

Govern

Disposicions de caràcter general

Decret d'aprovació del Reglament de regulació de la Comissió Nacional de Valoració (CONAVA) i d'establiment dels criteris i els barems per al diagnòstic i la valoració de les disfuncions, les discapacitats i els handicaps

Exposició de motius

La Llei de garantia dels drets de les persones amb discapacitat, aprovada pel Consell General en la sessió del dia 17 d'octubre del 2002, va crear a l'article 28 la Comissió Nacional de Valoració (CONAVA), com a òrgan nacional de caràcter tècnic i públic, i li va assignar funcions de diagnòstic i valoració en l'àmbit de les discapacitats, i també d'orientació i elaboració de programes de rehabilitació i d'inserció (article 13). A més d'aquestes funcions generals, la Llei esmentada atribueix a la Comissió altres intervencions relacionades amb la valoració per accedir als programes i serveis (article 14), amb l'aplicació de determinades mesures en matèria de formació professional (article 15.3) o per subscriure contractes de treball a baix rendiment o d'aprenentatge en condicions especials (article 19.4 f). Així mateix, estableix la seva participació en el Comitè d'experts en prevenció de disfuncions (art. 6).

D'altra banda, la CONAVA també té atribuïdes funcions relacionades amb altres normes, com la Llei d'accessibilitat, aprovada pel Consell General el 6 d'abril de 1995, i el seu Reglament, del 31 de maig de 1995, modificat el 19 de maig de 1999, en relació amb el qual correspon a la Comissió valorar les dificultats de mobilitat de les persones per a l'atorgament de la targeta d'aparcament, o bé la Llei d'ajuts a l'estudi, del 28 de juny del 2002.

La regulació d'aquesta Comissió, així com l'establiment dels procediments i l'ordenació dels instruments i els criteris i barems tècnics que ha d'utilitzar, és fonamental per a la posada en pràctica de la Llei de garantia dels drets de les persones amb discapacitat. L'article 28 d'aquesta Llei estableix les línies bàsiques de la composició i el funcionament de la CONAVA. En relació amb la composició assenyalada que hi ha d'haver professionals de les àrees de salut, educació, ocupació i treball social, que han de ser nomenats pel Govern. A més, per valorar la discapacitat i altres elements relacionats preveu la utilització de criteris i barems tècnics objectius. A partir d'aquestes bases, en els apartats 5 i 6 d'aquest article 28, remet a la via reglamentària la concreció de la composició, i també la determinació dels criteris i els barems per a la valoració, i la fixació dels procediments. Els aspectes procedimentals s'han d'ajustar al Codi de l'Administració, aprovat el 29 de març de 1989, tot i que en aquest Reglament es regulen les peculiaritats específiques de la CONAVA.

Atesa la disposició final de la Llei de garantia dels drets de les persones amb discapacitat, que obliga a desplegar la Llei per reglament en un període màxim de dos anys, i un cop escoltat el parer del Consell Nacional de la Discapacitat, a proposta de la ministra encarregada de la salut i el benestar, el Govern a la sessió del 10 de juny del 2004 aprova el Decret d'aprovació del Reglament de regulació de la Comissió Nacional de Valoració (CONAVA) i dels criteris, barems i procediment per al diagnòstic i la valoració de les disfuncions, les discapacitats i els handicaps.

Article únic

S'aprova el Reglament de regulació de la Comissió Nacional de Valoració (CONAVA) i d'establiment dels criteris i els barems per al diagnòstic i la valoració de les disfuncions, les discapacitats i els handicaps, que entrarà en vigor al cap d'un mes de ser publicat al Butlletí Oficial del Principat d'Andorra.

Reglament de regulació de la Comissió Nacional de Valoració (CONAVA) i d'establiment dels criteris i els barems per al diagnòstic i la valoració de les disfuncions, les discapacitats i els handicaps

Capítol I. Comissió Nacional de Valoració

Article 1 *Naturalesa*

La Comissió Nacional de Valoració (en endavant la CONAVA) és l'òrgan nacional de caràcter tècnic i públic, amb competències per diagnosticar i valorar les disfuncions, les discapacitats i els handicaps, i per determinar el grau de menyscabament, d'acord amb el que estableix la Llei de garantia dels drets de les persones amb discapacitat, aquest Reglament i les altres normes vigents.

La CONAVA és un òrgan col·legiat públic que funciona d'acord amb la normativa vigent que li és aplicable, amb les peculiaritats establertes en aquest Reglament.

Article 2 *Funcions*

La CONAVA és competent per a la realització de les funcions següents:

- a) Diagnosticar i valorar les disfuncions, les discapacitats i els handicaps i emetre els informes propostats corresponents, que serveixen per determinar el dret d'accés als programes, els serveis, les prestacions i les altres actuacions que puguin correspondre a les persones amb discapacitat, si compleixen a més els altres requisits específics establerts. A aquests efectes, la CONAVA pot qualificar i determinar el grau de menyscabament i avaluar altres situacions específiques previstes en la Llei de garantia dels drets de les persones amb discapacitat, i altres normes que els siguin aplicables, d'acord

amb el que estableix aquest Reglament.

b) Orientar les persones amb discapacitat, les seves famílies o els seus representants legals i els organismes públics competents sobre les seves capacitats i les possibilitats de què disposen, i també sobre els serveis i les prestacions més adequades a la seva situació i, si escau, elaborar el programa corresponent de rehabilitació i inserció.

c) Participar en comitès d'experts i grups de treball sobre aspectes relacionats amb la discapacitat.

d) Elaborar dictàmens i informes, i també realitzar totes les altres actuacions que li encomani el Govern en matèries relacionades amb la discapacitat i els àmbits d'actuació atribuïts a la Comissió esmentada.

Article 3

Adscripció i composició

1. La CONAVA està adscrita al ministeri competent en matèria d'atenció social.

2. La CONAVA es compon dels membres següents:

Presidència: un alt càrrec de l'àmbit d'atenció social del ministeri al qual està adscrita la CONAVA.

Vicepresidència: un tècnic del ministeri al qual està adscrita la CONAVA.

Vocals:

a) Un metge psiquiatre del Servei de Salut Mental, dependent del Servei Andorrà d'Atenció Sanitària.

b) Un psicòleg clínic del Servei de Salut Mental, dependent del Servei Andorrà d'Atenció Sanitària.

c) Un metge rehabilitador del Servei Andorrà d'Atenció Sanitària.

d) Un treballador social del ministeri competent en matèria d'atenció social.

e) Un psicòleg, pedagog o psicopedagog del ministeri competent en matèria d'educació.

g) Un metge especialista en valoració de la Caixa Andorrana de la Seguretat Social.

Secretari: una persona del cos de l'Administració del ministeri al qual està adscrita la CONAVA.

3. El Govern nomena el president, el vicepresident i els vocals, a proposta dels ministres competents en les matèries corresponents, excepte el vocal esmentat a l'apartat f), que és nomenat a proposta del president del Consell d'Administració de la Caixa Andorrana de la Seguretat Social.

4. El secretari és nomenat pel titular del ministeri al qual està adscrita la CONAVA.

5. El president de la CONAVA pot delegar les seves funcions en el vicepresident.

6. Els vocals de la CONAVA tenen un substitut, nomenat pel Govern en la forma establerta a l'apartat 3 d'aquest article, que exerceix les funcions en els casos d'absència justificada del titular.

Article 4

Suport i assessorament

1. La CONAVA pot comptar amb el suport i l'assessorament d'experts en matèria de diagnòstic i valoració de discapacitats. Aquests assessors, d'acord amb les seves especialitats, poden efectuar, en els casos en què la Comissió els ho sol·liciti, les exploracions i les revisions a què fa referència l'apartat c) de l'article 24.

2. Els assessors són designats pel titular del ministeri al qual està adscrita la CONAVA.

Article 5

Abstenció i recusació

Als membres de la CONAVA els són aplicables les causes d'abstenció i recusació establertes per la normativa vigent i, per tant, quan es doni alguna de les circumstàncies previstes, el membre afectat s'ha d'abstenir d'intervenir en el procediment i comunicar-ho al ministre al qual està adscrita la CONAVA, que haurà de resoldre allò que correspongui. Així mateix, quan concorri algun dels supòsits esmentats es podrà promoure la recusació davant el mateix membre de la CONAVA afectat o del ministre esmentat. El procediment i les conseqüències aplicables són els establerts amb caràcter general.

Article 6

Respecte a la intimitat i confidencialitat

Totes les persones que participen en el procés de diagnòstic i valoració de les discapacitats han de respectar la intimitat de les persones afectades i mantenir protegides legalment la confidencialitat de totes les dades i la informació que consti en els seus expedients, d'acord amb el que estableix la normativa vigent en matèria de protecció de dades personals.

Capítol II. Normes de procediment

Article 7

Normativa general

El procediment administratiu s'ha d'ajustar al que estableix la normativa general, amb les especificitats que es regulen en els articles següents.

Article 8

Iniciació

1. El procediment per sol·licitar el diagnòstic, la valoració o qualsevol altra actuació atribuïda a la CONAVA s'inicia mitjançant la presentació al Servei de Tràmits d'una sol·licitud, formalitzada en el model oficial, que figura com a annex 1 d'aquest Reglament, signada per la persona interessada, el representant legal o el guardador.

2. Poden presentar les sol·licituds esmentades a l'apartat anterior totes les persones interessades de nacionalitat andorrana i les de nacionalitat estrangera residents legalment a Andorra.

3. Es consideren persones interessades als efectes d'aquest procediment les persones que siguin titulars del dret reconegut per la normativa vigent. Quan les persones tenen capacitat d'obrar poden actuar per si mateixes o per mitjà de representants, degudament acreditats. Quan es tracta de persones declarades incapaces actua el seu tutor, el curador, els pares que disposin de la pàtria potestat prorrogada o el guardador de fet.

4. En el cas de menors actuen com a representants els seus pares o tutors. Pel que fa als menors sense residència legal es té en compte allò que preceptua la Convenció sobre els drets de l'infant, signada i ratificada per Andorra el 2 de gener de 1996.

5. A la sol·licitud s'han d'adjuntar els documents acreditatius de la identificació i els justificants de la residència i, si escau, de la representació de la persona signatària. Així mateix, amb caràcter general s'ha d'aportar l'informe mèdic, la valoració social efectuada pel treballador social d'atenció primària de la parròquia de residència i, quan la persona interessada es trobi en edat laboral, la valoració psicopedagògica emesa pels professionals del ministeri competent en matèria d'educació.

6. Quan la sol·licitud estigui relacionada amb el suport a l'autonomia o la targeta d'aparcament, s'ha d'aportar, a més, la valoració de la necessitat d'assistència d'una altra persona o la valoració de les dificultats de mobilitat, respectivament, efectuades per metges autoritzats a exercir al Principat. Així mateix, es poden adjuntar tota la informació i els documents que la persona sol·licitant o els seus representants considerin d'interès.

Article 9

Revisió de la documentació inicial

1. El Servei de Tràmits dóna entrada a la sol·licitud i la trameta amb la documentació annexa al secretari de la CONAVA, que inscriu l'expedient en el Llibre de Registre de Sol·licituds que té a càrrec seu, en el qual han de constar les dades bàsiques de la sol·licitud i una referència a les principals actuacions del procés.

2. Quan el secretari de la CONAVA o la mateixa Comissió observin la manca d'informació, dades o documents exigits legalment, s'han d'adreçar per escrit a la persona signatària de la sol·licitud perquè corregeixi la deficiència o porti els documents que falten, i l'han d'advertir que, si no ho fa en el termini de 10 dies hàbils, consideraran que desisteix de la seva petició i arxivaran la sol·licitud.

Article 10

Informe individualitzat de l'expedient

1. Un cop es disposi de la documentació completa, el secretari de la CONAVA ha de trametre, en el termini màxim de set dies naturals, una còpia de l'expedient als membres de la Comissió perquè l'estudin i, si escau, valorin el menyscabament de les seves capacitats i dels factors socials complementaris.

2. Cada membre de la CONAVA ha d'aportar l'informe corresponent i la valoració de l'expedient a la propera reunió de la Comissió, sempre que hagin disposat com a mínim de 7 dies naturals per estudiar-lo.

Article 11

Reunions

1. La convocatòria de les reunions de la CONAVA s'ha de fer amb una antelació mínima de set dies naturals i la Comissió s'ha de reunir almenys un cop al mes. Per poder constituir-se vàlidament han d'assistir-hi el president o el vicepresident, el secretari i almenys quatre vocals o els substituïts corresponents.

2. Les deliberacions i els acords es prenen de forma col·legiada, per majoria. Qualsevol membre pot demanar expressament que consti a l'acta el vot contrari a l'acord adoptat, l'abstenció i els motius que els justifiquin.

3. El secretari aixeca acta de les reunions, que s'aprova en la mateixa reunió.

Article 12

Ampliació d'informació

1. Quan la CONAVA consideri que els documents i les dades aportades no contenen els elements suficients per complir la seva funció, pot exigir a la persona sol·licitant l'aportació d'informació complementària. A aquests efectes la CONAVA també pot convocar la persona interessada a les revisions i proves a què fa referència l'apartat c) de l'article 24.

2. Si la persona interessada o el seu representant, després que li ho hagin notificat formalment, no lliura en el termini de 10 dies hàbils la informació complementària requerida ni justifica la impossibilitat d'aportar-la o bé no demana l'ampliació del termini, les actuacions practicades caduquen i s'arxiven, i aquest fet es notifica a la persona sol·licitant.

3. També caduquen i s'arxiven les actuacions practicades quan la persona interessada, tot i haver estat citada formalment, no es presenta sense causa justificada a la revisió o a la realització de proves complementàries. En aquest cas, la caducitat s'ha de notificar a la persona interessada o al seu representant legal.

Article 13

Informe i proposta de resolució

1. La CONAVA ha d'emetre els informes, els dictàmens i, si escau, les propostes dins el termini màxim de cinquanta dies, comptats a partir de la data d'entrada de la sol·licitud al Servei de Tràmits.

2. El termini esmentat s'interromp durant el temps que transcorre entre la notificació i l'aportació de la informació, les dades o els documents necessaris per instruir l'expedient no aportats inicialment, en els termes previstos a l'article 9. Així mateix, el termini s'interromp en els casos de sol·licitud d'ampliació d'informació o de requeriment de revisió, previstos als articles 12 i 24 c), respectivament, durant el temps que transcorre entre la notificació i l'aportació de la informació o entre la citació per efectuar les exploracions i les proves, i la recepció dels resultats per la CONAVA.

Article 14

Resolució

1. Els informes propostats emesos per la CONAVA referents a les funcions previstes a l'article 2 a) es trameten, juntament amb la documentació presentada per la persona sol·licitant i els informes i dictàmens elaborats, al titular del ministeri d'adscripció de la CONAVA, per tal que prengui la resolució corresponent referent al diagnòstic i la valoració i, si escau, sobre el grau de menyscabament sol·licitats.

2. La resolució ha de ser motivada i ha d'indicar el seu caràcter definitiu o temporal, i en aquest darrer cas ha d'especificar la data de la revisió. La resolució s'ha de notificar a la persona sol·licitant, indicant les possibles reclamacions i recursos que pot interposar i l'òrgan competent, així com els terminis de què disposa.

3. La resolució s'ha d'emetre dins el termini màxim de dos mesos, comptats a partir de la data d'entrada de la sol·licitud al Servei de Tràmits, excepte en els casos d'interrupció previstos a l'article 13.2.

4. La situació de discapacitat i el grau de menyscabament es considera produït des del dia primer del mes següent a la data de presentació de la sol·licitud completa al Servei de Tràmits. En qualsevol

altre cas, es compta a partir de la data en què la CONAVA hagi disposat de la documentació completa per poder elaborar l'informe i la proposta corresponents.

Article 15

Orientació i programes

Les tasques d'orientació i l'establiment de programes de rehabilitació i d'inserció, així com els informes tècnics, previstos a l'article 2 b) i d), que efectui la CONAVA han de ser comunicats pel president a les persones sol·licitants en el termini màxim de dos mesos comptats a partir de la qualificació de la discapacitat.

Article 16

Reclamacions i recursos

Contra les resolucions adoptades es pot interposar recurs d'alçada davant del Govern en el termini de 13 dies hàbils que compta a partir de l'endemà de la notificació de la resolució.

Article 17

Silenci administratiu

Un cop transcorregut el termini màxim per resoldre sense que s'hagi notificat la resolució expressa, la sol·licitud es considera desestimada. Tanmateix, fins i tot després de l'expiració d'aquest termini, l'Administració pot prendre una decisió favorable a la persona sol·licitant.

Article 18

Revisió de les resolucions

1. La revisió de les resolucions establertes d'acord amb les funcions fixades a l'article 2 a) es pot fer d'ofici o a instància de part.

2. Es revisa d'ofici quan la resolució no tingui caràcter definitiu i s'hi hagi fixat un termini determinat per considerar que la situació no era definitiva i tenia una evolució incerta.

3. També es revisa d'ofici quan l'Administració té coneixement que ha variat la situació i les circumstàncies que van fonamentar la resolució.

4. La revisió a instància de part la pot demanar la persona interessada o els seus representants quan ha transcorregut el termini fixat a la resolució o han passat dos anys des de la darrera valoració. Només amb caràcter excepcional es

pot presentar abans dels terminis esmentats si existeix una patologia sobrevinguda, lesions no considerades en la valoració anterior o si s'ha produït un agreujament de la situació valorada que pot significar un canvi substancial en la discapacitat. En aquests casos excepcionals de revisió, s'han d'aportar, a més de la sol·licitud, els informes mèdics, psicològics o socials que justifiquin suficientment els canvis experimentats en la situació.

Article 19

Notificacions

1. Totes les notificacions a què fa referència aquest Reglament es fan per escrit per qualsevol mitjà que permeti tenir constància que han estat rebudes per la persona interessada o el seu representant; el justificant corresponent s'ha d'incorporar a l'expedient.

2. Quan la notificació es fa en el domicili de la persona sol·licitant i aquest no hi és present en el moment del lliurament, pot fer-se càrrec de la notificació qualsevol persona major d'edat que es trobi en el domicili i faci constar la seva identitat. En cas que la persona sol·licitant rebutgi la notificació, o quan ningú se'n pugui fer càrrec, es fa constar a l'expedient, indicant la data i l'hora en què s'ha intentat fer la notificació.

3. Quan no es pot efectuar la notificació per qualsevol motiu justificat, se substitueix per la seva publicació al Butlletí Oficial del Principat d'Andorra; aquesta notificació té els mateixos efectes.

Article 20

Situacions específiques

1. Nacionals residents a l'estranger. Els andorrans que resideixin en un altre Estat han de fer arribar la sol·licitud al Servei de Tràmits.

Els documents que cal presentar i el procediment són els establerts amb caràcter general, amb l'excepció dels informes mèdics, psicològics i socials, que són els emesos per professionals d'òrgans oficials de l'Estat de residència. Només excepcionalment, i ateses les circumstàncies del país de residència, la CONAVA pot admetre informes d'altres professionals, sense perjudici dels con-

trols i la informació complementària que posteriorment es puguin requerir.

2. Estrangers residents a Andorra. Les resolucions que es dictin referents a estrangers residents temporalment a Andorra tenen un caràcter provisional i s'hi ha de fer constar la data de revisió que, en cap cas, pot ser posterior a la finalització del període de residència legal. En cas d'ampliació de la residència legal, la persona interessada o el seu representant legal ha de sol·licitar la revisió i la CONAVA pot dur a terme un nou diagnòstic i una nova valoració o, si no ho considera necessari ateses les característiques de la situació, pot ampliar automàticament la vigència de la valoració efectuada per al nou període de residència obtingut.

Capítol III. Criteris per al diagnòstic i la valoració

Article 21

Objectiu del diagnòstic i la valoració

L'objectiu del diagnòstic i la valoració establerts a l'article 2 a) és determinar les característiques i el grau del menyscabament de les capacitats físiques, psíquiques i/o sensorials, així com altres factors configuradors de l'handicap, a efectes de satisfer els possibles drets que puguin correspondre a la persona sol·licitant pel que fa a prestacions, programes, serveis i altres actuacions previstes a la Llei de garantia dels drets de les persones amb discapacitat i en altres disposicions vigents.

Article 22

Grau de menyscabament

1. Per qualificar el grau de menyscabament es tenen en compte les discapacitats físiques, psíquiques i/o sensorials, així com els factors socials complementaris relatius a l'entorn familiar i la situació educativa, laboral, econòmica, social i cultural que dificulten la integració laboral de la persona afectada.

2. El grau de menyscabament de les capacitats s'expressa en forma de percentatge i per determinar-la s'apliquen els barems que figuren a l'annex 2.1 d'aquest Reglament.

3. Als efectes del que estableix l'article 4.2 de la Llei de garantia dels drets de les

persones amb discapacitat, amb caràcter general es consideren persones amb discapacitat les que tenen com a mínim un grau de menyscabament de les seves capacitats físiques, psíquiques i/o sensorials del trenta-tres per cent.

4. Per poder aplicar els factors socials complementaris que es regulen a l'annex 2.2 d'aquest Reglament, s'ha de tenir el grau de menyscabament mínim establert a l'apartat anterior. En cap cas els factors socials, que també s'expressen en percentatge, poden sobrepassar el quinze per cent.

5. Les disposicions reglamentàries que regulen cadascuna de les prestacions, serveis i actuacions poden determinar, entre els seus requisits, graus de menyscabament superiors, ateses les característiques de la prestació o el servei. En canvi, les actuacions preventives tenen un abast general adreçat a tota la població i l'accés a alguns serveis d'aquest tipus, com l'atenció precoç, no requereix el percentatge mínim esmentat.

Article 23

Valoració de situacions específiques

Per elaborar els informes i emetre la valoració d'altres situacions específiques que requereixin les normes reglamentàries de cadascuna de les prestacions, serveis i actuacions, s'han de tenir en compte els barems següents:

- Valoració de la necessitat d'assistència d'una altra persona: s'aplica el barem específic establert a l'annex 4.
- Valoració de les dificultats de mobilitat: s'aplica el barem específic establert a l'annex 5.
- Valoració de la capacitat per treballar: s'aplica el barem específic establert a l'annex 6.
- Valoració per a l'accés als serveis i centres de l'àmbit de la discapacitat finançats totalment o parcialment amb fons públics: s'apliquen els criteris tècnics i els barems que estableixin la normativa general, les convocatòries de subvencions corresponents o que es fixin en els convenis de finançament.
- Informes previs a la subscripció de determinats contractes: per a l'elaboració dels informes previstos als articles 15.3 i 19.4 f) de la Llei de garantia dels drets de les persones amb discapacitat, relatius a les mesures excepcionals dels contractes d'aprenentatge i als con-

tractes de treball a baix rendiment, a temps parcial o amb horaris flexibles, respectivament, la CONAVA valora el cas particular d'acord amb criteris tècnics i emet un informe sobre si el tipus concret de contracte i el lloc de treball són adequats a les capacitats residuals i a les altres característiques de la persona amb discapacitat.

f) Altres situacions: en altres casos, per emetre dictàmens o informes o per valorar la situació sol·licitada s'han de tenir en compte criteris tècnics acceptats per les disciplines que hi intervenen i, si és el cas, s'han d'ajustar als barems que aprovi el Govern per accedir a altres prestacions que s'estableixin en el futur.

Article 24

Forma i criteris per a la valoració

La valoració adreçada a qualificar el grau de menyscabament i altres situacions específiques, la fa la CONAVA d'acord amb els criteris següents:

- Amb caràcter general la valoració dels menyscabaments de les capacitats físiques, psíquiques i/o sensorials s'efectua a partir dels informes i documents mèdics i psicològics i, en el cas de menors, psicopedagògics, emesos en els models oficials per professionals autoritzats a exercir al Principat, i es fa amb caràcter preceptiu o complementari. De forma excepcional i justificada la CONAVA pot admetre informes i documents d'altres professionals.
- La valoració dels factors socials complementaris es fa amb els informes i les dades aportades pel treballador social de l'equip tècnic d'atenció social primària del Govern.
- D'acord amb l'article 12, la CONAVA pot reclamar a les persones interessades l'aportació d'informes mèdics, psicològics o socials complementaris que calguin per formular els dictàmens, els informes i les propostes corresponents. Així mateix, quan ho consideri necessari per poder establir adequadament el diagnòstic i la valoració de la situació, pot citar la persona interessada per fer les exploracions i proves mèdiques i/o psicològiques necessàries. Aquestes exploracions i proves poden ser fetes per algun dels vocals de la CONAVA i pels assessors

esmentats a l'article 4. Quan s'interposi recurs d'alçada, les exploracions i les proves esmentades s'han d'efectuar en tots els casos, amb caràcter previ a l'emissió de l'informe proposta elaborat per la CONAVA amb motiu del recurs.

d) Els membres de la CONAVA elaboren els dictàmens i les valoracions corresponents a la seva especialitat, que han d'aportar a la reunió de la Comissió per a la posada en comú i la determinació conjunta de les característiques i el grau de menyscabament de les capacitats, i també dels factors socials o la determinació del resultat d'altres situacions específiques sol·licitades. El resultat final es recull a l'acta de la reunió i s'ha de formalitzar com a informe proposta individual, que s'eleva al titular del ministeri d'adscripció de la CONAVA perquè dicti la resolució.

Disposició transitòria

A les persones valorades amb anterioritat a l'entrada en vigor d'aquest Reglament que tinguin atorgada una pensió per als adults minusvàlids físics o mentals o a qui s'hagi reconegut el dret a participar en un programa o servei per a persones amb discapacitat subvencionat o en conveni amb el Govern se'ls respecta la condició de persona amb discapacitat en el grau de menyscabament mínim, així com els drets reconeguts d'acord amb la qualificació esmentada, mentre no variïn la situació personal i les altres circumstàncies i persisteixen els altres requisits que van permetre l'accés a la prestació o al servei que reben.

Per a l'accés a les noves prestacions i serveis que estableix la Llei de garantia dels drets de les persones amb discapacitat i altres normes vigents o si es demana un canvi de la prestació o servei que es rep en el moment de l'entrada en vigor d'aquest Reglament es requereix un nou diagnòstic i una nova valoració de la situació, d'acord amb el procediment, els criteris i els barems que estableix aquest Reglament.

Cosa que es fa pública per a coneixement general.

Andorra la Vella, 10 de juny del 2004

Marc Forné Molné
Cap de Govern

Annex 1



Govern
d'Andorra

Sol·licitud de valoració de la discapacitat

1. Dades de la persona interessada

Nom i cognoms:	Núm. de passaport/DNI:
Lloc i data de naixement:	País:
Adreça:	Parròquia:
Telèfon:	Sexe:
	Estat civil:

2. Dades de la persona representant

Nom i cognoms:	Núm. de passaport/DNI:
Adreça:	Parròquia:
Telèfon:	Qualitat de la representació:

3. Dades sobre la discapacitat

Tipus: ☐ física/orgànica ☐ psíquica ☐ sensorial ☐ malaltia mental ☐ altres:

Descripció de la discapacitat:

Causas:

Situació actual:

4. Motiu/s de la sol·licitud *

- | | |
|--|---|
| ☐ Determinació del grau de menyscabament
☐ Affiliació a la CASS
☐ Accés a programes i serveis
☐ Educatius
☐ Atenció social
☐ Altres
☐ Treball
☐ Contracte en condicions especials
☐ Capacitat per treballar
☐ Contracte a baix rendiment i a temps parcial
☐ Ocupació pública: adaptació de temps i mitjans | ☐ Obtenció de la targeta d'aparcament
☐ Revisió i/o renovació de la valoració de la discapacitat
☐ Prestacions econòmiques
☐ Pensió de solidaritat
☐ Altres
☐ Suport a l'autonomia
☐ Altres situacions:
.....
..... |
|--|---|

T-130/30-06-04

5. Documentació adjunta

- ☐ Fotocòpia del passaport/DNI
☐ Justificació de la residència
☐ Justificació de la representació
☐ Informe mèdic
☐ Valoració dels factors socials
☐ Valoració psicopedagògica (edat escolar)

- ☐ Valoració de la necessitat d'assistència d'una altra persona
(per a la realització de les AVD)
☐ Valoració de les dificultats de mobilitat (targeta d'aparcament)
☐ Documentació complementària:
.....
.....

6. Sol·licitud**SOL·LICITO:**

Que es faci el diagnòstic i la valoració de la discapacitat als efectes esmentats a l'apartat núm. 4.

....., d..... de.....
(lloc) (data)

Signatura de la persona que sol·licita

Legislació bàsica aplicable

- Llei de garantia dels drets de les persones amb discapacitat, del 17 d'octubre del 2002.
- Reglament de regulació de la Comissió Nacional de Valoració (CONAVA) i d'establiment dels criteris i els barems per al diagnòstic i la valoració de les disfuncions, les discapacitats i els handicaps, del 10 de juny del 2004.
- Llei d'accessibilitat, del 6 d'abril de 1995.
- Reglament d'accessibilitat, del 31 de maig de 1995.

Espai reservat a l'Administració

Data d'entrada al Servei de Tràmits:

Núm. de registre:

Data d'entrada a la Secretaria de la CONAVA:

Núm. de registre:

Observacions:
.....
.....
.....

**El fet d'assenyalar el motiu de la sol·licitud pel qual es demana la valoració de la discapacitat no eximeix de l'obligació de presentar la sol·licitud per a la prestació, el servei o l'actuació corresponent.*

Annex 2

Criteris i barems d'avaluació de la discapacitat

Definicions

Els barems d'avaluació estableixen normes per avaluar les conseqüències de la malaltia de conformitat amb el model proposat per la Classificació internacional de disfuncions, discapacitats i handicaps de l'OMS.

La Llei de garantia dels drets de les persones amb discapacitat va adoptar la classificació esmentada i defineix a l'article 2.1 els conceptes bàsics: a) "disfunció: és qualsevol pèrdua o anormalitat d'una estructura o funció psicològica, fisiològica o anatòmica"; b) "discapacitat: és qualsevol restricció o manca d'una habilitat per dur a terme una activitat, de la manera i en l'àmbit considerat normal als éssers humans, com a conseqüència d'una disfunció" i c) "handicap: és un desavantatge per a una persona determinada, que resulta d'una disfunció o d'una discapacitat, que limita o impedeix la realització d'un rol considerat normal per a aquesta persona en concret, en funció de factors relacionats amb l'edat, el sexe i els aspectes socials i culturals".

Grau de menyscabament

Atesa la definició legal de discapacitat, la valoració del menyscabament de la capacitat adopta com a criteri fonamental en l'elaboració dels barems la severitat de les limitacions per a les activitats. L'article 4. 2 de la Llei esmentada assenyala que s'han d'establir per reglament "les característiques o els graus de menyscabament de les capacitats físiques, psíquiques o sensorials, així com els altres factors configuradors de l'handicap".

El grau de menyscabament és el resultat de la suma del percentatge de menyscabament de les capacitats físiques, psíquiques o sensorials (com a mínim d'un 33%) més els factors socials complementaris (el màxim que es pot afegir és d'un 15%).

Grau menyscabament = % menyscabament capacitats + % factors socials

A l'annex 2.1 es fixen les pautes per determinar la discapacitat originada per disfuncions permanents dels diferents òrgans, aparells o sistemes. Al final d'aquest annex s'ofereix una taula de valors combinats que s'ha d'utilitzar seguint les instruccions que s'especifiquen en cadascun dels capítols.

A l'annex 2.2 s'estableixen els criteris per avaluar les circumstàncies personals i socials que poden influir sobre la persona amb discapacitat en sentit negatiu, és a dir, que graven la situació de desavantatge originada per la mateixa discapacitat. Els factors socials es graduen segons una escala que va de zero a quinze punts.

Annex 2.1

Barem per determinar el grau de menyscabament de les capacitats físiques, psíquiques i sensorials

Capítol 1

Les normes de caràcter general per procedir a la determinació de la discapacitat originada per disfuncions permanents són les següents:

1. El procés patològic que ha donat origen a la disfunció, bé sigui congènit bé sigui adquirit, ha d'haver estat prèviament diagnosticat pels organismes competents, han d'haver-se aplicat les mesures terapèutiques indicades i ha d'estar documentat.

2. El diagnòstic de la malaltia no és un criteri de valoració en si mateix. Les pautes de valoració de la discapacitat que s'estableixen estan basades en la severitat de les conseqüències de la malaltia, sigui quina sigui.

3. Han d'entendre's com a disfuncions permanents les alteracions orgàniques o funcionals no recuperables, és a dir, sense possibilitat raonable de restitució o millora de l'estructura o de la funció de l'òrgan afectat.

En les normes d'aplicació concretes es fixa el temps mínim que ha de transcórrer entre el diagnòstic i l'inici del tractament i l'acte de la valoració. Aquest

període d'espera és imprescindible perquè la disfunció pugui considerar-se instaurada i la seva durada depèn del procés patològic de què es tracti.

4. Les disfuncions permanents dels diferents òrgans, aparells o sistemes s'avaluen, sempre que es pugui, mitjançant paràmetres objectius i queden reflectides en les disposicions corresponents. D'altra banda, les pautes de valoració no es fonamenten en l'abast de la disfunció sinó en el seu efecte sobre la capacitat per dur a terme les activitats de la vida diària, és a dir, en el grau de discapacitat que ha originat la disfunció.

La disfunció ocasionada per malalties que cursen en brots ha de ser avaluada en els períodes intercrítics. Això no obstant, la freqüència i la durada dels brots són factors que cal tenir en compte per les interferències que produeixen en la realització de les activitats de la vida diària.

Per valorar les conseqüències d'aquest tipus de malalties s'inclouen criteris de freqüència i de durada de les fases agudes en els capítols corresponents.

L'avaluació ha de respondre a criteris homogenis. Amb aquesta finalitat es defineixen les activitats de la vida diària i els graus de discapacitat a què ha de referir-se la CONAVA.

Activitats de la vida diària

S'entén per activitats de la vida diària (AVD) les que són comunes a tots els ciutadans. Entre les múltiples descripcions d'AVD existents s'ha adoptat la proposada per l'Associació Mèdica Americana el 1994:

1. Activitats d'autocura (vestir-se, menjar, evitar riscos, toaleta i higiene personal...).
2. Altres activitats de la vida diària:
 - 2.1. Comunicació
 - 2.2. Activitat física:
 - 2.2.1. Intrínseca (aixecar-se, vestir-se, reclinar-se...)
 - 2.2.2. Funcional (portar, elevar, empenyer...)
 - 2.3. Funció sensorial (escoltar, veure...)

2.4. Funcions manuals (agafar, subjectar, prémer...)

2.5. Transport (es refereix a la capacitat per utilitzar els mitjans de transport)

2.6. Funció sexual

2.7. Son

2.8. Activitats socials i de lleure

Graus de menyscabament de la capacitat

Grau 1

Discapacitat nul·la

Els símptomes, signes o seqüeles, en cas que existeixin, són mínims i no justifiquen una disminució de la capacitat de la persona per realitzar les activitats de la vida diària.

Grau 2

Discapacitat lleu

Els símptomes, signes o seqüeles existeixen i justifiquen alguna dificultat per portar a terme les activitats de la vida diària, però són compatibles amb la pràctica totalitat d'aquestes activitats.

Grau 3

Discapacitat moderada

Els símptomes, signes o seqüeles causen una disminució important o impossibilitat de la capacitat de la persona per realitzar algunes de les activitats de la vida diària, tot i que és independent en les activitats d'autocura.

Grau 4

Discapacitat greu

Els símptomes, signes o seqüeles causen una disminució important o impossibilitat de la capacitat de la persona per realitzar la majoria de les AVD, i pot estar afectada alguna de les activitats d'autocura.

Grau 5

Discapacitat molt greu

Els símptomes, signes o seqüeles impossibiliten la realització de les AVD.

Determinació del percentatge del grau de menyscabament de la capacitat

Tant els graus de discapacitat com les activitats de la vida diària descrits consti-

tueixen patrons de referència per a l'assignació del percentatge de discapacitat. Aquest percentatge es determina de conformitat amb els criteris i les classes que s'especifiquen en aquests annexos.

Amb caràcter general s'estableixen cinc categories o classes, ordenades de menor a major percentatge, segons la importància de la disfunció i el grau de menyscabament de la capacitat que origina.

Aquestes cinc classes es defineixen de la forma següent:

Classe I

S'emmarquen en aquesta classe totes les disfuncions permanents que han estat diagnosticades, tractades adequadament, demostrades mitjançant paràmetres objectius (dades analítiques, radiogràfiques, etc., que s'especifiquen dins de cada aparell o sistema), però que no produeixen discapacitat.

La qualificació d'aquesta classe és 0%.

Classe II

Inclou les disfuncions permanents que, complint els paràmetres objectius que s'especifiquen en cada aparell o sistema, originen una discapacitat lleu.

A aquesta classe li correspon un percentatge comprès entre l'1 i el 24%.

Classe III

Inclou les disfuncions permanents que, complint els paràmetres objectius que s'especifiquen en cadascun dels sistemes o aparells, originen una discapacitat moderada.

A aquesta classe li correspon un percentatge comprès entre el 25 i el 49%.

Classe IV

Inclou les disfuncions permanents que, complint els paràmetres objectius que s'especifiquen en cadascun dels aparells o sistemes, produeixen una discapacitat greu.

El percentatge que correspon a aquesta classe està comprès entre el 50 i el 70%.

Classe V

Inclou les disfuncions permanents severes que, complint els paràmetres objectius que s'especifiquen en cada aparell o sistema, originen una discapacitat molt greu.

Aquesta classe, per si sola, suposa la dependència d'altres persones per realitzar les activitats més essencials de la vida diària, demostrada mitjançant l'obtenció de 15 o més punts en el barem específic (annex 4).

A aquesta categoria, se li assigna un percentatge del 75%.

El capítol en què es defineixen els criteris per a l'avaluació de la discapacitat deguda a retard mental constitueix una excepció a aquesta regla general, atès que les deficiències intel·lectuals, per lleus que siguin, ocasionen sempre un cert grau d'interferència amb la realització de les AVD.

Les particularitats pròpies de la patologia que afecta cada aparell o sistema fan necessari singularitzar les pautes d'avaluació. Per això, en les diferents seccions d'aquests barems s'estableixen també normes i criteris que regeixen de forma específica per valorar les disfuncions que s'hi contenen i per estimar el percentatge de discapacitat consegüent.

Quan coexisteixin dues o més deficiències en una mateixa persona -incloses en les classes II a V- poden combinar-se els percentatges, utilitzant per a això la taula de valors que apareix al final d'aquest annex, atès que es considera que les conseqüències d'aquestes disfuncions poden potenciar-se, la qual cosa produeix una interferència més gran en la realització de les AVD i, per tant, un grau de menyscabament de la capacitat superior al que origina cadascuna d'elles separatament.

S'han de combinar els percentatges obtinguts per disfuncions de diferents aparells o sistemes, llevat que s'especifiqui altrament.

Quan es tracta de disfuncions que afecten òrgans diferents d'un mateix aparell o sistema, els criteris per determinar en quins supòsits s'han de combinar els percentatges figuren en els capítols corresponents.

Capítol 2. Sistema musculoesquelètic

Aquest capítol es divideix en seccions relatives a l'extremitat superior, l'extremitat inferior i la columna vertebral. S'hi descriuen i recomanen mètodes i tècniques per determinar les disfuncions per

amputació, restricció del moviment, anquilosi, disfuncions sensorials o motrius, neuropaties perifèriques i vasculopaties perifèriques. S'inclouen també taules amb estimacions de disfuncions relacionades amb trastorns específics de les extremitats superiors i inferiors i de la columna.

Els criteris de valoració només es referiran a disfuncions permanents, que es defineixen com a aquelles que estan aturades o estabilitzades durant un període de temps suficient per permetre la reparació òptima dels teixits i que no és probable que varïin en els propers mesos malgrat el tractament mèdic o quirúrgic.

Les normes concretes per a l'avaluació, recomanades en aquest capítol, han de realitzar-se de forma exacta i precisa, de manera que puguin ser repetides per altres persones i s'obtinguin resultats comparables. Igualment cal un registre adequat de les dades i troballes clíniques i, per descomptat, la valoració sempre ha de basar-se en troballes i signes actuals.

Les taules d'aquest capítol es basen en l'amplitud de moviment actiu, però és precís que els seus resultats siguin compatibles i concordants amb la presència o absència de signes patològics o altres dades mèdiques. Igualment, pot aportar-nos informació valuosa la comparació de l'amplitud de moviment actiu del pacient amb l'amplitud de moviment passiu.

En general, els percentatges de disfunció mostrats a les taules tenen en compte el dolor que pot acompanyar a les disfuncions del sistema musculoesquelètic.

A cada secció s'inclouen, a més, taules de conversió del percentatge de disfunció de cada extremitat a percentatge de discapacitat de la persona. A la secció referent a la columna vertebral aquests percentatges es refereixen directament a percentatges de discapacitat.

Extremitat superior

En aquesta secció s'aborda l'avaluació de les disfuncions del polze, els altres dits de la mà, el canell, el colze i l'espatlla. A cada apartat s'inclouen els valors corresponents a les disfuncions per amputació, pèrdua de sensibilitat i limitació de moviment. A més, es tracten les disfuncions de l'extremitat superior per

lesions dels nervis perifèrics, el plexe braquial i els nervis raquidis, problemes vasculars i altres trastorns.

Quan existeixen diverses disfuncions en una mateixa regió d'un membre, per exemple, limitació de moviment, pèrdua sensorial i amputació d'un dit, han de combinar-se els diferents percentatges de disfunció i posteriorment realitzar la conversió a la següent unitat major, en aquest cas la mà (taules 1 i 2).

Taula 1. Relació de la disfunció dels dits amb la disfunció de la mà							
% de disfunció		% de disfunció		% de disfunció		% de disfunció	
Polze	Mà	Polze	Mà	Índex o mitjà	Mà	Anular o petit	Mà
0 - 1 = 0		52 - 53 = 21		0 - 2 = 0		0 - 4 = 0	
2 - 3 = 1		54 - 56 = 22		3 - 7 = 1		5 - 14 = 1	
4 - 6 = 2		57 - 58 = 23		8 - 12 = 2		15 - 24 = 2	
7 - 8 = 3		59 - 61 = 24		1 - 17 = 3		25 - 34 = 3	
9 - 11 = 4		62 - 63 = 25		18 - 22 = 4		35 - 44 = 4	
12 - 13 = 5		64 - 66 = 26		23 - 27 = 5		45 - 54 = 5	
14 - 16 = 6		67 - 68 = 27		28 - 32 = 6		55 - 64 = 6	
17 - 18 = 7		69 - 71 = 28		33 - 37 = 7		65 - 74 = 7	
19 - 21 = 8		72 - 73 = 29		38 - 42 = 8		75 - 84 = 8	
22 - 23 = 9		74 - 76 = 30		43 - 47 = 9		85 - 94 = 9	
24 - 26 = 10		77 - 78 = 31		48 - 52 = 10		95 - 100 = 10	
27 - 28 = 11		79 - 81 = 32		53 - 57 = 11			
29 - 31 = 12		82 - 83 = 33		58 - 62 = 12			
32 - 33 = 13		84 - 86 = 34		63 - 67 = 13			
34 - 36 = 14		87 - 88 = 35		68 - 72 = 14			
37 - 38 = 15		89 - 91 = 36		73 - 77 = 15			
39 - 41 = 16		92 - 93 = 37		78 - 82 = 16			
42 - 43 = 17		94 - 96 = 38		83 - 87 = 17			
44 - 46 = 18		97 - 98 = 39		88 - 92 = 18			
47 - 48 = 19		99 - 100 = 40		93 - 97 = 19			
49 - 51 = 20				98 - 100 = 20			

Les disfuncions regionals múltiples, com ara les de la mà, el canell, el colze i l'espatlla, s'expressen com a disfunció de l'extremitat superior i es combinen utilitzant la taula de valors combinats. Aquest últim valor es converteix a percentatge de discapacitat utilitzant la taula 3.

És possible que un pacient refereixi dolor o altres símptomes en una regió de l'extremitat superior, però que no presenti signes de disfunció permanent ja que els seus símptomes poden reduir-se en modificar les activitats de la vida diària o les tasques relacionades amb el treball. Segons aquestes normes, aquesta persona no tindria una disfunció permanent.

Avaluació d'una amputació

L'amputació de tota l'extremitat superior, o disfunció del 100% del membre, equival a un percentatge de discapacitat del 49%.

Taula 2. Relació de la disfunció de la mà amb la disfunció de l'extremitat superior				
% de disfunció	% de disfunció	% de disfunció	% de disfunció	% de disfunció
Mà Extrem. superior	Mà Extrem. superior	Mà Extrem. superior	Mà Extrem. superior	Mà Extrem. superior
1 = 1	21 = 19	41 = 37	61 = 55	81 = 73
2 = 2	22 = 20	42 = 38	62 = 56	82 = 74
3 = 3	23 = 21	43 = 39	63 = 57	83 = 75
4 = 4	24 = 22	44 = 40	64 = 58	84 = 76
5 = 5	25 = 23	45 = 41	65 = 59	85 = 77
6 = 5	26 = 23	46 = 41	66 = 59	86 = 77
7 = 6	27 = 24	47 = 42	67 = 60	87 = 78
8 = 7	28 = 25	48 = 43	68 = 61	88 = 79
9 = 8	29 = 26	49 = 44	69 = 62	89 = 80
10 = 9	30 = 27	50 = 46	70 = 63	90 = 81
11 = 10	31 = 28	51 = 46	71 = 64	91 = 82
12 = 11	32 = 29	52 = 47	72 = 65	92 = 83
13 = 12	33 = 30	53 = 48	73 = 66	93 = 84
14 = 13	34 = 31	54 = 49	74 = 67	94 = 85
15 = 14	35 = 32	55 = 50	75 = 68	95 = 86
16 = 14	36 = 32	56 = 50	76 = 68	96 = 86
17 = 15	37 = 33	57 = 51	77 = 69	97 = 87
18 = 16	38 = 34	58 = 52	78 = 70	98 = 88
19 = 17	39 = 35	59 = 53	79 = 71	99 = 89
20 = 18	40 = 36	60 = 54	80 = 72	100 = 90

Taula 3. Relació de la disfunció de l'extremitat superior amb el percentatge de discapacitat									
% de deficiè. Extrem. superior	% de discapacitat	% de deficiè. Extrem. superior	% de discapacitat	% de deficiè. Extrem. superior	% de discapacitat	% de deficiè. Extrem. Superior	% de discapacitat	% de deficiè. Extrem. superior	% de discapacitat
1 = 0		21 = 10		41 = 20		61 = 30		81 = 40	
2 = 1		22 = 11		42 = 21		62 = 30		82 = 40	
3 = 2		23 = 11		43 = 21		63 = 31		83 = 41	
4 = 2		24 = 12		44 = 22		64 = 31		84 = 41	
5 = 2		25 = 12		45 = 22		65 = 32		85 = 42	
6 = 3		26 = 13		46 = 23		66 = 32		86 = 42	
7 = 3		27 = 13		47 = 23		67 = 33		87 = 43	
8 = 4		28 = 14		48 = 24		68 = 33		88 = 43	
9 = 4		29 = 14		49 = 24		69 = 34		89 = 44	
10 = 5		30 = 15		50 = 25		70 = 34		90 = 44	
11 = 5		31 = 15		51 = 25		71 = 35		91 = 45	
12 = 6		32 = 16		52 = 25		72 = 35		92 = 45	
13 = 6		33 = 16		53 = 26		73 = 36		93 = 46	
14 = 7		34 = 17		54 = 26		74 = 36		94 = 46	
15 = 7		35 = 17		55 = 27		75 = 37		95 = 47	
16 = 8		36 = 18		56 = 27		76 = 37		96 = 47	
17 = 8		37 = 18		57 = 28		77 = 38		97 = 48	
18 = 9		38 = 19		58 = 28		78 = 38		98 = 48	
19 = 9		39 = 19		59 = 29		79 = 39		99 = 49	
20 = 10		40 = 20		60 = 29		80 = 39		100 = 49	

L'amputació per sota del colze, distal a la inserció del bíceps i proximal a l'articulació metacarpofalàngica, es considera com una disfunció del 95% de l'extremitat superior, que equival a un percentatge de discapacitat del 47% (taula 3).

Cada dit rep un valor relatiu respecte a la mà: el polze el 40%, els dits índex i mitjà el 20% cadascun, els dits anular i petit el 10% cadascun. L'amputació a nivell de cada porció d'un dit rep un valor relatiu de pèrdua de tot el dit: articulació metacarpofalàngica, 100%; interfalàngica del polze, 50%; interfalàngica proximal dels dits, 80%; interfalàngica distal, 45%.

L'amputació de tots els dits a nivell de l'articulació metacarpofalàngica es considera com una disfunció de la mà del 100% o una disfunció de l'extremitat superior del 90% (taula 2), que equival a un percentatge de discapacitat del 44% (taula 3).

Avaluació de la pèrdua sensorial dels dits

Les disfuncions s'estimen de conformitat amb la qualitat sensorial i amb la seva distribució a la cara palmar dels dits. La pèrdua sensorial a la superfície dorsal no es considera una disfunció.

L'avaluació de la funció sensorial de la mà té en compte totes les modalitats sensorials, incloses la percepció de dolor, calor, fred i tacte. La recuperació sensorial després d'una lesió nerviosa es gradua de la manera següent: en primer lloc no existeix sensibilitat; a continuació apareix una gamma de sensacions protectores, que inclouen la percepció de dolor, calor, fred i un cert grau de tacte fi; per últim, es produeix la recuperació de les funcions del tacte discriminatiu fi. Per tant, si un pacient presenta una discriminació de dos punts normal, no és necessari avaluar les altres submodalitats sensorials, de fet se suposa que estan presents.

Una prova útil per explorar la pèrdua sensorial als dits és la prova de discriminació de dos punts, clàssica de Weber.

La classificació de la qualitat sensorial i l'estimació de la disfunció del dit es realitzen de la forma següent:

Discriminació de dos punts major de 15 mm: pèrdua sensorial total o disfunció sensorial del 100%. No existeix resposta al tacte, a la punxada, a la pressió i a l'estímul vibratori.

Discriminació de dos punts entre 15 i 7 mm: pèrdua sensorial parcial o disfunció sensorial del 50%. Existeix una localització deficient i una resposta anormal al tacte, a la punxada, a la pressió i a l'estímul vibratori.

Discriminació de dos punts igual o inferior a 6 mm: sensibilitat normal o disfunció sensorial del 0%. Existeix una localització i una resposta normals al tacte, a la punxada, a la pressió i a l'estímul vibratori.

La distribució de la pèrdua sensorial es determina pel nivell d'afectació d'un o dels dos nervis col·laterals i es classifica de la forma següent:

1. Pèrdua sensorial transversal: Estan afectats els dos nervis col·laterals.

La pèrdua sensorial transversal total és una pèrdua sensorial del 100% i se li assigna el 50% del valor de disfunció per amputació per a aquell nivell.

La pèrdua sensorial transversal parcial és una pèrdua sensorial del 50% i se li assigna el 25% del valor de disfunció per amputació per a aquell nivell.

2. Pèrdua sensorial longitudinal: Està afectat un nervi col·lateral, ja sigui el de la cara cubital o radial del dit.

Les disfuncions per pèrdua sensorial longitudinal total es basen en la importància relativa de la cara del dit per a la funció sensorial en les activitats de la mà: al polze i al dit petit, un 40% del dit per a la cara radial i un 60% per a la cara cubital; als dits índex, mitjà i anular, un 60% del dit per a la cara radial i un 40% per a la cara cubital.

La sensibilitat de la cara externa d'un dels dits extrems es gradua de forma més elevada. Si el dit anular esdevé un dit extrem per amputació del dit petit, la pèrdua de sensibilitat al llarg del cantell cubital seria del 60% del dit i la del cantell radial del 40%.

Els percentatges de disfunció dels dits en les pèrdues sensorials longitudinals parcials es calculen de conformitat amb el nivell d'afectació i el valor relatiu de la cara del dit afectada (taules 4 i 10).

Avaluació de la limitació de moviment

Per a l'avaluació de la limitació de moviment de l'extremitat superior, el subjecte ha de realitzar un moviment actiu de la major amplitud possible, la qual serà mesurada per l'examinador; poden

necessitar-se diverses determinacions per obtenir resultats fiables.

Si l'articulació no pot ser moguda de forma activa pel subjecte o de forma passiva per l'examinador, ha de registrar-se la posició d'anquilosi.

L'amplitud de moviment d'una articulació és el nombre total de graus de moviment traçats per un arc entre els angles extrems de moviment de l'articulació, per exemple, des de l'extensió màxima a la flexió màxima.

La «posició de funció» o «posició funcional» d'una articulació és la posició que es considera menys limitant quan l'esmentada articulació està anquilosada.

En general, les determinacions d'amplitud de moviment s'arrodoneixen a la desena de graus més propera. Aquestes mesures es converteixen a percentatges de disfunció mitjançant les taules corresponents.

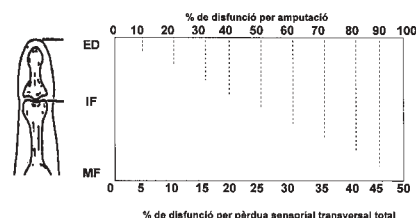
1. Avaluació de les disfuncions del polze

Amputació

Determini la longitud del polze que roman després de l'amputació i consulti la figura 1 en la seva escala superior per establir la disfunció del polze.

Les amputacions a través de l'os metacarpí es consideren disfuncions del polze del 100% i no reben valors addicionals.

Figura 1. Disfunció del polze per amputació a diversos nivells (escala superior) o a pèrdua sensorial transversal total (escala inferior)



Pèrdua sensorial transversal

La figura 1 en la seva escala inferior mostra el percentatge de disfunció del polze per pèrdua sensorial transversal total segons el nivell en què té lloc.

A la pèrdua sensorial transversal parcial se li assigna el 50% dels valors de l'escala inferior de la figura 1.

Pèrdua sensorial longitudinal

La taula 4 mostra el percentatge de disfunció del polze per pèrdua sensorial longitudinal parcial o total segons el nivell en què té lloc.

Taula 4. Disfunció del polze i del dit petit per pèrdua sensorial longitudinal segons el percentatge de longitud del dit afectat

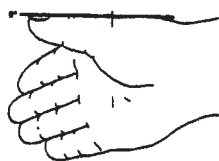
% de longitud del dit	% de pèrdua sensorial longitudinal			
	Nervi col·lateral cubital		Nervi col·lateral radial	
	Pèrdua total	Pèrdua parcial	Pèrdua total	Pèrdua parcial
100	30	15	20	10
90	21	14	18	9
80	24	12	16	8
70	21	11	14	7
60	18	9	12	6
50	15	8	10	5
40	12	6	8	4
30	9	5	6	3
20	6	3	4	2
10	3	2	2	1

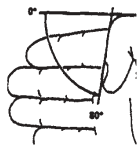
Limitació de moviment

El polze posseeix 5 unitats de moviment, a cadascuna de les quals li correspon un valor relatiu del moviment del polze de la forma següent: flexió i extensió de l'articulació IF, 15%; flexió i extensió de l'articulació MCF, 10%; adducció, 20%; abducció radial, 10%; oposició, 45%.

Articulació interfalàngica (IF): flexió i extensió

La flexió normal és de 80°, la posició funcional es troba als 20° de flexió. Hauran de sumar-se els percentatges de disfunció de flexió i extensió per obtenir la disfunció del polze per pèrdua de moviment a nivell de l'articulació IF.



**Taula 5. Disfuncions del polze per limitació de moviment de l'articulació IF**

Extensió				Flexió									
V	+30	+20	+10	0	10	20*	30	40	50	60	70	80	V
Dfl	15	13	11	8	6	4	4	3	2	1	1	0	Dfl
Dex	0	0	0	1	2	3	5	7	9	11	13	15	Dex
Da	15	13	11	9	8	7	9	10	11	12	14	15	Da
V	+30	+20	+10	0	10	20*	30	40	50	60	70	80	V

* Posició funcional.

V: Àngles de moviment mitjà

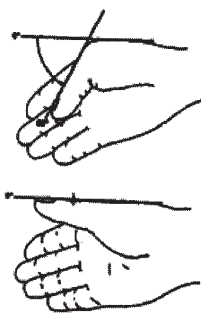
Dfl: Disfunció per pèrdua de flexió (%)

Dex: Disfunció per pèrdua d'extensió (%)

Da: Disfunció per anquilosi

Articulació metacarpofalàngica (MCF): flexió i extensió

La flexió normal és de 60°. La posició funcional es troba als 20° de flexió. Hauran de sumar-se els percentatges de disfunció de flexió i extensió per obtenir la disfunció del polze per pèrdua de moviment a nivell de l'articulació MCF.

**Taula 6. Disfuncions del polze per moviment anormal de l'articulació MCF**

Extensió					Flexió							
V	+40	+30	+20	+10	0	10	20*	30	40	50	60	V
Dfl	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	Dfl
Dex	0	0	0	0	0	1	1	3	5	8	10	Dex
Da	10	9	8	7	6	6	5	6	7	9	10	Da
V	+40	+30	+20	+10	0	10	20*	30	40	50	60	V

* Posició funcional.

V: Àngles de moviment mitjà

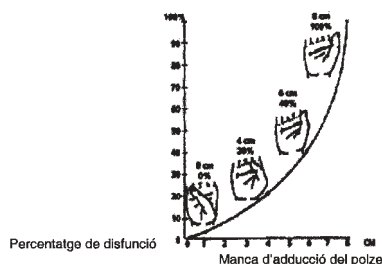
Dfl: Disfunció per pèrdua de flexió (%)

Dex: Disfunció per pèrdua d'extensió (%)

Da: Disfunció per anquilosi

Adducció del polze

L'amplitud de moviment normal és de 0 a 8 cm.



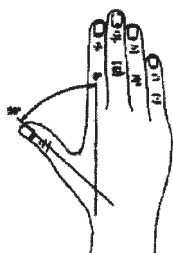
Taula 7. Disfuncions del polze per manca d'adducció i anquilosi

% de disfunció del polze per:		
Pèrdua d'adducció (cm)	Limitació de moviment	Anquilosi
8	20	20
7	13	19
6	8	17
5	6	15
4	4	10
3	3	15
2	1	17
1	0	19
0	0	20

Abducció radial del polze

L'amplitud de moviment normal és de 0° a 50°.

