD), para algunas deficiencias: en evaluación nervios periféricos; en SDRC; en amputaciones; en evaluación por balance articular; y en evaluación por uso de EESS.

El balance articular (BA) es utilizado principalmente como factor de ajuste del examen físico,

Tabla 15-1 Graduación de los intervalos de grado de gravedad de la deficiencia de ES (DES).

Intervalos de gravedad		**Rango de gravedad de la deficiencia**	
Intervalos de grado de gravedad	**Problema**	**Deficiencia de extremidad superior (DES)**	**Deficiencia Total de la Persona** (DTP)
0	Sin hallazgos objetivos	0 %	0 %
1	Leve	1 % - 13 %	1 % - 8 %
2	Moderado	14 % - 25 %	8 % – 15 %
3	Grave	26 % - 49 %	16 % - 29 %
4	Muy grave **o total**	50 % - 100 %	30 % - 60 %

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

15.2 EVALUACION DE LA DEFICIENCIA DE EESS POR EL MODELO DE LA DEFICIENCIAS BASADAS EN EL DIAGNÓSTICO (DBD)

15.2.1 METODOLOGÍA

Se deben seguir los siguientes pasos:

1º. Deficiencia basada en el diagnóstico (DBD): Identificar el diagnóstico y, con base en él, determinar la tabla que se debe utilizar: Tabla 15.2 para dedos, Tabla 15.3 para muñeca, Tabla15.4 para codo, Tabla 15.5 para hombro; De estas tablas obtendremos , según los hallazgos clínicos específicos descritos para cada diagnóstico de la condición de salud evaluada, el Intervalo de grado de deficiencia (IGD) del *Criterio Principal (CP) para el inicio del cálculo del grado de puntuación de la deficiencia o valor inicial de ajuste (VIAD)*

2º.Valor inicial de ajuste del grado de puntuación de deficiencia (VIAD): En la tabla escogida en el punto 1º (Identificación con DBD), seleccione **IGD** apropiado para el diagnóstico con valores 01234. Este valor constituirá el Valor Inicial de Ajuste (VIAD).

A continuación sitúese en el valor central "C" (En la tabla siguiente, correspondiente al ejemplo 15.1 descrito a continuación, supongamos que el diagnóstico apropiado se sitúa en IGD 3, el VIAD será 3, al que por defecto se le asigna la puntuación de deficiencia central "C" del intervalo 3 que, en este ejemplo, es 21%. Este valor predeterminado por el CP podrá ser modificado según la metodología de ajuste neto de grado, explicado en el punto 4º.

INTERVALO DE GRAVEDAD DEFICIENCIA (TABLA DBD)	0	1	2	3	4
GRADO DE LA DEFICIENCIA	0	1% - 9%	10% - 16%	17% - 25%	26% - 30%
VALORES		A B **C** D E	A B **C** D E	A B C D E	A B **C** D E
PUNTUACIÓN		3 4 5 7 9	10 11 12 14 16	17 19 21 23 25	26 27 28 29 30

Se deben seguir los siguientes pasos:

3º.Criterios Secundarios de Ajuste (CSA) modificadores de grado (HF; EF; PC): Mediante las "Tablas de ajuste" para: Historia Funcional (HF) (Tabla 15.6), Examen Físico (EF) (Tabla 15.7) y Pruebas Complementarias (PC) (Tabla 15.8), identifique el intervalo de modificador de grado apropiado (01234). Obtienen los denominados Valores de Intervalo de Grado para los factores secundarios: VIGHF; VIGEF y VIG PC.

4º. **Formula de Ajuste neto de grado**:

Ajuste neto = (VIGHF – VIAD) + (VIGEF – VIAD) + (VIGPC – VIAD)

Al aplicar la ***fórmula de ajuste neto***, calcule el valor de ajuste neto restando el valor numérico (01234) del IGD designado por el CP (VIAD) del Valor numérico del IGD asignado por CSA: VIGHF, VIGEF y VIGPC y sume luego los valores obtenidos. Dicho valor de ajuste neto

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

determinará cuántos lugares hacia derecha o izquierda del VIAD debe desplazar y, por ende el valor del grado de puntuación correspondiente para la deficiencia evaluada. El ajuste neto no permitirá en ningún caso cambiar el IGD

5º Metodología especial de ajuste neto en intervalo de grado de deficiencia 4: Si suponemos que el *CP* identificó el IGD 4, mientras los CSA, a su vez, también identificaron el IGD 4; las diferencias sumarían cero y la posición de una puntuación de deficiencia por encima del VIAD del IGD 4 no sería posible. Para corregir esta inconsistencia, si el *criterio principal* identifica el IGD 4, automáticamente agregue +1 al valor de cada *CSA*.

15.2.2 DEFICIENCIAS BASADAS EN EL DIAGNÓSTICO (DBD)

15.2. 2a CRITERIO PRINCIPAL: CRITERIOS BASADOS EN EL DIAGNÓSTICO

(PARRILLAS REGIONALES**)**

DEFICIENCIAS PULGAR/DEDO/MANO

TABLA 15–2 : PARRILLA REGIONAL DIGITAL - DEFICIENCIA DE DEDO (DD)					
INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	**INTERVALO 0**	**INTERVALO 1**	**INTERVALO 2**	**INTERVALO 3**	**INTERVALO 4**
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DEDO (%)	**0**	**1 % -13 % DD**	**14 %- 25 % DD**	**26 % - 49 % DD**	**50 % - 100 % DD**
TEJIDO BLANDO					
Lesión curada con poca afectación cutánea o de tejidos blandos*. Incluye dolor digital a pesar del movimiento completo, y sin pérdida de tejido.	**0** Curación sin síntomas residuales u otros hallazgos aparte de cicatrices en la piel	**2 3 4 5 6** Síntomas residuales sin hallazgos objetivos consistentes en MMC (dolor articular postraumático, deformidad de la uña con < 50 % de la uña afectada, cicatriz blanda, cuerpo extraño < 3 mm, ganglión quístico o quiste mucoso)*			
Lesión curada con mayor afectación cutánea o de tejidos blandos*, incluye anormalidades ungueales que afectan a > 50 % de la uña secundarias a trauma, pérdida residual de la pulpa distal en la falange, cuerpo extraño retenido ≥ 3 mm*.	0 Curación sin síntomas residuales u otros hallazgos como cicatrices en piel	**6 7 8 9 10** Pérdida de < 50 % del pulpejo, anormalidades ungueales que involucran > 50 % de la uña secundarias a trauma, cuerpo extraño retenido ≥ 3 mm*.	**16 18 20 22 24** Pérdida de > 50 % del pulpejo; complicaciones de osteomielitis.		

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

MUSCULO/TENDON					
Dolor en dedo* dolor inespecífico en mano post lesión aguda o cirugía (no especificado en otra categoría)	0 No hay resultados objetivos significativos consistentes en la MMC	**0 0 1 1 1** Historia de lesión dolorosa, síntomas residuales sin hallazgos objetivos consistentes			
Esguince/torcedura* Incluye diagnósticos iniciales de 1er, 2º y 3er grado, ahora en MMC *.	0 Sin hallazgos residuales: sin dolor ni residuos.	**4 5 6 7 8** Dolor residual y deficiencia funcional con pérdida o no del balance articular			
Tenosinovitis digital estenosante (dedo en gatillo)*.	0 Sin hallazgos residuales: con o sin tratamiento quirúrgico	**4 5 6 7 8** Dedo en gatillo sintomático tras cirugía o MMC. engatillamiento persistente con deficiencia funcional con pérdida o no del balance articular			
Ruptura/laceración de tendón extensor, (comúnmente descrita como dedo en martillo; extensor común de los dedos, o extensor del dedo índice)	0 Sin hallazgos residuales con o sin tratamiento quirúrgico	**4 5 6 7 8** Síntomas residuales tras cirugía o MMC con deficiencia funcional con pérdida o no del balance articular			
Ruptura/laceración de tendón flexor*, (flexor profundo de los dedos , flexor corto del pulgar)	0 Sin hallazgos residuales con o sin tratamiento quirúrgico	**4 5 6 7 8** Síntomas residuales tras cirugía o MMC con deficiencia funcional con pérdida o no del balance articular			
LIGAMENTO/HUESO/ARTICULACION					
Enfermedad articular degenerativa* (Artrosis)	0 Sin síntomas ni hallazgos residuales	**4 5 6 7 8** Dolor residual, hallazgos objetivos consistentes y/o deficiencia funcional con pérdida o no del balance articular			
Luxaciónarticular o esguince*					
Pulgar MCF*	0 Sin hallazgos residuales (esadio1)	**1 2 3 4 5** < 10 º inestabilidad **3 4 5 6 7** 10º - 20 º inestabilidad **8 9 10 11 12** > 20 º inestabilidad			
Pulgar IF*	0 Sin hallazgos residuales	**3 4 5 6 7** < 10 º inestabilidad **8 9 10 11 12** 10º - 20 º inestabilidad	**14 14 15 16 17** >20º inestabilidad		
Pulgar CMC* (Rizartrosis)	0 Sin hallazgos residuales		**14 14 15 16 17** <10º inestabilidad subluxación <1/3 disminución del espacio cartilaginoso (estadio2)	**29 32 35 38 41** > 20 º inestabilidad) subluxación > 1/3 perdida completa del espacio y del contorno articular (estadio 4)	

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

			21 23 25 25 25 10º - 20 º inestabilidad subluxación de 1/3 disminución grave del espacio cartilaginoso (estadio 3)		
Dedo IFD*	0 Sin hallazgos residuales	**3 4 5 6 7** < 10 º inestabilidad **8 9 10 11 12** 10º - 20 º inestabilidad	**14 14 15 16 17** > 20º inestabilidad		
Dedo IFP*	0 Sin hallazgos residuales	**8 9 10 11 12** <10º inestabilidad	**14 14 15 16 17** 10º - 20 º inestabilidad **21 23 25 25 25** > 20º inestabilidad		
Dedo MCF*	0 Sin hallazgos residuales		**14 14 15 16 17** <10º inestabilidad **16 18 20 22 24** 10º-20º inestabilidad **21 23 25 25 25** > 20º inestabilidad		
Fracturas					
Pulgar metacarpo, intraarticular*	**0** Sin hallazgos residuales	**8 9 10 11 12** Síntomas residuales, hallazgos objetivos consistentes y deficiencia funcional con pérdida o no del balance articular			
Falange distal*	**0** Sin hallazgos residuales	**2 3 4 5 6** Síntomas residuales, hallazgos objetivos consistentes y deficiencia funcional con pérdida o no del balance articular			
Falange proximal, falange media, metacarpo*	**0** Sin hallazgos residuales	**4 5 6 7 8** Síntomas residuales, hallazgos objetivos consistentes y/deficiencia funcional con pérdida o no del balance articular			
Cabeza del metacarpo*	**0** Sin hallazgos residuales	**6 7 8 9 10** Síntomas residuales, hallazgos objetivos consistentes y/deficiencia funcional con pérdida o no del balance articular			

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Anquilosis/Artrodesis : Puntuación en la sección 15.7 de "Evaluación del Balance Articular (BA)					
Artroplastia					
Pulgar CMC*		**8 9 10 11 12** Síntomas residuales, hallazgos objetivos consistentes y deficiencia funcional con pérdida o no del balance articular			
Dedo IFD*		**3 4 5 6 7** Síntomas residuales, hallazgos objetivos consistentes y deficiencia funcional con pérdida o no del balance articular			
Dedo IFP*		**8 9 10 11 12** Síntomas residuales, hallazgos objetivos consistentes y deficiencia funcional con pérdida o no del balance articular			
Dedo MCF*			**16 18 20 22 24** Síntomas residuales, hallazgos objetivos consistentes y deficiencia funcional con pérdida o no del balance articular		

- Nota: MMC indica máxima mejoría clínica; IF, interfalángica; MCF, metacarpofalángica; CMC, carpometacarpiana; IFD, interfalángica distal; IFP, interfalángica proximal. La DD (Deficiencia de Dedo), debe ser convertida en DES (Deficiencia de Extremidad Superior) y a DTP (Deficiencia Total de la Persona) con la Tabla 15.9
- *Si la pérdida de movimiento está presente, esta deficiencia puede ser evaluada de manera alternativa utilizando la sección de Deficiencia del balance articular (BA). Una deficiencia evaluada por el método del balance articular (BA) es un hallazgo aparte y no se combina con el diagnóstico de deficiencia. En todo caso de realizarse las dos evaluaciones deberá elegirse la de mayor puntuación

DEFICIENCIAS MUÑECA

Tabla 15-3: PARRILLA REGIONAL DE LA MUÑECA – DEFICIENCIADE LA EXTREMIDAD SUPERIOR (DES)*					
INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	**INTERVALO 0**	**INTERVALO 1**	**INTERVALO 2**	**INTERVALO 3**	**INTERVALO 4**
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD ES (%)	**0**	**1 % - 13 % DES**	**14 % - 25 % DES**	**26 % - 49 % DES**	**50 % - 100 % DES**
TEJIDO BLANDO					
Masa en la muñeca o ganglión quístico.*		**1 2 2 2 3** Síntomas residuales y hallazgos objetivos consistentes en la MMC .			

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

MUSCULO/TENDON					
Laceración de la muñeca o ruptura de músculo/tendón*	0 Sin hallazgos residuales con o sin tratamiento quirúrgico	**3 4 5 6 7** Síntomas residuales, hallazgos objetivos consistentes y deficiencia funcional con pérdida o no del balance articular			
Esguince/distensión de muñeca* Incluye diagnósticos iniciales de 1er, 2º y 3er grado, sin inestabilidad residual o pérdida del movimiento, pero con dolor persistente en la MMC(p.ej., Enfermedad de D Quervain, síndrome de tendinitis inespecífico de intersección)	0 Sin hallazgos objetivos anormales de lesión del músculo o tendón en la MMC.	**0 1 1 2 2** Historia de lesión dolorosa, síntomas residuales sin hallazgos objetivos consistentes			
LIGAMENTO/HUESO/ARTICULACION					
Esguince de muñeca y/o luxación* Incluye inestabilidad del carpo.	0 Sin hallazgos residuales: con o sin tratamiento quirúrgico	**6 7 8 9 10** Inestabilidad leve (modificador de grado1 para estudios radiográficos y criterios en la Tabla 15-9) *(pruebas complementarias excluidas del proceso de ajuste)*	**14 15 16 17 18** Inestabilidad moderada (modificador de grado 2 para estudios radiográficos y criterios en la Tabla 15 -9) **20 22 24 25 25** Inestabilidad grave (modificador de grado 3 para estudios radiográficos y criterios en la Tabla 15-~~9~~ 8 *(pruebas complementarias excluidas del proceso de ajuste)*		
Desgarro del complejo del fibrocartilago triangular (DCFT).	0 Sin hallazgos residuales con o sin tratamiento quirúrgico	**6 7 8 9 10** Lesión documentada de DCFT tras cirugía o MMC con hallazgos residuales.			
Fractura*	0 Sin hallazgos residuales con o sin tratamiento quirúrgico	**1 2 3 4 5** Síntomas residuales, hallazgos objetivos consistentes y deficiencia funcional con pérdida o no del balance articular			
Necrosis avascular (NAV) del hueso semilunar, Enfermedad de Kienbock.		**1 2 2 3 4** Estadio 1 arquitectura normal del hueso en radiografía simple, la RM podría ser normal o mostrar estadios tempranos. **3 4 5 6 7** Estadio 2 arquitectura anormal del hueso en	**14 15 16 17 18** Estadio 3 arquitectura anormal del hueso en radiografía simple o RM con fragmentación o colapso del hueso semilunar **17 18 22 23 25** Estadio 4 arquitectura		

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

		radiografía simple o RM, pero sin colapso del hueso semilunar.	anormal del hueso en radiografía simple o RM con fragmentación o colapso del hueso semilunar, y huesos adyacentes afectados. Si fue tratado quirúrgicamente, esperar hasta la MMC y puntuar por el tipo de tratamiento quirúrgico.		
Enfermedad articular degenerativa (EAD) (artrosis) Incluye inestabilidad del carpo	0 Postraumática, Sin hallazgos residuales con o sin tratamiento quirúrgico	**1 3 5 7 9** **(EAD)** Con lesión específica documentada, cambios artrósicos asimétricos observados en el diagnóstico por imagen.	*Si hay pérdida de movimiento, puede evaluarse por la Gravedad del balance articular (sección 15.7) (no combinado con el diagnóstico de deficiencia)*		
Artrodesis (fusión), Fusión intercarpiana* Escafoides-grande Grande-ganchoso Ganchoso-piramidal		**8 9 10 11 12** Fusión exitosa	*Si el posicionamiento no es óptimo, evaluar por medio de la Gravedad del balance articular (sección 15.7).*		
Artrodesis de la muñeca (fusión)*				**26 28 30 32 34** Artrodesis de la muñeca en posición funcional (10º extensión a 10º de flexión, 5º radial a 10º cubital)	*Si el posicionamiento no es óptimo, evaluar por medio Gravedad del balance articular(sección 15.7)*
Artroplastia de la muñeca (total)*.			**20 22 24 25 25** Con pérdida o no del balance articular	**26 28 30 32 34** Deficiencia funcional grave. Complicada, inestable o infectada.	
Artroplastia radiocarpiana*			**14 15 16 17 18** Con pérdida o no del balance articular **17 19 21 23 25** Deficiencia funcional grave. Complicada, inestable o infectada.		
Cabeza de cúbito aislada, carpectomia lineal proximal, o hueso del carpo (artroplastia aislada)*		**8 9 10 11 12** Con pérdida o no del balance articular	**14 14 15 16 17** Deficiencia funcional grave. Complicada, inestables o infectada.		
Estiloides radial (artroplastia aislada)		**3 4 5 6 7** Con pérdida o no del balance articular **8 9 10 11 12** Deficiencia funcional grave Complicada, inestable o infectada.			

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

- ES (extremidad superior), MMC (máxima mejoría clínica), RM (resonancia magnética). La DES (Deficiencia de Extremidad Superior) debe ser convertida en a DTP (Deficiencia Total de la Persona) con la Tabla 15.9.

- *Si la pérdida de movimiento está presente, esta deficiencia puede ser evaluada de manera alternativa utilizando la sección de Deficiencia del balance articular (BA). Una deficiencia evaluada por el método del balance articular (BA) es un hallazgo aparte y no se combina con el diagnóstico de deficiencia. En todo caso de realizarse las dos evaluaciones deberá elegirse la de mayor puntuación

DEFICIENCIAS DEL CODO

TABLA 15-4: PARRILLA REGIONAL DEL CODO - DEFICIENCIA DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR (DES)*					
INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	**INTERVALO 0**	**INTERVALO 1**	**INTERVALO 2**	**INTERVALO 3**	**INTERVALO 4**
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD ES (%)	**0**	**1 % - 13 % DES**	**14 % - 25 % DES**	**26 % - 49 % DES**	**50 % - 100 % DES**
TEJIDO BLANDO					
• **Contusión de codo o lesión por aplastamiento** con lesión curada con poca afectación de tejidos blandos o piel • **Bursitis del olecranon***		**1 2 2 2 3** Síntomas residuales y hallazgos objetivos consistentes en la MMC.			
MUSCULO/TENDON					
• **Dolor de codo** inespecífico post lesión aguda o cirugía • **Esguince/distensión** sin inestabilidad residual o pérdida del movimiento, pero con dolor persistente en MMC.	0 Sin síntomas o signos significativos en la MMC.	**0 0 1 1 1** Historia de lesión dolorosa, síntomas residuales sin los hallazgos objetivos consistentes			
Epicondilitis: lateral o medial*	0 Sin hallazgos anormales objetivos importantes en la MMC	**0 1 1 2 2** Historia de lesión dolorosa, síntomas residuales sin hallazgos objetivos consistentes **3 4 5 6 7** Historia de lesión dolorosa con liberación quirúrgica en el origen de flexor o extensor con síntomas residuales			
Ruptura del tendón distal del bíceps	0 Sin hallazgos residuales: con o sin tratamiento quirúrgico	**3..4 5 6 7** Síntomas residuales, hallazgos objetivos consistentes y deficiencia funcional con pérdida o no del balance articular			

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

LIGAMENTO/HUESO/ARTICULACION					
Lesión del ligamento colateral: medial, cubital o lateral*	0 Sin hallazgos residuales: con o sin tratamiento quirúrgico	**3 4 5 6 7** Inestabilidad recurrente: ocasional **8 9 10 11 12** Inestabilidad recurrente: frecuente; que produce limitación funcional.			
Subluxación persistente de codo o luxación.	0 Sin hallazgos residuales: con o sin tratamiento quirúrgico	**8 9 10 11 12** Leve: puede ser completamente reducida manualmente.	**16 18 20 22 24** Moderado: no puede ser completamente reducida manualmente.	**34 37 40 43 36** Grave: no puede ser reducida.	
Fractura*	0 Sin hallazgos residuales: con o sin tratamiento quirúrgico	**1 2 3 4 5** Síntomas residuales, hallazgos objetivos consistentes y deficiencia funcional con pérdida o no del balance articular			
Lesión osteocondral o cuerpos extraños	0 Sin hallazgos residuales: con o sin tratamiento quirúrgico				
Enfermedad articular degenerativa (Artrosis)	**0** Postraumática Sin hallazgos residuales: con o sin tratamiento quirúrgico	**1 3 5 7 9** Cambios artrósicos asimétricos observados en el diagnóstico por imagen			
Artrodesis (fusión)*				**26 28 30 32 34** Artrodesis del codo en posición funcional (70º a 80º flexión, 20º a 30 º pronación)	*Si el posicionamiento no es óptimo, evaluar por medio de la sección 15.7, Gravedad del balance articular*
Artroplastia total del codo*				**26 28 30 32 34** Con pérdida o no del balance articular **34 37 40 43 46** Deficiencia funcional grave. Complicada, inestable o infectada.	
Cabeza radial (artroplastia aislada)*		**6 7 8 9 10** Con pérdida o no del balance articular **9 10 11 12 13** Deficiencia funcional grave. Complicada, inestable o infectada.			

- ES (extremidad superior), MMC (máxima mejoría clínica).). La DES (Deficiencia de Extremidad Superior) debe ser convertida en a DTP (Deficiencia Total de la Persona) con la Tabla 15.9.

*Si la pérdida de movimiento está presente, esta deficiencia puede ser evaluada de manera alternativa utilizando la sección de Deficiencia del balance articular (BA). Una deficiencia evaluada por el método del balance articular (BA) es un hallazgo aparte y no se combina con el diagnóstico de deficiencia. En todo caso de realizarse las dos evaluaciones deberá elegirse la de mayor puntuación.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

DEFICIENCIAS DEL HOMBRO

TABLA 15-5: PARRILLA REGIONAL DEL HOMBRO DEFICIENCIA DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR (DES)*					
INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	**INTERVALO 0**	**INTERVALO 1**	**INTERVALO 2**	**INTERVALO 3**	**INTERVALO 4**
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD ES (%)	**0**	**1 % - 13 % DES**	**14 % - 25 % DES**	**26 % - 49 % DES**	**50 % - 100 % DES**
TEJIDO BLANDO / MÚSCULO/TENDÓN					
Contusión del hombro o lesión por aplastamiento* con lesión curada con poca afectación de tejidos blandos o piel.	**0** Sin síntomas o signos significativos en la MMC	**1 2 2 2 3** Síntomas residuales y hallazgos objetivos consistentes en la MMC.			
Dolor de hombro* inespecífico post lesión aguda o cirugía (no especificado de otra manera)	**0** Sin síntomas significativos o signos en la MMC.	**0 0 1 1 1** Historia de lesión dolorosa, síntomas residuales sin consistencia con los hallazgos objetivos			
Esguince/distensión* Sin inestabilidad residual o pérdida del movimiento, pero con dolor persistente en la MMC.	0 Sin hallazgos objetivos anormales de lesión en músculo o tendón en la MMC.	**0 1 1 2 2** Historia de lesión dolorosa, síntomas residuales sin hallazgos objetivos consistentes			
Tendinitis	0 Sin hallazgos anormales significativos en la MMC.	**0 1 1 2 2** Historia de lesión dolorosa o exposición ocupacional, síntomas residuales sin hallazgos objetivos consistentes **1 2 3 4 5** Síntomas residuales, hallazgos objetivos consistentes y deficiencia funcional con pérdida o no del balance articular			
LIGAMENTO/HUESO/ARTICULACION					
Síndrome de pinzamiento	0 Sin hallazgos objetivos anormales significativos en la MMC.	**0 1 1 2 2** Historia de lesión dolorosa, síntomas residuales sin hallazgos objetivos consistentes **1 2 3 4 5** Síntomas residuales, hallazgos objetivos consistentes y deficiencia funcional con pérdida o no del balance articular			
Lesión del manguito rotador, desgarro parcial.	0 Sin hallazgos objetivos anormales significativos en la MMC.	**0 1 1 2 2** Historia de lesión dolorosa, síntomas residuales sin hallazgos objetivos consistentes			

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

		1 2 3 4 5 Síntomas residuales, hallazgos objetivos consistentes y deficiencia funcional con pérdida o no del balance articular			
Lesión del manguito rotador, desgarro total*	0 Sin hallazgos objetivos anormales significativos en la MMC.	**1 2 3 4 5** Historia de lesión dolorosa, síntomas residuales sin hallazgos objetivos consistentes **3 4 5 6 7** Síntomas residuales, hallazgos objetivos consistentes y deficiencia funcional con pérdida o no del balance articular			
Enfermedad o lesión de la articulación acromioclavicular (AC)*	0 Sin hallazgos objetivos anormales significativos en la MMC.	**0 1 1 2 2** Historia de lesión dolorosa, síntomas residuales sin hallazgos objetivos consistentes. **1 2 3 4 5** Síntomas residuales, hallazgos objetivos consistentes y deficiencia funcional con pérdida o no del balance articular~~I~~ **8 9 10 11 12** Resección distal de la clavícula o Luxación AC tipo III (alteración completa de la cápsula articular de la AC y los ligamentos coracoclaviculares)	**16 18 20 22 24** Luxación AC tipo IV (alteración completa de la cápsula de la articulación AC y los ligamentos coracoclaviculares y avulsión del ligamento coracoclavicular de la clavícula) o mayor gravedad		
Inestabilidad Unidireccional del Hombro*	0 Sin hallazgos residuales: con o sin tratamiento quirúrgico	**4 5 6 7 8** Relación consistente de síntomas con actividades y grado 1 de inestabilidad **9 10 11 12 13** Subluxación de cabeza humeral (historia confirmada de trauma agudo, relación consistente de síntomas con actividades, grado 2 de inestabilidad)	**20 22 24 25 25** Luxación de cabeza humeral (historia confirmada de trauma agudo, relación consistente de síntomas con actividades, grado 3 o 4 de inestabilidad)		
Inestabilidad multidireccional de hombro (con exclusión de las personas con inestabilidad del hombro bilateral multidireccional)*	0 Sin hallazgos anormales significativos de tejidos blandos en MMC.	**9 10 11 12 13** Historia de episodio traumático e inestabilidad de hombro demostrada en dos o más direcciones. Personas en postoperatorio con síntomas persistentes	**22 23 24 25 25** Luxación de cabeza humeral (historia confirmada de trauma agudo, relación consistente de síntomas con actividades, grado 3 o 4 de inestabilidad		

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

		sin inestabilidad podría ser puntuada con Balance Articular (BA). Si el BA es normal clasificar como dolor inespecífico de hombro*			
Lesiones del labrum, incluyendo desgarro s SLAP luxación/ subluxación del tendón del Bíceps Fractura*	**0** Sin hallazgos residuales: con o sin tratamiento quirúrgico	**1 2 3 4 5** Síntomas residuales, hallazgos objetivos consistentes y deficiencia funcional con pérdida o no del balance articular			
Lesión osteocondral o cuerpos extraños	0 Sin hallazgos residuales: con o sin tratamiento quirúrgico	**3 4 5 6 7** Síntomas residuales, hallazgos objetivos consistentes y deficiencia funcional con pérdida o no del balance articular			
Enfermedad articular degenerativa (Artrosis)	**0** Postraumática Sin hallazgos residuales: con o sin tratamiento quirúrgico	**1 3 5 7 9** Cambios artrósicos asimétricos observados en el diagnóstico por imagen	*Si hay pérdida de movimiento, puede evaluarse Gravedad del balance articular (no combinado con el diagnóstico de Deficiencia)*		
Artrodesis (fusión)				**26 28 30 32 34** Artrodesis del hombro en posición funcional (20º a 40º flexión, 20º a 40 º abducción, 20º a 50º rotación interna)	*Si el posicionamiento no es óptimo, evaluar por medio de la sección 15.7, Deficiencia del balance articular*
Artroplastia de hombro*			**20 22 24 25 25** Implante con pérdida o no del balance articular	**26 28 30 32 34** Resección con pérdida o no del balance articular **34 37 40 43 46** Deficiencia funcional grave. Complicada, inestable, o infectada.	

- ES: indica extremidad superior; MMC: Máxima mejoría Clínica; e/p: estado posterior; y SLAP: labrum superior de anterior a posterior.). La DES (Deficiencia de Extremidad Superior) debe ser convertida en a DTP (Deficiencia Total de la Persona) con la Tabla 15.9.

- *Si la pérdida de movimiento está presente, esta deficiencia puede ser evaluada de manera alternativa utilizando la sección de Deficiencia del balance articular (BA). Una deficiencia evaluada por el método del balance articular (BA) es un hallazgo aparte y no se combina con el diagnóstico de deficiencia. En todo caso de realizarse las dos evaluaciones deberá elegirse la de mayor puntuación

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

15.2.2b CRITERIOS SECUNDARIOS DE AJUSTE (CSA)

El valor del grado dentro de un intervalo de grado de gravedad determinado, se asigna considerando tres criterios secundarios de ajuste: la historia funcional (HF), los hallazgos del examen físico (EF), y los resultados de las pruebas complementarias (PC) pertinentes.

15.2.2 b1 Ajuste por la historia funcional (HF)/ Funcionamiento para las AVD: (modelo alternativo de evaluación de EESS por alteración funcional de EESS)

TABLA 15-6 Ajuste de la historia funcional: Uso de Extremidades superiores.

	Modificador de grado 0	Modificador de grado 1	Modificador de grado 2	Modificador de grado 3	Modificador de grado 4
Graduación de la historia funcional	Sin problema	Problema leve	Problema moderado	Problema grave	Problema muy grave
	Asintomático	Dolor / síntomas con la actividad intensa / vigorosa; +/- medicación para controlar los síntomas.	Dolor /síntomas con la actividad normal; +/- medicación para controlar los síntomas.	Dolor /síntomas con menos de la actividad normal (mínima); +/- medicación para controlar los síntomas.	Dolor /síntomas en reposo; +/- medicación para controlar los síntomas.
		Y capaz de realizar las actividades de la vida diaria con el miembro afectado con dificultad leve y sin ayuda de otra persona	Y capaz de realizar las actividades de vida diaria con el miembro afectado con dificultad moderada y modificaciones pero sin ayuda de otra persona	Y capaz de realizar las actividades de vida diaria con el miembro afectado con dificultad grave Y requiere alguna ayuda de otra persona para realizar alguna de las actividades de vida diaria	E incapaz de realizar las actividades de vida diaria con el miembro afectado por lo que requiere siempre la ayuda de otra persona. para realizar alguna de las actividades de vida diaria
Puntuación *Quick*DASH	0-20	21-40	41-60	61-80	81-100

El evaluador debe considerar la fiabilidad de los datos autoinformados por la persona evaluada, reconociendo la posible influencia de factores conductuales y psicosociales. Si el grado de la historia funcional difiere en 2 o más intervalos del “modificador de grado” de lo descrito por el examen físico o las pruebas complementarias, la historia funcional debe ser asumida como no fiable y se excluye del proceso de graduación.

La evaluación por el uso de las extremidades superiores, por esta sección (Tabla 15-6) se emplea exclusivamente como criterio secundario de ajuste

Modelo alternativo de evaluación de EESS por alteración funcional de EESS: En algunos casos especiales, no obstante, puede utilizarse como vía alternativa, para la evaluación de las EESS como criterio principal en solitario, cuando no es posible aplicar a un diagnóstico determinado modelo de DBD, o el basado en el balance articular (BA), o en casos de alteraciones múltiples o complejas que aconsejen la evaluación de la extremidad globalmente como puede ser en el caso de lesiones artrosis con deformidades múltiples, quemaduras, lesiones por laceraciones múltiples de tendones, lesiones por aplastamiento severo, manos catastróficas…. En este caso se utilizará la misma puntuación de la gravedad de la deficiencia y los criterios inclusión en los intervalos de gravedad de la tabla 3.10 y la tabla 3.17, que recoge los criterios para la evaluación debido a la alteración funcional de las EESS del capítulo de Sistema Nervioso.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

15.2.2b 2 Ajuste por el examen físico (EF)

Si se utiliza un hallazgo del examen físico para ubicar un diagnóstico dentro de un intervalo específico en una parrilla DBD, el mismo hallazgo no puede ser usado como un modificador de grado. Como, por ejemplo: El balance articular de la extremidad superior, como en el caso de artrodesis de muñeca, puede utilizarse como criterio diagnóstico específico dentro de la parrilla regional (DBD), en este caso el balance articular no podrá ser usado como modificador de grado

Las restricciones en el balance articular en múltiples direcciones aumentan la deficiencia. Los valores de la medición del balance articular para dedos/mano, muñeca, codo o el hombro se comparan con los de los criterios establecidos en la Tabla 15-7 y 15-28 para definir el balance articular como modificador de grado. El deterioro en el balance articular modifica el valor inicial de ajuste, no se combina con la DBD.

Tabla 15.7 Ajuste de la exploración física: Extremidades superiores

	Modificador de grado 0	Modificador de grado 1	Modificador de grado 2	Modificador de grado 3	Modificador de grado 4
Graduación de la de la exploración física	**Sin problema**	**Problema leve**	**Problema moderado**	**Problema grave**	**Problema muy grave o total**
Hallazgos observados y por palpación (puntos de dolor, tumefacción, bulto o crepitación)	Hallazgos inconsistentes	Hallazgos mínimos a la palpación, documentados consistentemente sin anormalidades observadas	Hallazgos moderados a la palpación, documentados consistentemente, y apoyados por las anormalidades observadas	Hallazgos graves a la palpación, documentados consistentemente, y apoyados por anormalidades observadas moderadas o graves	Hallazgos muy graves a la palpación, documentados consistentemente, y apoyados por anormalidades observadas muy graves
Estabilidad	Estable	Grado 1 (ligera) de inestabilidad	Grado 2 (moderada) de inestabilidad	Grado 3 (grave) de inestabilidad	Inestabilidad muy grave
Mano/dedos/ pulgar		Dolor con tensión, pero de ligamento sin apertura articular por estrés.	Dolor y apertura leve.	Dolor y > 5 mm de apertura articular con estrés.	Inestabilidad grave.
Muñeca		Historia de chasquidos o golpetazos, pero no reproducibles.	Historia de chasquidos o golpetazos, reproducibles al examen físico.		
Grados excesivos de desviación articular mediolateral pasiva/activa de la muñeca en comparación con lo normal.		< 10 º pasiva <20 º activa	10 º - 20 º pasiva 20 º - 30 º activa	> 20 º pasiva > 30 º activa	
Hombro		Grado 1 (ligera) de inestabilidad; subluxable	Grado 2 (moderado) de inestabilidad; subluxable con facilidad	Grado 3 (grave) de inestabilidad; dislocable con anestesia o sedación	
Alineación / deformidad	Normal para el individuo con simetría para el lado opuesto.	Ligera	Moderada	Grave	Muy Grave

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Balance articular(BA) (en referencia a la tabla 15.28 Sección 15.7)	Ninguno	Ligera disminución respecto al lado opuesto normal o no lesionado Solo para deficiencia de dedos, esto refleja una deficiencia total por balance articular < 20 % de deficiencia de dedos. Para muñeca, codo y hombro esto refleja una deficiencia total por balance articular de < 12 % de deficiencia en la extremidad superior.	Disminución moderada respecto al lado opuesto normal o no lesionado Solo para deficiencia de dedos, esto refleja una deficiencia total por balance articular del 20 % - 39 % deficiencia de dedos. Para muñeca, codo y hombro esto refleja una deficiencia total por balance articular del 12% al 24% en la extremidad superior.	Disminución grave respecto al lado opuesto normal o no lesionado Solo para deficiencia de dedos, esto refleja una deficiencia total por balance articular del 40 % - 70 % deficiencia de dedos Para muñeca, codo y hombro esto refleja una deficiencia total por balance articular del 25% al %49% de deficiencia en la extremidad superior.	Disminución Muy grave respecto al lado opuesto normal o no lesionado Solo para deficiencia de dedos, esto refleja una deficiencia tota por balance articular > 70 % de deficiencia de dedos. Para muñeca, codo y hombro esto refleja una deficiencia total por balance articular > 49% de deficiencia en la extremidad superior.
Atrofia muscular (asimetría comparada con el lado normal	< 1 cm	1,.0 – 1,.9 cm	2,0 – 2,9 cm	3,0 – 3,9 cm	+ de 4,0 cm

15.2.2b 3 Ajuste por las pruebas complementarias (PC).

