



**MINISTERIO
DE TRABAJO
Y ASUNTOS SOCIALES**

SECRETARÍA GENERAL
DE ASUNTOS SOCIALES

**INSTITUTO
DE MAYORES Y
SERVICIOS SOCIALES**

SUBDIRECCIÓN GENERAL
DE PLANIFICACIÓN,
ORDENACIÓN Y
EVALUACIÓN

ORIENTACIONES Y PAUTAS PARA LA APLICACIÓN DEL ANEXO 1 DEL REAL DECRETO 1971/1999 DE 23 DE DICIEMBRE

Las orientaciones que se proporcionan a continuación han sido elaboradas y consensuadas por el grupo de trabajo para la revisión de baremos médicos, constituido por la Comisión Estatal de Coordinación y Seguimiento de la Valoración del Grado de Minusvalía, en la sesión celebrada el 10 de marzo de 2005

CORREO ELECTRÓNICO:

sg.planificación@mtas.es

AVDA. DE LA ILUSTRACIÓN, S/N
CON VTA. A GINZO DE LIMIA, 58
28029 MADRID

TEL. 91 363 88 11
FAX: 91 363 87 33



Capítulo 1. Normas generales

1. El capítulo primero ha de utilizarse con frecuencia, ubicando al paciente en una de las clases valorativas según sus limitaciones para las actividades de la vida diaria (AVD). Debe servir siempre de guía o referencia ante dudas que puedan surgir en capítulos específicos, pluripatologías o patologías que aun no se recogen en baremo.

2. Dentro de una misma clase valorativa se delimitará la valoración del grado atendiendo a aspectos tales como:
 - a) El nº de condiciones que cumple para estar ubicado en dicha clase. Se aconseja la pauta del 5% por cada una de las condiciones.

-. Ejemplo: Clase 2 de Hipertensión, valorable de 1 a 24%.

El paciente presenta HTA definida, manteniéndose asintomático

Y

Precisa restricción dietética o medicación continuada

Y

Presenta de forma crónica alguna de estas alteraciones:

- *Anomalías en el análisis de orina sin alteración de la función renal*
- *O, historia de enfermedad vascular previa sin sintomatología residual crónica*
- *O, crecimiento e hipertrofia de Ventrículo izquierdo detectados mediante ECG, Eco, Rx, sin clínica de insuficiencia cardiaca.*
- *O, cambios hipertensivos en fondo de ojo sin exudados ni hemorragias.*



- *O, cifras tensionales crónicamente superiores a 200 de sistólica y 120 de diastólica, a pesar del adecuado tto.*

Por cada una de estas condiciones daríamos un 5%, hasta un máximo de 24. así tendría un 10% si tuviese cambios hipertensivos en fondo de ojo y anomalías en análisis de orina; un 15 si además tiene hipertrofia ventricular, y así sucesivamente.

b) La mayor o menor agresividad del tratamiento

c) La necesidad de revisiones periódicas derivadas del tratamiento o de la enfermedad.

3. El criterio técnico que establezca el valorador debe ser el que determine la fecha de revisiones posteriores, en los casos en que la calificación de grado no sea definitiva.



Capítulo 2. Sistema musculoesquelético

(COLUMNA)

- 1) En la Valoración de Patología de Columna descrita en la tabla 49 del manual, el 1% al que se hace referencia, ha de sumarse por cada disco o vértebra afectada. Debiéndose entender “nivel” como vértebra y no como “región vertebral”.

- 2) En la tabla 48 del manual (“grados EBD de deficiencia de columna vertebral) en el apartado Dorsolumbar , existe un error: donde dice “6”, ha de decir “66”.

- 3) Tabla 49: “ lesión de disco intervertebral”, apartado C) donde se “incluye hernia del núcleo pulposo con o sin radiculopatía”. Debemos otorgar la valoración que se especifica a nivel cervical, dorsal o lumbar, pero la existencia de radiculopatía debe ser tenida en cuenta y su valor, ser combinado a lo anterior.

- 4) Para la valoración de Escoliosis intervenidas: además de la valoración dada en la tabla 49 por artrodesis, debemos combinar la falta de movilidad.



(EXTREMIDADES)

- 5) La tabla 30 referida a “ deficiencia de extremidad inferior por alteración de la marcha”, excluye cualquier otra , incluso la referida a trastornos de piel (Tabla 46).