L'anquilosi en qualsevol posició d'abducció radial correspon a una disfunció completa d'aquesta funció (10% del polze), atès que la pressió no és possible sense un cert component d'abducció.

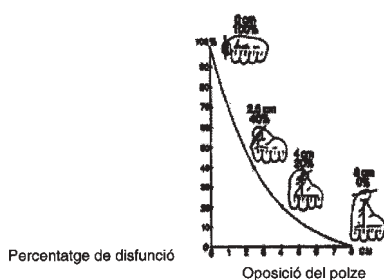


Taula 8. Disfuncions del polze per manca d'abducció i anquilosi

% de disfunció del polze per:		
Abducció radial (*)	Limitació de moviment	Anquilosi
0	10	10
10	9	10
20	7	10
30	3	10
40	1	10
50	0	10

Oposició del polze

L'amplitud de moviment normal d'oposició és de 0 a 8 cm.



Taula 9. Disfuncions del polze per manca d'oposició i anquilosi		
% de disfunció del polze per:		
Oposició mitjana en cm	Limitació de moviment	Anquilosi
0	45	45
1	31	40
2	22	36
3	13	31
4	9	27
5	5	22
6	3	24
7	1	27
8	0	29

Dos o més moviments del polze limitats

1. Mesuri i anoti les disfuncions de moviment del polze de flexió i extensió, adducció, abducció radial i oposició tal i com s'ha descrit anteriorment.

2. Sumi aquests valors per determinar la disfunció del polze per limitació de moviment.

Atès que s'ha tingut en compte el valor relatiu de cada unitat funcional del polze en els valors de disfunció de tot el polze, les disfuncions dels moviments del polze se sumen, mentre que les dels altres dits de la mà es combinen. Si existís una disfunció màxima de cada tipus de moviment del polze, la suma de les disfuncions seria el 100%.

Combinació de les disfuncions per amputació, pèrdua sensorial i limitació de moviment del polze

1. Mesuri per separat i anoti les disfuncions del polze per amputació, pèrdua sensorial i limitació de moviment.

Si una amputació afecta al mesurament del moviment, només es valorarà la disfunció per amputació.

Exemple: una amputació proximal a l'articulació MCF afectarà als mesuraments de l'adducció i l'oposició; tanmateix, només es té en compte la disfunció per amputació.

2. Combini els valors de disfunció utilitzant la taula de valors combinats per obtenir la disfunció del polze.

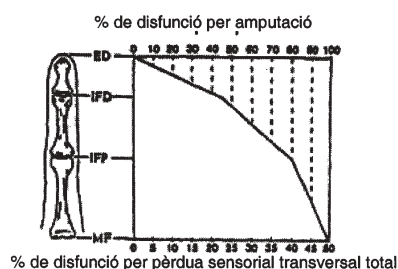
3. Utilitzi les taules 1, 2 i 3 per relacionar la disfunció del polze amb les disfuncions de la mà, l'extremitat superior i el percentatge de discapacitat.

2. Avaluació de les disfuncions de la resta de dits

Amputació

Determini la longitud del dit que queda després de l'amputació i consulti la figura 2 en la seva escala superior, per establir la disfunció del dit.

Figura 2. Disfunció dels dits per amputació a diversos nivells (escala superior) o a pèrdua sensorial transversal total (escala inferior).



Les amputacions a través de l'os metacarpí es consideren disfuncions del dit del 100% i no reben valors addicionals.

Pèrdua sensorial transversal

La figura 2 en la seva escala inferior mostra el percentatge de disfunció del dit per pèrdua sensorial transversal total segons el nivell en què té lloc.

A la pèrdua sensorial transversal parcial se li assigna el 50% dels valors de l'escala inferior de la figura 2.

Pèrdua sensorial longitudinal

Determini els valors de disfunció del dit per la pèrdua sensorial longitudinal parcial o total segons el percentatge de longitud del dit afectat utilitzant la taula 4 per al dit petit i la taula 10 per als dits índex, mitjà i anular.

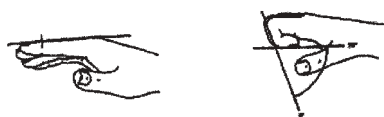
Taula 10. Disfunció dels dits índex, mitjà i anular per pèrdua sensorial longitudinal segons el percentatge de longitud del dit afectat				
% de longitud del dit	% de pèrdua sensorial longitudinal			
	Nervi col·lateral cubital		Nervi col·lateral radial	
	Pèrdua total	Pèrdua parcial	Pèrdua total	Pèrdua parcial
100	20	10	30	15
90	18	9	27	14
80	16	8	24	12
70	14	7	21	11
60	12	6	18	9
50	10	5	15	8
40	8	4	12	6
30	6	3	9	5
20	4	2	6	3
10	2	1	3	2

Limitació de moviment

Els dits posseeixen tres unitats funcionals de moviment, cadascuna de les quals té el mateix valor relatiu que el de les disfuncions per amputació: IFD, 45%; IFP, 80%; MCF, 100%.

Articulació interfalàngica distal (IFD): flexió i extensió

La flexió normal és de 70° i la posició funcional es troba als 20° de flexió. Hauran de sumar-se els percentatges de disfunció de flexió i extensió per obtenir la disfunció estimada del dit per pèrdua de moviment a nivell de l'articulació interfalàngica distal.



Taula 11. Disfuncions dels dits per limitació de moviment de l'articulació IFD

Extensió					Flexió							
V	+30	+20	+10	0	10	20*	30	40	50	60	70	V
Dfl	45	42	39	36	31	26	21	15	10	5	0	Dfl
Dex	0	0	0	0	2	4	12	20	29	37	45	Dex
Da	45	42	39	36	33	30	33	35	39	42	45	Da
V	+30	+20	+10	0	10	20*	30	40	50	60	70	V

Posició funcional.

V: Angles de moviment mitjà

Dfl: Disfunció per pèrdua de flexió (%)

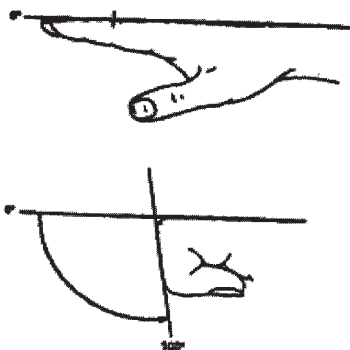
Dex: Disfunció per pèrdua d'extensió (%)

Da: Disfunció per anquilosi

Articulació interfalàngica proximal (IFP): flexió i extensió

La flexió normal és de 100° i la posició funcional es troba als 40° de flexió.

Hauran de sumar-se els percentatges de disfunció de flexió i extensió per obtenir la disfunció estimada del dit per pèrdua de moviment a nivell de l'articulació interfalàngica proximal.

**Taula 12. Disfuncions dels dits per limitació de moviment de l'articulació IFP**

Extensió					Flexió										
V	+30	+20	+10	0	10	20	30	40*	50	60	70	80	90	100	V
Dfl	80	73	66	60	54	48	42	38	30	24	18	12	6	0	Dfl
Dex	0	0	0	0	3	7	11	14	25	36	47	58	69	80	Dex
Da	80	73	66	60	57	55	53	50	55	60	65	70	75	80	Da
V	+30	+20	+10	0	10	20*	30	40	50	60	70	80	90	100	V

Posició funcional.

V: Angles de moviment mitjà

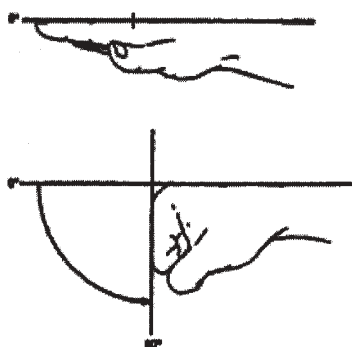
Dfl: Disfunció per pèrdua de flexió (%)

Dex: Disfunció per pèrdua d'extensió (%)

Da: Disfunció per anquilosi

Articulació metacarpofalàngica (MCF): flexió i extensió

La flexió normal és de 90°. La posició funcional es troba als 30° de flexió. Hauran de sumar-se els percentatges de disfunció de flexió i extensió per obtenir la disfunció del dit per pèrdua de moviment a nivell de l'articulació MCF.



Taula 13. Disfuncions dels dits per limitació de moviment de l'articulació MCF

Taula 1. Resultats de les proves de desenvolupament de l'habilitat de desenvolupament de la força													
Extensió				Flexió									
V	+20	+10	0	10	20	30*	40	50	60	70	80	90	V
Dfl	60	54	49	44	38	33	27	22	17	11	6	0	Dfl
Dex	0	3	5	7	10	12	27	41	56	71	85	100	Dex
Da	60	57	54	51	48	45	54	63	73	82	91	100	Da
V	+20	+10	0	10	20*	30*	40	50	60	70	80	90	V

Posició funcional.

V: Angles de moviment mitjà

Dfl: Disfunció per pèrdua de flexió (%)

Dex: Disfunció per pèrdua d'extensió (%)

Da: Disfunció per anquilosi

Limitació de moviment de més d'una articulació d'un dit

1. Mesuri i anoti les disfuncions de moviment de flexió i extensió de cada articulació tal i com s'ha descrit anteriorment.

2. Combini les disfuncions de cada articulació per estimar la disfunció de tot el dit.

3. Expressi la disfunció del dit com a disfunció de la mà, l'extremitat superior i el percentatge de discapacitat (taules 1 a 3).

Combinació de les disfuncions per amputació, pèrdua sensorial i limitació de moviment dels dits

1. Mesuri per separat i anoti les disfuncions dels dits per amputació, pèrdua sensorial i limitació de moviment.

2. Combini els valors de disfunció utilitzant la taula de valors combinats per obtenir la disfunció total del dit.

3. Utilitzi les taules 1, 2 i 3 per relacionar la disfunció del dit amb les disfuncions de la mà, l'extremitat superior i el percentatge de discapacitat.

Disfuncions de diversos dits

1. Avalui la disfunció de cada dit per separat.

2. Determini la disfunció de la mà per a cada dit.

3. Sumi les disfuncions de la mà per a cada dit a fi d'obtenir la disfunció total de la mà.

4. Relacioni la disfunció de la mà amb les disfuncions de l'extremitat superior i el percentatge de discapacitat.

3. Avaluació de les disfuncions de l'articulació del canell

Amputació

Una amputació per sota de la inserció del bíceps i proximal a l'articulació MCF equival a una disfunció de l'extremitat superior del 90 al 95%, en funció de la seva localització.

Limitació de moviment

La unitat funcional del canell representa el 60% de la funció de l'extremitat superior. El canell posseeix dues unitats de moviment, a cadascuna de les quals li correspon un valor relatiu de la seva funció.

1. La flexió i extensió representen el 70% de la funció del canell, la qual cosa correspon al 42% de la funció de l'extremitat superior.

2. Les desviacions radial i cubital del canell representen el 30% de la funció del canell, que correspon a un 18% de la funció de l'extremitat superior.

Flexió i extensió

L'amplitud de moviment normal està entre els 60° d'extensió i els 60° de flexió. La posició funcional es troba entre els 10° d'extensió i els 10° de flexió.

Hauran de sumar-se els percentatges de disfunció de flexió i extensió per obtenir el percentatge de disfunció de l'extremitat superior.



Taula 14. Disfuncions de l'extremitat superior per pèrdua de flexió-extensió del canell

Extensió							Flexió							
V	60	50	40	30	20	10*	0*	10*	20	30	40	50	60	V
Dfl	42	34	25	21	17	13	10	8	7	5	3	2	0	Dfl
Dex	0	2	4	5	7	8	11	13	18	24	30	36	42	Dex
Da	42	36	29	26	24	21	21	21	25	29	33	38	42	Da
V	60	50	40	30	20	10*	0*	10*	20	30	40	50	60	V

Posició funcional.

V: Angles de moviment mitjà

Dfl: Disfunció per pèrdua de flexió (%)

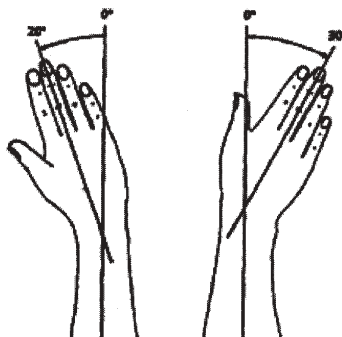
Dex: Disfunció per pèrdua d'extensió (%)

Da: Disfunció per anquilosi

Desviació radial i cubital

L'amplitud de moviment normal està entre els 20° de desviació radial i els 30° de desviació cubital. La posició funcional es troba entre els 0° i els 10° de desviació cubital.

Hauran de sumar-se els percentatges de disfunció de desviació radial i cubital per obtenir el percentatge de disfunció de l'extremitat superior.



Taula 15. Disfuncions de l'extremitat superior per pèrdua de desviació radial i cubital del canell

Desviació radial						Desviació cubital						
V	20	15	10	5	0*	5*	10*	15	20	25	30	V
Ddr	0	1	2	3	4	5	5	9	12	15	18	Ddr
Ddc	18	15	12	9	5	4	4	3	2	1	0	Ddc
Da	18	16	14	12	9	9	9	12	14	16	18	Da
V	20	15	10	5	0*	5*	10*	15	20	25	30	V

Posició funcional.

V: Angles de moviment mitjà

Ddr: Disfunció per pèrdua de desviació radial (%)

Ddc: Disfunció per pèrdua de desviació cubital (%)

Da: Disfunció per anquilosi

Determinació de disfuncions per limitació de moviment de l'articulació del canell

1. Determini les disfuncions de l'extremitat superior per limitació de moviment del canell relacionades amb la flexió-extensió i amb la desviació radial-cubital.

(Les disfuncions de pronació i supinació s'atribueixen al colze, ja que els principals múscles responsables d'aquesta funció s'insereixen al colze.)

2. Sumi les corresponents disfuncions per determinar la disfunció de l'extremitat superior per moviment anormal del canell.

3. Utilitzi la taula 3 per relacionar la disfunció de l'extremitat superior amb el percentatge de discapacitat.

4. Avaluació de les disfuncions de l'articulació del colze

Amputació

Una amputació per sota de l'axil·la i proximal a la inserció del bíceps equival a una disfunció de l'extremitat superior del 95% al 100%, en funció de la seva localització.

Limitació de moviment

La unitat funcional del colze representa el 70% de la funció de l'extremitat superior.

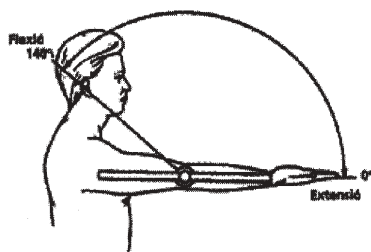
El colze posseeix dues unitats de moviment, a cadascuna de les quals li correspon un valor relatiu de la seva funció:

1. La flexió i extensió representen el 60% de la funció del colze, la qual cosa correspon al 42% de la funció de l'extremitat superior.

2. La pronació i supinació del colze representen el 40% de la funció d'aquest, que correspon a un 28% de la funció de l'extremitat superior.

Flexió i extensió

L'amplitud de moviment normal està entre els 140° de flexió i els 0° d'extensió. La posició funcional es troba als 80° de flexió.



Taula 16. Disfuncions de l'extremitat superior per manca de flexió-extensió del colze

V	140	130	120	110	100	90	80*	70	60	50	40	30	20	10	0	V
Dfl	0	1	2	4	6	8	10	15	19	23	27	31	34	37	42	Dfl
Dex	42	37	32	27	21	17	11	8	6	5	4	3	2	1	0	Dex
Da	42	38	34	31	27	25	21	23	25	28	31	34	36	38	42	Da
V	140	130	120	110	100	90	80*	70	60	50	40	30	20	10	0	V

Posició funcional.

V: Angles de moviment mitjà

Dfl: Disfunció per pèrdua de flexió (%)

Dex: Disfunció per pèrdua d'extensió (%)

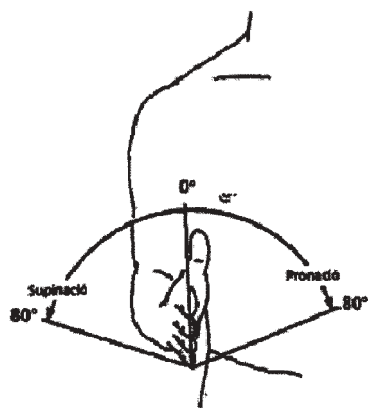
Da: Disfunció per anquilosi

Sumi els percentatges de disfunció de flexió i extensió per obtenir el percentatge de disfunció de l'extremitat superior.

Pronació i supinació

L'amplitud de moviment normal està entre els 80° de supinació i els 80° de pronació. La posició funcional es troba als 20° de pronació.

Sumi els percentatges de disfunció corresponents per obtenir el percentatge de disfunció de l'extremitat superior.



Taula 17. Disfuncions de l'extremitat superior per manca de pronació i supinació de l'articulació del colze

		Supinació					Pronació											
V	80	70	60	50	40	30	20	10	0	10	20*	30	40	50	60	70	80	V
Ds	0	0	1	1	2	2	3	3	3	4	4	6	8	13	18	22	28	Ds
Dp	28	27	25	24	22	21	19	15	12	8	4	3	3	2	1	1	0	Dp
Da	28	27	26	25	24	23	22	18	15	12	8	9	11	15	19	23	28	Da
V	80	70	60	50	40	30	20	10	0	10	20*	30	40	50	60	70	80	V

Posició funcional.

V: Angles de moviment mitjà

Dp: Disfunció per pèrdua de pronació (%)

Ds: Disfunció per pèrdua de supinació (%)

Da: Disfunció per anquilosi

Determinació de disfuncions per limitació de moviment de l'articulació del colze

1. Determini les disfuncions de l'extremitat superior per limitació de moviment del colze relacionades amb la flexió-extensió i amb la pronació-supinació.

2. Sumi les corresponents disfuncions per determinar la disfunció de l'extremitat superior per limitació de moviment del colze.

3. Utilitzi la taula 3 per relacionar la disfunció de l'extremitat superior amb el percentatge de discapacitat.

5. Avaluació de les disfuncions de l'articulació de l'espatlla

Amputació

Una amputació a nivell de l'articulació de l'espatlla es considera una disfunció de l'extremitat superior del 100% i un percentatge de discapacitat del 49%.

Limitació de moviment

La unitat funcional de l'espatlla representa el 60% de la funció de l'extremitat superior.

L'espatlla posseeix tres unitats de moviment, a cadascuna de les quals li correspon un valor relatiu de la seva funció.

1. La flexió i extensió representen el 50% de la funció de l'espatlla (40% per a la flexió i 10% per a l'extensió), la qual cosa correspon al 30% de la funció de l'extremitat superior.

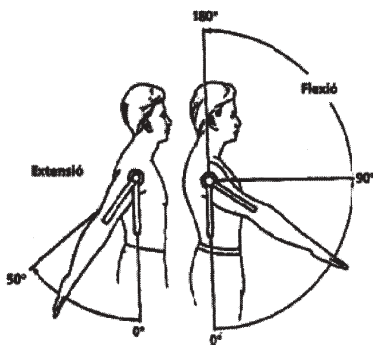
2. L'adducció i abducció de l'espatlla representen el 30% de la funció d'aquesta (10% per a l'adducció i 20% per a l'abducció), que correspon a un 18% de la funció de l'extremitat superior.

3. La rotació interna i externa representen el 20% de la funció de l'espatlla (10% per a la rotació interna i 10% per a la rotació externa), que correspon a un 12% de la funció de l'extremitat superior.

Flexió i extensió

L'amplitud de moviment normal està entre els 180° de flexió i els 50° d'extensió. La posició funcional es troba entre els 40° i 20° de flexió.

Hauran de sumar-se els percentatges de disfunció de flexió i extensió per obtenir el percentatge de disfunció de l'extremitat superior.



Taula 18. Disfuncions de l'extremitat superior per manca de flexió-extensió de l'espatlla

Taula 18. Disfuncions de l'extremitat superior per manca de flexió-extensió de l'espatlla																									
Flexió													Extensió												
V	180	170	160	150	140	130	120	110	100	90	80	70	60	50	40*	30*	2 0*	10	0	10	20	30	40	50	V
Dfl	0	1	1	2	3	3	4	5	5	6	7	7	8	9	10	10	11	16	21	23	24	26	28	30	Dfl
Dex	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	18	15	12	8	5	5	4	3	3	2	2	1	1	0	Dex
Da	30	30	29	29	29	28	28	28	27	27	25	22	20	17	15	15	15	19	24	25	26	27	29	30	Da
V	180	170	160	150	140	130	12 0	110	100	90	80	70	60	50	40*	30*	20*	10	0	10	20	30	40	50	V

Posició funcional.

V: Angles de moviment mitjà

Dfl: Disfunció per pèrdua de flexió (%)

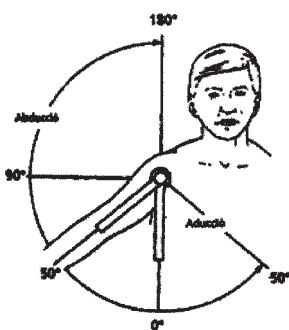
Dex: Disfunció per pèrdua d'extensió (%)

Da: Disfunció per anquilosi

Abducció i adducció

L'amplitud de moviment normal està entre els 180° d'abducció i els 50° d'adducció. La posició funcional es troba entre els 50° i els 20° d'abducció.

Hauran de sumar-se els percentatges de disfunció d'abducció i adducció per obtenir el percentatge de disfunció de l'extremitat superior.



Taula 19. Disfuncions de l'extremitat superior per manca d'abducció i adducció de l'articulació de l'espatlla

Taula 19. Disfuncions de l'extremitat superior per manca d'abducció i adducció de l'articulació de l'espatlla																									
Abducció													Adducció												
V	180	170	160	150	140	130	120	110	100	90	80	70	60	50*	40*	30*	20*	10	0	10	20	30	40	50	V
Dab	0	0	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	6	7	7	10	12	14	15	16	17	18	Dab
Dad	18	18	16	16	15	15	14	13	12	12	9	7	5	3	3	2	2	2	2	1	1	1	0	0	Dad
Da	18	18	17	17	17	17	17	16	16	16	14	12	11	9	9	9	9	12	14	15	16	17	17	18	Da
V	180	170	160	150	140	130	120	110	100	90	80	70	60	50*	40*	30*	20*	10	0	10	20	30	40	50	V

Posició funcional.

V: Angles de moviment mitjà

Dab: Disfunció per pèrdua d'abducció (%)

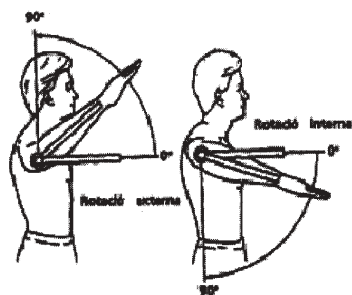
Dad: Disfunció per pèrdua d'adducció (%)

Da: Disfunció per anquilosi

Rotació interna i externa

L'amplitud de moviment normal està entre els 90° de rotació interna i els 90° de rotació externa. La posició funcional es troba entre els 30° i els 50° de rotació interna.

Hauran de sumar-se els percentatges de disfunció de rotació interna i externa per obtenir el percentatge de disfunció de l'extremitat superior.



Taula 20. Disfuncions de l'extremitat superior per manca de rotació interna i externa de l'articulació de l'espatlla

Rotació interna										Rotació externa										
V	90	80	70	60	50*	40*	30*	20	10	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	V
Dri	0	0	1	2	2	3	4	4	5	5	6	7	8	8	9	10	11	11	12	Dri
Dre	12	10	8	5	4	3	2	2	2	2	2	1	1	1	1	0	0	0	0	Dre
Da	12	10	9	7	6	6	6	6	7	7	8	8	9	9	10	10	11	11	12	Da
V	90	80	70	60	50*	40*	30*	20	10	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	V

Posició funcional.

V: Angles de moviment mitjà

Dri: Disfunció per pèrdua de rotació interna (%)

Dre: Disfunció per pèrdua de rotació externa (%)

Da: Disfunció per anquilosi

Determinació de disfuncions per limitació de moviment de l'articulació de l'espatlla

1. Determini les disfuncions de l'extremitat superior per limitació de moviment de l'espatlla relacionades amb la flexió-extensió, abducció-adducció i rotació interna-externa.

2. Sumi les corresponents disfuncions per determinar la disfunció de l'extremitat superior per moviment anormal de l'espatlla.

3. Utilitzi la taula 3 per relacionar la disfunció de l'extremitat superior amb el percentatge de discapacitat.

6. Avaluació de les neuropaties perifèriques

En aquest apartat s'avaluen les disfuncions de l'extremitat superior relacionades amb els trastorns dels nervis raquidis (C5 a D1), el plexe braquial i els nervis perifèrics principals.

Per avaluar una disfunció per lesions dels nervis perifèrics és necessari determinar la gravetat de la pèrdua de funció per disfunció sensorial o dolor i la causa-ada per disfunció motriu.

Els percentatges de disfunció estimats ja tenen en compte les manifestacions per lesions dels nervis perifèrics, com ara la limitació del moviment, atròfia i alteracions vasomotores tròfiques i dels reflexos; per tant, si una disfunció deriva rigorosament d'una lesió d'un nervi perifèric, l'avaluador no haurà d'aplicar els percentatges de disfunció dels apartats anteriors d'aquesta secció juntament amb els percentatges de disfunció d'aquest apartat, ja que es podria produir un augment injustificat de la valoració.

Això no obstant, si una limitació de moviment no pot ser atribuïda a una lesió de nervi perifèric, la disfunció de moviment s'avaluarà de conformitat amb els apartats anteriors corresponents i la disfunció nerviosa de conformitat amb aquest apartat, i es combinaran posteriorment ambdues valoracions.

Disfunció sensorial o dolor

Les lesions dels nervis perifèrics que produeixen disfunció sensorial poden associar-se a una àmplia gamma de sensacions anormals, com ara: anestèsia, diestèsia, parestèsia, hiperestèsia, intolerància al fred i dolor urent intens.

Només el dolor o les molèsties persistents que causen una pèrdua de funció permanent, malgrat un esforç màxim en la rehabilitació mèdica i haver transcorregut un període òptim de temps per a l'adaptació psicològica, han de considerar-se com una disfunció establerta. El dolor que no compleix amb un o més dels criteris anteriors no es considera valorable.

La gravetat de la pèrdua de funció per disfunció sensorial es gradua amb la taula 21 i es relaciona amb l'estructura anatòmica afectada i els percentatges màxims de disfunció per disfunció sensorial dels nervis raquidis (taula 23), el

plexo braquial (taula 24) i els nervis perifèrics principals (taula 25).

Disfunció motriu o pèrdua de força

La funció motora de nervis específics s'explora mitjançant proves musculars; en general aquestes proves graduen la capacitat d'una persona per moure un segment del cos en tota la seva amplitud de moviment contra gravetat i contra resistència.

La funció motora de cada múscle s'avalua i gradua de conformitat amb la taula 22 i es relaciona amb l'estructura anatòmica afectada i els percentatges màxims de disfunció per disfunció motriu dels nervis raquidis (taula 23), el plexe braquial (taula 24) i els nervis perifèrics principals (taula 25).

Taula 21. Determinació de les disfuncions per dolor o disfunció sensorial causades per trastorns dels nervis perifèrics		
Classificació		
Grau	Descripció del disfunció sensorial o dolor	% disfunció sensorial
1	No existeix pèrdua de la sensibilitat, sensació anormal o dolor.	0
2	Disminució de la sensibilitat amb o sense sensació anormal o dolor, que s'oblida durant l'activitat.	1-25
3	Disminució de la sensibilitat amb o sense sensació anormal o dolor, que interfereix amb l'activitat.	26-60
4	Disminució de la sensibilitat amb o sense sensació anormal o dolor, que pot impedir l'activitat, o causalgia menor.	61-80
5	Disminució de la sensibilitat amb sensacions anormals i dolor intens que impedeix l'activitat, o causalgia major.	81-100
Procediment d'avaluació		
1	Identifiqui el moviment afectat.	
2	Identifiqui el o els nervis que innerven l'àrea.	
3	Gradui la gravetat de la disfunció sensorial o dolor d'acord amb la classificació anterior.	
4	Determini la disfunció màxima de l'extremitat superior per disfunció sensorial o dolor del nervi afectat: nervis raquidis (taula 23), plexe braquial (taula 24) i nervis perifèrics principals (taula 25).	
5	Multipliqui la gravetat de la disfunció sensorial pel valor de disfunció màxim per obtenir la disfunció de l'extremitat superior respecte a cada estructura afectada.	

Nervis raquidis

L'avaluació de la disfunció dels nervis raquidis per lesions o malalties es basa en la gravetat de la pèrdua funcional dels nervis perifèrics que reben fibres d'aquests nervis raquidis.

Atès que els nervis perifèrics reben fibres de més d'un nervi raquidi, l'afectació de dos o més nervis raquidis que donen fibres al mateix nervi perifèric produeix una pèrdua funcional major que l'afectació d'un únic nervi raquidi; per tant, la disfunció en aquests casos s'avaluarà de conformitat amb els percentatges de disfunció del plexe braquial i no combinant els percentatges de disfunció de les arrels dels nervis raquidis.

La taula 23 mostra els percentatges de disfunció dels nervis raquidis. Aquests percentatges només fan referència a afectacions unilaterals de l'extremitat superior. Si l'afectació és bilateral, es determina la disfunció de cada costat de forma independent i es converteix a percentatge de discapacitat. A continuació aquests percentatges unilaterals es combinen mitjançant la taula de valors combinats.

Taula 22. Determinació de les disfuncions per pèrdua de força i disfunció motriu causades per trastorns dels nervis perifèrics		
Classificació		
Grau	Descripció de la funció muscular	% disfunció motriu
5	Moviment actiu contra la gravetat amb resistència total.	0
4	Moviment actiu contra la gravetat amb cert grau de resistència.	1-25
3	Moviment actiu només contra la gravetat, sense resistència.	26-50
2	Moviment actiu sense gravetat.	51-75
1	Lleu contracció sense moviment.	76-99
0	Absència de contracció.	100
Procediment d'avaluació		
1	Identifiqui l'àrea d'afectació.	
1	Identifiqui el moviment afectat.	
2	Identifiqui el múscle o múscles que executen l'esmentada acció i el nervi afectat.	
3	Gradui la gravetat de la disfunció motriu de cada múscle d'acord amb la classificació anterior.	
4	Determini la disfunció màxima de l'extremitat superior per disfunció motriu del nervi afectat: nervi raquidis (taula 23), plexe braquial (taula 24) i nervis perifèrics principals (taula 25).	
5	Multipliqui la gravetat de la disfunció motriu pel valor de disfunció màxim per obtenir la disfunció de l'extremitat superior respecte a cada estructura afectada.	

Taula 23. Disfuncions màximes de l'extremitat superior per disfunció sensorial o motriu unilateral de nervis raquidis			
% disfunció màxima de l'extremitat superior per			
Nervi raquidi	Disfunció sensorial o dolor	Disfunció motriu	Disfunció sensitiva-motriu combinada
C5	5	30	34
C6	8	35	40
C7	5	35	38
C8	5	46	48
D1	5	20	24

Avaluació de la disfunció d'un nervi raquidi

1. Estimi la gravetat de la disfunció sensorial o dolor de conformitat amb la taula 21 i de la disfunció motriu de conformitat amb la taula 22.

2. Busqui els valors de disfunció màxima de l'extremitat superior per disfunció sensorial o motriu de cada nervi raquidi utilitzant la taula 23.

3. Multipliqui la gravetat de la disfunció sensorial o motriu pel percentatge corresponent de la taula 23 per determinar el percentatge de disfunció de l'extremitat superior.

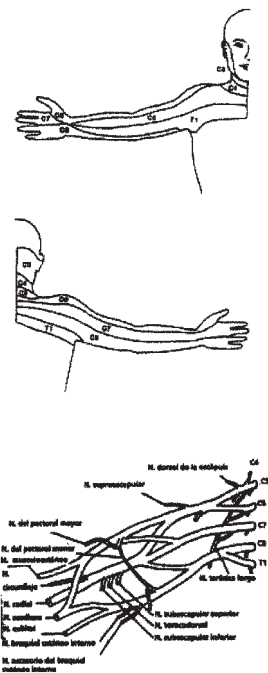
4. Combini els percentatges de disfunció sensorial i motora per obtenir la disfunció total de l'extremitat superior.

5. Converteixi la disfunció de l'extremitat superior a percentatge de discapacitat (taula 3).

Plexe braquial

- Està format per tres troncs primaris:
- Tronc superior: C5 i C6
- Tronc mitjà: C7
- Tronc inferior: C8 i D1

La taula 24 mostra els percentatges màxims de disfunció que corresponen al plexe braquial o als seus troncs. Aquests percentatges només fan referència a afectacions unilaterals de l'extremitat superior. Si l'afectació és bilateral, es determina la disfunció de cada costat de forma independent i es converteix a percentatge de discapacitat. A continuació els percentatges unilaterals es combinen mitjançant la taula de valors combinats.



Taula 24. Disfuncions màximes de l'extremitat superior per disfunció sensorial o motriu unilateral del plexe braquial			
	% màxim de l'extremitat superior per		
	Disfunció sensorial o dolor	Disfunció motriu	Disfunció sensitiva-motriu combinada
Plexe braquial (C5 a D1)	100	100	100
Tronc superior (C5-C6) Erb-Duchenne	25	75	81
Tronc mitjà (C7)	5	35	38
Tronc inferior (C8-D1)	20	70	76
Dejerine Klumpke			

Avaluació de la disfunció del plexe braquial

1. Estimi la gravetat de la disfunció sensorial o dolor de conformitat amb la taula 21 i de la disfunció motriu de conformitat amb la taula 22.

2. Busqui els valors de disfunció màxima de l'extremitat superior per disfuncions sensorials o motrius del plexe braquial i els seus troncs utilitzant la taula 24.

3. Multipliqui la gravetat de la disfunció sensorial o motriu pel percentatge corresponent de la taula 24 per determinar el percentatge de disfunció de l'extremitat superior.

4. Combini els percentatges de disfunció sensorial i motora per obtenir la disfunció total de l'extremitat superior.

5. Converteixi la disfunció de l'extremitat superior a percentatge de discapacitat (taula 3).

Nervis perifèrics principals

La taula 25 mostra els percentatges màxims de disfunció que corresponen als nervis perifèrics que s'associen amb major freqüència a disfuncions de l'extremitat superior.

Aquests percentatges només fan referència a afectacions unilaterals de l'extremitat superior. Si l'afectació és bilateral, es determina la disfunció de cada costat de forma independent i es converteix a percentatge de discapacitat. A continuació els percentatges unilaterals es combinen mitjançant la taula de valors combinats.

Taula 25. Disfuncions màximes de l'extremitat superior per disfunció sensorial o motriu unilateral dels nervis perifèrics principals.			
	% de pèrdua sensorial longitudinal		
Nervi	Disfunció sensorial o dolor	Disfunció motriu	Disfunció sensitiva-motriu combinada
Pectorals (major i menor)	0	5	5
Circumflex	5	35	38
Dorsal de l'escàpula	0	5	5
Toràcic llarg	0	15	15
Braquial cutani intern	5	0	5
Accessori del braquial cutani intern	5	0	5
Mitjà (per sobre del punt mitjà de l'avantbraç)	38	44	65
Mitjà (interossi anterior)	0	15	15
Mitjà (per sota del punt mitjà de l'avantbraç)	38	10	44
Col·lateral palmar radial del polze	7	0	7
Col·lateral palmar cubital del polze	11	0	11
Col·lateral palmar radial del dit índex	5	0	5
Col·lateral palmar cubital del dit índex	4	0	4
Col·lateral palmar radial del dit mitjà	5	0	5
Col·lateral palmar cubital del dit mitjà	4	0	4
Col·lateral palmar radial del dit anular	2	0	2
Musculocutani	5	25	29

Radial (regió sup. del braç amb pèrdua del tríceps)	5	42	45
Radial (colze sense afectació del tríceps)	5	35	38
Subescapulars (superior i inferior)	0	5	5
Supraescapular	5	16	20
Toracodorsal	0	10	10
Cubital (per sobre del punt mitjà de l'avantbraç)	7	46	50
Cubital (per sota del punt mitjà de l'avantbraç)	7	35	40
Col·lateral palmar cubital del dit anular	2	0	2
Col·lateral palmar radial del dit petit	2	0	2
Col·lateral palmar cubital del dit petit	3	0	3

1. Estimi la gravetat de la disfunció sensorial o dolor de conformitat amb la taula 21 i de la disfunció motriu de conformitat amb la taula 22.

2. Busqui els valors de disfunció màxima de l'extremitat superior per disfuncions sensorials o motrius dels nervis perifèrics principals utilitzant la taula 25.

3. Multipliqui la gravetat de la disfunció sensorial o motriu (taules 21 i 22) pel percentatge corresponent de la taula 25 per determinar el percentatge de disfunció de l'extremitat superior.

4. Combini els percentatges de disfunció sensorial i motora per obtenir la disfunció total de l'extremitat superior.

5. Converteixi la disfunció de l'extremitat superior a percentatge de discapacitat (taula 3).

Neuropaties per atrapament

Les disfuncions de l'extremitat superior secundàries a neuropaties per atrapament poden calcular-se mesurant les disfuncions sensorial i motriu tal i com es descriuen en els apartats anteriors.

La taula 26 proporciona un mètode alternatiu en què la disfunció de l'extremitat superior s'estima de conformitat amb la gravetat de l'afectació de cada nervi principal a cada punt d'atrapament. L'avaluador utilitzarà un o altre mètodes, però mai ambdós.

Taula 26. Disfunció de l'extremitat superior a causa de neuropatia per atrapament				
Nervi afectat	Lloc de l'atrapament	Gravetat de l'atrapament i % de disfunció de l'extremitat superior		
		Lleu	Moderat	Greu
Supraescapular		5	10	20
Circumflex		10	20	38
Radial	Regió superior del braç	15	25	45
Interossi posterior	Avantbraç	10	20	35
Mitjà	Colze	15	35	55
Interossi anterior	Regió proximal de l'avantbraç	5	10	15
Mitjà	Canell	10	20	40
Cubital	Colze	10	30	50
Cubital	Canell	10	30	40

7. Avaluació dels trastorns vasculars

Les vasculopaties perifèriques de l'extremitat superior es valoraran de conformitat amb el capítol corresponent al Sistema Cardiovascular: sistema vascular perifèric.

Quan existeixi una amputació a causa de vasculopatia perifèrica, la disfunció per amputació es valorarà de conformitat amb l'apartat corresponent d'aquest capítol i posteriorment es combinarà el seu percentatge de discapacitat amb què correspongui per la disfunció vascular perifèrica, si persisteix.

8. Avaluació d'artroplasties

L'artroplàstia d'una articulació pot realitzar-se amb o sense la col·locació d'un implant.

L'artroplàstia amb resecció simple rep un 40% del valor relatiu de l'articulació respecte a l'extremitat superior. L'artroplàstia amb implant rep un 50% del valor relatiu de l'articulació.

Les estimacions de disfunció de l'extremitat superior per a cada articulació es mostren a la taula 27.

Taula 27. Disfunció de l'extremitat superior després d'artroplàstia d'ossos o articulacions específiques		
Nivell de l'artroplàstia	% de disfunció de l'extremitat superior	
	Artroplàstia amb resecció (40%)	Artroplàstia amb implant (50%)
Tota l'espatlla	24	30
Porció distal de la clavícula (aïllada)	10	-
Tot el colze	28	35
Cap del radi (aïllada)	8	10
Tot el canell	24	30
Cap del cúbit (aïllada)	8	10
Fila proximal del carp	12	15
Ossos del carp	12	15
Polze:		
Carpometacarpiana	11	13
Metacarpofalàngica	1	2
Interfalàngica	2	3
Dits índex o mitjà:		
Metacarpofalàngica	7	9
Interfalàngica proximal	6	7
Interfalàngica distal	3	4
Dits anular o petit:		
Metacarpofalàngica	3	4
Interfalàngica proximal	3	3
Interfalàngica distal	2	2

Si existeix limitació del moviment, la disfunció es calcula de forma independent i es combina amb la disfunció corresponent per artroplàstia. Si existeix artrodesi, la disfunció només s'estima de conformitat amb les normes per a la disfunció per anquilosi de cada articulació.

9. Combinació de disfuncions regionals per obtenir el percentatge de discapacitat

1. Determini les disfuncions de cada regió (mà, canell, colze, espatlla) tal i com es descriu en els apartats anteriors.

2. Combini, mitjançant la taula de valors combinats, les disfuncions de l'extremitat superior per a cada regió.

Les disfuncions dels dits han de convertir-se a disfunció de la mà i aquesta, al seu torn, a disfunció de l'extremitat superior, abans de combinar les disfuncions regionals.

3. Utilitzi la taula 3 per convertir la disfunció de l'extremitat superior en percentatge de discapacitat.

Extremitat inferior

En aquesta secció s'aborda l'avaluació de les disfuncions del peu, la part posterior del peu, el turmell, la cama, el genoll i el maluc. En cada apartat s'inclouen els valors corresponents a les disfuncions per amputació, lesió de nervis perifèrics, problemes vasculars i altres trastorns.

Per a l'avaluació de la disfunció de l'extremitat inferior s'utilitzen mètodes diagnòstics i funcionals. Algunes disfuncions poden avaluar-se correctament mitjançant la determinació de l'amplitud de moviment, mentre que altres s'avaluen millor utilitzant estudis diagnòstics. Sigui quin sigui el mètode d'avaluació utilitzat, només ha d'usar-se un d'ells per a la valoració d'una disfunció concreta.

Per facilitar la consulta d'aquesta secció les taules que s'inclouen mostren els percentatges de disfunció de l'extremitat inferior indicats entre parèntesis () i els percentatges de disfunció de les diferents regions indicats entre claudàtors [].

Si el pacient presenta diverses disfuncions en la mateixa regió, com per exemple la cama, o disfuncions en diferents regions, com el turmell i un dit del peu, han de calcular-se per separat els percentatges de disfunció de l'extremitat inferior corresponents a cada regió i mitjançant la taula de valors combinats obtenir la disfunció total de l'extremitat inferior; aquest últim valor es converteix a percentatge de discapacitat utilitzant la

taula 28. Si estan afectades les dues extremitats, s'ha d'avaluar la disfunció de cadascuna d'elles de forma independent i transformar-les a percentatge de discapacitat, i combinar-se posteriorment els dos percentatges.

Taula 28. Relació de la disfunció de l'extremitat inferior amb el percentatge de discapacitat

% defic. Extrem Inferior	% de disca- pacitat	% defic. Extrem Inferior	% de disca- pacitat	% defic. Extrem Inferior	% de disca- pacitat	% defic. Extrem Inferior	% de disca- pacitat	% defic. Extrem Inferior	% de disca- pacitat
1 = 0		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		46 = 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		56 = 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	

1. Desigualtat de longitud de les extremitats inferiors

La determinació de la longitud de les extremitats inferiors amb una cinta mètrica o la determinació del nivell de la cresta ilíaca amb el subjecte en bipedestació no són mesures fiables i fins i tot de vegades resulten complicades, per la qual cosa es recomana la telerradiografia per estimar aquestes disfuncions.

Desigualtat en cm	Disfunció extremitat inferior
0 - 1,9	(0)
2 - 2,9	(5 - 9)
3 - 3,9	(10 - 14)
4 - 4,9	(15 - 19)
5 o més	(20)

2. Alteració de la marxa

La taula 30, referida a la disfunció de l'extremitat inferior per alteració de la marxa, pot servir com a guia general per a l'estimació de moltes de les disfuncions del membre inferior. Sempre que s'utilitzi aquest mètode d'avaluació no podrà utilitzar-se cap altre dels ressenyats en aquesta secció.

Els percentatges mostrats a la taula corresponen a disfuncions permanents compatibles amb troballes patològiques o amb la dependència de dispositius adaptatius, per tant no s'utilitzaran quan les disfuncions es basin únicament en factors subjectius, com ara el dolor o el col·lapse sobtat; aquest seria el cas d'un pacient amb molèsties a la regió inferior de l'esquena que decideix utilitzar un bastó per facilitar la deambulació.

Taula 30. Disfuncions de l'extremitat inferior per alteració de la marxa (expressades en percentatge de discapacitat)

Gravetat	Signes del pacient	% de discapacitat
Lleu	a) Coixera antàlgica amb escurçament de la fase d'estació i alteracions artrítiques moderades a avançades demostrades de maluc, genoll o turmell.	7
	b) Signe de Trendelenburg positiu i artrosi moderada a avançada del maluc.	10
	c) Igual que els graus anteriors, però el pacient requereix la utilització parcial d'un bastó o d'una crossa per caminar recorreguts llargs, però no generalment a la llar o al treball.	15
	d) Requereix la utilització habitual d'un corrector curt del membre inferior (ortosi turmell-peu [OTP]).	15
Moderada	e) Requereix l'ús habitual d'un bastó, d'una crossa o d'un corrector llarg del membre inferior (ortosi genoll-turmell-peu [ORTP]).	20
	f) Requereix l'ús habitual d'un bastó o d'una crossa i d'un corrector curt del membre inferior.	30
	g) Requereix l'ús habitual de dos bastons o dues crosses.	40
Greu	h) Requereix l'ús habitual de dos bastons o de dues crosses i d'un corrector curt del membre inferior (OTP).	50
	i) Requereix l'ús habitual de dos bastons o de dues crosses i d'un corrector llarg del membre inferior (ORTP).	60
	j) Requereix l'ús habitual de dos bastons o de dues crosses i de dos correctors del membre inferior (OTP o ORTP).	60
	k) Necessita una cadira de rodes.	65

3. Funció muscular

La disminució de la funció muscular ha d'estimar-se només mitjançant una de les diferents parts d'aquesta secció relatives a: alteració de la marxa (taula 30), atròfia muscular (taula 31), prova muscular manual (taula 32) o lesió d'un nervi perifèric (taula 48).

L'avaluador haurà de determinar quin mètode s'ajusta millor a la disfunció del pacient i utilitzar el que sigui més objectiu.

Per avaluar l'atròfia muscular, és necessari que la regió corresponent de l'altra extremitat sigui normal, utilitzant-la com a element de comparació. Cap dels membres ha de presentar inflamació o varius.

El mesurament a la cuixa es realitza 10 cm per sobre la ròtula, amb el genoll totalment estès.

Taula 31. Disfuncions per atròfia muscular de la cuixa i el panxell

Diferència de circumferència en cm	Grau de disfunció	% de la disfunció de l'extremitat inferior
0 - 0,9	Absent	(0)
1 - 1,9	Lleu	(3 - 7)
2 - 2,9	Moderada	(8 - 11)
3 o més	Greu	(12)

La Prova muscular manual gradua la capacitat d'una persona per moure un segment de l'extremitat inferior en tota la seva amplitud de moviment contra la gravetat i mantenir aquest segment contra resistència. Es realitza per grups musculars principals i no és una prova útil quan l'activitat dels pacients està inhibida pel dolor o per la por al dolor.

Taula 32. Disfuncions per debilitat muscular de l'extremitat inferior						
		(% de disfunció extremitat inferior)				
		[% de disfunció peu]				
Grup muscular		Grau 0	Grau 1	Grau 2	Grau 3	Grau 4
Maluc	Flexió	(15)	(15)	(15)	(10)	(5)
	Extensió	(37)	(37)	(37)	(37)	(17)
	Abducció	(62)	(62)	(62)	(27)	(25)
	Rotació interna	(10)	(10)	(10)	(5)	(2)
	Rotació externa	(10)	(10)	(10)	(5)	(2)
Genoll	Flexió	(25)	(25)	(25)	(17)	(12)
	Extensió	(25)	(25)	(25)	(17)	(12)
Turmell	Flexió (flexió plantar)	(37) [53]	(37) [53]	(37) [53]	(25) [35]	(17) [24]
	Extensió (flexió dorsal)	(25) [35]	(35) [35]	(35) [35]	(25) [35]	(12) [17]
	Inversió	(12) [17]	(12) [17]	(12) [17]	(12) [17]	(5) [7]
	Eversió	(12) [17]	(12) [17]	(12) [17]	(12) [17]	(5) [7]
1r dit del peu	Extensió	(7) [10]	(7) [10]	(7) [10]	(7) [10]	(2) [3]
	Flexió	(12) [17]	(12) [17]	(12) [17]	(12) [17]	(5) [7]

La debilitat d'adducció del maluc s'avalua com a disfunció del nervi obturador (taula 47).

Grau 0: Absència de contracció.

Grau 1: Lleu contracció sense moviment.

Grau 2: Moviment actiu sense gravetat.

Grau 3: Moviment actiu només contra gravetat, sense resistència.

Grau 4: Moviment actiu contra gravetat amb cert grau de resistència.

4. Amplitud de moviment

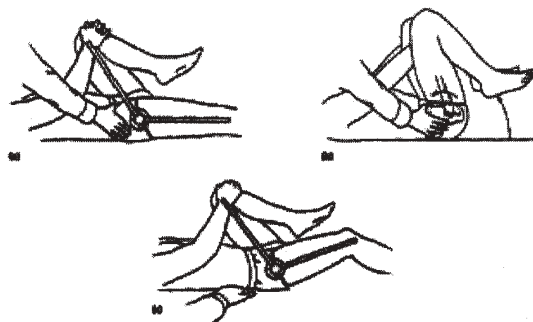
A l'igual que al membre superior, l'amplitud de moviment del membre inferior es mesurarà, per a cada arc de moviment d'una articulació, partint des dels 0° com a posició inicial i afegint el nombre total de graus recorreguts des d'aquest punt.

Els mesuraments obtinguts es transformaran en percentatges de disfunció mitjançant les taules corresponents a cada articulació, que especifiquen els arcs de moviment mesurats en forma de disfuncions lleus, moderades i greus.

Maluc

El maluc posseeix tres unitats funcionals de moviment:

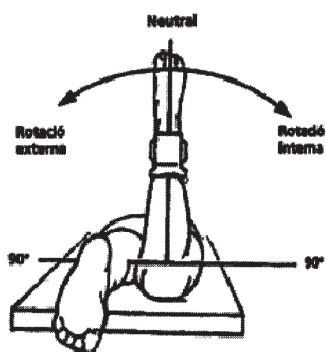
Flexió-Extensió: 130° d'amplitud mitja (100° flexió, 30° extensió)



Abducció-adducció: 60° d'amplitud mitja (40° abducció, 20° adducció)



Rotació interna-externa: 90° d'amplitud mitja (40° R. interna, 50° R. externa).



Limitació de moviment

A la taula 33 apareix reflectit el percentatge de disfunció de l'extremitat inferior per limitació de moviment del maluc.

Hauran de combinar-se els percentatges de disfunció dels diferents arcs de moviment per obtenir la disfunció de l'extremitat inferior.

Taula 33. Limitació de moviment del maluc			
Moviment	% disfunció extremitat inferior		
	Lleu (5%)	Moderada (10%)	Greu (20%)
Flexió	menor de 100°	menor de 80°	menor de 50°
Extensió	10 - 19°	contractura en flexió de: 20 - 29°	30°
Rotació interna	10 - 20°	0 - 9°	
Rotació externa	20 - 30°	0 - 19°	
Abducció	15 - 25°	5 - 14°	menor de 5°
Adducció	0 - 15°		
Contractura en abducció (1)	0 - 5°	6 - 10°	11 - 20°

(1) Una contractura en abducció major de 20° representa una disfunció de l'extremitat inferior del 38%.

Anquilosi

La posició òptima d'anquilosi al maluc és de 25° a 40° de flexió i posició neutral per a la resta dels moviments. A aquesta posició d'anquilosi, li correspon una disfunció de l'extremitat inferior del 50%.

Quan el maluc estigui anquilosat en una posició diferent, es determinarà la posició d'anquilosi i se sumará el percentatge de disfunció corresponent, segons la taula 34, al de la posició òptima (50%).

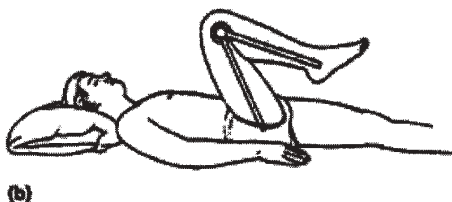
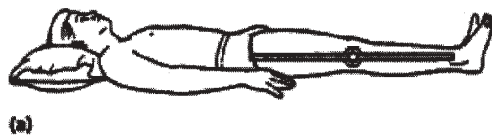
Si existeix anquilosi en més d'una posició, el percentatge de disfunció per la posició òptima se sumará a només una de les posicions d'anquilosi, i es combinarà posteriorment amb el que correspongui a les altres posicions.

Taula 34. Disfunció de l'extremitat inferior per anquilosi de maluc						
Disfunció extremitat inferior (%)	Anquilosi a:					Disfunció extremitat inferior (%)
	Flexió (°)	Rotació interna (°)	Rotació externa (°)	Abducció (°)	Adducció (°)	
37	0 - 9					37
25	10 - 19					25
12	20 - 24					12
12	40 - 49	5 - 9	10 - 19			12
25	50 - 59	10 - 19	20 - 29	5 - 14	5 - 9	25
37	60 - 69	20 - 29	30 - 39	15 - 24	10 - 14	37
50	+ de 70	+ de 30	+ de 40	+ de 25	+ de 15	50

Genoll

El genoll posseeix una unitat funcional de moviment:

Flexió - extensió: 140° d'amplitud mitja (140° flexió, 0° extensió)



Limitació de moviment

A la taula 35 apareix reflectit el percentatge de disfunció de l'extremitat inferior per moviment anormal del genoll.

Hauran de combinar-se els percentatges de disfunció dels diferents arcs de moviment per obtenir la disfunció de l'extremitat inferior.

Taula 35. Disfunció de moviment del genoll			
Moviment	% disfunció extremitat inferior		
	Lleu (10%)	Moderada (20%)	Greu (35%)
Flexió	menor de 100°	menor de 80°	menor de 60° +2% per cada 10° menor de 60°
Contractura en flexió	5° - 9°	10 - 19°	20° o més

Anquilosi

La posició òptima d'anquilosi al genoll és de 10° a 15° de flexió amb una bona alineació. Aquesta posició representa una disfunció de l'extremitat inferior del 67%.

Les disfuncions per anquilosi en posició diferent, incloses var-valg i deformitats per defecte de rotació, han d'avaluar-se segons la taula 36 i sumar-se al percentatge de disfunció corresponent a la posició òptima.

Si existeix anquilosi en més d'una posició, el percentatge de disfunció per la posició òptima se sumarà a només una de les posicions d'anquilosi, i es combinarà posteriorment amb el que correspongui a les altres posicions.

Taula 36. Disfunció de l'extremitat inferior per anquilosi de genoll

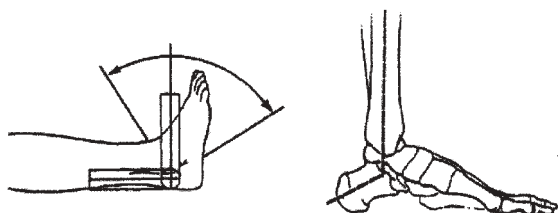
Disfunció extremitat inferior (%)	Anquilosi a:					Disfunció extremitat inferior (%)
	Flexió (°)	Rotació interna (°)	Rotació externa (°)	Var (°)	Valg (°)	
12	20 - 29	10 - 19	10 - 19	0 - 9	10 - 19	12
25	30 - 39	20 - 29	20 - 29	10 - 19	20 - 30	25
33	més de 40	més de 30	més de 30	més de 20	més de 30	33

Turmell i part posterior del peu

El turmell posseeix dues unitats funcionals de moviment:

Flexió dorsal-plantar: 60° d'amplitud mitja (20° F. dorsal, 40° F. plantar).

Inversió -eversió: 50° d'amplitud mitja (30° inversió, 20° eversió).



Limitació de moviment

A la taula 37 apareix reflectit el percentatge de disfunció de l'extremitat inferior per moviment anormal del turmell.

Hauran de combinar-se els percentatges de disfunció dels diferents arcs de moviment per obtenir la disfunció de l'extremitat inferior.

Taula 37. Limitació de moviment del turmell i de la part posterior del peu

	(% disfunció extremitat inferior) [% disfunció peu]		
Moviment	Lleu (7%) [10%]	Moderada (15%) [21%]	Greu (30%) [43%]
Flexió plantar	11 - 20°	1 - 10°	Absent
Flexió dorsal	10 - 0°	-	-
Contractura en flexió	-	10°	20°
Moviment	Lleu (2%) [3%]	Moderada i greu (5%) [7%]	
Inversió	10 - 20°	0 - 9°	
Eversió	0 - 10°	-	
Moviment	Lleu (12%) [17%]	Moderada (25%) [35%]	Greu (50%) [72%]
Var	10 - 14°	15 - 24°	25° o més
Valg	10 - 20°	-	-

Anquilosi

La posició òptima d'anquilosi al turmell és la posició neutral sense flexió, extensió, var o valg. Aquesta posició representa una disfunció del peu del 14% i una disfunció de l'extremitat inferior del 10%.

Les disfuncions per anquilosi en posició diferent han d'avaluar-se de conformitat amb la taula 38 i sumar-se al percentatge de disfunció corresponent a la posició òptima.

Si existeix anquilosi en més d'una posició, el percentatge de disfunció per la posició òptima se sumarà a només una de les posicions d'anquilosi, i es combinarà posteriorment amb el que correspongui a les altres posicions.

Taula 38. Disfunció de l'extremitat inferior per anquilosi de turmell							
Disfunció extremitat inferior (%) Peu [%]	Anquilosi a:						Disfunció extremitat inferior (%) Peu [%]
	Flexió dorsal (°)	Rotació plantar (°)	Rotació interna (°)	Rotació externa (°)	Var (°)	Valg (°)	
(12) [17]			0 - 9°	15 - 19°			(12) [17]
(17) [24]	10 - 19°	10 - 19°					(17) [24]
(25) [35]			10 - 19°	20 - 29°	5 - 9°	10 - 19°	(25) [35]
(37) [53]	+ de 20°	20 - 29°	20 - 29°	30 - 39°	10 - 19°	20 - 30°	(37) [53]
(43) [61]					20 - 29°		(43) [61]
(52) [74]		+ de 30°	+ de 30°	+ de 40°	+ de 30°	+ de 30°	(52) [74]

Dits del peu

A la taula 39 figura reflectit el percentatge de disfunció de l'extremitat inferior per limitació de moviment dels dits del peu.