TABLA 15-8 Ajustes de las pruebas complementarias: Extremidades superiores

Graduación de las pruebas complementarias	Modificador de grado 0	Modificador de grado 1	Modificador de grado 2	Modificador de grado 3	Modificador de grado 4
Estudios de Imagen	Pruebas complementarias o resultados relevantes no disponibles	Pruebas complementarias confirman el diagnóstico, patología leve	Pruebas complementarias confirman el diagnóstico, patología moderada	Pruebas complementarias confirman el diagnóstico, patología grave	Pruebas complementarias confirman el diagnóstico, patología muy grave
Hombro			Estudios clínicos confirman uno de los siguientes diagnósticos sintomáticos: desgarro del manguito rotador, SLAP u otra lesión labral, patología del tendón del bíceps.		Estudios clínicos confirman más de uno de los siguientes diagnósticos sintomáticos: desgarro del manguito rotador, SLAP u otra lesión labral, patología del tendón del bíceps. El diagnóstico más importante es el único que se puntúa
Rayos X, TAC, RMN					

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Artrosis	Intervalo de cartílago normal	Intervalo de cartílago normal o estrechamiento leve del espacio articular y/u osteofitos leves en un lado de la articulación.	Intervalo de cartílago: estrechamiento moderado del espacio articular con osteofítos moderados en uno o ambos lados de la articulación; evidencia radiográfica de artrosis o lesión postraumática moderada onecrosis avascular sin colapso.	Intervalo de cartílago: estrechamiento grave del espacio articular con osteofitos graves en ambos lados de la articulación; evidencia radiográfica de artrosis o lesión postraumática grave o necrosis avascular con colapso/fragmentación ósea.	No existe intervalo de cartílago: evidencia osteofitosis o sindesmosis muy graves; radiográfica de artrosis o lesión postraumática muy grave
Estabilidad					
Laxitud articular (basada en pruebas de tensión)		Inestabilidad <10º	Inestabilidad 10º - 20 º	Inestabilidad 20º - 30 º	Inestabilidad >30º
Muñeca (ver explicación en el texto)		Angulo radiosemilunar 11º-20º Angulo escafosemilunar 61º - 70º Brecha escafosemiluna 3 – 5 mm Salto semilunar Piramidal semilunar > 1 mm Traslación cubital leve.	Angulo radiosemilunar 21º-30º Angulo escafosemilunar 71º - 80º Brecha escafosemilunar 6 – 8 mm Salto semilunar Piramidal semilunar > 2 mm Traslación cubital moderada.	Angulo radiosemilunar > 30 º Angulo escafosemilunar > 80º Brecha escafosemilunar > 8 mm Salto semilunar Piramidal semilunar > 3 mm Traslación cubital severa.	
Prueba de conducción nerviosa	Normal	Conducción retardada (sensorial y/o motora)	Bloqueo de conducción motora	Pérdida axonal parcial.	Pérdida axonal total / denervación.
Pruebas de electrodiagnóstico *Nota:* Si los resultados de las pruebas cumplen algunos, pero no todos, los criterios para un intervalo de grado específico, el intervalo de grado inmediatamente inferior es, el intervalo de grado que se utilizará en la puntuación de la deficiencia.	Normal	La EMG con agujas realizadas como mínimo 3 semanas pero menos de 9 meses después de la lesión, muestra al menos un potencial de fibrilación positiva en las ondas de al menos dos músculos inervados por el nervio lesionado. Si la EMG se realiza por primera vez 9 meses después de la lesión, el examen muestra potenciales musculares polifásicos de gran amplitud en al menos un musculo y el reclutamiento en ese músculo está al menos ligeramente reducido.	La EMG con agujas realizadas como mínimo 3 semanas pero menos de 9 meses después de la lesión, muestra al menos un potencial de fibrilación positiva en las ondas de al menos dos músculos inervados por el nervio lesionado. Si la prueba de EMG se realiza más de 9 meses después de la lesión, el examen muestra potenciales musculares polifásicos de gran amplitud en al menos dos músculos y el reclutamiento en esos músculos está al menos moderadamente reducido.	La EMG con agujas realizadas como mínimo 3 semanas pero menos de 9 meses después de la lesión, muestra al menos tres potenciales de fibrilación positiva en las ondas de al menos tres músculos inervados por el nervio lesionado. Si la prueba de EMG se realiza más de 9 meses después de la lesión, el examen muestra potenciales musculares polifásicos de gran amplitud en al menos tres músculos y el reclutamiento en esos músculos está gravemente reducido.	La EMG con agujas realizadas como mínimo 3 semanas pero menos de 9 meses después de la lesión, muestra al menos cuatro potenciales de fibrilación positiva en las ondas de al menos tres músculos inervados por el nervio lesionado. Si la prueba de EMG se realiza más de 9 meses después de la lesión, el examen no muestra ninguna unidad motora (sustitución fibroadiposa del músculo) en al menos dos músculos.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

15.3 COMBINACIÓN Y CONVERSIÓN DE DEFICIENCIAS

Si existen múltiples diagnósticos hay que determinar si las alteraciones están duplicadas. Si hay múltiples diagnósticos dentro de una región específica del miembro superior (hombro, codo, muñeca, mano/dedos), se puntúa el diagnóstico de mayor deficiencia porque probablemente incorpore las pérdidas funcionales y los diagnósticos de menor deficiencia.

Si hay diversas deficiencias en más de una región de la extremidad superior se combinan (excepto para las deficiencias de balance articular de los dedos y pulgar tal como se explica en la sección correspondiente).

El Gráfico de valores combinados (en el Apéndice al final del libro) se utiliza para determinar el valor combinado de dos o más porcentajes de deficiencia. *Todos los porcentajes que se han combinado deben expresarse utilizando un denominador común o una misma unidad de valor relativo el de* ***deficiencia de extremidad superior (DES)*** En el caso de que diversas deficiencias sean combinadas sucesivamente, se combina en primer lugar la de mayor puntuación con la siguiente de puntuación mayor que queda, y luego se combina con la siguiente puntuación mayor que quede, y luego se repite el proceso hasta que todas las puntuaciones de deficiencia estén combinadas.

La tabla 15.9 en este capítulo muestra así mismo los porcentajes que la deficiencia “parcial” a nivel de la extremidad superior (ES) supone sobre de la deficiencia “total” de la persona, así como de los porcentajes proporcionales entre las diversas regiones de la extremidad (hombro, codo muñeca, mano/dedos). El factor de conversión del 100% de DES a la deficiencia total de la persona (DTP) es el 60%.

TABLA 15-9 Valores de deficiencia calculados a partir de deficiencia de la extremidad Relación de la deficiencia de los dedos con la deficiencia de la mano (% de deficiencia)

Pulgar	Mano	Pulgar	Mano	Índice o medio	Mano	Anular o Meñique	Mano
0	0	53	21				
3	1	56	22	6	1	11	1
6	2	58	23	11	2	22	22
8	3	61	24	17	3	33	3
11	4	64	26	22	4	44	4
14	6	67	27	28	6	56	6
17	7	69	28	33	7	67	7
19	8	72	29	39	8	78	8
22	9	75	30	44	9	89	9
25	10	78	31	50	10	100	10
28	11	81	32	56	11		
31	12	83	33	60	12		
33	13	86	34	65	13		
36	14	89	36	70	14		
39	16	92	37	80	16		
42	17	94	38	85	17		
44	18	97	39	90	18		
47	19	100	40	95	19		
50	20			100	20		

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Relación de la deficiencia de la mano con la deficiencia de la extremidad superior

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

Relación de la deficiencia de la extremidad superior con la deficiencia total de la persona

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

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

15.4 DEFICIENCIA DEL NERVIO PERIFÉRICO

Incluye la pérdida de los nervios de los dedos, el plexo braquial, los nervios periféricos, y los síndromes de atrapamiento o compresión. La deficiencia de los nervios periféricos podrá ser combinada con la DBD a nivel de la extremidad superior, siempre que la DBD no incluya la deficiencia del nervio. Es importante determinar la distribución anatómica y la severidad de la pérdida de la función que resulta del (1) el déficit sensorial o dolor y (2) el déficit motor y la pérdida de fuerza.

Las deformidades características y manifestaciones resultantes de las lesiones de los nervios periféricos, tales como la restricción del movimiento, atrofia y cambios vasomotores, tróficos, y en los reflejos, han sido tomadas en cuenta en la estimación de los valores de puntuación de la deficiencia que aparecen en esta sección, por lo que en ningún caso se tendrán en cuenta puntuaciones adicionales

15.4a Evaluación clínica y graduación de las deficiencias sensorial y motora

Evaluación neurológica y determinación del intervalo de gravedad

Los resultados del examen sensorial y motor son utilizados para definir la gravedad de las deficiencias. Esto se refleja en cinco intervalos de gravedad (normal, leve, moderado, grave y total) tal como se ilustra en la Tabla 15-10 y que posteriormente serán utilizados como criterio principal de elección de intervalo de gravedad de la deficiencia del nervio periférico y del plexo braquial en tablas 15.5 y 15.16)

Tabla 15-10 Intervalos de gravedad de la deficiencia sensorial y motora

Deficiencia	Intervalos de Gravedad				
	Normal	Leve	Moderada	Grave	Muy grave o pérdida total
Deficiencia Sensorial	La sensibilidad y sensación normal y discriminación de 2 puntos normales.	Sensibilidad táctil superficial distorsionada. y discriminación de 2 puntos normal (<6 mm)	Sensibilidad táctil superficial distorsionada con sensación anormal. y discriminación de 2 puntos anormal (>6 mm)	Disminución del dolor cutáneo superficial y sensibilidad táctil. Disminución de sensibilidad protectora	Ausencia de dolor cutáneo superficial y sensibilidad táctil.
Deficiencia Motora	Normal (Grado 5)	Grado 4/5 (contra la gravedad y con alguna resistencia)	Grado 3/5 (contra la gravedad solo sin resistencia)	Grado 2/5 (movimiento con gravedad eliminada)	Grado 0-1/5 (sin evidencia de contractilidad ni movimiento articular a leve contracción sin movimiento articular

15.4b Evaluación de la deficiencia del nervio digital

A diferencia de la mayoría de las secciones en este capítulo, las puntuaciones de la deficiencia por pérdida de sensibilidad en los dedos de las EESS no utilizarán el modelo de graduación en cinco intervalos de gravedad de la CIF. Las lesiones de los nervios pueden ocurrir a cualquier nivel desde la punta del dedo a la articulación MCF.

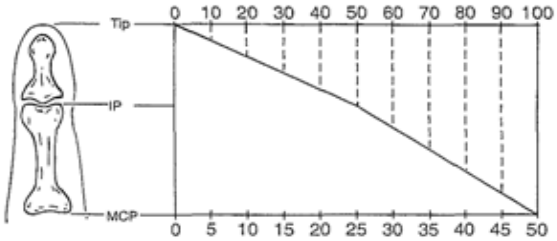
El porcentaje de longitud digital implicada se deriva de la escala superior de la Figura 15-1 para el pulgar y de la Figura 15-2 para los dedos.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Tabla 15-11 Clasificación de la deficiencia de la calidad de la sensibilidad

Discriminación de 15 puntos, mm	Pérdida sensorial	Deficiencia de la calidad sensorial, %
<6	Ninguna	0
7-15	Parcial	50
>15	Total	100

FIGURA 15-1: Deficiencia del pulgar debido a la amputación en varias longitudes (escala superior) o la pérdida sensorial transversal total (escala inferior).

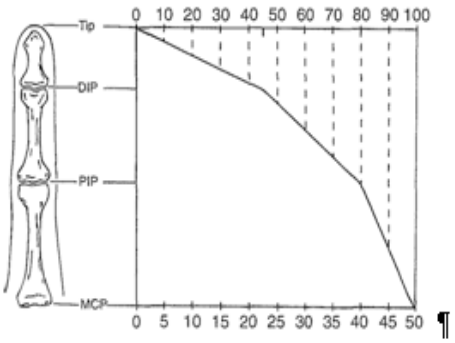


Pérdida sensorial transversal total

Las deficiencias de la pérdida sensorial transversal total corresponden al 50% de los valores de la amputación.

La pérdida sensorial transversal parcial representa el 50% de la pérdida sensorial (discriminación de dos puntos de 7 a 15 mm), involucra a ambos nervios digitales y recibe el 25% del valor de la deficiencia por amputación del dedo para el porcentaje correspondiente de longitud digital (Tablas 15-12 y 15-13).

FIGURA 15-2: Porcentaje de deficiencia digital por amputación de los dedos a varios niveles o la pérdida sensorial transversal total (escala inferior).



Pérdida sensorial transversal total

La pérdida sensorial transversal total representa el 100% de la pérdida sensorial (discriminación de dos puntos mayor de 15 mm), involucra a ambos nervios digitales y recibe el 50% del valor de la deficiencia por amputación del dedo para el porcentaje correspondiente de longitud digital (Tablas 15-12 y 15-13).

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Las deficiencias por pérdida sensorial longitudinal son: el pulgar y el dedo meñique, lado radial 40% y el lado cubital del 60%; índice, medio y anular, lado radial 60%, lado cubital 40%.

Las superficies utilizadas para la oposición en las funciones de pellizco y el aspecto cubital del dedo meñique se han valorado en más. Si el dedo meñique ha sido amputado, el valor relativo de la parte cubital del dedo anular se convierte en el 60% y la de la parte radial, el 40%, ya que el dedo anular es ahora el borde digital.

Tabla 15-12 Deficiencia de dedos para las pérdidas sensoriales transversal y longitudinal en el pulgar y el dedo meñique basado en el porcentaje de longitud digital implicado

% de longitud dedo	Porcentaje de deficiencia de dedos					
	Pérdida transversal			Pérdida longitudinal		
	Ambos nervios digitales		Nervio digital cubital		Nervio digital radial	
	Total	Parcial	Total	Parcial	Total	Parcial
100	50	25	30	15	20	10
90	45	23	27	14	18	9
80	40	20	24	12	16	8
70	35	18	21	11	14	7
60	30	15	18	9	12	6
50	25	13	15	8	10	5
40	20	10	12	6	8	4
30	15	8	9	5	6	3
20	10	5	6	3	4	2
10	5	3	3	2	2	1

TABLA 15-13 Deficiencia de dedos para las pérdidas sensoriales transversal y longitudinal en dedos índice, medio y anular basado en el porcentaje de longitud digital implicado.

% de longitud dedo	Porcentaje de deficiencia de dedos					
	Pérdida transversal			Pérdida longitudinal		
	Ambos nervios digitales		Nervio digital cubital		Ambos nervios digitales	
	Total	Parcial	Total	Parcial	Total	Parcial
100	50	25	20	10	30	15
90	45	23	18	9	27	14
80	40	20	16	8	24	12
70	35	18	14	7	24	11
60	30	15	12	6	18	9
50	25	13	10	5	15	8
40	20	10	8	4	12	6
30	15	8	6	3	9	5
20	10	5	4	2	6	3
10	5	3	2	1	3	2

15.4c Deficiencia solo sensorial por lesión de nervio periférico

Los nervios puramente sensoriales (ramas dorsal y palmar del mediano y el nervio cubital, nervio radial superficial; y los nervios medial, lateral y posterior del antebraquial cutáneo, etc.) se clasifican utilizando la Tabla 15-14, Deficiencia sólo sensorial por lesión del nervio periférico.

Si están lesionados dos o más nervios, la clasificación de la lesión nerviosa más grave determinará la deficiencia de todos los nervios puramente sensoriales.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Tabla 15-14 Deficiencia sólo sensorial secundaria a lesión del nervio periférico

Clase	Mínima	Leve	Moderada	Grave
Descripción	Sensación de protección mantenida, pero sin dolor.	Sensación de protección mantenida y algún dolor.	Ninguna sensación de protección (sin habilidad discriminatoria roma/afilada) o dolor importante.	Lesión múltiple de nervios puramente sensoriales (con ninguna sensación de protección) y dolor importante.
Deficiencia	1 % DES	2 % DES	3 % DES	4 % DES

15.4d Proceso de evaluación de la Deficiencia del nervio periférico y plexo braquial

La deficiencia de las lesiones traumáticas de nervios periféricos se define a través de los nervios específicos involucrados, y de la gravedad asociada del déficit sensorial y motor.
Esta sección no se utiliza para compresiones nerviosas ya que éstas se puntúan en la Sección de Neuropatía por compresión.
Las lesiones de nervios periféricos y plexo braquial son evaluadas de la siguiente manera:

1. **Diagnóstico:** Identificar el nervio lesionado. La inervación motora se muestra en la Figura 15-3 y la inervación cutánea se muestra en la Figura 15-4.
2. **Evaluar las deficiencias sensoriales y motoras**: Empleando la Tabla 15-10, Intervalos de gravedad sensorial y motora. Identificar el intervalo de grado/ gravedad de la deficiencia sensorial o motora.
3. **Identificación del intervalo de gravedad para diagnóstico correspondiente**: Para lesiones del plexo braquial utilice la Tabla 15-15, deficiencia del plexo braquial: deficiencias de la extremidad superior; y para lesiones de nervios periféricos utilice la Tabla 15-16, deficiencia del nervio periférico: deficiencias de la extremidad superior, para definir la deficiencia.
4. Ajuste de grado: Ajustar el valor de la deficiencia según se describe en los criterios secundarios de ajuste de grado. Ya que los hallazgos de la exploración neurológica (tabla 15-10) definen los valores de intervalo de grado de la deficiencia del nervio periférico, no se realiza ajuste por Exploración Física (EF). Los ajustes se hacen únicamente para la Historia Funcional (HF) y para las pruebas complementarias (PC) (es decir, estudios electrofisiológicos).

TABLA 15.14 A: Orígenes y funciones de los nervios periféricos de la extremidad superior que nacen del plexo braquial.

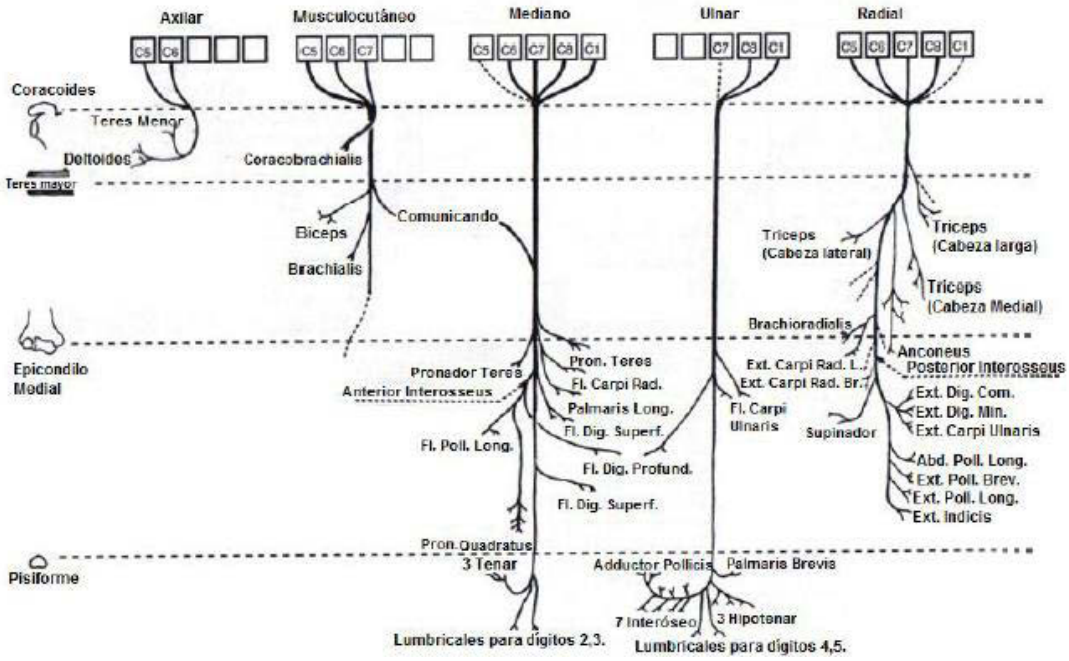
Orígenes y funciones de los nervios periféricos de las EESS

Segmento medular	Nervio	Músculo inervado	Función
C1-2-3	Asa Cervical	Músculos Hioides	Movimientos laríngeos y faríngeos
C4-5-6		Largo de la cabeza	Flexión de cabeza y cuello
C1		Recto anterior	
C1		Recto lateral	Inclinación lateral de la cabeza
C2-3		Esternocleidomastoideo	Rotación de cabeza (unilateral), cabeza adelante y mentón arriba (bilateral)
C3-4		Trapecio	Fijación hombros, elevación, depresión y aproximación al hombro, elevación del brazo.
C3-4-5		Diafragma	Respiración
C4-5		Romboides	Aducción escápula
C2-8		Escalenos	Elevación costillas, inclinación lateral de la columna cervical
C3-4-5	Rama del plexo	Elevador escápula	Elevación del hombro
C5-6-7		Serrato anterior	Propulsión hombro, elevación del brazo
C5-6		Subclavio	Fijación primera costilla y subclavio
C4-5-6		Supraespinoso	Aducción del brazo, rotación externa del brazo
C5-T1		Pectoral Mayor	Propulsión y fijación del hombro, inspiración
C5-6-7		Subescapular, Redondo Mayor	Aducción y rotación interna del brazo

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

C6-7-8		Dorsal ancho	Aducción , extensión y rotación interna del brazo
C5-6-7	Axilar	Deltoides Redondo menor	Abducción del brazo, propulsión o retroversión del hombro
C5-6		Biceps braquial	Supinación y flexión del antebrazo
C6-7	Músculo Cutáneo	Braquial	Flexión del antebrazo
C6-7-8		Coracobraquial	Proyección del brazo adelante y adentro
C6-7-8	Radial	Triceps	Extensión
C6-7		Braquioradial	Flexión del antebrazo
C5-6-7		Supinador	Supinación del antebrazo
C6-7-8		Ext. Radial del carpo	Extensión de la mano con desviación radial
C7-8		Ext. De los dedos	Extensión de los dedos
		Extensor del meñique Extensor del índice	
		Ext. Lunar del carpo	Extensión y aducción de la mano
		Extensor corto pulgar	Extensión falange proximal del pulgar
		Abductor largo pulgar	Abducción del pulgar
C6-7	Mediano	Pronador redondo	Pronación antebrazo
		Flexor radial carpo	Flexión de la mano con desviación radial
C7-T1		Palmar largo	Flexión de la mano tensión de la aponeurosis palmar
		Flexor Superficial de los dedos	Flexión segunda falange 2-3-4-5 dedos
		Flexor profundo dedos2-3	Flexión falanges distales dedos 2-3
		Flexor largo del pulgar	Flexión falange distal pulgar
		Pronador cuadrado	Pronación antebrazo
		Abductor corto del pulgar	Abducción primer metatarsiano
C8-T1		Oponente del pulgar	Oposición primer metatarsiano
		Flexor corto del pulgar	Flexión primera falange del pulgar
T1		1-2 lumbricales	Extensión falanges distales dedos 2-3
C7-T1	Cubital	Flexor ulnar del carpo	Flexión de la mano con desviación ulnar
		Flexor profundo dedos 4-5	Flexión falange distal dedos 4-5
C8-T1		Abductor del meñique Flexor del meñique	Movimientos del meñique
		Oponente meñique, flexor corto pulgar	Colabora en la aducción del pulgar, plano frontal
		Interóseos dorsales	Separación dedos
		Interóseos palmares	Aproximación de los dedos

FIGURA 15-3 **Inervación motora de la extremidad superior**



cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

FIGURA 15- 4: Inervación cutánea de la extremidad superior y nervios periféricos y raíces relacionadas

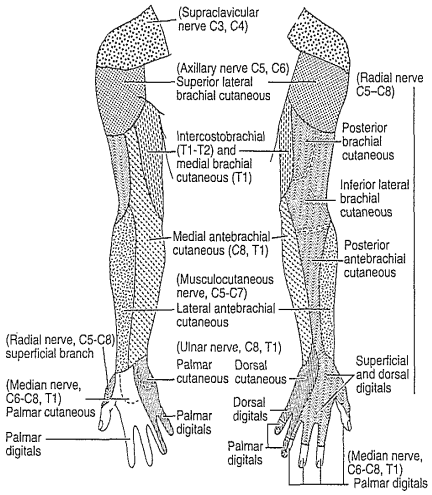


TABLA 15-15 Deficiencia del plexo braquial: deficiencias de la extremidad superior

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3	INTERVALO 4
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD (% DES)	**0**	**1 % -13 % ES**	**14 % - 25 % ES**	**26 % - 49 % ES**	**50 % - 100 % ES**
Plexo Braquial C5 hasta C8, T1)		**1 7 13 13 13** - Déficit sensorial ligero o *SDRC II leve - Déficit motor leve	**14 17 20 23 25** Déficit sensorial moderado o *SDRC II leve próximo a moderado	**26 35 43 49 49** Déficit sensorial moderado o *SDRC II moderado - Déficit motor moderado	**61 65 71 75 80** Déficit sensorial grave o *SDRC II grave **81 85 90 95 99** Déficit sensorial muy grave o *SDRC II muy grave **51 57 63 69 75** Déficit motor grave **71 79 88 93 99** Déficit motor muy grave
Tronco superior (C5, C6, Erb-Duchenne)		**0 2 3 5 6** Déficit sensorial ligero o *SDRC II leve **7 9 11 13 13** Déficit sensorial moderado o *SDRC II moderado **1 5 9 13 13** Déficit motor ligero	**15 16 18 19 20** Déficit sensorial severo o *SDRC II severo **20 21 23 24 25** Déficit sensorial muy severo o *SDRC II muy severo **18 22 25 25 25** Déficit motor moderado	**38 42 47 48 49** Déficit motor grave	**53 59 66 70 74** Déficit motor muy grave

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Tronco medio (C7)		**0 0 1 1 1** Déficit sensorial ligero o *SDRC II leve **1 2 2 3 3** Déficit sensorial moderado o *SDRC II moderado **3 3 4 4 4** Déficit sensorial grave o *SDRC II grave **4 4 5 5 5** Déficit sensorial muy grave o *SDRC II muy grave **0 2 5 7 9** Déficit motor ligero **9 11 13 13 13** Déficit motor moderado	**18 20 22 24 25** Déficit motor grave	**26 28 31 33 35** Déficit motor muy grave	
Tronco inferior (C8, T1, Dejerine - Klumpke)		**0 1 3 4 5** Déficit sensorial ligero o SDRC II leve (verificado objetivamente) **5 7 9 10 12** Déficit sensorial moderado o *SDRC II moderado **1 5 9 13 13** Déficit motor ligero	**13 13 14 15 16** Déficit sensorial grave o *SDRC II grave * **16 17 18 19 20** Déficit sensorial muy grave o *SDRC II muy grave **18 22 25 25 25** Déficit motor moderado	**36 40 44 48 49** Déficit motor grave	**50 55 61 65 69** Déficit motor muy grave

- *SDRC II, verificado objetivamente según sección 15.5

TABLA 15-16 Deficiencia del nervio periférico: deficiencias de la extremidad superior

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3	INTERVALO 4
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD (% DES)	**0**	**1 % -13 % DES**	**14 % - 25 % DES**	**26 % - 49 % DES**	**50 % - 100 % DES**
Pectoral (medial y lateral)		**0 0 1 1 1** **Déficit motor leve** **1 2 2 2 3** Déficit motor moderado **3 3 3 3 4** Déficit motor grave **3 3 3 3 4** Déficit motor muy grave			
Axilar(circunflejo)		**0 0 1 1 1** Déficit sensorial leve o *SRD II leve **1 2 2 3 3** Déficit sensorial moderado o *SDRC II moderado **3 3 4 4 4** Déficit sensorial grave o *SDRC II grave **4 4 5 5 5** Déficit sensorial muy grave o *SDRC II muy grave **0 2 5 7 9** Déficit motor ligero **9 11 13 13 13** Déficit motor moderado	**18 20 22 24 25** Déficit motor grave	**26 28 31 33 35** Déficit motor muy grave	

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Escapular dorsal	**0**	**0 0 1 1 1** Déficit motor leve **1 2 2 2 3** Déficit motor moderado **3 3 3 3 4** Déficit motor grave **4 4 4 3 5** Déficit motor muy grave			
Torácico largo	**0**	**0 1 2 3 4** Déficit motor ligero **4 5 6 7 8** Déficit motor moderado **8 8 9 10 11** Déficit motor grave **11 12 13 13 13** Déficit motor muy grave			
Braquial cutáneo medial	0	**0 0 1 1 1** Déficit sensorial leve o *SRD II leve **1 2 2 3 3** Déficit sensorial moderado o *SDRC II moderado **3 3 4 4 4** Déficit sensorial grave o *SDRC II grave ***4 4 5 5 5** Déficit sensorial muy grave o SDRC II muy grave	**18 20 22 24 25** Déficit motor grave	**26 28 31 33 35** Déficit motor muy grave	
NERVIO MEDIANO					
Porción por encima del punto medio del antebrazo	0	**0 3 5 8 10** Déficit sensorial ligero o *SDRC II leve **0 3 6 9 12** Déficit motor ligero	**0 3 5 8 10** Déficit sensorial moderado o SDRC II moderado **0 3 6 9 12** Déficit motor moderado	**26 26 27 29 31** Déficit sensorial grave o *SDRC II grave) **32 33 35 37 39**Déficit sensorial muy grave o *SDRC II muy grave **26 26 29 32 35** Déficit motor grave **33 36 40 43 44** Déficit motor muy grave	
Rama interósea anterior	0	**0 1 2 3 4** Déficit motor ligero **4 5 6 7 8** Déficit motor moderado **8 8 9 10 11** Déficit motor grave **11 12 13 13 13** Déficit motor muy grave			
Por debajo de la mitad del antebrazo — nervio entero (ver tabla 15.17 síndrome de túnel carpiano)	0	**0 3 5 8 10** Déficit sensorial ligero o *SDRC II leve **0 1 1 2 3** Déficit motor ligero **3 3 4 4 5** Déficit motor moderado **5 6 6 7 8** Déficit motor grave **7 8 9 9 10** Déficit motor muy grave	**14 14 17 20 23** Déficit sensorial moderado o *SDRC II moderado	**26 26 27 29 31** Déficit sensorial grave o *SDRC II grave **32 33 35 37 39** Déficit sensorial muy grave o *SDRC II muy grave)	

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Por debajo de la mitad del antebrazo Palmar radial digital del pulgar	0	**0 0 1 1 2** Déficit sensorial leve o *SDRC II leve **2 2 3 4 4** Déficit sensorial moderado o *SDRC II moderado **4 5 5 5 6** Déficit sensorial grave o *SDRC II grave **6 6 6 7 7** Déficit sensorial muy grave o *SDRC II muy grave			
Por debajo de la mitad del antebrazo Palmar cubital digital palmar del pulgar	0	**0 1 1 2 3** Déficit sensorial ligero o *SDRC II leve **3 4 5 6 7** Déficit sensorial moderado o *SDRC II moderado **7 7 8 8 9** Déficit sensorial grave o *SDRC II grave **9 9 10 10 11** Déficit sensorial muy grave o *SDRC II muy grave			
Por debajo de la mitad del antebrazo — Palmar radial digital palmar del dedo índice	0	**0 0 1 1 1** Déficit sensorial leve o *SDRC II leve **1 2 2 3 3** Déficit sensorial moderado o *SDRC II moderado **3 3 4 4 4** Déficit sensorial grave o *SDRC II grave **4 4 5 5 5** Déficit sensorial muy grave o *SDRC II muy grave			
Por debajo de la mitad del antebrazo — Palmar cubital digital palmar del dedo índice	0	0 0 1 1 1 Déficit sensorial leve o *SDRC II leve **1 1 2 2 2** Déficit sensorial moderado o *SDRC II moderado **2 3 3 3 3** Déficit sensorial grave o SDRC II grave **3 3 4 4 4** Déficit sensorial muy grave o *SDRC II muy grave			
Por debajo de la mitad del antebrazo Palmar radial digital palmar del dedo medio	0	0 0 1 1 1 Déficit sensorial leve o *SDRC II leve 1 2 2 3 3 Déficit sensorial moderado o *SDRC II moderado 3 3 4 4 4 Déficit sensorial grave o *SDRC II grave 4 4 5 5 5 Déficit sensorial muy grave o *SDRC II muy grave			
Por debajo de la mitad del antebrazo Palmar cubital digital palmar del dedo medio	0	**0 0 1 1 1** Déficit sensorial ligero o *SDRC II leve **1 1 2 2 2** Déficit sensorial moderado o *SDRC II moderado **2 3 3 3 3** Déficit sensorial grave o *SDRC II grave **3 3 4 4 4** Déficit sensorial muy grave o *SDRC II muy grave			

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Por debajo de la mitad del antebrazo — radial digital palmar del dedo anular	**0**	**0 0 1 1 1** Déficit sensorial leve o *SDRC II leve **1 1 1 2 2** Déficit sensorial moderado o *SDRC II moderado **2 2 2 2 2** Déficit sensorial grave o *SDRC II grave **2 3 3 3 3** Déficit sensorial muy grave			
MUSCULOCUTANEO					
Musculocutáneo	0	**0 0 1 1 1** Déficit sensorial ligero o *SDRC II leve **1 2 2 3 3** Déficit sensorial moderado o *SDRC II moderado **3 3 4 4 4** Déficit sensorial grave o *SDRC II grave **4 4 4 4 4** Déficit sensorial muy grave o *SDRC II muy grave **0 2 3 5 6** Déficit motor ligero **7 8 10 11 13** Déficit motor moderado	**14 14 16 17 19** Déficit motor grave **18 20 22 23 25** Déficit motor muy grave		
RADIAL					
Brazo con deficiencia del tríceps	0	**0 0 1 1 1** Déficit sensorial ligero o *SDRC II leve **1 2 2 3 3** Déficit sensorial moderado o *SDRC II moderado **3 3 4 4 4** Déficit sensorial grave o SDRC II grave **4 4 5 5 5** Déficit sensorial muy grave o SDRC II muy grave **0 3 6 9 12** Déficit motor ligero	**14 15 17 20 23** Déficit motor moderado **23 25 25 25 25** Déficit motor grave	**34 36 38 40 42** Déficit motor muy grave	
Codo sin deficiencia de tríceps	0	**0 0 1 1 1** Déficit sensorial ligero o *SDRC II leve **1 2 2 3 3** Déficit sensorial moderado o *SDRC II moderado **3 3 4 4 4** Déficit sensorial grave o *SDRC II grave **4 4 5 5 5** Déficit sensorial muy grave o SDRC II muy grave **0 2 5 7 9** Déficit motor leve **9 11 13 13 13** Déficit motor moderado	**18 20 22 24 24** Déficit motor grave	**25 28 31 33 35** Déficit motor muy grave	
SUBESCAPULARES					
Subescapulares (superior e inferior)	0	**0 0 1 1 1** Déficit motor leve **1 2 2 2 3** Déficit motor moderado **3 3 3 3 4** Déficit motor grave **4 4 4 5 5** Déficit motor muy grave			

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

SUPRAESCAPULAR					
Supraescapular	0	**0 0 1 1 1** Déficit sensorial ligero o *SDRC II leve **1 2 2 3 3** Déficit sensorial moderado o *SDRC II moderado **3 3 4 4 4** Déficit sensorial grave o *SDRC II grave **4 4 5 5 5** Déficit sensorial muy grave o SDRC II muy grave **0 1 2 3 4** Déficit motor ligero **4 5 6 7 8** Déficit motor moderado **8 9 10 11 12** Déficit motor grave	**14 14 14 15 16** Déficit motor muy grave		
TORACODORSAL					
Tóracodorsal	0	**0 1 1 2 2** Déficit motor leve **3 3 4 4 5** Déficit motor moderado **5 6 6 7 8** Déficit motor grave **7 8 9 9 10** Déficit motor muy grave			
CUBITAL					
Por encima de la mitad del antebrazo	0	**0 0 1 1 2** Déficit sensorial ligero o *SDRC II leve **2 2 3 4 4** Déficit sensorial moderado o *SDRC II moderado **4 5 5 5 6** Déficit sensorial grave o *SDRC II grave **6 6 6 7 7** Déficit sensorial muy grave o *SDRC II muy grave **0 3 6 9 12** Déficit motor ligero	**14 15 17 20 23** Déficit motor moderado	**26 26 29 32 35** Déficit motor grave **33 36 40 43 46** Déficit motor muy grave	
Por debajo de la mitad del antebrazo— nervio entero (ver tabla 15.17para el síndrome de túnel carpiano)	0	**0 0 1 1 2** Déficit sensorial ligero o *SDRC II leve) **2 2 3 4 4** Déficit sensorial moderado o *SDRC II moderado **4 5 5 5 6** Déficit sensorial grave o *SDRC II grave **6 6 6 7 7** Déficit sensorial muy grave o *SDRC II muy grave **0 2 5 7 9** Déficit motor ligero **9 11 13 13 13** Déficit motor moderado	**18 20 22 24 24** Déficit motor grave	**26 28 31 33 35** Déficit motor muy grave	

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Por debajo de la mitad del antebrazo— cubital digital palmar del dedo anular	0	**0 0 0 0 1** Déficit sensorial ligero o *SDRC II leve **1 1 1 1 1** Déficit sensorial moderado o *SDRC II moderado **1 1 1 2 2** Déficit sensorial grave o *SDRC II grave **2 2 2 2 2** Déficit sensorial muy severo o *SDRC II muy severo			
Por debajo de la mitad del antebrazo— radial digital palmar del dedo meñique	0	**0 0 0 0 1** Déficit sensorial ligero o *SDRC II leve **1 1 1 1 1** Déficit sensorial moderado o *SDRC II moderado **1 1 1 2 2** Déficit sensorial grave o *SDRC II grave **2 2 2 2 2** Déficit sensorial muy grave o *SDRC II muy grave			
Por debajo de la mitad del antebrazo— cubital digital palmar del dedo meñique	0	**0 0 0 0 1** Déficit sensorial ligero o *SDRC II leve **1 1 1 2 2** Déficit sensorial moderado o *SDRC II moderado **2 2 2 2 2** Déficit sensorial grave o *SDRC II grave **2 3 3 3 3** Déficit sensorial muy grave o *SDRC II muy grave			

*SDRC II, verificado objetivamente según sección 15.5

15.4e Neuropatía por compresión / atrapamiento

El método de evaluación utilizado para calcular la deficiencia en las neuropatías por compresión difiere ligeramente del método general de DBD para el nervio periférico

La neuropatía por compresión se determina utilizando sólo los métodos descritos en esta sección y será alternativo al de otras secciones de este capítulo. Si los resultados de las pruebas electrofisiológicas diagnosticas excluyen la condición de “atrapamiento”, la evaluación podría ser realizada utilizando el método DBD, mediante el diagnóstico regional apropiado (tablas 15-2, 15-3 y 15-4) para “dolor inespecífico” en mano, muñeca o codo.