- 6) La tabla 46 (“ Deficiencias por pérdida de piel”) tiene un error, debiéndose suprimir “desarticulación de la cadera”.

- 7) Enfatizamos y subrayamos lo que se dice literalmente sobre función muscular, a saber: “la disminución de la función muscular debe estimarse sólo mediante una de las diferentes partes de esta sección relativa a : alteración de la marcha (tabla 30), atrofia muscular (tabla 31), prueba muscular manual (tabla 32) o lesión de un nervio periférico (tabla 48). El evaluador deberá determinar qué método se ajusta mejor a la deficiencia del paciente y utilizar el que sea más objetivo. En este sentido, puntualizamos que el método óptimo es aquel que describa con mayor precisión la discapacidad del paciente, dado que en ocasiones, la valoración de la deficiencia no se corresponde con el estado funcional del paciente. Las tablas mencionadas, son excluyentes entre sí.

- 8) Valoración de Causalgia y Distrofia simpático-refleja : tanto en Ms como en M.i. la deficiencia secundaria a causalgia o distrofia simpático-refleja se calcula de la siguiente forma:
 - a) Estime la deficiencia de la extremidad debida a pérdida de movimiento de cada articulación afectada.
 - b) Estime la deficiencia por déficit sensorial o dolor de acuerdo con las instrucciones dadas.



- c) Estime la deficiencia por déficit motor del nervio periférico lesionado, si existe.
- d) Combine las deficiencias anteriores mediante la tabla de valores combinados.
- e) Dicho valor determina la deficiencia de la extremidad afectada, y puede alcanzar el 100% de la misma en casos graves.

Capítulo 3. Sistema nervioso

Valoración Migrañas:

En múltiples ocasiones, se ha suscitado la duda sobre cómo proceder para valorar la discapacidad que deriva de cefaleas o migrañas. Dado que se trata de una patología neurológica episódica, deberá valorarse siguiendo los criterios que se describen en la tabla 1 de este capítulo: *“Criterios para la asignación de grado de discapacidad originado por alteraciones crónicas episódicas del nivel de conciencia y vigilia, alerta - sueño y epilepsia”*.



Capítulo 4. Aparato respiratorio

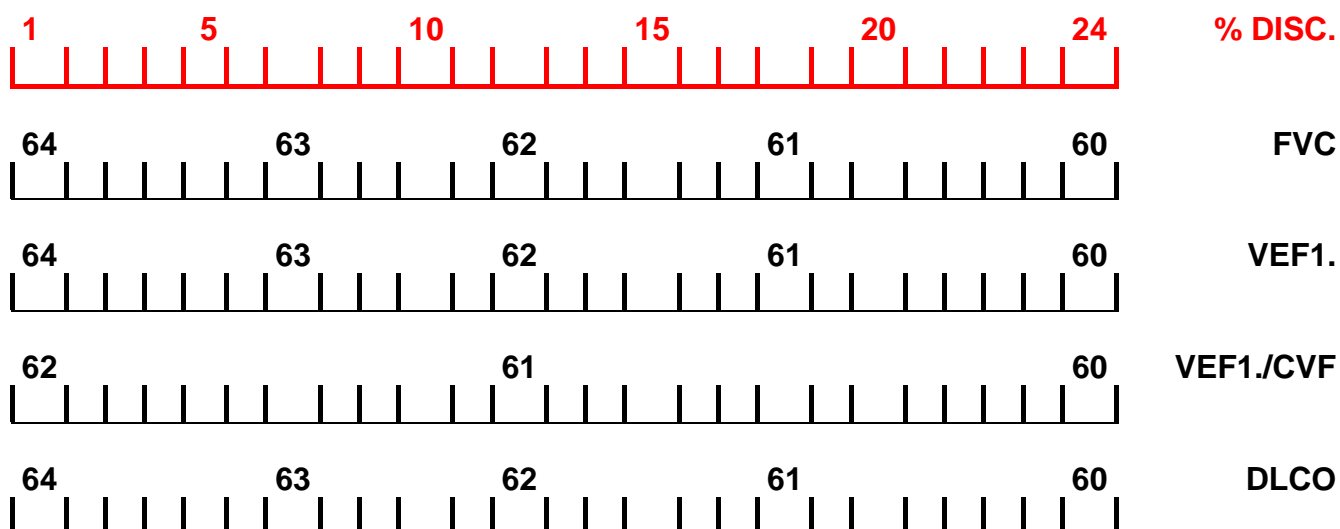
La tabla siguiente permite interpolar los valores de función respiratoria, otorgando un grado de discapacidad más preciso.