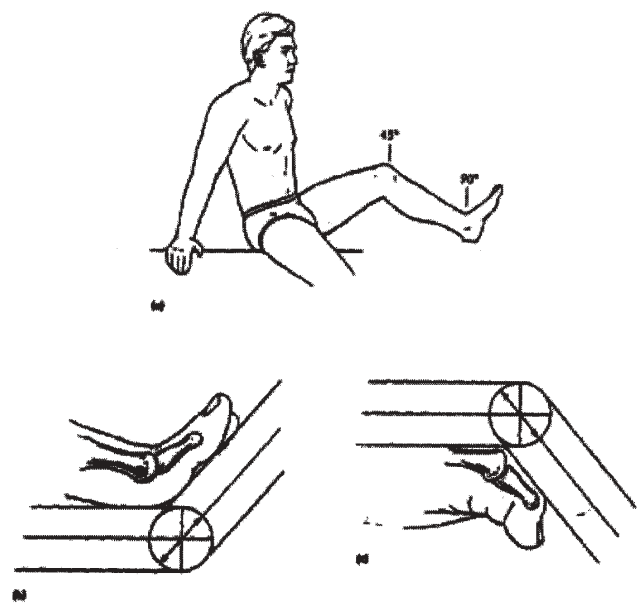
Si existeix disfunció en més d'un arc de moviment o en més d'un dit, hauran de combinar-se les disfuncions del peu abans de passar a disfunció de l'extremitat inferior.

Taula 39. Limitació de moviment dels dits del peu		
	% disfunció extremitat inferior % disfunció peu	
Moviment	Lleu (2%) (3%)	Moderada i greu (5%)(7%)
Primer dit		
MTF	15 - 30°	< 15°
IF	< 20°	
Dits 2n a 5è		
MTF	< 10°	

Anquilosi

Les disfuncions per anquilosi d'un o més dits es reflecteixen a la taula 40.

Si existeix més d'un dit anquilosat, sumi el percentatge de disfunció del peu corresponent a cada dit i posteriorment converteixi a percentatge de disfunció de l'extremitat inferior.



Taula 40. Disfunció de l'extremitat inferior i peu per anquilosi dels dits			
Dits afectats	Extensió completa	Posició funcional	Flexió completa
Primer dit	(10) [14]	(9) [13]	(13) [18]
2n a 5è dit	(2) [3]	(1) [2]	(2) [3]

Taula 41. Relació de la disfunció del peu amb la disfunció de l'extremitat inferior				
% de disfunció	% de disfunció	% de disfunció	% de disfunció	% de disfunció
Peu Extrem. inferior	Peu Extrem. inferior	Peu Extrem. inferior	Peu Extrem. inferior	Peu Extrem. inferior
1 = 1	21 = 15	41 = 29	61 = 43	81 = 57
2 = 1	22 = 15	42 = 29	62 = 43	82 = 57
3 = 2	23 = 16	43 = 30	63 = 44	83 = 58
4 = 3	24 = 17	44 = 31	64 = 45	84 = 59
5 = 4	25 = 18	45 = 32	65 = 46	85 = 60
6 = 4	26 = 18	46 = 32	66 = 46	86 = 60
7 = 5	27 = 19	47 = 33	67 = 47	87 = 61
8 = 6	28 = 20	48 = 34	68 = 48	88 = 62
9 = 6	29 = 20	49 = 34	69 = 48	89 = 62
10 = 7	30 = 21	50 = 35	70 = 49	90 = 63
11 = 8	31 = 22	51 = 36	71 = 50	91 = 64
12 = 8	32 = 22	52 = 36	72 = 50	92 = 64
13 = 9	33 = 23	53 = 37	73 = 51	93 = 65
14 = 10	34 = 24	54 = 38	74 = 52	94 = 66
15 = 11	35 = 25	55 = 39	75 = 53	95 = 67
16 = 11	36 = 25	56 = 39	76 = 53	96 = 67
17 = 12	37 = 26	57 = 40	77 = 54	97 = 68
18 = 13	38 = 27	58 = 41	78 = 55	98 = 69
19 = 13	39 = 27	59 = 41	79 = 55	99 = 69
20 = 14	40 = 28	60 = 42	80 = 56	100 = 70

5. Artrosi

La majoria dels pacients amb artrosi presenten una disfunció major per dolor i debilitat secundaris a degeneració de la superfície articular que per pèrdua de moviment, per la qual cosa en aquests casos la graduació radiogràfica és un mètode més objectiu i vàlid per valorar la disfunció que la determinació de l'amplitud de moviment.

El signe característic de tots els tipus d'artrosi és l'aprimament del cartílag articular, que es correlaciona amb la progressió de la malaltia, per tant el millor indicador radiogràfic de disfunció funcional en un pacient amb artrosi és l'interval cartilaginós o espai articular.

Taula 42. Disfuncions per artrosi				
Articulació (Intervals cartilaginosis normals entre parèntesis)	(% disfunció extremitat inferior) [% disfunció peu] Interval cartilaginós			
	3 mm	2 mm	1 mm	0 mm
Sacroilíaca (3 mm)	-	(2)	(7)	(7)
Maluc (4 mm)	(7)	(20)	(25)	(50)
Genoll (4 mm)	(7)	(20)	(25)	(50)
Femororrotuliana (**)	-	(10)	(15)	(20)
Turmell	(5) [7]	(15)[21]	(20)[28]	(30)[43]
Subastragalina	-	(5)[7]	(15)[21]	(25)[35]
Astragaloescapoidea	-		(10)[14]	(20)[28]
Calcaneocuboidea	-		(10)[14]	(20)[28]
Primera metatarsofalàngica	-		(5)[7]	(12)[17]
Altres metatarsofalàngiques	-		(2)[3]	(7)[10]

(**) En un pacient amb història de traumatisme directe, símptoma de dolor femororrotuliana i crepitació a l'exploració física, però sense aprimament de l'espai articular a les radiografies, s'assigna una disfunció de l'extremitat inferior del 5%.

6. Amputacions

Les disfuncions de l'extremitat inferior per amputació s'estimen de conformitat amb la taula 43.

7. Estimacions basades en el diagnòstic

Algunes disfuncions es determinen de forma més correcta sobre la base d'un diagnòstic que en funció de les troballes exploratòries.

L'avaluador ha de decidir quin dels criteris, diagnòstic o d'exploració, descriu millor la disfunció d'un pacient concret i utilitzar-ne només un d'ells per a la valoració de cada regió anatòmica.

En general, es recomana seguir els criteris de la secció que proporcionin la major estimació de disfunció.

Taula 43. Estimacions de disfunció per amputació		
Amputació	(% disfunció extremitat inferior) [% disfunció peu]	
Desarticulació de maluc	(100)	
Sobre del genoll		
Proximal	(100)	
Regió mitjana de la cuixa	(90)	
Distal	(80)	
Desarticulació de genoll	(80)	
Sota del genoll		
<7,5 cms	(80)	
> o = 7,5 cms	(70)	[100]
De Syme (peu)	(62)	[64]
Mesopeu	(45)	[57]
Transmetatarsiana	(40)	[28]
Primer metatars	(20)	[7]
Altres metatarsos	(5)	[31]
Tots els dits a nivell de l'art. metatarsofalàngica	(22)	[17]
Primer dit a nivell de l'art. metatarsofalàngica	(12)	[7]
Primer dit a nivell de l'articulació interfalàngica	(5)	[3] cadascun
Dits 2n a 5è a nivell de l'art. interfalàngica	(2)	

Per hemipelvectomy s'assigna un percentatge de discapacitat del 50%.

Taula 44. Disfuncions de l'extremitat inferior i peu segons estimacions basades en el diagnòstic			
Regió i trastorn	Extremitat inferior (%)	Regió i trastorn	Extremitat inferior (%)
Pelvis		Maluc	
Fractura pèlvica:		Substitució total del maluc (taula 45).	
No desplaçada, no articular, consolidada, sense disfunció neurològic ni altres signes.	0	Resultat bo, 85 - 100 punts.	37
Desplaçada, no articular: avaluació mitjançant escurçament i debilitat.	-	Resultat regular, 50 - 84 punts.	50
Fractura acetabular: avaluació segons moviment i alteracions articulars.	-	Resultat dolent, <50 punts.	75
Fractura d'articulació sacroilíaca.	2 - 7	Fractura coll del fèmur consolidada a:	
Bursitis isquial	7	Bona posició: Avaluació segons l'exploració.	-
Diàfisi femoral		Mala unió (combinar amb la disfunció corresponent per amplitud de moviment).	30
Fractura consolidada amb angulació o defecte de rotació de:		Absència d'unió (combinar amb la disfunció corresponent per amplitud de moviment).	37
10 - 14°	25	Artroplàstia de Girdlestone (si s'avalua segons les troballes de l'exploració s'usarà la puntuació major).	50
15 - 19°	45	Bursitis trocantèrica crònica amb marxa anormal.	7
+ de 20° (augmentar 2% per grau)	62 màxim	Turmell	
Genoll		Inestabilitat lligamentosa (basada en Rx d'esforç):	
Subluxació o luxació rotuliana amb inestabilitat residual	(7)	Lleu (excés d'obertura de 2-3 mm)	(5) [7]
Fractura rotuliana:		Moderada (4-6 mm.).	(10) [14]
No desplaçada, consolidada.	(7)	Greu (>de 6 mm.).	(15) [21]
Desplaçament major de 3 mm.	(12)	Fractura extraarticular amb angulació:	
Desplaçada amb absència d'unió.	(17)	10 - 14°	(15) [21]
Rotulectomia:		15 - 19°	(25) [35]
Parcial.	(7)	+20° (augmentar (2) [3] % per cada grau fins a un màxim de	(37) [53]
Total.	(22)	Fractura intraarticular amb desplaçament	(20) [28]
Meniscectomia, medial o lateral:		Part posterior del peu	
Parcial.	(2)	Fractura extraarticular:	

Total.	(3)	Amb angulació a var de 10 -19°	(12) [17]
Meniscectomia medial i lateral:		Amb angulació a var de + de 20°: augmentar (1) [1]% per cada grau fins a un màxim de:	(25) [35]
Parcial.	(10)	Amb angulació a valg de 10 - 19°	(7) [11]
Total.	(22)	Amb angulació a valg > de 20°: augmentar (1) [1]% per cada grau fins a un màxim de:	(25) [35]
Laxitud de llig. creuats o col·laterals:		Pèrdua de l'angle tibiocalcani:	
Lleu.	(7)	Angle de 120 -110°	(12) [17]
Moderada.	(17)	Angle de 100 - 90°	(20) [28]
Greu.	(25)	Angle < 90°: augmentar (2) [3]% per grau fins a un màxim de:	(37) [54]
Laxitud de llig. creuats i col·laterals:		Fractura intraarticular amb desplaçament:	
Moderada.	(25)	Subastragalina.	(15) [21]
Greu.	(37)	Astragaloescaploidea.	(7) [10]
Fractura de la meseta tibial:		Calcanicuboida.	(7) [10]
No desplaçada.	(5)	Deformitat del mesopeu	
Desplaçada:		Buit:	
5 - 9° d'angulació.	(12)	Lleu.	(2) [3]
10 - 19° d'angulació.	(25)	Moderada.	(7) [10]
+20° (augmentar 2% per grau).	Màxim 50	Peu de balancí:	
Fractura supra o intercondíla:		Lleu.	(5) [7]
No desplaçada.	(5)	Moderada.	(10) [14]
Desplaçada:		Greu.	(20) [28]
5 - 9° d'angulació.	(12)	Necrosi avascular de l'astràgal:	
10 - 19° d'angulació.	(25)	Sense esfnament.	(7) [10]
+20° (augmentar 2% per grau).	Màxim 50	Amb esfnament.	(15) [21]
Substitució total de genoll (Taula 45):		Deformitat de l'avantpeu	
Resultat bo: 85-100 punts.	(37)	Fractura metatarsiana amb desplaçament dorsal del cap > 5 mm:	
Resultat regular: 50-84 punts.	(50)	Primer metatarsià.	(10) [14]
Resultat dolent: <50 punts.	(75)	Cinquè metatarsià.	(5) [7]
Osteotomia tibial proximal:		Altres metatarsians.	(2) [3]
Resultat bo.	(25)	Fractura metatarsiana amb angulació plantar i metatarsàlgia:	
Resultat dolent: Estimi la disfunció segons l'exploració.	—	Primer metatarsià.	(10) [14]
Tíbia		Cinquè metatarsià.	(5) [7]
Fractura de diàfisi tibial amb defecte d'alineació de:		Altres metatarsians.	(2) [3]
10 - 14°	20		
15 - 19	30		
+de 20° (augmentar 2% per cada grau)	Màxim 50		

Taula 45. Graduació dels resultats de la substitució de maluc i genoll.

Maluc (*)	Punts	Genoll (**)	Punts
a. Dolor		a. Dolor	
Absent	44	Absent	50
Lleu	40	Lleu esporàdic	45
Moderat esporàdic	30	Només en pujar escales	40
Moderat continu	20	Només en caminar i pujar escales	30
Intens	20	Moderat	
b. Funció		Esporàdic	20
Coixesa:		Continu	10
Absent	11	Intens	0
Lleu	8	b. Amplitud de moviment	
Moderada	5	Sumi 1 punt per cada 5°	25
Intensa	0	c. Estabilitat (moviment màxim a qualsevol posició)	
Dispositiu d'ajuda:		Anteroposterior:	
Cap	11	< 5 mm	10
Bastó per a recorreguts llargs	7	5 - 9 mm	5
Bastó	5	> 9 mm	0
Una creua	3	Mediolateral:	
Dos bastons	2	5°	15
Dues creues	0	6 - 9°	10
Distància recorreguda:		10 - 14°	5
Il·limitada	11	> o =15°	0
Sis edificis	8	Suma de punts a + b + c	
Tres edificis	5	d. Contractura en flexió:	

Interiors	2	5 – 9°	2
Al llit o cadira de rodes	0	10 – 15°	5
c. Activitats		16- 20	10
Pujar escales:		> 20°	20
Normal	4	e. Alineació:	
Utilitza passamans	2	0 – 4°	0
Dificultat per pujar	1	5 – 10°	3/gra
Incapaç de pujar	0	11- 15°	3/gra
Posar-se sabates i mitjons:		> 15°	20
Amb facilitat	4	Suma de punts d + e	
Amb dificultat	2	(*) La puntuació total per a l'estimació dels resultats de la substitució de maluc és la suma dels punts dels apartats a), b), c), d) i e).	
Incapaç de fer-ho	0	(**) La puntuació total per a l'estimació dels resultats de la substitució de genoll és la suma dels punts dels apartats a), b) i c) menys la suma dels punts dels apartats d), e) i f).	
Estar assegut:			
Qualsevol cadira, 1 hora	4		
Cadira alta	2		
Incapaç d'asseure's còmode	0		
Transport públic:			
Pot utilitzar-lo	1		
No pot utilitzar-lo	0		
d. Deformatat			
Fixació en adducció: < 10 °	1		
> o = 10°	0		
Fixació en rotació interna: < 10°	1		
> o = 10°	0		
Fixació en rotació externa: < 10°	1		
> o = 10°	0		
Contractura en flexió: < 15°	1		
> o = 15°	0		
Desigualtat de longitud d'EEII: < 1,5 cm	1		
> o = 1,5 cm	0		
e. Amplitud de moviment			
Flexió: > 90°	1		
< o = 90°	0		
Abducció: > 15°	1		
< o = 15°	0		
Adducció: > 15°	1		
< o = 15°	0		
Rotació externa: > 30°	1		
< o = 30°	0		
Rotació interna: > 15°	1		
< o = 15°	0		

8. Pèrdua de pell

La pèrdua de pell en tota la seva gruixària en certes àrees de l'extremitat inferior pot ser causa de disfunció important, tal i com mostra la taula 46, encara que les àrees es recobreixin de forma satisfactòria amb un empelt cutani.

Taula 46. Disfuncions per pèrdua de pell

	% disfunció: (Extremitat inferior) [peu]
Desarticulació de cadera	(100)
Recobriments isquiàtic que requereix una descàrrega freqüent i la limitació del temps en la posició asseguda	(12)
Recobriments de la tuberositat tibial que limita l'acció d'agenollar-se	(5)
Recobriments del taló que limita el temps de bipedestació i de deambulació	(25) [35]
Recobriments de la superfície plantar del cap metatarsià que limita el temps de bipedestació i de deambulació.	
Primer metatarsià	(12) [17]
Cinquè metatarsià	(12) [17]
Osteomielitis crònica amb secreció activa:	
Del fèmur	(7) [10]
De la tibia	(7) [10]
Del peu, que requereix la substitució periòdica dels apòsits i la limitació del temps d'utilització de calçat	(25) [35]

9. Lesions dels nervis perifèrics.

Les lesions dels nervis perifèrics es divideixen en tres components: disfunció motriu, disfunció sensorial i disestèsia o alteració de la sensibilitat.

La taula 47 indica les estimacions de disfunció corresponents a pèrdues sensorials i motores completes dels nervis perifèrics corresponents. La disfunció motriu parcial haurà d'avaluar-se de conformitat amb els criteris corresponents a funció muscular: Prova muscular manual (apartat 3).

Els percentatges de disfunció de l'extremitat inferior per disfunció motriu, sensorial i disestèsia han de combinar-se entre si, i alhora amb altres disfuncions de l'extremitat inferior, excepte les causades per debilitat i atròfia muscular; posteriorment es realitza la conversió a percentatge de discapacitat.

10. Causalgia i distròfia simpàtica reflexa

La causalgia és un dolor urent per lesió d'un nervi perifèric.

Taula 47: Disfuncions per disfunció neurològica

Nervi	% Disfunció: (extremitat inferior) [peu]	
	Motora	Sensitiva
Crural	(37)	(9)
Obturador	(7)	0
Gluti superior	(62)	0
Gluti inferior	(37)	0
Femorocutani	0	(9)
Ciàtic	(75)	(27)
Ciàtic popliti extern	(42)	(10)
Musculocutani de la cama	0	(10)
Safè extern (sural)	0	(7)
Plantar intern	(5)	(10) [14]
Plantar extern	(5) [7]	(10) [14]

La distròfia simpàtica reflexa és un trastorn del sistema nerviós simpàtic caracteritzat per dolor, inflamació, rigidesa i coloració anormal, que pot tenir lloc després d'un esquinç, d'una fractura o d'una lesió vascular o nerviosa.

Quan aquests trastorns es desenvolupen a l'extremitat inferior, han d'avaluar-se com en el cas de l'extremitat superior.

11. Trastorns vasculars

Les vasculopaties perifèriques de l'extremitat inferior es valoraran de conformitat amb el capítol corresponent al Sistema Cardiovascular: sistema vascular perifèric.

Quan existeixi una amputació per vasculopatia perifèrica, la disfunció per amputació es valorarà de conformitat amb l'apartat corresponent d'aquest capítol (apartat 6) i posteriorment es combinarà el seu percentatge de discapacitat amb el que correspongui per la disfunció vascular perifèrica, si persisteix.

Columna vertebral

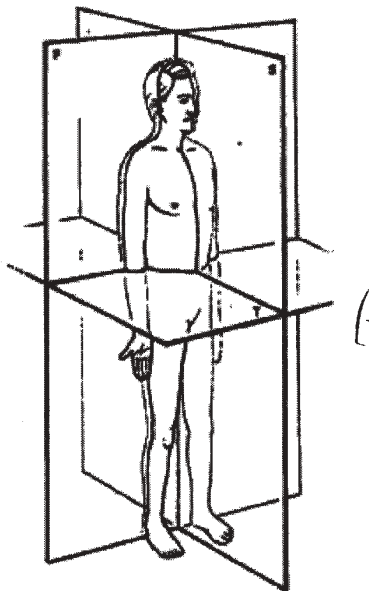
En aquesta secció s'aborda l'avaluació de les disfuncions que afecten la columna cervical, dorsal, lumbar o sacra, que seran expressades sempre en percentatge de discapacitat.

Existeixen dos mètodes d'avaluació:

1. Model de la lesió, també denominat "model de les Estimacions Basades en el Diagnòstic" (EBD), que s'aplica fonamentalment en el cas de lesions traumàtiques i que inclou la disfunció del pacient en un dels 8 graus EBD específics per a cada regió.

2. Model de l'amplitud de moviment, que s'utilitzarà només quan no pugui realitzar-se l'avaluació de la disfunció mitjançant el model de la lesió i que combina un percentatge de disfunció per trastorns específics de la columna amb un altre basat en la limitació de moviment o anquilosi i amb un tercer basat en la disfunció neurològica.

En qualsevol cas haurà d'utilitzar-se un d'aquests dos mètodes, sense passar en cap moment d'un a l'altre.



Model de la lesió o estimacions basades en el diagnòstic (EBD)

Aquest model no depèn únicament de la història clínica i l'exploració física, sinó també de dades mèdiques diferents a les relacionades amb l'amplitud de moviment, especialment amb signes de disfunció neurològica i amb disfuncions fisiològiques i estructurals relacionades amb lesions diferents a les troballes habituals de l'envelliment com ara: espondilolisi, espondilolistesi, hèrnia discal, fractures, luxacions i pèrdua d'integritat del segment de moviment.

La història clínica, l'exploració física i els estudis clínics que es descriuen a continuació guiaran a l'avaluador a incloure la disfunció del pacient en un dels 8 graus específics d'aquest mètode:

Els graus EBD I i II impliquen una afectació lleu de la columna vertebral i es consideren disfuncions menors.

Els graus EBD III a VIII estan relacionats amb troballes específiques i demostrables més greus que inclouen: radiculopatia, pèrdua d'integritat d'un segment de moviment, fractures dels cossos vertebrals potencialment inestables, luxacions, disfunció neurològica a diversos nivells i disfuncions neurològiques greus. En l'últim grau EBD s'emmar-

quen les síndromes de la cua de cavall associades a pèrdua de la funció de l'extremitat inferior, disfunció vesical i intestinal i paraplègia.

Factors diferenciadors del grau EBD de disfunció

En aplicar el "model de la lesió", l'avaluador pot utilitzar certs procediments o determinacions clíniques (factors diferenciadors) per assignar la disfunció d'un pacient al grau EBD correcte. No cal cap factor diferenciador per ubicar un pacient en un grau EBD concret però, si existeix, pot ser una dada orientadora important respecte al grau de l'esmentada disfunció.

Tot i això, si l'avaluador no pot ubicar la disfunció d'un pacient en un dels graus EBD, o si existeixen dubtes sobre el grau més adequat, haurà d'utilitzar per a l'avaluació el model de l'amplitud de moviment.

1. Defensa muscular

Existeix defensa o espasme muscular paravertebral o una pèrdua no uniforme de l'amplitud de moviment.

Les molèsties radiculars que segueixen una distribució anatòmica, però que no poden verificar-se mitjançant troballes neurològiques, corresponen a aquest tipus de factor diferenciador.

2. Pèrdua de reflexos

Existeix una pèrdua dels reflexos del braç o de la cama relacionada amb una lesió de la columna. Aquest fet pot ser comprovat pel factor diferenciador 4, comentat posteriorment.

3. Reducció de la circumferència, atrofia

Les determinacions circumferencials relacionades amb lesions de la columna mostren una pèrdua de circumferència de 2 cm o major per sobre o per sota del colze o del genoll. Aquest fet pot ser comprovat pel factor diferenciador 4, comentat posteriorment.

4. Signes electrodiagnòstics (factors diferenciadors més objectius i importants)

Són signes inequívocs d'afectació radicular:

Múltiples ones agudes positives
Potencials de fibril·lació
Absència de l'ona H
Retard major de 3 mm/seg
Ones polifàsiques en els múscles peri-fèrics

5. Pèrdua d'integritat del segment de moviment

Cada segment de moviment de la columna està constituït per dues vèrtebres contigües, un disc interposat i les articulacions interapofisàries vertebrals.

La pèrdua d'un segment de moviment es defineix com el moviment anormal en el pla horitzontal (traslació) o com el moviment angular anormal d'aquest respecte d'un segment de moviment contigu.

La pèrdua d'integritat del segment de moviment es defineix radiogràficament com el moviment o lliscament antero-posterior d'una vèrtebra sobre una altra major de 3,5 mm a la regió cervical o major de 5 mm a les regions dorsal o lumbar, o com la diferència en el moviment angular de dos segments de moviment contigus, en resposta a la flexió i l'extensió de la columna, major de 15° a nivell de la unió lumbosacra, o major d'11° en qualsevulla altra articulació.

6. Pèrdua del control intestinal o vesical

L'exploració rectal indica una pèrdua del to de l'esfínter, o existeix una pèrdua del control vesical que requereix d'un dispositiu adaptatiu, com ara una sonda.

7. Estudis vesicals (factors diferenciadors més objectius i importants)

Els cistometrogrames mostren una afectació neurològica inequívoca de la veixiga que causa incontinència.

Inclusions estructurals

1. Compensió vertebral
2. Fractura de l'element posterior
3. Fractura d'apòfisi espinosa o transversa.

Alguns patrons de fractura vertebral poden ocasionar una disfunció important i tanmateix no manifestar-se cap de les troballes relacionades amb els factors diferenciadors. En aquest mètode les inclusions estructurals que s'inclouen en

algun dels graus EBD són definitòries d'aquest grau i no serà necessari determinar si es compleixen la resta de criteris.

Si el pacient presenta inclusions estructurals de dos graus, l'avaluador haurà d'assignar al pacient el grau EBD que tingui el percentatge de disfunció més alt.

Regió lumbosacra

Grau EBD lumbosacre 1: molèsties o símptomes

Descripció i comprovació: el pacient no presenta signes clínics importants, ni defensa muscular, ni disfunció neurològica demostrable, ni pèrdua important de la integritat estructural, ni signes de disfunció relacionada amb alguna lesió o malaltia.

Inclusions estructurals: cap.

Percentatge de discapacitat: 0 %.

Grau EBD lumbosacre II: disfunció menor

Descripció i comprovació: la història clínica i les troballes de l'exploració són compatibles amb una lesió o malaltia específica. Les troballes clíniques poden ser: defensa muscular important intermitent o continuada, pèrdua no uniforme de l'amplitud de moviment (factor diferenciador núm. 1) o molèsties radiculars no verificables. No existeixen signes objectius de radiculopatia ni pèrdua de la integritat estructural.

Inclusions estructurals:

1. Compensió d'un cos vertebral menor del 25 %.
2. Fractura de l'element posterior sense luxació (espondilolisi evolutiva); la fractura està consolidada i no existeix pèrdua de la integritat del segment de moviment.

Percentatge de discapacitat: 5 %.

Grau EBD lumbosacre III: radiculopatia

Descripció i comprovació: El pacient presenta signes importants de radiculopatia, com pèrdua de reflexos o atròfia unilateral major de 2 cm per sobre o sota del genoll. La disfunció pot comprovar-se per les troballes electrodiagnòstiques (factors diferenciadors 2, 3 i 4).

Inclusions estructurals:

1. Compensió d'un cos vertebral entre el 25 % i el 50%.
2. Fractura de l'element posterior, però no fractura d'apòfisis transverses o espinoses, amb desplaçament cap al conducte vertebral, reparada sense pèrdua de la integritat estructural. Pot existir o no radiculopatia.

Percentatge de discapacitat: 10%.

Grau EBD lumbosacre IV: pèrdua d'integritat del segment de moviment

Descripció i comprovació: el pacient presenta una pèrdua d'integritat del segment de moviment (factor diferenciador 5). Existeix una història documentada de defensa muscular i dolor. No cal la presència d'anomalies neurològiques; si estan presents, l'avaluador ha de considerar-les en funció del grau V.

Inclusions estructurals:

1. Compensió d'un cos vertebral major del 50 % sense afectació neurològica residual.
2. Afectació estructural segmentària de la columna a diversos nivells, com fractures o luxacions, sense afectació neurològica motora residual.

Percentatge de discapacitat: 20 %.

Grau EBD lumbosacre V: radiculopatia i pèrdua de la integritat del segment de moviment

Descripció i comprovació: el pacient reuneix els criteris dels graus EBD III i IV, és a dir: existeix una radiculopatia i una pèrdua de la integritat del segment de moviment.

Inclusions estructurals: existeix una afectació estructural alhora que una afectació neurològica motora documentada.

Percentatge de discapacitat: 25 %.

Grau EBD lumbosacre VI: síndrome de la cua de cavall sense signes intestinals o vesicals

Descripció i comprovació: el pacient presenta una síndrome de la cua de cavall amb una pèrdua parcial, bilateral i objectivament demostrada de la funció de les extremitats inferiors. Pot existir o no una pèrdua de la integritat del segment de moviment. No s'ha demostrat

d'una forma objectiva una disfunció intestinal o vesical.

Inclusions estructurals: no existeix cap definitòria d'aquest grau.

Percentatge de discapacitat: 40 %.

Grau EBD lumbosacre VII: síndrome de la cua de cavall amb disfunció intestinal o vesical

Descripció i comprovació: existeix una síndrome de la cua de cavall com es defineix en el grau VI i el pacient presenta una afectació intestinal i vesical que requereix un dispositiu adaptatiu.

Inclusions estructurals: no existeix cap definitòria d'aquest grau.

Percentatge de discapacitat: 60 %.

Grau EBD lumbosacre VIII: paraplàgia, pèrdua total de la funció de la regió lumbosacra de la mèdula espinal

Descripció i comprovació: el pacient presenta una paraplàgia completa o quasi completa per compressió neural a la regió lumbar de la columna.

Inclusions estructurals: no existeix cap definitòria d'aquest grau.

Percentatge de discapacitat: 75 %.

Regió dorsolumbar

Grau EBD dorsolumbar I: molèsties o símptomes

Descripció i comprovació: el pacient no presenta signes clínics importants, ni defensa muscular, ni disfunció neurològica demostrable, ni pèrdua important de la integritat estructural, ni signes de disfunció relacionada amb alguna lesió o malaltia.

Inclusions estructurals: cap.

Percentatge de discapacitat: 0 %.

Grau EBD dorsolumbar II: disfunció menor

Descripció i comprovació: la història clínica i les troballes de l'exploració són compatibles amb una lesió o malaltia específica i poden incloure defensa muscular important intermitent o continuada, pèrdua no uniforme de l'amplitud de moviment (factor diferenciador núm. 1) o molèsties radiculars no verificables. No

existeixen signes objectius de radiculopatia ni pèrdua de la integritat estructural.

Inclusions estructurals:

1. Compressió d'un cos vertebral menor del 25 %.

2. Fractura de l'element posterior sense luxació i no causada per espondilolisi evolutiva que està consolidant sense pèrdua de la integritat estructural o radiculopatia.

Percentatge de discapacitat: 5 %.

Si el pacient és classificat en el grau dorsolumbar II per la presència d'una inclusió estructural i presenta signes de fascicles llargs, l'avaluador ha de consultar els graus dorsolumbars VI, VII o VIII i combinar ambdues valoracions.

Grau EBD dorsolumbar III: radiculopatia

Descripció i comprovació: el pacient presenta una disfunció neurològica menor de l'extremitat inferior relacionada amb una lesió dorsolumbar. Aquesta disfunció es demostra mitjançant l'exploració dels reflexos i les troballes d'atròfia unilateral major de 2 cm per sobre o sota del genoll i pot comprovar-se mitjançant un estudi electrodiagnòstic (factors diferenciadors 2, 3 i 4).

Inclusions estructurals:

1. Compressió d'un cos vertebral entre el 25% i el 50 %.

2. Fractura de l'element posterior, però no fractura d'apòfisis trasverses o espinoses, amb un desplaçament lleu que interromp el conducte vertebral i consolidada sense pèrdua de la integritat estructural. Pot existir o no radiculopatia.

Percentatge de discapacitat: 15 %.

Si el pacient és classificat en el grau dorsolumbar III per la presència d'una inclusió estructural i presenta signes de fascicles llargs, l'avaluador ha de consultar els graus dorsolumbars VI, VII o VIII i combinar ambdues valoracions.

Grau EBD dorsolumbar IV: pèrdua d'integritat del segment de moviment o afectació neurològica a diversos nivells

Descripció i comprovació: el pacient presenta una pèrdua d'un segment de

moviment o de la integritat estructural. Existeix una història documentada de defensa muscular i dolor.

Si existeix una pèrdua de la integritat d'un segment de moviment, no cal la presència d'una radiculopatia tal com es defineix en el grau III dorsolumbar. Perquè un pacient sigui assignat al grau dorsolumbar IV per una radiculopatia, aquesta ha de ser bilateral o afectar a diversos nivells.

Els factors diferenciadors d'aquest grau són els números 2, 3 i 4.

Inclusions estructurals:

1. Compressió d'un cos vertebral major del 50 % sense afectació neurològica residual.

2. Afectació d'un segment de moviment a diversos nivells, com una luxació o una fractura a diversos nivells.

Percentatge de discapacitat: 20 %.

Si el pacient és classificat en el grau dorsolumbar IV arran de la presència de signes dorsals i també presenta signes de fascicles llargs, l'avaluador ha de consultar els graus dorsolumbars VI, VII o VIII i combinar ambdues valoracions.

Grau EBD dorsolumbar V: radiculopatia i pèrdua de la integritat del segment de moviment

Descripció i comprovació: el pacient presenta una disfunció de les extremitats inferiors, tal com es defineix en el grau EBD III i indicada pels factors diferenciadors 2, 3, i 4, i una pèrdua de la integritat estructural (factor diferenciador 5) tal com es defineix en el grau EBD IV.

Inclusions estructurals: existeix una afectació estructural que causa una disfunció neurològica motora però no una síndrome de la cua de cavall.

Percentatge de discapacitat: 25 %.

Una estimació de disfunció del grau EBD dorsolumbar i que inclou disfuncions dels sistemes musculo-esquelètic i nerviós no ha de combinar-se amb una estimació dels graus dorsolumbars VI a VIII, ja que es magnificaria la disfunció estimada.

Si l'avaluador considera adequat complementar una disfunció dorsolumbar de grau V amb una disfunció dorsolumbar dels graus VI, VII o VIII relacionada amb

signes de fascicles llargs, l'examinador ha de combinar l'estimació del 20% del grau IV (pèrdua de la integritat d'un segment de moviment) o l'estimació del 15% del grau III (radiculopatia) amb el percentatge adequat que representi els signes de fascicles llargs dels graus VI, VII o VIII.

Grau EBD dorsolumbar VI: síndrome de la cua de cavall sense signes intestinals o vesicals

Descripció i comprovació: el pacient presenta una síndrome de la cua de cavall amb afectació greu i demostrada objectivament, amb pèrdua parcial de la utilització d'una o les dues extremitats inferiors que requereix l'ús d'un dispositiu extern per a la deambulació. No existeix disfunció intestinal o vesical.

Si no es requereix la utilització d'un dispositiu extern per a la deambulació, s'ha d'assignar al pacient el grau V.

Inclusions estructurals: no existeix cap definitòria d'aquest grau.

Percentatge de discapacitat: 40 %.

Les estimacions de disfunció del grau dorsolumbar VI han de combinar-se amb l'estimació corresponent dels graus dorsolumbars II, III o IV.

Grau EBD dorsolumbar VII: síndrome de la cua de cavall amb disfunció greu de la funció intestinal o vesical

Descripció i comprovació: existeix una disfunció greu de l'extremitat inferior tal i com es defineix en el grau VI i una afectació intestinal i vesical permanent que requereix un dispositiu adaptatiu extern.

Inclusions estructurals: no existeix cap definitòria d'aquest grau.

Percentatge de discapacitat: 60 %.

Les estimacions de disfunció del grau dorsolumbar VII han de combinar-se amb l'estimació corresponent dels graus dorsolumbars II, III o IV.

Grau EBD dorsolumbar VIII: paraplàgia

Descripció i comprovació: el pacient presenta una pèrdua total o quasi total de la funció de les extremitats inferiors amb o sense pèrdua de la funció intestinal o vesical.

Inclusions estructurals: no existeix cap definitòria d'aquest grau.

Percentatge de discapacitat: 75 %.

Les estimacions de disfunció del grau dorsolumbar VIII han de combinar-se amb l'estimació corresponent dels graus dorsolumbars II, III o IV.

Regió cervicodorsal

Grau EBD cervicodorsal 1: molèsties o símptomes

Descripció i comprovació: el pacient no presenta signes clínics importants, ni defensa muscular, ni disfunció neurològica demostrable, ni pèrdua important de la integritat estructural, ni signes de disfunció relacionada amb alguna lesió o malaltia.

Inclusions estructurals: cap.

Percentatge de discapacitat: 0 %.

Grau EBD cervicodorsal II: disfunció menor

Descripció i comprovació: La història clínica i les troballes de l'exploració són compatibles amb una lesió o malaltia específica i poden incloure defensa muscular important intermitent o continuada, pèrdua no uniforme de l'amplitud de moviment (factor diferenciador núm. 1) o molèsties radiculars no verificables. No existeixen signes objectius de radiculopatia ni pèrdua de la integritat estructural.

Inclusions estructurals:

1. Compensació d'un cos vertebral menor del 25 %.

2. Fractura de l'element posterior sense luxació i no causa per espondilolisi evolutiva, consolidada sense pèrdua de la integritat estructural o radiculopatia.

Percentatge de discapacitat: 5 %.

Si el pacient és classificat en el grau cervicodorsal II i també presenta signes de fascicles llargs, l'avaluador ha de consultar els graus cervicodorsals VI, VII o VIII i combinar ambdues valoracions.

Grau EBD cervicodorsal III: radiculopatia

Descripció i comprovació: el pacient presenta signes importants de radiculopatia com ara: pèrdua de reflexos important o atrofia unilateral major de 2 cm per sobre

o sota del colze que pot comprovar-se mitjançant un estudi electrodiagnòstic. (factors diferenciadors 2, 3 i 4).

Inclusions estructurals:

1. Compensació d'un cos vertebral entre el 25% i el 50 %.

2. Fractura de l'element posterior, però no fractura d'apòfisis transverses o espinoses, amb desplaçament lleu que interromp el conducte vertebral i consolidada sense pèrdua de la integritat estructural. Pot existir o no radiculopatia.

Percentatge de discapacitat: 15 %.

Si el pacient és classificat en el grau cervicodorsal III arran de la presència d'una inclusió estructural i presenta signes de fascicles llargs, l'avaluador ha de consultar els graus cervicodorsals VI, VII o VIII i combinar ambdues valoracions.

Grau EBD cervicodorsal IV: pèrdua d'integritat del segment de moviment o afectació neurològica a diversos nivells

Descripció i comprovació: el pacient presenta una pèrdua d'integritat del segment de moviment o una radiculopatia que ha de ser bilateral o afectar a diversos nivells. Ha d'existir una història documentada de defensa muscular i dolor.

Els factors diferenciadors d'aquest grau són els números 2, 3, 4 i 5.

Inclusions estructurals:

1. Compensació d'un cos vertebral major del 50 % sense afectació neurològica residual.

2. Afectació estructural d'un segment de moviment a diversos nivells, com ara una luxació o una fractura a diversos nivells, sense afectació neurològica motora residual.

Percentatge de discapacitat: 25 %.

Si el pacient és classificat en el grau cervicodorsal IV i també presenta signes de fascicles llargs, l'avaluador ha de consultar els graus cervicodorsals VI, VII o VIII i combinar ambdues valoracions.

Grau EBD cervicodorsal V: afectació neurològica greu de l'extremitat superior

Descripció i comprovació: el pacient presenta una disfunció de l'extremitat superior important que requereix la utilització d'un dispositiu extern funcional o adaptatiu de l'extremitat superior. Pot existir una pèrdua neurològica total a un sol nivell o una pèrdua neurològica greu a diversos nivells.

Inclusions estructurals: existeix una afectació estructural que causa una disfunció motora greu de l'extremitat superior però sense afectació greu de l'extremitat inferior.

Percentatge de discapacitat: 35 %.

Si el pacient és classificat en el grau cervicodorsal V i també presenta signes de fascicles llargs, l'avaluador ha de consultar els graus cervicodorsals VI, VII o VIII i combinar ambdues valoracions.

Grau EBD cervicodorsal VI: síndrome de la cua de cavall sense signes intestinals o vesicals

Descripció i comprovació: el pacient presenta una síndrome de la cua de cavall amb afectació greu i demostrada objectivament amb pèrdua parcial de la utilització d'una o les dues extremitats inferiors que requereix l'ús d'un dispositiu extern per a la deambulació. No existeix disfunció intestinal o vesical.

Si no es requereix la utilització d'un dispositiu extern per a la deambulació, s'ha d'assignar al pacient el grau cervicodorsal V.

Inclusions estructurals: no existeix cap definitòria d'aquest grau.

Percentatge de discapacitat: 40 %.

Les estimacions de disfunció del grau cervicodorsal VI han de combinar-se amb l'estimació corresponent dels graus cervicodorsals II, III, IV o V.

Grau EBD cervicodorsal VII: síndrome de la cua de cavall amb afectació intestinal o vesical

Descripció i comprovació: existeix una disfunció greu de l'extremitat inferior tal i com es defineix en el grau VI i una afectació intestinal i vesical permanent que requereix un dispositiu adaptatiu extern.

Inclusions estructurals: no existeix cap definitòria d'aquest grau.

Percentatge de discapacitat: 60 %.

Les estimacions de disfunció del grau cervicodorsal VII han de combinar-se amb l'estimació corresponent dels graus cervicodorsals II, III, IV o V.

Grau EBD cervicodorsal VIII: paraplègia, pèrdua total de la funció de l'extremitat inferior

Descripció i comprovació: el pacient presenta una pèrdua total o quasi total de la funció de l'extremitat inferior amb o sense pèrdua de la funció intestinal o vesical.

Inclusions estructurals: no existeix cap definitòria d'aquest grau.

Percentatge de discapacitat: 75 %.

Les estimacions de disfunció del grau cervicodorsal VIII han de combinar-se amb l'estimació corresponent dels graus cervicodorsals II, III, IV o V.

Taula 48. Graus EBD de disfunció de la columna vertebral

Grau EBD de disfunció	Descripció	Percentatge de discapacitat	Combinació amb fascicles llargs VI VII VIII
Lumbosacra:			
I	Molèsties o símptomes	0	
II	Disfunció menor, signes clínics de lesió lumbar sense radiculopatia ni pèrdua d'integritat del segment de moviment	5	
III	Radiculopatia	10	
IV	Pèrdua d'integritat del segment de moviment	20	
V	Radiculopatia i pèrdua d'integritat del segment de moviment	25	
VI	Síndrome de la cua de cavall sense disfunció intestinal o vesical	40	
VII	Síndrome de la cua de cavall amb disfunció intestinal o vesical	60	
VIII	Paraplègia	75	
Dorsolumbar:			
I	Molèsties o símptomes	0	
II	Disfunció menor:		
	A. Signes clínics de lesió dorsolumbar sense radiculopatia ni pèrdua d'integritat del segment de moviment	5	43 62 76
III	B. Inclusions estructurals: compressió de cos vertebral < del 25% o fractura de l'element posterior sense luxació	5	43 6 76
	Radiculopatia:		
IV	A. Signes neurològics de disfunció del membre	15	49 66 79
	B. Inclusions estructurals: compressió de cos vertebral entre 25% i 50% o fractura de l'element posterior que interromp el conducte vertebral	15	49 66 79
V	Pèrdua d'integritat del segment de moviment o afectació neurològica a diversos nivells	20	52 68 80
VI	Radiculopatia i pèrdua d'integritat del segment de moviment	25	
VII	Síndrome de la cua de cavall sense disfunció intestinal o vesical	40	
VIII	Síndrome de la cua de cavall amb disfunció intestinal o vesical	60	
VIII	Paraplègia	75	
Cervicodorsal:			
I	Molèsties o símptomes	0	
II	Disfunció menor signes clínics de lesió cervical sense radiculopatia ni pèrdua d'integritat del segment de moviment	5	43 62 76
III	Radiculopatia	15	49 66 79
IV	Pèrdua d'integritat del segment de moviment o afectació neurològica a diversos nivells	25	55 70 81
V	Afectació neurològica greu d'extremitat superior: pèrdua de funció a un o diversos nivells	35	61 74 84
VI	Síndrome de la cua de cavall sense disfunció intestinal o vesical	40	
VII	Síndrome de la cua de cavall amb disfunció intestinal o vesical	60	
VIII	Paraplègia	75	

Model de l'amplitud de moviment

Aquest mètode representa el segon dels recomanats per a l'avaluació de la disfunció de la columna i haurà d'utilitzar-se només en cas que no es pugui aplicar el "model de la lesió".

Per a l'avaluació de la columna mitjançant el model de l'amplitud de moviment es combinen els percentatges de discapacitat resultants de la valoració de 3 components:

1. Disfunció per trastorns específics de la columna (taula 49)
2. Disfunció per limitació de moviment (taules 50 a 53).
3. Disfunció neurològica (taula 54)

Estimació del percentatge de discapacitat

1. Seleccioni la regió cervical, dorsal o lumbar afectada principalment i utilitzant la taula 49 determini el percentatge de discapacitat corresponent al trastorn específic de columna. Només cal tenir en compte el diagnòstic més important.

2. Avaluï l'amplitud de moviment en els plans sagital, frontal i transversal, segons s'especifica més endavant i determini el percentatge de discapacitat mitjançant les taules corresponents.

3. Combini els percentatges de discapacitat corresponents al trastorn específic i a la limitació de moviment.

4. Repeteixi els passos 1 a 3 per a les altres dues regions si hi existeix afectació.

5. Combini els percentatges de discapacitat obtinguts a cada regió, si existeixen.

6. Determini la discapacitat per disfunció neurològica segons la secció 6 de l'extremitat superior i la taula 54 sobre disfuncions de les arrels nervioses lumbars.

7. Combini el percentatge de discapacitat obtingut en el punt 5, amb el corresponent a la disfunció neurològica.

Disfuncions per trastorns específics de la columna

S'avaluaran segons s'indica a la taula 49.

Disfuncions per limitació de moviment i anquilosi

La columna vertebral està caracteritzada per una pluralitat de segments de moviment a cada regió, amb vèrtebres que es desplacen de forma conjunta i independent; això fa que l'absència total de moviment sigui poc freqüent; així doncs es considerarà que existeix anquilosi quan el subjecte no pugui arribar a la posició neutral de 0° i es prendrà, com a posició d'anquilosi, la posició o angle de restricció més proper a la posició neutral. En aquest cas no es realitzarà valoració per limitació de moviment en aquell pla.

Taula 49. Trastorn			
	Cervical	Dorsal	Lumbar
I. Fractures:			
A. Compensió d'un cos vertebral:			
0 - 25 %	4	2	5
26 - 50 %	6	3	7
> 50 %	10	5	12
B. Fractura d'un element posterior (pedicul, làmina, apòfisis articulars, apòfisi trasversal)			
Una disfunció per compensió d'una vèrtebra i una per fractura de cos vertebral es combinen.	4	2	5
Les fractures o compensions de diverses vèrtebres es combinen			
C. Luxació reduïda d'una vèrtebra			
Si es luxen i redueixen dues o més vèrtebres, combini les estimacions de disfunció.	5	3	6
Si no és possible la reducció, la disfunció s'avalua en funció de l'amplitud de moviment i de les troballes neurològiques			
II. Lesió del disc intervertebral o d'altres teixits tous			
A. No operada, sense signes o símptomes residuals	0	0	0
B. No operada, estable, amb lesió dolor i rigidesa associats a alteracions degeneratives absents a mínimes a les proves estructurals, com la Rx i la Resonància	4	2	5
C. No operada, estable, amb lesió dolor i rigidesa associats a alteracions degeneratives moderades a greus a les proves estructurals; inclou hèrnia del nucli pulpós amb o sense radiculopatia	6	3	7
D. Lesió discal tractada quirúrgicament sense signes o símptomes residuals; inclou la injecció del disc	7	4	8
E. Lesió discal tractada quirúrgicament amb dolor i rigidesa residuals documentats mèdicament	9	5	10
F. Lesió a múltiples nivells, amb o sense operacions i amb o sense signes o símptomes residuals	Sumi un 1 % per cada nivell Sumi un 2 % Sumi un 1% per cada operació		
G. Operacions múltiples amb o sense símptomes residuals:			
Segona operació			
Tercera o posteriors operacions			
III. Espondilolisi i espondilolistesi, no operades			
A. Espondilolisi o espondilolistesi de grau I (lliscament entre 1 - 25%) o II (lliscament entre 26 - 50%) acompanyada de lesió estable documentada i de dolor i rigidesa amb o sense espasme muscular	6	3	7
B. Espondilolisi a espondilolistesi de grau III (lliscament entre 51 - 75%) o IV (lliscament entre 76 - 100%) acompanyada de lesió estable documentada i de dolor i rigidesa amb o sense espasme muscular.	8	4	9
IV. Estenosi vertebral, inestabilitat segmentària, espondilolistesi, fractura o luxació operada			
A. Descompensió a un nivell sense artrodesi vertebral i sense símptomes residuals	7	4	8
B. Descompensió a un nivell amb signes o símptomes residuals	9	5	10
C. Artrodesi vertebral a un nivell amb o sense descompensió sense signes o símptomes residuals	8	4	9
D. Artrodesi vertebral a un nivell amb o sense descompensió amb signes o símptomes residuals	10	5	12
E. Lesió a múltiples nivells, operada, amb dolor i rigidesa residuals amb o sense espasme muscular:	Sumi un 1 % per cada nivell Sumi un 2 % Sumi un 1% per cada operació		
Segona operació			
Tercera o posteriors operacions			

Si el moviment de l'articulació o regió examinada creua en algun pla la posició neutral de 0°, l'avaluador ha d'utilitzar la secció de limitació de moviment de la taula corresponent.

Una disfunció basada en la pèrdua de mobilitat només serà vàlida si existeixen dades mèdiques de lesió o malaltia documentada amb una seqüela fisiològica.

Si una regió presenta disfuncions de l'amplitud de moviment en més d'un pla i a més disfunció per anquilosi, se sumen aquelles i el total es combina amb aquesta última.

Regió cervical

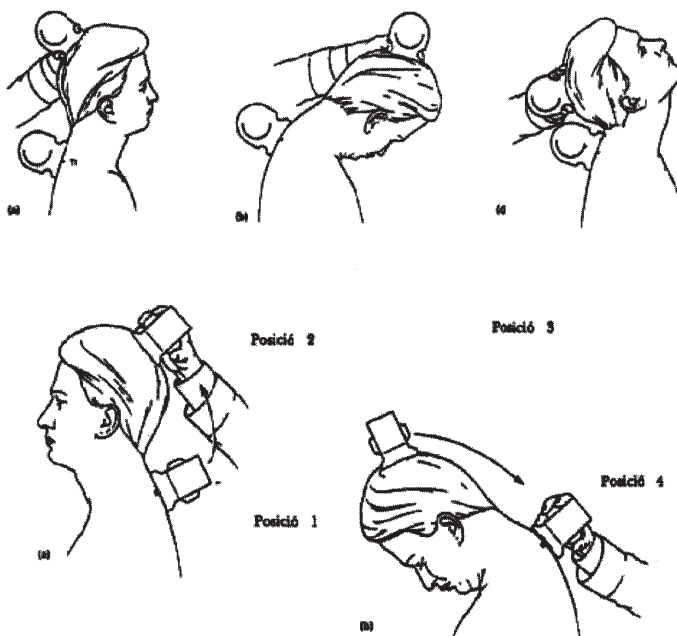
Flexió i extensió

L'amplitud mitja de flexió-extensió és de 110° (50° flexió, 60° extensió).

1. Obtingui els angles de flexió i extensió cervical i consulti la secció limitació de moviment de la taula 50 per determinar el percentatge de discapacitat.

2. Sumi els percentatges de discapacitat corresponents a limitació de flexió i extensió.

3. Si existeix anquilosi, determini si és en flexió o extensió, obtingui l'angle d'anquilosi i consulti el percentatge de disfunció en la secció anquilosi de la taula 50.



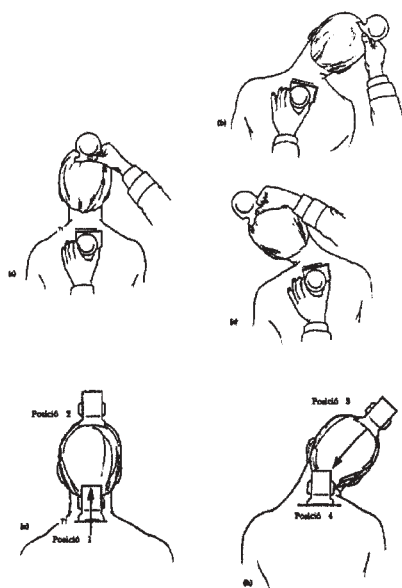
Flexió lateral

L'amplitud mitja de flexió lateral és de 90° (45° flexió lateral dreta, 45° flexió lateral esquerra).

1. Obtingui els angles de flexió lateral cervical i consulti la secció limitació de moviment o anquilosi de la taula 50 per determinar el percentatge de discapacitat.

2. Sumi els percentatges de discapacitat corresponents a limitació de la flexió lateral dreta i esquerra.

3. Si existeix anquilosi, determini si és en flexió lateral dreta o esquerra, obtingui l'angle d'anquilosi i consulti el percentatge de disfunció en la secció anquilosi de la taula 50.



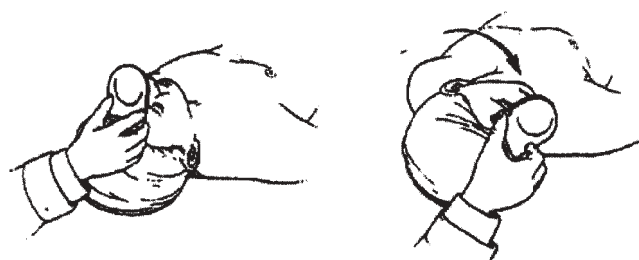
Rotació

L'amplitud mitja de rotació cervical és de 160° (80° R. dreta, 80° R. esquerra).

1. Obtingui els angles de rotació cervical dreta i esquerra i consulti la secció limitació de moviment o anquilosi de la taula 50 per determinar el percentatge de discapacitat.

2. Sumi els percentatges de discapacitat corresponents a la limitació de la rotació dreta i esquerra.

3. Si existeix anquilosi, determini si és en rotació dreta o esquerra, obtingui l'angle d'anquilosi i consulti el percentatge de discapacitat a la secció anquilosi de la taula 50.



Taula 50. Disfunció de la regió cervical per limitació de moviment i anquilosi

Limitació de moviment	Graus de moviment cervical		Percentatge de discapacitat	Anquilosi	Percentatge de discapacitat
	Perduts	Conservats			
a) Flexió:				a) Flexió:	
0°	50	0	5	0° (posició neutral)	12
15°	30	15	4	15°	20
30°	15	30	2	30°	30
50°	0	50	0	50° (flexió màxima)	40
b) Extensió:				b) Extensió:	
0°	60	0	6	0° (posició neutral)	12
20°	40	20	4	20°	20
40°	20	40	2	40°	30
60°	0	60	0	60° (extensió màxima)	40
c) Flexió lateral:				c) Flexió lateral:	
0°	45	0	4	0° (posició neutral)	8
15°	30	15	2	15°	20
30°	15	30	1	30°	30
45°	0	45	0	45° (flexió màxima)	40
d) Rotació:				d) Rotació:	
0°	80	0	6	0° (posició neutral)	12
20°	60	20	4	20°	20
40°	40	40	2	40°	30
60°	20	60	1	60°	40
80°	0	80	0	80° (rotació màxima)	50

Regió dorsal

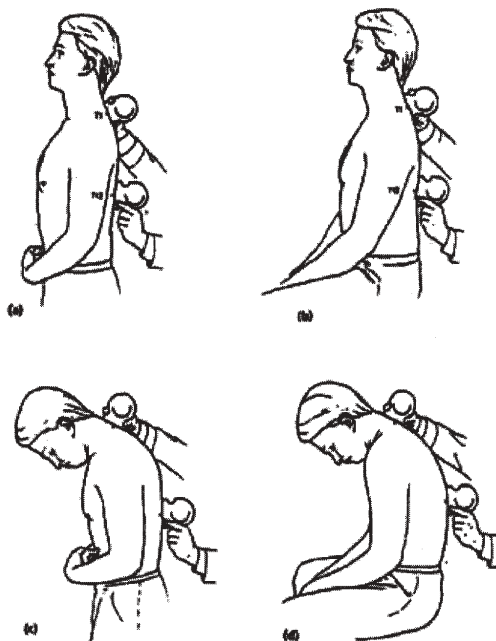
Flexió i extensió

L'amplitud mitja de flexió-extensió és de 50° (50° flexió, 0° extensió).

La flexo-extensió dorsal és un moviment relativament limitat. El grau d'extensió està determinat principalment per la postura del subjecte i pel grau de cifosi o corbatura fixa de la regió dorsal.

1. Obtingui els angles de cifosi mínima i flexió dorsal i consulti la secció limitació de moviment de la taula 51 per determinar el percentatge de discapacitat.

2. Si existeix anquilosi, determini el seu angle i consulti el percentatge de disfunció a la secció anquilosi de la taula 51.



Rotació

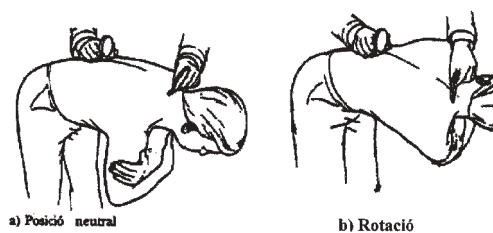
L'amplitud mitja de rotació dorsal és de 60° (30° rotació dreta, 30° rotació esquerra).

1. Obtingui els angles de rotació dorsal dreta i esquerra i consulti la secció limitació de moviment o anquilosi de la taula 51 per determinar el percentatge de discapacitat.

2. Sumi els percentatges de discapacitat corresponents a limitació de la rotació dreta i esquerra.

3. Si existeix anquilosi, determini si és en rotació dreta o esquerra, obtingui el seu angle i consulti el percentatge de disfunció a la secció anquilosi de la taula 51.