En ningún caso se tendrán en cuenta puntuaciones adicionales de deficiencia para la disminución de fuerza de agarre, pérdida de movimiento, o dolor, relacionados con la neuropatía.

15.4e1. Diagnóstico, historia clínica, hallazgos físicos, escala funcional y estudios electrofisiológicos.

El diagnóstico de compromiso focal del nervio se basa en (1) la historia y los síntomas, (2) los signos clínicos objetivos y los hallazgos de la exploración neurológica, y (3) la documentación de los estudios electrofisiológicos. Las radiografías estándar y otros estudios de imagen también pueden ser útiles para excluir otros diagnósticos.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

La gravedad de la deficiencia en el nervio y los síntomas depende de la duración, magnitud y tipo de compromiso, así como de la anatomía microscópica del nervio afectado. A efectos de esta sección:

- ***Síntomas leves intermitentes*****,** significa que no son constantes, y que el individuo puede realizar todas las AVD, a pesar de los síntomas.
- ***Síntomas moderados intermitentes****,* significan que el dolor o entumecimiento no es constante, pero el individuo no es capaz de realizar al menos una de las AVD. La actividad que la persona es incapaz de hacer debe ser indicada en el informe y reflejada en el BLA.
- **Síntomas graves constantes**, significan que el dolor o entumecimiento está constantemente presente mientras el sujeto está despierto, y la pérdida de axones debe estar presente en las pruebas electrofisiológicas para confirmar la gravedad de los síntomas

15.4 e2. Evaluación de la deficiencia por neuropatía por compresión o focal.

Los resultados de los hallazgos en las pruebas electrofisiológicas de conducción son por tanto, el "factor clave " o “criterio diagnóstico inicial “necesario, para determinar la deficiencia en esta sección y no en otra.

Las descripciones de los modificadores de grado por los hallazgos físicos y las pruebas son las siguientes:

15.4 e 2.1 Hallazgos en la exploración física: La selección de los modificadores de grado para la exploración física se basa en la documentación de los hallazgos o signos objetivos sensoriales y motores significativos.

Modificador de grado 2: La disminución de la sensibilidad

Modificador de grado 3: La atrofia

15.4 e2.2 Hallazgos en las pruebas de electrofisiología:

Modificador de grado 1: El retraso de la conducción
Modificador de grado 2: El bloqueo de la conducción
Modificador de grado 3: La pérdida de axones

En presencia de SDRC II (causalgia) asociado con neuropatía focal o tratamiento quirúrgico de la neuropatía focal, el deterioro se evalúa de acuerdo a los principios de SDRC II. Se deben cumplir los criterios diagnósticos especificados en la Sección 15.5, y la deficiencia se obtiene utilizando la Sección 15.4d, Deficiencia del plexo braquial y nervios periféricos.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

15.4 e 2.3 Neuropatías focales múltiples simultáneas

En ocasiones se diagnostican síndromes de compromiso focal múltiple concurrente en el mismo miembro superior. Ambas deficiencias pueden ser evaluadas mediante esta sección, y en estos casos el proceso de puntuación (tabla 15-17: Deficiencia por neuropatía secundaria a atrapamiento/compresión) se aplicaría a cada diagnóstico. Al nervio calificado con la deficiencia mayor se la da una puntuación de deficiencia completa del 100%. El nervio evaluado con la deficiencia menor, se puntúa al 50% (la mitad) de la puntuación obtenida. Posterior mente los valores de las dos deficiencias son combinadas. En el caso de que la puntuación termine en 0,5%, debe ser redondeada al entero más próximo.

Si se diagnostican y se confirman por lo requisitos de inclusión de tres neuropatías focales, la tercera (o deficiencia más pequeña) no se puntúa. Si son identificados y apoyados por los requisitos de inclusión más de 3 diagnósticos de neuropatías focales, esta sección no debe ser utilizada. Se debe utilizar la sección de neuropatía periférica del capítulo de neurología (Tablas 3.10 y 3.17), ya que en estos casos casi siempre el problema principal es una neuropatía periférica generalizada.

15.4 e 2.4. Metodología de evaluación para el cálculo de la puntuación de la deficiencia por neuropatía secundaria a atrapamiento /compresión

Para la puntuación a la deficiencia por compromiso focal del nervio, se utiliza la Tabla 15-17, Deficiencia por neuropatía secundaria a atrapamiento/compresión.

1. Diagnóstico objetivo (criterio inicial necesario):

2. Modificadores de grado: Evaluar los criterios para identificar el grado (intervalo) de los modificadores de grado apropiados, según los resultados de los hallazgos en: 1) La prueba de electrofisiología 2) La anamnesis (síntomas) y 3) Los signos en la exploración física.

3. Cálculo “modificador de grado promedio” (criterio principal): Que determinará el intervalo de gravedad. Determinar el valor medio de los 3 modificadores de grado, del punto 2, utilizando el número (grado) asociado para cada intervalo. Redondee el valor promedio al entero más cercano para determinar el “modificador de grado promedio”.

4. Valor de intervalo de grado: Identificar la fila "Deficiencias de la extremidad superior (DES)" en la parte inferior de la tabla 15-17. Esta contiene el rango de valores de puntuación o “intervalos de grado” de la deficiencia para el “modificador de grado promedio” obtenido en el paso 3. Cada intervalo de grado a su vez, tiene tres valores de grado, por defecto, el “valor de intervalo de grado”, se corresponde con el valor central.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

5. Ajuste final de grado con la Escala Funcional (QuickDASH):

TABLA 15-17 Deficiencia por neuropatía secundaria a atrapamiento/compresión

Clínica	Modificador de grado 0	Modificador de grado 1	Modificador de grado 2	Modificador de grado 3	Modificador de grado 4
HALLAZGOS EN LAS PRUEBAS *(ELECTROFISIOLOGIA)	Normal	Retardo en la conducción (sensorial y/o motora)	Bloqueo de la conducción motora	Pérdida del axon.	Denervación
HALLAZGOS EN LA ANAMNESIS	Asintomático	Síntomas leves intermitentes	Síntomas moderados intermitentes	Síntomas graves constantes	NA
HALLAZGOS A LA EXPLORACIÓN FISICA	Normal	Normal	Sensación disminuida o disestesias	Atrofia o debilidad	NA
ESCALA FUNCIONAL (Quick Dash)	Normal (0-20) 0 Leve (21-40) 1 Moderado (41-60) 2	Normal (0-20) 0 Leve (21-40) 1 Moderado (41-60) 2	Leve (21-40) 1 Moderado (41-60) 2 Grave (61-80) 3	Leve (21-40) 1 Moderado (41-60) 2 Grave (61-80) 3	NA
DEFICIENCIA ES	0	1 2 3	4 5 6	7 8 9	NA
	Intervalo de grado 0	**Intervalo de grado 1**	**Intervalo de grado 2**	**Intervalo de grado 3**	

Nota: NA indica no aplicable; ES, extremidad superior.
* Criterios de interpretación para la graduación del modificador de grado para cada nervio en apéndice 15-b

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

15.5 SÍNDROME DE DOLOR REGIONAL COMPLEJO (SDRC)

La *International Association for the Study of Pain* (IASP), creó el diagnóstico de **SDRC tipo I** para sustituir el diagnóstico de **DSR** (Distrofia Simpático Refleja) y el **SDRC tipo II** para sustituir a la causalgia.

Un consenso internacional formal dio como resultado los criterios mostrados en la Tabla 15.18 Debe apuntarse la presencia o ausencia de los criterios objetivos mostrados en la Tabla 15.19

En el **SDRC I**, los signos clínicos y los síntomas adecuados están presentes en el miembro sin encontrarse una lesión nerviosa, la evaluación de la deficiencia se basa en la Tabla 15- 20: Síndrome de dolor regional complejo (Tipo I): deficiencias de la extremidad superior.

El **SDRC II** se considera cuando los signos y síntomas adecuados están presentes en el ámbito clínico de una lesión inequívoca de un nervio periférico específico, por lo tanto, la evaluación se basa en la Tabla 15-16 Deficiencia del nervio periférico: deficiencias de la extremidad superior. En estos casos se deberá previamente verificar objetivamente y evaluar la gravedad del SDRC II (leve, moderado, grave o muy grave) mediante la tabla 15-20.

15.5.1. Metodología de evaluación para el cálculo de la puntuación de la deficiencia por Síndrome de dolor regional complejo

1. Diagnóstico objetivo (criterio inicial necesario): Determinar si el SDRC es un diagnóstico objetivo evaluable confirmado (Tabla 15-18 Criterios diagnósticos objetivos para el síndrome de dolor regional complejo), si el diagnóstico ha estado presente durante al menos un año, si ha sido verificado por más de un médico y se ha realizado un proceso amplio de diagnóstico diferencial que ha permitido descartar claramente los demás diagnósticos.

2. Puntos de umbral (criterio principal): Determinar el número de “puntos de umbral” en la tabla de los criterios diagnósticos objetivos (Tabla 15-19: Puntos de criterios diagnósticos objetivos para el síndrome de dolor regional complejo).

3.1. En el SDRC tipo II (causalgia): Una vez definida la gravedad mediante la identificación del intervalo de grado (leve, moderado, grave o muy grave) en la tabla 16-13, el proceso de cálculo de la puntuación de deficiencia, en los casos de SDRC tipo II, continua en la Tabla 16-11: Deficiencia del nervio periférico: deficiencias de la extremidad superior. En los casos de SDRC tipo I, se continuará con los pasos siguientes.

3.2. Modificadores de grado (en el SDRC tipo I) : Evaluar los criterios para identificar el grado (intervalo) de los modificadores de grado de ajuste apropiados, según los resultados de los hallazgos en: 1) Historia Funcional (HF): Utilizando las Tablas de Ajuste de la historia funcional (HF) Tabla 15-6; 2) Exploración Física (EF); utilizando la tabla de: Ajuste de la exploración física (EF) Tabla 15-7; 3) Las Pruebas Complementarias(PC): Utilizando la tabla: Ajuste de las pruebas complementarias (PC) Tabla 15-8; de las extremidades superiores. Identifique el número de modificadores de grado para cada factor de ajuste que se determina como fiable

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

4. **Cálculo "modificador de grado promedio" (en el SDRC tipo I):** Calcular la media de los números de los modificadores de grado anteriores (punto 3) y emplear la información para definir el intervalo de grado de gravedad de la Tabla 15-20 (Síndrome del dolor regional complejo Deficiencias de la extremidad superior). Por defecto se considerará como valor de intervalo de grado el valor central.

5, Ajuste de grado con el "modificador de grado promedio" (en el SDRC tipo I): Si el intervalo de grado del "modificador de grado promedio" no coincide con el intervalo de grado asignado por los "puntos de umbral" de hallazgos de diagnóstico objetivo (criterio principal) (Tabla 15-19), el valor central del "intervalo de grado inicial", se modificara proporcionalmente, al alta o a la baja.

La evaluación para el SDRC es un enfoque "solitario". En el caso de asignarse la deficiencia al SDRC, en concepto de dolor no se asignará ninguna deficiencia adicional del capítulo 6 (Deficiencia relacionada con el Dolor) como tampoco se combinará la deficiencia del SDRC con ningún otro enfoque para la misma extremidad de ese capítulo.

TABLA 15-18 Criterios diagnósticos objetivos para el síndrome de dolor regional complejo

Dolor continuo, que es desproporcionado a cualquier evento provocado.
1) Debe informar al menos de un síntoma en tres de las cuatro categorías siguientes: - Sensorial: informa de hiperestesia y/o alodinia. - Vasomotor: informa de temperatura asimétrica y/o cambios de color en la piel y/o color asimétrico de la piel - Sudomotor/Edema: informa de edema y/o cambios en la transpiración y/o sudoración asimétrica - Motor/Trófico: informa de disminución del balance articular y/o disfunción motora (debilidad, temblor, distonia) y/o cambios tróficos (pelo, uña, piel)
2) Debe manifestar al menos un signoª en el momento de la evaluación en dos o más de las siguientes categorías: - Sensorial: Evidencia de hiperalgesia (pinchazo) y/o alodinia (al tacto ligero y/o presión somática profunda y/o movimiento articular) - Vasomotor: Evidencia de temperatura asimétrica y/o cambios de color en piel y/o asimetría. - Sudomotor/Edema: Evidencia de edema y/o cambios en la transpiración y/o sudoración asimétrica - Motor/Trófico: Evidencia disminución del balance articular y/o disfunción motora (debilidad, temblor, distonia) y/o cambios tróficos (pelo, uña, piel)
No hay otro diagnóstico que explique mejor los signos y síntomas. Un signo solo cuenta si es observado y documentado en el momento de la evaluación de la deficiencia.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

TABLA 15-19 Puntos de hallazgos diagnósticos objetivos para el síndrome de dolor regional complejo

Signos clínicos locales	**Puntos**
Cambios vasomotores:	
• Color de piel: moTGD/TEAda o cianótica	1
• Temperatura de la piel: fría	1
• Edema	1
Cambios sudomotores	
• Piel seca o excesivamente húmeda	1
Cambios tróficos:	
• Textura de la piel: lisa, no elástica	1
• Atrofia de tejido blando: especialmente punta de dedos	1
• Rigidez articular y movimiento pasivo disminuido	1
• Cambios en las uñas: alteradas, curvas, en garra	1
• Cambios en el crecimiento del cabello: caída, muy largo, fino	1
Signos radiográficos	
• Radiografías: cambios tróficos en huesos, osteoporosis	1
• Gammagrafía ósea: hallazgos compatibles con SDRC	1

Nota: SDRC indica síndrome de dolor regional complejo

TABLA 15-20 Síndrome de Dolor Regional Complejo (SDRC): Deficiencia de la extremidad superior

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA (SDRC II)	**INTERVALO 0 NULO**	**INTERVALO 1 LEVE**	**INTERVALO 2 MODERADO**	**INTERVALO 3 GRAVE**	**INTERVALO 4 MUY GRAVE/TOTAL**
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA (ES %) (SDRC I)	0% ES	1%-13% ES	14%-25% ES	26%-49% ES	50%-100% ES
HALLAZGOS OBJETIVOS (PUNTOS DE UMBRAL)		≥4 puntos	≥6 puntos	≥8 puntos	≥10 puntos
VALOR DE INTERVALO DE GRAVEDAD (SDRC I)	0 diagnóstico de SDRC no sustentable	1 3 7 11 13	14 17 20 23 25	26 32 38 44 49	50 60 70 80 90

Nota: ES indica extremidad superior; SDRC, síndrome de dolor regional complejo.

15.6 DEFICIENCIA POR AMPUTACIÓN

Condiciones asociadas con la amputación

La evaluación del muñón residual debe incluir la evaluación del estado de la cobertura de los tejidos blandos y de los nervios periféricos y los sistemas vasculares y del propio hueso. En general, la puntuación de deficiencia proporcionada por un nivel dado de la amputación anatómica incluye el dolor y las molestias usuales, como clínica de miembro fantasma,

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

contornos anormales de los tejidos blandos del muñón, y cambios vasculares como la intolerancia al frío.

Las lesiones de la punta o en la falange distal del dedo puede dar como resultado la pérdida de la pulpa (tejido suave relleno sobre el hueso de la falange distal) o la presencia de cicatrices sensibles que limitan la función. Si la pérdida de la pulpa es suficiente para calificarla como una amputación según la Figura 15.1 o la Figura 15.2, la puntuación de la deficiencia para la amputación suele ser adecuada. Si la pérdida de pulpa o una cicatriz sensible hace que el individuo excluya (no use) el dedo en tareas funcionales, hay una deficiencia adicional. En tales casos, si se ha producido una amputación puntuable, el evaluador puede *combinar* un 10% adicional de deficiencia de dedos con la deficiencia por amputación de dedos.

Neuromas digitales y lesión del nervio digital

Las amputaciones a través de los dedos pueden tener pérdida residual de la sensibilidad asociada a la lesión del nervio digital y puede tener un neuroma en la parte conservada de los dedos. La pérdida de la sensibilidad es puntuada usando la Figura 15.1 y la Figura 15.2 para determinar cuánto de la longitud restante del dedo ha perdido sensibilidad, y las Tablas 15.12 y 15.13 puntúan la deficiencia considerando la longitud del dedo sobre la cual está reducida la sensibilidad y el grado de pérdida sensorial. La puntuación de deficiencia de dedos por la pérdida de sensibilidad se combina con la puntuación de deficiencia de dedos asociada a la amputación. La deficiencia de dedos no puede exceder el 100%.

Con un neuroma del nervio digital, no debe haber sensibilidad distal al neuroma (sin reconocimiento romo vs agudo y más de 20 mm de discriminación de dos puntos). Si se determina que hay un neuroma digital o dolor fantasma, puede *combinarse* un 10% adicional con la deficiencia de dedos.

Un dedo con una amputación no puede recibir las dos, una puntuación por un neuroma y una puntuación por una cicatriz sensible, ya que ambas puntuaciones consideran la misma disminución en la función. El 10% de deficiencia de dedos para un neuroma sintomático pueden *combinarse* con las deficiencias para la amputación y la pérdida sensorial.

Este método de cálculo de la deficiencia se puede repetir para cada dedo (pulgar o dedos). Incluso si ambos nervios digitales tienen neuromas, el máximo adicional permitido para neuromas y cicatrices de cada dedo es el 10% del dedo. La deficiencia final no puede superar el 100% del dedo.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

TABLA 15-21 Deficiencia por amputación de la extremidad superior a varios niveles

Nivel de amputación	% de Deficiencia			
	Dedo	**Mano**	**Extremidad superior**	**Toda la persona**
Pulgar en:				
• Articulación IF	50	20	18	11
• Articulación MCF	100	40	36	22
• Mitad del metacarpiano		41	37	22
• Metacarpiano en CMC		42	38	23
Dedo índice o medio en:				
• Articulación IFD	45	9	8	5
• Articulación IFP	80	16	14	9
• Articulación MCF	100	20	18	11
• Mitad del metacarpiano		21	19	11
• Metacarpiano en CMC		22	20	12
Dedo anular o dedo meñique en				
• Articulación IFD	45	5	5	3
• Articulación IFP	80	8	7	4
• Articulación MCF	100	10	9	5
• Mitad del metacarpiano		12	11	7
• Metacarpiano en CMC		13	12	7
Mano				
• Todos los dedos excepto el pulgar en la articulación MCF		60	54	32
• Todos los dedos en la articulación MCF		100	90	54
Antebrazo/mano				
• distal desde la inserción bicipital hasta la pérdida transmetacarpofalángica de todos los dedos			94-90	56-54
Brazo/antebrazo:				
• distal desde la inserción deltoidea hasta la inserción bicipital			95	57
Brazo:				
• inserción deltoidea y proximidades			100	60
Hombro				
• Desarticulación de hombro			100	60
• Escapulotorácica (cuarto delantero)				70

Amputaciones con pérdida del balance articular

Cualquier deficiencia derivada de la pérdida o restricción del movimiento de las articulaciones proximales se evalúa de acuerdo a la Sección Deficiencia del balance articular. Para cada unidad funcional, la puntuación de la deficiencia no puede superar el 100% de la unidad.

Puntuación final de la amputación

Utilizar el procedimiento descrito anteriormente para determinar la deficiencia debido al nivel de la amputación y también utilice la Tabla 15-21. En la mayoría de las circunstancias, la deficiencia se basa en el nivel de la amputación con el ajuste por problemas proximales y sobre la historia funcional, la exploración física y las pruebas complementarias.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

15.7 EVALUACION DE EESS POR EL MODELO DEL BALANCE ARTICULAR (BA)

La Deficiencia basada en el diagnóstico (DBD), es el método de elección para el cálculo de la deficiencia. El balance articular se usa ocasionalmente como criterio principal en la parrilla de ajuste: Algunas de las parrillas de DBD se refieren al balance articular cuando este es el mecanismo más adecuado para la puntuación de la deficiencia. Y en la mayoría de los casos como criterio secundario modificador de grado dentro de la metodología DBD

Excepcionalmente el balance articular también puede ser utilizado para puntuar en las dos siguientes situaciones:

1. Para puntuar amputaciones, el déficit de movimiento de la parte restante de la extremidad puede ser combinado con la deficiencia por amputación.
2. Excepcionalmente en algunos casos, en los cuales una lesión severa (evaluada en intervalo 3 o 4), causa disminución de la movilidad y el porcentaje de deficiencia del BA resulta mayor que el calculado por el método de Deficiencia Basado en el Diagnóstico (DBD).

15.7a Medición clínica del balance articular

Si la extremidad opuesta no está involucrada ni lesionada previamente, debe utilizarse para definir lo normal para ese individuo; cualquier pérdida debería hacerse en comparación con la extremidad normal opuesta.

Las mediciones del balance articular se redondean al número entero más cercano que termina en 0. Por lo tanto, el movimiento de la articulación no se registra como 32 ° o 48 °, sino más bien como 30 ° y 50 °, respectivamente. El balance articular no puede ser medido con fiabilidad a nivel de grados individuales.

Tabla 15- 22: pérdida de movimiento como modificadores de grado

Modificador de grado	Gravedad	Balance articular
0	Normal	
1	Leve	60%-90% de movimiento normal (promedio: 75% de movimiento normal)
2	Moderado	30%-60% de movimiento normal (promedio: 45% de movimiento normal)
3	Grave	<30% de movimiento normal (promedio: 15% de movimiento normal))
4	Total	Articulación anquilosada

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

15.8 RESUMEN DE LA EVALUACIÓN DE LAS EXTREMIDADES SUPERIORES

1. Registre los procesos y hallazgos utilizando la plantilla de registro de la evaluación de la extremidad superior (15.9)
2. Revise las pruebas complementarias.
3. Determine los diagnósticos y aquellos que serán puntuados.
4. Determine la DBD para cada diagnóstico clasificable, usando las parrillas regionales (15.2 a15.5)
5. Utilice las parrillas de ajuste por historia funcional (HF), exploración física (EF), y pruebas complementarias (PC). El ajuste por historia funcional, en caso de haber más de un diagnóstico puntuable, se realiza sólo para el diagnóstico, de mayor puntuación, a menos que se establezca otra indicación específica
6. Ajuste la DBD.
7. Si hay más de un diagnóstico puntuable, combine el valor final de la deficiencia a nivel de la extremidad superior. (DES).
8. Identificar y calcular la deficiencia relacionada con la deficiencia del nervio periférico.
9. Identificar y calcular la deficiencia relacionada con SDRC.
10. Identifique y calcule la deficiencia relacionada con la amputación.
11. Sólo si no hay otro enfoque disponible para la puntuación, la deficiencia se calcula sobre la base de la deficiencia por el método de balance articular (BA).
12. Normalmente se emplea solamente un único enfoque y, en la amplia mayoría de los casos, el método que se emplea es el de la evaluación de la deficiencia basada en el diagnóstico. (EBD) Sin embargo, en el caso de que sean múltiples los enfoques aplicables, el técnico evaluador podrá **combinar**, justificándolo, las deficiencias a nivel de la extremidad superior (DES).
13. Convertir la deficiencia final de la extremidad superior (DES) a la deficiencia total de la persona (DTP).
14. Si están implicadas ambas extremidades superiores, cada una de las extremidades se puntúa por separado como DES y se convierten independientemente a deficiencia total de la persona (DTP); luego ambas puntuaciones (extremidad superior derecha e izquierda) se combinan utilizando la Tabla de valores combinados.
15. En aquellos casos que no sea posible aplicar un diagnóstico determinado según el método de DBD, ni el basado en el balance articular (BA), como en casos de alteraciones múltiples o complejas que aconsejen la evaluación la ES globalmente. Se utilizara el modelo alternativo de evaluación de EESS por alteración funcional de EESS (Tablas 3.10 y 3.17). Siempre que sea utilizado este método de evaluación no podrá emplearse ningún otro.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

15. 10 PLANTILLAS DE REGISTRO DE EVALUACIÓN DE LAS EXTREMIDADES SUPERIORES

15.10a Registro del balance articular de las extremidades superiores

Nombre----------Fecha ----------

Lado Dominante ----------Derecho ____Izquierdo _____Ambidiestro

Lado Lesionado __ Derecho __Izquierdo ___Bilateral

			Derecho lesionado ----- No lesionado-----		Izquierdo Lesionado----- No lesionado----		Deficiente Derecho ------- Izquierdo ------
	Movimiento	Normal	Movimiento	Deficiencia	Movimiento	Deficiencia	Deficiencia
Pulgar							
IF	Flexión	≥80°		% Dedo		% Dedo	% Dedo
	Extensión	≥+10°		% Dedo		% Dedo	% Dedo
	Sumar Flexión y Extensión			% Dedo		% Dedo	% Dedo
MCF	Flexión	≥60°		% Dedo		% Dedo	% Dedo
	Extensión	≥0°		% Dedo		% Dedo	% Dedo
	Sumar Flexión y Extensión			% Dedo		% Dedo	% Dedo
CMC	Aducción	≤2 cm		% Dedo		% Dedo	% Dedo
	Abducción Radial	≥50°		% Dedo		% Dedo	% Dedo
	Oposición	≥7 cm		% Dedo		% Dedo	% Dedo
	Sumar todos CMC			% Dedo		% Dedo	% Dedo
Total	Sumar IF, MF, CMC			% Dedo		% Dedo	% Dedo
	Convertir a Mano			% Mano		% Mano	% Mano
Índice	Movimiento	Normal	Movimiento	Deficiencia	Movimiento	Deficiencia	Deficiencia
IFD	Flexión	≥70°		% Dedo		% Dedo	% Dedo
	Extensión	≥0°		% Dedo		% Dedo	% Dedo
	Sumar Flexión y Extensión			% Dedo		% Dedo	% Dedo
IFP	Flexión	≥100°		% Dedo		% Dedo	% Dedo
	Extensión	≥0°		% Dedo		% Dedo	% Dedo
	Sumar Flexión y Extensión			% Dedo		% Dedo	% Dedo
MCF	Flexión	≥90°		% Dedo		% Dedo	% Dedo
	Extensión	≥+20		% Dedo		% Dedo	% Dedo
	Sumar Flexión y Extensión			% Dedo		% Dedo	% Dedo
Total	IFD, IFP and MF combinadas			% Dedo		% Dedo	% Dedo
	Convertir a Mano			% Mano		% Mano	% Mano
Medio	Movimiento	Normal	Movimiento	Deficiencia	Movimiento	Deficiencia	Deficiencia
IFD	Flexión	≥70°		% Dedo		% Dedo	% Dedo
	Extensión	≥0°		% Dedo		% Dedo	% Dedo
	Sumar Flexión y Extensión			% Dedo		% Dedo	% Dedo
IFP	Flexión	≥100°		% Dedo		% Dedo	% Dedo
	Extensión	≥0°		% Dedo		% Dedo	% Dedo
	Sumar Flexión y Extensión			% Dedo		% Dedo	% Dedo
MCF	Flexión	≥90°		% Dedo		% Dedo	% Dedo
	Extensión	≥+20		% Dedo		% Dedo	% Dedo
	Sumar Flexión y Extensión			% Dedo		% Dedo	% Dedo
Total	IFD, IFP and MF combinadas			% Dedo		% Dedo	% Dedo
	Convertir a Mano			% Mano		% Mano	% Mano

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Anular	Movimiento	Normal	Movimiento	Deficiencia	Movimiento	Deficiencia	Deficiencia
IFD	Flexión	≥70°		% Dedo		% Dedo	% Dedo
	Extensión	≥0°		% Dedo		% Dedo	% Dedo
	Sumar Flexión y Extensión			% Dedo		% Dedo	% Dedo
IFP	Flexión	≥100°		% Dedo		% Dedo	% Dedo
	Extensión	≥0°		% Dedo		% Dedo	% Dedo
	Sumar Flexión y Extensión			% Dedo		% Dedo	% Dedo
MCF	Flexión	≥90°		% Dedo		% Dedo	% Dedo
	Extensión	≥+20		% Dedo		% Dedo	% Dedo
	Sumar Flexión y Extensión			% Dedo		% Dedo	% Dedo
Total	IFD, IFP and MCF			% Dedo		% Dedo	% Dedo
	Convertir a Mano			% Mano		% Mano	% Mano
Meñique	Movimiento	Normal	Movimiento	Deficiencia	Movimiento	Deficiencia	Deficiencia
IFD	Flexión	≥70°		% Dedo		% Dedo	% Dedo
	Extensión	≥0°		% Dedo		% Dedo	% Dedo
	Sumar Flexión y Extensión			% Dedo		% Dedo	% Dedo
IFP	Flexión	≥100°		% Dedo		% Dedo	% Dedo
	Extensión	≥0°		% Dedo		% Dedo	% Dedo
	Sumar Flexión y Extensión			% Dedo		% Dedo	% Dedo
MCF	Flexión	≥90°		% Dedo		% Dedo	% Dedo
	Extensión	≥+20		% Dedo		% Dedo	% Dedo
	Sumar Flexión y Extensión			% Dedo		% Dedo	% Dedo
Total	IFD, IFP y MCF			% Dedo		% Dedo	% Dedo
	Convertido a Mano			% Mano		% Mano	% Mano
MANO TOTAL	Sumar % toda la mano por todos los dedos			% Mano		% Mano	% Mano
	Convertir a Extremidad Superior			% ES		% ES	% ES
Muñeca	Movimiento	Normal	Movimiento	Deficiencia	Movimiento	Deficiencia	Deficiencia
	Flexión	≥60°		% ES		% ES	% ES
	Extensión	≥60°		% ES		% ES	% ES
	Sumar Flexión y Extensión			% ES		% ES	% ES
	Desviación radial	≥20°		% ES		% ES	% ES
	Desviación cubital	≥30°		% ES		% ES	% ES
	Radial I y cubital añadidas			% ES		% ES	% ES
Total	Sumar toda la muñeca			% ES		% ES	% ES
Codo	Movimiento	Normal	Movimiento	Deficiencia	Movimiento	Deficiencia	Deficiencia
	Flexión	≥140°		% ES		% ES	% ES
	Extensión	≥0°		% ES		% ES	% ES
	Sumar Flexión y Extensión			% ES		% ES	% ES
	Pronación	≥80°		% ES		% ES	% ES
	Supinación	≥80°		% ES		% ES	% ES
	Sumar pronación y supinación			% ES		% ES	% ES
Total	Sumar todo el codo			% ES		% ES	% ES
Hombro	Movimiento	Normal	Movimiento	Deficiencia	Movimiento	Deficiencia	Deficiencia
	Flexión	≥180°		% ES		% ES	% ES
	Extensión	≥50°		% ES		% ES	% ES
	Sumar Flexión y Extensión			% ES		% ES	% ES

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

	Abducción	≥170°		% ES		% ES	% ES
	Aducción	≥40°		% ES		% ES	% ES
	Sumar Abducción y			% ES		% ES	% ES
	Rotación interna	≥80°		% ES		% ES	% ES
	Rotación externa	≥60°		% ES		% ES	% ES
	Rotaciones añadidas			% ES		% ES	% ES
Total	Sumar todo el hombro			% ES		% ES	% ES
Combinada	Combinar Mano. Muñeca. Codo y Hombro			% ES		% ES	% ES