Deberá tenerse en cuenta el parámetro más desfavorable para incluir al paciente en una u otra clase.

En el supuesto de que el interesado aporte varias espirometrías, se valorará la última que cumpla con los criterios establecidos (situación basal, tras broncodilatadores, etc).

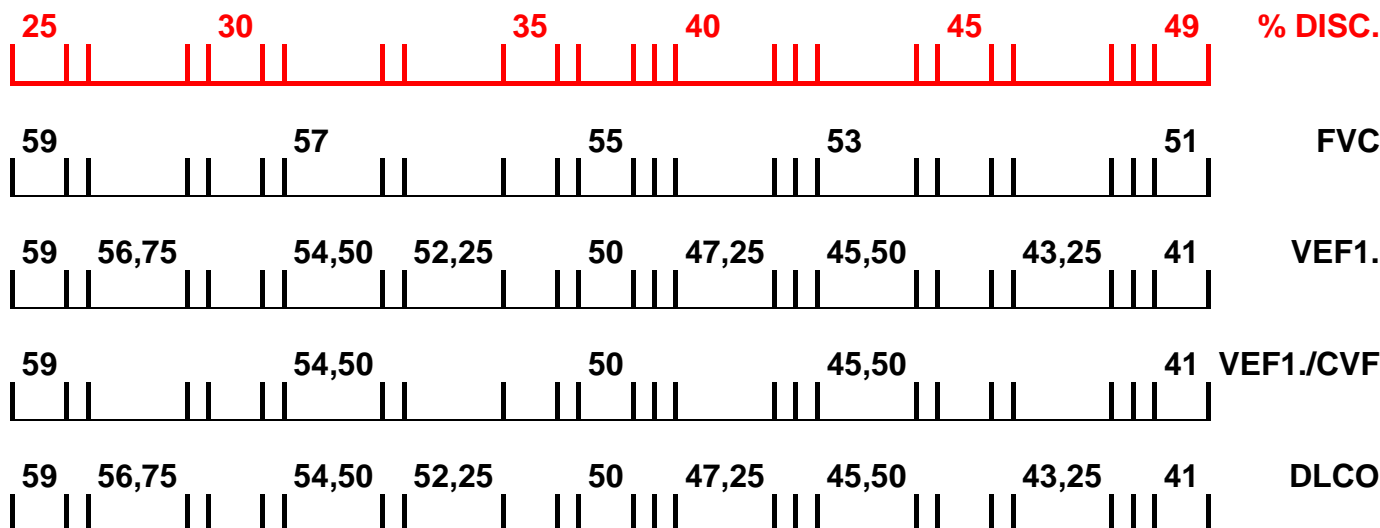
VALORACIÓN P.F.R.

CLASE 2 (1 % - 24 %)