4. L'escoliosi dorsal s'avaluarà com a anquilosi en rotació dreta o esquerra.

**Taula 51. Disfunció de la regió dorsal per limitació de moviment i anquilosi**

Limitació de moviment	Graus de moviment dorsal		Percentatge de discapacitat
	Perduts	Conservats	
a) Flexió fins a:			
0°	50	0	4
15°	35	15	2
30°	20	30	1
50°	0	50	0
b) Rotació dreta o esquerra fins a:			
0°	30	0	3
10°	20	10	2
20°	10	20	1
30°	0	30	0
Anquilosi i escoliosi			
a) Flexió:			
- 30° (lordosi dorsal)			20
0° (posició neutral)			0
60°			5
80°			20
100°			40
b) Rotació:			
0° (posició neutral)			6
5°			10
25°			20
35° (rotació dreta o esquerra màxima)			30

Regió lumbosacra

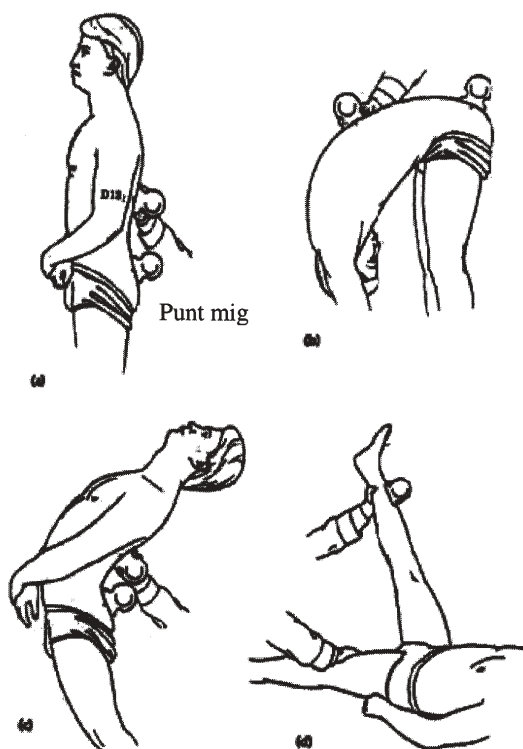
Flexió i extensió

La flexió lumbar és un moviment constituït de la columna lumbar i els malucs determinat a nivell del sacre, en què la flexió a nivell sacre o dels malucs suposa almenys el 50 % de la flexió total, mentre que la flexió de la columna representa la resta.

L'amplitud mitjana de flexió-extensió és 120° (90° flexió, 30° extensió).

1. Obtingui els angles de flexió i extensió lumbar i consulti la secció limitació de moviment de la taula 52 per determinar el percentatge de discapacitat.

2. Sumi els percentatges de discapacitat corresponents a limitació de la flexió i extensió.



Taula 52. Disfunció de la regió lumbosacra per limitació de flexió-extensió

La proporció de la flexió i l'extensió respecte a la totalitat del moviment lumbosacre és del 75%				
Angle de flexió sacra (maluc)	Angle de flexió real lumbar	Percentatge de discapacitat	Extensió real lumbar	Percentatge de discapacitat
+ de 45°	+ de 60°	0	0°	7
	45°	2	10°	5
	30°	4	15°	3
	15°	7	20°	2
	0°	10	25°	0
30 – 45°	+ de 40°	4		
	20°	7		
	0°	10		
0 – 29°	+ de 30°	5		
	15°	8		
	0°	11		

Flexió lateral

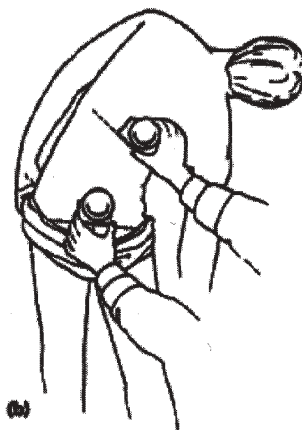
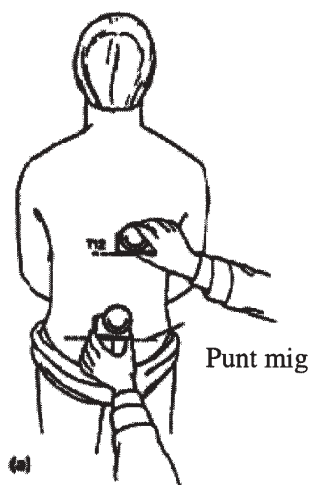
L'amplitud mitjana de flexió lateral és de 50° (25° flexió lateral dreta, 25° flexió lateral esquerra).

1. Obtingui els angles de flexió lateral lumbosacra, consulti la secció limitació de moviment o anquilosi de la taula 53 per determinar el percentatge de discapacitat.

2. Sumi els percentatges de discapacitat corresponents a la limitació de la flexió lateral dreta i esquerra.

3. Si existeix anquilosi, determini si és en flexió lateral dreta o esquerra, obtingui el seu angle i consulti el percentatge de disfunció a la secció anquilosi de la taula 53.

4. L'escoliosi lumbar s'avaluarà com a anquilosi en flexió lateral dreta o esquerra.



Taula 53. Disfunció de la regió lumbosacra per limitació de flexió lateral i anquilosi

Limitació de moviment	Graus de moviment lumbosacre		Percentatge de discapacitat
	Perduts	Conservats	
a) Flexió lateral dreta o esquerra fins a:			
0°	25	0	5
10°	15	10	3
15°	10	15	2
20°	5	20	1
25°	0	25	0
b) Anquilosi a:			
0° (posició neutral)			10
30°			20
45°			30
60°			40
75° (flexió màxima)			50

Component basat en la disfunció neurològica

Les arrels nervioses que s'associen amb major freqüència a les disfuncions de l'extremitat inferior es relacionen a la taula 55, la qual ofereix estimacions de disfunció màxima de l'extremitat inferior per disfunció sensorial i motriu unilateral.

Per graduar la disfunció, l'avaluador ha de seguir els procediments descrits a les taules 21 i 22.

Si la disfunció d'una arrel és tant sensorial com motora, es determinen els percentatges de disfunció dels dos tipus i es combinen per determinar la disfunció de l'extremitat inferior.

Si estan afectades les dues extremitats inferiors es determina el percentatge de discapacitat de cadascuna d'elles per separat i posteriorment es combinen els percentatges.

Taula 54. Disfunció radicular unilateral

Arrel nerviosa	% màxim per pèrdua de funció		
	Disfunció sensorial	Disfunció motora	Disfunció extremitat inferior
L3	5	20	0 - 24
L4	5	34	0 - 37
L5	5	37	0 - 40
S1	5	20	0 - 24

Capítol 3. Sistema nerviós

En aquest capítol s'aporten criteris per a la valoració de la discapacitat per disfunció del sistema nerviós.

Per a la valoració de discapacitats derivades de disfuncions motrius i sensorials s'han seguit les pautes proposades per l'American Medical Association (*Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, 4a edició. Juny 1993).

El capítol se centra en els disfuncions o disfuncions que poden identificar-se durant l'avaluació neurològica i demostrar-se per les tècniques clíniques estàndard. Els criteris de discapacitat es defineixen en virtut de les restriccions o limitacions que les disfuncions imposen a la capacitat del pacient per dur a terme activitats de la vida diària i no en funció de diagnòstics específics.

La disfunció neurològica està íntimament relacionada amb els processos mentals i emocionals. L'avaluació de la discapacitat originada per anomalies d'aquestes funcions haurà de realitzar-se de conformitat amb els criteris exposats en el capítol relatiu als trastorns mentals.

En primer lloc es donen normes de caràcter general per a la valoració de discapacitats derivades de patologies neurològiques. En segon lloc s'aporten pautes i criteris per a l'assignació del percentatge de discapacitat en alteracions encefàliques, de parells cranials, mèdulla espinal, sistema nerviós perifèric i sistema nerviós autònom respectivament.

Normes de caràcter general per a la valoració de la discapacitat originada per malalties neurològiques

1. Ha d'avaluar-se la discapacitat quan el quadre clínic pugui considerar-se estable. Només podran ser objecte de valoració les alteracions cròniques que no responguin al tractament de l'afecció neurològica ni al de la malaltia que la causi. No seran valorables aquelles situacions en què no s'hagin assajat totes les mesures terapèutiques oportunes.

2. Si el pacient presenta disfuncions que afecten a diverses parts del sistema nerviós, com ara el cervell, la mèdulla espinal i els nervis perifèrics, han de realitzar-se avaluacions independents de cadascuna d'elles i combinar els percentatges de discapacitat resultants, mitjançant la taula de valors combinats.

3. Algunes malalties evolucionen de manera episòdica, en crisis transitòries. En aquestes situacions, caldrà tenir en compte el nombre d'episodis i la seva durada per a l'assignació del grau de menyscabament de la capacitat.

Encèfal

Les disfuncions que deriven amb major freqüència d'anomalies encefàliques són:

1. Alteracions de l'estat mental i de la funció integradora
2. Alteracions emocionals o de conducta
3. Afàsia o alteracions de la comunicació
4. Alteracions del nivell de consciència i vigília
5. Trastorns del son i del despertar (o de l'alerta i el somni)
6. Trastorns neurològics episòdics (epilèpsies)
7. Anomalies motores o sensorials (principals) i trastorns del moviment (apràxies, etc.)

Un mateix pacient pot presentar diversos tipus de disfunció cerebral assenyalats. Per avaluar la discapacitat ha d'utilitzar-se només la més greu de les quatre primeres.

Les discapacitats originades per les tres últimes classes de disfuncions poden combinar-se entre elles i amb la més greu de les quatre primeres, mitjançant la taula de valors combinats.

A continuació s'exposen els criteris que han d'utilitzar-se en l'avaluació de cadascuna d'aquestes disfuncions.

Alteracions de l'estat mental i de la funció integradora. Alteracions emocionals o de conducta

La valoració de la discapacitat derivada d'aquestes anomalies es realitzarà de conformitat amb els criteris definits en el capítol relatiu a trastorns mentals.

Afàsia i alteracions de la comunicació

Per a la valoració de la discapacitat originada per aquest tipus de disfunció s'utilitzaran els criteris definits en el capítol de llenguatge.

Alteracions del nivell de consciència

Criteris generals

Seràn objecte de valoració les alteracions del nivell de consciència: obnubilació, somnolència, estupor i coma. No es consideraran les alteracions del contingut de la consciència com ara deliri,

demència i psicosi. Aquestes últimes seran valorades de conformitat amb allò establert en el capítol de trastorns mentals.

Es considerarà l'alteració de la consciència com a crònica quan la seva evolució sigui superior a 3 mesos.

Quan les alteracions aquí previstes siguin contínues, és a dir, no cursin per brots, l'alteració de la consciència, fins i tot en les seves formes més lleus com ara l'obnubilació, incapaciten al pacient per a les activitats de la vida diària. Per aquest motiu aquestes alteracions seran valorades amb un percentatge de discapacitat igual a un 75%.

L'alteració neurològica pot ser deguda a un trastorn neuronal funcional, per tant, reversible, per la qual cosa haurà de tornar-se a avaluar periòdicament cada 3 anys.

L'avaluació de la discapacitat originada per aquests trastorns es realitzarà aplicant els criteris definits a la taula 1.

Trastorns de l'alerta i el son

Criteris generals

Entre les alteracions de l'alerta i el son només seran objecte de valoració les hipersòmnia. Altres alteracions del son com ara les hiposòmnia i parasòmnia hauran de valorar-se juntament amb el trastorn d'origen.

El trastorn del son haurà d'haver-se comprovat mitjançant proves objectives (polisomnograma)

La valoració requerirà que el trastorn sigui crònic i no respongui al tractament. Es considerarà que es troba en aquesta condició quan hagin transcorregut 6 mesos des de la instauració de la terapèutica adequada.

Totes les alteracions neurològiques aquí previstes poden ser degudes a un trastorn neuronal funcional i, per tant, reversible, per la qual cosa hauran de tornar-se a avaluar periòdicament cada 3 anys.

L'avaluació de la discapacitat originada per aquests trastorns es realitzarà aplicant els criteris definits a la taula 1.

Trastorns neurològics episòdics: epilèpsia

Criteris generals

El diagnòstic i la tipificació de l'epilèpsia s'efectua en virtut de dades clíniques sobre l'inici, la freqüència, la durada i les manifestacions clíniques. És una malaltia primària o secundària que habitualment es controla amb tractament adequat i no limita les activitats del subjecte. En algunes ocasions i de manera transitòria poden sorgir crisis comicials per indisciplina terapèutica, interaccions farmacològiques o per l'aparició de malalties intercurrents. En casos poc freqüents, els pacients poden romandre amb crisis repetides, malgrat el tractament correcte (epilèpsia refractària). Només seran objecte de valoració aquest últim grup de pacients. D'un mode general pot assenyalar-se que les epilèpsies que cursen amb crisis generalitzades (principalment absències i convulsions tònico-clòniques) sempre del mateix tipus, tindran una bona resposta terapèutica.

Per considerar que un pacient es troba adequadament tractat es precisa la demostració d'una correcta dosificació de fàrmacs antiepilèptics, mitjançant determinació de nivells plasmàtics de fàrmacs que hauran de trobar-se en rangs terapèutics.

Caldrà que el pacient hagi romàs amb crisis, malgrat el tractament correcte, durant més d'un any abans de procedir a la valoració.

La discapacitat que produeixi l'epilèpsia dependrà fonamentalment del nombre i tipus de crisis. Les crisis generalitzades tipus absències i les parcials simples són menys discapacitantes que la resta de crisis generalitzades (mioclòniques, tòniques, tònico-clòniques i atòniques) i que les crisis parcials complexes. Per aquest motiu, les absències i crisis parcials simples només s'inclouran a la classe I o classe II.

Atès que moltes epilèpsies aparegudes durant la infància tenen tendència a estabilitzar-se amb l'edat, en aquests casos es realitzaran revisions cada 5 anys.

L'avaluació de la discapacitat originada per epilèpsies es durà a terme aplicant els criteris definits a la taula 1.

Taula 1. Criteris per a l'assignació del grau de menyscabament de la capacitat originat per les alteracions cròniques episòdiques del nivell de consciència i la vigília, l'alerta i el son, i de l'epilèpsia

Classe 1: 0 % Pacient amb alteració episòdica de la consciència, la vigília, l'alerta, el son o epilèpsia, correctament tractat i/o El grau de menyscabament de la capacitat és nul. Classe 2: 1 - 24 % Pacient amb alteració episòdica de la consciència, la vigília, l'alerta o el son o epilèpsia, correctament tractat i/o Presenta menys d'un episodi mensual (*) i/o El grau de menyscabament de la capacitat és lleu. Classe 3: 25 - 49 % Pacient amb alteració episòdica de la consciència, la vigília, l'alerta i el son o epilèpsia (excepte absències i crisis parcials simples), correctament tractat i/o Presenta d'1 a 3 episodis mensuals que, en situacions diferents de l'epilèpsia, hauran de tenir la següent característica: Els episodis, inclosa la reacció postconfusional, es presenten de manera continuada o intermitent amb una durada superior a 4 hores diürnes per dia i/o El grau de menyscabament de la capacitat és moderat. Classe 4: 50 - 70 % Pacient amb alteració episòdica de la consciència, la vigília, l'alerta, el son o epilèpsia (excepte absències i crisis parcials) correctament tractat i/o Presenta 4 o més episodis mensuals que, en situacions diferents a l'epilèpsia, haurà de tenir la següent característica: Els episodis, inclosa la reacció postconfusional, es presenten de manera continuada o intermitent, amb una durada superior a 4 hores diürnes/dia i/o El grau de menyscabament de la capacitat és greu. Classe 5: 75 % Pacient amb alteració episòdica de la consciència, la vigília, l'alerta, el son o epilèpsia correctament tractat, el grau de menyscabament de la capacitat és molt greu i depèn d'una altra persona per realitzar les activitats d'autocura.

(*) amb excepció de les absències i crisis parcials simples, en què la freqüència podrà ser superior a una crisi al dia. Aquestes formes clíniques tindran una valoració màxima del 24%.

Alteracions motores i sensorials

Les alteracions motores sense parèsia o debilitat poden afectar les activitats de la vida diària i causar una discapacitat permanent. Entre elles, sense que aquesta enumeració sigui exhaustiva, figuren les següents:

1. Moviments involuntaris com ara tremolors, corea, atetosi i hemibalisme;
2. Alteracions del to i la postura;

3. Diverses formes de limitació dels moviments voluntaris, com ara parkinsonisme amb o sense bradicinèsia;

4. Disfunció de moviments associats i sinèrgics, com ara trastorns del sistema extrapiramidal, cerebel i ganglis basals;

5. Alteracions de la marxa complexa i de la destresa manual (atàxia).

L'avaluació de les disfuncions sensorials i motores per trastorns del sistema nerviós central ha de documentar-se en funció de com afecten la capacitat del pacient per realitzar les activitats de la vida diària. Aquestes alteracions es valoraran seguint els criteris descrits a les taules 3, 4 i 5.

En el supòsit que la disfunció del sistema nerviós hagués produït alteracions en altres aparells o sistemes, haurà de combinar-se la discapacitat produïda per les alteracions motòriques i sensorials amb la consegüent disfunció dels altres sistemes afectats.

Parells cranials

Primer parell cranial o nervi olfatori: La manca de sentit de l'olfacte es valorarà amb 0 %.

Segon parell o nervi òptic:

La valoració de la discapacitat produïda per afeccions del nervi òptic es realitzarà segons els criteris especificats en el capítol de Sistema Visual.

III, IV i VI Parells cranials (motor ocular comú, patètic i motor ocular extern):

Són nervis que innerven els múscles que mouen els ulls i controlen les dimensions de la pupil·la, per la qual cosa l'alteració que derivi de la seva afecció haurà de valorar-se seguint els criteris descrits en el capítol corresponent al Sistema Visual.

V Parell cranial o trigemin:

És un nervi mixt que posseeix fibres sensorials per a la cara, la còrnia, part anterior del cuir cabellut, cavitats nasals, cavitat oral i duramàter supratentorial i fibres motores per als múscles de la masticació.

La neuràlgia del trigemin pot ser greu i incontrolable. Si compleix els criteris per ser considerada com a permanent i s'ha exhaurit qualsevol possible mesura tera-

pèutica, la valoració es farà segons els criteris següents:

Dolor neuràlgic facial lleu o moderat no controlat: 1 a 24 %

Dolor neuràlgic intens uni o bilateral, no controlat: 25 a 35 %

La disfunció motora pot afectar a la masticació, deglució i fonació. La valoració s'efectuarà seguint els criteris descrits en els capítols corresponents.

VII Parell o facial:

És un nervi mixt la part motora del qual innerva els múscles facials de l'expressió i els múscles accessoris de la masticació i deglució.

La pèrdua sensorial relacionada amb el nervi facial no interfereix amb les activitats de la vida diària del pacient, per la qual cosa s'assignarà un percentatge de discapacitat de 0 %. La pèrdua del gust no es considera una disfunció discapacitant.

La valoració de la discapacitat per disfunció facial motora es realitzarà seguint els criteris de la taula 2.

Taula 2. Criteris per a la valoració de la discapacitat per disfunció del VII parell cranial (facial) i regió adjacent

	% de discapacitat
Debilitat facial unilateral lleu	1 - 4
Debilitat facial bilateral lleu	5 - 19
Paràlisi facial unilateral greu amb una afectació facial > o = 75 %	5 - 19
Paràlisi facial bilateral greu amb una afectació facial > o = 75 %	20 - 45

VIII Parell o auditiu:

El seu component coclear té relació amb l'audició i el seu component vestibular amb el vertigen, sentit de la posició i l'orientació espacial.

Els trastorns auditius i vertigen seran valorats seguint els criteris descrits en el capítol corresponent.

IX i X Parell (Glossofaríng i vag):

Són nervis mixtes que envien fibres al terç posterior de la llengua, faringe, laringe i tràquea, per la qual cosa les seves alteracions poden dificultar la respiració, deglució, parla i funcions viscerales. La discapacitat originada per aquestes disfuncions es valorarà segons els criteris descrits en els capítols corresponents.

La neuràlgia glossofaríngia persistent malgrat el tractament es valorarà amb els mateixos percentatges que s'adjudiquen a la neuràlgia del trigemin.

XI Parell o espinal:

Participa juntament al vag a la innervació de múscles laringis i poden veure's afectades la deglució i la parla, la valoració de les quals es tracta en altres capítols.

També innerva múscles cervicals, esternocleidomastoïdal i trapezi, i pot afectar el gir del cap i el moviment de les espatlles. En aquest cas es valorarà la discapacitat secundària a aquestes disfuncions seguint els criteris exposats en el capítol corresponent al Sistema Musculoesquelètic.

XII Parell o hipoglòs:

És un nervi motor que innerva la musculatura de la llengua, per la qual cosa la seva disfunció bilateral podria causar alteracions en la deglució, respiració i fonació, per tant cal valorar la discapacitat en els capítols corresponents.

Mèdul·la espinal

La mèdul·la espinal condueix impulsos nerviosos relacionats amb les funcions motora, sensorial i visceral.

Entre les disfuncions per lesions medul·lars figuren les relacionades amb la bipedestació i la marxa, amb la utilització de les extremitats superiors, les alteracions de la respiració, de la funció de la veïxiga urinària i funció anorrectal.

Quan el pacient presenti alteracions en més d'una funció motora, com per exemple, la bipedestació i la marxa i la utilització de membres superiors, hauran de combinar-se els percentatges de discapacitat corresponents a cadascuna d'elles. Igualment, si existeix afectació d'altres aparells o sistemes, també es combinaran les seves valoracions.

Les alteracions sensorials, com ara la pèrdua del tacte, dolor, percepció de la temperatura i sentit vibratori, posició articular, parestèsies, disestèsies i la sensibilitat dels membres fantasma, poden indicar una disfunció medul·lar. La discapacitat es determina en funció de la seva interferència amb les Activitats de la Vida Diària.

Bipedestació i marxa

La capacitat per mantenir la bipedestació i caminar de forma segura és el criteri que s'aplica per a l'avaluació de diverses síndromes neurològiques que afecten al prosencèfal, el tronc de l'encèfal, la mèdul·la espinal i el sistema nerviós perifèric. L'assignació del percentatge de discapacitat per l'alteració d'aquestes funcions es detalla a la taula 3.

Taula 3. Criteris de valoració de discapacitat per alteració de la bipedestació i la marxa

	% de discapacitat
El pacient pot aixecar-se a la posició en bipedestació i caminar, però té dificultat amb les elevacions, desnivells, escales, cadires profundes i per caminar llargues distàncies.	1 - 15
El pacient pot aixecar-se a la posició en bipedestació i caminar certa distància amb dificultat i sense ajuda, però només en les superfícies a nivell.	16 - 25
El pacient pot aixecar-se a la posició en bipedestació i mantenir-la amb dificultat, però no pot caminar sense ajuda.	26 - 40
El pacient no es pot aixecar sense l'ajuda d'altres persones, un suport mecànic o una pròtesi.	41 - 65

Utilització de les extremitats superiors

Les tasques bàsiques de la vida diària depenen de la destresa en l'ús de les extremitats superiors. Quan afecti una sola extremitat, hauran d'aplicar-se els criteris que es descriuen a la taula 4.

Taula 4. Criteris per a l'avaluació de la discapacitat per alteració d'una extremitat superior

	% de discapacitat
El pacient pot utilitzar el membre afectat per a l'autocura, per a les activitats diàries i per subjectar, però té dificultat amb la destresa dels dits.	1 - 9
El pacient pot utilitzar el membre afectat per a l'autocura, per a la prensió i per subjectar objectes amb dificultat, però no té destresa amb els dits.	10 - 20
El pacient no pot utilitzar el membre afectat per a les AVD i té dificultat amb algunes de les d'autocura.	21 - 39
El pacient no pot utilitzar el membre afectat per a les activitats d'autocura i diàries.	40 - 49

Quan el trastorn afecta les dues extremitats superiors per igual, la discapacitat resultant és major que la simple combinació d'ambdues. Els criteris de valoració en aquests casos són els descrits a la taula 5. Quan estiguin afectades ambdues extremitats superiors, però existeixi clara diferència en la capacitat conservada entre elles, es valoraran per separat (taula 4), i es combinaran aquests valors entre si.

Respiració

Quan la disfunció neurològica afecti la funció respiratòria, s'aplicaran els criteris descrits en el capítol corresponent a l'Aparell Respiratori.

Taula 5. Criteris per valorar la discapacitat per alteració de les dues extremitats superiors	
	% de discapacitat
El pacient pot utilitzar les dues extremitats superiors per a l'autocura, per a la prensió i per subjectar objectes, però té dificultat amb la destresa dels dits.	1 - 24
El pacient pot utilitzar les dues extremitats superiors per a l'autocura, per a la prensió i per subjectar objectes amb dificultat, però no té destresa amb els dits.	25 - 49
El pacient no pot utilitzar les extremitats superiors per a les AVD i té dificultat amb algunes de les activitats d'autocura.	50 - 70
El pacient no pot utilitzar les extremitats superiors per a les activitats diàries i d'autocura.	75

Disfunció vesical i anorrectal

S'aplicaran els criteris descrits en el capítol Genitourinari i Digestiu, respectivament.

Sistema muscular i sistema nerviós perifèric

Les disfuncions per trastorns del sistema nerviós perifèric afecten a tres grups principals de fibres: sensorials (aferents), motores (eferents) i fibres dels nervis perifèrics del sistema autònom. Les característiques i les funcions d'aquests grups es descriuen en el capítol corresponent al Sistema Musculoesquelètic. En aquest capítol s'aborden les disfuncions de les extremitats, la columna i la pelvis secundàries a l'afectació de nervis perifèrics.

Una altra part del contingut d'aquest capítol, avaluació del dolor, la sensibilitat i la força muscular, també s'inclou en el capítol Musculoesquelètic, per la qual cosa la valoració de la discapacitat consegüent a aquests trastorns es realitzarà segons els criteris exposats en aquest capítol.

Sistema nerviós autònom

L'SNA influeix en el funcionament de tots els aparells i sistemes, per la qual cosa les discapacitats que deriven d'afecions disautònòmiques hauran de valorar-se segons els criteris que es descriuen en cadascun d'ells.

Capítol 4. Aparell respiratori

En aquest capítol es proporcionen criteris per a la valoració de la discapacitat produïda per disfuncions de l'aparell respiratori, considerades des del punt de vista de l'alteració de la funció respiratòria, en la major part dels casos quantificable mitjançant proves objectives.

En primer lloc s'estableixen les normes de caràcter general sobre com i en quins supòsits ha de realitzar-se la valoració. En segon lloc es determinen els criteris per a l'assignació del percentatge de discapacitat.

Finalment s'adjunten taules amb valors normals de funció respiratòria.

Normes de caràcter general per a la valoració de les disfuncions originades per malalties de l'aparell respiratori

1. Només seran objecte de valoració aquells pacients que pateixin malalties cròniques considerades no recuperables pel que fa a la funció, amb un curs clínic no inferior a 6 mesos des del diagnòstic i inici del tractament.

2. La valoració de la disfunció es fonamentarà en el resultat de proves funcionals objectives (Espirometria Forçada, Capacitat de Difusió del Monòxid de Carboni i mesurament de la Capacitat d'Exercici), complementades amb criteris clínics.

No han de considerar-se les alteracions funcionals transitòries i reversibles de forma espontània o amb tractament.

3. En els estats clínics que, com a conseqüència de fases d'agudització, puguin patir un augment de la disfunció respiratòria, no es realitzarà una nova avaluació fins que la situació s'hagi estabilitzat.

Quan la malaltia respiratòria cursi en brots, l'avaluació de la discapacitat que pugui produir es realitzarà en els períodes intercrítics. Per a l'avaluació d'aquestes situacions s'ha introduït un criteri de temporalitat segons la freqüència i durada dels episodis, els quals han d'estar documentats mèdicament.

4. Les normes i els criteris per a la valoració de persones que pateixen malalties que, per les seves característiques, requereixen ser considerades de forma diferent a la resta de la patologia de l'aparell respiratori es preveuen en l'apartat denominat "Criteris per a la valoració de situacions específiques".

5. Si l'afecció respiratòria forma part d'una entitat patològica amb manifestacions en altres òrgans i sistemes, es combinaran els percentatges de discapacitat corresponents a totes les parts afectades.

Criteris per a l'assignació del percentatge de discapacitat atribuïble a disfuncions de l'aparell respiratori

Classe 1: 0%

El pacient presenta patologia respiratòria i es compleixen aquestes condicions:

FVC igual o superior a 65%

i

FEV1 igual o superior a 65%

i

FEV1/FVC igual o superior al 63%

i

DLCO igual o superior al 65 %

i

VO2 màxima superior a 23 ml/Kg/min

Classe 2: 1 a 24%

El pacient presenta patologia respiratòria i compleix almenys dues de les condicions següents:

FVC entre 60 i 64%

o

FEV1 entre 60 i 64%

o

FEV1/FVC entre 60 i 62%

o

DLCO entre 60 i 64%

o

VO2 màxima entre 21 - 22 ml/Kg/min

o

METS > 7

i

Les manifestacions clíniques són compatibles amb els paràmetres anteriors.

Classe 3: 25 a 49%

El pacient presenta patologia respiratòria i compleix almenys dues de les condicions següents:

FVC entre 59 i 51%

o

FEV1 entre 59 i 41%

o

FEV1/FVC entre 59 i 41%

o

DLCO entre 59 i 41%

o

VO2 màxima entre 20 i 15 ml/Kg/min

o

METS igual o 3 i menor o igual a 7

i

Les manifestacions clíniques són compatibles amb els paràmetres anteriors.

Classe 4: 50 a 70%

El pacient presenta patologia respiratòria i compleix almenys dues de les condicions següents:

FVC inferior o igual a 50%

o

FEV1 inferior o igual a 40%

o

FEV1/FVC inferior o igual a 40%

o

DLCO inferior o igual a 40%

o

VO2 màxima inferior a 15 ml/Kg/min

o

PaO2 basal (sense oxigenoteràpia) inferior a 60 mm/Hg en presència de: Hipertensió pulmonar, Cor Pulmonale, increment de la hipoxèmia després de l'exercici o poliglobúlia,

o

PaO2 basal (sense oxigenoteràpia) inferior a 50 mm/Hg confirmada en almenys tres determinacions. En nens serà suficient una sola determinació.

o

METS < 3

i

Les manifestacions clíniques són compatibles amb els criteris anteriors.

Classe 5: 75%

El pacient presenta patologia respiratòria, es compleixen els paràmetres objectius de la classe 4 i depèn d'una altra persona per realitzar les activitats d'autocura.

En ocasions els informes espiromètrics no faciliten valors quantitatius, sinó que expressen el grau d'afectació respiratòria. L'equivalència entre valoracions quantitatives i qualitatives de l'espirometria en graus d'afectació (Snide G.L., Kory R.C., Lyons H.A., *Grading of pulmonary function impairment by means of pulmonary function tests*. Dis Chest 1967; 52:270-271) és la següent:

Grau d'afectació	Lleugera	Moderada	Greu (severa)	Molt greu (molt severa)
FVC, FEV1	80-65%	64-50%	49-35%	< 35%
Classe valorativa	Classe 1	Classes 2 i 3	Classes 4 i 5	Classes 4 i 5

Criteris per a la valoració del percentatge de discapacitat en situacions específiques

1. Asma i neumonitis per hipersensibilitat

La valoració de la funció ventilatòria en situacions d'asma crònic s'efectuarà després de l'administració de fàrmacs broncodilatadors, especialment agonistes beta.

En cas de neumonitis per hipersensibilitat, la valoració haurà de realitzar-se un cop s'hagi eliminat el factor desencadenant, en cas que es pugui.

Quan existeixin freqüents episodis d'agudització hauran de tenir-se en compte els criteris complementaris següents:

El pacient amb situació basal intercrisi inclòs a la classe 1 o 2 que pateixi episodis d'agudització cada 2 mesos o una mitjana de 6 episodis l'any, que requereixi tractament hospitalari de 24 hores almenys, serà valorat amb un percentatge de discapacitat d'un 33%.

Quan el pacient compleixi aquests mateixos criteris de freqüència i la seva situació basal estigui inclosa a la classe 3 s'assignarà un percentatge de discapacitat mínim d'un 60 %.

En cas de sospita d'asma induïda per l'exercici serà imprescindible la realització de proves de tolerància física per a la confirmació del diagnòstic.

Atès que l'asma iniciada durant la infància i la joventut tendeix a remetre amb l'edat, es programaran revisions periòdiques en un termini màxim de 5 anys.

2. Bronquiectàsies

El pacient que, com a complicació de les bronquiectàsies, presenti un grau de menyscabament de la capacitat moderat i infeccions broncopulmonars amb una periodicitat igual o superior a una cada 2 mesos o una mitjana de 6 l'any, serà inclòs a la classe 3 (25-49%).

Si el pacient presenta la mateixa freqüència de neumònies i el seu grau de menyscabament de la capacitat és greu serà inclòs a la classe 4 (50-70 %).

Aquestes situacions hauran d'estar documentades mèdicament i caldrà un any de manteniment de la situació clínica per efectuar la valoració.

3. Mucoviscidosi o fibrosi quística de pàncreas

El percentatge de discapacitat assignat per la disfunció respiratòria es combinarà amb el corresponent a l'afectació d'altres aparells i sistemes: gastrointestinal, endocrinològic, malalties metabòliques òssies, etc.

En cas que existeixin neumònies de repetició, seran d'aplicació els mateixos criteris que els definits per a les bronquiectàsies.

4. Síndrome d'apnea del son

La síndrome d'apnea del son es defineix com a una detenció intermitent del flux aeri per boca i nas durant el son que supera els 10 segons de durada.

El diagnòstic definitiu es realitza mitjançant polisomnografia o, en cas de no disposar-ne, mitjançant la realització d'oximetria nocturna que demostrï la desaturació de O₂ arterial durant les apnees.

La valoració s'efectuarà de conformitat amb el grau d'insuficiència respiratòria basal i es combinarà amb aquesta la discapacitat originada per l'afectació d'altres aparells i sistemes, un cop aplicades les mesures terapèutiques.

5. Alteracions circulatòries pulmonars: embolisme pulmonar, hipertensió arterial pulmonar

Les alteracions de la circulació pulmonar poden causar disfunció respiratòria. El percentatge de discapacitat produït per aquesta disfunció haurà de combinar-se amb l'originat per la insuficiència cardíaca dreta, en aquells pacients que la presentin.

6. Malalties extrapulmonars amb deteriorament de la funció respiratòria

Les malalties pleurals, deformitats toràciques i malalties neuromusculars poden cursar amb una alteració ventilatòria restrictiva. El percentatge de discapacitat produït per aquesta disfunció haurà de combinar-se amb el corresponent a altres aparells i sistemes.

7. Trasplantament de pulmó

Es mantindrà la valoració que prèviament tingués el pacient, si s'escau, durant els 6 mesos posteriors al trasplantament.

Un cop transcorregut aquest període, s'haurà de procedir a una nova valoració. S'assignarà el percentatge de discapacitat originat per la disfunció respiratòria residual que presenti el pacient.

Taula 1: Adults. Valors esperats a l'EF segons sexe, edat i talla

Homes. FEV1

Edat	Altura (cm)															
	146	148	150	152	154	156	158	160	162	164	166	168				
18	3,42	3,50	3,58	3,66	3,75	3,83	3,91	3,99	4,08	4,16	4,24	4,33				
20	3,37	3,45	3,53	3,65	3,70	3,73	3,86	3,95	4,03	4,11	4,19	4,28				
22	3,32	3,40	3,48	3,57	3,65	3,73	3,81	3,90	3,98	4,06	4,15	4,23				
24	3,27	3,35	3,43	3,52	3,60	3,68	3,77	3,85	3,93	4,01	4,10	4,18				
26	3,22	3,30	3,39	3,47	3,55	3,62	3,72	3,10	3,88	3,97	4,05	4,13				
28	3,17	3,25	3,34	3,42	3,50	3,59	3,67	3,75	3,83	3,92	4,00	4,08				
30	3,12	3,21	3,29	3,37	3,45	3,54	3,62	3,70	3,78	3,87	3,95	4,03				
32	3,07	3,15	3,24	3,32	3,40	3,49	3,57	3,65	3,74	3,82	3,90	3,98				
34	3,02	3,11	3,19	3,27	3,36	3,44	3,52	3,60	3,69	3,77	3,85	3,94				
36	2,98	3,06	3,14	3,22	3,31	3,39	3,47	3,56	3,64	3,72	3,80	3,89				
38	2,93	3,01	3,09	3,18	3,26	3,34	3,42	3,51	3,59	3,67	3,76	3,84				
40	2,88	2,96	3,04	3,13	3,21	3,29	3,38	3,46	3,54	3,62	3,71	3,79				
42	2,83	2,91	3,00	3,08	3,16	3,24	3,33	3,41	3,49	3,57	3,66	3,74				
44	2,78	2,86	2,95	3,03	3,11	3,19	3,28	3,36	3,44	3,53	3,61	3,69				
46	2,73	2,91	2,90	2,98	3,06	3,15	3,23	3,31	3,39	3,46	3,56	3,64				
48	2,68	2,77	2,85	2,93	3,01	3,10	3,18	3,26	3,35	3,43	3,51	3,59				
50	2,63	2,72	2,10	2,88	2,97	3,05	3,13	3,21	3,30	3,38	3,46	3,55				
52	2,59	2,67	2,75	2,83	2,92	3,00	3,08	3,17	3,25	3,33	3,41	3,50				
54	2,54	2,62	2,70	2,79	2,87	2,95	3,03	3,12	3,20	3,25	3,36	3,45				
56	2,49	2,57	2,65	2,74	2,82	2,90	2,91	3,07	3,15	3,23	3,32	3,40				
58	2,44	2,52	2,60	2,69	2,77	2,85	2,94	3,02	3,50	3,18	3,27	3,35				
60	2,39	2,47	2,55	2,64	2,72	2,80	2,89	2,07	3,05	3,14	3,22	3,30				
62	2,34	2,42	2,51	2,59	2,67	2,76	2,84	2,92	3,00	3,09	3,17	3,25				
64	2,29	2,38	2,46	2,54	2,62	2,73	2,79	2,87	2,96	3,04	3,12	3,20				
66	2,24	2,33	2,41	2,49	2,58	2,66	2,74	2,82	2,91	2,99	3,07	3,15				
68	2,20	2,28	2,36	2,44	2,53	2,61	2,69	2,77	2,86	2,94	3,02	3,11				
70	2,15	2,23	2,31	2,39	2,48	2,56	2,64	2,73	2,81	2,89	2,97	3,06				
72	2,50	2,18	2,26	2,35	2,43	2,51	2,59	2,68	2,76	2,84	2,93	3,01				
74	2,05	2,13	2,21	2,30	2,38	2,46	2,55	2,63	2,71	2,79	2,88	2,96				

Homes. FEV1

Edat	Altura (cm)													
	170	172	174	176	178	180	182	184	186	188	190	192	194	
18	4,41	4,48	4,57	4,66	4,74	4,82	4,91	4,99	5,07	5,15	5,24	5,32	5,40	
20	4,36	4,44	4,53	4,61	4,69	4,71	4,86	4,94	5,02	5,11	5,19	5,27	5,35	
22	4,31	4,39	4,48	4,56	4,64	4,73	4,81	4,89	4,97	5,05	5,14	5,22	5,30	
24	4,26	4,35	4,43	4,51	4,59	4,68	4,76	4,84	4,92	5,01	5,09	5,17	5,26	
26	4,21	4,30	4,36	4,46	4,54	4,63	4,71	4,79	4,88	4,90	5,04	5,12	5,21	
28	4,16	4,25	4,33	4,41	4,10	4,58	4,66	4,74	4,83	4,91	4,99	5,08	5,16	
30	4,52	4,20	4,28	4,36	4,45	4,53	4,61	4,70	4,78	4,86	4,94	5,03	5,11	
32	4,07	4,15	4,23	4,32	4,40	4,48	4,56	4,65	4,73	4,81	4,90	4,98	5,06	
34	4,02	4,10	4,18	4,27	4,35	4,43	4,52	4,60	4,68	4,76	4,85	4,93	5,01	
36	3,97	4,05	4,14	4,22	4,30	4,38	4,47	4,55	4,63	4,71	4,80	4,88	4,96	
38	3,92	4,00	4,09	4,17	4,23	4,33	4,42	4,50	4,58	4,67	4,75	4,83	4,95	
40	3,37	3,95	4,04	4,12	4,20	4,29	4,37	4,45	4,53	4,62	4,70	4,73	4,87	
42	3,82	3,91	3,99	4,07	4,15	4,24	4,32	4,40	4,49	4,57	4,65	4,73	4,82	
44	3,77	3,86	3,94	4,02	4,11	4,19	4,27	4,35	4,44	4,52	4,60	4,69	4,77	
46	3,73	3,81	3,89	3,97	4,06	4,14	4,22	4,31	4,39	4,47	4,55	4,64	4,12	
48	3,68	3,76	3,84	3,93	4,01	4,09	4,17	4,25	4,34	4,42	4,50	4,59	4,67	
50	3,63	3,71	3,79	3,88	3,96	4,04	4,12	4,21	4,19	4,37	4,46	4,54	4,62	
52	3,58	3,66	3,74	3,83	3,91	3,99	4,06	4,16	4,24	4,32	4,41	4,49	4,57	
54	3,53	3,61	3,70	3,75	3,85	3,94	4,03	4,11	4,19	4,28	4,36	4,44	4,52	
56	3,48	3,56	3,65	3,73	3,81	3,90	3,96	4,06	4,14	4,23	4,31	4,39	4,48	
58	3,43	3,52	3,60	3,68	3,76	3,85	3,93	4,01	4,10	4,18	4,26	4,34	4,43	
60	3,38	3,47	3,55	3,63	3,72	3,80	3,88	3,96	4,05	4,13	4,21	4,29	4,38	
62	3,34	3,42	3,50	3,58	3,67	3,75	3,83	3,91	4,00	4,08	4,16	4,25	4,33	
64	3,29	3,37	3,45	3,53	3,62	3,70	3,76	3,87	3,95	4,03	4,11	4,20	4,28	
66	3,24	3,32	3,40	3,49	3,17	3,65	3,73	3,82	3,90	3,98	4,07	4,15	4,23	
68	3,19	3,27	3,35	3,44	3,52	3,60	3,60	3,77	3,85	3,93	4,02	4,10	4,18	
70	3,14	3,22	3,31	3,39	3,47	3,55	3,64	3,72	3,80	3,89	3,97	4,05	4,13	
72	3,09	3,17	3,26	3,34	3,42	3,51	3,59	3,67	3,75	3,84	3,92	4,00	4,06	
74	3,04	3,13	3,21	3,29	3,37	3,46	3,54	3,62	3,70	3,79	3,87	3,95	4,04	

Homes. FVC

Edat	Altura (cm)													
	146	148	150	152	154	156	158	160	162	164	166	168		
18	3,72	3,84	3,36	4,08	4,20	4,32	4,44	4,36	4,68	4,80	4,92	5,04		
20	3,68	3,80	3,92	4,04	4,16	4,28	4,40	4,52	4,64	4,76	4,88	5,00		
22	3,64	3,76	3,88	4,00	4,12	4,24	4,26	4,48	4,60	4,72	4,84	4,96		
24	3,60	3,72	3,84	3,96	4,06	4,20	4,32	4,44	4,56	4,68	4,80	4,92		
26	3,55	3,67	3,79	3,91	4,03	4,15	4,27	4,39	4,51	4,63	4,75	4,87		
28	3,51	3,63	3,75	3,87	3,99	4,11	4,23	4,35	4,47	4,59	4,71	4,83		
30	3,47	3,59	3,71	3,83	3,95	4,07	4,19	4,31	4,43	4,55	4,67	4,79		
32	3,42	3,55	3,67	3,19	3,91	4,03	4,15	4,27	4,39	4,51	4,63	4,75		
34	3,38	3,50	3,62	3,74	3,86	3,96	4,10	4,22	4,34	4,46	4,58	4,70		
36	3,34	3,46	3,58	3,70	3,82	3,94	4,06	4,18	4,30	4,42	4,54	4,66		
38	3,30	3,42	3,54	3,66	3,78	3,90	4,02	4,14	4,26	4,38	4,50	4,62		
40	3,21	3,37	3,49	3,61	3,73	3,85	3,97	4,09	4,11	4,33	4,45	4,57		
42	3,25	3,33	3,45	3,17	3,69	3,81	3,93	4,05	4,17	4,29	4,41	4,53		
44	3,17	3,29	3,41	3,53	3,65	3,77	3,89	4,01	4,13	4,25	4,37	4,49		
46	3,13	2,25	3,37	3,49	3,61	3,73	3,85	3,97	4,09	4,21	4,33	4,45		
48	3,08	3,20	3,32	3,44	3,56	3,68	3,80	3,92	4,04	4,16	4,28	4,40		
50	3,04	3,16	3,28	3,40	3,32	3,64	3,76	3,88	4,00	4,12	4,24	4,36		
52	3,00	3,12	3,24	3,36	3,48	3,60	3,72	3,84	3,96	4,06	4,20	4,32		
54	2,95	3,07	3,19	3,31	3,43	3,55	3,67	3,79	3,91	4,03	4,15	4,21		
56	2,91	3,03	3,11	3,27	3,39	3,51	3,63	3,75	3,87	3,99	4,11	4,23		
58	2,37	2,99	3,11	3,23	3,35	3,47	3,59	3,71	3,83	3,95	4,07	4,19		
60	2,83	2,95	3,07	3,19	3,31	3,43	3,55	3,67	3,79	3,91	4,03	4,15		
62	2,78	2,90	3,02	3,14	3,26	3,38	3,50	3,62	3,74	3,86	3,98	4,50		
64	2,74	2,86	2,99	3,10	2,22	3,34	3,46	3,58	3,70	3,82	3,94	4,06		
66	2,70	2,82	2,94	3,06	3,18	3,30	3,42	3,54	3,66	3,78	3,90	4,02		
68	2,65	2,77	2,89	3,01	3,13	3,25	3,37	3,49	3,61	3,73	3,85	3,97		
70	2,61	2,73	2,85	2,97	3,09	1,21	3,33	3,45	3,57	3,69	3,81	3,93		
72	2,57	2,69	2,81	2,93	3,05	3,17	3,29	3,41	3,53	3,65	3,77	3,89		
74	2,53	2,65	2,77	2,89	3,01	3,13	3,25	3,37	3,49	3,61	3,73	3,83		

Homes. FVC

Edat	Altura (cm)													
	170	172	174	176	178	180	182	184	186	188	190	192	194	
18	5,16	5,28	5,40	5,52	5,64	5,76	5,88	6,00	6,52	6,24	6,36	6,48	6,60	
20	5,12	5,24	5,36	5,48	5,60	5,72	5,84	5,96	6,03	6,20	6,32	6,44	6,56	
22	5,06	5,20	5,32	5,44	5,56	5,68	5,80	5,92	6,04	6,16	6,28	6,40	6,52	
24	4,04	5,16	5,28	5,40	5,52	5,64	3,76	S,S	6,00	6,12	6,24	6,36	6,48	
26	4,99	5,11	5,23	5,35	3,47	5,59	5,71	5,83	5,95	6,07	6,19	6,31	6,43	
28	4,95	5,07	5,59	5,31	5,43	3,55	5,61	5,79	5,91	6,03	6,15	6,27	6,39	
30	4,31	5,03	1,55	5,27	5,39	5,51	5,63	5,75	5,87	5,99	6,11	6,23	6,35	
32	4,87	4,99	5,11	3,23	5,35	5,47	5,59	5,71	5,83	5,95	6,07	6,19	6,31	
34	4,82	4,94	5,06	5,18	5,30	5,42	5,54	5,66	5,78	5,90	6,02	6,14	6,26	
36	4,78	4,90	5,02	5,14	5,26	5,38	5,50	5,62	5,74	5,86	5,98	6,10	6,22	
38	4,74	4,86	4,96	5,10	5,0	5,34	5,46	3,58	5,70	5,82	5,94	6,06	6,58	
40	4,69	4,81	4,93	5,05	5,17	5,29	5,41	5,53	5,65	5,77	5,89	6,01	6,13	
42	4,65	4,77	4,89	5,01	5,12	5,25	5,37	5,49	5,61	5,73	5,85	5,97	6,09	
44	4,61	4,73	4,55	4,97	5,09	5,22	5,33	5,45	5,57	5,69	5,81	5,93	6,05	
46	4,57	4,69	4,11	4,93	5,03	5,57	5,29	5,41	5,53	5,65	5,77	5,89	6,01	
48	4,52	4,64	4,76	4,88	5,00	5,52	5,24	5,36	5,48	5,60	5,72	5,84	5,96	
50	4,48	4,60	4,72	4,84	4,96	5,08	5,20	5,32	5,44	5,56	5,68	5,80	5,92	
52	4,44	4,56	4,68	4,80	4,92	5,04	5,16	5,28	5,40	5,52	5,64	5,76	5,88	
54	4,39	4,51	4,63	4,75	4,57	4,99	5,11	5,23	5,35	5,47	5,59	5,75	5,83	
56	4,35	4,47	4,59	4,71	4,83	4,95	5,07	5,19	5,31	5,43	5,55	5,67	5,79	
58	4,31	4,43	4,55	4,67	4,79	4,91	5,03	5,15	5,27	5,39	5,51	5,63	5,75	
60	4,27	4,39	4,51	4,63	4,75	4,87	4,99	5,51	3,23	5,35	5,47	5,59	5,71	
62	4,22	4,34	4,46	4,58	4,70	4,82	4,94	5,06	5,18	5,30	5,42	5,54	5,66	
64	4,18	4,30	4,42	4,54	4,66	4,78	4,90	5,02	5,14	5,26	5,38	5,50	5,62	
66	4,14	4,26	4,38	4,50	4,62	4,74	4,86	4,96	5,10	5,22	5,34	5,46	3,58	
68	4,09	4,21	4,33	4,45	4,37	4,69	4,81	4,93	5,05	5,57	5,29	5,41	5,53	
70	4,05	4,57	4,29	4,41	4,53	4,65	4,77	4,89	5,01	5,13	5,25	5,37	5,49	
72	4,01	4,13	4,25	4,37	4,49	4,61	4,73	4,85	4,97	5,09	5,21	5,33	5,45	
74	3,97	4,09	4,21	4,33	4,45	4,57	4,69	4,81	4,93	5,05	5,17	5,29	5,41	

Dones. FEV1

Edat	Altura (cm)													
	146	148	150	152	154	156	158	160	162	164	166	168		
18	2,96	3,02	3,09	3,26	3,23	3,30	3,37	3,43	3,50	3,57	3,64	3,71		
20	2,91	2,97	3,04	3,11	3,18	3,25	3,32	3,38	3,45	3,52	3,59	3,66		
22	2,85	2,92	2,99	3,06	3,13	3,20	3,26	2,22	3,40	2,47	3,54	3,62		
24	2,80	2,87	2,94	3,01	3,08	3,15	3,21	3,28	3,35	3,42	3,49	3,56		
26	2,75	2,82	2,88	2,96	3,03	3,09	3,16	3,23	3,30	3,37	3,44	3,50		
28	2,70	2,77	2,84	2,91	2,97	3,04	3,11	3,18	3,25	3,32	3,39	3,45		
30	2,65	2,72	2,79	2,86	2,92	2,99	3,06	3,13	3,20	3,27	3,33	3,40		
32	2,50	2,67	2,74	2,80	2,87	2,94	3,01	3,08	3,15	3,21	3,28	3,35		
34	2,55	2,62	2,68	2,75	2,82	2,89	2,96	3,03	3,10	3,16	3,23	3,30		
36	2,50	2,57	2,63	2,70	2,77	2,84	2,91	2,96	3,04	3,12	3,18	3,25		
38	2,45	2,51	2,58	2,65	2,72	2,79	2,86	2,92	2,99	3,06	3,13	3,20		
40	2,40	2,46	2,53	2,60	2,67	2,74	2,81	2,87	2,94	3,01	3,08	3,15		
42	2,34	2,41	2,48	2,55	2,62	2,69	2,75	2,82	2,89	2,96	3,03	3,30		
44	2,29	2,36	2,43	2,50	2,57	2,64	2,70	2,77	2,84	2,91	2,98	3,05		
46	2,24	2,31	2,38	2,45	2,52	2,58	2,65	2,72	2,79	2,86	2,93	2,99		
48	2,19	2,26	2,33	2,40	2,46	2,53	2,60	2,67	2,74	2,81	2,88	2,94		
50	2,14	2,21	2,28	2,35	2,41	2,48	2,55	2,62	2,69	2,76	2,82	2,89		
52	2,09	2,16	2,23	2,29	2,36	2,43	2,50	2,57	2,64	2,70	2,77	2,84		
54	2,04	2,11	2,18	2,24	2,31	2,38	2,45	2,52	2,59	2,65	2,72	2,79		
56	1,99	2,06	2,12	2,19	2,25	2,33	2,40	2,47	2,53	2,60	2,67	2,74		
58	2,94	2,00	2,07	2,14	2,21	2,28	2,35	2,42	2,48	2,55	2,62	2,69		
60	1,89	1,95	2,02	2,09	2,16	2,23	2,30	2,36	2,43	2,50	2,57	2,64		
62	1,83	1,90	2,97	2,04	2,11	2,18	2,24	2,31	2,38	2,45	2,52	2,59		
64	1,78	1,85	1,52	1,99	2,06	2,23	2,19	2,26	2,33	2,40	2,47	2,54		
66	1,73	1,30	1,87	3,94	2,01	2,07	2,34	2,21	2,28	2,35	2,42	2,48		
68	1,68	1,75	1,82	1,89	1,95	2,02	2,09	2,26	2,23	2,30	2,37	2,43		
70	1,63	2,70	2,77	1,84	1,90	1,97	2,04	2,21	2,18	2,25	2,31	2,38		
72	1,58	1,65	3,72	1,78	1,85	1,92	1,99	2,06	2,13	2,19	2,26	2,33		
74	1,53	1,60	1,67	1,73	1,80	1,87	3,94	2,01	2,06	2,34	2,21	2,28		

Dones. FEV1

Edat	Altura (cm)													
	170	172	174	176	178	180	182	184	186	188	190	192	194	
18	1,78	3,85	3,91	3,98	4,05	4,12	4,19	4,26	4,32	4,39	4,46	4,53	4,60	
20	3,73	3,79	3,86	3,93	4,00	4,07	4,14	4,20	4,27	4,34	4,43	4,48	4,55	
22	3,67	3,74	3,81	3,88	3,95	4,02	4,09	4,15	4,22	4,29	4,36	4,43	4,50	
24	3,62	3,69	3,76	3,83	3,90	3,97	4,03	4,10	4,17	4,24	4,32	4,38	4,44	
26	3,57	3,64	3,71	3,78	3,85	3,91	3,98	4,05	4,12	4,19	4,26	4,33	4,39	
28	3,52	3,59	3,66	3,73	3,80	3,86	3,93	4,00	4,07	4,14	4,23	4,27	4,34	
30	3,47	3,54	3,61	3,68	3,74	3,81	3,88	3,95	4,02	4,09	4,15	4,22	4,29	
32	3,42	3,49	3,56	3,63	3,69	3,76	3,83	3,90	3,97	4,04	4,10	4,17	4,24	
34	3,37	3,44	3,52	3,57	3,64	3,71	3,78	3,85	3,92	3,98	4,05	4,12	4,19	
36	3,32	3,39	3,45	3,52	3,59	3,66	3,73	3,80	3,87	3,93	4,00	4,07	4,14	
38	3,27	3,34	3,40	3,47	3,54	3,61	3,68	3,75	3,81	3,88	3,95	4,02	4,09	
40	3,22	3,28	3,35	3,42	3,49	3,56	3,63	3,69	3,76	3,83	3,90	3,97	4,04	
42	3,17	3,23	3,30	3,37	3,44	3,51	3,58	3,64	3,71	3,78	3,85	3,92	3,99	
44	3,12	3,18	3,25	3,32	3,39	3,46	3,52	3,59	3,66	3,73	3,80	3,87	3,93	
46	3,06	3,13	3,20	3,27	3,34	3,41	3,47	3,54	3,61	3,68	3,75	3,82	3,88	
48	3,01	3,06	3,15	3,22	3,29	3,35	3,42	3,49	3,56	3,63	3,70	3,76	3,83	
50	2,96	3,03	3,10	3,17	3,23	3,30	3,37	3,44	3,51	3,58	3,65	3,71	3,78	
52	2,91	2,96	3,05	3,12	3,18	3,25	3,32	3,39	3,46	3,53	3,59	3,66	3,73	
54	2,86	2,93	3,00	3,06	3,13	3,20	3,27	3,34	3,41	3,47	3,54	3,61	3,68	
56	2,82	2,88	2,94	3,01	3,08	3,15	3,22	3,29	3,36	3,42	3,49	3,56	3,63	
58	2,76	2,83	2,89	2,96	3,03	3,10	3,17	3,24	3,30	3,37	3,44	3,51	3,58	
60	2,71	2,77	2,84	2,91	2,98	3,05	3,12	3,18	3,25	3,32	3,39	3,46	3,53	
62	2,66	2,72	2,79	2,86	2,93	3,00	3,07	3,13	3,20	3,27	3,34	3,42	3,48	
64	2,60	2,67	2,74	2,81	2,88	2,95	3,01	3,08	3,15	3,22	3,29	3,36	3,42	
66	2,55	2,62	2,69	2,76	2,83	2,90	2,96	3,03	3,10	3,17	3,24	3,31	3,37	
68	2,50	2,57	2,64	2,71	2,78	2,84	2,91	2,98	3,05	3,12	3,19	3,25	3,32	
70	2,45	2,52	2,59	2,66	2,72	2,79	2,86	2,93	3,00	3,07	3,14	3,20	3,27	
72	2,40	2,47	2,54	2,62	2,67	2,74	2,81	2,88	2,95	3,02	3,08	3,15	3,22	
74	2,35	2,42	2,49	2,55	2,62	2,69	2,76	2,83	2,90	2,96	3,03	3,10	3,17	