15.10b Ejemplo de registro de la deficiencia de la extremidad superior

					Fecha del examen: 1/12/2008
Nombre:					Fecha de nacimiento:12/27/50
Diagnóstico:					Fecha de la lesión: 1/1 /2004 (CT)
	Deficiencia basada en el diagnóstico (DBD)				
Parrilla	Diagnóstico/Criterio Principal (CP)	Intervalo de gravedad asignado (VIAD)	Ajustes por modificadores de grado	Grado ajustado	DES final
Dedos(D) Muñeca(M) Codo(C) Hombro(H)	Desgarro Complejo de Fibriocartilago Triangular	0 1 2 3 4	VIGHF 0 1 2 3 4 Neto VIGEF 0 1 2 3 4 VIGPC 0 1 2 3 4 (Opcional: puntuación QuickDASH:) Ajuste neto = (VIGHF – VIAD) + (VIGEF – VIAD)) + (VIGPC – VIAD))	≤ -2 -1 0 +1 ≥+2 A B C D E	8 %
D M C H	Epicondilitis lateral	0 1 2 3 4	VIGHF 0 1 2 3 4 NETO VIGEF 0 1 2 3 4 VIGPC 0 1 2 3 4 (Opcional: puntaje QuickDASH:) Ajuste neto = (VIGHF – CDX + (VIGEF – VIAD) + (VIGPC – VIAD))	≤ -2 -1 0 +1 ≥+2 A B C D E	1 %
D M C H		0 1 2 3 4	VIGHF 0 1 2 3 4 NETO VIGEF 0 1 2 3 4 VIGPC 0 1 2 3 4 (Opcional: puntaje QuickDASH:) Ajuste neto = (VIGHF – VIAD) + (VIGEF – VIAD)) + (VIGPC – VIAD))	≤ -2 -1 0 +1 ≥+2 A B C D E	
	DES combinada				9 %

Deficiencias de nervios periféricos/SDRC II					
Nervio	Evaluación sensorial o motriz	intervalo asignada	Ajustes por modificador de grado	Grado ajustado	DES Combinada
	Déficit sensorial 0 1 2 3 4 n/a Déficit motor 0 1 2 3 4 n/a	Déficit sensorial 0 1 2 3 4 Déficit motor 0 1 2 3 4 n/a	MGHF 0 1 2 3 4 na MGPC 0 1 2 3 4 na MGHF 0 1 2 3 4 na MGPC 0 1 2 3 4 na	Sensorial A B C D E Motor A B C D E	
Compresión					
Nervio mediano	Electrofisiología: *Retraso en la conducción*		Prueba 0 1 2 3 4 na Anam 0 1 2 3 4 na Exp F. 0 1 2 3 4 na	Promedio: Grado funcional: Normal. Leve, Moderado, grave	1 %

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Deficiencia por SDRC I				
Puntos	intervalo asignado	Ajustes	Grado asignado	DES Final
	0 1 2 3 4	HF 0 1 2 3 4 n/a EF 0 1 2 3 4 n/a PC 0 1 2 3 4 n/a	A B C D E	
Amputación				
	intervalo asignado	Ajustes	Grado asignado	DES Final
	0 1 2 3 4	HF 0 1 2 3 4 n/a EF 0 1 2 3 4 n/a PC 0 1 2 3 4 n/a	A B C D E	5 %

Movimiento		
Articulación	DES Total	intervalo asignado
		0 1 2 3 4
		0 1 2 3 4
		0 1 2 3 4
DES Combinada		

Resumen	DES Final
Deficiencia basada en el Diagnóstico	9 %
Nervio periférico	
Compresión	1 %
SDRC (independiente)	
Amputación	5 %
Balance articular (independiente)	
Deficiencia final combinada (DES)	15 %
Deficiencia total de la persona (DTP)	9 %
(Deficiencia regional)	

Abreviaciones - Ajustes
H = Hombro
C = Codo
Mñ = Muñeca
M = Mano
D = Dedos
VIAD = Valor Inicial de Ajuste de la Deficiencia
VIGFH = Valor de Intervalo de grado modificador de grado por Historia Funcional
VIGEF = Valor de Intervalo de grado modificador de grado por Examen Físico
VIGPC = Valor de Intervalo de grado modificador de grado por Pruebas Complementarias

F
Nombre (le

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

15.11. Anexos

15.11.1 Apéndice 15-A: Cuestionario de evaluación del funcionamiento para las AVD con la extremidad superior

CUESTIONARIO FUNCIONAMIENTO PARA DEFICIENCIAS DEL EXTREMIDAD SUPERIOR (QuikDASH)

	Gravedad de la dificultad para realizar la actividad descrita				
	Sin dificultad	leve	Moderada	Grave	Total
1. Abrir un bote de cristal nuevo	1	2	3	4	5
2. Realizar tares duras de la casa (p.ej. Fregar el suelo, limpiar paredes, etc.)	1	2	3	4	5
3. Cargar una bolsa del supermercado o un maletín.	1	2	3	4	5
4. Lavarse la espalda	1	2	3	4	5
5. Usar un cuchillo para cortar la comida	1	2	3	4	5
6. Actividades de entretenimiento que requieren algo de esfuerzo o impacto para su brazo, hombro o mano (p. ej. golf, martillear, tenis o a la petanca)	1	2	3	4	5
7. Durante la última semana, ¿su problema en el hombro, brazo o mano ha interferido con sus actividades sociales normales con la familia, sus amigos, vecinos o grupos?	1	2	3	4	5
8. Durante la última semana, ¿ha tenido usted dificultad para realizar su trabajo u otras actividades cotidianas debido a su problema en el brazo, hombro o mano?	1	2	3	4	5
9. Dolor en el brazo, hombro o mano	1	2	3	4	5
10. Sensación de calambres (hormigueos y alfilerazos) en su brazo hombro o mano.	1	2	3	4	5
11. Durante la última semana, ¿Cuánta dificultad ha tenido para dormir debido a dolor en el brazo, hombro o mano?	1	2	3	4	5

Graduación del QuickDASH (Suma de la puntuación x 100/55)

(0-20 Normal; 21-40 Leve; 41-60 Moderado; 60-80 Grave; 81-100 Muy grave)

Cálculo de la puntuación del "Quick Dash" (Discapacidad/Síntomas) = suma de la puntuación de cada una de las respuestas multiplicado por 100 y dividido por el máximo de puntuación posible.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

CAPÍTULO 16: EXTREMIDADES INFERIORES

16.1. PRINCIPIOS DE EVALUACION:

Son similares a los de la evaluación de EESS

TABLA 16-1: Graduación de los intervalos de gravedad de la deficiencia

Intervalos de gravedad		Rango de gravedad de deficiencia	
Intervalos de gravedad	**Problema**	**Deficiencia de la extremidad inferior (DEI)**	**Deficiencia total de la persona (DTP)**
0	Sin hallazgos objetivos	0%	0%
1	Leve	1% - 13% DEI	1% - 5% **DTP**
2	Moderado	14% - 25% DEI	6% - 10% **DTP**
3	Grave	26% - 49%DEI	11% - 19% **DTP**
4	Muy grave	50% - 100%DEI	20% - 40% **DTP**

16.2. EVALUACION DE LA DEFICIENCIA DE EEII POR EL MODELO DE DEFICIENCIAS BASADAS EN EL DIAGNÓSTICO (DBD)

16.2.1 METODOLOGIA

16.2.1 a El Diagnóstico (*Criterio principal*):

La mayoría de las deficiencias de la extremidad inferior se calculan empleando el método de la deficiencia basada en el diagnóstico (DBD). El intervalo grado de la deficiencia (IGD) se determina por el diagnóstico que a su vez se subdivide en unos hallazgos clínicos específicos para la condición de salud evaluada, constituyendo uno de ellos el *criterio principal (CP)*, para en un segundo tiempo ser ajustado por los *criterios secundarios de ajuste* ***(CSA)*** entre los que se incluyen la historia funcional para realizar AVD basada en lo informado por la persona (HF), la exploración física (EF) y las pruebas complementarias (PC) relevantes. Los *CSA* modificadores del grado, o *criterios secundarios de ajuste* ***(CSA)***, se tendrán en cuenta solamente si se determina que son fiables y que están relacionados con el diagnóstico

16.2.2 DEFICIENCIAS BASADAS EN EL DIAGNÓSTICO (DBD)

16. 2.2.a Ccriterio Principal (CP): criterios basados en el diagnóstico (DBD) (parrillas regionales)

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

PIE Y TOBILLO

TABLA 16-2: PARRILLA REGIONAL DE PIE Y TOBILLO – DEFICIENCIA DE LA EXTREMIDAD INFERIOR (DEI)*					
INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	**INTERVALO 0**	**INTERVALO 1**	**INTERVALO 2**	**INTERVALO 3**	**INTERVALO 4**
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD Deficiencia EI (%)	**0% DEI**	**1% - 13% DEI**	**14% - 25% DEI**	**26% - 49% DEI**	**50% - 100% DEI**
TEJIDOS BLANDOS					
Uñas, Callos/úlcera plantar recurrente; contusión/lesión por aplastamiento; fascitis plantar; fibromatosis plantar; masa de tejidos blandos (ganglios, etc.) sintomática; bursitis retrocalcánea	**0** Sin hallazgos anormales, objetivos significativos en la exploración o estudios radiográficos	**0 1 1 2 2** Hallazgos a la palpación, coherentes, significativos y/o hallazgos radiográficos			
MÚSCULO/TENDÓN					
Desgarrado, tendinitis o ruptura del tendón del tibial posterior, Aquiles, tendón peroneal o tibial anterior (todos los tendones por debajo)	**0** Sin hallazgos anormales objetivos, significativos de lesión de músculo o tendón	**0 1 1 2 2** Hallazgos a la palpación y/o radiográficos **3 4 5 6 7** Déficits leves en el movimiento **7 8 10 12 13** Déficits moderados en el movimiento y/o debilidad importante	**14 15 16 17 18** Deformidad flexible y pérdida de función específica de tendón	**28 31 34 37 40** Deformidad rígida y pérdida de función específica de tendón	
Desgarrado, tendinitis o ruptura del tendón Todos los demás tendones	**0** Sin hallazgos anormales objetivos significativos de lesión de músculo o tendón	**0 1 1 2 2** Hallazgos a la palpación y/o radiográficos **1 2 2 2 3** Déficits leves en el movimiento **3 4 5 6 7** Déficits moderados en el movimiento y/o debilidad importante			
LIGAMENTO /HUESO/ARTICULACIÓN					
Inestabilidad articular Laxitud ligamentosa/traumática **Tobillo (incluida sindesmosis)** **(referencia tabla 16-8, Ajustes para pruebas complementarias)**	**0** Sin hallazgos anormales, objetivos significativos de lesión de músculo o tendón	**0 1 1 2 2** Inestabilidad clínica **3 4 5 6 7** Laxitud ligamentosa leve (Radiografía AP de estrés: 2-3 mm de desgarro o 5-9 grados de apertura en varo con respecto al lado normal opuesto)	**14 15 16 17 18** Laxitud ligamentosa grave en Rx de posición forzada, > 6 mm de desgarro. o de10 -15 grados de apertura en varo con respecto a lado normal		

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

		7 8 10 12 13 Laxitud ligamentosa moderada (RX AP de estrés: 4-6mm de desgarro o 10-15 grados en varo con respecto al lado opuesto normal; RX lateral de estrés: cajón anterior 4-6-mm apertura en exceso a lado sano opuesto)	opuesto RX lateral de estrés : cajón anterior > 6 mm de apertura en exceso con respecto al lado normal)		
Inestabilidad/ligamentosa/laxitud Ligamentosa/traumática Metatarsofalángica	**0** Sin hallazgos objetivos anormales significativos de lesión de músculo o tendón	**1 2 4 6 7** Inestabilidad dorsal en comparación con lado opuesto			
FRACTURA/ LUXACION					
Tibia (extra-articular)	**0** Curada, sin déficits objetivos	**3 4 5 6 7** No desplazada con hallazgos mínimos **5 7 9 11 13** Déficits de movimiento moderado y/o alineamiento defectuoso	**14 17 19 21 24** Déficits de movimiento moderado a grave y alineamiento defectuoso moderado a grave	**26 28 30 32 34** Alineamiento defectuoso muy grave. Sin unión, con angulación o deformidad rotacional o unión con osteomielitis	**50 52 54 56 58** Infectada Sin unión
Tibia (Pilón intraarticular / plafón) **Tobillo (maleolar, bimaleolar, trimaleolar)**	**0** Curada, sin déficits objetivos	**3 4 5 6 7** No desplazada, con hallazgos mínimos **7 8 10 12 13** Déficits de movilidad leves de y/o alineación defectuosa	**19 20 22 24 25** Déficits de movimiento moderados a graves y/o alineación defectuosa moderado a grave	**31 34 37 40 43** Alineación defectuosa muy grave, sin unión, con angulación o deformidad rotacional o unión con osteomielitis	**52 56 60 64 68** Infectada, sin unión
Astrágalo	**0** Curada, sin déficits objetivos	**3 4 5 6 7** No desplazada con hallazgos mínimos **7 8 10 12 13** Déficits de movilidad leves y/o alineación defectuosa leve; necrosis avascular sin colapso del cuerpo astrágalo	**19 20 22 24 25** Déficits moderado a grave en la movilidad y/o alineación defectuosa moderada a grave; necrosis avascular con colapso del cuerpo astrágalo	**31 34 37 40 43** Alineación defectuosa muy grave, no-unión, con angulación o deformidad rotacional o unión con osteomielitis	**52 56 60 64 68** sin unión, infectada

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Calcáneo	**0** Curada, sin déficits objetivos	**3 4 5 6 7** No desplazada con hallazgos mínimos **7 8 10 12 13** Déficits de movimiento moderados y/o alineación defectuosa leve/angulación	**19 20 22 24 25** Déficit de movilidad moderado a grave y/o alineación defectuosa moderado/angulación	**31 34 37 40 43** Alineación defectuosa muy grave o no unión con angulación	
Navicular/ cuboideo/ transtarsal /Charcot	**0** Curada, sin déficits objetivos	**2 3 3 3 4** No desplazada con hallazgos mínimos **5 6 7 8 9** Deficiencia de movilidad leve y/o alineación defectuosa leve/angulación	**14 15 16 17 18** Déficit de movilidad moderado a grave y/o alineación defectuosa moderada/angulación	**26 28 30 32 34** Alineación defectuosa muy grave o no unión con angulación	
Metatarsal/tarsal/ dislocación (Lisfranc)	**0** Curada, sin hallazgos objetivos	**2 3 3 3 4** No desplazada con hallazgos mínimos **5 6 7 8 9** Déficit de movilidad leves y/o alineación defectuosa leve/angulación	**14 15 16 17 18** Déficit de movilidad moderado a grave y/o alineación defectuosa moderada a grave /angulación **14 15 16 17 18** Alineación defectuosa muy grave o no-unión con angulación, sin afectación de la 4ª o 5ª articulación tarsometatarsiana	**26 28 30 32 34** Alineación defectuosa muy grave o no-unión con angulación, o afectación de la 4ª y 5ª articulación metatarsiana	
Sesamoideo(s) **Falange**	**0** Curada, sin deficiencias objetivas	**0 1 1 2 2** No desplazada con hallazgos anormales en exploración **3 4 5 6 7** Desplazada o fragmentada			
Metatarsiana	**0** Curada, sin deficiencias objetivas	**2 3 3 3 4** 1º metatarsiano-No desplazada con hallazgos mínimos **7 8 10 12 13** 1º metatarsiano -con angulación y metatarsalgia **0 1 1 2 2** Otras metatarsianos no desplazadas -con hallazgos de exploración anormales			

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

		3 4 5 6 7 Otras metatarsianos-con angulación y metatarsalgia **7 8 10 12 13** Múltiple metatarsianos con angulación y metatarsalgia			
Deformidad					
Pie medio-cavo		**1 2 2 2 3** Leve **5 6 7 8 9** Moderado			
Porción media del pie plano-valgo-convexo congénito, o pie en "mecedora"		**3 4 5 6 7** Leve **7 8 10 12 13** Moderada	**16 18 20 22 24** Grave		
ARTROSIS					
Pan-Astrágalo (Tibial-astrágalo, astrágalo-calcánea, astrágalo-navicular)				**26 28 30 32 34** 1-2 mm de intervalo cartilaginoso en las tres articulaciones	**52 56 60 64 68** 0-1 mm de intervalo cartilaginoso en las tres articulaciones o pérdida grave del movimiento en las tres articulaciones
Tobillo	**0** Intervalo de cartílago> 3 mm	**1 2 2 2 3** Osteofitos leves con invasión, defecto de cartílago en todo el espesor articular, cambios quísticos en un lado de la articulación, foco de necrosis avascular o fractura osteocondral no unida **3 4 5 6 7** Intervalo de cartílago de 3 mm	**14 15 16 17 18** Intervalo de cartílago de 2 mm, cambios quísticos en ambos lados de la articulación, área grande de necrosis avascular **16 18 20 22 24** Intervalo de cartílago de1 mm	**26 28 30 32 34** Sin intervalo de cartílago	
Subastrágalo	**0** Intervalo de cartílago> 2 mm	**0 1 1 2 2** Osteofitos leve con invasión, defecto de cartílago articular en todo el espesor articular, cambios quísticos en un lado de la articulación, foco de necrosis avascular o fractura osteocondral no unida **3 4 5 6 7** Intervalo de cartílago de 2 mm	**14 15 16 17 18** Intervalo de cartílago de 1 mm **19 20 22 24 25** Sin intervalo de cartílago		

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Astrágalo-navicular	**0** Intervalo de cartílago> 1 mm	**0 1 1 2 2** Osteofitos leve con invasión, defecto de cartílago articular en todo el espesor articular, cambios quísticos en un lado de la articulación, foco de necrosis avascular o fractura osteocondral no unida **7 8 10 12 13** intervalo de cartílago de1 mm	**16 18 20 22 24** Sin intervalo de cartílago		
Calcáneocuboidea	**0** Intervalo de cartílago >1 mm	**3 4 5 6 7** Intervalo de cartílago de 1 mm **7 8 10 12 13** Sin intervalo de cartílago			
Primera articulación metatarsofalángica					
Otras articulaciones metatarsofalángicas	**0** intervalo de cartílago> 1 mm	**1 2 2 2 3** Intervalo de cartílago 1 mm **5 6 7 8 9** Sin intervalo de cartílago			
Articulaciones Interfalángicas	**0** Lesión osteocondral asintomática	**0 1 1 2 2** Lesión osteocondral sintomática < 5 mm **3 4 5 6 7** Lesión osteocondral sintomática ≥ 5 mm o lesiones múltiples			
Artrodesis (Anquilosis articular, Fusión)					
Pan-astrágalo (Tibial-astrágalo, astrágalo-calcánea, astrágalo-navicular)					**50 56 60 64 64** Posición neutra **59 67 75 75 75** Alineamiento defectuoso
Fusión tibio calcánea (Tibial-astrágalo, Astrágalo-calcánea, Astrágalo-navicular)				**37 40 43 46 49** Neutra	**50 56 60 64 64** Alineamiento defectuoso
Tobillo		**7 8 10 12 13** Posición neutra	**16 18 20 22 24** Alineamiento defectuoso leve (dorsiflexión 10-19°, flexión plantar 10-19°, posición en varo 5-9°, posición en valgo 5-9°, mal rotación interna	**26 28 30 32 34** Alineamiento defectuoso moderado (dorsiflexión >19°, flexión plantar 20-29°, posición en varo 10-19°, posición en	**52 56 60 64 68** Alineamiento defectuoso grave (flexión plantar en varo >19°, posición en valgo >19°, mal rotación interna >29°, o mal rotación

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

			0-9°,o mal rotación externa 15-19°)	valgo 10-19°,malrotación interna 10-29°, o mal rotación externa 20-39°) o sin unión	externa >39°) o sin unión infectada
Subastrágalo		**7 8 10 12 13** Posición neutra (igual a la del lado normal opuesto)	**16 18 20 22 24** Alineamiento defectuoso leve (posición en varo, 1°-3° mayor que la del lado opuesto normal o en valgo 5-9° mayor	**26 28 30 32 34** Alineamiento defectuoso moderado (posición en varo, 4°-6° mayor que la del lado opuesto normal o en valgo 10-14° mayor	**52 56 60 64 68** Alineamiento defectuoso grave (posición en varo, >6° mayor que lado opuesto normal o en valgo >14° mayor
Artrodesis doble o triple (astrágalo-calcánea, astrágalo-navicular, calcáneo-cuboidea)		**7 8 10 12 13** Posición neutra	**14 15 16 17 18** Alineamiento defectuoso leve (posición en varo, 1°-3° mayor que la del lado opuesto normal o en valgo 5-9° de lo normal)	**26 28 30 32 34** Alineamiento defectuoso moderado (posición en varo, 4°-6° mayor que la del lado opuesto normal o en valgo 10-14° de lo normal)	**52 56 60 64 68** Alineamiento defectuoso grave (posición en varo, > 6° mayor que la del lado opuesto normal o en valgo >14° de lo normal)
Dedos del pie		**7 8 10 12 13** Dedo gordo solamente **0 1 1 2 2** Dedos pequeños (según dedo)	**14 15 16 17 18** Dedos gordo y pequeño		
Sustitución total de tobillo			**21 23 25 25 25** Buen resultado (buena posición, estable, funcional)	**31 34 37 40 43** Resultado regular (posición regular, inestabilidad leve y/o déficit leve de movimiento)	**59 63 67 71 75** Mal resultado (mala posición, inestabilidad moderada a grave, y/o déficit moderado a grave de movimiento) **67 71 75 79 83** Mal resultado con infección crónica
Acortamientos de EI					
			16 18 20 22 24 Acortamiento de EI de ≥ 7 cm. en relación a contralateral		

* La DEI (Deficiencia de Extremidad Inferior) deberá convertirse a DTP (Deficiencia Total de la Persona) con la Tabla 16.9

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

RODILLA

TABLA 16-3: PARRILLA REGIONAL DE LA RODILLA DEFICIENCIA DE LA EXTREMIDAD INFERIOR (DEI)					
INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	**INTERVALO 0**	**INTERVALO 1**	**INTERVALO 2**	**INTERVALO 3**	**INTERVALO 4**
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD Deficiencia EI (%)	**0% DEI**	**1% - 13% DEI**	**14% - 25% DEI**	**26% - 49% DEI**	**50% - 100% DEI**
TEJIDOS BLANDOS					
Bursitis, plica, contusión h/o, u otras lesiones de tejidos blandos	**0** Sin hallazgos anormales, objetivos significativos en la exploración o en los estudios radiográficos	**0 1 1 2 2** Hallazgos aleatorios consistentes, significativos y/o hallazgos radiográficos **1 2 2 2 3** Deficiencias consistentes en el movimiento			
MÚSCULO /TENDÓN					
Tensión; tendinitis; o tendón desgarrado	**0** Sin hallazgos anormales, objetivos, significativos de músculo o lesión de tendón	**1 2 2 2 3** Hallazgos a la palpación y/o radiográficos **5 6 7 8 9** Deficiencias moderados en el movimiento **7 8 10 12 13** Deficiencias moderadas en movimiento y/o debilidad importante			
Miositis osificante (osificación hipertrófica)		**0 1 1 2 2** Pequeña **3 4 5 6 7** Masa grande, palpable con movilidad reducida de la rodilla			
LIGAMENTO/HUESO /ARTICULACIÓN					
Lesión de menisco		**1 2 2 2 3** Meniscectomía parcial (medial o lateral, desgarro de menisco o reparación de menisco) **5 6 7 8 9** Meniscectomía total (medial o lateral) o trasplante de menisco (aloinjerto) **7 8 10 12 13** Parcial (medial y lateral)	**14 16 18 20 22 25** Total (medial y lateral)		
Lesión de ligamento cruzado O colateral; Cirugía no es un criterio de puntuación	**0** Sin inestabilidad	**7 8 10 12 13** Laxitud leve	**14 15 16 1718** Laxitud moderada		

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Lesión de ligamento cruzado Y colateral; Cirugía no es un criterio de puntuación	**0** Sin inestabilidad	**7 8 10 12 13** Laxitud leve	**19 20 22 24 25** Laxitud moderada	**31 34 37 40 43** Laxitud grave	
LESIÓN DE RÓTULA					
Subluxación o luxación de rótula	**0** Sin inestabilidad	**5 6 7 8 9** Inestabilidad leve	**14 15 16 17 18** Inestabilidad moderada **19 20 22 24 25** Inestabilidad grave		
Patelectomía		**5 6 7 8 9** Parcial	**19 20 22 24 25** Total		
FRACTURA					
Fractura de la diáfisis femoral	**0** No desplazada, sin hallazgos anormales objetivos, significativos	**5 6 7 8 9** Hallazgos de exploración anormales y <10° de angulación	**14 15 16 17 18** 10°-19° de angulación	**31 34 37 40 43** 20°+ angulación	**52 56 60 64 68** Sin unión y/o infectada
Fractura supracondílea o intercondílea	**0** No desplazada, sin hallazgos anormales objetivos significativos	**3 4 5 6 7** No desplazada con hallazgos de exploración anormales **7 8 10 12 13** 5°-9° de angulación	**19 20 22 24 25** 10°-19° de angulación	**31 34 37 40 43** 20°+ de angulación o >2 mm de bajada de superficie articular	**52 56 60 64 68** Sin unión y/o infectada
Fractura de rótula	**0** No desplazada, sin hallazgos anormales objetivos significativos en MMC	**5 6 7 8 9** No desplazada con hallazgos de exploración anormales **7 8 10 12 13** Superficie articular desplazada 3 mm o menos	**14 15 16 17 18** Desplazada con falta de unión		
Fractura del platillo tibial	**0** No desplazada, sin hallazgos anormales objetivos significativos	**3 4 5 6 7** No desplazada con hallazgos de exploración anormales **7 8 1 0 12 13** < 9° angulación	**19 20 22 24 25** 10°-19° angulación o ≤ 2 mm de bajada de superficie articular	**31 34 37 40 43** 20+ angulación o > 2 mm de bajada de superficie articular	**52 56 60 64 68** Sin unión y/o infectada, o grave conminuta, desplazada
Fractura proximal de diáfisis tibial	**0** No desplazada, sin hallazgos anormales objetivos significativos	**3 4 5 6 7** No desplazada con hallazgos de exploración anormales **7 8 10 12 13** angulación <10°	**14 17 19 21 24** 10°-19° de angulación	**26 28 30 32 34** 20°+ de angulación	**50 52 54 56 58** Sin unión y/o infectada
ARTROSIS					
Artrosis primaria de la articulación de la rodilla		**5 6 7 8 9** Intervalo de cartílago de 3 mm, defecto de todo el espesor del cartílago articular, o fractura osteocondral no unida	**16 18 20 22 24** Intervalo de cartílago de 2 mm	**26 28 30 32 34** Intervalo de cartílago de 1 mm	**50 50 50 54 58** Sin intervalo de cartílago

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Artrosis femororotuliana		**1 2 3 4 5** Defecto de todo el espesor del cartílago articular o fractura osteocondralno unida. Condromalacia rotuliana sintomática, con espesor cartilaginoso normal. **7 8 10 12 13** Intervalo de cartílago de 2 mm	**14 14 15 16 17** Intervalo de cartílago de 1 mm **16 18 20 22 24** Sin intervalo de cartílago		
ARTRODESIS					
Artrodesis (anquilosis articular, fusión)					**59 63 67 71 75** 10°-15°de contractura en flexión y buen alineamiento **67 71 75 79 83** flexión>15° o mal alineamiento
OSTEOTOMÍA /SUSTITUCIÓN DE RODILLA					
s/p osteotomía tibial			**21 23 25 25 25** Resultado regular o bueno	**31 34 37 40 43** Mal resultado (derrame, movimiento limitado, inestabilidad)	
Sustitución total de rodilla			**21 23 25 25 25** Buen resultado (Buena posición, estable, funcional)	**31 34 37 40 43** Resultado regular (posición regular, discreta inestabilidad y/o discreto déficit en la movilidad)	**59 63 67 71 75** Mal resultado (mala posición, inestabilidad discreta a grave y/o déficit grave en la movilidad) **67 71 75 79 83** Mal resultado con infección crónica

* La DEI (Deficiencia de Extremidad Inferior) deberá convertirse a DTP (Deficiencia Total de la Persona) con la Tabla 16.9.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

CADERA

TABLA 16-4: PARRILLA REGIONAL DE LA CADERA DEFICIENCIADE LA EXTREMIDAD INFERIOR (DEI)					
INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	**INTERVALO 0**	**INTERVALO 1**	**INTERVALO 2**	**INTERVALO 3**	**INTERVALO 4**
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD Deficiencia EI (%)	**0% DEI**	**1% - 13% DEI**	**14% - 25% DEI**	**26% - 49% DEI**	**50% - 100% DEI**
TEJIDOS BLANDOS					
Bursitis, contusión y/o, u otra lesión de tejidos blandos	**0** Sin hallazgos anormales objetivos significativos en la exploración o en los estudios radiográficos	**0 1 1 2 2** Hallazgos a la palpación, consistentes, significativos y/o hallazgos radiográficos **1 2 2 2 3** Déficits consistentes en el movimiento **5 6 7 8 9** Bursitis trocánteres crónica con marcha anormal crónica documentada			
MÚSCULO/TENDÓN					
Tensión, tendinitis; o desgarro de tendón h/o	**0** Sin hallazgos anormales, objetivos, significativos en lesión de músculo o tendón	**0 1 1 2 2** Hallazgos a la palpación y/o radiográficos **1 2 2 2 3** Déficit moderado en el movimiento **3 4 5 6 7** Déficit moderado en el movimiento y/o debilidad significativa			
Miositis osificante (Osificación hipertrófica)		**0 1 1 2 2** Pequeña **3 4 5 6 7** Masa grande, palpable con movimiento disminuido			
LIGAMENTO/ HUESO/ARTICULACIÓN					
Subluxación o luxación de cadera		**3 4 5 6 7** Subluxacion o luxación de cadera con traslación del eje, o conflicto femoro acetabular sin necrosis avascular o lesión de superficie articular **7 8 10 12 13** Dislocación de cadera con movimiento de traslación del eje, o conflicto femoro acetabular y hallazgos de lesión de la superficie articular	**14 15 16 17 18** Subluxacion o luxación de cadera con traslación del eje, o conflicto femoro acetabular y necrosis avascular	**26 28 30 32 34** Luxación de cadera grave e irreductible	

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Necrosis avascular		**7 8 10 12 13** Necrosis avascular de cadera con déficit leve en el balance articular	**14 15 16 17 18** Necrosis avascular de cadera con déficit moderado en el balance articular	**26 28 30 32 34** Necrosis avascular de cadera con déficit grave balance articular	
Desgarro del labrum acetabular		**1 2 2 2 3** Desgarro no operado, desgarro tratado con labrectomía parcial o reparación **3 4 4 4 5** Desgarro tratado con labrectomía total			
FRACTURA					
Fractura osteocondral		**3 4 5 6 7** Fractura osteocondral <1 cm (verificada por artroscopia o por RM)	**14 15 16 17 18** Fractura osteocondral ≥1 cm (verificada por artroscopia o por RM)		
Osteocondritis disecante		**3 4 5 6 7** Osteocondritis disecante con fragmento osteocondral estable **6 7 8 9 10** Osteocondritis disecante con fragmento osteocondral inestable, in situ o eliminado			
Fracturas en torno a la cadera (acetábulo y parte proximal del fémur)	**0** Sin hallazgos anormales, objetivos, significativos	**5 6 7 8 9** Fractura del cuello del fémur, intertrocantérea, o subtrocantérea con déficit leve del movimiento y/o alineamiento defectuoso **5 6 7 8 9** Fractura del acetábulo no desplazada **7 8 10 12 13** Fractura del trocánter mayor o menor sin unión o con unión defectuosa	**16 18 20 22 24** Fractura del cuello del fémur, intertrocantérea o subtrocantérea con déficits moderados de movilidad y/o alineamiento defectuoso **14 15 16 17 18** Fractura del acetábulo con desplazamiento de la superficie articular de 1-2 mm **19 20 22 24 25** Fractura del acetábulo con desplazamiento de 3-4 mm de la superficie articular	**26 28 30 32 34** Fractura del cuello del fémur, intertrocantérea **o** subtrocantérea con déficits graves de movilidad y/o alineamiento defectuoso (unión defectuosa) **31 34 37 40 43** Fractura acetabular con desplazamiento de la superficie articular > 5 mm	**50 50 50 54 58** Infectada

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

ARTROSIS					
Alteraciones degenerativas	**0** No relacionada y simétrica	**1 2 2 2 3** Cuerpos extraños que se acompañan de síntomas pero no de hallazgos físicos **3 4 5 6 7** Cuerpos extraños que se acompañan de síntomas y de hallazgos físicos anormales			
Artrosis de cadera		**5 6 7 8 9** Intervalo de cartílago de 3 mm o defecto en todo el espesor del cartílago articular	**16 18 20 22 24** Intervalo de cartílago de 2mm	**26 28 30 32 34** Intervalo de cartílago de 1 mm	**50 50 50 54 58** Sin intervalo de cartílago
ARTRODESIS					
Artrodesis de articulación de cadera (anquilosis, fusión)					**50 50 50 54 58** Fundida en flexión de 25-40° y rotación, aducción y abducción neutra **67 71 75 79 83** Posición defectuosa moderada **80 85 90 95 100** Posición defectuosa grave
s/p Osteotomía femoral			**19 20 22 24 25** Resultado regular o bueno	**31 34 37 40 43** Mal resultado (derrame articular, movilidad limitada, inestabilidad)	
Sustitución total o parcial de cadera			**21 23 25 25 25** Buen resultado (buena posición estable, funcional)	**31 34 37 40 43** Resultado regular (posición regular, inestabilidad y/o déficit leve o moderado en el movimiento)	**59 63 67 61 75** Mal resultado (mala posición, inestabilidad moderada a grave, y/o déficit moderado a grave de la movilidad) **67 71 75 79 83** Mal resultado con infección crónica

* La DEI (Deficiencia de Extremidad Inferior) deberá convertirse a DTP (Deficiencia Total de la Persona) con la Tabla 16.9.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

16. 2.2.b CRITERIOS SECUNDARIOS DE AJUSTE (CSA)

El grado de puntuación de deficiencia dentro de un intervalo de gravedad (IGD), se determina tomando en consideración **los criterios secundarios de ajuste (CSA):** la historia funcional basada en lo informado por la persona (HF), los hallazgos de la exploración física (EF) y los resultados obtenidos en las pruebas complementarias relevantes (PC).