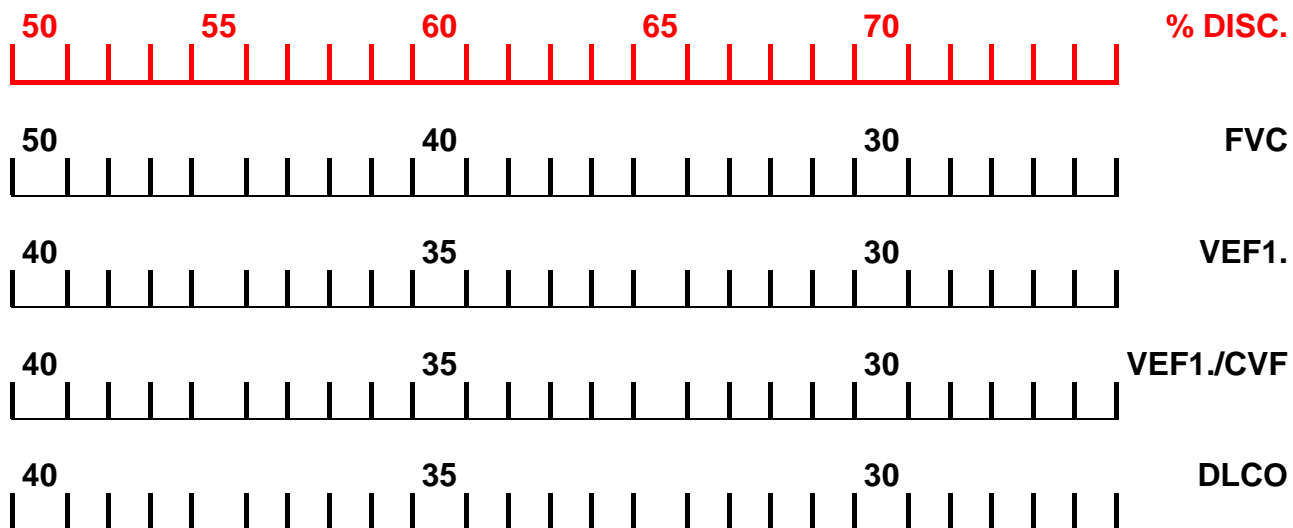




CLASE 3 (25 % - 49 %)



CLASE 4 (50 % - 70 %)





Capítulo 5. Sistema cardiovascular

Cardiopatías

Se adjunta una fórmula para el cálculo de METS:

$V_{O2} = 10,5 + 0,035x$ segundos que dura la prueba

1 MET= 3,5ml/gr/seg.

- Se subraya la necesidad de que los episodios anginosos estén médicamente documentados.
- En todas las patologías descritas en este capítulo y una vez ubicado al paciente dentro de una clase valorativa, debe tenerse en cuenta qué tipo de fármaco toma de manera continuada, siendo este dato importante a la hora de especificar si otorgamos los valores inferiores o los superiores del intervalo valorativo. No es lo mismo necesitar acetil-salicílico o fármacos preventivos, que necesitar otros que traten la enfermedad de base o sus complicaciones.

Sistema vascular periférico

- Si la afectación es bilateral se tenderá al máximo del intervalo valorativo, tendiéndose al mínimo cuando la afectación sea unilateral.



Capítulo 11. Neoplasias

La existencia de metástasis vendrá determinada por la clasificación tumoral T.N.M.

La valoración de la discapacidad derivada de neoplasias sigue los criterios descritos en el capítulo 11 , no obstante, debemos enfatizar que dicho valor debe ser combinado a las secuelas del tratamiento recibido (médico/ quirúrgico) y a la posible deficiencia generada en cualquier sistema o aparato del organismo.



Valoración de situaciones no encuadradas en un capítulo concreto

Valoración de trasplantados

Toda persona trasplantada, **en tratamiento inmunosupresor sistémico**, será valorada siguiendo los criterios de inmunodeficiencia adquirida (que otorga **un mínimo de clase dos**). Este valor, debe ser combinado al que resulte de aplicar los criterios de valoración descritos en el capítulo correspondiente al órgano trasplantado.

Valoración del síndrome fibromiálgico.

Orientaciones para la valoración:

- Para poder realizar la valoración es preciso que los casos estén documentados adecuadamente y que el diagnóstico se haya realizado por parte de un Servicio de Reumatología, descartándose así otras patologías que pudiesen dar síntomas álgicos.
- La valoración se realizará por médico y psicólogo y se le asignará un grado de discapacidad global basado en la interferencia en A.V.D.
- Han de ser tenidos en cuenta la frecuencia de los brotes y los efectos de la medicación.
- El resto de patologías que pueda presentar se valorarán de manera independiente y se combinarán a la valoración debida a fibromialgia.
- Por lo que se refiere a su codificación, se harán constar tanto el código diagnóstico de la patología álgica que presenta (808) como el del trastorno psico-patológico que sea susceptible de valoración.



Valoracion de enfermedades reumatologicas.

Debe utilizarse el capítulo del Sistema músculo-esquelético y las tablas de valoración de la marcha y de uso de extremidades superiores del capítulo III (Sistema nervioso) para valorar la repercusión que dichas enfermedades ocasionan sobre la funcionalidad de la persona .

Esta valoración ha de combinarse a la repercusión sistémica, según aparatos afectados, que pudiese tener el paciente.

En aquellos casos en que la valoración global del sistema músculo-esquelético y la afectación orgánica sea de Clase II (discapacidad leve), pero el número de brotes que requieren atención médica e intensificación del tratamiento, supera los 6 episodios anuales, podría considerarse la discapacidad como moderada y pasar a clase III.

Los efectos secundarios de los tratamientos se valorarían por el capítulo correspondiente y se combinarían al grado de discapacidad originado por la enfermedad para obtener el grado de discapacidad total