Dones. FVC

Edat	Altura (cm)													
	146	148	150	152	154	156	158	160	162	164	166	168		
18	3,19	3,29	3,39	3,48	3,58	3,68	3,78	3,88	3,98	4,01	4,17	4,27		
20	3,15	3,24	3,34	3,44	3,54	3,64	3,74	3,83	3,93	4,03	4,13	4,23		
22	3,10	3,20	3,30	3,40	3,50	3,59	3,69	3,79	3,89	3,99	4,09	4,18		
24	3,06	3,16	3,26	3,35	3,45	3,55	3,65	3,75	3,85	3,94	4,04	4,14		
26	3,02	3,12	3,21	3,31	3,41	3,51	3,61	3,70	3,80	3,90	4,00	4,10		
28	2,97	3,07	3,17	3,27	3,37	3,46	3,56	3,66	3,76	3,86	3,96	4,05		
30	2,93	3,03	3,13	3,23	3,32	3,42	3,52	3,62	3,72	3,81	3,91	4,01		
32	2,89	2,99	3,08	3,18	3,28	3,38	3,48	3,57	3,67	3,77	3,87	3,97		
34	2,84	2,94	3,04	3,14	3,24	3,34	3,43	3,53	3,63	3,73	3,83	3,92		
36	2,80	2,90	3,00	3,10	3,39	3,29	3,39	3,49	3,59	3,68	3,78	3,88		
38	2,76	2,86	2,95	3,05	3,15	3,25	3,35	3,45	3,54	3,64	3,74	3,84		
40	2,71	2,81	2,91	3,01	3,11	3,21	3,30	3,40	3,50	3,60	3,70	3,79		
42	2,67	2,77	2,87	2,97	3,06	3,16	3,26	3,36	3,46	3,56	3,66	3,75		
44	2,63	2,73	2,82	2,92	3,02	3,12	3,22	3,32	3,41	3,51	3,61	3,71		
46	2,58	2,63	2,78	2,88	2,98	3,08	3,17	3,27	3,37	3,47	3,57	3,67		
48	2,54	2,64	2,74	2,84	2,93	3,03	3,13	3,23	3,33	3,43	3,52	3,62		
50	2,50	2,60	2,69	2,79	2,89	2,99	3,09	3,19	3,28	3,38	3,48	3,58		
52	2,46	2,55	2,65	2,75	2,85	2,95	3,04	3,14	3,24	3,34	3,44	3,54		
54	2,41	2,51	2,61	2,71	2,80	2,90	3,00	3,10	3,20	3,30	3,39	3,49		
56	2,37	2,47	2,57	2,66	2,76	2,86	2,96	3,06	3,15	3,25	3,35	3,45		
58	2,33	2,42	2,52	2,62	2,72	2,82	2,91	3,01	3,11	3,21	3,31	3,41		
60	2,28	2,38	2,48	2,58	2,68	2,77	2,87	2,97	3,07	3,17	3,26	3,36		
62	2,24	2,34	2,44	2,53	2,63	2,73	2,83	2,93	3,02	3,12	3,22	3,32		
64	2,20	2,29	2,39	2,49	2,59	2,69	2,79	2,88	2,98	3,08	3,18	3,28		
66	2,15	2,25	2,35	2,45	2,55	2,64	2,74	2,84	2,94	3,04	3,14	3,23		
68	2,11	2,23	2,31	2,40	2,50	2,60	2,70	2,80	2,90	2,99	3,09	3,19		
70	2,07	2,16	2,26	2,36	2,46	2,56	2,66	2,75	2,85	2,95	3,05	3,15		
72	2,02	2,12	2,22	2,32	2,42	2,51	2,61	2,71	2,81	2,91	3,01	3,10		
74	1,98	2,08	2,18	2,27	2,37	2,47	2,57	2,67	2,77	2,86	2,96	3,06		

Dones. FVC

Edat	Altura (cm)													
	170	172	174	176	178	180	182	184	186	188	190	192	194	
18	4,37	4,47	4,56	4,66	4,76	4,86	4,96	5,06	5,15	5,25	5,35	5,45	5,55	
20	4,32	4,42	4,52	4,62	4,72	4,82	4,91	5,01	5,11	5,21	5,31	5,41	5,50	
22	4,28	4,38	4,48	4,58	4,67	4,77	4,87	4,97	5,07	5,17	5,26	5,36	5,46	
24	4,24	4,34	4,43	4,53	4,63	4,73	4,83	4,93	5,02	5,12	5,22	5,32	5,42	
26	4,20	4,29	4,39	4,49	4,59	4,69	4,78	4,88	4,98	5,08	5,18	5,28	5,37	
28	4,15	4,25	4,35	4,45	4,54	4,64	4,74	4,84	4,94	5,04	5,13	5,23	5,33	
30	4,11	4,21	4,31	4,40	4,50	4,60	4,70	4,80	4,89	4,99	5,09	5,19	5,29	
32	4,07	4,16	4,26	4,36	4,46	4,56	4,65	4,75	4,85	4,95	5,05	5,15	5,24	
34	4,02	4,12	4,22	4,32	4,42	4,51	4,61	4,71	4,81	4,91	5,00	5,10	5,20	
36	3,98	4,08	4,16	4,27	4,37	4,47	4,57	4,67	4,76	4,86	4,96	5,06	5,16	
38	3,94	4,03	4,13	4,23	4,33	4,43	4,53	4,62	4,72	4,82	4,92	5,02	5,11	
40	3,89	3,99	4,09	4,19	4,29	4,38	4,48	4,58	4,68	4,78	4,87	4,97	5,07	
42	3,85	3,95	4,05	4,14	4,24	4,34	4,44	4,54	4,64	4,73	4,83	4,93	5,03	
44	3,81	3,90	4,00	4,10	4,20	4,30	4,40	4,49	4,59	4,69	4,79	4,89	4,98	
46	3,76	3,86	3,96	4,06	4,16	4,25	4,35	4,45	4,55	4,65	4,75	4,84	4,94	
48	3,72	3,82	3,92	4,01	4,11	4,21	4,31	4,41	4,51	4,60	4,70	4,80	4,90	
50	3,68	3,78	3,87	3,97	4,07	4,17	4,27	4,36	4,46	4,56	4,66	4,76	4,86	
52	3,63	3,73	3,83	3,93	4,03	4,12	4,22	4,32	4,42	4,52	4,62	4,71	4,81	
54	3,59	3,69	3,79	3,89	3,98	4,08	4,18	4,28	4,38	4,47	4,57	4,67	4,77	
56	3,55	3,65	3,74	3,84	3,94	4,04	4,14	4,23	4,33	4,43	4,53	4,63	4,73	
58	3,50	3,60	3,70	3,80	3,90	4,00	4,09	4,19	4,29	4,39	4,49	4,58	4,63	
60	3,46	3,56	3,66	3,76	3,86	3,96	4,05	4,15	4,25	4,34	4,44	4,54	4,64	
62	3,42	3,52	3,61	3,71	3,81	3,91	4,01	4,11	4,20	4,30	4,40	4,50	4,60	
64	3,37	3,47	3,57	3,67	3,77	3,87	3,96	4,06	4,16	4,26	4,36	4,45	4,55	
66	3,33	3,43	3,53	3,63	3,72	3,82	3,92	4,02	4,12	4,22	4,31	4,41	4,51	
68	3,29	3,39	3,48	3,58	3,68	3,78	3,88	3,98	4,07	4,17	4,27	4,37	4,47	
70	3,24	3,34	3,44	3,54	3,64	3,74	3,83	3,93	4,03	4,13	4,23	4,33	4,42	
72	3,20	3,30	3,40	3,50	3,59	3,69	3,79	3,89	3,99	4,09	4,18	4,28	4,38	
74	3,16	3,26	3,36	3,45	3,55	3,65	3,75	3,85	3,94	4,04	4,14	4,24	4,34	

Homes. DLco

Edat	Altura (cm)													
	146	148	150	152	154	156	158	160	162	164	166	168		
18	29,8	30,6	31,4	32,2	33,1	33,9	34,7	35,5	36,3	37,1	38,0	38,8		
20	29,3	30,2	31,0	31,8	32,6	33,4	34,3	35,1	35,9	36,7	37,5	38,4		
22	23,9	29,7	30,6	31,4	32,2	33,0	33,8	34,7	35,5	36,3	37,1	37,9		
24	28,5	29,3	30,1	31,0	33,6	32,6	33,4	34,2	35,1	35,9	36,7	37,5		
26	28,1	28,9	29,7	30,5	31,4	32,2	33,0	33,8	34,6	35,5	36,3	37,3		
28	27,7	28,5	29,3	30,1	30,9	31,8	32,6	33,4	34,2	35,0	35,9	36,7		
30	27,2	28,1	28,9	29,7	30,5	31,3	32,2	33,0	33,8	34,6	35,4	36,3		
32	26,8	27,6	28,5	29,3	30,1	30,9	31,7	32,6	33,4	34,2	35,0	35,8		
34	26,4	27,2	28,1	28,9	29,7	30,5	31,3	32,1	33,0	33,8	34,6	35,4		
36	26,0	26,8	27,6	28,4	29,3	30,1	30,9	31,7	32,5	33,4	34,2	35,0		
38	25,6	26,4	27,2	28,0	28,8	29,7	30,5	31,3	32,1	32,9	33,8	34,6		
40	25,1	26,0	26,8	27,6	28,4	29,2	30,1	30,4	33,7	32,5	33,3	34,2		
42	24,7	25,5	26,4	27,2	28,0	28,8	29,6	30,5	33,3	32,1	32,9	33,7		
44	24,3	25,1	25,9	24,8	27,6	28,4	29,2	30,0	30,9	31,7	32,5	33,3		
46	23,9	24,7	25,5	26,3	27,2	28,0	28,8	29,6	30,4	31,3	32,3	32,9		
48	23,5	2,43	25,1	25,9	26,7	27,6	28,4	29,2	30,0	30,8	31,7	32,5		
50	23,1	23,9	24,7	25,5	26,3	27,1	28,0	28,8	29,6	30,4	31,2	32,1		
52	22,6	23,4	24,3	25,1	25,9	26,7	27,6	28,4	29,2	30,0	30,8	31,6		
54	22,2	23,0	23,8	24,7	25,5	26,3	27,3	27,9	28,8	29,6	30,4	31,2		
56	21,8	22,6	23,4	24,2	25,3	25,9	26,7	27,5	28,3	29,2	30,0	30,8		
58	21,4	22,2	23,0	23,6	24,6	25,5	26,3	27,1	27,9	28,7	29,6	30,4		
60	20,9	21,8	22,6	23,4	24,2	25,0	25,9	26,7	27,5	28,3	29,3	30,0		
62	20,5	21,3	22,2	23,0	23,8	24,6	25,4	26,3	27,1	27,9	28,7	29,5		
64	20,1	20,9	21,7	22,6	23,4	24,2	25,0	25,8	26,7	27,5	28,3	29,1		
66	19,7	20,5	21,3	22,1	23,0	23,8	24,6	25,4	26,2	27,1	27,9	28,7		
68	19,3	20,1	20,9	21,7	22,6	23,4	24,2	25,0	25,8	26,6	27,5	28,3		
70	18,8	19,7	20,5	21,3	22,1	22,9	23,8	24,6	25,4	26,2	27,0	27,9		
72	18,4	19,2	20,1	20,9	21,7	22,5	23,3	24,2	25,0	25,8	26,6	27,4		
74	18,0	18,8	19,6	20,5	21,3	22,1	22,9	23,7	24,6	25,4	26,2	27,0		

Homes. DLco

Edat	Altura (cm)													
	170	172	174	176	178	180	182	184	186	188	190	192	194	
18	39,6	40,4	41,2	42,1	42,9	43,7	44,5	45,4	46,2	47,0	47,8	48,6	49,4	
20	39,2	40,0	40,8	41,6	42,5	43,3	44,1	44,9	45,7	46,6	47,4	48,2	49,0	
22	38,8	39,6	40,4	41,2	42,0	42,9	43,7	44,5	45,3	46,1	47,0	47,8	48,6	
24	38,3	39,2	40,0	40,8	41,6	42,4	43,3	44,1	44,9	45,7	46,5	47,4	48,2	
26	37,9	38,7	39,6	40,4	41,2	42,0	42,8	43,7	44,5	45,3	46,1	46,9	47,8	
28	37,5	38,3	39,1	40,0	40,8	41,6	42,4	43,2	44,1	44,9	45,7	46,5	47,3	
30	37,1	37,9	38,7	39,6	40,4	41,2	42,0	42,8	43,6	44,5	45,3	46,1	46,9	
32	36,7	37,5	38,3	39,1	39,9	40,8	41,6	42,4	43,2	44,1	44,9	45,7	46,5	
34	36,2	37,1	37,9	38,7	39,5	40,4	41,2	42,0	42,8	43,6	44,4	45,3	46,3	
36	35,8	36,6	37,5	38,3	39,1	39,9	40,7	41,6	42,4	43,2	44,0	44,8	45,7	
38	35,4	36,2	37,0	37,9	38,7	39,5	40,3	41,1	42,0	42,8	43,6	44,4	45,2	
40	35,0	35,8	36,6	37,4	38,3	39,1	39,9	40,7	41,5	42,4	43,2	44,0	44,8	
42	34,6	35,4	36,2	37,0	37,8	38,7	39,5	40,3	41,1	41,9	42,8	43,6	44,4	
44	34,1	35,0	35,8	36,6	37,4	38,2	39,1	39,9	40,7	41,5	42,3	43,2	44,0	
46	33,7	34,6	35,4	36,2	37,0	37,8	38,6	39,5	40,3	41,1	43,9	42,7	43,6	
48	33,3	34,1	34,9	35,8	36,6	37,4	38,2	39,1	39,9	40,7	41,5	42,3	43,1	
50	32,9	33,7	34,5	35,4	36,2	37,0	37,8	38,6	39,4	40,3	41,1	41,9	42,7	
52	32,5	33,3	34,1	34,9	35,7	36,6	37,4	38,2	39,0	39,0	40,7	41,6	42,3	
54	32,0	32,9	33,7	34,5	35,3	36,1	37,0	37,8	S.S	39,4	40,2	41,1	41,9	
56	31,6	32,4	33,3	34,1	34,9	35,7	36,5	37,4	38,2	39,0	39,8	40,6	41,5	
58	31,2	32,0	32,8	33,7	34,5	35,3	36,1	36,9	37,8	38,6	39,4	40,2	41,0	
60	30,8	31,6	32,4	33,2	34,1	34,9	35,7	36,5	37,3	38,2	39,0	39,8	40,6	
62	30,4	31,2	32,0	32,8	33,6	34,5	35,3	36,1	36,9	37,7	38,6	39,4	40,2	
64	29,9	30,8	31,6	32,4	33,2	34,3	34,9	35,7	36,5	37,3	38,1	39,0	39,8	
66	29,5	30,4	31,2	32,0	32,8	33,6	34,4	35,3	36,1	36,9	37,7	38,6	39,4	
68	29,1	29,9	30,7	31,6	32,4	33,2	34,0	34,9	35,7	36,5	37,3	38,1	38,9	
70	28,7	29,5	30,3	31,1	32,0	32,8	33,6	34,4	35,2	36,1	36,9	37,7	38,5	
72	28,3	29,1	29,9	30,7	31,5	32,4	33,2	34,0	34,8	35,6	36,5	37,3	38,1	
74	21,8	28,7	29,5	30,3	31,1	31,9	32,8	33,6	34,4	35,2	36,0	36,9	37,7	

Dones. DLco

Edat	Altura (cm)											
	146	148	150	152	154	156	158	160	162	164	166	168
18	26,0	26,5	27,0	27,6	28,1	28,6	29,2	29,7	30,2	30,8	31,3	31,9
20	25,7	26,2	26,7	27,3	27,8	28,4	28,9	29,4	30,0	30,3	31,0	21,6
22	25,4	25,9	26,5	27,0	27,5	28,1	28,6	29,1	29,7	30,2	30,7	31,3
24	25,1	25,6	26,2	26,7	27,2	27,8	28,3	28,8	29,4	29,9	30,4	31,0
26	24,8	25,3	25,9	26,4	26,9	27,5	28,0	28,3	29,1	29,6	30,1	30,7
28	24,5	25,0	25,6	26,1	26,6	27,2	27,7	28,2	28,8	29,3	29,8	30,4
30	24,2	24,7	25,3	25,8	26,3	26,9	27,4	27,9	28,5	29,0	29,5	30,1
32	23,9	24,4	25,0	25,5	26,0	26,6	27,1	27,6	28,2	28,7	29,2	29,8
34	23,6	24,1	24,7	25,2	25,7	26,3	26,8	27,3	27,9	28,4	28,9	29,5
36	23,3	23,8	24,4	24,9	25,4	26,0	26,5	27,1	27,6	28,1	28,7	29,2
38	23,0	23,6	24,2	24,6	25,2	25,7	26,2	26,8	27,3	27,8	28,4	28,9
40	22,7	23,3	23,8	24,3	24,9	25,4	25,9	26,5	27,0	27,5	28,1	28,6
42	22,4	23,0	23,5	24,0	24,6	25,1	25,6	26,2	26,7	27,2	27,8	28,3
44	22,1	22,7	23,2	23,7	24,3	24,8	25,3	25,9	26,4	26,9	27,3	28,0
46	21,8	22,4	22,9	23,4	24,0	24,5	25,0	25,6	26,1	26,6	27,1	27,7
48	21,5	22,1	22,6	23,1	23,7	24,2	24,7	25,3	25,8	26,3	26,9	27,4
50	21,2	21,8	22,3	22,8	23,4	23,9	24,4	25,0	25,5	26,0	26,6	27,1
52	20,9	21,5	22,0	22,5	23,1	23,6	24,1	24,7	25,2	25,8	26,3	26,8
54	20,6	21,2	21,7	22,3	22,8	23,3	23,9	24,4	24,9	25,3	26,0	26,5
56	20,4	20,9	21,4	22,0	22,5	23,0	23,6	24,2	24,6	25,2	25,1	26,2
58	20,1	20,6	21,1	21,7	22,2	22,7	23,3	23,8	24,3	24,9	25,4	25,9
60	19,8	20,3	20,8	21,4	21,9	22,4	23,0	23,4	24,0	24,6	25,1	25,6
62	19,5	20,0	20,5	21,1	21,6	22,1	22,7	23,2	23,7	24,3	24,8	25,3
64	19,2	19,7	20,2	20,7	21,3	21,8	22,4	22,9	23,4	24,0	24,5	25,0
66	18,9	19,4	19,9	20,5	21,0	21,5	22,1	22,6	23,2	23,7	24,2	24,7
68	18,6	19,1	19,6	20,2	20,7	21,2	21,8	22,3	22,8	23,4	23,9	24,5
70	18,3	18,8	19,3	19,9	20,4	21,0	21,5	22,0	22,6	23,1	23,6	24,2
72	18,0	18,5	19,1	19,6	20,1	20,7	21,2	21,7	22,3	22,8	23,3	23,9
74	17,7	18,2	18,8	19,3	19,8	20,4	20,9	21,4	22,0	21,3	23,0	23,8

Dones. DLco

Edad	Altura (cm)													
	170	172	174	176	178	180	182	184	186	188	190	192	194	
18	32,4	32,9	33,5	34,0	34,5	35,1	35,6	36,1	36,7	37,2	37,7	38,3	38,8	
20	32,1	32,6	33,2	33,7	34,2	34,8	35,3	35,8	36,4	36,9	37,4	38,0	38,5	
22	31,8	32,3	32,9	33,4	33,9	34,5	35,0	35,5	36,1	36,6	37,1	37,7	38,2	
24	31,5	32,0	32,6	33,1	33,6	34,2	34,7	35,2	35,8	36,3	36,8	37,4	37,9	
26	31,2	31,7	32,3	32,8	33,3	33,9	34,4	34,9	35,5	36,0	36,5	37,1	37,6	
28	30,9	31,4	32,0	32,5	33,0	33,6	34,1	34,6	35,2	35,7	36,2	36,8	37,3	
30	30,6	31,1	31,7	32,2	32,7	33,3	33,8	34,3	34,9	35,4	35,9	36,5	37,0	
32	30,3	30,8	31,4	31,9	32,4	33,0	33,5	34,1	34,6	35,1	35,7	36,2	36,7	
34	30,0	30,6	31,1	31,6	32,2	32,7	33,2	33,8	34,3	34,8	35,4	35,9	36,4	
36	29,7	30,3	30,8	31,3	31,9	32,4	32,9	33,5	34,0	34,5	35,1	35,6	36,1	
38	29,4	30,0	30,5	31,0	31,6	32,1	32,6	33,2	33,7	34,2	34,8	35,3	35,8	
40	29,1	29,7	30,2	30,7	31,3	31,8	32,3	32,9	33,4	33,9	34,5	35,0	35,5	
42	28,8	29,4	29,9	30,4	31,0	31,5	32,0	32,6	33,1	33,6	34,2	34,7	35,2	
44	28,5	29,1	29,6	30,1	30,7	31,2	31,7	32,3	32,8	33,3	33,9	34,4	34,9	
46	28,2	28,8	29,3	29,8	30,4	30,9	31,4	32,0	32,5	33,0	33,6	34,1	34,6	
48	27,9	28,5	29,0	29,5	30,1	30,6	31,1	31,7	32,2	32,8	33,3	33,8	34,4	
50	27,6	28,2	28,7	29,3	29,8	30,3	30,9	31,4	31,9	32,5	33,0	33,5	34,1	
52	27,4	27,9	28,4	29,0	29,5	30,0	30,6	31,1	31,6	32,2	32,7	33,2	33,8	
54	27,1	27,6	28,1	28,7	29,2	29,7	30,3	30,8	31,3	31,9	32,4	32,9	33,5	
56	26,8	27,3	27,8	28,4	28,9	29,4	30,0	30,5	31,0	31,6	32,1	32,6	33,2	
58	26,5	27,0	27,5	28,1	28,6	29,1	29,7	30,2	30,7	31,3	31,8	32,3	32,9	
60	26,2	26,7	27,2	27,8	28,3	28,8	29,4	29,9	30,4	31,0	31,5	32,0	32,6	
62	25,9	26,4	26,9	27,5	28,0	28,5	29,1	29,6	30,1	30,7	31,2	31,7	32,3	
64	25,6	26,1	26,6	27,2	27,7	28,2	28,8	29,3	29,8	30,4	30,9	31,5	32,0	
66	25,3	25,8	26,3	26,9	27,4	28,0	28,5	29,0	29,6	30,1	30,6	31,2	31,7	
68	25,0	25,5	26,1	26,6	27,1	27,7	28,2	28,7	29,3	29,8	30,3	30,9	31,4	
70	24,7	25,2	25,8	26,3	26,8	27,4	27,9	28,4	29,0	29,5	30,0	30,6	31,1	
72	24,4	24,9	25,5	26,0	26,5	27,1	27,6	28,1	28,7	29,2	29,7	30,3	30,8	
74	24,1	24,6	25,2	25,7	26,2	26,8	27,3	27,8	28,4	28,9	29,4	30,0	30,5	

Taula 2. Nens (6-17 anys) en valors absoluts (100%)

FVC	H 0.02800 T + 0.03451 P + 0.05728 E - 3.21
	M 0.03049 T + 0.02220 P + 0.03550 E - 3.0
FEV1	H 0.02483 T + 0.02266 P + 0.03550 E - 2.91
	M 0.02866 T + 0.01713 P + 0.02955 E - 2.8

H = home; M = dona; T = talla (cm); P = pes (Kg); E = edat (anys)

Capítol 5. Sistema cardiovascular

En aquest capítol s'estableixen les normes generals per a l'avaluació de les disfuncions del sistema cardiovascular, alhora que els criteris per a l'assignació del percentatge de discapacitat originat per aquestes disfuncions.

En primer lloc s'estableixen normes sobre com i en quins supòsits han de valorar-se les cardiopaties i a continuació s'aporten els criteris que assignen el percentatge de discapacitat a cadascuna de les següents disfuncions cardíques:

- Cardiopaties valvulars
- Cardiopatia isquèmica
- Cardiopaties congènites
- Miocardipaties i cor pulmonale
- Cardiopaties mixtes
- Malalties del pericardi
- Arítmies

En segon lloc s'estableixen les normes per a la valoració de la hipertensió arterial i es donen els criteris per a l'assignació del percentatge de discapacitat derivat d'aquesta patologia.

Per últim es delimiten les normes per valorar disfuncions del sistema vascular perifèric, alhora que els criteris que assignen un percentatge de discapacitat.

Cardiopaties

Normes de caràcter general per a la valoració de la disfunció originada per cardiopaties

1. Únicament seran objecte de valoració aquelles persones que pateixin una afecció cardíaca amb un curs clínic de 6 mesos almenys des del diagnòstic i inici del tractament.

2. Quan estigui indicat el tractament quirúrgic, la valoració es realitzarà a partir dels sis mesos del postoperatori. Si el malalt rebutja l'esmentat tractament sense motiu justificat, no serà valorable.

3. En el cas de malalts sotmesos a trasplantament cardíac, la valoració s'efectuarà 6 mesos després d'aquest, de conformitat amb la funció residual. Durant aquests sis mesos es mantindrà la valoració que prèviament tingués el malalt. S'hi combinaran els efectes del tractament immunosuppressor, si s'escau, seguint els criteris del capítol corresponent.

4. En determinades patologies (per exemple cardiopatia isquèmica), es tindrà en compte el risc d'empitjorament sobtat de la situació clínica del malalt malgrat el tractament adequat de la malaltia base.

Sistema cardiovascular

La major o menor freqüència amb què apareixen els episodis aguts condiciona el grau de limitació per realitzar les activitats de la vida diària, per la qual cosa cal incloure'ls com a criteri de valoració. Els episodis hauran d'estar documentats mèdicament.

5. La discapacitat no sempre està en relació directa amb les dades exploratòries o proves complementàries. Per

exemple, la presència d'un buf ejectiu aòrtic en un individu ancià és probable que només indiqui esclerosi aòrtica; tanmateix una persona amb angina estable de petits esforços pot tenir un ECG intercrisi normal, però pateix una limitació important, per a l'avaluació de la qual cal realitzar valoració ergomètrica.

6. En cas de miocardiopaties secundàries no es combinaran els percentatges corresponents al procés base, en cas que es coneguin, amb els de la miocardiopatia, sinó que s'adjudicarà el major percentatge obtingut en qualsevol d'ells. Quan la miocardiopatia secundària sigui conseqüència d'un procés tractable (per exemple miocardiopatia hipertiroide) no es realitzarà la valoració fins almenys sis mesos després d'haver-se començat el tractament etiològic.

7. El percentatge de discapacitat originat per Cor Pulmonale Crònic es combinarà amb el derivat de la malaltia respiratòria associada. Atès que les malalties respiratòries són la causa més freqüent de Cor Pulmonale Crònic, la dispnea no es considerarà manifestació d'aquest; només es tindrà en compte la presència de dades clíniques d'insuficiència cardíaca congestiva i l'evidència electrocardiogràfica, radiològica o ecocardiogràfica de creixement o dilatació de ventricle dret.

8. En la valoració de les arítmies, el percentatge assolit no es combinarà amb el corresponent a la malaltia cardiològica base, en cas que existeixi. En aquelles arítmies de causa no cardiològica potencialment tractable (per exemple, hipertiroïdisme) la valoració no es realitzarà fins almenys sis mesos després d'haver-se iniciat el tractament etiològic. En cardiopaties aritmògenes amb possibilitat de tractament mèdic o quirúrgic (per exemple, síndromes de preexcitació, síndromes de QT llarg) no es realitzarà la valoració fins que hagin passat almenys sis mesos des de l'inici del tractament.

La descripció subjectiva del malalt dels símptomes i de les limitacions que pateix haurà de contrastar-se amb les proves objectives adequades: ECG o monitorització Holter.

Únicament es valoraran les arítmies paroxístiques simptomàtiques en què no existeixi indicació de tractament amb

marcapassos o desfibrilador permanents.

9. En la valoració de la repercussió funcional d'una cardiopatia, l'ergometria permet avaluar la capacitat de treball aeròbic del malalt. Existeixen actualment múltiples protocols que relacionen la classe funcional amb l'excés d'energia consumida durant l'exercici, expressat en unitats denominades MET (terme que representa múltiples de l'energia metabòlica consumida en repòs i que serveix per valorar el consum energètic durant l'exercici) (taula 1).

És important recalcar que un estudi ergomètric informa únicament de la capacitat d'exercici del malalt en un moment determinat i pot estar influït per causes independents de la cardiopatia en si, com per exemple medicació concomitant, col·laboració del malalt o entrenament. Aquests factors han de tenir-se en compte a l'hora de valorar un diagnòstic ergomètric.

Taula 1: Relació dels METS i de les classes funcionals de la NYHA segons cinc protocols amb tapis rodant

METS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	6															
ELLESTAD																
milles/hora					1,7	3,0			4,0						5,0	
grau en %					10	10			10						10	
BRUCE																
milles/hora					1,7		2,5		3,4				4,2			
grau en %					10		12		14				16			
BALKE																
milles/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
grau en %				2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26
BALKE																
milles/hora			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	3,4
grau en %			0	2,5	5	7,5	10	12,5	15	17,5	16	18	20	22	24	26
NAUGHTON																
milles/hora		2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0									
grau en %		0	3,5	7	10,5	14	17,5									
METS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	6															
ESTAT	Pacients simptomàtics															
CLÍNIC	Malalts recuperats															
	Sans sedentaris															
	Físicament actius															
GRAU FUNCIONAL	IV	III	II				I i normal									

(Fox, S.M., Naughton, J.P., Haskell, W.L.: *Physical activity and the prevention of coronary heart disease*. Ann Clin Res 1971; 3: 404-32. American College of Sports Medicine: *Guidelines for graded exercise testing and exercise prescription*. Philadelphia: Lea and Febiger, 1975: 17).

10. Es consideraran signes objectius d'insuficiència cardíaca congestiva: ingurgitació jugular, edemes i vessaments serosos.

11. Les classes funcionals a què es fa referència en els criteris per a l'assignació de grau de menyscabament de la capacitat són les definides per la New York Heart Association (Criteria Committee of the New York Heart Association: *Nomenclature and criteria for diagnosis of diseases of the heart and great vessels*, 7a ed. Boston: Little, Brown & Co., 1973):

Classe funcional 1

El pacient té malaltia cardíaca però no existeix limitació de la seva activitat física.

Classe funcional 2

El pacient té una malaltia cardíaca que produeix una limitació lleu de la seva activitat física. El malalt roman asimptomàtic en repòs o durant les seves activitats habituals. L'activitat física superior a l'habitual desencadena fatiga, palpitations, dispnea o dolor anginos.

Classe funcional 3

El pacient té una malaltia cardíaca que produeix una limitació marcada de la seva activitat física. Es manté asimptomàtic en repòs. L'activitat física moderada desencadena fatiga, palpitations, dispnea o dolor anginos, però pot desenvolupar activitat mantenint-se en repòs o amb petits esforços.

Classe funcional 4

El pacient té una malaltia cardíaca que condueix a una impossibilitat de realitzar activitats físiques sense molèsties. Poden aparèixer símptomes de baixa despesa cardíaca, congestió pulmonar o sistèmica o angina de pit, fins i tot en repòs. Qualsevol tipus d'activitat física incrementa la simptomatologia.

Críteris per a l'assignació del percentatge de discapacitat atribuïble a disfuncions cardíques

a) Cardiopaties valvulars

Classe 1: 0%

El pacient pateix malaltia valvular cardíaca detectada mitjançant l'exploració física o proves complementàries i es manté a la classe funcional 1 de la NYHA amb o sense tractament.

S'inclourà en aquesta classe el pacient que hagi estat sotmès a cirurgia i compleixi els críteris anteriors.

Classe 2: 1 a 24 %

El pacient pateix malaltia valvular cardíaca detectada mitjançant l'exploració física o proves complementàries i es manté a la classe funcional 2 de la NYHA malgrat el tractament amb restricció salina i medicació per impedir el desenvolupament de símptomes.

S'inclourà en aquesta classe el pacient que hagi estat sotmès a cirurgia i compleixi els críteris anteriors.

Classe 3: 25 a 49 %

El pacient pateix malaltia valvular cardíaca detectada mitjançant l'exploració física o proves complementàries i es manté a la classe funcional 2 o 3 de la NYHA.

ració física o proves complementàries i es manté a la classe funcional 2 o 3 de la NYHA

i

Requereix tractament continuat amb restricció salina i medicació, malgrat això no s'evita l'aparició de símptomes

i

Es dóna una de les circumstàncies següents:

Existeixen signes d'afectació de cavitats (hipertrofia o dilatació) a l'exploració clínica o a les proves complementàries i el grau d'estenosi o insuficiència valvular és de moderat a greu sense que estigui indicada la seva correcció quirúrgica,

o

METS < 6 i > 3 o TMET (protocol de Bruce) 3 mm.

S'inclourà en aquesta classe el pacient que hagi estat sotmès a cirurgia i compleixi els críteris anteriors.

Classe 4: 50 a 70 %

El pacient pateix malaltia valvular cardíaca detectada mitjançant l'exploració física i proves complementàries i es manté a la classe funcional 4 de la NYHA.

i

Requereix tractament continuat amb restricció salina o medicació, malgrat això es manté en insuficiència cardíaca congestiva refractària

o

Ha estat sotmès a cirurgia i continua a la classe funcional 4 de la NYHA.

Classe 5: 75 %

El pacient presenta patologia valvular cardíaca, compleix els paràmetres objectius de la classe 4 i la seva discapacitat és molt greu, ha de dependre d'una altra persona per realitzar les activitats d'autocura.

b) Cardiopatia isquèmica

Classe 1: 0%

El malalt presenta símptomes i/o signes dubtosos de cardiopatia isquèmica no confirmats mitjançant ECG, ergometria, estudi radioisotòpic i/o coronariografia

o

Està diagnosticat de cardiopatia isquèmica i es manté asimptomàtic, sense necessitat de tractament continuat.

Classe 2: 1 a 24 %

El pacient està diagnosticat de malaltia coronària mitjançant història clínica i proves complementàries: ECG, ergometria, estudi radioisotòpic i/o coronariografia,

i

Requereix tractament continuat per impedir l'aparició d'angina o d'insuficiència cardíaca,

i

Es dóna una de les dues circumstàncies següents:

En l'ergometria el malalt és capaç d'assolir el 90% de la seva freqüència cardíaca màxima teòrica (Taula 2) sense que aparegui depressió del segment ST, taquicàrdia ventricular o hipotensió,

o

Presenta episodis anginosos, documentats mèdicament, amb una freqüència inferior a 1 al mes malgrat el tractament mèdic adequat.

S'inclourà en aquesta classe el malalt que hagi estat sotmès a cirurgia o angioplastia i compleixi els críteris anteriors.

Classe 3: 25 a 49%

El pacient està diagnosticat de malaltia coronària mitjançant història clínica i proves complementàries: ECG, ergometria, estudi radioisotòpic i/o coronariografia (obstrucció superior al 50%) i es manté a la classe funcional 2 o 3 de la NYHA.

i

Requereix tractament continuat per impedir l'aparició d'angina o d'insuficiència cardíaca,

i

Es dóna una de les circumstàncies següents:

Presenta episodis anginosos, documentats mèdicament, amb una freqüència superior a 1 al mes, malgrat el tractament mèdic adequat.

o

METS major o igual a 3.

S'inclourà en aquesta classe el malalt que hagi estat sotmès a cirurgia o angioplastia i compleixi els críteris anteriors.

Classe 4: 50 a 70%

El pacient està diagnosticat de malaltia coronària mitjançant història clínica i proves complementàries: ECG, ergo-

metria, estudi radioisotòpic i/o coronariografia (obstrucció superior al 50%) i es manté a la classe funcional 4 de la NYHA

i

Es dóna una de les circumstàncies següents:

Requereix tractament dietètic o medicamentós continuat malgrat la qual cosa un esforç físic moderat desencadena l'aparició d'angina o d'insuficiència cardíaca,

o

METS < 3

S'inclourà en aquesta classe el malalt que hagi estat sotmès a cirurgia o angioplastia i compleixi els criteris anteriors.

Classe 5: 75%

El pacient presenta cardiopatia isquèmica, compleix els paràmetres objectius de la classe 4 i la seva discapacitat és molt greu, i depèn d'una altra persona per realitzar les activitats d'autocura.

Taula 2. Freqüència cardíaca màxima teòrica i 90% d'aquesta segons sexe i edat

Edat	30	35	40	45	50	55	60	65
Homes: Màx.	193	191	189	187	184	182	180	178
90%	173	172	170	168	166	164	162	160
Dones: Màx.	190	185	181	177	172	168	163	159
90%	171	167	163	159	155	151	147	143

Extret de: Sheffield, L.H. *Exercise testing*. En Braunwald E, ed. *Heart Disease: A textbook of cardiovascular medicine*, 3a ed. Philadelphia Pa: AB Saunders Co; 1988: 227.

c) Cardiopaties congènites

Classe 1: 0 %

El pacient està diagnosticat d'una cardiopatia congènita mitjançant la història clínica i les proves complementàries adequades i es manté a la classe funcional 1 de la NYHA

o

Ha estat sotmès a tractament quirúrgic i es troba a la classe funcional 1 de la NYHA.

Classe 2: 1 a 24 %

El pacient està diagnosticat d'una cardiopatia congènita mitjançant la història clínica i proves complementàries adequades i es manté a la classe funcional 2 de la NYHA

i

Precisa tractament dietètic i medicamentós continuat

i

Existeix dilatació de les cambres cardíques sense dades de curtcircuit dreta-esquerra; o hi ha evidència de curtcircuit esquerra-dreta amb $Qp/Qs < 2:1$; o la resistència vascular pulmonar està elevada fins a un màxim de la meitat de la sistèmica, o l'afectació valvular és moderada.

S'inclourà en aquesta classe el pacient que hagi estat sotmès a cirurgia i compleixi els criteris anteriors.

Classe 3: 25 a 49 %

El pacient està diagnosticat d'una cardiopatia congènita mitjançant la història clínica i proves complementàries adequades i es manté a la classe funcional 2 o 3 de la NYHA

i

Precisa tractament dietètic i medicamentós continuat

i

Existeixen dades de curtcircuit dreta-esquerra; o hi ha evidència de curtcircuit esquerra-dreta amb $Qp/Qs > 2:1$, o la resistència vascular pulmonar està elevada per sobre de la meitat de la sistèmica, o l'afectació valvular (estenosi o regurgitació) és moderada o greu.

S'inclourà en aquesta classe el pacient que hagi estat sotmès a cirurgia i compleixi els criteris anteriors.

Classe 4: 50 a 70 %

El pacient està diagnosticat d'una cardiopatia congènita mitjançant història clínica i proves complementàries adequades i es manté a la classe funcional 4 de la NYHA

i

Precisa tractament dietètic i medicamentós continuat, malgrat això està simptomàtic continuadament,

i

Existeixen dades de curtcircuit dreta-esquerra; o hi ha evidència de curtcircuit esquerra-dreta amb $Qp/Qs > 2:1$; o la resistència vascular pulmonar està elevada per sobre de la meitat de la sistèmica, o l'afectació valvular (estenosi o regurgitació) és moderada o greu.

S'inclourà en aquesta classe el pacient que hagi estat sotmès a cirurgia i compleixi els criteris anteriors.

Classe 5: 75%

El pacient presenta cardiopatia congènita, compleix els paràmetres objectius de la classe 4 i la seva discapacitat és molt greu, i depèn d'una altra persona per realitzar les activitats d'autocura.

d) Miocardiopaties i cor pulmonale crònic

S'inclouen en aquest apartat tant les miocardiopaties idiopàtiques (miocardiopaties hipertròfica asimètrica, dilatada i restrictiva primàries) com les secundàries (per exemple cardiopatia esclerosa de l'ancià, cardiopatia hipertensiva en fase dilatada).

Classe 1: 0 %

El pacient pateix miocardiopatia o cor pulmonale crònic detectats mitjançant l'exploració física o proves complementàries, i es manté a la classe funcional 1 de la NYHA amb o sense tractament

i

No presenta signes d'insuficiència cardíaca congestiva.

Classe 2: 1 a 24 %

El pacient pateix miocardiopatia o cor pulmonale crònic detectats mitjançant l'exploració física o proves complementàries i es manté a la classe funcional 2 de la NYHA

i

Requereix tractament continuat amb restricció salina o medicació.

S'inclourà en aquesta classe el malalt que hagi estat sotmès a cirurgia (en cas de miocardiopatia hipertròfica idiopàtica) i compleixi els criteris anteriors.

Classe 3: 25 a 49 %

El pacient pateix miocardiopatia o cor pulmonale crònic detectats mitjançant l'exploració física o proves complementàries i es manté a la classe funcional 2 o 3 de la NYHA

i

Requereix tractament continuat amb restricció salina o medicació, malgrat això no s'evita l'aparició de símptomes.

S'inclourà en aquesta classe el malalt que hagi estat sotmès a cirurgia (en cas de miocardiopatia hipertròfica idiopàtica) i compleixi els criteris anteriors.

Classe 4: 50 a 70 %

El pacient pateix miocardiopatia o cor pulmonale crònic detectats mitjançant l'exploració física o proves complementàries i es manté de forma crònica a la classe funcional 4 de la NYHA, malgrat el tractament continuat.

S'inclourà en aquesta classe el malalt que hagi estat sotmès a cirurgia (en cas de miocardiopatia hipertròfica idiopàtica) i compleixi el criteri anterior.

Classe 5: 75 %

El pacient pateix miocardiopatia o cor pulmonale crònic, compleix els criteris objectius de la classe 4 i la discapacitat és molt greu, i depèn d'una altra persona per realitzar les activitats d'autocura.

e) Cardiopaties mixtes

En aquests supòsits s'assignarà el major percentatge de discapacitat assolit a la valoració de cadascun dels components de la cardiopatia.

f) Malalties del pericardi

Classe 1: 0 %.

El pacient pateix malaltia pericàrdica detectada mitjançant l'exploració física o proves complementàries

i

No presenta signes d'insuficiència cardíaca congestiva.

S'inclourà en aquesta classe el malalt que hagi estat sotmès a cirurgia i compleixi els criteris anteriors.

Classe 2: 1 a 24 %

El pacient pateix malaltia pericàrdica detectada mitjançant l'exploració física i proves complementàries i es manté a la classe funcional 2 de la NYHA

i

Presenta signes d'insuficiència cardíaca congestiva

i

Precisa tractament continuat sense que es corregeixi totalment la insuficiència.

S'inclourà en aquesta classe el malalt que hagi estat sotmès a cirurgia i compleixi els criteris anteriors.

Classe 3: 25 a 49 %

El pacient pateix malaltia pericàrdica detectada mitjançant l'exploració física i proves complementàries i es manté a la classe funcional 2 o 3 de la NYHA

i

Presenta signes objectius d'insuficiència cardíaca congestiva (vegeu punt 10 de les normes generals)

i

Precisa tractament continuat sense que es corregeixi totalment la insuficiència cardíaca congestiva.

S'inclourà en aquesta classe el pacient que hagi rebut tractament quirúrgic i compleixi els criteris anteriors.

Classe 4: 50 a 70 %

El pacient pateix malaltia pericàrdica detectada mitjançant l'exploració física i proves complementàries i es manté a la classe funcional 4 de la NYHA

i

Presenta insuficiència cardíaca congestiva de forma continuada,

i

Precisa tractament continuat sense que es corregeixi totalment la insuficiència cardíaca congestiva.

S'inclourà en aquesta classe el pacient que hagi rebut tractament quirúrgic i compleixi els criteris anteriors.

Classe 5: 75 %

El pacient pateix malaltia pericàrdica, compleix els criteris objectius de la classe 4 i la discapacitat és molt greu, i depèn d'una altra persona per realitzar les activitats d'autocura.

g) Arítmies**Classe 1: 0 %**

El pacient pateix arítmia detectada mitjançant ECG i es manté asimptomàtic amb o sense tractament mèdic, elèctric o quirúrgic.

Classe 2: 1 a 24 %

El pacient pateix arítmia crònica, detectada mitjançant ECG o Holter,

i

Precisa tractament continuat amb medicació, no està indicat el tractament amb marcapassos o desfibrilador permanents i pot presentar episodis aguts amb freqüència inferior a 2 mensuals.

Classe 3: 25 a 49 %

El pacient pateix arítmia, detectada mitjançant ECG o Holter,

i

Precisa tractament continuat amb medicació, no està indicat el tractament amb marcapassos o desfibrilador permanents, i, tot i així, té episodis aguts amb una freqüència de 2 o més episodis mensuals.

Hipertensió arterial**Normes de caràcter general per a la valoració de la disfunció originada per hipertensió arterial**

1. Es defineix com a hipertensió arterial una pressió diastòlica superior a 100 mm/Hg i una pressió arterial sistòlica superior a 160 mm/Hg, mantingudes durant més de sis mesos en almenys tres determinacions.

Únicament seran objecte de valoració aquelles persones diagnosticades d'hipertensió arterial amb un curs clínic no inferior a sis mesos des del diagnòstic i inici del tractament.

2. Els criteris per a l'assignació del percentatge de discapacitat per la hipertensió es divideixen únicament en dues classes.

La discapacitat originada per disfuncions d'altres aparells o sistemes conseqüència de la hipertensió arterial com ara retinopatia, cardiopatia, seqüeles neurològiques o nefropatia seran avaluades seguint els criteris establerts en els capítols corresponents i hauran de combinar-se, si escau, a la valoració donada a la HTA.

Criteris per a l'assignació del percentatge de discapacitat atribuïble a hipertensió arterial**Classe 1: 0 %**

El pacient presenta hipertensió arterial definida i es manté asimptomàtic,

i

Precisa restricció dietètica o medicació de forma continuada,

i

No presenta anomalies en la funció renal ni anàlisis d'orina, ni història de malaltia vascular cerebral, ni dades de

creixement i hipertròfia de ventricle esquerre.

Classe 2: 1 a 24 %

El pacient presenta hipertensió arterial definida i es manté asimptomàtic

i

Precisa restricció dietètica o medicació de forma continuada

i

Presenta de forma crònica alguna de les alteracions següents:

Anomalies en l'anàlisi d'orina (proteinúria, sediment patològic) sense alteració de la funció renal evidenciada per disminució de l'aclariment de creatinina,

o

Història de malaltia vascular cerebral prèvia sense simptomatologia residual crònica, o

Creixement i hipertròfia de ventricle esquerre detectats mitjançant ECG, radiologia o ecocardiografia, sense clínica d'insuficiència cardíaca,

o

Canvis hipertensius en el fons de l'ull sense exudats ni hemorràgies,

o

Xifres tensionals crònicament superiors a 200 mm/Hg de sistòlica i 120 de diastòlica, malgrat un adequat tractament dietètic (restricció salina i, en cas d'obesitat, calòrica) i medicamentós.

Sistema vascular perifèric**Normes de caràcter general per a la valoració de la disfunció originada per patologia del sistema vascular perifèric**

1. Les malalties del sistema vascular perifèric són sovint susceptibles de correcció mitjançant tractament quirúrgic o amb angioplastia transluminal. La valoració es realitzarà un cop hagin transcorregut sis mesos des del diagnòstic i inici del tractament. En cas que un pacient rebutgi el tractament indicat, sense causa justificada, no serà valorable.

2. Les malalties de les artèries perifèriques es manifesten amb isquèmia, la intensitat de la qual pot portar a la indicació d'amputació. Les malalties de les venes i els limfàtics es manifesten

amb èctasi retrògrad, que pot arribar a causar dermatitis o úlceres d'èctasi.

Les amputacions que derivin de patologia vascular es valoraran segons els criteris del capítol referit al Sistema Musculoesquelètic. Si després de la intervenció persisteix el problema vascular, el percentatge de discapacitat derivat d'aquest es combinarà amb el corresponent a l'amputació.

En el supòsit que la malaltia vascular perifèrica produeixi alteracions cutànies, el percentatge de discapacitat originat per la disfunció vascular no es combinarà amb l'atribuïble a la manifestació dermatològica.

3. La qualificació es revisarà cada dos anys.

Criteris per a l'assignació del percentatge de discapacitat atribuïble a disfuncions del sistema vascular perifèric

Classe 1: 0 %

Patologia arterial: el pacient està diagnosticat de malaltia arterial però no té claudicació intermitent ni dolor en repòs. (Fontaine I)

Patologia venosa o limfàtica: presenta edema de l'extremitat només de forma transitòria o edema crònic de l'extremitat, controlable o no amb compressió elàstica, sense hipodermatitis crònica.

Classe 2: 1 a 24 %

Patologia arterial: el pacient presenta claudicació intermitent a l'extremitat inferior quan camina en superfícies planes a pas normal una distància superior a 150 metres (Fontaine II A), o a l'extremitat superior quan realitza exercici físic intens

o
Pateix el fenomen de Raynaud a temperatures superiors a 10° C amb freqüència de més de 4 episodis al mes.

Patologia venosa o limfàtica: el pacient presenta edema crònic de l'extremitat que no es controla amb compressió elàstica i dermatitis d'èctasi crònica amb o sense ulceració.

Classe 3: 25 a 49 %

Patologia arterial: el pacient presenta claudicació intermitent a l'extremitat

inferior quan camina en superfícies planes a pas normal una distància inferior a 150 metres (Fontaine IIB), o a l'extremitat superior quan realitza exercici físic moderat o lleu o presenta síndrome de robatori de la subclàvia. També s'inclourà en aquesta classe quan pateixi dolor en repòs (Fontaine III) o necrosi isquèmica distal que no impedeixi la deambulació.

Patologia venosa o limfàtica: presenta elefantiasi amb o sense dermatitis d'èctasi crònica que dificulta la deambulació.

Classe 4: 50 a 70 %

Patologia arterial: el pacient presenta necrosi isquèmica no causada per ateroesclerolisme, embolisme arterial, Raynaud ni vasculitis que li impedeixi deambular

i
No està indicat el tractament quirúrgic.

Les amputacions que derivin de patologia vascular es valoraran segons els criteris del capítol referit al Sistema Musculoesquelètic. Si després de la intervenció persisteix el problema vascular, el percentatge de discapacitat derivat d'aquest es combinarà amb el corresponent a l'amputació.

Capítol 6. Sistema hematopoètic

En aquest capítol es proporcionen criteris per a la valoració de la discapacitat produïda per malalties que afecten als glòbuls rojos, els polimorfonuclears, el sistema limfoide, el sistema monocit-macrofàgic, les plaquetes i la coagulació.

En primer lloc s'estableixen les normes de caràcter general sobre com i en quins supòsits cal realitzar la valoració. En segon lloc es determinen els criteris per a l'assignació del percentatge de discapacitat en:

Anèmies cròniques

Agranulocitosi, neutropènia i trastorns granulocítics funcionals

Síndrome hipereosinofílica

Aplàsia medul·lar

Trastorns mielo i limfoproliferatius

Trastorns crònics de l'hemostàsia i coagulació

Malalties del sistema mononuclear fagocític

Immunodeficiències no secundàries a infecció per VIH

Per últim, s'estableixen les normes i els criteris per a la valoració de la discapacitat en casos d'infecció per VIH.

Normes de caràcter general per a la valoració de la discapacitat originada per malalties hematològiques

1. Únicament s'avaluaran pacients amb malalties hematològiques cròniques; es defineixen com a tal aquelles que persisteixen més de sis mesos després del seu diagnòstic i inici del tractament.

2. En cas de malalties hematològiques que cursin en brots, l'avaluació es realitzarà en els períodes intercrítics. En aquests supòsits s'ha introduït un criteri de temporalitat per a la valoració de la discapacitat segons la freqüència i durada dels episodis, i aquests hauran d'estar documentats mèdicament.

3. Quan la malaltia hematològica produeixi manifestacions en altres òrgans o sistemes, es combinaran els resultats de les diferents valoracions. És important assenyalar que el grau de menyscabament de la capacitat imputable a una malaltia hematològica mai serà el de les seves seqüeles, sinó el derivat directament de la situació hematològica.

4. Els malalts hematològics sotmesos a tractaments potencialment curatius hauran d'ésser avaluats un cop aquests s'hagin acabat. Durant el període d'aplicació de tractament poliquímic i radioterapèutic es mantindrà la valoració de la discapacitat que prèviament tingués el malalt, si n'hi hagués.

En cas de malalts sotmesos a trasplantament de medul·la òssia, la valoració es mantindrà fins a 6 mesos després d'haver realitzat el trasplantament, i es procedirà aleshores a la seva reavaluació.

Quan el tractament sigui únicament pal·liatiu, hauran de tenir-se en compte els seus efectes i podrà realitzar-se la valoració en el moment de la sol·licitud, sense necessitat d'esperar 6 mesos.

El percentatge de discapacitat atribuïble als efectes del tractament immunosupressor o a la malaltia empelt contra hoste, si n'hi hagués, es combinaran amb

el corresponent al de la pròpia malaltia hematològica.

5. En pocs sistemes és tan evident com en l'hematopoètic la discordança entre un pronòstic greu a mitjà termini i una discapacitat mínima durant prolongats períodes de temps. Per exemple, un malalt afectat de leucèmia mieloide crònica pot romandre oligo o asimptomàtic durant anys fins a desenvolupar la crisi blàstica. En aquests casos pot presumir-se que es produeixi un empitjorament de la situació clínica posterior a la data de valoració. Això no obstant, les revisions no seran programades sinó a demanda del malalt, que haurà d'ésser informat d'aquesta possibilitat.

6. El grau de menyscabament de la capacitat a què es fa referència en els criteris per a l'assignació de percentatge està basat en la repercussió de la patologia sobre les activitats de la vida diària i es classifica en cinc nivells de gravetat: nul·la, lleu, moderada, greu i molt greu, definits de la forma següent:

Discapacitat nul·la

Els símptomes o signes, en cas d'existir, són mínims i no justifiquen una disminució de la capacitat del subjecte per realitzar les Activitats de la Vida Diària.

Discapacitat lleu

Els símptomes o signes existeixen i justifiquen alguna dificultat per portar a terme les AVD, però són compatibles amb la realització de la pràctica totalitat d'aquestes.

Discapacitat moderada

Els símptomes o signes causen una disminució important o impossibilitat de la capacitat del subjecte per realitzar algunes de les AVD, tot i que és independent en les activitats d'autocura.

Discapacitat greu

Els símptomes o signes causen una disminució important o impossibilitat de la capacitat del subjecte per realitzar la majoria de les AVD, i poden estar afectades algunes de les activitats d'autocura.

Discapacitat molt greu

Els símptomes impossibiliten la realització de les AVD.

Criteris per a l'assignació del percentatge de discapacitat atribuïble a deficiències hematològiques

1. Anèmies cròniques

Els símptomes anèmics depenen de l'anòxia tissular i la seva intensitat està en relació amb la pròpia anèmia i amb els mecanismes compensadors cardio-circulatoris i tissulars; per tant, l'avaluació de la discapacitat produïda per les anèmies cròniques ha de basar-se no solament en la concentració d'hemoglobina, sinó també en la clínica i en les necessitats transfusionals.

En cas d'existir afectació orgànica per hemocromatosis secundària a transfusions múltiples, el percentatge de discapacitat per anèmia crònica es combinarà amb el que correspongui a l'afectació orgànica per l'hemocromatosis.

Classe 1: 0 %

El pacient està asimptomàtic o oligo-sintomàtic

i

El grau de menyscabament de la capacitat és nul,

i

L'hemoglobina és superior a 8 gr/dl,

i

No precisa transfusions.

Classe 2: 1 a 24 %

El pacient està simptomàtic

i

El grau de menyscabament de la capacitat és lleu

i

L'hemoglobina pretransfusional és inferior a 8 gr/dl

i

Precisa transfusió de menys de 6 concentrats d'hematies l'any.

Classe 3: 25 a 49 %

El pacient està simptomàtic

i

El grau de menyscabament de la capacitat és moderat

i

L'hemoglobina pretransfusional és inferior a 8 gr/dl

i

Precisa transfusió de més de sis unitats de concentrat d'hematies l'any.

Classe 4: 50 a 70 %

El pacient està simptomàtic

i

El grau de menyscabament de la capacitat és greu

i

L'hemoglobina pretransfusional és inferior a 8 gr/dl

i

Precisa transfusió de més de divuit unitats de concentrat d'hematies l'any.

Classe 5: 75 %

El pacient compleix els criteris objectius de la classe 4 i el seu grau de menyscabament de la capacitat és molt greu i depèn d'una altra persona per realitzar les activitats d'autocura.

2. Agranulocitosi, neutropènia i trastorns granulocítics funcionals crònics

Classe 1: 0 %

El malalt està diagnosticat d'alguna de les malalties esmentades

i

El grau de menyscabament de la capacitat és nul

i

Precisa o no tractament.

Classe 2: 1 a 24 %

El malalt està diagnosticat d'alguna de les malalties esmentades

i

El grau de menyscabament de la capacitat és lleu,

i

Precisa tractament continuat

i

Presenta almenys dos episodis anuals d'infeccions relacionades amb la seva malaltia, de més d'una setmana de durada, que requereixen atenció mèdica.

Classe 3: 25 a 49 %

El pacient està diagnosticat d'alguna de les malalties esmentades

i

El grau de menyscabament de la capacitat és moderat

i

Precisa tractament continuat

i

La neutropènia es manté de forma crònica per sota de 1000/ μ L.

i

Presenta més de dos episodis anuals d'infeccions relacionades amb la seva malaltia, de més d'una setmana de durada, que requereixen atenció mèdica.

Classe 4: 50 a 70 %

El malalt està diagnosticat d'alguna de les malalties esmentades

i

El grau de menyscabament de la capacitat és greu

i

Precisa tractament continuat

i

Es dona una de les circumstàncies següents: presenta almenys quatre episodis anuals d'infeccions relacionades amb la seva malaltia, de més d'una setmana de durada, que requereixen atenció mèdica documentada, o la neutropènia es manté de forma crònica per sota de 500/ μ L.

Classe 5: 75 %

El pacient compleix els criteris objectius de la classe 4 i el seu grau de menyscabament de la capacitat és molt greu i depèn d'una altra persona per realitzar les activitats d'autocura.

3. Síndrome hipereosinofílica

No s'atribuirà cap percentatge de discapacitat per la malaltia hematològica en si.

Únicament es valorarà la discapacitat derivada de les seves seqüeles orgàniques, fonamentalment respiratòries, neurològiques i/o cardiovasculars.

4. Aplàsia medul·lar

S'assignarà el major percentatge de discapacitat que correspongui a les citopènies de la sèrie roja, blanca i megacariocítica.

5. Trastorns mielo i limfoproliferatius

Classe 1: 0 %

El pacient està diagnosticat d'alguna malaltia Mielo o Limfoproliferativa,

i

El grau de menyscabament de la capacitat és nul,

i

Precisa o no tractament.