TABLA 16-5 Parrilla de ajuste: Resumen

HISTORIA FUNCIONAL VIGHF	Sin problemas 0	Problema leve 1	Problema moderado 2	Problema grave 3	Problema muy grave 4
EXPLORACIÓN FÍSICA VIGEF	Sin problemas 0	Problema leve 1	Problema moderado 2	Problema grave 3	Problema muy grave 4
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS VIGPC	Sin problemas 0	Problema leve 1	Problema moderado 2	Problema grave 3	Problema muy grave 4

16. 2.2.b.1. Ajuste de grado por la historia funcional de bipedestación y marcha basado en lo que informa la persona (HF)

TABLA 16-6: Ajuste de la historia funcional de bipedestación y marcha -Extremidades inferiores

HISTORIA FUNCIONAL (HF)	**Modificador del grado 0**	**Modificador del grado 1**	**Modificador del grado 2**	**Modificador Del grado 3**	**Modificador del grado 4**
GRADUACION DEL PROBLEMA	**Sin problema**	**Problema leve**	**Problema moderado**	**Problema grave**	**Problema muy grave**
TRASTORNO DE LA MARCHA	Ninguno	Cojera antiálgica con bipedestación asimétrica - acortada, se corrige con modificaciones del calzado y/o con órtesis	Cojera antiálgica (en presencia de alteraciones patológicas significativas definidas objetivamente) Con bipedestación acortada, asimétrica; estable con el uso de dispositivos externos de órtesis (p.ej., órtesis de tobillo-pie), uso de una ayuda para la marcha (bastón o muletas), o test de Trendelemburg positivo.	Traslados antiálgicos/inestables y la deambulación requiere del uso de ayudas (dos bastones o muletas) u órtesis de rodilla, tobillo y/o pie	Sin deambulación
AAOS LOWER LIMB INSTRUMENT* (U OTRO INVENTARIO)	Normal	Déficit leve	Déficit moderado	Déficit grave	Déficit total o casi total

*** En Anexo 16-A**

La alteración de la marcha por esta sección, se emplea solo como criterio de ajuste. Si bien los trastornos de la marcha puede utilizarse alternativamente como criterio principal, en solitario, cuando no es posible aplicar un diagnóstico determinado según el método de DBD. En este caso, se utilizará con la misma puntuación de la gravedad de la deficiencia y los criterios de modificación de grado de la tabla 3.11 de trastornos de la estática y la marcha del capítulo de sistema nervioso (ver Sección 16.7, Evaluación de la deficiencia de EEII por alteración de la marcha).

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

16.2.2. b.2 Ajuste de grado por la exploración física (EF)

Tabla 16-7 Ajuste de la exploración física de las extremidades inferiores.

EXPLORACIÓN FISICA (EF)	Modificador de grado 0	Modificador de grado 1	Modificador de grado 2	Modificador de grado 3	Modificador de grado 4
GRADUACION DEL PROBLEMA	**Sin problema**	**Problema leve**	**Problema moderado**	**Problema grave**	**Problema muy grave**
HALLAZGOS OBSERVADOS A LA PALPACIÓN (sensibilidad dolorosa, tumefacción, masa o crepitación)	Sin hallazgo consistente	Hallazgos a la palpación mínimos, consecuentes con la documentación sin anomalías observadas	Hallazgos a la palpación moderados, consecuentes con la documentación que apoya las anomalías de leves a moderadas	Hallazgos a la palpación graves, consecuentes con la documentación que apoya anomalías de moderadas a graves	Hallazgos a la palpación muy graves, consecuentes con la documentación que apoya anomalías graves a muy graves
ESTABILIDAD	Estable	Inestabilidad (leve) grado 1	Inestabilidad (moderada) grado 2	Inestabilidad (grave) grado 3	Inestabilidad Muy grave
RODILLA		Test de Lachman* grado 1 Maniobra de desplazamiento /laxitud rotuliana ligera	Test de Lachman* grado 2 Maniobra de desplazamiento /laxitud rotuliana moderada	Test de Lachman* grado 3 Maniobra de desplazamiento /laxitud rotuliana grave	Inestabilidad en múltiples direcciones
ALINEAMIENTO /DEFORMIDAD	Normal para individuo con simetría con el lado opuesto	Leve	Moderada	Grave	Muy grave
BALANCE ARTICULAR DE EI (En referencia a tabla 16.24 de sección 16.8)	Ninguna	Leve disminución respecto a la extremidad contralateral no afectada	Moderada disminución respecto a la extremidad contralateral no afectada	Grave disminución respecto a la extremidad contralateral no afectada	Muy grave disminución respecto a la extremidad contralateral no afectada
ATROFIA MUSCULAR (asimetría respecto del otro miembro normal)	**<1** cm	1,0-1,9 cm	2,0-2,9 cm	3,0-3,9cm	≥4,0 cm
DISCREPANCIA EN LONGITUD DE EXTREMIDADES	**<2cm**	2,0-2,9 cm	3-4,9 cm	5,0-5,9 cm	≥6,0cm

* Test de Lachman: Desplazamiento anterior de la tibia respecto al fémur de más de 2-3 mmm. Se debe comparar con el desplazamiento de rodilla contralateral. Positivo en lesión del LCA.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

16. 2.2.b.3 Ajuste de grado por las pruebas complementarias (PC)

TABLA 16-8: Ajustes para pruebas complementarias-Extremidades inferiores

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (PC)	Modificador del grado 0	Modificador del grado 1	Modificador del grado 2	Modificador del grado 3	Modificador del grado 4
GRADUACION DEL PROBLEMA	Sin problemas	Problema leve	Problema moderado	Problema grave	Problema muy grave
ESTUDIOS DE IMAGEN	No se dispone de pruebas complementarias o de hallazgos relevantes	Pruebas complementarias confirman el diagnóstico; alteración leve	Pruebas complementarias confirman el diagnóstico; alteración moderada	Pruebas complementarias confirman el diagnóstico; alteración grave	Pruebas complementarias confirman el diagnóstico; alteración muy grave
RADIOGRAFIAS					
ARTROSIS *Nota:* No utilizar cuando el intervalo de cartílago en la radiografía esté siendo empleado en la definición de deficiencia de diagnóstico.		Intervalo de cartílago normal o pérdida inferior al 25% con respecto al lado opuesto no lesionado; osteofitos leves en un lado de la articulación; cuerpos extraños <5 mm Necrosis avascular leve	Intervalo del cartílago presente, sin embargo, pérdidas del 25-50% con respecto al lado opuesto no lesionado; osteofitos moderados en uno o ambos lados de la articulación; cuerpos extraños de 5mm o mayores o cuerpos extraños múltiples; evidencia radiográfica de artrosis post-traumática o lesiones o de necrosis avascular moderadas	Intervalo de cartílago presente; sin embargo, existen pérdidas de >50% respecto al lado opuesto no lesionado; osteofitos graves en ambos lados de la articulación; evidencia radiográfica de artrosis o lesiones post-traumática o de necrosis avascular graves	Sin intervalo de cartílago; Osteofitos o deformidades articulares muy graves; evidencia radiográfica de artrosis o lesiones post-traumática o de necrosis avascular muy graves
ESTABILIDAD Pie/tobillo *Nota:* No utilizar cuando la diastasis en la radiografía de estrés sea utilizada en la definición de la deficiencia de diagnóstico		Radiografía AP en posición forzada: diastasis de 2 a 3-mm o diastasis en varo de 5°-9° con respecto al lado opuesto normal	Radiografía AP en posición forzada: traslación en exceso de 4-6-mm o diastasis en varo de 10-15° con respecto al lado opuesto normal Radiografía lateral en posición forzada: cajón anterior con 4 a 6-mm de exceso de apertura con respecto al lado opuesto normal	Radiografía AP en posición forzada: traslación en exceso de >6-mm o de apertura en valgo de >15° con respecto al lado opuesto normal Radiografía lateral en posición forzada: cajón anterior con >6-mm de exceso de apertura con respecto al lado opuesto normal	
ALINEAMIENTO Pie/tobillo Nota: No emplear cuando la angulación en radiografías esté siendo utilizada en la definición de deficiencias de diagnóstico		Sindesmosis normal; deformidad angular o rotacional curada <5° en todos los planos	Laxitud de sindesmosis con separación demostrada en la rotación externa de pie en radiografía AP de tobillo con respecto al tobillo contralateral normal Deformidad angular o rotacional de 5°-15° en cualquier plano, curada	Deformidad angular o rotacional >15° en cualquier plano, curada	Deformidad grave en múltiples planos

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

RODILLA *Nota:* No emplear cuando la angulación en radiografías esté siendo utilizada en la definición de deficiencia diagnóstica		Angulación y/o deformidad rotacional en plano único de <10°			
CADERA *Nota:* No emplear cuando la angulación en radiografías esté siendo utilizada en la definición de deficiencia diagnóstica			Osteotomía femoral en buena posición	Osteotomía femoral en posición sub-óptima	
NERVIOS **PRUEBAS DE** CONDUCCIÓN	Normal	Retraso en la conducción (sensorial y/o motora)	Bloqueo en la conducción motora	Pérdida axonal parcial	Pérdida axonal total/Denervación
PRUEBAS ELECTRO-FISIOLÓGICAS (EMG) *Nota:* Si los resultados de las pruebas cumplen algunos, pero no todos los criterios para un intervalo de grado específico, el intervalo de grado inmediatamente inferior es el intervalo de grado que se utilizará en la puntuación de la deficiencia	Normal	La EMG con aguja realizada al menos, 3 semanas, pero menos de 9 meses después de haberse producido la lesión, muestra potenciales de fibrilación de al menos 1+ y ondas positivas en al menos dos de los músculos inervados por el nervio lesionado. Si el estudio de EMG se realiza por primera vez más de 9 meses después de haberse lesionado el nervio , el examen mostrará potenciales musculares polifásicos de gran amplitud en al menos un músculo y el reclutamiento en dicho músculo estará, cuando menos, discretamente reducido	La EMG con aguja realizada al menos,3 semanas, pero menos de 9 meses después de haberse producido la lesión, muestra potenciales de fibrilación de al menos 2+ y ondas positivas en al menos dos de los músculos inervados por el nervio lesionado. Si el estudio de EMG se realiza por primera vez más de 9 meses después de haberse lesionado el nervio, el examen mostrará potenciales musculares de gran amplitud, en al menos dos de los músculos y el reclutamiento en dichos músculos estará, cuando menos, moderadamente reducido.	La EMG con aguja realizada al menos, 3 semanas, pero menos de 9 meses después de haberse producido la lesión, muestra potenciales de fibrilación de al menos 3+ y ondas positivas en al menos tres de los músculos inervados por el nervio lesionado. Si el estudio de EMG se realiza por primera vez más de 9 meses después de haberse lesionado el nervio, el examen mostrará potenciales musculares polifásicos de gran amplitud en al menos tres de los músculos y el reclutamiento de dichos músculos estará ,cuando menos, gravemente reducido.	La EMG con aguja realizada al menos, 3 semanas, pero menos de 9 meses después de haberse producido la lesión, muestra potenciales de fibrilación de al menos 4 +y ondas positivas en al menos tres de los músculos inervados por el nervio lesionado. Si el estudio de EMG se realiza por primera vez más de 9 meses después de haberse lesionado el nervio, el examen mostrará la ausencia de unidades motoras (sustitución fibroadiposa del músculo) en al menos, dos de los músculos.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

16.2.2. c Metodología del cálculo de la deficiencia basada en el diagnóstico (DBD)

Una vez que se ha establecido el intervalo de grado de gravedad de deficiencia (IGD) de acuerdo con los criterios diagnósticos o valor inicial de ajuste de deficiencia (VIAD), para cada una de las regiones afectadas, el grado final de deficiencia existente de esta región, quedará determinado por los *criterios secundarios de ajuste* ***(CSA)***

Método

1º Determinar primero el IGD, empleando para ello la parrilla regional que sea pertinente y elegir el diagnóstico más adecuado para el trastorno en cuestión de cada región de la EI. Que constituirá el CP y VIAD.

- Deficiencias de pie y tobillo
- Deficiencias de rodilla
- Deficiencias de la cadera

2º En cada región aplicar la metodología para los ***CSA***

- Ajuste por historia funcional (HF) de extremidades inferiores, según valor de modificador de grado de tabla 16.6 (VIGHF)
- Ajuste por examen físico (EF) de extremidades inferiores según valor de modificador de grado tabla 16.7 (VIGEF)
- Ajuste por pruebas complementarias (PC) de extremidades inferiores según valor de modificador de grado de tabla 16.8 (VIGPC)

3º Aplicar la ***fórmula de ajuste neto:***

Ajuste neto = (VIGHF – VIAD) + (VIGEF – VIAD) + (VIGPC – VIAD)

Que se aplicará en cada región, de forma similar a lo expuesto en la evaluación de ES (ver 15.2.1.)

En caso de estar afectadas ambas EEII, por cada miembro inferior afectado aplique el mismo procedimiento y llevar a deficiencia total de la persona (DTP) de EI, la puntuación obtenida de la evaluación de la deficiencia parcial de EI (DEI); luego, las dos puntuaciones se combinan para obtener la puntuación el valor final de deficiencia (DTP) de EEII.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

16.3. COMBINACIÓN Y CONVERSIÓN DE DEFICIENCIAS

Cuando existen diagnósticos múltiples en la extremidad inferior hay que determinar si cada uno de ellos se considera individualmente o si las deficiencias aparecen duplicadas. Cuando existan diagnósticos múltiples en una región determinada, entonces deberá puntuarse aquel diagnóstico de mayor deficiencia, ya que es probable que éste incluya a las deficiencias de aquellos diagnósticos con menor deficiencia.

La tabla 16-9 muestran los porcentajes de deficiencia total de la persona (DTP) de la extremidad inferior calculada a partir de la deficiencia de extremidad inferior (DEI). Los factores de conversión para la extremidad inferior son los siguientes:

1. 40%: Extremidad inferior (DEI) con respecto a la deficiencia total de la persona (DTP).
2. 70%: Pie y tobillo con respecto a la extremidad inferior (DEI).
3. 17%: Dedo gordo con respecto al tobillo/pie.
4. 3%: Dedo más pequeño con respecto al tobillo/pie.

Los valores aparecen en la Tabla 16-9 Se hace una excepción en la conversión cuando se trata del 1% de la extremidad inferior que se hace equivalente con el 1% del total corporal.

TABLA 16-9: Valores de la deficiencia total de la persona (DTP) calculada a partir de la deficiencia de la extremidad inferior (EI)

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

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

16.4. DEFICIENCIA DE NERVIO PERIFÉRICO

Es importante la determinación de la distribución anatómica y de la pérdida de función que se deriva de (1) los déficits sensoriales o del dolor y (2) de los déficits motores y de pérdida de fuerza. Las deformidades y manifestaciones características que se derivan de las lesiones de nervio periférico, como pueden ser la movilidad limitada, la atrofia, junto con los trastornos vasomotores, tróficos y de reflejos, han sido tenidas en consideración en los valores de puntuación de la deficiencia que se indican en esta sección. Por ello, para evitar la duplicación o el incremento injustificado en la estimación de la deficiencia, cuando ésta se derive estrictamente de una lesión de nervio periférico, no se combinará otro método de puntuación con el de esta sección.

16. 4 a Evaluación clínica y graduación de las deficiencias sensoriales y motoras

Tabla 16-10 Intervalos de gravedad de la deficiencia sensorial y motora.

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0 Nulo	INTERVALO 1 Leve	INTERVALO 2 Moderado	INTERVALO 3 Grave	INTERVALO 4 Muy Grave
Déficit sensorial	Sensibilidad y sensación normales	Percepción sensorial alterada subjetiva con conservación del reconocimiento del tacto ligero y discriminación agudo/romo	Tacto ligero alterado aunque conserva la discriminación agudo/romo	Discriminación agudo/romo alterada, pero conserva la sensibilidad protectora	Ausencia de sensación, sin sensibilidad protectora
Déficit motor	Normal	**Grado 4 / 5** (En contra de la gravedad con cierta resistencia), debilidad leve	**Grado 3 / 5** (Sólo contra la gravedad, sin resistencia (más del 50% de la fuerza)	**Grado 2/5** (Movimiento solo con gravedad eliminada)	**Grado 0-1 /5** Entre sin evidencia de contractilidad ni movimiento articular a leve contracción sin movimiento articular.

Evaluación neurológica y determinación del intervalo de gravedad

Los resultados obtenidos en la exploración sensorial y motora se emplean para definir los intervalos de gravedad de los déficits ilustrado en la Tabla 16.10 y que serán empleados en un segundo tiempo en la tabla 16.11 como criterio principal de elección de intervalo de gravedad de la deficiencia de EI, como se verá a continuación

16 4b Proceso de evaluación del nervio periférico en extremidad inferior

La deficiencia debida a una lesión traumática de los nervios periféricos se define por el (los) nervio(s) afectado(s) y por la gravedad asociada a los déficits sensoriales o motores. Esta sección no se utiliza para los atrapamientos de nervios ya que éstos no constituyen sucesos traumáticos aislados.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

1. Identificar el nervio lesionado.

2. Evaluar los déficits sensoriales y motores empleando la Tabla 16-10, Intervalos de gravedad sensorial y motora. Identificar el intervalo de grado gravedad de la deficiencia sensorial o motora

3. Utilizar, la tabla 16-11, Deficiencia de nervio periférico-Deficiencias de la extremidad inferior, para situarse en el intervalo de grado de gravedad de la deficiencia de extremidad inferior por lesión de nervio periférico I (tabla 16.11).

4. Ajustar el valor de la deficiencia según se describe en los criterios secundarios de grado. Ya que los hallazgos de la exploración neurológica definen los valores de intervalo de grado de la deficiencia del nervio periférico, no se realiza ajuste por Exploración Física (EF). Los ajustes se hacen únicamente para la Historia Funcional (HF) y para las pruebas complementarias (PC) (es decir, estudios electrofisiológicos).

5. El valor de las deficiencias combinadas motoras y sensoriales se expresan como valor de deficiencia parcial de la extremidad inferior (DEI), que mediante la tabla 16-9 habrá que convertir a deficiencia total de la persona (DTP).

TABLA 16-11 Deficiencia de nervio periférico – deficiencias de extremidad inferior.

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3	INTERVALO 4 Muy Grave
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD Deficiencia EI (%)	0% EI	1% - 13% EI	14% - 25% EI	26% - 49% EI	50% - 100% EI
NERVIOS SENSORIALES					
Fémoro cutáneo lateral	0 Sin déficit sensorial objetivo	**1 2 3 4 5** Déficit sensorial o SDRC II			
Peroneal superficial	**0** Sin déficit sensorial objetivo	**1 2 3 4 5** Déficit sensorial o SDRC II			
Sural	**0** Sin déficit sensorial objetivo	**1 2 3 4 5** Déficit sensorial O SDRC II			
Safeno	**0** Sin déficit sensorial objetivo	**1 2 3 4 5** Déficit sensorial o SDRC II			
NERVIOS MOTORES					
Obturador	**0** Sin déficit motor objetivo	**0 1 1 2 2** Déficit motor o sensorial leve **2 3 3 3 4** Déficit motor moderado o sensorial moderado a más grave **4 4 5 5 5** Déficit motor grave **6 6 7 7** Déficit motor muy grave			
Glúteo superior	**0** Sin déficit motor objetivo	**2 5 8 11** Déficit motor leve	**14 19 24 25 25** Déficit motor moderado	**31 36 40 45 49** Déficit motor grave	**50 53 53 56 59 62** Déficit motor muy grave

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Glúteo inferior	**0** Sin déficits motores objetivos	**1 3 5 7 9** Déficit motor leve	**14 14 14 17 19** Déficit motor moderado **19 21 23 25 25** Déficit motor grave	**28 30 33 35 37** Déficit motor muy grave	
NERVIOS MIXTOS					
Femoral	**0** Sin déficits sensoriales o motores objetivos	**1 1 1 2 2** Déficit sensorial o SDRC II (verificado objetivamente) **1 3 5 7 9** Déficit motor leve	**14 14 14 17 19** Déficit motor moderado **19 21 23 25 25** Déficit motor grave	**28 30 33 35 37** Déficit motor muy grave	
Ciático	**0** Sin déficits sensorial o motor objetivo	**2 3 4 6 9** Déficit sensorial leve a moderado o SDRC II (verificado objetivamente) **10 11 12 13 14** Déficit sensorial grave o SDRC II (verificado objetivamente) **5 7 9 11 13** Déficit motor leve	**14 15 16 17 17** Déficit sensorial muy grave o SDRC II muy grave (verificado objetivamente) **20 23 25 25 25** Déficit motor moderado	**38 43 47 48 49** Déficit motor grave	**56 61 66 72 75** Déficit motor muy grave
Peroneo común o Ciático poplíteo externo (peroneo profundo o tibial anterior y peroneo superficial)	**0** Sin déficits sensoriales o motores objetivos	**1 2 3 4 5** Déficit sensorial o SDRC II (verificado objetivamente) **Déficit motor leve**	**14 15 16 19 21** Déficit motor moderado	**26 26 2629 32** Déficit motor grave **33 35 37 3942** Déficit motor muy grave	
Tibial posterior	**0** Sin déficits sensoriales o motores objetivos	**1 1 2 3 4** Déficit sensorial leve o SDRC II leve (verificado objetivamente) **1 2 2 3 4** Déficit motor leve (por encima de rodilla) Déficit sensorial moderado o SDRC II moderado (verificado objetivamente); o déficit motor moderado (por debajo de parte media de pantorrilla) **1 3 5 7 9** Déficit motor moderado (por encima de la rodilla) **9 9 10 11 12** Déficit sensorial grave o SDRC II grave; déficit motor grave (por debajo de parte media de pantorrilla)	**14 14 14 14 15** Déficit sensorial o SDRC II muy graves; o déficit motor muy grave (por debajo de la parte media de la pantorrilla) **14 14 14 16 18** Déficit motor moderado (por encima de la rodilla) **18 20 22 24 25** Déficit motor grave (por encima de la rodilla)	**26 28 31 3335** Déficit motor muy grave (por encima de la rodilla)	
Plantar medio o plantar lateral	**0** Sin déficits sensoriales o motores objetivos	**1 1 1 1 1** Déficit sensorial leve, déficit motor leve o SDRC II leve (verificados objetivamente) **2 2 2 3 3** Déficit sensorial moderado, déficit motor moderado o SDRC II moderado (verificados objetivamente) **3 3 3 4 4** Déficit sensorial grave, déficit motor grave o SDRC II grave (verificados objetivamente) **4 4 4 5 5** Déficit sensorial muy grave, déficit motor muy grave o SDRC II muy grave (verificados objetivamente)			

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

FIGURA 16- 1: Nervios sensitivos de la extremidad inferior

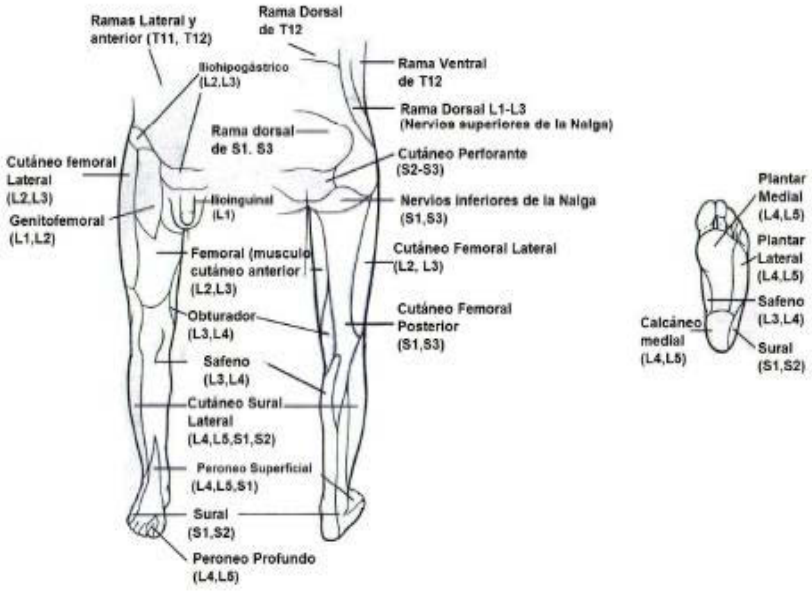
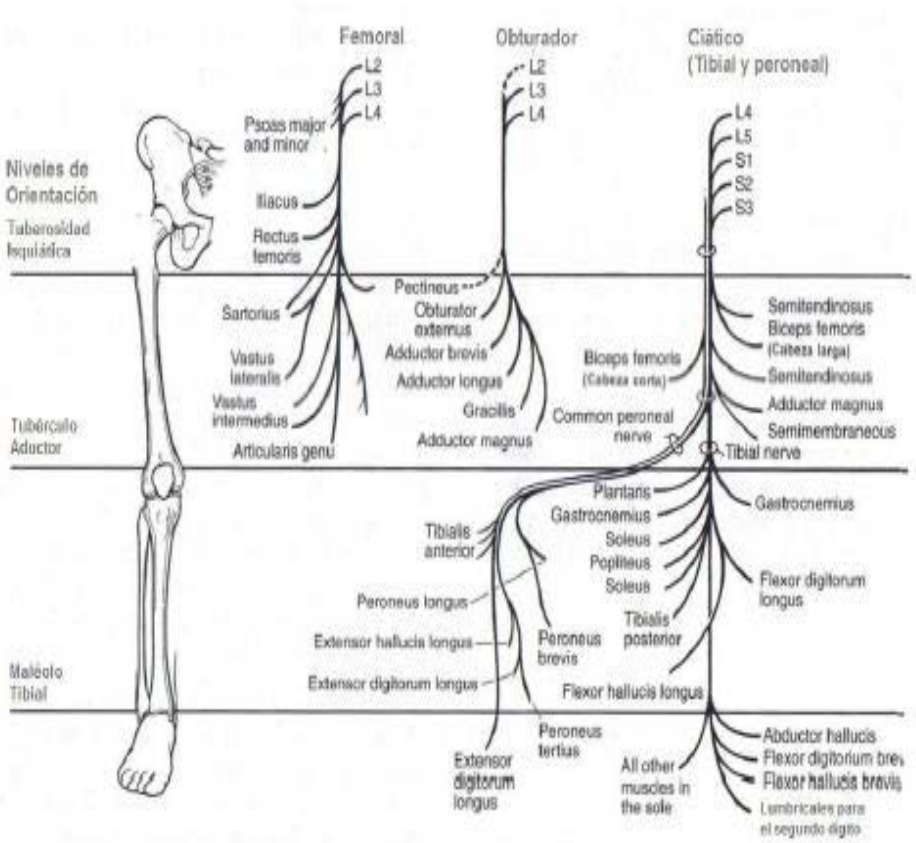


FIGURA 16.2: Nervios motores de la extremidad inferior



cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

16.5. DEFICIENCIA POR SINDROME DE DOLOR REGIONAL COMPLEJO (SDRC)

El SDRC I actualmente se considera cuando aparecen signos y síntomas clínicamente adecuados en el miembro sin que se haya producido una lesión nerviosa.

El SDRC II(o causalgia) se considera cuando aparecen signos y síntomas adecuados en el entorno clínico de una lesión inequívoca de un nervio periférico específico.

En el **SDRC I**, ni el factor causal, ni el inicio de los síntomas involucran a una estructura específica del nervio periférico, por lo tanto, la deficiencia se basa en la Tabla 16-13 Síndrome de dolor regional complejo (Tipo I): deficiencias de la extremidad inferior.

En el **SDRC II** está implicada una estructura nerviosa sensorial o mixta específica, por lo tanto, la calificación se basa en la Tabla 16-11 Deficiencia del nervio periférico: deficiencias de la extremidad inferior. La gravedad (leve, moderado, grave y muy grave) para aplicarla en el Tabla 16-11 se determina primero usando la Tabla 16-13 del Síndrome de dolor regional complejo (Tipo I)

16.5.1. Metodología de evaluación para el cálculo de la puntuación de la deficiencia por Síndrome de dolor regional complejo

La metodología en la evaluación de la deficiencia por **SDRC tipo I y II** difiere ligeramente del utilizado en otras secciones, y es similar a la aplicada a la extremidad superior (15.5):

Tabla 16. 12a Criterios diagnósticos del síndrome de dolor regional complejo

- Dolor continuo, que no guarda proporción con ningún suceso desencadenante.
- Debe informar de al menos un síntoma en tres de las cuatro categorías siguientes:
    - Sensorial: Informe de hiperestesia y/o de alodinia.
    - Vasomotor: Informe de asimetría en la temperatura y/o cambios en la coloración de piel y/o asimetría en la coloración de piel.
    - Sudomotor /Edema: Informes de edema y/o cambios en la sudoración y/o asimetría de la sudoración.
    - Motor/Trófico: Informes de balance articular reducido y/o disfunción motora (debilidad, temblor, distonia) y/o cambios tróficos (pelo, uñas, piel).
- Debe exhibir al menos un signo* en el momento de la evaluación en dos o más de las categorías siguientes:
    - Sensorial: Evidencia de hiperalgesia (frente al alfilerazo) y/o alodinia (frente al contacto ligero y/o frente a la presión somática profunda y/o frente al movimiento articular).
    - Vasomotor: Evidencia de asimetría en la temperatura y/o cambios en la coloración de piel y/o en la simetría
    - Sudomotor/Edema: Evidencia de edema y/o cambios sudorales y/o asimetría en la sudoración

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

- Motor/Trófico: Evidencia de disminución en el balance articular y/o disfunción motora (debilidad, temblor, distonia) y/o cambios tróficos (pelo, uñas, piel).

- No existe otro diagnóstico que explique mejor los signos y los síntomas.

*Un signo solo cuenta si es observado y documentado en el momento de la evaluación.

Tabla: 16.12 Puntos de hallazgos diagnósticos objetivos para el síndrome de dolor regional complejo

Signos clínicos locales	Puntos
Cambios vasomotores:	
• Color de piel: moTGD/TEAdo o cianótico	1
• Temperatura de piel: fría	1
• Edema	1
Cambios sudomotores:	
• Piel seca o excesivamente húmeda	1
Cambios tróficos:	
• Textura de piel: suave, no elástica	1
• Atrofia de tejidos blandos, especialmente punta de dedos	1
• Rigidez articular y movilidad pasiva disminuida	1
• Cambios en uñas: manchadas, encorvados, como garras	1
• Cambios en crecimiento del pelo: caída, más largo, más fino	1
Signos radiográficos	
• Radiografías: cambios tróficos en hueso, osteoporosis	1
• Escáner óseo: hallazgos coherentes con SDRC	1

Tabla 16.- 13: Síndrome de dolor regional complejo (Tipo I) – Deficiencias de extremidad inferior

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	**INTERVALO 0 Nulo**	**INTERVALO 1 Leve**	**INTERVALO 2 Moderado**	**INTERVALO 3 Grave**	**INTERVALO 4 Muy Grave**
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD Deficiencia EI (%)	**0% EI**	**1% - 13% EI 1 3 5 7 11 13**	**14% - 25% EI 14 17 20 23 25**	**26% - 49% EI 26 32 38 44 49**	**50% - 100% EI 50 60 70 80 90**
HALLAZGOS OBJETIVOS (UMBRAL DE PUNTOS)	Diagnóstico de SDRC no sostenible	≥4 puntos	≥6 puntos	≥8 puntos	≥10 puntos

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

16.6. DEFICIENCIA POR AMPUTACIÓN

La deficiencia por amputación se realiza con base en el nivel de la amputación, con ajustes para los problemas proximales que quedan reflejados por la historia funcional, la exploración física y las pruebas complementarias, salvo que estos problemas proximales reúnan los requisitos necesarios como para ser considerados como deficiencias independientes.

La puntuación de deficiencia por amputación se puede combinar con el obtenido en la evaluación de la Deficiencia basada en el Diagnóstico (DBD) o con el de la deficiencia con base en la disminución de movilidad (BA), aunque no con ambas. No obstante lo anterior la puntuación final de las combinaciones no podrá exceder en ningún caso el 100% del valor del segmento comprometido en la extremidad inferior.

TABLA 16-14 Deficiencia por amputación

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3	INTERVALO 4
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD Deficiencia EI (%)	0% EI	1% - 13% EI	14% - 25% EI	26% - 49% EI	50% - 100% EI
GRADOS		**2 3 4** Dedos pequeños en articulación metatarsofalángica **5 6 7** Primer dedo en articulación interfalángica Metatarsianos (excepto el primero) **12 13** Primer dedo en articulación metatarsofalángica	**20 22 24** Primer metatarsiano **22 24 25** Todos los dedos en articulación metatarsofalángica (MTF)	**45 45 45 47 49** Zona media del pie (Mesopie) **40 42 44** Transmetatarsiana	**62 63 64** Syme (Retropie) **70 71 72** Debajo de la rodilla > o = 7,5 cm **80 81 82** Desarticulación de la rodilla Debajo de la rodilla menor 7,5 cm **90 92 94** Por encima de rodilla Muslo medio **100 100 100** Por encima de la rodilla proximal Desarticulación de cadera

16.7. EVALUACION DE LA DEFICIENCIA DE EEII POR EL MODELO DE ALTERACIÓN DE LA MARCHA

La alteración de la marcha debe ser utilizada como una puntuación “solitaria” cuando se remitan a esta sección, bien, porque no sea posible aplicar un diagnóstico determinado según el método de DBD, el basado en el balance articular (BA), o en casos de alteraciones múltiples o complejas que aconsejen la evaluación de las EEII globalmente. Siempre que sea utilizado este método de evaluación no podrá emplearse ningún otro.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

TABLA 16.15-Criterios para la puntuación de la deficiencia debida a trastornos de la estática y de la marcha

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3	INTERVALO 4
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD (%) (DTP)	0%	1%- 7%- 10%	11%-16%-20%	21%-30%-40%	41%-51%-65%
DESCRIPCIÓN	Sin trastornos de la estática o la marcha	Se levanta para conseguir la bipedestación. Camina pero tiene dificultad con las elevaciones, rampas, escaleras, sillones, y/o largas distancias Cojera antiálgica con bipedestación asimétrica - acortada, se corrige con modificaciones del calzado Signo de Trendelenburg positivo Puede requerir ocasionalmente la utilización de un bastón o muleta	Puede necesitar ayuda para levantarse y conseguir la bipedestación. Camina alguna distancia con dificultad y sin ayuda pero limitado a superficies llanas. Requiere la utilización parcial de un bastón o muleta para caminar recorridos largos, pero no generalmente en el hogar o en el trabajo o el uso de un corrector (órtesis) corto Solo se puntuara 20% con uso de corrector corto y utilización de bastón en recorridos largos	Puede necesitar ayuda para levantarse y mantiene la bipedestación con dificultad No puede andar sin ayuda. Requiere la utilización de un bastón, muleta o corrector (órtesis) largo, o de ambos o de dos bastones en todos sus desplazamientos Solo se puntuará con 40% cuando se requiera obligatoriamente la utilización de dos bastones en todos los desplazamientos	No puede levantarse ni permanecer de pie sin ayuda, soporte mecánico y/o un dispositivo asistido Requiere la utilización de dos bastones o dos muletas y uno o más correctores (órtesis) corto o largo en todos sus desplazamientos o Precisa andador o Precisa obligatoriamente la ayuda de otra persona en todos sus desplazamientos Solo se puntuará 65%, en el caso de necesitar obligatoriamente silla de ruedas. en todos los desplazamientos

16.8. EVALUACION DE LA DEFICIENCIA DE EEII POR BALANCE ARTICULAR (BA)

El balance articular (BA) se emplea principalmente como un criterio de ajuste de la exploración física. Se utiliza para registrar los resultados de los movimientos y objetivar las deficiencias.

El balance articular, no obstante, puede ser utilizado excepcionalmente como una puntuación “solitaria”, para evaluar patologías que generan alteraciones de la movilidad y que no se encuentran el método de DBD.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

TABLA 16.24 Intervalos de gravedad de la deficiencia por evaluación del balance articular: Modificadores de grado del balance articular en el método EBD.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS (CRITERIO PRINCIPAL)	DIAGNOSTICO DE CONDICION DE SALUD EN EXTREMIDAD INFERIOR (EBD) Tablas 16.2 a 16.4 CATEGORÍA 4				
CRITERIO SECUNDARIO DE AJUSTE	MODIFICADOR DE GRADO 0	MODIFICADOR DE GRADO 1	MODIFICADOR DE GRADO 2	MODIFICADOR DE GRADO 3	MODIFICADOR DE GRADO 4
INTERVALOS DE GRAVEDAD DE EXTREMIDAD INFERIOR POR BALANCE ARTICULAR	Normal	Leve	Moderada	Grave	Muy grave o total
VALORES DE DEFICIENCIA	0% DEI	1%-13% DEI	14%-25% DEI	26%-49% DEI	50%-100% DEI

16.9. EVALUACIÓN DE LAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS EN EEII EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA.

16.9.1. Generalidades

Las malformaciones congénitas de EEII incluyen las de cadera, de fémur, tibia y peroné, aparato extensor de la rodilla y el pie.

16.9.2 Características especiales en la evaluación de las malformaciones congénitas en EEII en la infancia y la adolescencia.

La evaluación de estos trastornos, deberá individualizarse y el evaluador deberá elegir entre los diversos métodos que se proponen en este capítulo el que considere más apropiado.

En las **deficiencias transversales** su tratamiento será generalmente protésico y su evaluación se hará, normalmente, siguiendo los criterios de la sección 15.6: “Deficiencia por amputación”.

Las disimetrías, podrán evaluarse, dentro del “modelo de deficiencia basado en el diagnóstico” (DBD) bien sea como criterio diagnostico principal si son mayores de 7cm o bien como criterio secundario de ajuste si son menores de 7cm.

En las deficiencias longitudinales y malformaciones de los pies habitualmente se realizan osteotomías correctoras y tratamientos ortopédicos para incrementar la funcionalidad del miembro, siendo más apropiado en estos casos, una vez conseguida la MMC aplicar para su evaluación el “modelo de deficiencia basado en el diagnóstico” (DBD). En el caso de que un diagnóstico específico no aparezca enumerado en la parrilla de deficiencia basada en el diagnóstico, se deberá identificar un trastorno similar dentro de la región afectada (pelvis, cadera, rodilla, tobillo, pie) que sirva de guía para el cálculo de la deficiencia. En algunos casos, si lo anterior no fuese posible, puede ser adecuada la utilización de la sección 16.7: “evaluación de la deficiencia por alteración de la marcha” de la sección 16.7 (tabla 16.15) de

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

este capítulo, o en algunos casos modelo de “deficiencia basada en la evaluación del balance articular” (BA) de la sección 16.8.

En la acondroplasia y otras osteodisplasias, La puntuación correspondiente a lo evaluado en este capítulo, deberá combinarse con la puntuación correspondiente a la existencia de talla baja, según los criterios de la sección 12.11: Hipocrecimientos, del capítulo: Sistema endocrino. Y si están presentes, con alteraciones en la columna vertebral, sección 17.1 o de otras deficiencias permanentes si las hubiera.

Finalmente, al igual que en la evaluación de trastornos en la infancia en otros capítulos, en los cuales es previsible una deficiencia permanente grave de la región afectada y la Máxima Mejoría Clínica (MMC) solo puede ser determinada a un medio/largo plazo, se podrán evaluar con un grado aproximado de deficiencia total de la persona del 33% . Esta evaluación tendrá siempre un carácter temporal y se hará una primera revisión a los 2 años. Con posterioridad, en función de la edad, de los procesos terapéuticos que precisen y de las posibilidades evolutivas y rehabilitadoras, se realizaran nuevos periodos de revisión de 3 o 5 años, hasta que pueda concretarse la situación de la MMC y el grado de deficiencia permanente definitivo.

16.10. RESUMEN DE LA EVALUACION DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES

1. Registrar el proceso y los resultados obtenidos empleando la plantilla de registro de evaluación de la deficiencia de la extremidad inferior (apartado16.10-10) Registro de la evaluación de la extremidad inferior
2. Revisar las pruebas complementarias.
3. Determinar aquellos diagnósticos que van a ser puntuados, en cada región.
4. Determinar las deficiencias basadas en el diagnóstico (EBD) para cada uno de los diagnósticos puntuables en cada región empleando para ello las parrillas regionales (16.2.2 a).
5. Evaluar los resultados de la historia funcional (HF), la exploración física (EF) y las pruebas complementarias (PC) para poder determinar la fiabilidad y gravedad. En aquellos factores que se ha determinado que son fiables, definir los modificadores de grado para cada uno de los factores. El ajuste de la historia funcional se realizará únicamente con aquel diagnóstico mayor puntuación.
6. Ajustar los valores de la deficiencia basada en el diagnóstico, según el método de ajuste neto de grado.
7. Cuando exista más de un diagnóstico puntuable, por existir varias regiones afectadas, combinar el valor de cada deficiencia, obteniendo una puntuación final de deficiencia de toda la extremidad inferior (DEI) por criterio basado en el diagnóstico (DBD)
8. Identificar y calcular la deficiencia que está relacionada con la deficiencia del nervio periférico.
9. Identificar y calcular la deficiencia que se relaciona con el síndrome de dolor regional complejo.
10. Identificar y calcular la deficiencia que se relaciona con la amputación.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

11. Sólo cuando no se disponga de ningún otro método para la evaluación, calcular la deficiencia basada en el balance articular.

12. Normalmente se emplea solamente un único enfoque y, en la amplia mayoría de los casos, el método que se emplea es el de la evaluación de la deficiencia basada en el diagnóstico. (EBD) Sin embargo, en el caso de que sean múltiples los enfoques aplicables, el técnico evaluador podrá **combinar**, justificándolo las deficiencias a nivel de la extremidad inferior.

13. Finalmente, si no existen otras deficiencias evaluables en la extremidad, se convertirá la deficiencia de EI (DEI) en deficiencia total de la persona (DTP).

14. Cuando estén afectadas las dos EEII, deberá evaluarse cada extremidad individualmente como (DEI) y convertirla a deficiencia total de la persona (DTP); luego se procede a combinar ambas evaluaciones de deficiencia total de la persona (DTP) (EID y EII), empleando para ello la Tabla de valores combinados.

15. En aquellos casos que no sea posible aplicar un diagnóstico determinado según el método de DBD, ni el basado en el balance articular (BA), como en casos de alteraciones múltiples o complejas que aconsejen la evaluación de las EEII globalmente. Se utilizara el modelo basado en la alteración de la marcha (16.7). Siempre que sea utilizado este método de evaluación no podrá emplearse ningún otro.

16. En el caso de existir otras deficiencias evaluadas en otros miembros o sistemas, constituirá el Grado Deficiencia Parcial (GDP) por Extremidad Inferior, que se combinará con otras deficiencias de otros órganos o dominios, según el modelo expuesto en los “Criterios Generales” de evaluación de las deficiencias.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

16.11. PLANTILLA REGISTRO DE EVALUACIÓN DE EXTREMIDADES INFERIORES

16.11a Registro del balance articular de las extremidades inferiores

Registro de movimiento de extremidad inferior

Nombre----------Fecha----------

Lado dominante----------Derecho----------Izquierdo----------Ambidiestro

Lado lesionado----------Derecho----------Izquierdo----------Bilateral

			Derecha _____ Lesionada			Izquierda _____ Lesionada		Deficiente ___ Derecha	
	Movimiento	Normal	Movimient	Deficien	No	Movimie	Deficiencia	Deficiencia	
Dedos									
Segundo	Extensión MTF	>10°		% DEI			% DEI		% DEI
Tercero	Extensión MTF	>10°		% DEI			% DEI		% DEI
Cuarto	Extensión MTF	>10°		% DEI			% DEI		% DEI
Quinto	Extensión MF	>10°		% DEI			% DEI		% DEI
	Añadir máximo de 6% de DEI			% DEI			% DEI		% DEI
Dedo gordo	**Movimiento**	Normal	Movimient	Deficien		Movimie	Deficiencia	Deficiencia	
	Flexión IF	>20°		% DEI			% DEI		% DEI
	Extensión MTF	>30°		% DEI			% DEI		% DEI
	Suma			% DEI			% DEI		% DEI
Deformidad de tobillo o retropié	Deformidad	ausente		% DEI			% DEI		% DEI
Retropié	**Movimiento**	Normal	Movimient	Deficiencia		Movimie	Deficiencia	Deficiencia	
	Inversión	>20°		% DEI			% DEI		% DEI
	Eversión	>10°		% DEI			% DEI		% DEI
	Suma			% DEI			% DEI		% DEI
Tobillo	**Movimiento**	Normal	Movimient	Deficiencia		Movimie	Deficiencia	Deficiencia	
	Flexión plantar	>20°		%UE			%UE		%UE
	Contractura en	ausente		% DEI			% DEI		% DEI
	Extensión	>10°		% UE			% UE		% DEI
	Suma			% UE			% UE		% DEI
Rodilla	**Movimiento**	Normal	Movimient	Deficiencia		Movimie	Deficiencia	Deficiencia	
	Flexión	>110°		% DEI			% DEI		%DEI
	Contractura en	<5°		% DEI			% DEI		% DEI
	Añadir			% DEI			% DEI		% DEI
Cadera	**Movimiento**	Normal	Movimient	Deficiencia		Movimie	Deficiencia	Deficiencia	
	Flexión	>100°		% DEI			% DEI		% DEI
	Extensión	<10° de contractur a en		% DEI			% DEI		% DEI
	Rotación internan	>20°		% DEI			% DEI		% DE!
	Rotación externa	>30°		% DEI			% DEI		% DEI
	Abducción	>25°		% DEI			% DEI		% DEI
	Aducción	>15°		% DEI			% DEI		% DEI
	Contractura en abducción	ausente		% DEI			% DEI		% DEI
	Suma			% DEI			% DEI		% DEI
Combinado	Combinar articulaciones de EI			% DEI			%UE		% DEI
	Convertir a corporal total			%PT			%PT		% PT

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

16.11b Ejemplo de registro de la evaluación de la deficiencia de las extremidades inferiores

Nombre:				Fecha de exploración:	
Número de identificación	Sexo: F M		Lado: M I	Fecha de nacimiento:	
Diagnóstico:				Fecha de lesión:	
	Deficiencias basadas en el diagnóstico (DBD)				
Tabla	Diagnostico/Criterio Principal (CP)	Intervalo De gravedad Asignada (VIAD)	Ajustes del modificador del grado	Grado ajustado	DEI final
PT R C		0 1 2 3 4	VIGHF 0 1 2 3 4 NET VIGEF 0 1 2 3 4 VIGPC 0 1 2 3 4 (Opcional: AAOS Puntuación miembro inferior Ajuste neto = (VIAGHF-VIAD)+(VIAGEF- VIAD)+(VIAGPC- VIAD)	≤-2 -1 0 +1 ≥+2 A B C D E	5%
PT R C		0 1 2 3 4	VIGHF 0 1 2 3 4 NET VIGEF 0 1 2 3 4 VIGPC 0 1 2 3 4 Opcional: AAOS Puntuación miembro inferior Ajuste neto = (VIAGHF- VIAD)+(VIAGEF- VIAD)+(VIAGPC- VIAD)	≤-2 -1 0 +1 ≥+2 A B C D E	7%
PT R C		0 1 2 3 4	VIGHF 0 1 2 3 4 NET VIGEF 0 1 2 3 4 VIGPC 0 1 2 3 4 Opcional: AAOS Puntuación miembro inferior Ajuste neto = (VIAGHF-CDX)+(VIAGEF-CDX)+(VIAGPC-CDX)	≤-2 -1 0 +1 ≥+2 A B C D E	
					DEI Combinada 12%

PT = Pie tobillo R = Rodilla C = Cadera

Deficiencias de Nervio periférico/ SDRC II					
Nervio	Evaluación sensorial y motora	intervalo de gravedad asignado	Ajustes	Grado ajustado	DEI combinada
	Déficit sensorial: 0 1 2 3 4 n/a Déficit motor: 0 1 2 3 4 n/a	Déficit sensorial: 0 1 2 3 4 Déficit motor: 0 1 2 3 4	HF 0 1 2 3 4 n/a PC 0 1 2 3 4 n/a HF 0 1 2 3 4 n/a PC 0 1 2 3 4 n/a	Sensorial: A B C D E Motor: A B C D E	
	Déficit sensorial: 0 1 2 3 4 n/a Déficit motor: 0 1 2 3 4 n/a	Déficit sensorial: 0 1 2 3 4 Déficit motor: 0 1 2 3 4	HF 0 1 2 3 4 n/a PC 0 1 2 3 4 n/a HF 0 1 2 3 4 n/a PC 0 1 2 3 4 n/a	Sensorial: A B C D E Motor: A B C D E	
DEI combinada					

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Deficiencia de SDRC					
Puntos	Intervalo de gravedad asignad0	Deficiencia DEI	Ajustes	Grado ajustado	DEI final
	0 1 2 3 4		HF 0 1 2 3 4 n/a EF 0 1 2 3 4 n/a PC 0 1 2 3 4 n/a	A B C D E	

Amputación		
Nivel	Intervalo asignado	Deficiencia DEI
Amputación del dedo gordo a nivel MTF	0 1 2 3 4	13%
Movimiento		
Articulación	DEI total	intervalo asignada
		0 1 2 3 4
		0 1 2 3 4
		0 1 2 3 4

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Resumen	DEI final
Deficiencia basada en el diagnostico	12%
Nervio periférico	
SDRC	
Amputación	13%
balance articular (solitario)	
Deficiencia parcial combinada final (DEI)	24% DEI
Deficiencia total de la persona (DTP)	10% DTP
(Deficiencia regional)	

Abreviaciones de ajustes

P/T = Pie/tobillo
R = Rodilla
C = Cadera
VIAD = Valor Inicial de Ajuste de la Deficiencia
VIGHF =Valor de intervalo de grado de modificador de grado por Historia funcional
VIGEF = Valor de intervalo de grado de modificador de grado por Exploración física
VIGPC = Valor de intervalo de grado de modificador de grado por Pruebas complementarias

Firmado:……..

Evaluador (nombre impreso):……..Fecha:……

Anexo 16-A: Cuestionario de extremidad inferior (AAOS)

Instrucciones

Responda por favor a las siguientes preguntas referente a los problemas que presenta en la extremidad inferior. Si se trata de ambas extremidades inferiores, le rogamos responda a las preguntas refiriéndose a la extremidad más afectado. Todas las preguntas se refieren, en promedio, a lo que usted ha experimentado la semana pasada.

. ¿Durante la semana pasada, como estuvo de rígida la extremidad inferior? (Rodee con un círculo una respuesta)

1 Nada 2 Discretamente 3 Moderadamente 4 Muy rígida

5 Extremadamente rígida

1. ¿Durante la semana pasada como estuvo de inflamada su la extremidad inferior? (Rodee con un círculo una respuesta)

1 Nada 2 Discretamente 3 Moderadamente

4 Muy inflamada 5 Extremadamente inflamada

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

2. Durante la semana pasada, díganos por favor ¿cuánto dolor experimentó en su la extremidad inferior durante las siguientes actividades? (Rodee con un círculo sólo UNA respuesta que mejor describa su habilidad promedio en cada línea.)

	No doloroso	Levemente doloroso	Moderadamente doloroso	Muy doloroso	Extremadamente doloroso	No podía desplazarme por miembro inferior doloroso	No podía desplazarme por otros motivos(No aplicable
¿Caminar sobre superficies planas?	1	2	3	4	5	6	NA
¿Subir o bajar escaleras?	1	2	3	4	5	6	NA
¿Reposar en la cama durante la noche?	1	2	3	4	5	6	NA

3. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su capacidad para andar y desplazarse la mayor parte del tiempo durante la semana pasada? (Rodee con un círculo una respuesta)

1 No necesito de apoyo o de ayudas técnicas en absoluto

2 Camino la mayor parte del tiempo sin apoyo ni ayudas técnica

3 Utilizo generalmente un bastón o muletas para desplazarme.

4 Utilizo generalmente dos bastones, dos muletas o un andador para desplazarme.

5 Uso una silla de ruedas.

6 Utilizo generalmente silla de ruedas y otras ayudas técnicas, o ayuda de otra persona.

7 Soy absolutamente incapaz de desplazarme y dependo siempre de otra persona

4. Durante la última semana ¿Cuanta dificultad ha tenido ponerse o quitarse los calcetines/medias? (Rodee con un círculo una respuesta).

1 En absoluto difícil 2 Algo difícil 3 Moderadamente difícil 4 Muy difícil 5 Extremadamente difícil

6 No pude hacerlo en absoluto.

Cortesía de AAOS, Rosemont, Illinois.

FORMULA DE PUNTUACION:

Puntos obtenidosx100 / 29 = - %

GRAVEDAD DEL PROBLEMA: 0-4 insignificante; 5-24 Leve; 25-49 Moderado; 50-95 Grave; 96-100 Total)

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

CAPÍTULO 17: COLUMNA Y PELVIS

La evaluación de la deficiencia en la columna y la pelvis se basan en la identificación de un diagnóstico o diagnósticos específicos. El modelo basado en el grado de movilidad ya no se usa como una base consistente para definir la deficiencia como criterio principal ya que su alteración no es considerada como un indicador objetivo de una patología específica o estado de deficiencia permanente, si bien en los casos que se considere fiable podrá utilizarse como criterio secundario modificador de grado.

17.1. PRINCIPIOS DE EVALUACION

La deficiencia basada en el diagnóstico (DBD) cuenta con tablas denominadas “parrillas regionales” proporcionadas para cada una de las cuatro regiones de la columna y pelvis (cervical, torácica, lumbar y pelvis).

El intervalo de grado de deficiencia se determina inicialmente por los hallazgos descritos para un diagnóstico específico y la existencia de radiculopatía, como criterios principales. Y en un segundo tiempo, se ajusta por ”los criterios secundarios de ajuste”(CSA), que pueden incluir la historia funcional basada en lo informado por la persona (HF), los resultados de la exploración física (EF) y las pruebas complementarias relevantes (PC).

Para los diagnósticos específicos la columna y pelvis se diferencian varias categorías de los diagnósticos más relevantes:

1. Dolor de la columna crónico no específico u ocasional o crónico recurrente
2. Patología del disco intervertebral y segmentos móviles (niveles aislados o múltiples)
3. Estenosis cervicales y lumbares
4. Fracturas y/o luxaciones (dislocaciones) de la columna
5. Fracturas y/o luxaciones (dislocaciones) de la pelvis

Junto con el diagnóstico especifico, la existencia de radiculopatía objetivada con características concretas para cada intervalo de gravedad también será un criterio de elección del mismo. Si los hallazgos encontrados cumplen solo uno los dos criterios (diagnóstico o radiculopatía) para un intervalo de grado específico, el intervalo de grado inmediatamente inferior es el intervalo de grado que se utilizará en la puntuación de la deficiencia

En el caso de que un diagnóstico específico no se incluya en ninguna de las categorías de diagnósticos expuestas, el evaluador deberá usar una condición de salud o trastorno similar como guía para determinar una puntuación de deficiencia. En el informe, se debe explicar las razones de la analogía.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Los estados comunes relacionados con cambios degenerativos en la columna (artrosis), incluyendo anomalías identificadas en estudios de imagen como las osteofitos, artrosis facetaria, y degeneración discal o discartrosis, que no están bien correlacionados con los síntomas, hallazgos clínicos (como dolores ocasionales), análisis o imágenes complementarias no son evaluados por sí mismo y se clasifican en el intervalo 0. En todo caso, si se documenta antecedentes de una clara sintomatología tratada en múltiples ocasiones y cronificada, se clasificaran en el intervalo 1 de Dolor crónico con porcentajes entre un 2 % y un 9%.

Las anomalías congénitas como la espina bífida oculta, segmentación anormal y raíces de los nervios unidas no son evaluadas salvo excepciones razonadas por el evaluador como deficiencias. Las anomalías del desarrollo, incluyendo espondilólisis, algunas formas de espondilolistesis, cifosis y lordosis excesiva o escoliosis leves a moderadas tampoco son evaluables.

En Algunas personas se pueden presentar antecedentes de múltiples asistencias con dolor persistente y dolencias radiculares no verificables, con hallazgos no objetivos y, por lo tanto, reciben frecuentemente un diagnóstico de “distensión/esguince crónico” o dolor en espalda y cuello “no específico”. La metodología actual permite que estas personas sean evaluadas en el intervalo 1 de deficiencia, con un rango de puntuación de la deficiencia de 2 % al 9% de deficiencia total de la persona (DTP). El porcentaje de deficiencia en ese intervalo depende fundamentalmente de **lo** informado en sus antecedentes médicos documentados y la evaluación sobre su funcionamiento (HF) basada en lo informado por el paciente, debido a que no hay una exploración física fiable o hallazgos en pruebas de imagen en este grupo.

Tabla 17-1: Clasificación de los intervalos de gravedad de deficiencia (IGD) de la columna y pelvis que incluyen según región.

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	Deficiencia total de la persona (%)			
	COLUMNA CERVICAL	COLUMNA TORÁCICA	COLUMNA LUMBAR	PELVIS
0	0%-1%	0%-1%	0%-1%	0%-1%
1	2%-8%	2%-6%	2%-9%	2%-3%
2	9%-14%	7%-11%	10%-14%	4%-6%
3	15%-24%	12%-16%	15%-24%	7%-11%
4	25%-30%	17%-22%	25%-33%	12%-16%

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

17.2. DEFICIENCIA BASADA EN EL DIAGNOSTICO (DBD)

La puntuación de la deficiencia se calcula usando el método DBD, (deficiencias basadas en el diagnóstico) en el cual los intervalos de grado de deficiencia (IGD) se determinan en primer lugar basándose en el diagnóstico especifico de la lesión o trastorno y la existencia de radiculopatía asociada según los hallazgos clínicos descritos en las tablas o parrillas regionales. Y en segundo lugar se ajustan al alza o a la baja considerando los hallazgos secundarios de ajuste (CSA).

17.2. a CRITERIOS EVALUATIVOS

Los criterios evaluativos son similares a los expuestos en otros capítulos

17.2b METODOLOGÍA PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA DE LA COLUMNA SEGÚN EL METODO DE DEFICIENCIA BASADO EN EL DIAGNÓSTICO:

1. Realizar la historia clínica y la exploración física, y determinar si la persona está en la situación de Máxima Mejoría Clínica (MMC).

2. Calculo del Grado de puntuación de deficiencia ajustado para cada región, de la columna afectada, mediante el método de cuatro pasos expuesto en la siguiente figura 17.1:

FIGURA 17 1: Método de cuatro pasos de ajuste neto de grado.

PASO 1	PASO 2	PASO 3	PASO 4	
Diagnóstico /Criterio principal	Tabla regional de hallazgos diagnósticos: intervalo de grado de deficiencia (IGD), Criterio Principal (CP) y Valor inicial de ajuste de la deficiencia (**VIAD**)	Ajustes por Criterios Secundarios de Ajuste (CSA) modificadores de grado.	Grado de puntuación de deficiencia ajustado	Deficiencia parcial/ Deficiencia **total de la persona** (DTP)
	VIAD 0 1 2 3 4 **Valor inicial de ajuste VIAD** A B **C** D E	VIGD HF 0 1 2 3 4 n/a VIGD EF 0 1 2 3 4 n/a VIGD PC 0 1 2 3 4 n/a **Valor de ajuste neto de grado** = (VIGDHF – VIAD) + (VIGEF – VIAD) + (VIGDPC – VIAD))	≤2 -1 0 +1 ≥2 A B C D E	

<u>Paso 1</u>: Diagnóstico: Establecer el diagnóstico específico para cada región de la columna que se va a puntuar, que incluirá el IGD del CP

<u>Paso 2</u>: Valor de intervalo de grado de deficiencia (IGD) predeterminado por el criterio principal (CP); Valor inicial de ajuste de grado de la deficiencia (VIAD): Utilizar la tabla "parrilla regional" concreta de la región afectada de la columna en la que se encuentre el diagnóstico establecido en el paso 1, para con los hallazgos clínicos especificados en cada IGD para ese diagnóstico y la presencia de radiculopatía con características concretas, determinar el IGD apropiado al diagnóstico de la condición de salud a evaluar y que constituirá el criterio principal (CP) y valor inicial de ajuste de la puntuación de deficiencia (VIAD). Este IGD constituirá la referencia para el cálculo del ajuste neto de grado y del grado de puntuación de deficiencia ajustado

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

El VIAD lo utilizaremos por tanto, en dos ajustes:

1. Constituirá uno de los valores 01234, siendo el valor de referencia como "valor de intervalo de grado predeterminado por el criterio principal", en la fórmula del "Grado de deficiencia ajustado" (paso 3)
2. A su vez el VIAD ocupara el valor central C, dentro de los cinco valores de grado de puntuación de la deficiencia (ABCDE) que forman el IGD y que se utilizara en el "Ajuste neto de grado de deficiencia" (paso 4).

Pasó 3: Ajuste neto de grado de deficiencia: Tendremos que calcular el valor del "ajuste neto de grado" que aplicaremos dentro del IGD. Se utilizarán las "Tablas específicas de los CSA": (17.6 HF; 17,7 EF; 17,9 PC).

Se elegirán entre las diversas opciones expuestas en cada una de las tablas de CSA la más apropiada entre los hallazgos obtenidos por la historia clínica (HC), la exploración física (EF) y pruebas complementarias (PC). En caso de varias opciones se elegirá siempre la de mayor valor o la que el evaluador considere más objetiva).

De la aplicación de estas tablas obtendremos el valor de intervalo de grado de deficiencia (VIGD) de cada uno de los CSA modificadores de grado, a los que se les asignará un valor (01234).

3.1 La Historia Funcional basada en lo informado por la persona (**VIGDHF)**

3.2 La Exploración Física (**VIGDEF)**

3.3 Las Pruebas Complementarias (**VIGDPC**)

Este valor podrá ser el mismo, o no, que el VIAD, si es diferente tendremos que recalcular el "**valor del ajuste neto del intervalo de grado"** por los criterios secundarios, siguiendo la fórmula:

Valor del Ajuste neto de grado = (VIGDHF – VIAD)+ (VIGEF – VIAD) + (VIGDPC – VIAD)

Los valores máximos y mínimos de esta fórmula se asimilaran al ± 2

Paso 4: Grado de puntuación de deficiencia ajustado

Un vez calculado el valor del ajuste neto de grado (± 012), tendremos que aplicarlo a un "nuevo" ajuste de grado esta vez dentro del intervalo de grado (con unos valores de grado de puntuación de la deficiencia variables según la deficiencia evaluada (ABCDE)) en la que hemos situado el VIAD en su valor central C (paso 2) pudiendo modificar el valor de este a la alta o a la baja, calculando el que se denominará finalmente **Grado de puntuación de deficiencia ajustado** según el esquema.

≤ 2	**-1**	**0**	**+1**	**≥ 2**
A	**B**	**C (VIAD)**	**D**	**E**

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

El grado de puntuación de deficiencia ajustado calculado representará al Grado de Deficiencia Parcial (GDP) de la región de la columna, que en el caso de la columna se corresponden directamente con el de Deficiencia Total de la Persona (DTP).

Consideraciones especiales sobre la metodología de puntuación de la deficiencia de la columna

1. Se debe combinar la deficiencia de cada una de las regiones de la columna (cervical, dorsal, lumbar o pélvica) si es que están afectadas, utilizando la Tabla de valores combinados en el Apéndice al final de la guía.
2. La existencia de radiculopatía objetivada con características concretas para cada intervalo de grado de deficiencia también será un criterio de elección del mismo. Caso de no darse la coincidencia con lo descrito en los hallazgos diagnósticos específicos para ese IGD, se elegirá como Valor Inicial de Ajuste de la Deficiencia (VIAD) el IGD inmediatamente inferior.
3. Los cambios anatómicos que resultan de la intervención quirúrgica se consideran en los grados de deficiencia. Las puntuaciones de deficiencia se basan en el estado de un paciente en el momento de la evaluación y no anticipan la necesidad de intervenciones futuras.
4. En el caso de que se pueda aplicar más de uno de los intervalos de grado de diagnóstico (por ejemplo, estenosis espinal y AOMSI), debe utilizarse el diagnóstico que proporcione la puntuación de deficiencia mayor.
5. En caso que un diagnóstico específico no esté enumerado en las parrillas de DBD, se utiliza como guía una condición de salud o trastorno similar enumerado para el cálculo de la deficiencia. Las razones de esta decisión deberán ser descritas en el informe.

FIGURA 17-2: Documento de evaluación de la deficiencia de columna y pelvis

Nombre:					**Fecha del Examen:**
Número de identificación:		**Sexo: H M**	**Lado: R L**		**Fecha de nacimiento:**
Diagnóstico:					**Fecha de lesión:**
	Deficiencia basada en el diagnóstico				
Cuadro	Diagnóstico /Criterio	(intervalo de grado) diagnóstica (**VIAD**)	Ajustes por Criterios Secundarios de Ajuste (CSA) modificadores de grado.	Valor de ajuste neto y modificadores de grado asignados	(DTP)
Cervical (C)		0 1 2 3 4	VIGD HF 0 1 2 3 4 n/a VIGD EF 0 1 2 3 4 n/a VIGD PC 0 1 2 3 4 n/a Ajuste neto = (VIGDHF – VIAD) + (VIGEF – VIAD) + (VIGDPC – VIAD))	Grado ajustado= Ajuste neto aplicado al valor por defecto C ≤2 -1 0 +1 ≥2 A B C D E	

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Torácico(T)		0	1	2	3	4	VIGD HF	0	1	2	3	4	n/a	Grado ajustado															
							VIGD EF	0	1	2	3	4	n/a	≤2	- 1	0	+1	≥2											
							VIGD PC	0	1	2	3	4	n/a	A	B	C	D	E											
Lumbar (L)		0	1	2	3	4	VIGD HF	0	1	2	3	4	n/a	Grado ajustado															
							VIGD EF	0	1	2	3	4	n/a	≤2	- 1	0	+1	≥2											
							VIGD PC	0	1	2	3	4	n/a	A	B	C	D	E											
Pelvis (P)		0	1	2	3	4	VIGD HF	0	1	2	3	4	n/a	Grado ajustado															
							VIGD EF	0	1	2	3	4	n/a	≤2	- 1	0	+1	≥2											
							VIGD PC	0	1	2	3	4	n/a	A	B	C	D	E											

VIGHF= Valor de intervalo de grado de modificador de grado para la historia funcional
VIGEF= Valor de intervalo de grado de modificador de grado para la exploración física
VIGPC= Valor de intervalo de grado de modificador de grado para las pruebas complementarias

Firmado: Fecha: Deficiencia total de la persona:

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

17.2b DEFICIENCIA BASADA EN EL DIAGNOSTICO: PARRILLAS REGIONALES

Tabla 17-2 Parrilla regional de COLUMNA CERVICAL: deficiencias de la columna. DTP (Deficiencia Total de la Persona)

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3	INTERVALO 4
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	**0%-1% DTP**	**2%-8% DTP**	**9% - 14% DTP**	**15% - 24% DTP**	**25% - 30% DTP**
DOLOR					
Cervicalgia crónica persistente o crónica recurrente inespecífica **Distensión/ latigazo/esguince / síndrome postraumático cervical/ crónico,** **Enfermedad discal degenerativa (discartrosis) sintomática,** **Artrosis radiológica, con dolor en la articulación facetaria, etc.**	**0 0 0 1 1** Historia documentada de lesión de tipo distensión/ esguince, ya resuelto y quejas de tipo sintomatología dolorosa ocasional de cuello o con hallazgos radiológicos de artrosis y sin signos objetivos en la exploración	**2 3456** Historia documentada de lesión cervical de tipo distensión/ esguince con hallazgos radiológicos de artrosis y sintomatología dolorosa cervical continuas acompañada de irradiación radicular axialno verificables; hallazgos similares documentados en exploraciones previas y presentes en el momento de la evaluación.			
LESIONES DE SEGMENTOS MÓVILES					
<u>Hernia de disco intervertebral</u> **<u>y/o AOMSI</u>** (alteración de la integridad de un segmento móvil) **.**	0 0 0 1 1 Hallazgos imagenológicos(RM ,TAC,RX)de hernia de disco intervertebral con dolor axial ocasional sin historial de síntomas clínicos o radiculares correlacionados	**4 5 6 7 8** Hernia de disco intervertebral o AOMSI documentada en uno o en varios niveles con clínica actual y hallazgos documentados; con o sin cirugía **Y** Radiculopatía documentada **resuelta** o dolencias radiculares **no verificables** o **radiculitis** documentada (sin radiculopatía residual cronificada)	**9 10 11 12 14** Hernia de disco intervertebral y/o AOMSI en **un nivel** con clínica actual y hallazgos documentados; con o sin cirugía **Y** Con signos y síntomas documentados de radiculopatía residual leve a moderada en un solo nivel en el nivel clínicamente apropiado al diagnóstico, y clínica presente en el momento de la exploración*	**15 17 19 21 24** Hernia de disco intervertebral y/o AOMSI **en uno o varios niveles** con clínica actual y hallazgos documentados; con o sin cirugía **Y** Con signos y síntomas de radiculopatía residual documentada grave en un nivel o moderada a grave en varios niveles, **en** los niveles clínicamente	**25-27-28-29-30** Hernia de disco intervertebral y/o AOMSI en **varios niveles**, con clínica actual y hallazgos documentados; con o sin cirugía **Y** Con signos y síntomas documentados de radiculopatía residual grave bilateral o de varios niveles documentados **en** los niveles clínicamente apropiados al diagnóstico y

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

		en los niveles clínicamente apropiados al diagnóstico en el momento de la exploración*		apropiados al diagnóstico, y clínica presente en el momento de la exploración. *	clínica presente en el momento de la exploración*.
Escoliosis y anquilosis vertebral	**0 0 0 1 1** Escoliosis residual inferior a 20º cobb con dolor axial ocasional	**4 5 6 7 8** Escoliosis residual de 20ª a 29º cobb con clínica actual y hallazgos documentados;	**9 10 11 12 14** Escoliosis residual de 30ª a 59º cobb con clínica actual y hallazgos documentados	**15 17 19 21 24** Escoliosis residual de 60 a 80ºcoob con clínica actual y hallazgos documentados	**25-27-28-29-30** Escoliosis residual mayor de 80º coob O Anquilosis con rigidez cervical total Y Con clínica actual y hallazgos documentados

Nota: AOMSI Incluyen tecnologías quirúrgicas que preservan la movilidad tales como la artroplastia discal y las técnicas de estabilización dinámica, tecnologías quirúrgicas que preservan la estabilidad del raquis como artrodesis segmentarías y finalmente los diagnósticos de pseudoartrosis, fracturas escoliosis o espondilolistesis. Puede comprender la combinación de éstas situaciones previas así como la afectación a múltiples niveles.

Nota: Pseudoartrosis: Movilidad en un segmento raquídeo documentada y objetivada mediante hallazgos radiográficos coherentes o fallo de soporte físico; en ambos casos tras cirugía de columna con la finalidad de fusionar dicho segmento

Ángulo (grado) de Cobb Utilizado para medir las curvaturas tanto en el plano frontal así como en el sagital de la columna. Se trazan líneas que pasen por la parte superior e inferior de los cuerpos vertebrales proximal y distal que constituyen la curvatura. Que deben ser las vértebras más inclinadas hacia la concavidad de la curva. Trazamos líneas perpendiculares a las líneas anteriores y medimos el ángulo.

Nota Si los hallazgos para la radiculopatía no cumplen los descritos para un intervalo de grado específico, se utilizará para la puntuación de la deficiencia el intervalo de grado inmediatamente inferior.