Classe 2: 1 a 24 %

El pacient està diagnosticat d'alguna malaltia Mielo o Limfoproliferativa,

i

El grau de menyscabament de la capacitat és lleu

i

Precisa tractament continuat.

Classe 3: 25 a 49 %

El pacient està diagnosticat d'alguna malaltia Mielo o Limfoproliferativa,

i

El grau de menyscabament de la capacitat és moderat,

i

Precisa tractament continuat.

Classe 4: 50 a 70 %

El pacient està diagnosticat d'alguna malaltia Mielo o Limfoproliferativa,

i

El grau de menyscabament de la capacitat és greu

i

Precisa tractament continuat.

Classe 5: 75 %

El pacient està diagnosticat d'alguna malaltia Mielo o Limfoproliferativa,

i

El grau de menyscabament de la capacitat és molt greu

i

Precisa tractament continuat.

6. Síndromes mielodisplàsiques

La valoració de la discapacitat produïda per les síndromes mielodisplàsiques es realitzarà aplicant els mateixos criteris que els descrits per a anèmies.

7. Trastorns crònics de l'hemostàsia i de la coagulació

Classe 1: 0 %

El pacient està diagnosticat d'algun trastorn crònic de l'hemostàsia o coagulació

i

El grau de menyscabament de la capacitat és nul

i

Precisa o no tractament.

Classe 2: 1 a 24 %

El pacient està diagnosticat d'algun trastorn crònic de l'hemostàsia o coagulació

i

El grau de menyscabament de la capacitat és lleu

i

Precisa tractament continuat.

Classe 3: 25 a 49 %

El pacient està diagnosticat d'algun trastorn crònic de l'hemostàsia o coagulació

i

El grau de menyscabament de la capacitat és lleu

i

Precisa tractament continuat

i

Té més de tres episodis aguts dependents de la seva malaltia l'any que precisen atenció mèdica durant almenys 24 hores.

8. Malalties del sistema mononuclear fagocític

Classe 1: 0 %

El pacient està diagnosticat d'alguna malaltia del sistema mononuclear fagocític,

i

El grau de menyscabament de la capacitat és nul

i

Precisa o no tractament.

Classe 2: 1 a 24 %

El pacient està diagnosticat d'alguna malaltia del sistema mononuclear fagocític,

i

El grau de menyscabament de la capacitat és lleu

i

Precisa tractament continuat.

Classe 3: 25 a 49 %

El pacient està diagnosticat d'alguna malaltia del sistema mononuclear fagocític,

i

El grau de menyscabament de la capacitat és moderat,

i

Precisa tractament continuat.

Classe 4: del 50 al 70 %

El pacient està diagnosticat d'alguna malaltia del sistema mononuclear fagocític,

i

El grau de menyscabament de la capacitat és greu,

i
Precisa tractament continuat.

Classe 5: 75 %

El pacient està diagnosticat d'alguna malaltia del sistema mononuclear fagocític,

i
El grau de menyscabament de la capacitat és molt greu,

i
Precisa tractament continuat.

9. Immunodeficiències

S'exclou d'aquest apartat la valoració de la discapacitat a causa d'infecció per VIH, que es recull de forma específica en l'apartat 10 d'aquest capítol.

Classe 1: 0 %

El pacient està diagnosticat d'alguna immunodisfunció i el grau de menyscabament de la capacitat és nul

i
Precisa o no tractament.

Classe 2: 1 a 24 %

El pacient està diagnosticat d'alguna immunodisfunció i el grau de menyscabament de la capacitat és lleu,

i
Precisa tractament continuat,

i
Presenta menys de tres episodis anuals de malalties relacionades amb la seva immunodisfunció que precisen atenció mèdica durant almenys 24 hores cadascun o durant menys de 30 dies l'any.

Classe 3: 25 a 49 %

El pacient està diagnosticat d'alguna immunodisfunció,

i
El grau de menyscabament de la capacitat és moderat

i
Precisa tractament continuat

i
Presenta 3 o més episodis anuals de malalties relacionades amb la seva immunodisfunció que precisen atenció mèdica durant almenys 24 hores cadascun o durant més de 30 dies l'any.

Classe 4: del 50 al 70 %

El pacient està diagnosticat d'alguna immunodisfunció

i

El grau de menyscabament de la capacitat és greu

i
Precisa tractament continuat

i
Presenta més de 3 episodis anuals de malalties relacionades amb la seva immunodisfunció que precisen atenció mèdica durant almenys 24 hores cadascun o durant més de 60 dies l'any.

Classe 5: 75 %

El pacient està diagnosticat d'alguna immunodisfunció, compleix els criteris de la classe 4 i el seu grau de menyscabament de la capacitat és molt greu, i necessita l'ajuda d'una altra persona per a les activitats d'auto-cura.

10. Infecció per VIH

Normes per a la valoració de la discapacitat en casos d'infecció per VIH

La classificació de la situació clínica en la infecció per VIH es realitzarà de conformitat amb els criteris dels CDC definits el 1993 (vegeu annex).

L'actual classificació de la infecció per VIH està basada en circumstàncies clíniques molt heterogènies i en marcadors immunològics indirectes, els més importants dels quals és el recompte de limfocits CD4 positius.

És freqüent que en una mateixa categoria clínica i immunològica estiguin inclosos malalts amb graus de discapacitat molt diferents; per exemple, la categoria C3 d'adults infectats es refereix tant a malalts que han patit malalties definitòries de SIDA curables (tuberculosi pulmonar, candidiasis esofàgiques) com a malalts amb ceguesa per retinitis per citomegalovirus o malalts hemiplègics per una encefalitis per toxoplasma.

Per tant, el grau de menyscabament de la capacitat inclòs en cada classe dins la infecció per VIH és atribuïble a la malaltia índex i dependrà de les seves seqüeles, si n'hi hagués, o de la seva cronicitat.

Per aquest motiu, en el cas de la infecció per VIH no es combinarà el percentatge de discapacitat atribuïble a aquesta amb el derivat de la malaltia índex de les categories clíniques (vegeu annex).

Encara que la situació clínica d'aquests pacients ha variat amb els nous tractaments, a aquells adults les xifres de CD4 dels quals siguin menors de 50 i a aquells nens en classe C3 (classificació de 1994), se'ls atribuirà un percentatge mínim de discapacitat del 33%.

En permetre els tractaments antiretrovirals, l'estabilització de la immunodisfunció o la seva recuperació almenys parcial, els malalts seran revisats biennalment.

No han d'atribuir-se a la infecció per VIH símptomes inespecífics lligats a l'ús de drogues per via parenteral com ara astènia, anorèxia, pèrdua de pes, alteracions del ritme intestinal o àlgies osteomusculars, llevat que corresponguin a un quadre clínic associat a la infecció per VIH (categories clíniques B i C), documentat mèdicament.

Criteris de valoració en infecció per VIH

Classe 1: 0%

El pacient està diagnosticat d'infecció per VIH

i
El grau de menyscabament de la capacitat és nul

i
Precisa o no tractament.

Classe 2: 1 a 24%

El pacient està diagnosticat d'infecció per VIH

i
El grau de menyscabament de la capacitat és lleu

i
Precisa tractament continuat

i
Presenta menys de tres episodis anuals de malalties relacionades amb la seva immunodisfunció, que precisen atenció mèdica hospitalària durant almenys 24 hores cadascun o durant menys de 30 dies l'any.

Classe 3: 25 a 49%

El pacient està diagnosticat d'infecció per VIH

i
El grau de menyscabament de la capacitat és moderat

i
Precisa tractament continuat

i

Presenta de tres a sis episodis anuals de malalties relacionades amb la seva immunodisfunció, que precisen atenció mèdica hospitalària durant almenys 24 hores cadascun o durant més de 30 dies l'any.

Classe 4: de 50 a 70%

El pacient està diagnosticat d'infecció per VIH

i

Precisa tractament continuat

i

Es dona una de les circumstàncies següents:

El grau de menyscabament de la capacitat és moderat i presenta més de sis episodis anuals de malalties relacionades amb la seva immunodisfunció que precisen atenció mèdica hospitalària durant almenys 24 hores o durant més de 60 dies l'any,

o

El grau de menyscabament de la capacitat és greu.

Classe 5: 75%

El pacient està diagnosticat d'infecció per VIH

i

Precisa tractament continuat

i

El grau de menyscabament de la capacitat és molt greu.

Classificació de la infecció per VIH. Definició de cas de SIDA

Classificació de la infecció per VIH per a nens menors de 13 anys

Centers for Disease Control. MMWR 1987; 36: 225-235.

Classe P-0. Infecció per VIH indeterminada.

Classe P-1. Infecció per VIH asintomàtica.

Subclasse A: Funció immunològica normal.

Subclasse B: Presència d'alteracions immunològiques:

hipergammaglobulinèmia, descens de la xifra de CD4 o del quocient CD4/CD8 o limfopènia.

Subclasse C: No hi ha dades sobre la funció immunològica.

Classe P-2. Infecció per VIH simptomàtica.

Subclasse A: Dues o més dades inespecífiques durant més de 2 mesos: febre, manca de creixement, pèrdua de pes, hepatomegàlia, esplenomegàlia, limfadenopatia generalitzada, hipertrofia parotídia, diarrea.

Subclasse B: Trastorns neurològics progressius

Subclasse C: Pneumopatia intersticial limfoide.

Subclasse D: Infeccions associades al VIH

Categoria D1: Infeccions incloses dins la definició de cas de SIDA.

Categoria D2: Infeccions bacterianes recurrents (dos o més episodis l'any): sepsis, meningitis abscessos, osteïtis.

Categoria D3: Altres: candidiasi oral més de 2 mesos, estomatitis herpètica (dos o més episodis l'any), herpes zoster multidermatòmic.

Subclasse E: Neoplàsies associades a VIH.

Categoria E1: Neoplàsies incloses dins la definició de cas de SIDA.

Categoria E2: Altres neoplàsies possiblement associades al VIH.

Subclasse F: Altres malalties associades al VIH.

Classificació de la infecció per VIH per a nens menors de 13 anys

Centers for Disease Control, 1994

Categories clíniques

N: Ni signes ni símptomes.

A: Existeixen dues o més de les dades següents: limfadenopatia, hepatomegàlia, esplenomegàlia, dermatitis, parotiditis, infecció respiratòria recurrent o persistent, sinusitis, otitis mitja. Signes i símptomes lleus.

B: Afeccions atribuïbles al VIH no incloses dins les categories A o C. Signes i símptomes d'intensitat moderada.

C: Qualsevol afecció definitiva de SIDA excepte Pneumònia intersticial limfoide.

Categories immunològiques

Recompte i percentatge de limfocits T CD4+

	< 1 any	1 - 5 anys	6 - 12 anys
1. Sense evidència d'immunosupressió	> 1500 > 25%	>1000 > 25%	> 500 > 25%
2. Immunosupressió moderada	750-1499 15 - 24 %	500-749 15 - 24 %	200-499 15 - 24 %
3. Immunosupressió greu	< 750 > 15%	< 500 < 15%	< 200 < 15%

Classificació de la infecció per VIH per a malalts majors de 13 anys

(Centers for Disease Control. MMWR
1992; 41 RR17: 1-7)

	Categories clíniques		
CD4	A	B	C
> 500	A1	B1	C1
200 - 499	A2	B2	C2
< 200	A3	B3	C3

Categoria clínica A

1. Infecció aguda per VIH
2. Limfadenopatia generalitzada persistent
3. Infectat asimptomàtic

Categoria clínica B

(en malalts amb infecció per VIH en què no existeixen altres causes d'immunodisfunció)

1. Angiomatosi bacil·lar
2. Candidiasi oral recurrent
3. Candidiasi vulvovaginal recurrent
4. Displàsia cervical (moderada o greu) o carcinoma cervical in situ
5. Febre o diarrea de més d'1 mes de durada sense altra causa definida
6. Leucoplàsia oral vellosa
7. Herpes zoster recurrent o multidermatòmic
8. Púrpura trombocitopènica idiopàtica
9. Listeriosi
10. Malaltia inflamatòria pèlvica
11. Neuropatia perifèrica
12. Qualsevulla malaltia el curs, el pronòstic o la resposta al tractament de la qual es vegi alterat per la infecció per VIH, segons criteri mèdic

Categoria clínica C

Quadres clínics definitoris de cas de SIDA (en malalts amb infecció per VIH en què no existeixen altres causes d'immunodisfunció)

1. Candidiasi traqueal, bronquial o pulmonar
2. Candidiasi esofàgica
3. Carcinoma de cèrvix invasiu
4. Coccidiomicosi disseminada (localització diferent o afegida a la pulmonar o a la de ganglis limfàtics toràcics o cervicals)
5. Criptococosi extrapulmonar
6. Criptosporidiosi amb diarrea de més d'1 mes de durada
7. Infecció per citomegalovirus (localització diferent o afegida a la de fetge, melsa o ganglis limfàtics, amb edat superior a 1 mes)
8. Retinitis pos citomegalovirus
9. Encefalopatia per VIH (demència subaguda associada a la SIDA)
10. Infecció per virus de l'herpes simple que produeixi lesió mucocutània de més d'1 mes d'evolució o bronquitis, pneumonitis o esofagitis (edat superior a 1 mes)
11. Histoplasmosi disseminada (localització diferent o afegida a la pulmonar o a la de ganglis limfàtics toràcics o cervicals)
12. Isosporidiosi amb diarrea de més d'1 mes de durada
13. Sarcoma de Kaposi
14. Limfoma de Burkitt o equivalent
15. Limfoma immunoblàstic o equivalent
16. Limfoma primitiu de sistema nerviós central
17. Infecció extrapulmonar o disseminada per *Mycobacterium avium intracelulare* o *M. kansasii*
18. Tuberculosi pulmonar
19. Tuberculosi extrapulmonar o disseminada
20. Infecció disseminada per altres micobactèries
21. Pneumònia per *Pneumocystis carinii*
22. Pneumònia bacteriana recurrent (tres o més episodis anuals)
23. Leucoencefalopatia multifocal progressiva
24. Sepsis recurrent per *Salmonella no typhi*
25. Toxoplasmosi cerebral (edat superior a 1 mes)
26. Caquèxia associada a la SIDA

Capítol 7. Aparell digestiu

En aquest capítol es proporcionen normes i criteris per a la valoració de la discapacitat originada per disfuncions de l'aparell digestiu: tub digestiu, pàncreas, fetge, vies biliars i hipertensió portal.

En primer lloc s'estableixen normes i criteris per a la valoració de patologies que s'assenten al tub digestiu i pàncreas exocrí, fent menció específica a la valoració de fistules, incontinència i defectes de la paret abdominal.

En segon lloc es determinen normes i criteris per a la valoració de la discapacitat derivada d'hepatopaties, hipertensió portal i patologia de vies biliars.

Normes de caràcter general per a la valoració de la discapacitat originada per malalties del tub digestiu i pàncreas exocrí

1. Només seran objecte de valoració aquelles persones que pateixen malalties digestives cròniques amb un curs clínic d'almenys sis mesos després del diagnòstic i l'inici del tractament.

2. En cas de malalties de l'aparell digestiu que clínicament cursin en brots, l'avaluació de la discapacitat que puguin produir es realitzarà en els períodes intercrítics. En aquests supòsits s'ha introduït un criteri de temporalitat, que avalua el grau de menyscabament de la capacitat segons la freqüència i durada d'aquests brots, que hauran d'estar documentats mèdicament.

3. Atès que el tub digestiu acull freqüentment alteracions funcionals sense evidència de lesió orgànica, és important en aquests casos l'avaluació del seu possible origen psicogen.

4. No seran objecte de valoració aquelles patologies susceptibles de tractament quirúrgic mentre aquest no es dugui a terme. En aquests casos la valoració haurà de realitzar-se almenys sis mesos després de la cirurgia. En el supòsit que el malalt no accepti la indicació quirúrgica sense causa justificada, no serà valorable.

5. Quan la malaltia digestiva produeixi manifestacions extraintestinals no sistèmiques (cas de la colangitis esclerosant

primària a la colitis ulcerosa) haurà de combinar-se el percentatge de discapacitat originat per la disfunció del tub digestiu amb el percentatge corresponent a les altres manifestacions.

Criteris per a l'assignació del percentatge de discapacitat atribuïble a disfuncions del tub digestiu i pàncreas exocrí

Classe 1: 0 %

El pacient presenta clínica d'afectació del tub digestiu o pàncreas, o hi ha evidència d'alteració anatòmica,

i

Amb o sense tractament dietètic i/o mèdic, es controlen els símptomes, signes o l'estat nutricional,

i

Manté un pes corporal adequat (fins a un 10 % inferior al pes ideal per al seu sexe, talla i edat).

S'inclourà en aquesta classe al pacient que hagi estat sotmès a cirurgia i compleixi els criteris anteriors.

Classe 2: 1 a 24 %

El pacient presenta clínica d'afectació orgànica del tub digestiu o pàncreas, o hi ha evidència d'alteració anatòmica,

i

Precisa tractament continuat, sense que s'aconsegueixi el control complet dels símptomes, signes o estat nutricional,

i

Es doni una de les següents circumstàncies:

Es detecten manifestacions sistèmiques de la seva malaltia (anèmia, febre o pèrdua de pes corporal) que justifiquen alguna dificultat per portar a terme les AVD, però són compatibles amb la realització de la pràctica totalitat d'aquestes,

o

Durant els brots de la malaltia és necessària la restricció de l'activitat física i els períodes de remissió dels brots són superiors a 6 mesos.

S'inclourà en aquesta classe el pacient que hagi estat sotmès a cirurgia i compleixi els criteris anteriors.

Classe 3: 25 a 49 %

El pacient presenta clínica d'afectació orgànica del tub digestiu o pàncreas, o hi ha evidència d'alteració anatòmica,

i

El tractament continuat no aconsegueix el control dels símptomes i signes o l'estat nutricional,

i

Es dóna una de les següents circumstàncies:

Es detecten manifestacions sistèmiques de la seva malaltia (anèmia, febre o pèrdua de pes corporal) que causen una disminució important de la capacitat del subjecte per realitzar algunes de les AVD, tot i que és independent per a les activitats d'autocura,

o

Durant els brots de la malaltia és necessària la restricció de l'activitat física i els períodes de remissió dels brots són inferiors a 6 mesos.

S'inclourà en aquesta classe el pacient que hagi estat sotmès a cirurgia i compleixi els criteris anteriors.

Classe 4: 50 a 70 %

El pacient presenta clínica d'afectació orgànica del tub digestiu o pàncreas, o hi ha evidència d'alteració anatòmica,

i

El tractament continuat no aconsegueix el control dels símptomes i signes o l'estat nutricional,

i

Es dóna una de les següents circumstàncies:

Es detecten manifestacions sistèmiques de la seva malaltia (anèmia, febre o pèrdua de pes corporal) que causen una disminució important o impossibilitat de la capacitat del subjecte per realitzar la majoria de les AVD, i pot estar afectada alguna de les activitats d'autocura,

o

No hi ha remissions de la seva patologia de base, es manté de forma crònica amb disminució o impossibilitat de la seva capacitat per realitzar la majoria de les AVD i pot estar afectada alguna de les activitats d'autocura.

S'inclourà en aquesta classe el pacient que hagi estat sotmès a cirurgia i compleixi els criteris anteriors.

Classe 5: 75 %

El pacient compleix els criteris objectius de la classe 4 i depèn d'una altra persona per realitzar les activitats d'autocura.

Criteris per a l'assignació del percentatge de discapacitat originat per disfuncions específiques

Incontinència fecal

Les malalties orgàniques de l'anús susceptibles de tractament quirúrgic només podran ser objecte de valoració transcorreguts sis mesos des de la cirurgia.

En cas que el pacient rebutgi el tractament quirúrgic sense causa justificada, no serà valorable.

Classe 1: 0 %

Hi ha incontinència de grau 1 (incontinència per a gasos, urgència rectal) de forma intermitent o controlable parcialment amb tractament.

Classe 2: 1 a 24 %

Hi ha incontinència de grau 2 (incontinència per a gasos i per a femtes líquides o pastoses) o grau 3 (incontinència total).

i

Els símptomes no són continus i no responen per complet al tractament, per la qual cosa precisen compreses d'incontinència menys de dos mesos l'any.

Classe 3: La valoració de la discapacitat tindrà un màxim de 40%

Hi ha incontinència de grau 2 o 3 que precisa l'ús de compreses durant més de dos mesos l'any i no existeix resposta al tractament.

Fístules enterocutànies permanents

Les fístules enterocutànies permanents d'origen quirúrgic seran valorades de forma combinada amb les disfuncions produïdes per la malaltia base que va motivar la indicació quirúrgica. Les fístules enterocutànies espontànies aparegudes en el curs d'una malaltia del tracte gastrointestinal no es valoraran si són susceptibles de tractament quirúrgic corrector.

Les persones que presenten fístules enterocutànies permanents es consi-

deraran a la classe 2, i se'ls atribuirà el percentatge que s'especifica a continuació. Aquest percentatge de discapacitat NO es combinarà amb el que correspon per a la incontinència fecal.

Aquestes mateixes normes i puntuació s'aplicaran per a la valoració de fístules enterovaginals, rectovaginals i perianals.

Fístules aferents:

Esofagostomia, gastrostomia: 20 %

Jejunostomia: 20 %

Fístules eferents:

Lleostomia: 24 %

Colostomia: 24 %

Defectes de la paret abdominal

Les herniacions de la paret abdominal només podran ser objecte de valoració un cop transcorreguts sis mesos des del seu tractament quirúrgic, llevat d'aquells casos en què existeixi contraindicació o impossibilitat per a aquest.

Classe 1: 0 %

El pacient presenta un defecte a la paret abdominal,

i

Existeix o no protrusió del contingut abdominal permanent o freqüent quan s'augmenta la pressió abdominal mitjançant la maniobra de Valsalva, que pot o no reduir-se manualment,

i

Apareixen símptomes locals que no disminueixen la capacitat per realitzar les AVD

Classe 2: 1 a 24 %

El pacient presenta un defecte a la paret abdominal,

i

Existeix protrusió permanent del contingut abdominal no reduïble manualment,

i

Apareixen símptomes locals que justifiquen alguna dificultat per portar a terme les AVD, però són compatibles amb la pràctica realització d'aquestes,

i

Existeix contraindicació o impossibilitat de reparació quirúrgica.

Classe 3: 25 a 49 %

El pacient presenta eventració abdominal que causa disminució important o impossibilitat per realitzar algunes

de les AVD, però és independent pel que fa a les activitats d'autocura,

i

Existeix contraindicació o impossibilitat de reparació quirúrgica.

Classe 4: 50 a 70 %

El pacient presenta eventració abdominal que causa disminució important o impossibilitat per realitzar la majoria de les AVD i pot estar afectada alguna de les d'autocura,

i

Existeix contraindicació o impossibilitat de reparació quirúrgica.

Classe 5: 75 %

El pacient compleix els criteris específics de la classe 4 i depèn d'una altra persona per realitzar les activitats d'autocura.

Normes de caràcter general per a la valoració de la disfunció originada per malalties del fetge, vies bilials i hipertensió portal

1. Únicament seran objecte de valoració aquelles persones que pateixin malalties de fetge, vies bilials o hipertensió portal amb un curs clínic d'almenys 6 mesos des del diagnòstic i inici del tractament.

2. En cas que el malalt sigui susceptible de tractament quirúrgic, el grau de menyscabament de la capacitat es tornarà a avaluar als 6 mesos d'haver-lo realitzat.

3. Si el malalt és portador d'hepatopatia crònica susceptible de tractament amb corticoides, immunosuppressors o amb immunomoduladors, el grau de menyscabament de la capacitat es tornarà a avaluar als 6 mesos d'haver finalitzat o, en el cas de tractaments crònics, als 6 mesos del seu inici.

4. En malalts sotmesos a trasplantament hepàtic es mantindrà la valoració que prèviament tingués el pacient, si n'hi hagués, durant els 6 mesos posteriors al trasplantament. Un cop transcorregut aquest període, caldrà procedir a una nova valoració d'acord amb la funció residual. S'hi combinaran els efectes del tractament immunosupressor seguint els

criteris definits en el capítol corresponent.

5. Quan la patologia biliar produeixi afectació hepàtica, la valoració es realitzarà segons els criteris definits per a les malalties del fetge i no es combinaran ambdós percentatges.

6. L'obstrucció crònica de la via biliar quedarà definida per la presència de colostasi crònica (elevació de fosfatasa alcalina aïllada o associada a la de bilirubina directa), o per la demostració directa mitjançant mètodes d'imatge (TAC, RNM, colangiografia intravenosa o retrògrada endoscòpica) de l'alteració irreversible de la via biliar.

7. Per ser freqüent en patologia biliar l'aparició d'episodis aguts recidivants, s'ha introduït per a aquests casos un criteri de temporalitat que avalui el percentatge de discapacitat segons la freqüència i durada d'aquests episodis, que hauran d'estar documentats mèdicament.

Criteris per a l'assignació del percentatge de discapacitat atribuïble a malalties del fetge i hipertensió portal

Classe 1: 0 %

El malalt únicament presenta alteracions persistents de la bioquímica hepàtica,

i

Es manté asimptomàtic,

o

Presenta un trastorn primari del metabolisme de la bilirubina.

Classe 2: 1 a 24 %

El malalt presenta alteracions persistents de la bioquímica hepàtica (aminotransferases, fosfatases alcalines).

i

Es manté asimptomàtic,

i

Hi ha evidència anatomopatològica de lesions cirrògenes (hepatitis crònica activa, esteatohepatitis, fibrosi portal o fibrosi centrolobulillar) o cirrosi hepàtica, i es manté a la classe A de la classificació de Child-Plough (Classificació de Child-Plough de la gravetat de la malaltia hepàtica),

o

Precisa tractament amb corticoides, immunosuppressors o amb immunomoduladors de manera continuada.

Classe 3: 25 a 49 %

El malalt presenta alteracions persistents de la bioquímica hepàtica,

i

Els darrers dos anys ha presentat símptomes d'insuficiència hepàtica i/o d'hipertensió portal, no desencadenats per procés agut intercurrent,

i

Hi ha evidència anatomopatològica de lesions cirrògenes (hepatitis crònica activa, esteatohepatitis, fibrosi portal o fibrosi centrolobulillar) o de cirrosi hepàtica,

i

Pateix hepatopatia crònica que es troba a la classe B o C de l'escala de valoració de Child-Plough (Classificació de Child-Plough de la gravetat de la malaltia hepàtica).

Classe 4: de 50 a 70 %

El malalt presenta alteracions persistents de la bioquímica hepàtica,

i

Presenta de forma contínua símptomes d'insuficiència hepàtica i/o d'hipertensió portal malgrat rebre tractament, que justifiquen una disminució important o impossibilitat de la capacitat per realitzar les AVD, i pot estar afectada alguna de les activitats d'autocura,

i

Pateix hepatopatia crònica que es troba a la classe C a l'escala de valoració de Child-Plough (Classificació de Child-Plough de la gravetat de la malaltia hepàtica).

Classe 5: 75 %

El pacient compleix els criteris objectius de la classe 4 i depèn d'una altra persona per realitzar les activitats d'autocura.

Punts ponderables atribuïbles a cada paràmetre			
	1	2	3
Encefalopatia	Absent	Grau 1-2	Grau 3-4
Ascitis	Absent	Lleu	Moderada
Bilirubina sèrica	< 2 mg/dl	2-3 mg/dl	> 3 mg/dl
Albúmina sèrica	> 35 g/l	28-35 g/l	< 28 g/l
Protrombina (prolongada)	1-4	4-6	> 6
Bilirubina (en cirrosi biliar primària)	< 4 mg/dl	4-10 mg/dl	> 10 mg/dl

Nen A = 5-6 punts.

Nen B = 7-9 punts.

Nen C = 10-15 punts.

Plugh, R. N. H.; Murray-Lyon, I. M.; Dawson, J. L.; Pietroni, M. C.; Williams, R.: *Transection of the esophagus for bleeding oesophageal varices*, Brit J. Surg., 1973; 60: 646-9.

Infante Rivard, C.; Esnaola, S.; Ville-neuve, J. P.: *Clinical and statistical validity of conventional prognostic factors in predicting short-term survival among cirrhotics*, Hepatology, 1987; 7: 660-4.

Criteris per a l'assignació del percentatge de discapacitat atribuïble a patologia biliar

Classe 1: 0 %

El malalt presenta episodis aïllats de malaltia de vies biliars (menys de 6 l'any o menys de 30 dies amb símptomes aguts l'any).

Classe 2: 1 a 24 %

El malalt presenta episodis aïllats de malaltia de vies biliars (més de 6 l'any o més de 30 dies amb símptomes aguts l'any)

i

Està contraindicat o és impossible el tractament amb cirurgia laparotòmica, endoscòpica o percutània.

Capítol 8. Aparell genitourinari

En aquest capítol s'estableixen en primer lloc les normes generals per a l'avaluació de les disfuncions del ronyó, tracte urogenital, aparell genital i mama. En segon lloc es donen criteris per a l'assignació del percentatge de discapacitat originat per cadascuna d'aquestes disfuncions.

Normes de caràcter general per a la valoració de la disfunció originada per malalties del ronyó i del tracte urogenital

1. Cal tenir en compte que la malaltia renal no és estàtica, i que actualment es disposen de mètodes eficaços de tractament que han modificat el pronòstic vital dels malalts renals. Això fa necessària la seva revisió periòdica, tot tenint present la possibilitat de millora després d'intervencions terapèutiques adequades (trasplantament renal, cirurgia de vies urinàries, etc.).

Únicament en el cas que existeixi contraindicació explícita de tractament potencialment curatiu no serà necessari procedir a una revisió; la resta dels casos es revisaran amb una periodicitat almenys biennal.

2. En la valoració d'episodis aguts i recurrents d'afectació renal, és necessari tenir en compte la freqüència amb què apareixen, ja que en els períodes intercrítics el malalt pot mantenir-se asintomàtic i sense alteració de la funció renal.

Perquè aquests episodis aguts i recurrents puguin ser objecte de valoració, cal que estiguin mèdicament documentats.

Les crisis renoureterals complicades es valoraran de conformitat amb la seva repercussió en la funció renal.

3. Les malalties renals poden ser conseqüència d'una malaltia general o produir per si soles manifestacions en altres òrgans i sistemes. En ambdós casos el percentatge de discapacitat originat per la disfunció renal es combinarà amb el percentatge corresponent al de les altres manifestacions.

La classe 4 inclou les manifestacions sistèmiques de la malaltia renal avançada, per la qual cosa no es combinaran en aquesta classe el percentatge de discapacitat d'origen renal amb el que pogués correspondre a les seves manifestacions extrarrenals.

4. En malalts sotmesos a trasplantament renal, la valoració s'efectuarà a partir de 6 mesos d'haver-lo realitzat, de conformitat amb la funció renal residual. S'hi combinaran els efectes del tracta-

ment immunosupressor seguint els criteris del capítol corresponent. Durant aquest període de temps es mantindrà el percentatge de discapacitat que prèviament tingués el malalt, si n'hi hagués.

Criteris per a l'assignació del percentatge de discapacitat atribuïble a disfuncions del ronyó

Classe 1: 0 %

El pacient pateix insuficiència renal crònica amb aclariments de creatinina superiors a 50 ml/mm,

o
presenta episodis recurrents d'afectació renal transitòria que precisen atenció mèdica documentada menys de tres vegades o durant menys de 30 dies l'any.

Classe 2: 1 a 24 %

El pacient pateix insuficiència renal crònica amb aclariments de creatinina entre 20 i 50 ml/mm,

o
presenta episodis recurrents d'afectació renal transitòria que precisen atenció mèdica documentada més de tres vegades o més de 30 dies l'any.

Classe 3: 25 a 49 %

El pacient pateix insuficiència renal crònica amb aclariments de creatinina inferiors a 20 ml/mm, i no precisa tractament dialític continuat,

i
El seu grau de menyscabament de la capacitat és lleu o moderat,

o
El pacient presenta deteriorament progressiu de la funció renal l'últim any, amb aclariments de creatinina entre 20 i 50 ml/mm,

i
El seu grau de menyscabament de la capacitat és lleu o moderat.

Classe 4: 50 a 70 %

El pacient pateix insuficiència renal crònica que precisa tractament dialític continuat,

o
El seu grau de menyscabament de la capacitat és greu i està contraindicat el tractament substitutiu.

Classe 5: 75 %

El pacient presenta patologia renal, es compleixen els paràmetres objectius de la classe 4 i el seu grau de menyscabament de la capacitat és molt greu i depèn d'una altra persona per realitzar les activitats d'autocura.

Criteris per a l'assignació del percentatge de discapacitat atribuïble a estomes i fístules urinàries

Els malalts portadors de nefrostomia, ureterostomia cutània o derivació ureterointestinal seran valorats amb un percentatge de discapacitat de 20-24 %, que es combinarà amb el percentatge a causa de la malaltia per la qual varen ser intervinguts quirúrgicament.

La presència d'una fístula urinària cutània, vaginal o digestiva, es valorarà amb un percentatge de discapacitat de 20 a 24% únicament en cas que existeixi contraindicació quirúrgica. Aquest percentatge es combinarà amb el corresponent a la malaltia causal.

En el supòsit que calgués posposar la cirurgia, es mantindrà la valoració que existís prèviament, i s'haurà de revisar als sis mesos de l'acte quirúrgic.

Si el malalt rebutja el tractament quirúrgic sense causa justificada, no serà valorat.

Criteris per a l'assignació del percentatge de discapacitat atribuïble a incontinència urinària

Els malalts que pateixin incontinència urinària completa hauran de ser valorats amb un percentatge de discapacitat de 20 a 24% que serà combinat amb el corresponent a la malaltia causal.

La discapacitat consegüent a la incontinència urinària parcial haurà de valorar-se amb un percentatge de 20-24% únicament quan calgui l'ús continuat de compreses.

La valoració es realitzarà després del tractament mèdic o quirúrgic adequat a partir dels 6 mesos de cirurgia correctora.

Si el malalt rebutja el tractament quirúrgic sense causa justificada, no es valorarà.

Criteris per a l'assignació del percentatge de discapacitat atribuïble a sondatge uretral permanent

Els malalts portadors de sondatge uretral permanent seran valorats amb un percentatge de discapacitat de 20-24% que es combinarà amb el corresponent a la malaltia per la qual fou indicada la sonda uretral permanent, llevat del cas en què es tracti d'una incontinència urinària.

Si existeix indicació de tractament quirúrgic, el malalt serà valorat a partir dels tres mesos de la intervenció. Si el malalt rebutja el tractament quirúrgic sense causa justificada, no es valorarà.

Criteris per a l'assignació del percentatge de discapacitat atribuïble a malalties de l'aparell genital i mama

A les disfuncions de causa no neoplàsica d'aparell genital o mama, se'ls assignarà un percentatge de discapacitat de 0 a 5%. Les repercussions sobre aparell urinari, intestí, estructures pèlviques, alhora que les psicològiques, seran valorades de conformitat amb els criteris descrits en el seu capítol corresponent.

La patologia neoplàsica serà valorada segons els criteris que s'especifiquen en el capítol de Neoplàsies.

Capítol 9. Sistema endocrí

En aquest capítol es proporcionen criteris per a la valoració de la discapacitat originada per disfuncions del sistema endocrí, constituït per l'eix hipotàlem - hipòfisi, tiroides, paratiroides, suprarenals i teixit insular pancreàtic.

En primer lloc, s'estableixen normes de caràcter general sobre com i en quins supòsits ha de realitzar-se la valoració.

En segon lloc s'estableixen els criteris per a l'assignació del percentatge de discapacitat que correspon a cada disfunció del sistema endocrí i metabòlic.

Normes per a la valoració de la disfunció originada per malalties endocrines i metabòliques

1. Únicament seran objecte de valoració les alteracions endocrines i metabòliques cròniques persistents, constatades mitjançant tècniques complementàries i proves funcionals, un cop aconseguit l'adequat control terapèutic. La valoració es realitzarà almenys 6 mesos després de considerar-se acabat l'intent de control terapèutic.

2. Un cop aconseguit l'adequat control terapèutic, alguns malalts poden patir descompensacions agudes del seu quadre per malalties intercurrents o incompliments terapèutics. Aquestes situacions acostumen a controlar-se novament un cop corregida la causa, per la qual cosa no seran objecte de valoració.

3. En aquest capítol es valoren únicament les manifestacions clíniques no atribuïbles a l'alteració d'altres òrgans i sistemes, com ara la fatiga, astènia, debilitat i pèrdua de pes pròpies del panhipopituitarisme.

Aquelles altres manifestacions per trastorns locals o a distància, es valoraran seguint els criteris del capítol corresponent a l'òrgan, sistema o funció alterada, i s'han de combinar posteriorment ambdós percentatges.

4. La valoració d'hipocreixements durant la infància serà revisable cada any.

5. Algunes disfuncions del sistema endocrí s'originen per tumors malignes desenvolupats a partir de cèl·lules glandulars. Aquests tumors es valoraran de conformitat amb els criteris generals definits en el capítol corresponent a malalties neoplàsiques.

6. Únicament es valoraran les hipoglucèmies persistents, conseqüència de malalties no tractables o amb fracàs del tractament correctament instaurat, quan les crisis persisteixin 6 mesos després d'iniciat el tractament de la seva causa.

En cas d'hipoglucèmies secundàries a insuficiència hepàtica o gastrectomia caldrà combinar el percentatge de discapacitat que correspongui per la hipoglu-

cèmia amb el corresponent a la malaltia inicial.

Les persones que pateixin, com a conseqüència de la hipoglucèmia, convulsions repetides i lesió neurològica persistent hauran de ser avaluades segons els criteris definits al capítol dedicat al Sistema Nerviós Central; el percentatge de discapacitat que els correspongui per aquestes disfuncions haurà de combinar-se amb el corresponent a la hipoglucèmia.

Criteris per a l'assignació del percentatge de discapacitat atribuïble a disfuncions endocrines i metabòliques

Bloc hipotàlam-hipòfisi (excepte hipocreixements), tiroides i hiperfuncions adrenocorticals

Classe 1: 0 %

El pacient està diagnosticat d'alguna d'aquestes patologies endocrines,
i
Roman asimptomàtic,
i
Precisa o no tractament.

Classe 2: 1 a 24 %

El pacient està diagnosticat d'alguna d'aquestes patologies endocrines,
i
El seu grau de menyscabament de la capacitat és lleu,
i
Requereix tractament continuat que realitza correctament,
i
Es demostra l'alteració hormonal malgrat el tractament.

Hipocreixements

Classe 1: 0 %

Talla > de 145 cm en adults o superior a menys 5 desviacions estàndard durant el període de creixement,
i
No hi ha limitació de les activitats relacionades amb la locomoció, disposició del cos i destresa.

Classe 2: 1 a 24 %

Talla entre 135 i 145 cm en adults o entre menys 5 i menys 7 desviacions

estàndard durant el període de creixement,

i

Existeix limitació lleu de les activitats relacionades amb la locomoció, disposició del cos i destresa derivada de la seva talla.

Classe 3: 25 a 49 %

Talla menor de 134 cm en adults o de menys 8 desviacions estàndard durant el període de creixement,

i

Existeix limitació moderada de les activitats relacionades amb la locomoció, disposició del cos i destresa derivada de la seva talla.

Hiperparatiroidisme

Classe 1: 0 %

El pacient està diagnosticat d'hiperparatiroidisme,

i

Roman asimptomàtic,

i

La calcèmia és normal o moderadament elevada (10,5-12 mg/dl)

i

Precisa o no tractament.

Classe 2: 1 a 24 %

El pacient està diagnosticat d'hiperparatiroidisme,

i

Presenta nàusees, vòmits i/o poliúria, sense que hi hagi una pèrdua de pes superior al 10% del seu pes ideal,

i

Existeix Hipercalcèmia moderadament elevada (10,5-12 mg/dl)

i

El seu grau de menyscabament de la capacitat és lleu,

i

Requereix tractament continuat que realitza correctament.

Classe 3: la valoració de la discapacitat tindrà un màxim del 40%

El pacient està diagnosticat d'hiperparatiroidisme,

i

Existeix Hipercalcèmia greu (>12 mg/dl)

i

Realitza correctament el tractament,

i

Tenen nàusees, vòmits i/o poliúria, amb una pèrdua de pes entre el 10 i el 20 % del seu pes ideal,

o

El seu grau de menyscabament de la capacitat és moderat.

Hipoparatiroidisme

Classe 1: 0 %

El pacient està diagnosticat d'hipoparatiroidisme,

i

Roman asimptomàtic,

i

La calcèmia és normal o moderadament disminuïda,

i

Precisa o no tractament.

Classe 2: 1 a 24 %

El pacient està diagnosticat d'hipoparatiroidisme,

i

Presenta tetània crònica i parestèsies,

i

Existeix Hipocalcèmia,

i

El seu grau de menyscabament de la capacitat és lleu,

i

Requereix tractament continuat que realitza correctament.

Insuficiència adrenocortical

Classe 1: 0 %

El pacient està diagnosticat d'hipocorticisme,

i

Roman asimptomàtic,

i

Precisa o no tractament.

Classe 2: 20 a 24 %

El pacient està diagnosticat d'hipocorticisme,

i

El seu grau de menyscabament de la capacitat és lleu,

i

Requereix tractament continuat que realitza correctament.

Situacions especials

A tot pacient que presenti crisis Addisonianes, de resultes d'una malaltia crònica associada, que no es controlin amb tractament, li serà atribuït un per-

centatge de discapacitat del 25 al 49% (classe 3).

Si, arran d'aquestes crisis, calen més de 3 hospitalitzacions anuals, li serà atribuït un percentatge de discapacitat del 50 al 70 % (classe 4).

Diabetis Mellitus

Classe 1: 0 %

El pacient està diagnosticat de Diabetis Mellitus,

i

Es manté asimptomàtic,

i

Precisa tractament farmacològic i/o dietètic.

Classe 2: 1 a 24 %

El pacient està diagnosticat de Diabetis Mellitus,

i

Es manté asimptomàtic,

i

El tractament correcte, dietètic i farmacològic, no és capaç de mantenir repetidament un adequat control metabòlic,

o

Hi ha evidència de microangiopatia diabètica definida per retinopatia o albuminúria persistent superior a 30 mg/dl.

Situacions especials

A tot pacient que, per causes diferents a un inadequat control terapèutic, requereixi hospitalitzacions periòdiques per descompensacions agudes de la seva Diabetis, amb una periodicitat de fins a tres l'any i amb una durada de més de 48 hores cadascuna, se li atribuirà un percentatge de discapacitat del 25 al 49 % (classe 3).

En cas que el número d'hospitalitzacions d'iguals característiques sigui superior a 3 l'any, s'atribuirà un percentatge de discapacitat del 50 al 70 % (classe 4).

Aquestes situacions seran revisables cada 2 anys.

Hipoglucèmia (vegeu norma número 6)

Classe 1: 0 %

El pacient està diagnosticat d'hipoglucèmia,

i
Es manté asimptomàtic,
i
Realitza o no tractament,
i
El seu grau de menyscabament de la capacitat és nul.

Classe 2: 1 a 24 %
El pacient està diagnosticat d'hipoglucèmia,
i
El seu grau de menyscabament de la capacitat és lleu,
i
Requereix tractament continuat que realitza correctament,
i
Es demostra la persistència de la hipoglucèmia.

Classe 3: la valoració de la discapacitat tindrà un màxim del 40%
El pacient està diagnosticat d'hipoglucèmia,
i
El seu grau de menyscabament de la capacitat és moderat,
i
Realitza correctament el tractament,
i
Es demostra la persistència de la hipoglucèmia.

Bloc hipotàlem - hipòfisi

Funciona com una unitat i l'hipotàlem exerceix control sobre la hipòfisi. L'hipotàlem produeix: factors humerals (que controlen la secreció hipofisària) i les hormones ADH i oxitocina.

La hipòfisi se subdivideix en hipòfisi anterior o afrenohipòfisi i hipòfisi posterior o neurohipòfisi.

L'adenohipòfisi produeix i segrega:

Hormona del creixement (GH)
Prolactina (PR)
Hormona tiroestimulant (TSH)
Hormona adenocorticotròpica (ACTH)
Hormona estimulant del fol·licle (FSH)
Hormona luteïnizant (LH)

L'Hormona del creixement i la Prolactina no tenen com a òrgan diana cap altra glàndula endocrina. La resta el tenen a les tiroides, escorça suprarenal i gònades, respectivament.

Síndromes per afectació del bloc hipotàlem - hipòfisi

Hipersecreció del lòbul anterior

Hiperfunció de la secreció de prolactina:
Prolactinomes
Hiperfunció de la secreció d'hormona de creixement:
Acromegàlia, Gigantisme
Hipertiroidisme per hiperfunció de TSH:
Hipertiroidisme
Hiperfunció suprarenal per hipersecreció d'ACTH:
Malaltia de Cushing
Hiperproducció d'MSH:
Hiperpigmentació hipofisària
Hiperfunció gonadal per hipersecreció de gonadotrofines

Hiposecreció del lòbul anterior

Hiposecreció de GH:
Enanisme hipofisari
Hipofunció tiroide per hiposecreció de TSH:
Hipotiroidisme
Hipofunció suprarenal per hiposecreció d'ACTH:
Malaltia d'Addison
Hipofunció gonadal per hiposecreció de gonadotrofines:
Hipogonadisme hipogonadotrófic
Hipopituitarisme, per errada general de la secreció del lòbul anterior

Hiperfunció del lòbul posterior

Síndrome de secreció inadequada d'ADH (SSIADH).

Hipofunció del lòbul posterior

Diabetis insípida.

Manifestacions clíniques

Hipòfisi

El creixement de la hipòfisi produeix manifestacions locals, principalment neurològiques: alteracions dels camps visuals, crisis comicials del lòbul temporal, cefalea i hidrocefalea obstructiva.

La hipersecreció de prolactina es manifesta principalment com a galactorrea i disfunció gonadal: amenorrea a la dona, impotència i disminució de la libido a l'home. És una de les causes d'infertilitat.

La hipersecreció de GH produeix, abans de la pubertat, gigantisme i, després de la desaparició dels cartílags de creixement, acromegàlia; aquesta es manifesta amb creixement de mans i peus, disfonia, engrossiment de la pell i en casos més greus visceromegàlies, la més important de les quals és la cardiomegàlia, atès que condueix a insuficiència cardíaca. Des del punt de vista metabòlic, apareix una diabetis mellitus secundària.

La hiposecreció de GH abans d'acabar-se el creixement donarà lloc a enanisme; abans i després de la pubertat és responsable d'hipoglucèmia.

En el panhipopituitarisme, a més de les alteracions per hipofunció ja comentades, es pot associar anèmia, fatiga, somnolència, pèrdua de pes i debilitat.

La hiperfunció del lòbul posterior de la hipòfisi condueix a la secreció inadequada d'ADH, que s'acompanya d'alteracions de l'osmolaritat i la hiponatrèmia. Les manifestacions clíniques són degudes principalment a aquesta última, que es manifesta amb alteracions del sistema nerviós: fatiga, cefalea, somnolència, confusió mental, convulsions i coma. La major part de les vegades es tracta d'un problema transitori, per lesió del sistema nerviós o per producció ectòpica d'ADH, principalment per malalties inflammatòries pulmonars.

La hipofunció del lòbul posterior de la hipòfisi produeix diabetis insípida; la poliúria i la polidípsia en són les seves manifestacions més importants. Si s'acompanya d'alteracions hipotalàmiques amb alteracions de la set, s'associarà una hipernatrèmia amb alteracions neurològiques.

Tiroides

Independentment de quina sigui la causa de la disfunció tiroide, les seves manifestacions poden ser locals (goll, compressió traqueal i/o esofàgica) o alteracions a distància a causa de l'Hiper o Hipotiroidisme.

L'Hipertiroidisme pot produir manifestacions sobre el metabolisme general (aprimament, hiperorèxia, intolerància a la calor), o sobre diversos òrgans d'anes: Aparell Digestiu (acceleració del trànsit

intestinal), Aparell Cardiocirculatori (taquicàrdia, miocardiopatia), Aparell Respiratori (dispnea), Sistema Nerviós (hiperactivitat simpàtica amb nerviosisme, tremolor, reflexos osteotendinosos vius), Sistema Musculoesquelètic (miopatia, osteoporosi), Sistema Visual (exoftalmes), Dermatològic (pell brillant, calenta, humida, cabell trencadís).

En l'Hipotiroidisme poden trobar-se alteracions metabòliques (anorèxia, intolerància al fred), dermatològiques (mixedema, caiguda de la cua de les celles), digestives (macroglòsia, estrenyiment), cardiocirculatories (bradicàrdia, miocardiopatia), respiratòries (disfonia), nervioses (torpor mental, apatia, somnolència, reflexos osteotendinosos pobres), musculoesquelètiques (miopatia, osteoporosi), hematològiques (anèmies).

Escurça suprarenal

Segrega glucocorticoides, mineralocorticoides i esteroides sexuals (andrògens i estrògens). Els dos primers són de procedència exclusiva de l'escurça suprarenal, mentre que els esteroides sexuals es produeixen aquí en petita proporció i predominen els de procedència gonadal. Els glucocorticoides i l'aldosterona participen en el control del metabolisme hidroelectrolític i en la resposta inflamatòria.

La Hiperfusió de l'escurça suprarenal es deu a alteracions de la pròpia glàndula (hiperplàsia, tumors benignes i malignes), augments de la producció hipofisària o ectòpica d'ACTH i a administració exògena de glucocorticoides. Es manifesta com a síndrome de Cushing, hiperaldosteronisme primari o síndrome adrenogenital. A més d'alteracions hidroelectrolítiques, la hiperfunció suprarenal pot produir a llarg termini osteoporosi, hipertensió arterial, diabetis mellitus i miopatia.

La Hipofunció de l'escurça suprarenal pot ser total o parcial, d'origen hipofisari o per malaltia de l'escurça suprarenal.

La hipofunció global dona lloc a insuficiència suprarenal o malaltia d'Addison, mentre que les insuficiències parcials poden manifestar-se com a hipoadosteronisme primari.

El pacient amb Malaltia d'Addison pot portar una vida normal amb tractament de reposició continuat; tot i així, i a conseqüència de processos infecciosos, traumatismes, intervencions quirúrgiques o pèrdua de sodi per sudoració intensa, pot desencadenar-se una crisi suprarenal caracteritzada per: profunda astènia; dolors intensos a l'abdomen, esquena i cames; col·lapse vascular perifèric i, finalment, claudicació renal amb azoèmia.

Produeix principalment adrenalina, que té com a missió la regulació de la pressió arterial i de la despesa cardíaca, i afecta també al metabolisme general.

La Hiperfunció suparrenal pot ser deguda a feocromocitoma o a hiperfunció de les cèl·lules cromafines. El feocromocitoma pot assentar a qualsevol lloc de l'organisme i deriva del sistema nerviós simpàtic. Les manifestacions clíniques són principalment la crisi hipertensiva.

En algunes ocasions el feocromocitoma s'associa amb altres hiperfuncions glandulars (Neoplàsies Endocrines Múltiples -MEN-).

El tractament quirúrgic és eficaç. En els pacients amb contraindicació o impossibilitat d'actuació quirúrgica l'administració de betabloquejants aconsegueix controlar gran part dels símptomes.

Paratiroides

S'encarreguen de la secreció de PTH, que regula el metabolisme del calci i el fòsfor.

Els trastorns del metabolisme fosfocàlcic produeixen manifestacions òssies, digestives, renals o neurològiques i existeixen poques manifestacions a nivell local.

L'Hiperparatiroidisme es caracteritza per hipercalcèmia acompanyada d'elevació de PTH i de l'AMPC urinari. Es deu a hiperplàsia, adenomes o carcinomes de les paratiroides. Les seves manifestacions clíniques són: somnolència, estrenyiment, nàusees, vòmits, poliúria, osteoporosi, litiasi renal, insuficiència renal i coma.

L'Hipoparatiroidisme és amb gran freqüència de causa iatrogènica després

d'intervencions quirúrgiques sobre la glàndula tiroide. Les seves principals manifestacions clíniques són: tetània crònica, parestèsies, convulsions, alteracions de la consciència, cataractes, moniliàsi crònica de la pell i alopecia.

En algunes ocasions s'associa a altres alteracions glandulars, com ara diabetis mellitus, insuficiència suprarenal, hipogonadisme i anèmia perniciosa.

El tractament de l'hipoparatiroidisme aconsegueix mantenir asimptomàtic o oligosimptomàtic la major part dels pacients.

Diabetis Mellitus

Tant la Diabetis Mellitus de tipus I com la de tipus II poden actualment controlar-se metabòlicament amb mesures dietètiques o farmacològiques; per aquest motiu la diabetis adequadament tractada no hauria de presentar símptomes crònics per trastorn del metabolisme hidrocàrbonat, tanmateix és freqüent l'afectació d'òrgans i de sistemes a causa de complicacions vasculars.

Diagnòstic de Diabetis Mellitus (*National data Group of the NIH*. 1979):

Es realitza per la troballa d'una de les alteracions analítiques següents:

1. Glucèmia basal (en dejú) superior a 140 mg/dl en dues determinacions, en dues ocasions separades.

2. Dos valors superiors a 200 mg/dl a la prova de sobrecàrrega oral de glucosa.

Quan la glucèmia basal es troba entre 105 i 140 mg/dl s'haurà de practicar sobrecàrrega oral amb 75 g de glucosa, i s'haurà d'extreure sang venosa cada 30 minuts durant les següents dues hores. Quan s'observi un valor entre 140-200 mg i un altre major de 200 mg/dl, el diagnòstic serà el d'intolerància a la glucosa. El 25% d'aquests pacients desenvoluparà diabetis mellitus en el futur, però requerirà un adequat diagnòstic seguint els criteris anteriors.

	Normal	Objectiu	Mal control
Glucèmia preprandial	< 110	80-120	< 80 o > 140
Glucèmia postprandial	< 180		
Glucèmia nocturna	< 120	100-140	< 100 o > 160
Hemoglobina 1Ac	< 6	< 7	< 8

ADA: Clinical Practice Recommendations, 1999.

Les complicacions agudes de la diabetis s'acostumen a corregir amb el tractament adequat. Quan aquestes es repeteixen, en general, es deuen a incompliment terapèutic, ja que en molt rares ocasions una malaltia associada provoca crisis de descompensació.

Les complicacions tardanes de la Diabetis Mellitus són principalment: Cardiopatia, Vasculopatia, Retinopatia, Nefropatia, Neuropatia, Dermopatia, Osteoartropatia metabòlica.

Hipoglucèmia

Es considera hipoglucèmia el descens de la glucèmia per sota de 40 mg/dl. Existeixen dos tipus d'hipoglucèmia: de dejú i postprandial. Entre les causes d'hipoglucèmia en dejú estan la insuficiència d'hormones contrainsulars, com ara els glucocorticoides i la GH, la insuficiència hepàtica, el consum excessiu d'alcohol i l'excés d'hormones hipoglucèmiques, com ara en el cas de l'insulinoma. Les hipoglucèmies postprandials apareixen en alguns gastrectomitzats.

Les manifestacions de la hipoglucèmia aguda són degudes a una crisi adrenèrgica aguda i a una disfunció neuronal. A llarg termini la hipoglucèmia produeix deteriorament mental per lesions irreversibles del sistema nerviós central.

Capítol 10. Pell i annexes

En aquest capítol es proporcionen criteris per a la valoració de les disfuncions de la pell en relació amb les funcions que desenvolupa.

S'estableixen en primer lloc les normes de caràcter general sobre com i en quins supòsits ha de realitzar-se l'avaluació de les disfuncions de la pell. En segon lloc es determinen els criteris per a l'assignació del percentatge de discapacitat que correspon a cada cas.

Normes de caràcter general per a la valoració de la disfunció originada per malalties de la pell

1. Únicament seran objecte de valoració aquelles malalties cròniques de la pell considerades no recuperables en qualsevulla de les seves funcions, després d'haver realitzat el tractament adequat i el curs clínic de les quals sigui almenys de 6 mesos des del seu diagnòstic i inici del tractament.

2. Atès que la pruija és una sensació subjectiva no quantificable, caldrà tenir en compte per a la seva avaluació l'existència o no de lesions secundàries: de rascat, hiperpigmentació i liquenificació. Segons la intensitat d'aquestes lesions la pruija es classifica en:

Lleu: No provoca l'aparició de lesions secundàries,

Moderada: Provoca lesions de rascat de forma inconstant; la liquenificació o hiperpigmentació només apareixen després d'anys d'evolució,

Severa: Provoca nombroses i contínues lesions de rascat; la liquenificació o hiperpigmentació són d'aparició precoç.

3. El percentatge de superfície corporal afectat és un dels paràmetres necessaris per incloure a un pacient en una o altra classe.

Pot mesurar-se d'una forma aproximada aquest percentatge, mitjançant la denominada regla dels nous, que assigna un 9% de la superfície corporal al cap i coll, un 9% a cada extremitat superior (el palmell de la mà representa l'1%), i un 18% a cadascuna de les parts restants: cadascuna de les extremitats inferiors, part anterior del tronc i part posterior del tronc. L'1% restant s'atribueix a la zona genital.

En nens aquests percentatges es distribueixen de la forma següent: cap i coll: 18%, part anterior del tronc: 15%, cadascuna de les extremitats inferiors: 15%; la resta de la superfície corporal es distribueix d'igual forma que en els adults.

4. Les alteracions estètiques, en general, no comporten alteracions funcionals i la seva importància se xifra en la repercussió psicològica que poden originar.

En aquests casos la valoració haurà de ser realitzada pel psicòleg.

5. Quan la malaltia dermatològica produeix manifestacions en altres òrgans o sistemes, el percentatge de discapacitat originat per la disfunció dermatològica es combinarà amb el percentatge corresponent a les altres manifestacions.

6. Per la seva possible evolució cap a la millora, la urticària crònica es revisarà cada dos anys, la psoriasi i la dermatitis atòpica cada 5 anys.

Criteris per a l'assignació del percentatge de discapacitat atribuïble a disfuncions de la pell

Classe 1: 0 %

El pacient pateix malaltia dermatològica crònica,

i
Precisa o no tractament,

i
Es manté asimptomàtic,

o
Presenta pruija lleu,

i
El grau de menyscabament de la capacitat és nul.

Classe 2: 1 a 24 %

El pacient pateix malaltia dermatològica crònica,

i
Presenta pruija moderada intermitent,

o
Es troba afectada menys del 25% de superfície corporal,

i
El grau de menyscabament de la capacitat és lleu.