ESTENOSIS					
Estenosis del canal espinal cervical Puede incluir AOMSI(alteración de la integridad de un segmento móvil)	**0 0 0 1 1** Estenosis cervical en uno o más niveles con o sin AOMSI con dolor axial ocasional	**4 5 6 7 8** Estenosis cervical en un nivel o varios con o sin AOMSI con clínica actual y hallazgos objetivados debidamente documentados con o sin cirugía **Y** Radiculopatía documentada **resuelta** o dolencias radiculares **no verificables** o **radiculitis** documentada (sin radiculopatía residual cronificada) en los niveles clínicamente apropiados al diagnóstico en el momento de la exploración*	**9 10 11 12 14** Estenosis cervical en un nivel con o sin AOMSI con clínica actual y hallazgos documentados; con o sin cirugía **Y** Con signos y síntomas documentados de radiculopatía residual leve a moderada en un solo nivel en el nivel clínicamente apropiado al diagnóstico, y clínica presente en el momento de la exploración*	**15 17 19 21 24** Estenosis cervical en uno o varios niveles con o sin AOMSI con clínica actual y hallazgos documentados; con o sin cirugía **Y** Con signos y síntomas de radiculopatía residual documentada grave en un nivel o moderada a grave en varios niveles, **en** los niveles clínicamente apropiados al diagnóstico, y clínica presente en el momento de la exploración. *	**25-27-28-29-30** Estenosis cervical en varios niveles con o sin AOMSI con clínica actual y hallazgos documentados; con o sin cirugía **Y** Con signos y síntomas documentados de radiculopatía residual grave bilateral o en varios niveles documentados **en** los niveles clínicamente apropiados al diagnóstico y clínica presente en el momento de la exploración*.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

		En caso de existir signos de lesión en la médula espinal o mielopatía evaluarlas independientemente según capítulo de SNC y periférico	En caso de existir signos de lesión en la médula espinal o mielopatía evaluar según capítulo de SNC y periférico	En caso de existir signos de lesión en la médula espinal o mielopatía evaluarlas independientemente según capítulo de SNC y periférico	En caso de existir signos de lesión en la médula espinal o mielopatía evaluarlas independientemente según capítulo de SNC y periférico

* Para graduar la radiculopatía y el intervalo ver el ajuste de grado según las tablas 17-6; 17-7 y 17-8

Nota: **AOMSI** incluye inestabilidad artrodesis, artrodesis fallida, estabilización dinámica o artroplastia o combinación de ésos en estados de múltiples niveles.

Nota: en caso de Mielopatía, calcular la deficiencia adicional según capítulo 3, Sistema Nervioso central y periférico.
Nota: La estenosis de canal incluye la de los forámenes y recesos laterales

FRACTURA / LUXACION / ESPONDILOLISTESIS					
	0 0 01 1	**4 5 6 7 8**	**9 10 11 12 14**	**15 17 19 21 24**	**25-27-28-29-30**
Luxación y fractura luxación asociadas **o** **Fracturas de uno o más cuerpos vertebrales** **Fractura de un elemento posterior (pedículo, lámina, proceso articular, proceso transverso) y fractura por estallido**	Luxación o fractura luxación sin compresiones o mínimas de un cuerpo vertebral; con o sin fractura de pedículo y/o de un elemento posterior sin retropulsión ósea dentro del canal y dolor axial ocasional 0 Fracturas en uno o más niveles sin compresiones o mínimas de un cuerpo vertebral; con o sin fractura de pedículo y/o de un elemento posterior Consolidada con o sin intervención quirúrgica; dolor axial ocasional **sin síntomas ni signos residuales**	Luxación o fractura luxación en un nivel con o sin fractura. Espondilolistesis grado 1 0 Fracturas individuales o múltiples con <25% de compresión de un cuerpo vertebral; con o sin retropulsión ósea dentro del canal, con o sin fractura de pedículo y/o de un elemento posterior Consolidada con o sin intervención quirúrgica (incluyendo fusión, vertebroplastia o cifoplastia) con deformación residual leve y clínica actual y hallazgos documentados y Radiculopatía documentada	Luxación o fractura luxación en un nivel con o sin fractura. Espondilolistesis grado 2 0 Fracturas de uno o múltiples niveles con compresión de 25% - 50% de cualquier cuerpo vertebral; con o sin retropulsión ósea dentro del canal, con o sin fractura de pedículo y/o de un elemento posterior Consolidada con o sin intervención quirúrgica (incluyendo fusión, vertebroplastia o cifoplastia) con deformación residual moderada con clínica actual y hallazgos documentados y Signos y síntomas documentados de radiculopatía	Luxación o fractura luxación en uno o más niveles con o sin fractura. Espondilolistesis grado 3 o Fracturas individuales o múltiples con >50% de compresión de un cuerpo vertebral; con o sin retropulsión ósea dentro del canal ósea, con o sin fractura de pedículo y/o de un elemento posterior Consolidada con o sin intervención quirúrgica(incluyendo fusión, vertebroplastia o cifoplastia); con deformación residual grave con clínica actual y hallazgos documentados y Signos y síntomas de radiculopatía residual documentada grave en un nivel o	Luxación o fractura luxación en uno o varios niveles con o sin fractura. 0 Espondilolistesis grado 3/4 o Fracturas individuales o múltiples con >50% de compresión de un cuerpo vertebral; con o sin retropulsión ósea dentro del canal con o sin fractura de pedículo y/o de un elemento posterior Consolidada con o sin intervención quirúrgica(incluyendo fusión, vertebroplastia o cifoplastia); con deformación residual muy grave, con clínica actual y hallazgos documentados y Signos y síntomas documentados de radiculopatía residual grave bilateral o en varios niveles

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

		resuelta o dolencias radiculares **no verificables** o **radiculitis** documentada (sin radiculopatía residual cronificada) en los niveles clínicamente apropiados al diagnóstico en el momento de la exploración* En caso de existir signos de lesión en la médula espinal o mielopatía se evalúan independientemente según capítulo de SNC y periférico**	residual leve a moderada en un solo nivel en el nivel clínicamente apropiado al diagnóstico, y clínica presente en el momento de la exploración* En caso de existir signos de lesión en la médula espinal o mielopatía se evalúan independientemente según capítulo de SNC y periférico**	moderada a grave en varios niveles, **en** los niveles clínicamente apropiados al diagnóstico, y clínica presente en el momento de la exploración. * En caso de existir signos de lesión en la médula espinal o mielopatía se evalúan independientemente según capítulo de SNC y periférico**	documentados **en** los niveles clínicamente apropiados al diagnóstico y clínica presente en el momento de la exploración*. En caso de existir signos de lesión en la médula espinal o mielopatía se evalúan independientemente según capítulo de SNC y periférico**
Complicaciones postoperatorias (no neurológicas)					Infección profunda de la herida de la columna que requiere antibióticos crónicos; u osteomielitis crónica

* Para graduar la radiculopatía y el intervalo ver el ajuste de grado según las tablas 17-6; 17-7 y 17-8
** En caso de existir signos de lesión en la médula espinal (LME) o mielopatía, se evalúan independientemente según normas del Capítulo 3: SNC y Periférico y se obtiene una puntuación de deficiencia adicional
Nota Si los hallazgos para la radiculopatía no cumplen los descritos para un intervalo de grado específico, se utilizará para la puntuación de la deficiencia el intervalo de grado inmediatamente inferior.

Tabla 17-3 Parrilla regional de COLUMNA TORÁCICA deficiencias de la columna. DTP

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA EFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3	INTERVALO 4
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	**0%-1% DTP**	**2% - 6% DTP**	**7% - 11% DTP**	**12% - 16% DTP**	**17% - 22% DTP**
DOLOR					
Dorsalgia, crónica no específica o crónica recurrente, distensión/ esguince	**0 0 0 1 1** Historia documentada de lesión de tipo distensión/ esguince, ahora resuelta, o quejas ocasionales de dolor de la espalda media	**2 3 4 5 6** Historia documentada de lesión de tipo distensión/esguin ce			

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

crónico, artrosis radiológica, etc.	o con hallazgos radiológicos de artrosis sin hallazgos objetivos en la exploración	o con hallazgos radiológicos de artrosis con quejas continuas de dolencias radiculares; hallazgos similares documentados en múltiples ocasiones			
LESIONES DE ELEMENTOS MOVILES					
	0 0 0 1 1	**2 3 4 5 6**	**7 8 9 10 11**	**12 13 14 15 16**	**17 18 19 20 22**
Hernia de disco intervertebral y/o AOMSI (alteración de la integridad de un segmento móvil)	Hallazgos imagenológicos(RM,TAC, RX)de hernia de disco intervertebral y dolor axial ocasional sin historial de síntomas clínicos o radiculares correlacionados	Hernia de disco intervertebral o AOMSI documentada en uno o en varios niveles con clínica actual y hallazgos documentados; con o sin cirugía **Y** Radiculopatía documentada **resuelta** o dolencias radiculares **no verificables** en los niveles clínicamente apropiados al diagnóstico en el momento de la exploración*	Hernia de disco intervertebral y/o AOMSI en **un nivel** con clínica actual y hallazgos documentados; con o sin cirugía **Y** Con signos y síntomas documentados de radiculopatía residual leve a moderada en un solo nivel en el nivel clínicamente apropiado al diagnóstico, y clínica presente en el momento de la exploración*	Hernia de disco intervertebral y/o AOMSI **en uno o varios niveles** con clínica actual y hallazgos documentados; con o sin cirugía **Y** Con signos y síntomas documentados de radiculopatía residual grave en un nivel o moderada a grave en varios niveles, **en** los niveles clínicamente apropiados al diagnóstico, y clínica presente en el momento de la exploración. *	Hernia de disco intervertebral y/o AOMSI en **varios niveles**, con clínica actual y hallazgos documentados; con o sin cirugía **Y** Con signos y síntomas documentados de radiculopatía residual grave bilateral o en varios niveles documentados **en** los niveles clínicamente apropiados al diagnóstico y clínica presente en el momento de la exploración*.
	0 0 0 1 1	**2 3 4 5 6**	**7 8 9 10 11**	**12 13 14 15 16**	**17 18 19 20 22**
Escoliosis y anquilosis vertebral	Escoliosis residual inferior a 20º cobb con dolor axial ocasional	Escoliosis residual de 20ª a 29º cobb con clínica actual y hallazgos documentados;	Escoliosis residual de 30ª a 59º cobb O Anquilosis con rigidez torácica total Y Con clínica actual y hallazgos documentados	Escoliosis residual de 60 a 80º cobb con clínica actual y hallazgos documentados	Escoliosis residual mayor de 80ºcobb con clínica actual y hallazgos documentados
Nota: AOMSI Incluyen tecnologías quirúrgicas que preservan la movilidad tales como la artroplastia discal y las técnicas de estabilización dinámica, tecnologías quirúrgicas que preservan la estabilidad del raquis como artrodesis segmentarías y finalmente los diagnósticos de pseudoartrosis, fracturas, escoliosis o espondilolistesis. Puede comprender la combinación de éstas situaciones previas así como la afectación a múltiples niveles.					
FRACTURAS/LUXACION / ESPONDILOLISTESIS					
	0 0 0 1 1	**2 3 4 5 6**	**7 8 9 10 11**	**12 13 14 15 16**	**17 18 19 20 22**
Luxaciones/ fractura-luxación simultáneas	Luxación o fractura luxación en un nivel con o sin fractura. Sin o mínima retropulsión ósea dentro del canal,	Luxación o fractura luxación en un nivel con o sin fractura. o	Luxación o fractura luxación en uno o más niveles con o sin fractura.	Luxación o fractura luxación en uno o varios con o sin fractura. o	Luxación o fractura luxación en uno o varios con o sin fractura. o

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Fracturas de un cuerpo vertebral **Fractura de un elemento posterior** (pedículo, lámina, proceso articular, proceso transverso) **y** **Fractura por estallido** *Nota:*	o Fracturas en uno o más niveles sin compresiones o mínimas de un cuerpo vertebral; con o sin fractura de pedículo y/o de un elemento posterior Consolidada con o sin intervención quirúrgica; dolor axial ocasional **sin síntomas ni signos residuales**	Espondilolistesis grado 1 o **Fractura en un solo nivel o múltiples niveles con <25% de compresión** de un cuerpo vertebral; con o sin retropulsión ósea dentro del canal, fractura de pedículo y/o de un elemento posterior Consolidada, con o sin cirugía (incluyendo vertebroplastia o cifoplastia)) con deformación residual leve con clínica actualmente y hallazgos documentados y Radiculopatía documentada **resuelta** o dolencias radiculares **no verificables** en los niveles clínicamente apropiados al diagnóstico en el momento de la exploración*	o Espondilolistesis grado 2 o **Fractura en un solo nivel o múltiples niveles con 25% -50% de compresión** de un cuerpo vertebral; con o sin retropulsión ósea dentro el canal, fractura de pedículo y/o de un elemento posterior Consolidada, con o sin cirugía (incluyendo vertebroplastia o cifoplastia)) con deformación residual moderada con clínica actualmente y hallazgos documentados y Con signos y síntomas documentados de radiculopatía residual leve a moderada en un solo nivel en el nivel clínicamente apropiado al diagnóstico, y clínica presente en el momento de la exploración* En caso de existir signos de lesión en la médula espinal o mielopatía se evalúan independientemente según capítulo de SNC y periférico	Espondilolistesis grado 3 o **Fractura en un solo nivel o múltiples niveles con >50% de compresión** de un cuerpo vertebral; con o sin retropulsión ósea dentro del canal, fractura de pedículo y/o de un elemento posterior Consolidada con o sin cirugía (incluyendo vertebroplastia o cifoplastia)) con deformación residual grave con clínica actualmente y hallazgos documentados y Con signos y síntomas documentados de radiculopatía residual grave en un nivel o moderada a grave en varios niveles, **en** los niveles clínicamente apropiados al diagnóstico, y clínica presente en el momento de la exploración. * En caso de existir signos de lesión en la médula espinal o mielopatía se evalúan independientemente según capítulo de SNC y periférico	Espondilolistesis grado 3/4 o **Fractura en un solo nivel o múltiples niveles con >50% de compresión** de un cuerpo vertebral; con o sin retropulsión ósea dentro del canal, fractura de pedículo y/o de un elemento posterior Consolidada con o sin cirugía (incluyendo vertebroplastia o cifoplastia)) con deformación residual grave con clínica actualmente y hallazgos documentados y Con signos y síntomas documentados de radiculopatía residual grave bilateral o en varios niveles documentados **en** los niveles clínicamente apropiados al diagnóstico y clínica presente en el momento de la exploración*. En caso de existir signos de lesión en la médula espinal o mielopatía se evalúan independientemente según capítulo de SNC y periférico

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Complicaciones postoperatorias (no neurológicas)					Infección profunda de la herida de la columna que requiere antibióticos crónicos; u osteomielitis crónica

* Para graduar la radiculopatía y el intervalo ver el ajuste de grado según las tablas 17-6; 17-7 y 17-8
Nota: En caso de existir signos de lesión en la médula espinal (LME) o mielopatía, se evalúan independientemente según normas del Capítulo 3: SNC y Periférico y se obtiene una puntuación de deficiencia adicional
Nota: AOMSI Incluyen tecnologías quirúrgicas que preservan la movilidad tales como la artroplastia discal y las técnicas de estabilización dinámica, tecnologías quirúrgicas que preservan la estabilidad del raquis como artrodesis segmentarías y finalmente los diagnósticos de pseudoartrosis, fracturas, escoliosis o espondilolistesis. Puede comprender la combinación de éstas situaciones previas así como la afectación a múltiples niveles.
Nota Si los hallazgos para la radiculopatía no cumplen los descritos para un intervalo de grado específico, se utilizará para la puntuación de la deficiencia el intervalo de grado inmediatamente inferior.
Nota: La estenosis de canal incluye la de los forámenes y recesos laterales

Tabla 17-4 Parrilla regional de COLUMNA LUMBAR deficiencias de la columna. DTP

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3	INTERVALO 4
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	**0%-1% DTP**	**2% - 9% DTP**	**10% - 14% DTP**	**15% - 24% DTP**	**25% - 33% DTP**
DOLOR					
Dolor en la región lumbosacra de la espalda crónico no específico o crónico recurrente distensión/ esguince crónico, enfermedad discal degenerativa sintomática, **Artrosis radiológica, dolor en la articulación facetaria, disfunción/ alteración de la articulación sacroiliaca, etc.)**	**0 0 0 1 1** Historia documentada de lesión de tipo distensión/ esguince, ahora resuelta, o quejas ocasionales de dolor de espalda con hallazgos radiológicos de artrosis sin hallazgos objetivos en la exploración	**2 3 4 5 6** Historia documentada de lesión de tipo distensión/ esguince o hallazgos radiológicos de artrosis con **quejas** continuas de **dolencias radiculares y/o no verificables;** hallazgos similares documentados en exploraciones previas y presentes en el tiempo de evaluación			
LESIONES DE LOS SEGMENTOS MÓVILES					
Hernia de disco intervertebral y/o AOMSI[a] *Nota:* AOMSI incluye estabilidad artrodesis, artrodesis fallida, estabilización dinámica o artroplastia o combinación de ésas en condiciones de múltiples niveles.	**0 0 0 1 1** Imágenes de hernia de disco intervertebral con dolor axial ocasional sin antecedentes de síntomas radiculares clínicamente correlacionados	**5 6 7 8 9** Hernia discal o AOMSI en uno o varios **niveles** con clínica actual y hallazgos documentados; con o sin cirugía **Y** Radiculopatía documentada **resuelta** o dolencias radiculares **no verificables** o	**10 11 12 13 14** Hernia de disco intervertebral o AOMSI **en un solo nivel** con clínica actual y hallazgos documentados; con o sin cirugía **Y** Con signos y síntomas documentados de radiculopatía residual leve a moderada en un	**15 17 19 21 23** Hernia de disco intervertebral y/o AOMSI **en uno o varios niveles** con clínica actual y hallazgos documentados; con o sin cirugía **Y** Con signos y síntomas documentados de radiculopatía residual grave en un	**25 27 29 31 33** Hernia de disco intervertebral o AOMSI **en múltiples niveles,** con clínica actual y hallazgos documentados; con o sin cirugía **Y** Con signos y síntomas documentados de radiculopatía residual grave

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

		radiculitis documentada (sin radiculopatía residual cronificada) en los niveles clínicamente apropiados al diagnóstico en el momento de la exploración*	solo nivel, en el nivel clínicamente apropiado al diagnóstico, y clínica presente en el momento de la exploración*	nivel o moderada a grave en varios niveles, **en** los niveles clínicamente apropiados al diagnóstico ,y clínica presente en el momento de la exploración*	bilateral o en varios niveles documentados, **en** los niveles clínicamente apropiados al diagnóstico y clínica presente en el momento de la exploración*.
Escoliosis y anquilosis vertebral	**0 0 0 1 1** Escoliosis residual inferior a 20º cobb con dolor axial ocasional	**5 6 7 8 9** Escoliosis residual de 20ª a 29º cobb con clínica actual y hallazgos documentados;	**10 11 12 13 14** Escoliosis residual de 30ª a 59º cobb con clínica actual y hallazgos documentados	**15 17 19 21 23** Escoliosis residual de 60 a 80ºcobb con clínica actual y hallazgos documentados	**25 27 29 31 33** Escoliosis residual mayor de 80º coob O Anquilosis con rigidez lumbar (incluida L5-S1) total Y Con clínica actual y hallazgos documentados
ESTENOSIS					
Estenosis espinal y/o recesos laterales[a] (puede incluir AOMSI) *Nota:* AOMSI incluye inestabilidad, artrodesis, artrodesis fallida, estabilización dinámica o artroplastia o pseudoartrosis, o combinación de ésas en estados de múltiples niveles.	**0 0 0 1 1** **Estenosis lumbar a uno o más niveles con** dolor axial ocasional	**5 6 7 8 9** Estenosis lumbar en uno o varios niveles (con o sin AOMSI) con clínica actual y hallazgos médicamente documentados; con o sin cirugía (*descompresión)* **o** **con claudicación neurogénica resuelta y documentada previamente** Radiculopatía documentada **resuelta** o dolencias radiculares **no verificables** o **radiculitis** documentada (sin radiculopatía residual cronificada) en los niveles clínicamente apropiados al diagnóstico en el momento de la exploración*	**10 11 12 13 14** Estenosis lumbar en un nivel con o sin AOMSI con clínica actual y hallazgos documentados; con o sin cirugía (*descompresión)* ***y*** Claudicación neurogénica intermitente documentada paseos de > 10 minutos *o* Signos y síntomas de radiculopatía leve a moderada documentados en el nivel clínicamente apropiado presentes en el momento de la exploración* En caso de existir signos de cola de caballo se evaluaran por el capítulo de SNC y periférico	**15 17 19 21 23** Estenosis lumbar en uno o varios niveles con o sin AOMSI con clínica actual y hallazgos documentados; con o sin cirugía *(descompresión)* **y** Claudicación neurogénica documentada, paseos limitados a <10 minutos **o** signos y síntomas documentados de radiculopatía residual grave en un nivel o moderada a grave en varios niveles, **en** los niveles clínicamente apropiados al diagnóstico ,y clínica presente en el momento de la exploración* En caso de existir signos de cola de caballo se evaluaran por el capítulo de SNC y periférico	**25 27 29 31 33** Estenosis lumbar en varios niveles con o sin AOMSI con clínica actual y hallazgos documentados; con o sin cirugía (*descompresión*) **y** Claudicación neurogénica grave (< de 150 metros) o incapacidad de deambular sin dispositivos de asistencia **o** Signos y síntomas documentados de radiculopatía grave bilateral o de varios niveles en los niveles clínicamente apropiados presentes en el momento de la exploración* En caso de existir signos de cola de caballo se evaluaran por el capítulo de SNC y periférico

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

FRACTURAS / LUXACIONES/ ESPONDILOLISTESIS					
	0 0 0 1 1	**5 6 7 8 9**	**10 11 12 13 14**	**15 17 19 21 23**	**25 27 29 31 33**
Luxación o fractura luxación en uno solo nivel o múltiples niveles **Fracturas de una o más vértebras incluyendo fracturas por compresión y/o fractura de un elemento posterior (pedículo, lámina, proceso articular, proceso transverso) y fractura por estallido**	Luxación o fracturas en uno o más niveles sin compresiones o mínimas de un cuerpo vertebral; sin retropulsión ósea en el canal con o sin fractura de pedículo y/o de un elemento posterior **con** dolor axial ocasional	Luxación o fractura luxación a uno o varios niveles con clínica actual y hallazgos documentados o Espondilolistesis grado 1 **o** **Fracturas en uno o varios niveles con <25% de compresión** de un cuerpo vertebral; con o sin retropulsión ósea leve en el canal, con o sin fractura de pedículo y/o de un elemento posterior. Consolidadas, con o sin cirugía (incluyendo *vertebroplastia o cifoplastia)* con clínica y hallazgos documentados Y Radiculopatía documentada **resuelta** o dolencias radiculares **no verificables** o **radiculitis** documentada (sin radiculopatía residual cronificada) en los niveles clínicamente apropiados al diagnóstico en el momento de la exploración*	Luxación o fractura luxación **en un solo nivel**, con clínica actual y hallazgos documentados **o** Espondilolistesis grado 2 **o** **Fracturas en un sólo nivel o múltiples niveles con 25% - 50% de compresión** de un cuerpo vertebral; con o sin retropulsión ósea leve a moderada en el canal, fractura de pedículo y/o de un elemento posterior Consolidadas, con o sin cirugía (incluyendo *vertebroplastia o cifoplastia)* con o sin deformación residual con clínica y hallazgos documentados Y Signos y síntomas de radiculopatía leve a moderada documentada en el nivel clínicamente apropiado presente en el momento de la exploración* ***o*** Claudicación neurogénica intermitente documentada paseos de > 10 minutos En caso de existir signos de cola de caballo se evaluaran por el capítulo de SNC y periférico	Luxación o fractura luxación en uno o varios niveles con clínica actual y hallazgos documentados o Espondilolistesis grado 3 **o** **Fracturas en un sólo nivel o múltiples niveles** con >50% de compresión de un cuerpo vertebral; con o sin retropulsión ósea moderada agrave en el canal, fractura de pedículo y/o de un elemento posterior Consolidadas, con o sin cirugía (incluyendo *vertebroplastia o cifoplastia)*; con o sin deformación residual con clínica y hallazgos documentados Y signos y síntomas documentados de radiculopatía residual grave en un nivel o moderada a grave en varios niveles, **en** los niveles clínicamente apropiados al diagnóstico ,y clínica presente en el momento de la exploración* **o** Claudicación neurogénica documentada, paseos limitados a <10 minutos En caso de existir signos de cola de caballo se evaluaran por el capítulo de SNC y periférico	Luxación o fractura luxación en uno o múltiples niveles con clínica actual y hallazgos documentados o Espondilolistesis grado 3/4 o **Fracturas en un sólo nivel o múltiples niveles con >50% de compresión** de un cuerpo vertebral; con o sin retropulsión ósea grave a muy grave en el canal, fractura de pedículo y/o de un elemento posterior Consolidadas, con o sin cirugía (incluyendo *vertebroplastia o cifoplastia)*; con o sin deformación residual con clínica y hallazgos documentados y Signos y síntomas de radiculopatía bilateral grave o en múltiples niveles apropiados presentes en el momento de la exploración* o Claudicación neurogénica grave (< de 150 metros) o incapacidad de deambular sin dispositivos de asistencia En caso de existir signos de cola de caballo se evaluaran por el capítulo de SNC y periférico

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Complicaciones postoperatorias (no neurológicas) ***Nota:*** **las complicaciones neurológicas son descritas en el Capítulo 3, Sistema nervioso central y periférico**					Infección profunda de la herida de la columna que requiere antibióticos crónicos; u osteomielitis crónica

* Para graduar la radiculopatía ver el cuadro de ajuste de la tabal 17-6,17-7 y 17-9, para la exploración física
Nota: En caso de existir signos de síndrome de cola de caballo se evaluaran según criterios del Capítulo 3 del SNC y periférico, para obtener una puntuación de deficiencia adicional.
Nota: AOMSI Incluyen tecnologías quirúrgicas que preservan la movilidad tales como la artroplastia discal y las técnicas de estabilización dinámica, tecnologías quirúrgicas que preservan la estabilidad del raquis como artrodesis segmentarías y finalmente los diagnósticos de pseudoartrosis, fracturas, escoliosis o espondilolistesis. Puede comprender la combinación de éstas situaciones previas así como la afectación a múltiples niveles.
Nota Si los hallazgos para la radiculopatía no cumplen los descritos para un intervalo de grado específico, se utilizará para la puntuación de la deficiencia el intervalo de grado inmediatamente inferior.
Nota: La estenosis de canal incluye la de los forámenes y recesos laterales

Las siguientes consideraciones se aplican a las parrillas de columna cervical, torácica, y lumbar:

1) La hernia de disco intervertebral excluye el abombamiento anular, desgarro anular, protrusión discal y hernia de disco en la imagen sin hallazgos objetivos coherentes de radiculopatía en el nivel (s) apropiado.

2) Cuando la alteración de la integridad de un segmento móvil (AOMSI) ha sido considerado como criterio principal en el diagnóstico especifico de la parrilla de EBD, la imagen no se incluye como criterio secundario de ajuste (CSA) en el cálculo del ajuste neto, porque la imagen ya se ha utilizado para confirmar el diagnóstico.

17.3. CRITERIOS SECUNDARIOS DE AJUSTE (CSA) MODIFICADORES DE GRADO.

Tabla 17-5 Criterios secundarios de ajuste: resumen

Criterios secundarios	Parrilla de ajuste Específico	Modificador de Grado 0	Modificador de Grado 1	Modificador de Grado 2	Modificador de Grado 3	Modificador de Grado 4
Historia funcional	Tabla 17-6	No hay problema	Problema leve	Problema moderado	Problema grave	Problema muy grave
Exploración física	Tabla 17-7	No hay problema	Problema leve	Problema moderado	Problema grave	Problema muy grave
Pruebas complementarias	Tabla 17-9	No hay problema	Problema leve	Problema moderado	Problema grave	Problema muy grave

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

17.3a Criterios secundarios de ajuste: Historia funcional basada en la información de la persona (HF)

Tabla 17-6 Ajuste de historia funcional: columna

HISTORIA FUNCIONAL(HF)	Modificador de grado 0	Modificador de grado 1	Modificador de grado 2	Modificador de grado 3	Modificador de grado 4
Actividad	Asintomático; problema resuelto; síntomas incoherentes	Dolor; síntomas con actividad mayor que la normal (actividad fuerte)	Dolor; síntomas con actividad normal	Dolor; síntomas con actividad menor a la normal (actividad ligera)	Dolor; síntomas en reposo, limitado a vida sedentaria(actividad mínima)
CDD **o evaluación funcional alternativa validada, graduada adecuadamente**	No discapacidad CDD 0	Discapacidad leve CDD 0-70	Discapacidad moderada CDD 71-100	Discapacidad severa CDD 101-130	Discapacidad extrema CDD 131-150
Nota : : PDQC /CDD indica *Pain Disabilities Questionnaire/cuestionario de discapacidad relacionado con el dolor*					

17.3b Criterios secundarios de ajuste: Exploración física (EF)

Tabla 17-7 Ajuste de exploración física: columna.

EXPLORACIÓN FÍSICA (EF)	Modificador de grado 0	Modificador de grado 1	Modificador de grado 2	Modificador de grado 3	Modificador de grado 4
Signos de tensión neural lumbar	Test de elevación de la pierna recta negativo para dolor radicular de distribución dermatómica reproducible o exploración inválida	Test de elevación de la pierna recta dudoso para dolor radicular de distribución dermatómica reproducible	Test de elevación de la pierna recta positivo para el dolor radicular de distribución dermatómica reproducible a 35º-70º		Test de elevación de la pierna recta positivo para el dolor radicular de distribución dermatómica reproducible a 35º-70º en ambas EEII
Compresión cervical/ Compresión foraminal	Compresión cervical Compresión foraminal negativa/	Compresión cervical Compresión foraminal dudosa para dolor radicularreproducible	Compresión cervical positiva/ Compresión foraminal (Test de Spurling) para el dolor radicular reproducible Consistente con el diagnóstico DBD de intervalo2		
Reflejos	Normales y simétricos	Respuesta de carácter dudoso o con anomalía asimétrica leve	Respuesta claramente alterada con anomalía asimétrica consistente con los hallazgos radiculares		
Atrofia ES o EI	< 1cm	1,0-1,9 cm	2,0-2,9 cm	3,0-3,5 cm	>3,5 cm
Déficit sensorial	No hay pérdida de sensibilidad, sensación anómala o dolor mínimo	Disminución del tacto fino (con o sin sensaciones anómalas o dolor leve) en una distribución clínicamente apropiada, que se olvida durante la actividad con dicha región	Disminución del tacto fino (con o sin sensaciones anómala o dolor moderado) en una distribución clínicamente apropiada, que	Disminución de la sensibilidad protectora (con sensaciones anómalas o dolor moderado a grave en una distribución	Ausencia de dolor superficial y sensibilidad táctil o ausencia de sensibilidad protectora (sensaciones anómalas, o dolor

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

			interfiere con algunas actividades con dicha región	clínicamente apropiada) que puede impedir ciertas actividades con dicha región	grave a muy grave en una distribución clínicamente apropiada que impide toda actividad con dicha región
Fuerza motora (en EI con referencia expresa a: muslo, pierna y pie)	Movimiento normal activo anti gravitatorio con total resistencia (5/5)	Movimiento activo contra la gravedad y resistencia moderada (4/5)en una distribución clínicamente apropiada,	Movimiento activo contra la gravedad solo, sin resistencia (3/5)en una distribución clínicamente apropiada,	Movimiento activo contra la gravedad eliminado (2/5)en una distribución clínicamente apropiada,	Ligera contracción sin movimiento o no contracción (0-1/5)en una distribución clínicamente apropiada,
Movilidad de la región afectada de la columna (solo válido en caso de no existir dolor)	Arco de movimiento normal	Arco de movimiento levemente alterado	Arco de movimiento moderadamente alterado	Arco de movimiento gravemente alterado	Arco de movimiento totalmente alterado Anquilosis

17- 3c Criterios secundarios de ajuste: Pruebas complementarias (PC)

TABLA 17-8 Síndromes radiculares comunes

Nivel discal	Raíz nerviosa	Déficit motor	Déficit sensorial	Compromiso Reflejo
LUMBAR				
L3-4	L4	Cuádriceps	Muslo anterior Rodilla anterior Media pierna y pie	Rodilla
L4-5	L5	Extensor largo del dedo gordo	Muslo lateral Pierna anterolateral Pie mediodorsal	Tendones mediales
L5-S1	S1	Flexores plantares del tobillo	Pierna posterior Pie lateral	Tobillo
CERVICAL				
C4-5	C5	Deltoides Biceps	Hombro y brazo anterolateral	Biceps
C5-6	C6	Extensor radial de la muñeca Bíceps	Antebrazo y mano lateral Pulgar	Braquiorradiales Pronador Redondo
C6-7	C7	Flexores de la muñeca Tríceps Extensores de los dedos Extensor cubital de la muñeca	Dedo medio	Triceps
C7-T1	C8	Flexores de los dedos Intrínsecos de la mano	Antebrazo y mano medial, anular y meñique	No
T1-T2	T1	Intrínsecos de la mano	Antebrazo medial	No

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

TABLA 17-9 Ajuste de pruebas complementarias: Columna

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (PC)	Modificador de grado 0	Modificador de grado 1	Modificador de grado 2	Modificador de grado 3	Modificador de grado 4
PRUEBAS DE IMAGEN: radiografías, TAC, escáner óseo, Imagen por radioisótopos, RMN	Los hallazgos en las imágenes **no** confirman los síntomas y/o Diagnóstico estructural dentro de los límites normales y/o Cambios normales relacionados con la edad y/o Cambios degenerativos clínicamente insignificantes, ´ y/o hallazgos en el lado contrario de la presentación clínica y/o escoliosis con ángulo de cobb<20 º	Hallazgos en las pruebas de imagen coherentes con la presentación clínica, incluyendo la prueba de AOMSI con inestabilidad segmentaria, fusión o dispositivo de conservación de la movilidad definidas por la región de carácter leve y/o Intervalo de cartílago normal o estrechamiento leve del espacio articular con osteofitos en un lado de la articulación; y/o Espondilolistesis grado 1 y/o escoliosis con ángulo de cobb de 20 a29º	Hallazgos en las pruebas de imagen coherentes con la presentación clínica, incluyendo la prueba de AOMSI con inestabilidad segmentaria, fusión o dispositivo de conservación de la movilidad definidas por la región de carácter moderado. y/o Intervalo de cartílago: estrechamiento moderado del espacio articular con osteofitos en uno o ambos lados de la articulación; y/o Evidencia radiográfica de artrosis postraumática moderada y/o Espondilolistesis grado 2 y/o escoliosis con ángulo de cobb de 30 a 59º	Hallazgos en las pruebas de imagen coherentes con la presentación clínica, incluyendo la prueba de AOMSI con inestabilidad segmentaria, fusión o dispositivo de conservación de la movilidad definidas por la región de carácter grave. y/o Intervalo de cartílago: estrechamiento grave del espacio articular con osteofitos en ambos lados de la articulación y deformidad grave y/o Evidencia radiográfica de artrosis postraumática grave y/o necrosis avascular con colapso/fragmentación ósea y/o Espondilolistesis grado 3 y/o escoliosis con ángulo de cobb de 60 a 80º	Hallazgos en las pruebas de imagen coherentes con la presentación clínica, incluyendo la prueba de AOMSI con inestabilidad segmentaria, fusión o dispositivo de conservación de la movilidad definidas por la región de carácter muy grave y/o No existe intervalo de cartílago: con Osteofitosis bilaterales con sindesmofitos y deformidad muy grave y/o Evidencia radiográfica de artrosis postraumática muy grave y/o Espondilolistesis grado 3 ó 4 y/o Pruebas de imagen de complicaciones quirúrgicas graves incluyendo infección o deformidad muy grave y/o escoliosis con ángulo de cobb> de 80º
Pruebas electrofisiológicas (EMG)	EMG Normal	EMG no concluyente o radiculopatías no verificables en los niveles clínicamente apropiados*.	Prueba de EMG coherente con radiculopatía de una sola raíz nerviosa	Prueba de EMG coherente con radiculopatía de una sola raíz nerviosa de carácter grave o de varias raíces nerviosas	Prueba de EMG coherente con radiculopatía bilateral o varias raíces nerviosas de carácter grave

Nota: TAC indica tomografía axial computarizada; RMN, imagen de resonancia magnética nuclear; AOMSI, alteración de la integridad de un segmento móvil y EMG, electromiograma o electromiografía.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

RESUMEN DEL CÁLCULO DE LA DEFICIENCIA EN LA COLUMNA

- Utilizando la parrilla regional correspondiente a la lesión, trastorno o condición de salud, se elige el diagnóstico adecuado, localizado en la columna situada más a la izquierda y se selecciona la el intervalo de grado de deficiencia apropiado para este diagnóstico
- Dentro del intervalo de grado especificado inicialmente se asigna el valor central o Valor Inicial de Ajuste de la Deficiencia (VIAD). Este valor asignado inicialmente puede ser modificado hacia arriba o hacia abajo dentro de un mismo intervalo dependiendo del ajuste neto, que se calcula usando los modificadores de grado o criterios secundarios de ajuste (CSA).
- Se utilizan los criterios secundarios de ajuste (CSA): de la Historia Funcional, la Exploración Física y las Pruebas Complementarias, para identificar el “valor del ajuste”.
- Si hay componentes múltiples de un modificador de grado, como Exploración Física (que puede incluir hallazgos en la palpación, alineamiento, inestabilidad), se elegirá el modificador de grado más elevado o que sea más objetivo y esté asociado con el diagnóstico que se está evaluando. Si un modificador de grado es considerado no fiable o incoherente, debería ser ignorado y eliminado del cálculo. Si un componente particular, como hallazgos en rayos X, fuese utilizado para determinar el intervalo de grado de deficiencia, no debe ser empleado de nuevo para ajustar el grado.
- Finalmente se ajusta el valor dentro de los cinco valores incluidos en intervalo de grado de la parrilla regional (en el caso de utilizar solo un criterio de ajuste, se considerarán a efectos de puntuación los valores de los dos extremos mayor y menor).