Classe 3: 25 a 49 %

El pacient pateix malaltia dermatològica crònica,

i
Presenta pruija moderada persistent o intensa intermitent,

o
Es troba afectada entre el 25 i el 50% de la superfície cutània,

i
El grau de menyscabament de la capacitat és moderat.

Classe 4: 50 a 70 %

El pacient pateix malaltia dermatològica crònica,

i
Presenta pruija intensa persistent,

o
Es troba afectada més del 50% de la superfície cutània,

o
Requereix hospitalitzacions amb una periodicitat igual o superior a 1 cada 2 mesos,

i
El grau de menyscabament de la capacitat és greu.

Classe 5: 75 %

El pacient pateix malaltia dermatològica crònica, es compleixen els paràmetres objectius de la classe 4 i el grau de menyscabament de la capacitat és molt greu, i depèn d'una altra persona per realitzar les activitats d'autocura.

Capítol 11. Neoplàsies

En aquest capítol es proporcionen criteris per a la valoració de la discapacitat produïda per neoplàsies.

En primer lloc s'estableixen les normes de caràcter general sobre com i en quins supòsits cal realitzar la valoració. En segon lloc es determinen els criteris per a l'assignació del percentatge de discapacitat que correspon a cada cas.

Normes de caràcter general per a la valoració de la discapacitat originada per neoplàsies

1. El grau de menyscabament de la capacitat a què es fa referència en els criteris per a l'assignació de percentatge està basat en la repercussió de la patologia sobre les Activitats de la Vida Diària i es classifica en cinc nivells de gravetat: nul·la, lleu, moderada, greu i molt greu, definits de la forma següent:

Discapacitat nul·la

Els símptomes o signes, en cas que existeixin, són mínims i no justifiquen una disminució de la capacitat del subjecte per realitzar les activitats de la vida diària.

Discapacitat lleu

Els símptomes o signes existeixen i justifiquen alguna dificultat per portar a terme les activitats de la vida diària, però

són compatibles amb la realització de la pràctica totalitat d'aquestes.

Discapacitat moderada

Els símptomes o signes causen una disminució important o impossibilitat de la capacitat del subjecte per realitzar algunes de les activitats de la vida diària, tot i que és independent en les activitats d'autocura.

Discapacitat greu

Els símptomes o signes causen una disminució important o impossibilitat de la capacitat del subjecte per realitzar la majoria de les activitats de la vida diària, i poden estar afectades algunes de les activitats d'autocura.

Discapacitat molt greu

Els símptomes impossibiliten la realització de les activitats de la vida diària.

2. Els malalts neoplàsics sotmesos a tractaments potencialment curatius hauran de ser avaluats un cop aquests hagin finalitzat. En els casos de tractament quirúrgic aïllat, el grau de menyscabament de la capacitat serà avaluat després de transcórrer sis mesos des de la intervenció. Durant el període d'aplicació de tractaments poliquímio i radioteràpics, es mantindrà la valoració de la discapacitat que prèviament tingués el malalt, si n'hi hagués. En el cas de malalts sotmesos a trasplantament de medul·la òssia, la valoració, si escau, es mantindrà fins a 6 mesos després d'haver realitzat el trasplantament i es procedirà aleshores a tornar-lo a avaluar.

Quan el tractament sigui únicament pal·liatiu o simptomàtic, caldrà tenir en compte els seus efectes i podrà realitzar-se la valoració en el moment de la sol·licitud sense necessitat d'esperar 6 mesos.

3. El pronòstic vital de moltes neoplàsies és greu, però un mal pronòstic a mitjà o llarg termini no s'acompanya necessàriament d'un grau de menyscabament de la capacitat important en el moment de la valoració. En aquests casos pot presumir-se que es produeixi un empitjorament de la situació clínica posterior a la data de valoració. Això no obstant, les revisions no seran programades sinó a demanda del malalt que

haurà de ser informat d'aquesta possibilitat.

4. El percentatge de discapacitat per seqüeles del tractament rebut, si n'hi hagués, es combinarà amb el corresponent a la pròpia malaltia neoplàsica.

5. Quan en un malalt neoplàsic existeix evidència objectiva de metàstasi, haurà de ser qualificat amb el percentatge de discapacitat que correspongui a la classe immediatament superior a la qual es trobi segons la seva situació clínica.

Exemple: si el pacient presenta les condicions descrites a la classe 2 però existeix evidència de metàstasi, el percentatge de discapacitat que se li assigni haurà de ser el corresponent a la classe 3.

En els supòsits en què no existís valoració prèvia, aquesta es podrà realitzar en el moment de la sol·licitud sense necessitat d'esperar que acabi el tractament; un cop aquest s'hagi acabat es procedirà a la revaluació del percentatge de discapacitat que pugui presentar el pacient.

Criteris per a l'assignació del percentatge de discapacitat atribuïble a neoplàsies

Classe 1: 0 %

El pacient està diagnosticat d'una malaltia neoplàsica,

i

El grau de menyscabament de la capacitat és nul,

i

Precisa o no tractament.

Classe 2: 1 a 24 %

El pacient està diagnosticat d'una malaltia neoplàsica,

i

El grau de menyscabament de la capacitat és lleu,

i

Precisa tractament continuat.

Classe 3: 25 a 49 %

El pacient està diagnosticat d'una malaltia neoplàsica,

i

El grau de menyscabament de la capacitat és moderat,

i

Precisa tractament continuat.

Classe 4: 50 a 70 %

El pacient està diagnosticat d'una malaltia neoplàsica,

i

El grau de menyscabament de la capacitat és greu.

Classe 5: 75 %

El pacient està diagnosticat de malaltia neoplàsica, el grau de menyscabament de la capacitat és molt greu i depèn d'una altra persona per realitzar les activitats d'autocura.

Capítol 12. Aparell visual

En aquest capítol es proporcionen criteris per a la valoració de la discapacitat originada per les disfuncions visuals que puguin existir com a conseqüència de patir afeccions o malalties oculars i/o neuroftalmològiques.

En primer lloc s'exposen les normes de caràcter general que han de tenir-se en compte per procedir a valorar i/o quantificar la disfunció visual.

En segon lloc, es determinen els criteris per al diagnòstic, la valoració i la quantificació de les disfuncions de la visió.

Per últim, s'estableix la taula de conversió de la disfunció visual en percentatge de discapacitat.

Normes de caràcter general per a la valoració de disfuncions visuals

1. Només seran objecte de valoració les disfuncions visuals definitives, és a dir, aquelles no susceptibles de tractament i recuperació o aquelles en què ja s'han realitzat tots els mecanismes de tractament existents.

2. Les variables que cal tenir en compte són les que es deriven de la disminució de la funció visual. I la funció visual ve determinada, fonamentalment, per l'agudesia visual i el camp visual.

2.1. L'agudesia visual (és a dir, el màxim o òptim poder visual de l'ull) pot posseir-la l'ull espontàniament o amb correcció òptica.

L'agudesia visual deriva de la funció macular i la màcula és la zona central de la retina en què radica la possibilitat de la discriminació visual fina perfecta; des

d'aquest centre de la retina fins a la seva perifèria la sensibilitat retiniana va disminuint.

La visió propera sempre és bona si existeix una bona agudesa visual de lluny. Els seus defectes, si n'hi hagués, dependrien d'una manca d'enfocament a la retina i aquest es pot assolir amb tractament o correcció òptica.

2.2. El camp visual és l'espai en què es troben situats tots els objectes que poden ser percebuts per l'ull estant aquest fix en un punt davant d'ell, és a dir, sense moure's i en posició primària de mirada. Els seus límits màxims són aproximadament de 60° en el sector superior, 60° en el sector nasal, 70° en el sector inferior i 90° en el sector temporal.

El camp visual normal té dues zones fonamentals de significació diferent: La zona central i la zona perifèrica.

La zona central (o camp visual central) correspon a la superfície continguda o limitada per la isòptera de 30° aproximadament. D'altra banda, aquesta zona central del camp visual és la que és vista per la regió macular.

Entre els 30° referits i els límits perifèrics descrits està contingut el camp visual perifèric (o zona perifèrica del camp visual).

Les disfuncions en el camp visual venen determinats per la disminució de la isòptera perifèrica, per pèrdues sectorials o per l'existència d'escotomes.

La disminució de la isòptera perifèrica, o la disminució concèntrica del camp visual pot anar apareixent amb l'edat i no necessàriament ha de considerar-se patològica (de vegades pot deure's fins i tot a un defecte de l'exploració), sinó com un dels signes que van apareixent amb la vellesa. Per interpretar una disminució concèntrica del camp visual com a patològica ha d'existir una isòptera perifèrica inferior a 45° o 40° en el sector superior, ídem en el nasal, 50° en el sector inferior, 70° en el sector temporal i, a més, correspondre's amb una situació patològica ocular o neuroftalmològica.

Les pèrdues o disminucions sectorials del camp visual sempre són patològiques i els escotomes, si existeixen a la zona central del camp visual (escotomes

centrals), poden determinar una gran deficiència de l'agudesa visual.

Tant l'agudesa visual com el camp visual poden referir-se a un sol ull (unocular) o als dos ulls (binocular). Normalment la funció visual és binocular, tanmateix, en termes generals, la funció visual unocular és compatible amb les activitats quotidianes comunes.

3. Un altre factor que influeix en l'eficiència de la visió és la motilitat ocular. En visió binocular, només és compatible amb les activitats normals de la persona l'existència d'un perfecte equilibri oculomotor, és a dir, existència de paral·lisme dels eixos visuals en mirar a un determinat punt. Si aquest paral·lisme no està present en ulls amb bona agudesa visual, dóna lloc a la diplopia, que pot dificultar les activitats habituals. Però la diplopia no existeix si un ull no hi veu o si la seva agudesa visual és molt inferior a la de l'ull congènere, encara que els seus eixos visuals estiguin desviats. En aquest cas, la desviació d'un ull no dificulta la funció visual.

Quan la diplopia apareix només en alguna de les posicions de la mirada, la persona posa en marxa elements compensadors que eliminen la diplopia (per exemple gir o inclinació del cap en aquelles situacions), per la qual cosa aquests casos són compatibles amb el desenvolupament d'una activitat normal.

4. Altres aspectes de la funció visual, com ara la visió dels colors i la visió nocturna, poden presentar alteracions que, encara que a la pràctica no siguin freqüents, cal preveure-les.

L'alteració de la visió dels colors -discromatòpsia- pot ser congènita o adquirida.

Les discromatòpsies adquirides acompanyen sempre a afeccions oculars de les quals constitueixen part de la seva simptomatologia, per la qual cosa evolucionen com la malaltia ocular que les origina.

L'alteració de la visió nocturna -hemeralòpia- pot ser essencial, però amb freqüència és símptoma d'alteracions degeneratives retinianes o d'avitaminosi A.

Criteris de valoració de disfuncions visuals

1. Només serà objecte de valoració la deficiència de l'agudesa visual (AV) després de la correcció òptica corresponent. La valoració en percentatge d'aquestes disfuncions es recull en el quadre número 1.

El percentatge de disfunció de la visió per disminució de l'AV en ambdós ulls s'obté aplicant la taula 1.

2. Les disfuncions visuals per defectes del camp visual (CV) poden existir amb AV normal o amb AV disminuïda.

2.1. Les disfuncions visuals per defectes del CV binocular (hemianòpsies o quadrantanòpsies) amb AV normal, es recullen en el quadre 2.0.

2.1.1. En cas que l'hemianòpsia o quadrantanòpsia coexisteixin amb disminució d'AV, el percentatge de disfunció de la visió es troba combinat, mitjançant la taula de valors combinats que s'ofereix al final de l'annex 1 a., el percentatge de disfunció produït per la disminució d'AV binocular (taula 1) amb el generat pel defecte de camp (quadre 2.0).

Exemple: Una persona presenta una hemianòpsia homònima i una AV de 0,2 a l'ull dret i de 0,6 a l'ull esquerre.

Percentatge de disfunció de visió per defecte d'AV a l'ull dret: 75% (quadre 1).

Percentatge de disfunció per defecte d'AV a l'ull esquerre, 16% (quadre 1). Percentatge de disfunció visual corresponent a la disfunció d'AV binocular, 31 % (taula 1).

Percentatge de disfunció visual corresponent a l'hemianòpsia, 45% (quadre 2.0).

Aplicant la taula de valors combinats que s'ofereix al final de l'annex 1 a.) (31% per l'AV binocular i 45% secundari a hemianòpsia), s'obté un percentatge de disfunció de la visió del 62%.

2.2. La disminució concèntrica del CV amb AV normal a cada ull dóna lloc a disfuncions visuals que es recullen en el quadre 2.1. La disfunció visual per deficiència concèntrica del CV als dos ulls es troba a la taula 1.

2.2.1. Quan la disminució concèntrica del CV apareix en ulls que també presenten deficiència d'AV, el percentatge de disfunció de la visió es determinarà calculant, d'una banda, la disfunció per la disminució d'AV binocular (taula 1) i, d'una altra, aquella originada pel defecte de camp, també binocular (taula 1). Els valors trobats es combinaran utilitzant la taula de valors combinats que s'ofereix al final de l'annex 1 a.

Exemple:

Ull dret: Agudesa visual de 0,4. Camp visual, disminució concèntrica de 25°.

Ull esquerre: AV de 0,7. Camp visual amb disminució de 35°

Disfuncions d'ull dret originada per l'AV 48 % (quadre 1)

Disfuncions d'ull esquerre originada per l'AV 8 % (quadre 1)

Percentatge de disfunció d'AV binocular: 18 % (taula 1)

Disfuncions d'ull dret originada per CV 30 % (quadre 2.1)

Disfuncions d'ull esquerre originada per CV 16 % (quadre 2.1)

Percentatge de disfunció per disminució de camp en ambdós ulls 20 % (taula 1)

Aplicant la taula de valors combinats que s'ofereix al final de l'annex 1 a.) resulta (18% per disfunció d'AV binocular combinat amb 20 % per disfunció de CV) un percentatge de disfunció de la visió del 34%.

Si la deficiència concèntrica del CV existís en ulls amb hemianòpsia o quadrantanòpsia (deficiència binocular del CV) la disfunció visual total per deficiència de camp la trobaríem a la taula de valors combinats. Aquesta situació a la pràctica es presenta molt rarament.

2.3. Quan en el CV existeixen alteracions (disfuncions sectorials) diferents dels assenyalats anteriorment, la valoració de la disfunció visual existent es recull en el quadre 2.2. La disfunció visual per deficiència sectorial del CV dels dos ulls es troba a la taula 1.

2.3.1. Quan la disminució sectorial del CV es doni en ulls que també presentin deficiència d'AV, la disfunció visual total es determinarà segons allò establert a l'apartat 2.2.1.

2.4. L'existència d'escotoma central bilateral origina una disminució de l'AV per la qual cosa la valoració es realitzarà segons aquest paràmetre mitjançant el quadre 1 i la taula 1.

3. L'existència de diplopia suposa que l'agudesa visual és bona (normal) a cada ull, o que, tot i que existeixi una discreta disminució, no hi ha entre ambdós ulls una diferència d'AV superior a 3/10. Només en aquests casos la diplopia genera disfunció visual xifrada en 40%.

4. La discromatòpsia congènita, que sempre és bilateral, suposa una disfunció visual de 25%. L'adquirida pot presentar-se en un sol ull; en aquest cas la disfunció visual es valora amb un 15%. En ambdós casos, aquests valors han de combinar-se amb les disfuncions que poden existir de resultes de disfunció a l'AV o CV.

5. La presència d'hemeralòpia dona lloc a una disfunció visual d'un 30%, valor que ha de combinar-se amb les disfuncions visuals que puguin existir pels motius esmentats en el punt anterior.

6. El percentatge de discapacitat per disfunció de la visió s'obté aplicant la taula 2.

Quadre 1. Disfuncions visuals per disfunció de l'AV	
Agudesa visual corregida (1)	Disfuncions visuals (%) d'un sol ull (2)
1	0
0.9	2
0.8	4
0.7	8
0.6	16
0.5	32
0.4	48
0.3	60
0.2	75
0.1	85
0.05	90
Bonys	95 %
Llum	98 %
Ceguesa	100 %

(1) Després de la correcció òptica corresponent, si calgués.

(2) La disfunció visual per disfunció de l'AV als dos ulls s'obté aplicant la taula 1.

Quadre 2. Disfunció visual per disfunció del CV binocular (1)	
Disfunció de CV	Disfunció visual (%) (2)
Hemianòpsia homònima (dreta o esquerra)	45
Hemianòpsia bitemporal o binasal	20
Quadrantanòpsia homònima (dreta o esquerra)	15
Quadrantanòpsia bitemporal o binasal	10
Disfuncions sensorials inferiors a quadrantanòpsia	5

(1) CV binocular explorat amb pupil·la normal i amb correcció òptica.

(2) Es tracta de disfunció exclusiva de CV amb AV normal a cada ull.

Quadre 2.1. Disfunció visual per disfunció concèntrica del CV uniocular (1)	
Disfunció concèntrica de CV	Disfunció (%) (2)
60 – 40°	0 - 10
35°	16
30°	20
25°	30
20°	48
15°	70
10°	85
Inferior a 10°	95

(1) CV explorat amb pupil·la normal i amb correcció òptica.

(2) La disfunció visual per disfunció concèntrica del CV dels dos ulls s'obté aplicant la taula 1.

Quadre 2.2. Disfunció visual per disfunció sectorial del CV uniocular (1)	
Disfunció sectorial	Disfunció % (2)
Pèrdua inferior a un quadrant	5
Pèrdua d'un quadrant	15
Pèrdua superior a un quadrant	30
Pèrdua de 1/2 camp	45
Pèrdua superior a 1/2 camp	60
Pèrdua de 3 quadrants	75
Pèrdua superior a 3 quadrants	90
Ceguesa	100

Aparell visual

(1) CV explorat amb pupil·la normal i amb correcció òptica.

(2) La disfunció visual total per disfunció sectorial del CV dels dos ulls s'obté aplicant la taula 1.

**L'existència d'escotoma anular es
valorarà amb una disfunció visual
uniocular del 30%.**

Taula 1: Disfunció visual binocular

Els valors d'aquesta taula es basen en
la fórmula següent:

$3 \times \text{disfunció a l'ull millor (\%)} + \text{disfun-}$
 $\text{ció de l'ull pitjor} / 4$

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24		
0	0																									0	
1	0	1																								1	
2	1	1	2																							2	
3	1	2	2	3																						3	
4	1	2	3	3	4																					4	
5	1	2	3	4	4	5																				5	
6	2	2	3	4	5	5	6																			6	
7	2	3	3	4	5	6	6	7																		7	
8	2	3	4	4	5	6	7	7	8																	8	
9	2	3	4	5	5	6	7	8	8	9																9	
10	3	3	4	5	6	6	7	8	9	9	10															10	
11	3	4	4	5	6	7	7	8	9	10	10	11														11	
12	3	4	5	5	6	7	8	8	9	10	11	11	12													12	
13	3	4	5	6	6	7	8	9	9	10	11	12	12	13												13	
14	4	4	5	6	7	7	8	9	10	10	11	12	13	13	14											14	
15	4	5	5	6	7	8	8	9	10	11	11	12	13	14	14	15										15	
16	4	5	6	6	7	8	9	9	10	11	12	12	13	14	15	15	16									16	
17	4	5	6	7	7	8	9	10	10	11	12	13	13	14	15	16	16	17								17	
18	5	5	6	7	8	8	9	10	11	11	12	13	14	14	15	16	17	17	18							18	
19	5	6	6	7	8	9	9	10	11	12	12	13	14	15	15	16	17	18	18	19						19	
20	5	6	7	7	8	9	10	10	11	12	13	13	14	15	16	16	17	18	19	19	20					20	
21	5	6	7	8	8	9	10	11	11	12	13	14	14	15	16	17	17	18	19	20	20	21				21	
22	6	6	7	8	9	9	10	11	12	12	13	14	15	15	16	17	18	18	19	20	21	21	22			22	
23	6	7	7	8	9	10	10	11	12	13	13	14	15	16	16	17	18	19	19	20	21	22	22	23		23	
24	6	7	8	8	9	10	11	11	12	13	14	14	15	16	17	17	18	19	20	20	21	22	23	23	24	24	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24		
% de disfunció a l'ull millor																											

% de disfunció a l'ull millor

	0	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	6	7	8	8	9	10	11	12	12	13	14	15	15	16	17	18	18	19	20	21	21	22	23	24	24	25
26	7	7	8	9	10	10	11	12	13	13	14	15	16	16	17	18	19	19	20	21	22	22	23	24	25	26
27	7	8	8	9	10	11	11	12	13	14	14	15	16	17	17	18	19	20	20	21	22	23	23	24	25	27
28	7	8	9	9	10	11	12	12	13	14	15	15	16	17	18	18	19	20	21	21	22	23	24	24	25	28
29	7	8	9	10	10	11	12	13	13	14	15	16	16	17	18	19	19	20	21	22	22	23	24	25	25	29
30	8	8	9	10	11	11	12	13	14	14	15	16	17	17	18	19	20	20	21	22	23	23	24	25	26	30
31	8	9	9	10	11	12	12	13	14	15	15	16	17	18	18	19	20	21	21	22	23	24	24	25	26	31
32	8	9	10	10	11	12	13	13	14	15	16	16	17	18	19	19	20	21	22	22	23	24	25	25	26	32
33	8	9	10	11	11	12	13	14	14	15	16	17	17	18	19	20	20	21	22	23	23	24	25	26	26	33
34	9	9	10	11	12	12	13	14	15	15	16	17	18	18	19	20	21	21	22	23	24	24	25	26	27	34
35	9	10	10	11	12	13	13	14	15	16	16	17	18	19	19	20	21	22	22	23	24	25	25	26	27	35
36	9	10	11	11	12	13	14	14	15	16	17	17	18	19	20	20	21	22	23	23	24	25	26	26	27	36
37	9	10	11	12	12	13	14	15	15	16	17	18	18	19	20	21	21	22	23	24	24	25	26	27	27	37
38	10	10	11	12	13	13	14	15	16	16	17	18	19	19	20	21	22	22	23	24	25	25	26	27	28	38
39	10	11	11	12	13	14	14	15	16	17	17	18	19	20	20	21	22	23	23	24	25	26	26	27	28	39
40	10	11	12	12	13	14	15	15	16	17	18	18	19	20	21	21	22	23	24	24	25	26	27	27	28	40
41	10	11	12	13	13	14	15	16	16	17	18	19	19	20	21	22	22	23	24	25	25	26	27	28	28	41
42	11	11	12	13	14	14	15	16	17	17	18	19	20	20	21	22	23	23	24	25	26	26	27	28	29	42
43	11	12	12	13	14	15	15	16	17	18	18	19	20	21	21	22	23	24	24	25	26	27	27	28	29	43
44	11	12	13	13	14	15	16	16	17	18	19	19	20	21	22	22	23	24	25	25	26	27	28	28	29	44
45	11	12	13	14	14	15	16	17	17	18	19	20	20	21	22	23	23	24	25	26	26	27	28	29	29	45
46	12	12	13	14	15	15	16	17	18	18	19	20	21	21	22	23	24	24	25	26	27	27	28	29	30	46
47	12	13	13	14	15	16	16	17	18	19	19	20	21	22	22	23	24	25	25	26	27	28	28	29	30	47
48	12	13	14	14	15	16	17	17	18	19	20	20	21	22	23	23	24	25	26	26	27	28	29	29	30	48
49	12	13	14	15	15	16	17	18	18	19	20	21	21	22	23	24	24	25	26	27	27	28	29	30	30	49
	0	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	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	
25	25																									25
26	25	26																								26
27	26	26	27																							27
28	26	27	27	28																						28
29	26	27	28	28	29																					29
30	26	27	28	29	29	30																				30
31	27	27	28	29	30	30	31																			31
32	27	28	28	29	30	31	31	32																		32
33	27	28	29	29	30	31	32	32	33																	33
34	27	28	29	30	30	31	32	33	33	34																34
35	28	28	29	30	31	31	32	33	34	34	35															35
36	28	29	29	30	31	32	32	33	34	35	35	36														36
37	28	29	30	30	31	32	33	33	34	35	36	36	37													37
38	28	29	30	31	31	32	33	34	34	35	36	37	37	38												38
39	29	29	30	31	32	32	33	34	35	35	36	37	38	38	39											39
40	29	30	30	31	32	33	33	34	35	36	36	37	38	39	39	40										40
41	29	30	31	31	32	33	34	34	35	36	37	37	38	39	40	40	41									41
42	29	30	31	32	32	33	34	35	35	36	37	38	38	39	40	41	41	42								42
43	30	30	31	32	33	33	34	35	36	36	37	38	39	39	40	41	42	42	43							43
44	30	31	31	32	33	34	34	35	36	37	37	38	39	40	40	41	42	43	43	44						44
45	30	31	32	32	33	34	35	35	36	37	38	38	39	40	41	41	42	43	44	44	45					45
46	30	31	32	33	33	34	35	36	36	37	38	39	39	40	41	42	42	43	44	45	45	46				46
47	31	31	32	33	34	34	35	36	37	37	38	39	40	40	41	42	43	43	44	45	46	46	47			47
48	31	32	32	33	34	35	35	36	37	38	38	39	40	41	41	42	43	44	44	45	46	47	47	48		48
49	31	32	33	33	34	35	36	36	37	38	39	39	40	41	42	42	43	44	45	45	46	47	48	48	49	49
	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
50	13	13	14	15	16	16	17	18	19	19	20	21	22	22	23	24	25	25	26	27	28	28	29	30	31	50
51	13	14	14	15	16	17	17	18	19	20	20	21	22	23	23	24	25	26	26	27	28	29	29	30	31	51
52	13	14	15	15	16	17	18	18	19	20	21	21	22	23	24	24	25	26	27	27	28	29	30	30	31	52
53	13	14	15	16	16	17	18	19	19	20	21	22	22	23	24	25	25	26	27	28	28	29	30	31	31	53
54	14	14	15	16	17	17	18	19	20	20	21	22	23	23	24	25	26	26	27	28	29	29	30	31	32	54
55	14	15	15	16	17	18	18	19	20	21	21	22	23	24	24	25	26	27	27	28	29	30	30	31	32	55
56	14	15	16	16	17	18	19	19	20	21	22	22	23	24	25	25	26	27	28	28	29	30	31	31	32	56
57	14	15	16	17	17	18	19	20	20	21	22	23	23	24	25	26	26	27	28	29	29	30	31	32	32	57
58	15	15	16	17	18	18	19	20	21	21	22	23	24	24	25	26	27	27	28	29	30	30	31	32	33	58
59	15	16	16	17	18	19	19	20	21	22	22	23	24	25	25	26	27	28	28	29	30	31	31	32	33	59
60	15	16	17	17	18	19	20	20	21	22	23	23	24	25	26	26	27	28	28	29	30	31	32	32	33	60
61	15	16	17	18	18	19	20	21	21	22	23	24	24	25	26	27	27	28	29	30	30	31	32	33	33	61
62	16	16	17	18	19	19	20	21	22	22	23	24	25	25	26	27	28	28	29	30	31	31	32	33	34	62
63	16	17	17	18	19	20	20	21	22	23	23	24	25	26	26	27	28	29	29	30	31	32	32	33	34	63
64	16	17	18	18	19	20	21	21	22	23	24	24	25	26	27	27	28	29	30	30	31	32	33	33	34	64
65	16	17	18	19	19	20	21	22	22	23	24	25	25	26	27	28	28	29	30	31	31	32	33	34	34	65
66	17	17	18	19	20	20	21	22	23	23	24	25	26	26	27	28	29	29	30	31	32	32	33	34	35	66
67	17	18	18	19	20	21	21	22	23	24	24	25	26	27	27	28	29	30	30	31	32	33	33	34	35	67
68	17	18	19	19	20	21	22	22	23	24	25	25	26	27	28	28	29	30	31	31	32	33	34	34	35	68
69	17	18	19	20	20	21	22	23	23	24	25	26	26	27	28	29	29	30	31	32	32	33	34	35	35	69
70	18	18	19	20	21	21	22	23	24	24	25	26	27	27	28	29	30	30	31	32	33	33	34	35	36	70
71	18	19	19	20	21	22	22	23	24	25	25	26	27	28	28	29	30	31	31	32	33	34	34	35	36	71
72	18	19	20	20	21	22	23	23	24	25	26	26	27	28	29	29	30	31	32	32	33	34	35	35	36	72
73	18	19	20	21	21	22	23	24	24	25	26	27	27	28	29	30	30	31	32	33	33	34	35	36	36	73
74	19	19	20	21	22	22	23	24	25	25	26	27	28	28	29	30	31	31	32	33	34	34	35	36	37	74
	0	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	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	
50	31	32	33	34	34	35	36	37	37	38	39	40	40	41	42	43	43	44	45	46	46	47	48	48	49	50
51	32	32	33	34	35	35	36	37	38	38	39	40	41	41	42	43	44	44	45	46	47	47	48	49	50	51
52	32	33	33	34	35	36	36	37	38	39	39	40	41	42	42	43	44	45	45	46	47	48	48	49	50	52
53	32	33	34	34	35	36	37	37	38	39	40	40	41	42	43	43	44	45	46	46	47	48	49	49	50	53
54	32	33	34	35	35	36	37	38	38	39	40	41	41	42	43	44	44	45	46	47	47	48	49	50	50	54
55	33	33	34	35	36	36	37	38	39	39	40	41	42	42	43	44	45	45	46	47	48	48	49	50	51	55
56	33	34	34	35	36	37	37	38	39	40	40	41	42	43	43	44	45	46	46	47	48	49	49	50	51	56
57	33	34	35	35	36	37	38	38	39	40	41	41	42	43	44	44	45	46	47	47	48	49	50	50	51	57
58	33	34	35	36	36	37	38	39	39	40	41	42	42	43	44	45	45	46	47	48	48	49	50	51	51	58
59	34	34	35	36	37	37	38	39	40	40	41	42	43	43	44	45	46	46	47	48	49	49	50	51	52	59
60	34	35	35	36	37	38	38	39	40	41	41	42	43	44	44	45	46	47	47	48	49	50	50	51	52	60
61	34	35	36	36	37	38	39	39	40	41	42	42	43	44	45	45	46	47	48	48	49	50	51	51	52	61
62	34	35	36	37	37	38	39	40	40	41	42	43	43	44	45	46	46	47	48	49	49	50	51	52	52	62
63	35	35	36	37	38	38	39	40	41	41	42	43	44	44	45	46	47	47	48	49	50	50	51	52	53	63
64	35	36	36	37	38	39	39	40	41	42	42	43	44	45	45	46	47	48	48	49	50	51	51	52	53	64
65	35	36	37	37	38	39	40	40	41	42	43	43	44	45	46	46	47	48	49	49	50	51	52	52	53	65
66	35	36	37	38	38	39	40	41	41	42	43	44	44	45	46	47	47	48	49	50	50	51	52	53	53	66
67	36	36	37	38	39	39	40	41	42	42	43	44	45	45	46	47	48	48	49	50	51	51	52	53	54	67
68	36	37	37	38	39	40	40	41	42	43	43	44	45	46	46	47	48	49	49	50	51	52	52	53	54	68
69	36	37	38	38	39	40	41	41	42	43	44	44	45	46	47	47	48	49	50	50	51	52	53	53	54	69
70	36	37	38	39	39	40	41	42	42	43	44	45	45	46	47	48	48	49	50	51	51	52	53	54	54	70
71	37	37	38	39	40	40	41	42	43	43	44	45	46	46	47	48	49	49	50	51	52	52	53	54	55	71
72	37	38	38	39	40	41	41	42	43	44	44	45	46	47	47	48	49	50	50	51	52	53	53	54	55	72
73	37	38	39	39	40	41	42	42	43	44	45	45	46	47	48	48	49	50	51	51	52	53	54	54	55	73
74	37	38	39	40	40	41	42	43	43	44	45	46	46	47	48	49	49	50	51	52	52	53	54	55	55	74
	25	26	27	28	29	30	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	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	
50	50																									50
51	50	51																								51
52	51	51	52																							52
53	51	52	52	53																						53
54	51	52	53	53	54																					54
55	51	52	53	54	54	55																				55
56	52	52	53	54	55	55	56																			56
57	52	53	53	54	55	56	56	57																		57
58	52	53	54	54	55	56	57	57	58																	58
59	52	53	54	55	55	56	57	58	58	59																59
60	53	53	54	55	56	56	57	58	59	59	60															60
61	53	54	54	55	56	57	57	58	59	60	60	61														61
62	53	54	55	55	56	57	58	58	59	60	61	61	62													62
63	53	54	55	56	56	57	58	59	59	60	61	62	62	63												63
64	54	54	55	56	57	57	58	59	60	60	61	62	63	63	64											64
65	54	55	55	56	57	58	58	59	60	61	61	62	63	64	64	65										65
66	54	55	56	56	57	58	59	59	60	61	62	62	63	64	65	65	66									66
67	54	55	56	57	57	58	59	60	60	61	62	63	63	64	65	66	66	67								67
68	55	55	56	57	58	58	59	60	61	61	62	63	64	64	65	66	67	67	68							68
69	55	56	56	57	58	59	59	60	61	62	62	63	64	65	65	66	67	68	68	69						69
70	55	56	57	57	58	59	60	60	61	62	63	63	64	65	66	66	67	68	69	69	70					70
71	55	56	57	58	58	59	60	61	61	62	63	64	64	65	66	67	67	68	69	70	70	71				71
72	56	56	57	58	59	59	60	61	62	62	63	64	65	65	66	67	68	68	69	70	71	71	72			72
73	56	57	57	58	59	60	60	61	62	63	63	64	65	66	66	67	68	69	69	70	71	72	72	73		73
74	56	57	58	58	59	60	61	61	62	63	64	64	65	66	67	67	68	69	70	70	71	72	73	73	74	74
	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
75	19	20	20	21	22	23	23	24	25	26	26	27	28	29	29	30	31	32	32	33	34	35	35	36	37	75
76	19	20	21	21	22	23	24	24	25	26	27	27	28	29	30	30	31	32	33	33	34	35	36	36	37	76
77	19	20	21	22	22	23	24	25	25	26	27	28	28	29	30	31	31	32	33	34	34	35	36	37	37	77
78	20	20	21	22	23	23	24	25	26	26	27	28	29	29	30	31	32	32	33	34	35	35	36	37	38	78
79	20	21	21	22	23	24	24	25	26	27	27	28	29	30	30	31	32	33	33	34	35	36	36	37	38	79
80	20	21	22	22	23	24	25	25	26	27	28	28	29	30	31	31	32	33	34	34	35	36	37	37	38	80
81	20	21	22	23	23	24	25	26	26	27	28	29	29	30	31	32	32	33	34	35	35	36	37	38	38	81
82	21	21	22	23	24	24	25	26	27	27	28	29	30	30	31	32	33	33	34	35	36	36	37	38	39	82
83	21	22	22	23	24	25	25	26	27	28	28	29	30	31	31	32	33	34	34	35	36	37	37	38	39	83
84	21	22	23	23	24	25	26	26	27	28	29	29	30	31	32	32	33	34	35	35	36	37	38	38	39	84
85	21	22	23	24	24	25	26	27	27	28	29	30	30	31	32	33	33	34	35	36	36	37	38	39	39	85
86	22	22	23	24	25	25	26	27	28	28	29	30	31	31	32	33	34	34	35	36	37	37	38	39	40	86
87	22	23	23	24	25	26	26	27	28	29	29	30	31	32	32	33	34	35	35	36	37	38	38	39	40	87
88	22	23	24	24	25	26	27	27	28	29	30	30	31	32	33	33	34	35	36	36	37	38	39	39	40	88
89	22	23	24	25	25	26	27	28	28	29	30	31	31	32	33	34	34	35	36	37	37	38	39	40	40	89
90	23	23	24	25	26	26	27	28	29	29	30	31	32	32	33	34	35	35	36	37	38	38	39	40	41	90
91	23	24	24	25	26	27	27	28	29	30	30	31	32	33	33	34	35	36	36	37	38	39	39	40	41	91
92	23	24	25	25	26	27	28	28	29	30	31	31	32	33	34	34	35	36	37	37	38	39	40	40	41	92
93	23	24	25	26	26	27	28	29	29	30	31	32	32	33	34	35	35	36	37	38	38	39	40	41	41	93
94	24	24	25	26	27	27	28	29	30	30	31	32	33	33	34	35	36	36	37	38	39	39	40	41	42	94
95	24	25	25	26	27	28	28	29	30	31	31	32	33	34	34	35	36	37	37	38	39	40	40	41	42	95
96	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	96
97	24	25	26	27	27	28	29	30	30	31	32	33	33	34	35	36	36	37	38	39	39	40	41	42	42	97
98	25	25	26	27	28	28	29	30	31	31	32	33	34	34	35	36	37	37	38	39	40	40	41	42	43	98
99	25	26	26	27	28	29	29	30	31	32	32	33	34	35	35	36	37	38	38	39	40	41	41	42	43	99
100	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	100
	0	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	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	
75	38	38	39	40	41	41	42	43	44	44	45	46	47	47	48	49	50	50	51	52	53	53	54	55	56	75
76	38	39	39	40	41	42	42	43	44	45	45	46	47	48	48	49	50	51	51	52	53	54	54	55	56	76
77	38	39	40	40	41	42	43	43	44	45	46	46	47	48	49	49	50	51	52	52	53	54	55	55	56	77
78	38	39	40	41	41	42	43	44	44	45	46	47	47	48	49	50	50	51	52	53	53	54	55	56	56	78
79	39	39	40	41	42	42	43	44	45	45	46	47	48	48	49	50	51	51	52	53	54	54	55	56	57	79
80	39	40	40	41	42	43	43	44	45	46	46	47	48	48	49	50	51	52	52	53	54	55	55	56	57	80
81	39	40	41	41	42	43	44	44	45	46	47	47	48	49	50	50	51	52	53	53	54	55	56	56	57	81
82	39	40	41	42	42	43	44	45	45	46	47	48	48	49	50	51	51	52	53	54	54	55	56	57	57	82
83	40	40	41	42	43	43	44	45	46	46	47	48	49	49	50	51	52	52	53	54	55	55	56	57	58	83
84	40	41	41	42	43	44	44	45	46	47	47	48	49	50	50	51	52	53	53	54	55	56	56	57	58	84
85	40	41	42	42	43	44	45	45	46	47	48	48	49	50	51	51	52	53	54	54	55	56	57	57	58	85
86	40	41	42	43	43	44	45	46	46	47	48	49	49	50	51	52	52	53	54	55	55	56	57	58	58	86
87	41	41	42	43	44	44	45	46	47	47	48	49	50	50	51	52	53	53	54	55	56	56	57	58	59	87
88	41	42	42	43	44	45	45	46	47	48	48	49	50	51	51	52	53	54	54	55	56	57	57	58	59	88
89	41	42	43	43	44	45	46	46	47	48	49	49	50	51	52	52	53	54	55	55	56	57	58	58	59	89
90	41	42	43	44	44	45	46	47	47	48	49	50	50	51	52	53	53	54	55	56	56	57	58	59	59	90
91	42	42	43	44	45	45	46	47	48	48	49	50	51	51	52	53	54	54	55	56	57	57	58	59	60	91
92	42	43	43	44	45	46	46	47	48	49	49	50	51	52	52	53	54	55	56	56	57	58	58	59	60	92
93	42	43	44	44	45	46	47	47	48	49	50	50	51	52	53	53	54	55	56	56	57	58	59	59	60	93
94	42	43	44	45	45	46	47	48	48	49	50	51	51	52	53	54	54	55	56	57	57	58	59	60	60	94
95	43	43	44	45	46	46	47	48	49	49	50	51	52	52	53	54	55	55	56	57	58	58	59	60	61	95
96	43	44	44	45	46	47	47	48	49	50	50	51	52	53	53	54	55	56	56	57	58	59	59	60	61	96
97	43	44	45	45	46	47	48	48	49	50	51	51	52	53	54	54	55	56	57	57	58	59	60	60	61	97
98	43	44	45	46	46	47	48	49	49	50	51	52	52	53	54	55	55	56	57	58	58	59	60	61	61	98
99	44	44	45	46	47	47	48	49	50	50	51	52	53	53	54	55	56	56	57	58	59	59	60	61	62	99
100	44	45	45	46	47	48	48	49	50	51	51	52	53	54	54	55	56	57	57	58	59	60	60	61	62	100
	25	26	27	28	29	30	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	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	
75	56	57	58	59	59	60	61	62	62	63	64	65	65	66	67	68	68	69	70	71	71	72	73	74	74	75
76	57	57	58	59	60	60	61	62	63	63	64	65	66	66	67	68	68	69	70	71	72	72	73	74	75	76
77	57	58	58	59	60	61	61	62	63	64	64	65	66	67	67	68	69	70	70	71	72	73	73	74	75	77
78	57	58	59	59	60	61	62	62	63	64	65	65	66	67	68	68	69	70	71	71	72	73	74	74	75	78
79	57	58	59	60	60	61	62	63	63	64	65	66	66	67	68	69	69	70	71	72	72	73	74	75	75	79
80	58	58	59	60	61	62	62	63	64	64	65	66	67	67	68	69	70	70	71	72	73	73	74	75	76	80
81	58	59	59	60	61	62	62	63	64	65	66	66	67	68	68	69	70	71	71	72	73	74	74	75	76	81
82	58	59	60	60	61	62	63	63	64	65	66	66	67	68	69	69	70	71	72	72	73	74	75	75	76	82
83	58	59	60	61	61	62	63	64	64	65	66	67	67	68	69	70	70	71	72	73	73	74	75	76	76	83
84	59	59	60	61	62	62	63	64	65	65	66	67	68	68	69	70	71	71	72	73	74	74	75	76	77	84
85	59	60	60	61	62	63	63	64	65	66	66	67	68	69	69	70	71	72	72	73	74	75	75	76	77	85
86	59	60	61	61	62	63	64	64	65	66	67	67	68	69	70	70	71	72	73	73	74	75	76	76	77	86
87	59	60	61	62	62	63	64	65	65	66	67	68	68	69	70	71	71	72	73	74	74	75	76	77	77	87
88	60	60	61	62	63	63	64	65	66	66	67	68	69	69	70	71	72	72	73	74	75	75	76	77	78	88
89	60	61	61	62	63	64	64	65	66	67	67	68	69	70	70	71	72	73	73	74	75	76	76	77	78	89
90	60	61	62	62	63	64	65	65	66	67	68	68	69	70	71	71	72	73	74	74	75	76	77	77	78	90
91	60	61	62	63	63	64	65	66	66	67	68	69	69	70	71	72	72	73	74	75	75	76	77	78	78	91
92	61	61	62	63	64	64	65	66	67	67	68	69	70	70	71	72	73	73	74	75	76	76	77	78	79	92
93	61	62	62	63	64	65	65	66	67	68	68	69	70	71	71	72	73	74	74	75	76	77	77	78	79	93
94	61	62	63	63	64	65	66	66	67	68	69	69	70	71	72	72	73	74	75	75	76	77	78	78	79	94
95	61	62	63	64	64	65	66	67	67	68	69	70	70	71	72	73	73	74	75	76	76	77	78	79	79	95
96	62	62	63	64	65	65	66	67	68	68	69	70	71	71	72	73	74	74	75	76	77	77	78	79	80	96
97	62	63	63	64	65	66	66	67	68	69	69	70	71	72	72	73	74	75	75	76	77	78	78	79	80	97
98	62	63	64	64	65	66	67	67	68	69	70	70	71	72	73	73	74	75	76	76	77	78	79	79	80	98
99	62	63	64	65	65	66	67	68	68	69	70	71	71	72	73	74	74	75	76	77	77	78	79	80	80	99
100	63	63	64	65	66	66	67	68	69	69	70	71	72	72	73	74	75	75	76	77	78	78	79	80	81	100
	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	

	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	
75	75																										75
76	75	76																									76
77	76	76	77																								77
78	76	77	77	78																							78
79	76	77	78	78	79																						79
80	76	77	78	79	79	80																					80
81	77	77	78	79	80	80	81																				81
82	77	78	78	79	80	81	81	82																			82
83	77	78	79	79	80	81	82	82	83																		83
84	77	78	79	80	80	81	82	83	83	84																	84
85	78	78	79	80	81	81	82	83	84	84	85																85
86	78	79	79	80	81	82	82	83	84	85	85	86															86
87	78	79	80	80	81	82	83	83	84	85	86	86	87														87
88	78	79	80	81	81	82	83	84	84	85	86	87	87	88													88
89	79	79	80	81	82	82	83	84	85	85	86	87	88	88	89												89
90	79	80	80	81	82	83	83	84	85	86	86	87	88	89	89	90											90
91	79	80	81	81	82	83	84	84	85	86	87	87	88	89	90	90	91										91
92	79	80	81	82	82	83	84	85	85	86	87	88	88	89	90	91	91	92									92
93	80	80	81	82	83	83	84	85	86	86	87	88	89	89	90	91	92	92	93								93
94	80	81	81	82	83	84	84	85	86	87	87	88	89	90	90	91	92	93	93	94							94
95	80	81	82	82	83	84	85	85	86	87	88	88	89	90	91	91	92	93	94	94	95						95
96	80	81	82	83	83	84	85	86	86	87	88	89	89	90	91	92	92	93	94	95	95	96					96
97	81	81	82	83	84	84	85	86	87	87	88	89	90	90	91	92	93	93	94	95	96	96	97				97
98	81	82	82	83	84	85	85	86	87	88	88	89	90	91	91	92	93	94	94	95	96	97	97	98			98
99	81	82	83	83	84	85	86	86	87	88	89	89	90	91	92	92	93	94	95	95	96	97	98	98	99		99
100	81	82	83	84	84	85	86	87	87	88	89	90	90	91	92	93	93	94	95	96	96	97	98	99	99	100	
	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	

Taula 2. Conversió de la disfunció visual en percentatge de discapacitat

disfunció visual	discapacitat %	disfunció visual	discapacitat %	disfunció visual	discapacitat %	disfunció visual	discapacitat %
0 - 15	0 - 5	34	22	53	40	72	58
16	6	35	23	54	41	73	59
17	6	36	24	55	42	74	60
18	7	37	25	56	43	75	61
19	8	38	26	57	44	76	62
20	9	39	27	58	45	77	63
21	10	40	28	59	46	78	64
22	11	41	29	60	47	79	65
23	12	42	30	61	48	80	66
24	13	43	31	62	49	81	66
25	14	44	32	63	49	62	67
26	15	45	32	64	50	83	68
27	15	46	33	65	51	84	69
28	16	47	34	66	52	>= 85	75
29	17	48	35	67	53		
30	18	49	36	68	54		
31	19	50	37	69	55		
32	20	51	38	70	56		
33	21	52	39	71	57		

Capítol 13. Oïda, gola i estructures relacionades

En aquest capítol es proporcionen criteris per a la valoració de les discapacitats provocades per pèrdua d'audició, alteracions de l'equilibri i malalties tumorals amb assentament als òrgans ORL.

En primer lloc s'estableixen les normes de caràcter general per a la valoració de la disfunció produïda per aquests trastorns. En segon lloc es determinen els criteris per a l'assignació del percentatge de discapacitat que correspon a cada cas.

Normes de caràcter general per a la valoració de la disfunció originada per pèrdua d'audició, alteració de l'equilibri i patologia tumoral

Pèrdua d'audició

1. Únicament seran objecte de valoració els trastorns permanents de l'audició.

2. El percentatge de disfunció per pèrdua auditiva es basarà en la pèrdua d'audició binaural.

La disminució de l'audició es mesura valorant la pèrdua en decibels a les 4 freqüències en què habitualment es desenvolupa la comunicació humana: 500, 1000, 2000 i 3000 Hz.

3. Quan al pacient li hagi estat aplicat un implant coclear, la valoració de la disfunció es realitzarà de conformitat amb la funció auditiva residual que presenti un cop conclosa la rehabilitació, tenint en compte que el percentatge de discapacitat assignat mai podrà ser inferior al 33 %.

4. La presència d'acufens es valorarà segons els criteris establerts en aquest capítol per a la pèrdua auditiva, si s'acompanyen d'hipoacúsia.

Si no existeix pèrdua auditiva, es valorarà únicament la repercussió psicològica en cas que aquesta existeixi.

5. El percentatge de discapacitat assignat per la disfunció auditiva serà combinat amb el que correspongui a la disfunció del llenguatge, en cas que aquesta existeixi.

Alteracions de l'equilibri

1. Seran objecte de valoració els pacients que presentin sensació vertiginosa acompanyada de signes objectius d'alteració vestibular; el nistagme n'és la dada objectivable fonamental.

2. En les malalties vertiginoses que cursen en crisis, la major o menor freqüència amb què aquestes apareixen condiciona el grau d'interferència en les activitats de la vida diària, per la qual cosa el nombre de crisis s'inclou com a criteri per a l'assignació del percentatge de discapacitat. Aquestes crisis haurien d'estar documentades mèdicament.

3. Amb certa freqüència la patologia vestibular va acompanyada de pèrdua d'audició. En aquests casos, s'hauran de combinar els percentatges de discapacitat originats per cadascuna d'aquestes disfuncions.

Patologia tumoral

1. La valoració de pacients diagnòstics de neoplàsia cervicofacial es realitzarà d'acord amb les normes generals que apareixen en el capítol corresponent a Neoplàsies.

2. El percentatge de discapacitat conseqüent a disfuncions específiques ORL, com per exemple les deglutòries i les derivades de l'existència d'una traqueosto-

mia permanent, s'hauran de combinar amb l'atribuït a Neoplàsia.

Criteris per a l'avaluació de la discapacitat originada per disfunció auditiva

En primer lloc, s'exposen les pautes per a l'estimació de la pèrdua auditiva monoaural, segons el nivell d'audició (taula 1).

En segon lloc, es determinen els criteris per a l'avaluació de la disfunció binaural, expressada en percentatges de pèrdua auditiva (taula 2).

Per últim, s'estableix la correspondència entre la disfunció d'audició i el percentatge de discapacitat originat per aquesta disfunció (taula 3).

Pèrdua d'audició monoaural

No es considerarà pèrdua auditiva quan el llindar d'audició sigui de 25 db o menor. A partir d'aquesta xifra, a cada db de pèrdua se li aplicarà un percentatge de l'1,5% de disminució d'audició; per tant, una hipoacúsia amb un nivell d'audició de 91,7 db es considerarà ja una pèrdua del 100%.

Per a la determinació de la pèrdua d'audició monoaural se sumaran els llinars d'audició en les freqüències 500, 1000, 2000 i 3000, i s'obtindran mitjançant la taula 1 les correspondències, en percentatge, de pèrdua auditiva.

Taula 1. Conversió del nivell estimat d'audició en percentatge de pèrdua auditiva monoaural

SDNA*	%	SDNA*	%	SDNA*	%	SDNA*	%	SDNA*	%
100	0.0	155	20.6	210	41.2	265	61.9	320	82.5
105	1.9	160	22.5	215	43.1	270	63.8	325	84.4
110	3.8	165	24.4	220	45.0	275	65.6	330	86.2
115	5.6	170	26.2	225	46.9	280	67.5	335	88.1
120	7.5	175	28.1	230	48.9	285	69.3	340	90.0
125	9.4	180	30.0	235	50.5	290	71.2	345	90.9
130	11.2	185	31.9	240	52.5	295	73.1	350	93.8
135	13.1	190	33.8	245	54.4	300	75.0	355	95.6
140	15.0	195	35.6	250	56.2	305	76.9	360	97.5
145	16.9	200	37.5	255	58.1	310	78.8	365	99.4
150	18.8	205	39.4	260	60.0	315	80.6	368 o >	100.0

(*) Suma en decibels dels nivells d'audició en les freqüències 500, 1000, 2000 i 3000.

Pèrdua d'audició binaural

Es determinarà per la fórmula següent:

$5 \times (\% \text{ pèrdua a l'oïda millor}) + \% \text{ pèrdua a l'oïda pitjor} / 6$

Derivada d'aquesta fórmula s'obté la taula 2 en què es considera la suma de llindar de les freqüències abans esmentades en la millor i pitjor oïda.

La conversió del percentatge de disfunció auditiva binaural en percentatge de discapacitat s'obtindrà aplicant la taula 3.

Taula 2: Càlcul de la pèrdua auditiva binaural

		Oïda millor																
Oïda pitjor		100	105	110	115	120	125	130	135	140	145	150	155	160	165	170	175	180
		0,0	0,3	1,9	0,6	2,2	3,8	0,9	2,5	4,1	5,6	1,3	2,8	4,4	5,9	7,5	8,4	9,7
100	0,0																	
105	0,3																	
110	1,9																	
115	0,6																	
120	2,2																	
125	3,8																	
130	0,9																	
135	2,5																	
140	4,1																	
145	5,6																	
150	7,5																	
155	8,4																	
160	9,7																	
165	11,2																	
170	13,1																	
175	15,0																	
180	16,9																	
185																		
190																		
195																		
200																		
205																		
210																		
215																		
220																		
225																		
230																		
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																		
368																		
ANSI 1969		100	105	110	115	120	125	130	135	140	145	150	155	160	165	170	175	180

[illegible][illegible]

Taula 3. Correspondència entre la pèrdua d'audició binaural i el percentatge de discapacitat

% pèrdua d'audició binaural	% discapacitat	% pèrdua d'audició binaural	% discapacitat	% pèrdua d'audició binaural	% discapacitat	% pèrdua d'audició binaural	% discapacitat
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

Classe 1: 0 %

Pacient amb clínica compatible amb patologia vestibular sense existència de signes objectius.

Classe 2: 1 a 24 %

El pacient presenta patologia vestibular acompanyada de signes objectius,

i

El grau de menyscabament de la capacitat és lleu i presenta impossibilitat per dur a terme activitats complexes, com ara esports de notables esforç i/o equilibri (per exemple, muntar en bicicleta)

o

Té crisis de vertigen amb una freqüència de 6 - 10 anuals.

Classe 3: 25 a 49 %

El pacient presenta patologia vestibular amb signes objectius,

i

El grau de menyscabament de la capacitat és moderat i presenta dificultats per realitzar activitats fora del domicili (per exemple, gran impediment per creuar el carrer per dificultat en els girs ràpids de cap o dificultat per baixar escales d'inclinació normal)

o

Té crisis vertiginoses amb una freqüència de més d'una al mes.

Classe 4: 50 a 70 %

Existeix evidència de signes objectius de disfunció vestibular,

i

El grau de menyscabament de la capacitat és greu i necessita ajuda per realitzar activitats fins i tot en el seu domicili.

Criteris per a l'assignació del percentatge de discapacitat originat per disfuncions d'origen tumoral

S'assignarà un percentatge de discapacitat del 20% a aquells pacients amb alteració de la deglució que estiguin obligats de forma permanent a la ingesta exclusiva d'aliments líquids o pastosos.

S'assignarà un percentatge de discapacitat del 25% als pacients amb laringectomia total i portadors d'un traqueostoma permanent.

El percentatge de discapacitat secundat a les disfuncions del llenguatge produïdes pel traqueostoma permanent serà assignat seguint els criteris establerts en el capítol corresponent i es combinarà amb el derivat del propi estoma.

Capítol 14. Llenguatge

En aquest capítol es proporcionen criteris per a la valoració de la discapacitat produïda pels trastorns del llenguatge.

En primer lloc s'ofereix una classificació dels trastorns del llenguatge, ja que prèviament a la valoració s'ha de partir d'un diagnòstic que inclogui el pronòstic esperable a cada cas i especifiqui les habilitats conservades i pèrdues en la capacitat de comunicació verbal.

En segon lloc s'estableixen les normes sobre com i en quins supòsits cal realitzar la valoració de cada trastorn específic. Posteriorment es determinen els criteris per a l'assignació del grau de menyscabament de la capacitat per a la comunicació verbal i el seu corresponent percentatge (taules 1 a 5).

Quan en un mateix pacient coexisteixin limitacions a diversos nivells (llenguatge, parla, veu) serà necessari simultaniejar l'ús de diverses taules per orientar i facilitar la valoració. Això no obstant, al final només caldrà que existeixi una única valoració de limitació per a la comunicació ocasionada pel conjunt de disfuncions que presenti un subjecte.

Entre les possibilitats de presentació simultània, pot donar-se el cas que coexisteixi una alteració de l'articulació amb una altra de la veu, i pot tenir un ori-

gen comú o obeir a distinta etiologia (exemple: disfonia postintubació associada a disàrtria per traumatisme craneoencefàlic). Aquests casos queden millor definits seguint la taula de trastorns de l'articulació.

En el cas d'afàsies que s'associen a trastorns de la veu o articulació, l'eix de la valoració ha de centrar-se en el quadre afàsic.

Per últim, a la taula 6, s'estableix la conversió de la discapacitat per a la comunicació verbal en discapacitat global de la persona.

Classificació dels trastorns del llenguatge/parla/veu

1. Trastorns del desenvolupament del llenguatge

- 1.1. Primaris:
 - Dislàlia funcional
 - Retard de la parla (lleu, moderat)
 - Retard del llenguatge (lleu, moderat)
 - Disfàsia (receptiva i/o expressiva)

- 1.2. Secundaris a:
 - Hipoacúsia
 - Retard mental
 - Alteració psiquiàtrica
 - Alteració neurològica (disàrtria del desenvolupament)
 - Alteració morfològica (disglòssia)

2. Trastorns del llenguatge establert

- 2.1. Afàsies (de l'adult o infantils)
- 2.2. Hipoacúsies postlocutives
- 2.3. Associats a síndromes psiquiàtrics
- 2.4. Associats a deteriorament neuropsicològic (demències)

3. Trastorns que afecten la parla o la veu

- 3.1. Disfonies
- 3.2. Disfèmies
- 3.3. Disàrtries de l'adult

Normes per a la valoració de la discapacitat produïda pels trastorns primaris del desenvolupament del llenguatge

Dislàlia

En aquest trastorn es presenta una alteració en l'emissió d'un fonema o grups de fonemes aïllats (exemple: rotacisme).

És de caràcter lleu i pronòstic favorable, tot i que serà convenient la seva rehabilitació si se superen edats considerades límit per a l'adquisició espontània i correcta de cada fonema. Per això, la primera exploració no es farà fins a l'edat de cinc anys.

No es considera causa de discapacitat permanent del llenguatge, per la qual cosa un cop s'hagi confirmat aquest diagnòstic, "dislàlia funcional", no caldran noves avaluacions.