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

17.4. DEFICIENCIA PÉLVICA

Tabla 17-10 Deficiencia basada en el diagnóstico: Pelvis. Deficiencia Total de la Persona

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3	INTERVALO 4
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%))	**0%-1% DTP**	**2% - 3% DTP**	**4 - 6% DTP**	**7% - 11% DTP**	**12% - 16% DTP**
FRACTURAS/DISLOCACIONES					
Fracturas de las ramas púbicas; fracturas de ilion, isquion, y/o sacro	**0 0 0 1 1** Fracturas consolidadas no desplazadas, sin deformación estructural residual; sin síntomas residuales o dolor ocasional **o** fractura curada con o sin cirugía sin síntomas residuales relacionados con la fractura	**2 2 2 3 3** Fracturas no desplazadas o mínimamente desplazadas, con o sin cirugía curadas y estables, incluyendo separación mínima de la sínfisis pubiana (>1 cm y <3 cm; sin relación con el nacimiento); con signos y síntomas residuales	**4 5 5 6 6** Fracturas desplazadas (>1 cm y < 2 cm) del ilion, isquion, sacro o cóccix curadas, con o sin cirugía **o** separación traumática de la sínfisis pubiana (≥ 3 cm) con signos residuales pero sin inestabilidad*	**7 8 9 10 11** Fracturas desplazadas (≥ 2 cm, del ilion, isquion, sacro o cóccix curadas, con o sin cirugía **o** separación traumática de la sínfisis pubiana ≥ 3 cm con o sin cirugía con deformación residual e inestabilidad leve a moderada*	**12 13 14 15 16** Luxación de la articulación SI o fractura-luxación con ruptura de los ligamentos SI; fractura transversa sacra con disociación espinopélvica **o** Complicaciones graves tras la cirugía, incluyendo pseudoartrosis, osteomielitis o inestabilidad grave* documentada
Fractura del acetábulo	Fracturas no desplazadas, curadas sin deformación residual estructural; no hay síntomas residuales o dolor ocasional **o** fractura curada con o sin cirugía, sin síntomas residuales relacionados con la fractura	Evaluación basada en la movilidad restringida de la articulación de la cadera (Capítulo de Extremidad inferior)			

Nota: SI indica sacroilíaca.
*** inestabilidad se define como un cambio de posición que ocurre cuando se comparan las radiografías en supino y de pie**

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

7.4a Criterios secundario de ajuste: Historia funcional (Deficiencias pélvicas)

Tabla 17-11 Ajuste de la historia funcional: pelvis

HISTORIA FUNCIONAL (HF)	Modificador de grado 0	Modificador de grado 1	Modificador de grado 2	Modificador de grado 3	Modificador de grado 4
Actividad	Asintomático; problema resuelto; síntomas incoherentes	Dolor; síntomas con actividad mayor que la normal (actividad fuerte)	Dolor; síntomas con actividad normal	Dolor; síntomas con actividad menor a la normal (actividad ligera)	Dolor; síntomas en reposo, limitado a vida sedentaria(actividad mínima)
CDD **(puntuación)**	No discapacidad CDD 0	Discapacidad leve CDD (0-70)	Discapacidad moderada CDD (71-100)	Discapacidad severa CDD (101-130)	Discapacidad extrema CDD (131-150)

17.4b Criterios secundario de ajuste: Exploración Física (Deficiencias Pélvicas)

Tabla 17-12 Ajuste de la exploración física: pelvis

EXPLORACIÓN FÍSICA (EF)	Modificador de grado 0	Modificador de grado 1	Modificador de grado 2	Modificador de grado 3	Modificador de grado 4
Tejido blando	No dolor	Dolor leve localizado	Dolor localizado de moderado a severo		
Modo de andar ***Nota:*** **No aplicable en estenosis espinal o en estados en los cuales se combina la puntuación del sistema nervioso central**	No desorden de la marcha o parada	Se pone de pie; anda pero tiene dificultad con las subidas, cuestas, escaleras, sillas profundas, y/o distancias largas	Se pone de pie; anda alguna distancia con dificultad y sin ayuda pero está limitado a nivel de superficies planas	Se pone de pie y mantiene la posición con dificultad; no puede andar sin ayuda	No se puede levantar sin ayuda, soporte mecánico y/o dispositivo de asistencia
Deformidad	No deformidad	Deformidad leve detectable u oblicuidad pélvica	Deformidad moderada u oblicuidad pélvica que afecta a movimientos como sentarse o levantarse, producidos por fractura pélvica desplazada y/o dislocación/luxación	Deformidad grave u oblicuidad pélvica que afecta a movimientos como la marcha, sentarse y levantarse producidos por fractura pélvica desplazada y/o dislocación/luxación **o** Discrepancia en la longitud de una pierna postraumática de	Deformidad muy grave u oblicuidad pélvica e inestabilidad que afecta a movimientos como la marcha, sentarse y levantarse producida por pseudoartrosis y otras complicaciones postraumáticas o Discrepancia en la

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

17.4c Criterios secundario de ajuste: Pruebas complementarias (Deficiencias Pélvicas)

Tabla 17-13 Ajuste de pruebas complementarias: pelvis

Nota: RMN indica resonancia magnética; TC, tomografía computarizada

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (PC)	Modificador de grado 0	Modificador de grado 1	Modificador de grado 2	Modificador de grado 3	Modificador de grado 4
Pruebas de imagen, radiografías, escáner óseo, RMN	No hay pruebas de imagen de verificación clínica de síntomas o diagnóstico de deficiencia estructural	TC/RMN/otros estudios de imagen coherentes con la presentación clínica De intervalo 1	TC/RMN/otros estudios de imagen coherentes con la presentación clínica De intervalo 2	TC/RMN/otros estudios de imagen coherentes con la presentación clínica de intervalo 3	Hallazgos en las imágenes coherentes con pseudoartrosis u otras complicaciones postraumáticas incluyendo la infección

17.5. RESUMEN

1. Obtener la historia médica detallada y llevar a cabo un exploración física, como se explicó en la Sección 17.1a.
2. Registrar el proceso y los resultados usando el registro de Evaluación de la deficiencia en la columna (Figura 17-1) y usando el registro completo como una guía.
3. Revisar pruebas complementarias, tal como se explicó en la Sección 17.1a.
4. Determinar el diagnóstico o diagnósticos a puntuar.
5. Determinar la DBD para cada diagnóstico puntuable, usando las parrillas regionales, tal como se describió en la Sección 17.4. Esto incluye selección del intervalo de grado de deficiencia apropiada para ese diagnóstico y el valor numérico central del mismo o valor inicial de ajuste de la deficiencia (VIAD)
6. Usar las parrillas de ajuste para Historia Funcional, Exploración Física, y Pruebas Complementarias, para definir el modificador de grado para cada criterio. El ajuste de la Historia Funcional se realiza solo para el diagnóstico más importante a no ser que se señale de otra manera en la jurisdicción. La puntuación de deficiencia relacionada con la radiculopatía está incluida en el proceso de evaluación, tanto en la elección del intervalo como en el ajuste de grado, en ningún caso se puntuará como un valor adicional.

17.6. APÉNDICE

17-A: Cuestionario de Discapacidad asociado al Dolor CDD/PDQ (ver apéndice 6.6.1) capítulo 6)

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

CAPÍTULO 18: PIEL Y ESTRUCTURAS RELACIONADAS

TABLA 18.1 Criterios para la puntuación de la deficiencia permanente secundaria a trastornos de la piel

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3	INTERVALO 4 Muy Grave
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	**0**	**1%-9% 1 3 5 7 9**	**11%-27% 11 15 19 23 27**	**30%-42% 30 33 36 39 42**	**45%-65% 45 50 55 60 65**
ANAMNESIS (CP)	Los signos del trastorno cutáneo se manifestaron con anterioridad, pero en la actualidad se encuentran presentes 0%-4% del tiempo ***y*** no necesitan tratamiento médico ***y*** no interfieren con las actividades cotidianas (AVD)	Los signos y síntomas del trastorno cutáneo, se manifiestan entre el 5%-24% del tiempo ***y*** pueden precisar tratamiento con medicamentos tópicas de manera intermitente ***y*** cuando los signos y síntomas se manifiestan, éstos interfieren mínimamente con las AVD	Los signos y síntomas del trastorno cutáneo, se manifiestan entre el 25% - 50% del tiempo ***y*** a menudo requieren tratamiento con medicamentos tópicos o sistémicos ***y*** cuando los signos y síntomas se manifiestan, éstos interfieren levemente con las AVD	Los signos y síntomas del trastorno cutáneo, se manifiestan entre 51% - 95% del tiempo ***y*** requieren tratamiento de manera intermitente o continua con medicamentos tópicos o sistémicos ***y*** cuando los signos y síntomas se manifiestan, éstos interfieren moderadamente con las AVD	Los signos y síntomas del trastorno cutáneo, se manifiestan 96% - 100 %del tiempo ***y*** requieren tratamiento continuado por vía tópica o sistémica ***y*** Afectan de manera grave a la mayoría de las AVD hasta el punto de que pueden requerir el confinamiento.
RESULTADOS DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA		Los resultados de la exploración física, acordes con la Tabla 18-3, se manifiestan cuando lo hacen los síntomas. En este caso, los signos , no afectan al 10% del cuerpo, respetan la cara y/o) habitualmente pueden disimularse	Los resultados de la exploración física, acordes con la Tabla 18-3, se manifiestan cuando lo hacen los síntomas. En este caso, los signos afectan al 10% - 25% del cuerpo pero habitualmente pueden disimularse y/o afectan de manera importante a la cara o a la parte anterior del cuello y/o las manos o ulcera superficial crónica	Los resultados de la exploración física, acordes con la Tabla 18-3, se manifiestan habitualmente. En este caso, los signos afectan al 25% - 50% del cuerpo y pueden disimularse, al menos parcialmente, en la mayoría de las situaciones sociales y/o afectan por completo a la palma de las manos, la cara o el cuello o ulcera profunda crónica	Los resultados de la exploración física, acordes con la Tabla 18-3, se manifiestan prácticamente siempre. En este caso, afectan a > 50% del cuerpo y no pueden disimularse en la mayoría de situaciones sociales. Puede desplazar el grado al máximo permitido en este intervalo en función de la extensión y la capacidad para disimularla. o ulcera profunda compleja crónica

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Cont. TABLA 18.1 Criterios para la puntuación de la deficiencia permanente secundaria a trastornos de la piel

INTERVALOS DE GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA	INTERVALO 0	INTERVALO 1	INTERVALO 2	INTERVALO 3	INTERVALO 4
GRADUACIÓN DE LA GRAVEDAD DTP (%)	**0**	**1%-9% 1 3 5 7 9**	**11%-27% 11 15 19 23 27**	**30%-42% 30 33 36 39 42**	**45%-65% 45 50 55 60 65**
RESULTADOS DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA		Los resultados de la exploración física, acordes con la Tabla 18-3, se manifiestan cuando lo hacen los síntomas. En este caso, los signos , no afectan al 10% del cuerpo, respetan la cara y/o) habitualmente pueden disimularse	Los resultados de la exploración física, acordes con la Tabla 18-3, se manifiestan cuando lo hacen los síntomas. En este caso, los signos afectan al 10% - 25% del cuerpo pero habitualmente pueden disimularse y/o afectan de manera importante a la cara o a la parte anterior del cuello y/o las manos o ulcera superficial crónica	Los resultados de la exploración física, acordes con la Tabla 18-3, se manifiestan habitualmente. En este caso, los signos afectan al 25% - 50% del cuerpo y pueden disimularse, al menos parcialmente, en la mayoría de las situaciones sociales y/o afectan por completo a la palma de las manos, la cara o el cuello o ulcera profunda crónica	Los resultados de la exploración física, acordes con la Tabla 18-3, se manifiestan prácticamente siempre. En este caso, afectan a > 50% del cuerpo y no pueden disimularse en la mayoría de situaciones sociales. Puede desplazar el grado al máximo permitido en este intervalo en función de la extensión y la capacidad para disimularla. o ulcera profunda compleja crónica
RESULTADOS DE LAS PRUEBAS Diagnósticas	Los resultados que se esperan positivos son negativos, o bien no se realizaron las pruebas. Por ejemplo, se asignaría en un intervalo 0 para una dermatitis alérgica de contacto si no se obtienen resultados relevantes en las pruebas cutáneas	Los resultados que se esperan positivos son ambiguos. Por ejemplo, se asignaría un intervalo 1 para una dermatitis alérgica de contacto si se obtienen resultados ambiguos en las pruebas cutáneas, pero que en caso de ser positivos, se considerarían relevantes.	Los resultados que se esperan positivos son positivos y adecuados al rango de valores esperados para un diagnóstico concreto. Por ejemplo, se asignaría un intervalo 2 para una dermatitis alérgica de contacto si se obtiene al menos un resultado positivo en las pruebas cutáneas	Los resultados que se esperan positivos son positivos y algo superiores al rango de valores esperados para un diagnóstico concreto. Por ejemplo, se asignaría un intervalo 3 para una dermatitis alérgica de contacto si se obtienen múltiples resultados positivos en las pruebas cutáneas	Los resultados que se esperan positivos son positivos y considerablemente superiores al rango de valores esperados para un diagnóstico concreto. Por ejemplo, se asignaría un intervalo 4 para una dermatitis alérgica de contacto si se obtienen múltiples resultados positivos en las pruebas cutáneas que indiquen que la persona debe evitar la exposición a una gran variedad de sustancias o la exposición laboral a agentes cruciales.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

APÉNDICE A. TABLA DE VALORES COMBINADOS (GUÍAS AMA)

Los valores se obtienen de la formula A + B (1-A) = valor combinado de A y B, donde A y B son los equivalentes decimales de las puntuaciones de deficiencia. Todos los valores de la tabla son porcentajes. Para combinar dos valores de deficiencia cualquiera, localice el mayor de los dos en el lateral de la tabla y busque en esa fila hasta la columna del menor valor, que se encuentra en la base de la tabla. El valor combinado es el de la intersección entre la fila y la columna. Por ejemplo, para combinar 35% y 20%, lea en el lateral hacia abajo hasta que encuentre el valor mayor, 35%. Posteriormente, busque en la fila hasta que llegue a la columna indicada por el 20% en la base de la tabla. En la intersección de la fila y la columna está el número 48. Por lo tanto 35% combinado con 20% es 48%. Por la estructura de la tabla, el valor mayor de las deficiencias debe localizarse en el lateral de la misma.

Si se deben de combinar tres o más valores de deficiencia, seleccione dos y calcule su valor combinado. Posteriormente utilice el valor combinado con el tercer valor de deficiencia y obtenga el valor combinado de los tres. Este proceso se puede llevar a cabo indefinidamente, el valor final de cada caso será el valor combinado de todos los valores previos. En cada paso se debe buscar el mayor valor de la deficiencia en el lateral de la tabla.

Nota: Si las deficiencias de dos o más sistemas orgánicos se combinan para expresar una deficiencia corporal total, cada una debe expresarse previamente como porcentaje de deficiencia corporal total.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

1	2																													
2	3	4																												
3	4	5	6																											
4	5	6	7	8																										
5	6	7	8	9	10																									
6	7	8	9	10	11	12																								
7	8	9	10	11	12	13	14																							
8	9	10	11	12	13	14	14	15																						
9	10	11	12	13	14	14	15	16	17																					
10	11	12	13	14	15	15	16	17	18	19																				
11	12	13	14	15	15	16	17	18	19	20	21																			
12	13	14	15	16	16	17	18	19	20	21	22	23																		
13	14	15	16	16	17	18	19	20	21	22	23	23	24																	
14	15	16	17	17	18	19	20	21	22	23	23	24	25	26																
15	16	17	18	18	19	20	21	22	23	24	24	25	26	27	28															
16	17	18	19	19	20	21	22	23	24	24	25	26	27	28	29	29														
17	18	19	19	20	21	22	23	24	24	25	26	27	28	29	29	30	31													
18	19	20	20	21	22	23	24	25	25	26	27	28	29	29	30	31	32	33												
19	20	21	21	22	23	24	25	25	26	27	28	29	30	30	31	32	33	34	34											
20	21	22	22	23	24	25	26	26	27	28	29	30	30	31	32	33	34	34	35	36										
21	22	23	23	24	25	26	27	27	28	29	30	30	31	32	33	34	34	35	36	37	38									
22	23	24	24	25	26	27	27	28	29	30	31	31	32	33	34	34	35	36	37	38	38	39								
23	24	25	25	26	27	28	28	29	30	31	31	32	33	34	35	35	36	37	38	38	39	40	41							
24	25	26	26	27	28	29	29	30	31	32	32	33	34	35	35	36	37	38	38	39	40	41	41	42						
25	26	27	27	28	29	30	30	31	32	33	33	34	35	36	36	37	38	39	39	40	41	42	42	43	44					
26	27	27	28	29	30	30	31	32	33	33	34	35	36	36	37	38	39	39	40	41	42	42	43	44	45	45				
27	28	28	29	30	31	31	32	33	34	34	35	36	36	37	38	39	39	40	41	42	42	43	44	45	45	46	47			
28	29	29	30	31	32	32	33	34	34	35	36	37	37	38	39	40	40	41	42	42	43	44	45	45	46	47	47	48		
29	30	30	31	32	33	33	34	35	35	36	37	38	38	39	40	40	41	42	42	43	44	45	45	46	47	47	48	49	50	
30	31	31	32	33	34	34	35	36	36	37	38	38	39	40	41	41	42	43	43	44	45	45	46	47	48	48	49	50	50	51
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**	**29**	**30**

31	52																														
32	53	54																													
33	54	54	55																												
34	54	55	56	56																											
35	55	56	56	57	58																										
36	56	56	57	58	58	59																									
37	57	57	58	58	59	60	60																								
38	57	58	58	59	60	60	61	62																							
39	58	59	59	60	60	61	62	62	63																						
40	59	59	60	60	61	62	62	63	63	64																					
41	59	60	60	61	62	62	63	63	64	65	65																				
42	60	61	61	62	62	63	63	64	65	65	66	66																			
43	61	61	62	62	63	64	64	65	65	66	66	67	68																		
44	61	62	62	63	64	64	65	65	66	66	67	68	68	69																	
45	62	63	63	64	64	65	65	66	66	67	68	68	69	69	70																
46	63	63	64	64	65	65	66	67	67	68	68	69	69	70	70	71															
47	63	64	64	65	66	66	67	67	68	68	69	69	70	70	71	71	72														
48	64	65	65	66	66	67	67	68	68	69	69	70	70	71	71	72	72	73													
49	65	65	66	66	67	67	68	68	69	69	70	70	71	71	72	72	73	73	74												
50	66	66	67	67	68	68	69	69	70	70	71	71	72	72	73	73	74	74	75	75											
51	66	67	67	68	68	69	69	70	70	71	71	72	72	73	73	74	74	75	75	76	76										
52	67	67	68	68	69	69	70	70	71	71	72	72	73	73	74	74	75	75	76	76	76	77									
53	68	68	69	69	69	70	70	71	71	72	72	73	73	74	74	75	75	76	76	77	77	77	78								
54	68	69	69	70	70	71	71	71	72	72	73	73	74	74	75	75	76	76	77	77	77	78	78	79							
55	69	69	70	70	71	71	72	72	73	73	73	74	74	75	75	76	76	77	77	78	78	78	79	79	80						
56	70	70	71	71	71	72	72	73	73	74	74	74	75	75	76	76	77	77	78	78	78	79	79	80	80	81					
57	70	71	71	72	72	72	73	73	74	74	75	75	75	76	76	77	77	78	78	79	79	79	80	80	81	81	82				
58	71	71	72	72	73	73	74	74	74	75	75	76	76	76	77	77	78	78	79	79	79	80	80	81	81	82	82	82			
59	72	72	73	73	73	74	74	75	75	75	76	76	77	77	77	78	78	79	79	80	80	80	81	81	82	82	82	83	83		
60	72	73	73	74	74	74	75	75	76	76	76	77	77	78	78	78	79	79	80	80	80	81	81	82	82	82	83	83	84	84	
	31	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**	**39**	**40**	**41**	**42**	**43**	**44**	**45**	**46**	**47**	**48**	**49**	**50**	**51**	**52**	**53**	**54**	**55**	**56**	**57**	**58**	**59**	**60**	

61	85																			
62	85	86																		
63	86	86	86																	
64	86	86	87	87																
65	86	87	87	87	88															
66	87	87	87	88	88	88														
67	87	87	88	88	88	89	89													
68	88	88	88	88	89	89	89	90												
69	88	88	89	89	89	89	90	90	90											
70	88	89	89	89	90	90	90	90	91	91										
71	89	89	89	90	90	90	90	91	91	91	92									
72	89	89	90	90	90	90	91	91	91	92	92	92								
73	89	90	90	90	91	91	91	91	92	92	92	92	93							
74	90	90	90	91	91	91	91	92	92	92	92	93	93	93						
75	90	91	91	91	91	92	92	92	92	93	93	93	93	94	94					
76	91	91	91	91	92	92	92	92	93	93	93	93	94	94	94	94				
77	91	91	91	92	92	92	92	93	93	93	93	94	94	94	94	94	95			
78	91	92	92	92	92	93	93	93	93	93	94	94	94	94	95	95	95	95		
79	92	92	92	92	93	93	93	93	93	94	94	94	94	95	95	95	95	95	96	
80	92	92	93	93	93	93	93	94	94	94	94	94	95	95	95	95	95	96	96	96
	61	**62**	**63**	**64**	**65**	**66**	**67**	**68**	**69**	**70**	**71**	**72**	**73**	**74**	**75**	**76**	**77**	**78**	**79**	**80**

81	96																			
82	97	97																		
83	97	97	97																	
84	97	97	97	97																
85	97	97	97	98	98															
86	97	97	98	98	98	98														
87	98	98	98	98	98	98	98													
88	98	98	98	98	98	98	98	99												
89	98	98	98	98	98	98	99	99	99											
90	98	98	98	98	99	99	99	99	99	99										
91	98	98	98	99	99	99	99	99	99	99	99									
92	98	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99								
93	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	100							
94	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	100	100	100						
95	99	99	99	99	99	99	99	99	99	100	100	100	100	100	100					
96	99	99	99	99	99	99	99	100	100	100	100	100	100	100	100	100				
97	99	99	99	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100			
98	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		
99	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	81	**82**	**83**	**84**	**85**	**86**	**87**	**88**	**89**	**90**	**91**	**92**	**93**	**94**	**95**	**96**	**97**	**98**	**99**	**100**

APENDICE B. CARGA DE CUMPLIMIENTO (ADHERENCIA) DEL TRATAMIENTO CCT:

La Carga de cumplimiento del tratamiento CCT se evalúa mediante un sistema de puntos que se convierte posteriormente en porcentaje de deficiencia. Los puntos se asignan con base en los siguientes criterios:

1. Consumo de medicamentos, dependiendo de la vía de administración y la frecuencia.
2. Modificaciones en la dieta.
3. Frecuencia de los procedimientos realizados rutinariamente.
4. Historia previa de intervenciones quirúrgicas o radioterapia.

Estos puntos se convierten en porcentajes de deficiencia mediante la Tabla B-1.

Tabla B-1.Carga de cumplimiento del tratamiento

Puntos totales	Deficiencia %	Puntos totales	Deficiencia %
0-1	0	26-30	6
2-5	1	31-35	7
6-10	2	36-40	8
11-15	3	41-45	9
16-20	4	46+	10
21-25	5		

En los capítulos donde se usa la CCT, los puntos se añaden a la puntuación final de la deficiencia total de la persona (DTP).

En algunas secciones de los capítulos 9 (sistema hematopoyético), capítulo 10 (respiratorio) y capítulo 12 (sistema endocrino) presentan una forma específica de evaluar la carga de cumplimiento del tratamiento, dentro de los criterios evaluativos propios, por lo que con la finalidad de no duplicar la evaluación, en estas secciones no se evaluará conforme el presente apéndice.

Deficiencias derivadas del consumo de medicamentos:

Pasos para determinar los puntos que se van a usar en el cálculo de la CCT por consumo de medicamentos:

1. Evaluar la frecuencia de dosis y la vía de administración de cada medicamento utilizado para la situación que está siendo puntuada, y asigne los puntos para cada uno utilizando la Tabla B-2a para las medicaciones por vía oral, ocular, tópica e intranasal, la tabla B-2b para vías inhalada y rectal, y la Tabla B-2c para las medicaciones por vía intravenosa, subcutánea, intramuscular, intradérmica o intracavitaria.
2. Sume estos valores para obtener el total de puntos por la medicación.

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Tabla B-2a y Tabla B-2b: Puntos por la frecuencia y vía de administración de la medicación—por medicamento

Tabla B-2ª: Vías Oral, intranasal, ocular y tópica.

Frecuencia de la dosis	Puntos
< 1 por día	0
1 a 2 por día	0.5
3 a 4 por día	1.
5 a 6 por día	2
> 6 por día	3

Tabla B-2b: Inhalación y vía rectal

Frecuencia de la dosis	Puntos - inhalados	Puntos – vía rectal
< 1 por día	0	1.0
1 por día	1.0	2.0
2 por día	2.0	4.0
3 por día	3.0	6.0
4 por día	4.0	8.0

Tabla B-2C: Vías subcutánea, intradérmica, intramuscular, intravenosa e intracavitaria.

Vía de administración	Puntos
SC, IM, ID: 1 a 3 veces por semana	1
SC, IM, ID: 4 a 7 veces por semana	2
SC, IM, ID: 2 veces por día	3
SC, IM, ID: 3 veces por día	4
SC, IM, ID: 4 veces por día	5
SC, IM, ID: 5 veces por día	6
Catéter central de inserción periférica (CCIP)	6
Reservorio subcutáneo	Se basa en la frecuencia de llenado del reservorio *
Intravenosa o Endovenosa	1 punto por tratamiento por día hasta 25 puntos/mes
* Para el rellenado del reservorio una vez al mes o más frecuentemente se le asignan 4 puntos; para el rellenado una vez cada 2-4 meses, se asignarán 2 puntos; para el rellenado con menos frecuencia, asignar 1 punto.	

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

Deficiencias derivadas de la modificación de la dieta

Tabla B-3. Puntos de deficiencia por modificación de la dieta.

Modificación de la dieta	Puntos
Mínima	2.0
Moderada	5.0
Estricta	10.0

Deficiencia basada en el procedimiento

TABLA B-4 Puntos asignados a los procedimientos

Procedimiento	Puntos
Control de la glucosa: 1 vez al día	1
Control de la glucosa: 2 veces al día	2
Control de la glucosa: 3 veces al día	3
Control de la glucosa: 4 veces al día	4
Hemoféresis	4 por episodio por mes
Transfusión (mensual)	2 por unidad por mes
Laparotomía exploratoria	2 (valorada únicamente una vez)
Radioterapia	2 (por parte del cuerpo irradiada)
Derivación ventrículo peritoneal normofuncionante	6

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

APENDICE C PERFIL DEL BAREMO DE EVALUACION DE LAS FUNCIONES Y ESTRUCTURAS CORPORALES / DEFICIENCIA DE LA PERSONA (BDGP)

BAREMO DE EVALUACION DE LAS FUNCIONES Y ESTRUCTURAS CORPORALES / DEFICIENCIA GLOBAL DE LA PERSONA
BDGP

CONSTRUCTOS (CIF):
b= Funciones corporales: Son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones mentales). El estándar empleado para evaluar estas funciones es la considerada como norma estadística para los seres humanos;
s = Estructuras corporales: Son las partes anatómicas o estructurales del cuerpo como órganos o miembros y sus componentes clasificados en relación a los sistemas corporales;
Deficiencia: Son Los problemas en las funciones o estructuras corporales como una desviación o una pérdida significativa
CALIFICADORES DE GRAVEDAD (CIF): 0= Insignificante; 1= Leve; 2= Moderado; 3 Grave; 4= total; 8= No especificado; 9= No aplicable. Se tendrá en cuenta la puntuación obtenida en el capítulo correspondiente del BDGP a la categoría o dominio CIF (ver índice del BDGP)

DOMINIOS Y CATEGORIAS (CIF)	CONSTRUCTO	CALIFICADORES DE GRAVEDAD						
		0	1	2	3	4	8	9
1. Funciones mentales y estructuras del sistema nervioso								
Funciones mentales	b	0	1	2	3	4	8	9
Estructuras del sistema nervioso	s	0	1	2	3	4	8	9
2. Funciones sensoriales y dolor y el ojo, oído y estructuras relacionadas								
Funciones y estructuras relacionadas con el ojo	b	0	1	2	3	4	8	9
	s	0	1	2	3	4	8	9
Funciones auditivas y vestibulares y estructuras relacionadas con el oído	b	0	1	2	3	4	8	9
	s	0	1	2	3	4	8	9
Dolor	b	0	1	2	3	4	8	9
3. Funciones y estructuras involucradas en la voz y el habla								
Funciones del lenguaje, la voz y el habla	b	0	1	2	3	4	8	9
	s	0	1	2	3	4	8	9
4. Funciones y estructuras de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio.								
Funciones y estructuras del sistema cardiovascular	b	0	1	2	3	4	8	9
	s	0	1	2	3	4	8	9
Funciones y estructuras del sistema hematológico e inmunológico	b	0	1	2	3	4	8	9
	s	0	1	2	3	4	8	9
Funciones y estructuras del sistema respiratorio	b	0	1	2	3	4	8	9
	s	0	1	2	3	4	8	9

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

5. Funciones y estructuras de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino								
Funciones y estructuras relacionadas con el sistema digestivo	b	0	1	2	3	4	8	9
	s	0	1	2	3	4	8	9
Funciones y estructuras relacionadas con el metabolismo y el sistema endocrino	b	0	1	2	3	4	8	9
	s	0	1	2	3	4	8	9
6. Funciones y estructuras genitourinarias y reproductoras								
Funciones y estructuras relacionadas con el sistema genitourinario y reproductor	b	0	1	2	3	4	8	9
	s	0	1	2	3	4	8	9
7. Funciones y estructuras neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento.								
Funciones y estructuras neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento	b	0	1	2	3	4	8	9
	s	0	1	2	3	4	8	9
8. Funciones y estructuras de la piel y estructuras relacionadas.								
Funciones y estructuras de la piel y estructuras relacionadas	b	0	1	2	3	4	8	9
	s	0	1	2	3	4	8	9

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

PLANTILLA DE EVALUACIÓN DE LOS "PROBLEMAS DE FUNCIONAMIENTO DE LA PERSONA" Y DEL "GRADO FINAL DE DISCAPACIDAD"

Nombre del interesado: _____Fecha de valoración: _____ Nº expediente: _____

1. RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE CADA UNO DE LOS BAREMOS (con indicación del utilizado como criterio principal):

Baremo	% Puntuación	Criterio	
		Princ.	Secun.
1. BDGP			
2. BLA			
3. BRP-QD		Secundario	
4. BFCA		Secundario	

Si el "Criterio principal" elegido no es la DGP, justificación: _____

2. AJUSTES

2.1. VALOR INICIAL DE AJUSTE (VIA): Llevar a la tabla siguiente la puntuación del Criterio Principal de evaluación determinado, que constituirá el Valor inicial de ajuste **(VIA)** situándose en el ***"valor de intervalo de grado de discapacidad"*** **(VIG) (valores A, B, C, D, E)** de la clase de gravedad de discapacidad correspondiente (valor central en rojo).

VALOR	CLASE 0	CLASE 1	CLASE 2	CLASE 3	CLASE 4
A	**0**	**5** 7	**25** 27	50 **55** 59	**96**
B	**1**	8 **10** 12	28 **30** 32	60 **65** 69	**96**
C	**2**	13 **15** 17	33 **35** 37	70 **75** 79	**96**
D	**3**	18 **20** 22	38 **40** 44	80 **85** 89	**96**
E	**4**	23 **24**	45 **49**	90 **95**	**96**

Valor Inicial de Ajuste **(VIA)**: ___ **Clase de discapacidad asignada** ___

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es

AJUSTE NETO DE GRADO POR LA REPERCUSIÓN OBJETIVADA PARA REALIZAR ACTIVIDADES: Ajuste de intervalo de grado dentro de la clase de discapacidad asignada, modificando al alza o a la baja el VIA dentro de la misma, por los valores de ajuste de los Criterios Secundarios (VIG) que no se haya elegido como Criterio Principal.

VALORES DE INTERVALOS DE GRADO (VIG) DENTRO DE LA CLASE DE DISCAPACIDAD ASIGNADA	VIA BDGP =	
	VIG BLA = VIG BRP =	
AJUSTE NETO	**MODIFICADOR**	
≤ -2	(BLA/BRP)	VIG
-1	(BLA/BRP)	VIG
0 (ABCDE / 12345)	**(BDGP)**	**VIA**
1	(BLA/BRP)	VIG
≥ 2	(BLA/BRP)	VIG

GRADO DE DISCAPACIDAD AJUSTADO" (GDA): _____

2.3. AJUSTE ALTERNATIVO

BAREMO DE LIMITACION GRAVE Y TOTAL EN EL DOMINIO DE AUTOCUIDADO (BLGTAA)

Los porcentajes de grado de discapacidad iguales o superiores a 75% se considerarán como de dependencia de otra persona y será Criterio Principal la puntuación en el BLGTAA con la siguiente relación:

BLGTAA (25-39%)	GDA 75%
BLGTAA (40-54%)	GDA 85%
BLGTAA (55-74%)	GDA 95%
BLGTAA (75%)	GDA 96% (clase .4)

GRADO DE DISCAPACIDAD AJUSTADO" (GDA): _____

2. 4. AJUSTE FINAL:
BAREMO DE FACTORES CONTEXTUALES AMBIENTALES (BFCA):

GDA: _____ + puntuación resultante **BFCA**_____ con tope de límite de clase de discapacidad =_____**GRADO FINAL DE DISCAPACIDAD DE LA PERSONA (GFD)**

cve: BOE-A-2022-17105
Verificable en https://www.boe.es