Retard lleu de la parla

En aquest trastorn s'observa un lleuger retard en l'adquisició o maduració del codi fonològic. El patró d'errors de la parla mostra una escassa desviació respecte a la normalitat.

La primera exploració pot fer-se després dels tres o quatre anys d'edat i s'ha de confirmar als sis mesos d'aquesta.

Acostuma a remetre totalment entre els sis i set anys. El seu pronòstic és favorable i la seva recuperació, fins i tot sense intervenció terapèutica, és completa, per la qual cosa no es considera que causi discapacitat permanent del llenguatge.

Retard moderat de la parla

En aquest cas el patró d'errors de la parla (fonològics i/o fonètics) són clarament patològics i l'evolució està lligada al tractament rehabilitador.

La primera exploració pot fer-se després dels tres o quatre anys i s'ha de confirmar als sis mesos d'aquesta.

La intel·ligibilitat de la parla estarà marcadament limitada en edats primerenques, però és un trastorn transitori.

En alguns casos, dins d'aquesta categoria diagnòstica, pot arribar-se a una

discapacitat lleu però permanent de la capacitat oral, si coexisteixen altres factors.

Aquesta valoració seria provisional i caldria revisar-la fins als set anys d'edat, en què el nen haurà superat les dificultats més rellevants, tot i que poden persistir escassos errors de la parla, sense gran repercussió sobre la intel·ligibilitat o eficiència funcional de l'expressió oral.

La valoració de les possibles encara que poc probables seqüeles permanents d'un retard moderat de la parla haurà d'efectuar-se de forma definitiva a partir dels 14 anys.

Retard lleu del llenguatge

El retard diagnosticat com a lleu suposa un retard en l'adquisició de l'habilitat comprensiva o expressiva, tenint en compte la que correspondria per l'edat.

El seu pronòstic és bo i acostuma a haver-hi una resolució íntegra sense seqüeles.

La primera exploració s'ha de fer a l'edat més primerenca possible a fi d'instaurar un precoç tractament, tot i que s'ha de confirmar el diagnòstic als sis mesos de la primera valoració.

Retard moderat del llenguatge

Són significatius, sistemàtics i patològics els errors, i limiten la capacitat receptiva i/o expressiva. En el cas d'estar afectades les dues vessants, la limitació en el desenvolupament de les habilitats lingüístiques és més acusada i implica una major limitació en la comunicació, i es pot afectar secundàriament el desenvolupament cognitiu, afectiu i social del nen. Per evitar seqüeles importants, cal establir un tractament aviat.

En funció del nivell especialment afectat, es distingeixen diferents subgrups: fonològic, sintàctic, mixt, semàntic - pragmàtic o lèxic - sintàctic.

La primera exploració s'haurà de fer com abans millor i s'haurà de confirmar el diagnòstic als sis mesos de la primera exploració.

Hi pot haver remissió total o parcial als set anys, però la valoració de les

seqüeles definitives s'haurà de fer a partir dels catorze.

Disfàsia

El terme "disfàsia", dins del marc dels trastorns del desenvolupament del llenguatge, designa els retards més greus i duradors que de forma sistemàtica, per la seva mala evolució, determinen una limitació permanent en el desenvolupament cognitiu i en la capacitat per adquirir i manejar altres codis lingüístics (llenguatge lectoes-crit).

Amb referència a aquest trastorn, es parla de disfunció en els mecanismes o sistemes cerebrals implicats en la comprensió, elaboració i producció del llenguatge.

En la disfàsia receptiva-expressiva, el trastorn primari rau en la dificultat per a la descodificació del missatge verbal que acostuma a acompanyar-se d'una disfunció equivalent en l'expressió. En la disfàsia expressiva, la dificultat rau en una alteració dels mecanismes implicats en la codificació i la comprensió es troba preservada almenys parcialment.

Depenent del nivell afectat es poden distingir diferents subtipus: fonològic - sintàctic mixt, semàntic - pragmàtic o lèxic - sintàctic. Encara que no siguin exactament trastorns disfàsics, incloem aquí per la seva gravetat extrema l'agnòsia auditiva-verbal i l'apràxia de la parla. En el primer cas, el procés alterat és la descodificació fonològica i en el segon la programació fonològica i codificació del programa motor que sustenta la parla.

En moltes ocasions, el nen disfàsic té un primer diagnòstic de retard moderat o greu del llenguatge i es retarda fins als cinc o set anys la confirmació de disfàsia.

Les seqüeles permanents derivades d'aquest trastorn s'han de valorar a partir dels catorze anys.

Afàsia infantil

Per definir, diagnosticar o valorar aquesta patologia hem de basar-nos en l'existència prèvia de llenguatge abans de produir-se el procés patològic. És un trastorn del llenguatge consecutiu a una afecció objectiva de

l'SNC i produït en un subjecte que ja havia adquirit un cert nivell de comprensió i expressió verbal.

L'evolució de l'afàsia en el nen depèn de l'edat en què apareix:

Si s'inicia entre els 18 mesos i els tres anys, desapareix tota resta del sistema lingüístic. La recuperació és igual a l'evolució normal del llenguatge però més de pressa. Entre els 3 i 4 anys, el desordre afàsic és ràpidament reabsorbit. Entre els 4 i 10 el quadre clínic és pròpiament el de l'afàsia del nen, amb característiques pròpies que la diferencien de l'adult i només desapareix progressivament. Si s'inicia als 10 anys, les característiques són semblants a les de l'adult i tenen una línia de recuperació semblant.

La valoració es farà seguint els criteris de trastorns del desenvolupament del llenguatge fins a l'edat de 10 anys (taula 1). Si el quadre s'inicia amb posterioritat, s'aplicaran els criteris d'afàsia en l'adult (taula 2).

Normes per a la valoració dels trastorns secundaris del desenvolupament del llenguatge

Secundari a Hipoacúsia

La gravetat del trastorn dependrà dels factors següents:

- A) Nivell de pèrdua auditiva
- B) Edat d'aparició de la sordesa

Es diferencien tres tipus de sordesa en funció de l'edat d'aparició: són *prelocutives* quan s'inicien abans del desenvolupament del llenguatge, és a dir, abans dels dos anys d'edat. *Perilocutives* quan s'inicien durant el desenvolupament del llenguatge, entre els dos i els cinc o sis anys. Serien *postlocutives* les sordeses que s'inicien després de la consolidació del llenguatge, després dels sis anys d'edat.

Dins de les *prelocutives* hem de distingir igualment les congènites de les adquirides, ja que s'observen diferències en l'evolució del deficient auditiu, segons hagi tingut o no experiència auditiva abans dels dos anys.

En general, l'inici tardà de la hipoacúsia i l'existència de restes auditives

aprofitables durant els primers anys marcan diferències molt importants en l'evolució.

C) Diagnòstic precoç i tractament instaurat

El diagnòstic precoç i la instauració d'un tractament protèsic, rehabilitador i educatiu adequats milloren notablement el pronòstic. Caldrà instaurar-se un tractament que permeti al nen accedir com abans millor a un codi lingüístic (oral o gestual), i valorar la possibilitat d'aplicar ajudes protèsiques convencionals o implants coclears.

D) Nivell intel·lectual i existència d'altres disfuncions associades

E) Entorn sociofamiliar i comunicatiu

Arran de la influència de tantes variables, és impossible considerar de forma global i indiferenciada la valoració de la discapacitat comunicativa associada a hipoacúsies, per la qual cosa es farà individualitzadament.

La discapacitat derivada del deficient desenvolupament auditiu haurà de combinar-se amb l'originada per la hipoacúsia.

Encara que la confirmació diagnòstica de la sordesa es pugui fer aviat, la determinació del nivell de pèrdua auditiva i l'aprofitament protèsic requereix un temps evolutiu. Per consegüent, abans dels catorze anys, les valoracions seran provisionals. Després d'aquesta edat, podem considerar que les repercussions en l'expressió oral o escrita d'una hipoacúsia són definitives o seqüeles estables.

L'evolució més freqüent d'una sordesa profunda prelocutiva és cap a una discapacitat del desenvolupament del llenguatge de graus III, IV o V. Tot i així, aquesta dada és només orientativa i cal aplicar en cada cas els criteris exposats a la taula 1.

La valoració de la discapacitat per a la comunicació verbal en sordeses postlocutives de l'adult es farà aplicant els criteris descrits a la taula 3.

A la discapacitat derivada pel deficient desenvolupament lingüístic haurà de combinar-se la derivada de la hipoacúsia.

Secundari a retard mental

Atès que en barems de retard mental s'ha tingut en compte el nivell d'eficiència lingüística per incloure a la persona en una o altra classe valorativa, no s'hauran de combinar els trastorns del desenvolupament del llenguatge que es donin en el marc d'un retard mental.

Secundari a trastorn psiquiàtric

Es valorarà segons els criteris del capítol dedicat a la valoració dels trastorns mentals.

Secundari a alteració neurològica (encefalopatia): Disàrtria del desenvolupament

En les encefalopaties poden presentar-se alteracions motòriques, cognitives o intel·lectives, auditives, etc., i poden influir cadascuna d'elles en el desenvolupament del llenguatge. Per això, la possible associació de diferents complicacions mostra una gran variabilitat d'uns pacients a altres i cal efectuar la valoració de forma individualitzada.

El percentatge de discapacitat originada per disfuncions del llenguatge es combinarà amb el derivat d'altres disfuncions neurològiques si n'hi hagués, seguint els criteris descrits en el capítol corresponent a Sistema Nerviós.

Quan l'encefalopatia afecta exclusivament a nivell motor, trobarem un llenguatge disàrtric. En el nen la disàrtria adquireix una major rellevància, per això s'utilitza el terme específic "disàrtria del desenvolupament". En alguns casos i a nivell de llenguatge, aquest pot ser l'únic símptoma, però el més habitual és que s'associï a un retard secundari del desenvolupament del llenguatge.

La valoració de la discapacitat derivada de la disàrtria en el nen s'efectuarà aplicant la taula de trastorns del desenvolupament del llenguatge (taula 1).

Si l'expressió clínica de l'encefalopatia cursa amb retard mental, la valoració es farà de forma global aplicant els criteris descrits en els capítols corresponents.

En el cas que la valoració es dugui a terme en un adult, amb només trastorn de la parla secundari a una encefalo-

patia perinatal, s'aplicaran les taules de valoració de trastorns de la parla-articulació (taula 5).

Si en l'adult hi hagués evidència de trastorn de la parla i llenguatge com a conseqüència d'una encefalopatia perinatal, s'aplicarà la taula de trastorn del desenvolupament (taula 1).

Com en el nen és difícil discernir si darrera d'un mateix error d'articulació es troba una lesió neurològica (disàrtria) o només un retard en l'adquisició d'habilitats motrius necessàries per produir un so, la primera avaluació de la discapacitat per trastorn disàrtric s'efectuarà a partir dels sis anys d'edat i es confirmarà el diagnòstic als sis mesos d'aquesta. Aquesta primera avaluació serà provisional i caldrà esperar fins als 14 anys per valorar les seqüeles permanents.

Secundari a alteració morfològica: disglòssia

Les disglòssies són alteracions de la parla o en el seu cas del llenguatge, secundàries a alteracions morfològiques d'òrgans articularis. Tenint en compte les tècniques actuals, la majoria dels casos milloraran després del tractament quirúrgic i rehabilitador.

Cada malformació o deformitat (llavi leporí, fissura palatina, fissura submucosa, vel curt, maloclusions dentàries), determinarà una alteració fonètica.

Quan la patologia morfològica és rellevant, d'inici pre o perlocutiu i sense un tractament correcte, hi pot haver repercussió a nivell fonològic, i es pot unir al trastorn fonètic un possible retard de la parla.

Llenguatge

Únicament en malformacions greus i no tractades o quan s'afegeixen altres factors individuals o socials, podria afectar-se el desenvolupament del llenguatge, amb repercussions a nivell sintàctic, semàntic o pragmàtic. En aquest cas, hauríem de considerar el trastorn de la parla i del llenguatge per a la valoració de la discapacitat.

Per a l'avaluació en adults, s'aplicaran els criteris descrits a la taula 5. En el cas dels nens s'avaluarà el trastorn segons els criteris assenyalats en trastorns del

desenvolupament del llenguatge (taula 1).

Com a cas particular, en un pacient adult amb disglòssia que, de forma altament improbable (només per associació de factors limitants), presenti limitació en el seu desenvolupament lingüístic, caldria aplicar els criteris de valoració del desenvolupament del llenguatge.

Sempre caldria considerar si s'han pres totes les mesures terapèutiques i rehabilitadores abans d'efectuar una valoració de discapacitat permanent.

Trastorn del llenguatge escrit

Es considera que la limitació de la lectoescriptura forma part del trastorn del llenguatge i pot ser seqüela de retards en el desenvolupament del llenguatge o disfàxies. En considerar-se un símptoma dins d'una síndrome, no requerirà valoració específica.

Els trastorns adquirits del llenguatge escrit acostumen a acompanyar les afàxies i es valoren com a trastorns del llenguatge establert

Normes per a la valoració dels trastorns del llenguatge establert

Afàxies

L'afàsia és un trastorn del llenguatge, com a forma de la funció simbòlica, que pot afectar tant a l'expressió com a la comprensió verbal o gràfica (lectoescriptura). La valoració de la discapacitat lingüística se sustentará en els resultats obtinguts en les diferents proves aplicades per al diagnòstic de l'afàsia.

Les àrees bàsiques sotmeses a la valoració en un pacient afàsic són: expressió oral, comprensió oral, comprensió del llenguatge escrit i escriptura. Les àrees explorades hauran de ser les següents: (1) fluïdesa; (2) comprensió auditiva; (3) denominació; (4) repetició; (5) parla automatitzada; (6) lectura i escriptura. A través d'aquesta exploració, caldrà identificar la forma clínica de l'afàsia.

La valoració només es considerarà definitiva a l'any d'haver-se instaurat el quadre afàsic, excepte en pacients ma-

jors de 65 anys, en què pot establir-se la discapacitat permanent als tres mesos.

Qualsevol pacient afectat d'una lesió cerebral (traumàtica, vascular, tumoral, etc.), pot manifestar alteracions de conducta o alteracions de les activitats mentals superiors, per la qual cosa haurà de ser explorat en aquest sentit.

En el cas de trastorns afàsics secundaris a traumatismes cranioencefàlics, processos vasculars, tumors, etc., en què l'alteració afàsica és el nucli del problema, serà necessari combinar aquesta discapacitat a altres possibles discapacitats neurològiques, segons les normes exposades en el capítol del Sistema Nerviós.

Els quadres afàsics poden formar part d'una síndrome de deteriorament neuropsicològic; en aquest cas la valoració de la discapacitat haurà d'establir-se sobre la base del trastorn de què forma part. En aquests casos, les taules de valoració dels trastorns afàsics seran només orientatives.

Sordesa postlocutiva

Tot i que el període sensible per al desenvolupament del llenguatge se situa entorn dels cinc anys, considerarem que la sordesa profunda postlocutiva apareguda abans dels catorze anys es valorarà seguint els criteris de trastorn del desenvolupament del llenguatge, com a sordesa pre o perilocutiva (taula 1). Per sobre d'aquesta edat s'aplicarà la taula 3.

La valoració es farà sempre de forma individualitzada, ja que cada pacient té una pròpia adaptació a la seva sordesa i aquesta té una repercussió diferent sobre la capacitat de comunicació.

Trastorns del llenguatge associats a síndromes psiquiàtrics o neuropsicològics (demències)

En aquests casos la valoració es farà segons els criteris del capítol "Malaltia mental".

Normes per a la valoració de la discapacitat per trastorns que afecten la parla o la veu

Disfonies

Es parla de disfonia quan únicament es troben alterades les característiques acústiques de la veu: intensitat, to o timbre. La manca total d'emissió vocal sonora es denomina afonia. Poden ser orgàniques, funcionals o psicògenes. No seran valorables aquelles disfonies hiperfuncionals aïllades de caràcter mecànic, per mala tècnica vocal.

Dins de les disfonies orgàniques, les limitacions més greus són les derivades de laringectomies totals o parcials. La discapacitat no depèn únicament de la lesió, sinó dels tractaments pal·liatius: erigimofonia, fistules fonatòries, utilització de mitjans tècnics pal·liatius (electrolaringe), que hauran d'haver estat utilitzats abans de realitzar la valoració de discapacitat permanent. La discapacitat per a la comunicació verbal haurà de combinar-se amb la valoració otorrinolaringològica.

Entre les disfonies psicògenes, mereix especial menció la "disfonia espàstica", especialment resistent al tractament. En casos avançats de la malaltia, el pacient emet les paraules amb gran esforç i dificultat i la veu arriba a ser molt dèbil o àfona.

Un cop considerats aquests trastorns com a permanents i s'hagin aplicat les mesures terapèutiques i rehabilitadores, la discapacitat que derivi es valorarà segons els criteris especificats a la taula 4.

Trastorns de la fluïdesa: disfèmia/tartamudesa

Per considerar que un subjecte pateix aquest trastorn, hauran de coexistir tres aspectes juntament amb la manca de fluïdesa: tensió muscular excessiva durant la parla i ritme respiratori inadequat; ansietat davant certes situacions de comunicació social i expectativa negativa del subjecte tartamut davant de la seva habilitat en la dicció. Se sumen doncs factors fisiològics, psicològics i situacionals.

Per tant, per valorar la tartamudesa caldrà atendre a diversos nivells: fluï-

desa, tensió muscular i actitud davant la comunicació.

No caldrà abordar la valoració de la discapacitat associada a la tartamudesa abans dels 14 anys.

Prèviament a la valoració hauran d'haver-se exhaurit totes les mesures terapèutiques.

Atès que la consciència del trastorn i la valoració negativa de la dicció poden tenir una repercussió negativa (diagnosogènia), caldrà consultar amb l'especialista la possible repercussió negativa de la valoració del trastorn com a una discapacitat.

Si la tartamudesa forma part de malalties neurològiques que cursen amb disàrtria o afàsia, limitació intel·lectual o trastorn del desenvolupament del llenguatge, la valoració es farà seguint els criteris d'aquests apartats.

La valoració de la disfèmia/tartamudesa es farà seguint els criteris descrits a la taula 5 (parla-articulació). En el cas de tartamudesa molt greu, s'assignaria una discapacitat de grau II b (24-35%) de discapacitat per a la CV.

Disàrtries i disglòssies de l'adult

Les disàrtries són alteracions de la parla a causa de trastorns del control neuromuscular dels mecanismes d'expressió del llenguatge. La lesió pot per tant estar a nivell de l'SNC, Sistema nerviós perifèric o al propi múscle.

La valoració de la disàrtria estarà lligada al caràcter de la lesió neuromuscular que la va originar. Així, en lesions no evolutives: seqüeles de TCE, seqüeles d'ACVA, etc., podrà fer-se una valoració provisional un cop passada la fase aguda, però la valoració definitiva s'efectuarà després d'un any d'evolució.

Això no obstant, les disàrtries secundàries a malalties neurològiques progressives o degeneratives (esclerosi múltiple, ELA, Parkinson, etc.) exigeixen una avaluació periòdica o després de cada nou episodi de reagudització.

En tots aquests casos en què el trastorn del llenguatge sigui un símptoma més dins d'una síndrome neurològica, la valoració es farà segons allò que especifiquem en el capítol de Sistema Nerviós.

El tractament rehabilitador en les disàrtries només compensa parcialment, i pot ser suficient la seva aplicació durant sis mesos per procedir a la valoració de discapacitat permanent.

La valoració es farà seguint els criteris de la taula 5 (parla-articulació).

Disglòssies

Són alteracions en la producció de fonemes per alteració morfològica dels òrgans articuladoris o òrgans perifèrics de la parla. Encara que siguin previsibles les dificultats fonètiques/articulatòries que deriven d'un trastorn anatòmic, cal tenir en compte les possibilitats d'adaptació funcional de cada pacient, per la qual cosa la valoració s'efectuarà individualitzadament i no només seguint la lesió.

Tenint en compte que les alteracions de la parla en les disglòssies estan determinades exclusivament per la deformitat o absència d'òrgans articuladoris, el tractament quirúrgic és quasi sempre una solució eficaç. Per això, per procedir a la valoració caldrà haver exhaurit les mesures quirúrgiques, protèsiques i rehabilitadores.

Les disglòssies que incideixin durant el desenvolupament del llenguatge poden alterar-ne el procés d'adquisició, per la qual cosa hauran de valorar-se com a trastorn del desenvolupament del llenguatge (taula 1).

Les disglòssies més greus actualment són les degudes a processos tumorals que exigeixen àmplies reseccions quirúrgiques. En aquests casos, aquesta discapacitat es combinarà amb les coexistents pròpies del procés tumoral.

La valoració de la discapacitat secundària a disglòssies es farà seguint els criteris que s'exposen a la taula 5.

Criteris per a l'assignació del grau de discapacitat

Taula 1. Graus de discapacitat per a la comunicació verbal en els trastorns del desenvolupament del llenguatge

La valoració es farà segons la definició dels graus de discapacitat següents, i s'adjudicarà el percentatge que s'especifica per a cadascun d'ells. L'esmentat percentatge correspon al de discapacitat per a la comunicació verbal i s'ha de traslladar al corresponent global de la persona:

Grau I: mínima limitació per comprendre o expressar-se:

Discapacitat per a la comunicació verbal de 0 a 14%

"El pacient pot resoldre la demanda de la vida diària per comprendre o expressar-se. Ocasionalment pot presentar errors en l'articulació, lleu limitació en la precisió del vocable o la sintaxi, o lleu dificultat de comprensió d'expressions més complexes. No hi ha limitació en la intel·ligibilitat."

Grau II: moderada limitació per comprendre o expressar-se:

Discapacitat per a la comunicació verbal de 15 a 34 %

"El pacient pot resoldre la demanda de la vida diària per comprendre i expressar-se. Alguns cops pot presentar errors en l'articulació, lleu limitació en la precisió del vocable o la sintaxi, o lleu dificultat de comprensió d'expressions complexes, i evidenciar-se discontinuïtat, dubte, lentitud o dificultat. La parla (si s'assenta aquí la dificultat), pot ser intel·ligible per a estranys en temes descontextualitzats."

Grau III: severa limitació per comprendre o expressar-se:

Discapacitat per a la comunicació verbal de 35 a 59%

"Pot resoldre amb poca ajuda o sense ella la pràctica totalitat de les situacions de la vida, però els errors fonològics i/o fonètics, o la reducció sintàctica i/o semàntica determinen una dificultat òbvia per referir-se a temes específics. La parla (si s'assenta aquí la seva dificultat) és intel·ligible per a estranys i fins i tot per a persones properes en temes fora de context.

Si el llenguatge és gestual, pot comunicar-se en l'entorn lingüístic que li és afí, però troba dificultats rellevants per comunicar-se en mitjans exclusius de llenguatge oral."

Grau IV: greu limitació per comprendre o expressar-se:

Discapacitat per a la comunicació verbal de 60 a 84 %

"El pacient pot, amb ajuda i certa limitació, resoldre les situacions de la vida normal, però els errors fonològics, fonètics, sintàctics o semàntics, determinen una dificultat marcada per referir-se a temes específics. Hi ha fracassos freqüents en intentar expressar una idea i per això depèn en gran mesura de l'oient. La parla (si s'assenta aquí la seva dificultat), és intel·ligible per a estranys o fins i tot difícil d'entendre per a persones properes en temes col·loquials.

Si aquest fos el problema, pot no ajustar-se a la situació comunicativa, usar estereotípies o repeticions ecològiques i expressar idees sense relació amb el context, només per mantenir la comunicació.

Si utilitza el gest, només li serveix per referir-se a aspectes concrets estretament lligats al context en l'entorn lingüístic que li és afí."

Grau V: total limitació per comprendre o expressar-se:

Discapacitat per a la comunicació verbal de 85 a 100 %

"Existeix una completa limitació per comprendre o expressar-se en la vida normal, tant a nivell oral com gestual. La comunicació, si s'efectua, és només a partir d'expressions incompletes o intel·ligibles, que obliguen a l'oient a inferir o extreure el contingut comunicatiu a partir de preguntes contínues, i de vegades ho ha d'endevinar. Pot no ajustar-se en absolut a la situació comunicativa, fins i tot encara que pugui reproduir a la perfecció frases o seqüències de parla aparentment complexes."

Taula 2. Graus de discapacitat per a la comunicació verbal secundaris a afàsies:

Grau I o mínima limitació per comprendre o expressar-se:

Discapacitat per a la comunicació verbal de 0 a 14 %

Mínims deterioraments observables a la parla.

Ocasionalment manifesta lleus alteracions a l'articulació, vocables poc precisos, lleugeres alteracions de la sintaxi o lleu dificultat de comprensió d'expressions complexes.

El pacient pot presentar dificultats subjectives no evidents per a l'oient.

L'escriptura pot estar deformada però és llegible. L'organització del relat escrit es limita a diverses idees descriptives connexes amb frases identificables, encara que amb errors gramaticals i paragràfics.

Mostra dificultats per a la comprensió d'oracions o textos de relativa complexitat integrats per almenys dues frases compostes menys complexes (juxtaposades i copulatives).

Grau II o moderada limitació per comprendre o expressar-se:

Discapacitat per a la comunicació verbal de 15 a 34 %

Hi ha alguna pèrdua evident en la fluïdesa de la parla o facilitat de comprensió, sense limitació significativa de les idees expressades o la seva forma d'expressió.

Té dificultats per trobar el mot adequat, fa un discurs imprecís, presenta de vegades una articulació lenta, maldestra i distorsionada.

De vegades, les dificultats de comprensió es fan patents.

Tots els problemes que es presenten poden ser compensats amb l'ajuda de l'interlocutor i les diferents estratègies utilitzades pel pacient.

L'escriptura es limita a una o més frases en què s'observa una combinació de paraules formant un nucli sintàctic, o aconsegueix una llista extensa (cinc o més) de paraules de significat (substantiu i verbs).

Mostra dificultats per a la comprensió en lectura d'oracions simples.

Grau III o severa limitació per comprendre o expressar-se:

Discapacitat per a la comunicació verbal de 35 a 59 %

El pacient pot referir-se a tots els problemes de la vida diària amb molt poca ajuda o sense ella, tanmateix la reducció de la parla i/o la comprensió fan extremadament difícil o impossible la conversació sobre cert tipus de temes. Qualsevulla conversació que s'allunyi de temes familiars o molt contextualitzats serà impossible de mantenir.

La comunicació està severament alterada amb interlocutors no familiaritzats amb la seva problemàtica.

La grafia no és gaire llegible i l'escriptura es limita a paraules mal deletrejades, aïllades i sense estructuració a la frase, però s'identifiquen un o més substantius o verbs.

Mostra dificultats per a la comprensió de lectura de paraules aïllades (associació paraula - imatge).

Grau IV o greu limitació per comprendre o expressar-se:

Discapacitat per a la comunicació verbal de 60 a 84 %

El pacient pot, amb l'ajuda de l'examinador, mantenir una conversació sobre temes familiars.

Hi ha freqüent fracàs en intentar expressar una idea, però comparteix el pes de la comunicació amb l'examinador.

El seu llenguatge pot estar reduït a paraules aïllades mal emeses, bé per problemes articularis o per l'existència de parafràxies que poden donar lloc a un argot.

La comprensió en aquests casos està molt limitada i es redueix a tasques de designació i comprensió d'ordres d'un element.

Total limitació per comprendre o expressar missatges escrits.

Grau V o total limitació per comprendre o expressar-se:

Discapacitat global de la persona 75 %

La comunicació s'efectua totalment a partir d'expressions incompletes; necessitat d'inferència, preguntes i endevinació per part de l'oient. El cabal d'informació que pot intercanviar-se és mínim i el pes recau sobre l'oient.

En ocasions absència total de parla o producció d'estereotípies verbals. En altres casos es dona un argot logorreic amb nul·la comprensió auditiva. El pacient és incapaç de realitzar ordres senzilles o designar parts del cos, objectes o imatges.

Taula 3. Graus de discapacitat per a la comunicació verbal en sordeses postlocutives de l'adult

Grau I o mínima limitació per a la recepció - articulació:

Discapacitat per a la comunicació verbal de 0 a 11%

El pacient és capaç d'expressar amb claredat i de comprendre els missatges a la majoria de les situacions normals de comunicació de cada dia amb llenguatge oral. La parla pot presentar lleus alteracions a l'articulació o a la prosòdia, però no arriba a determinar limitacions rellevants a la intel·ligibilitat. Aprofita l'ajuda protèsica convencional i pot mantenir una conversació amb propis i estranys si es té en compte el seu problema.

Grau II A o moderada limitació per a la recepció - articulació:

Discapacitat per a la comunicació verbal de 12 a 23 %

El pacient és capaç d'expressar amb claredat i de comprendre els missatges en moltes de les situacions normals de comunicació de cada dia amb el llenguatge oral. La parla pot presentar alteracions a l'articulació i a la prosòdia, però no arriben a determinar limitacions rellevants a la intel·ligibilitat. Complementa amb lectura labial i altres estratègies de tal manera que és capaç de mantenir amb esforç una conversació amb propis i estranys sobre temes coneguts, sempre que el parlant tingui en compte el seu problema.

Grau II B o severa limitació per a la recepció - articulació:

Discapacitat per a la comunicació verbal de 24 a 35 %

El pacient pot expressar amb claredat i comprendre els missatges en algunes de les situacions normals de cada dia amb llenguatge oral o gestual. La parla presenta alteracions a l'articulació i a la prosòdia que dificulten lleument la intel·ligibilitat.

Si utilitza implant coclear, li permet mantenir una conversació amb persones conegudes en ambients adequats que tinguin en compte la seva limitació.

Si el seu llenguatge és gestual, pot comunicar-se plenament en l'entorn lingüístic que li és afí, però troba dificultats rellevants per comunicar-se en mitjans exclusius de llenguatge oral.

Grau III A o greu limitació per a la recepció - articulació:

Discapacitat per a la comunicació verbal de 36 a 47 %

Pot expressar i comprendre els missatges en poques situacions normals de comunicació de cada dia amb llenguatge oral o gestual. La parla presenta alteracions a l'articulació i la prosòdia que dificulten de forma rellevant la intel·ligibilitat en circumstàncies desfavorables.

Si utilitza un implant coclear, li permet amb dificultat i de forma limitada mantenir una conversació amb persones conegudes en un ambient adequat, amb el suport de la lectura labial, sobre temes coneguts i sempre que es tingui en compte la seva limitació.

Si el seu llenguatge és gestual, pot comunicar-se amb limitacions en l'entorn lingüístic que li és afí, però troba dificultats greus per comunicar-se en mitjans exclusius de llenguatge oral.

Grau III B o molt greu limitació per a la recepció - articulació:

Discapacitat per a la comunicació verbal de 48 a 59 %

El pacient no és capaç d'expressar amb claredat i de comprendre els missatges en cap de les situacions normals de comunicació de cada dia, amb llenguatge oral o gestual. No és possible aconseguir un mínim rendiment del tractament protèsic i el pacient, si utilitza el gest en la seva comunicació, només li serveix per referir-se a aspectes concrets estretament lligats al context en l'entorn lingüístic que li és afí.

Taula 4. Graus de discapacitat secundaris a trastorns de la veu

Grau I o limitació mínima:

Discapacitat per a la comunicació verbal de 0 a 11%

Ronquera, monotonía, etc., que no limita l'eficàcia de l'emissió vocal per a la comunicació.

Pot ser que exigeixi esforç.

Grau II A o limitació moderada:

Discapacitat per a la comunicació verbal de 12 a 23 %

Fatiga fàcil, veu sempre alterada.

Especial dificultat en ambients sorollosos comuns.

Bona intel·ligibilitat en un ambient adequat.

Temps de fonació menor de 5 segons.

Grau II B o limitació severa:

Discapacitat per a la comunicació verbal de 24 a 35 %

No pot fer-se escoltar en ambients sorollosos.

Pot amb dificultat fer-se escoltar en ambients normals, curts períodes de temps.

La veu erigmofoànica o altres mètodes tècnics alternatius permeten una emissió eficaç. (Cal tenir en compte que al pacient laringectomitzat que usa erigmofoànica o altres tècniques alternatives, caldrà combinar amb aquesta altres discapacitats que derivin de la seva disfunció laríngea i al traqueostoma, segons criteris descrits en el capítol ORL).

Grau III A o limitació greu:

Discapacitat per a la comunicació verbal de 36 a 47 %

Veu sempre àfona, mig nuada i amb esforç.

Temps de fonació d'un o dos segons que no permet gairebé emissió fins i tot àfona de paraules aïllades.

La veu erigmofoànica o altres mètodes alternatius no compensen gairebé la limitació, i només poden emetre paraules aïllades amb soroll i esforç.

Grau III B o molt greu:

Discapacitat per a la comunicació verbal de 48 a 59 %

No pot emetre cap so articulat sonor. (Seria el cas d'un pacient amb laringectomia total que no aconsegueix emissió erigmofoànica de monosíl·labs i no pot utilitzar electrolaringe per empastament i edemes de teixits cervicals).

Taula 5. Graus de discapacitat secundaris a trastorns de la parla - articulació

Grau I o mínima limitació:

Discapacitat per a la comunicació verbal de 0 a 11%

Pot executar la majoria dels actes articularis necessaris per a la comunicació oral de cada dia amb la suficient intensitat, claredat, velocitat i facilitat, encara que li pugui significar un cert esforç o pugui tenir dificultats per produir algunes unitats fonètiques o mantenir una velocitat eficaç. En ocasions l'oient pot precisar que el pacient repeteixi.

Grau II A o limitació moderada:

Discapacitat per a la comunicació verbal de 12 a 23 %

Pot executar molts dels actes articularis necessaris per a la comunicació oral de cada dia amb la suficient intensitat, claredat, velocitat i facilitat encara que la parla és quasi contínuament dèbil, imprecisa, lenta o interrompuda de tal manera que es fa difícil la intel·ligibilitat en els ambients sorollosos comuns en la vida normal (estacions, restaurants, trens, vehicles, etc.). L'entenen els propis i estranys en ambients normals (conversacions en grups no nombrosos, conversacions reposades i en entorns sense soroll excessiu).

Grau II B o limitació severa:

Discapacitat per a la comunicació verbal de 24 a 35 %

Pot executar alguns dels actes articularis necessaris per a la comunicació oral de cada dia amb la suficient intensitat, claredat, velocitat i facilitat encara que tenen considerables dificultats per fer-se entendre en ambients sorollosos, es cansa ràpidament i no pot gairebé mantenir una articulació fluïda, audible i intel·ligible breus períodes de temps. Pot conversar amb persones conegudes però els estranys l'entenen amb dificultat fins i tot en ambients normals.

Grau III A o limitació greu:

Discapacitat per a la comunicació verbal de 36 a 47 %

Pot executar pocs dels actes articularis necessaris per a la comunicació oral de cada dia amb la suficient intensitat, claredat, velocitat i facilitat. Només pot emetre paraules aïllades o frases curtes o la intensitat és tan dèbil que gairebé no el sent un oient proper o l'articulació és tan imprecisa que solament se li entenen expressions lligades amb el context.

Grau III B o limitació molt greu:

Discapacitat per a la comunicació verbal de 48 a 59 %

No pot executar cap dels actes articularis necessaris per a la comunicació oral de cada dia amb la suficient intensitat, claredat, velocitat i facilitat.

Conversió de discapacitat per a la comunicació en discapacitat global de la persona	
Discapacitat per a la comunicació	Discapacitat global persona
0 - 11	0 - 6%
12 - 23	7 - 14%
24 - 35	15 - 20 %
36 - 47	21 - 27%
48 - 59	28 - 35 %
60 - 84	36 - 50 %
85 - 100	60 - 65%

Capítol 15. Retard mental

En aquest capítol s'estableixen les normes generals per a la valoració de la discapacitat derivada del Retard Mental, definit com a capacitat intel·lectual general significativament inferior a la mitjana, que s'acompanya de limitacions de la capacitat adaptativa referides a com afronten els subjectes les activitats de la vida diària i com compleixen les normes d'autonomia personal esperables del seu grup d'edat, origen sociocultural i ubicació comunitària.

Per a la seva correcta avaluació, s'han agrupat en trets relatius a les àrees definides com:

Psicomotricitat-Llenguatge, Habilitats d'Autonomia Personal i Social, Procés Educatiu, Procés Ocupacional Laboral i Conducta, que es desenvolupen a cadascun dels graus de retard mental.

Serà el criteri del professional qui determini la puntuació a atorgar tenint en compte que la no-possibilitat de sociabilitat, formació i adaptació condicionaran el possible handicap. La no-possibilitat de desenvolupar un treball competitiu portarà a la realització d'activitats ocupacionals adequades. La necessitat d'ajuda d'una tercera persona vindrà condicionada pel grau d'autonomia personal adquirida per a les activitats de la vida diària.

Capacitat intel·lectual límit

CI = 70 - 80

Unitats = 15 - 29

Psicomotricitat-llenguatge

Pot observar-se en edats primerenques un lleuger retard en el desenvolupament motriu

Malaptesa en aquelles habilitats motrius que impliquen gran precisió.

Pot observar-se retard en l'adquisició del llenguatge
Ús del llenguatge com a instrument pràctic i immediat
Pensament lent i subordinat a l'acció
Utilitza un llenguatge molt usual amb escàs grau d'abstracció
En el llenguatge oral, tant expressiu com comprensiu, presenta un lleu retard a nivell sintàctic i semàntic

Habilitats d'autonomia personal i social

Total autonomia personal
Poca habilitat per establir relacions socials
Capacitat per organitzar la seva rutina diària
Adaptació lenta a llocs aliens al seu entorn social
Utilitza recursos que ofereix la comunitat amb assessorament
Manté relacions d'amistat
Respecta les normes socials establertes

Retard mental

Procés educatiu

Aconsegueix amb lentitud els processos d'aprenentatge sensorial-motriu, preoperacional, operacional concret i pot esbossar aprenentatges formals
Presenta atenció dispersa i baixa concentració i motivació en activitats d'aprenentatge
Dificultats funcionals en la utilització de tècniques instrumentals bàsiques
Presenta fracàs i inadaptació en nivells avançats de l'escolaritat
Pot aconseguir el graduat escolar o equivalent amb suport pedagògic
Té capacitat per accedir als continguts propis de la formació professional especial adaptada

Procés ocupacional laboral

Greus dificultats per accedir al mercat laboral competitiu
Desenvolupa activitats que no impliquen responsabilitat ni presa d'iniciatives
Baix rendiment en activitats laborals i millora quan treballa en centres especials d'ocupació
Independència en la utilització del seu temps lliure

Conducta

Generalment, bon nivell de conducta adaptativa
Inestabilitat emocional, fàcilment influenciable pel medi
Baixa tolerància a la frustració
Inseguretat i escassa iniciativa davant la realització d'activitats
Requereix un discret control en la seva conducta

Retard mental lleu

CI= 51 - 69
Unitats = 30 - 59

Psicomotricitat-llenguatge

Retard evolutiu sensomotriu
Les etapes del desenvolupament motriu es cobreixen en edats més avançades
Poca precisió en les tasques que exigeixen destresa i/o coordinació
No aconsegueix una bona integració de l'esquema corporal
Retard en l'adquisició i evolució del llenguatge
Pot presentar problemes de la parla
Lentitud o precipitació tant en el pensament com en l'acció
Llenguatge funcional, amb pobresa de vocabulari i nodrir de referències quotidianes
Comprèn ordres complexes, dins del seu marc referencial.

Habilitats d'autonomia personal i social

Ocasional supervisió en activitats de la vida diària.
Es desenvolupa per si sol en llocs habituals de forma rutinària.
Col·labora en tasques del nucli familiar.
Dificultat per anticipar-se als perills i no existeix reacció adequada davant d'aquests
Les seves demandes d'atenció i aprovació poden ser element distorsionador en la família
Assessorament per realitzar activitats no habituals i utilitzar els recursos socials
El seu nucli de referència social es restringeix freqüentment a la família, barri o cercle laboral, si existeix

Preferència per relacionar-se amb persones de menor edat

Procés educatiu

Aconsegueix o supera els processos d'aprenentatge sensorial-motriu i preoperacional, i pot assolir les primeres etapes del període operacional concret
Deficiència d'atenció i concentració que limita l'aprenentatge
Adquisició de tècniques instrumentals
Lecto-escriptura comprensiva limitada a nivells molt elementals
Necessita permanentment suport pedagògic durant el procés educatiu
Ritme inconstant durant l'aprenentatge
Adquireix habilitats manipulatives bàsiques en aules de Formació Professional Especial

Procés ocupacional i laboral

Integració laboral en llocs de treballs d'inserció o en activitats ocupacionals
Desenvolupament de tasques manipulatives rutinàries
Ritme inconstant en l'execució d'activitats
Incapacitat d'organització i planificació del seu temps lliure

Conducta

Inseguretat i manca d'iniciativa en la realització d'activitats.
Actituds de reiteració i obcecació en allò que suposa dificultat.
Expressa la seva frustració a través de conductes heteroagressives, generalment verbals.
Labilitat emocional.

Retard mental moderat

CI= 35 - 50
Unitats= 60 - 75

Psicomotricitat-llenguatge

No arriba a la plena consecució d'adquisicions motrius
Adquireix en edat tardana un control postural adequat
Poca destresa manual i necessita ajuda per a activitats que requereixin moviments fins

Adquireix conceptes espacials, tot i que aquests són els referits a qualitats de l'objecte, no a la seva integració
 Predomini de l'acció sobre el llenguatge i el pensament
 La parla apareix tardanament i presenta abundants trastorns
 Comprensió d'ordres verbals senzilles
 Reconeixement d'imatges i d'objectes habituals
 Llenguatge semblat d'errors semàntics i sintàctics
 Vocabulari reduït i reiteratiu

Habilitats d'autonomia personal i social

Necessita supervisió per a la realització d'activitats de la vida diària
 Col·labora en tasques molt senzilles de la casa
 No té prou autonomia per desplaçar-se sol fora de l'entorn habitual
 Relació social amb iguals en edat mental o adults que li proporcionin seguretat
 No existeix anticipació ni sentit de perill en situacions no habituals
 Les seves relacions interpersonals es limiten a l'àmbit familiar i ocupacional
 Dificultat per acceptar normes socials

Procés educatiu

Supera el procés d'aprenentatge sensorial-motriu i arriba tardanament al període preoperacional
 Aprenentatge de conceptes bàsics elementals referits a situacions concretes (color, forma, dimensions)
 Aconsegueix, mitjançant ensinistrament, centrar i mantenir l'atenció en l'adquisició d'aprenentatges
 S'integra, amb suport educatiu, en un centre ordinari o en centres específics
 S'inicia en habilitats manipulatives bàsiques en aules d'aprenentatge de tasques

Procés ocupacional i laboral

Integració en el marc d'un centre diürn per a la realització d'activitats ocupacionals
 Desenvolupa tasques amb supervisió i ajuda ocasional
 Ritme lent i execució repetitiva de les tasques
 Necessita assistència per a la utilització del seu temps lliure

Conducta

Sol·licita constants demostracions d'atenció i afecte
 Afectivitat ciclotímica i voluble
 Els canvis en els seus hàbits diaris poden originar trastorns d'adaptació
 Conductes heteroagressives i ocasionalment autoagressives
 Conductes afectives i sexuals desinhibides.

Retard mental greu I/o profund

CI= 34 a 20
 Unitats = 76

Psicomotricitat llenguatge

Severs

Adquireix la marxa
 Sentit cinestèsic poc evolucionat i equilibri deficient
 Manipula objectes quotidians amb caràcter funcional

Retard mental

Comunicació a través de paraula-frase, unions de paraules sense estructura sintàctica, comprensiva només per als seus habituals
 Comprèn i respon a ordres imperatives que impliquen una o dues accions

Profunds

Pot arribar a adquirir la bipedestació o la marxa
 Assoleix l'aprehensió i manipulació basta d'objectes
 Comunicació molt primària (gests, crits, plors, sons inarticulats...)
 Comprèn ordres senzilles quan van acompanyades de gestualització
 Dificultats per mantenir el contacte visual

Habilitats d'autonomia personal i social

Severs

Dependència en activitats de la vida diària, tot i que en pot realitzar alguna de forma incompleta
 Parcial control d'esfínters
 Desplaçaments amb finalitat utilitària en ambients controlats

Reconeix les persones habituals del seu entorn i manté una interrelació bàsica

Profunds

Dependència total en activitats de la vida diària
 Absència de control d'esfínters
 Reconeixement dels membres de la família molt habituals
 No existeix relació social

Procés educatiu

Severs

Aconsegueix o supera el període d'aprenentatge sensorial-motriu.
 S'inicia amb ensinistrament en adquisicions bàsiques de tipus preconceptual
 S'integra en centres específics d'educació especial
 Iniciació en les activitats de pretaller dels centres específics d'educació especial

Profunds

Les habilitats aconseguides són de tipus sensorial-motriu
 Permanència en centres diürns per a l'atenció assistencial

Procés ocupacional laboral

Severs

Pot arribar a integrar-se en activitats de pretallers dels centres diürns
 Requereix suport de l'adult en l'execució de tasques senzilles
 Realitza tasques de forma mecànica i durant breus períodes de temps
 Dependència d'una altra persona per a la utilització del seu temps

Profunds

Roman en centres assistencials

Conducta

Severs

Gran dependència afectiva
 Freqüents manifestacions d'auto i heteroagressivitat
 Manifesta conductes brusques i impulsives
 Presenta estereotípies
 Distanciament ocasional de la realitat
 Greus problemes de conducta associats
 Presenta conductes d'autoestimulació sexual

Profunds

- Desconnexió ambiental
- Freqüents conductes autolesives i autoestimulatòries
- Presenta estereotípies

Capítol 16. Malaltia mental

La valoració de la Malaltia Mental es realitzarà d'acord amb els grans grups de trastorns mentals inclosos en els sistemes de classificació universalment acceptats -CIE-10, DSM-IV-. Prenent com a referència aquests manuals, els grans grups psicopatològics susceptibles de valoració són: Trastorns Mentals Orgànics, Esquizofrènies i Trastorns Psicòtics, Trastorns d'Estat d'Ànim, Trastorns d'Ansietat, Adaptatius i Soma-tomòrfics, Dissociatius i de Personalitat.

Partint del fet reconegut que no existeix una definició que especifiqui adequadament els límits del concepte "Trastorn Mental", entenem com a tal el conjunt de símptomes psicopatològics identificables que interfereixen el desenvolupament personal, laboral i social de la persona, de manera diferent en intensitat i durada.

La valoració de la discapacitat que un Trastorn Mental comporta es realitzarà sobre la base de:

1. Disminució de la capacitat de l'individu per dur a terme una vida autònoma
2. Disminució de la capacitat laboral
3. Ajust a la simptomatologia psicopatològica universalment acceptada

Normes de caràcter general

Per a la valoració de la discapacitat originada per Malaltia Mental es tindran en compte els tres paràmetres següents:

- 1) Capacitat per dur a terme una vida autònoma

Vindrà donada per l'estudi de les activitats que inclouen:

- a) Relació amb l'entorn: Comunicació i maneig de la informació general que el rodeja, ús del telèfon, relació social i comportament del seu entorn proper i desconegut, aspecte físic i vestimenta, capacitat psíquica per dirigir la seva mobilitat, ús de transport, realització d'encàrrecs, tasques de la llar, maneig del diner, activitats de lleure i, en ge-

neral, la capacitat d'iniciativa, voluntat i enjudiciament crític de la seva activitat i l'activitat d'altres.

- b) Activitats de cura personal: desplaçament, menjar, higiene, vestir-se i evitar lesions i riscos.

- 2) Repercussió del trastorn en la seva activitat laboral

Vindrà donada per:

- a) La disfunció en el manteniment de la concentració, la continuïtat i el ritme en l'execució de tasques. Aquesta funció fa referència a la capacitat per mantenir una atenció focalitzada de manera que la finalització de les tasques laborals es dugui a terme en un temps raonable.

En la realització de les tasques domèstiques, la concentració pot reflectir-se en la capacitat i el temps necessari utilitzat per realitzar les tasques rutinàries necessàries per al manteniment de la casa.

- b) El deteriorament o descompensació en l'activitat laboral pel fracàs a adaptar-se a circumstàncies estressants, entenent com a tal la presa de decisions, el planificar i finalitzar a temps els treballs, la interacció amb caps i companys, etc.

El fracàs pot posar-se de manifest en forma de retraïment i/o evitació de les esmentades circumstàncies, també per l'aparició o exacerbació dels símptomes del trastorn en qüestió.

Es tindrà igualment en compte la capacitat del subjecte per adaptar-se a les diferents possibilitats que el treball adaptat presenta: llocs de treball d'inserció i centres d'atenció diürna, tenint en compte que el que es valora és la capacitat de l'individu, no l'existència de recursos laborals d'un o altre tipus, que seran valorats, si escau, a través del Barem de Factors Socials.

També es ponderarà que la relació entre valoració i possible correspondència amb una prestació econòmica sigui positiva en la rehabilitació terapèutica de l'individu, i es tendeixi a evitar una valoració que afavoreixi la concessió de prestació econòmica en els casos en què existeixin possibilitats de caràcter laboral, tot deixant aquella només per als casos en què el Trastorn

Mental interfereixi amb qualsevol tipus d'activitat productiva.

- 3) Presència i estudi dels símptomes i signes constitutius de criteris diagnòstics

S'ajustarà a aquella que figura en els sistemes de classificació ressenyats, tenint en compte que no tot aquell individu que pateix un trastorn mental està totalment limitat, alguns presenten limitacions específiques que no impossibiliten totes les activitats de la vida diària.

Així, i des del punt de vista del tercer criteri objectiu a tenir en compte en la valoració de la discapacitat generada per un trastorn mental, es considerarà:

- a) Evidència raonable de símptomes ajustats als criteris diagnòstics definits en els esmentats Manuals.

- b) Possibilitat d'establir criteris de provisionalitat i/o temporalitat en funció del grau d'evolució del trastorn o de la carència de dades en el moment de la valoració. Davant una cronicitat clara i estable, la qualificació ha de ser definitiva.

- c) Possibilitat de sol·licitar informes psiquiàtrics i/o psicològics complementaris que permetin conèixer la història clínica prèvia de l'individu, mesures terapèutiques i el possible pronòstic del trastorn.

- d) Ajust de la valoració al tipus de trastorn, tenint en compte el criteri de la seva gravetat. Així, encara que a nivell teòric no s'estableixin límits en les possibilitats de valoració de cadascun dels trastorns, és obvi que no tots presenten el mateix ventall de deteriorament; en alguns fins i tot és invariable, psicosis o depressions majors, i en altres, molt estret, distímies o trastorns de personalitat.

A la pràctica caldrà prendre com a punt de referència la prevalència estadística que proporcionen els estudis de la població general (DSM IV, etc.), tot distingint entre trets i trastorn. Els trets només es constituïran en trastorn quan siguin inflexibles, desadaptatius i persistents.

- e) La dependència a Substàncies Psicoactives no es valorarà en si mateixa, sinó les patologies associades, tant

prèvies i predisponents, com les seqüeles que originen.

Críteris de valoració

En relació amb l'assignació del grau de menyscabament de la capacitat es tindrà en compte:

1) Críteri general

Quan la persona presenti simptomatologia psicopatològica aïllada que, tot i existir, no suposi disminució de la seva capacitat funcional, s'inclourà a la Classe I i la seva valoració serà 0%.

Per incloure a la persona en alguna de les classes que sí suposen disminució de la seva capacitat funcional (II, III, IV i V) haurà de complir amb els tres requeriments ressenyats a cadascuna d'elles, descrits anteriorment, de conformitat amb els críteris especificats a continuació:

2) Críteris específics

Classe I: (0%)

Presenta simptomatologia psicopatològica aïllada, que no suposa cap disminució de la seva capacitat funcional.

Classe II: discapacitat lleu (1 - 24%) (a + b + c)

a) La capacitat per dur a terme una vida autònoma està conservada o lleument disminuïda, d'acord amb allò esperable per a la persona de la seva edat i condició, excepte en períodes retallats de crisi o descompensació,

i

b) Pot mantenir una activitat laboral normalitzada i productiva excepte en els períodes d'important augment de l'estrés psicosocial o descompensació, durant els quals pot esdevenir necessari un temps de repòs laboral juntament amb una intervenció terapèutica adequada,

i

c) Complir amb els críteris diagnòstics requerits, sense que existeixin símptomes que els sobrepassin.

Classe III: discapacitat moderada (25 - 59 %) (a + b + c)

a) Restricció moderada en les activitats de la vida quotidiana (la qual inclou els contactes socials) i en la capacitat

per desenvolupar un treball remunerat en el mercat laboral.

La medicació i/o el tractament són necessaris de forma habitual. Si, això no obstant, persisteix la simptomatologia clínicament evident:

que interfereix notablement en les activitats del pacient: tendència a l'extrem superior de l'interval.

que no interfereix notablement en les activitats del pacient: tendència a l'extrem inferior de l'interval,

i

b) Les dificultats i símptomes poden aguditzar-se en períodes de crisi o descompensació. Fora dels períodes de crisi:

L'individu només pot realitzar tasques ocupacionals amb supervisió mínima en centres d'atenció diürna (tendència a l'extrem superior de l'interval)

La persona és capaç de desenvolupar una activitat laboral normalitzada en un lloc de treball d'inserció en empreses ordinàries o d'inserció laboral (tendència a l'extrem inferior de l'interval)

i

c) Presenta alguns símptomes que excedeixen els críteris diagnòstics requerits, per la qual cosa la seva repercussió funcional se situa entre lleu i greu.

Classe IV: discapacitat greu (60 - 74 %) (a + b + c)

a) Greu restricció de les activitats de la vida quotidiana. Precisa supervisió intermitent en ambients protegits i total fora d'ells,

i

b) Greu disminució de la seva capacitat laboral, posada de manifest per disfuncions importants en la capacitat per mantenir la concentració, la continuïtat i el ritme en l'execució de les tasques i repetits episodis de deteriorament o descompensació associats a les activitats laborals, com a conseqüència del procés en adaptar-se a circumstàncies estressants. No pot mantenir una activitat laboral normalitzada.

Pot accedir a centres d'atenció diürna i realitzar activitats ocupacionals, encara que, fins i tot amb supervisió, el rendiment acostuma a ser pobre o irregular,

i

c) Es constaten tots o quasi tots els símptomes que excedeixen els críteris requerits per al diagnòstic, o alguns d'ells són especialment greus.

Classe V: discapacitat molt greu (75 %)

a) Repercussió invalidant de la malaltia o trastorn sobre l'individu, manifestat per incapacitat per cuidar de si mateix ni tan sols en les activitats bàsiques de la vida quotidiana. Per això, necessiten una altra o altres persones de forma constant.

b) No existeixen possibilitats de realitzar cap treball, ni activitats ocupacionals supervisades, tot i que pot integrar-se en centres d'activitat que promoguin, en el seu cas, el pas a activitats ocupacionals.

c) Es constaten tots els símptomes que excedeixen els críteris requerits per al diagnòstic, o alguns d'ells són extremadament greus.

1) Trastorns mentals orgànics

Valoració de la Discapacitat atenent a criteris generals de funcionalitat

Classe I: (0%)

Presenta simptomatologia psicopatològica aïllada, que no suposa cap disminució de la seva capacitat funcional.

Classe II: discapacitat lleu (1-24 %)

a) La capacitat per dur a terme una vida autònoma està conservada o lleument disminuïda, d'acord amb allò esperable per a un individu de la seva edat i condició, excepte en períodes retallats de crisi o descompensació.

b) Poden mantenir una activitat laboral normalitzada i productiva excepte en els períodes d'important augment de l'estrés psicosocial o descompensació, durant els quals pot resultar necessari un temps de repòs laboral juntament amb una intervenció terapèutica adequada.

c) Compleixen els criteris per al diagnòstic de trastorn orgànic de la personalitat; síndrome postcommocional o altres trastorns mentals orgànics.

Classe III: Discapacitat moderada (25-59 %)

a) Restricció moderada en les activitats de la vida quotidiana (incloent-hi els contactes socials) i en la capacitat per desenvolupar un treball remunerat en el mercat laboral.

La medicació i/o el tractament són necessaris de forma habitual. Si, això no obstant, persisteix la simptomatologia clínicament evident:

que no interfereix notablement en les activitats de la persona: s'assignarà un percentatge de discapacitat comprès entre el 25 i 44%.

que interfereix notablement en les activitats de la persona: s'assignarà un percentatge de discapacitat comprès entre el 45 i 59 %.

i
b) Les dificultats i els símptomes poden aguditzar-se en períodes de crisi o descompensació. Fora dels períodes de crisi:

L'individu és capaç de desenvolupar una activitat laboral normalitzada i productiva la major part del temps amb supervisió i ajuda: s'assignarà un percentatge de discapacitat comprès entre el 25 i 44%.

L'individu només pot treballar en ambients laborals protegits amb supervisió mínima: s'assignarà un percentatge de discapacitat comprès entre el 45 i 59%.

c) Presència d'alguna de les característiques clíniques següents:
Trastorns volitius: inconstància, abúlia
Labilitat emocional, canvis d'humor

Classe IV: Discapacitat greu (60-74 %)

a) Restricció marcada de les activitats de la vida quotidiana. Precisa supervisió intermitent en ambients protegits i total fora d'ells.

Marcada disminució de la seva capacitat laboral, posada de manifest per disfuncions importants en la capacitat per mantenir la concentració, la continuïtat i el ritme en l'execució de les tasques i repetits episodis de deteriorament o descompensació associats a les activitats laborals, com a conseqüència del procés en adaptar-se a circumstàncies estressants. No pot mantenir una activitat laboral normalitzada i amb dificultat en empreses d'inserció laboral.

Pot accedir a activitats ocupacionals, encara que, fins i tot amb supervisió,

el rendiment acostuma a ser pobre o irregular.

c) Presència d'algun dels símptomes següents:

Irritabilitat, ira immotivada...

Impulsivitat amb error en l'autocontrol.

Suspició i paranoïdisme.

Classe V: Discapacitat molt greu (75 %)

a) Repercussió extrema de la malaltia o trastorn sobre l'individu, manifestat per incapacitat per cuidar de si mateix ni tan sols en les activitats bàsiques de la vida quotidiana. Per això, necessiten una altra o altres persones de forma constant.

b) No existeixen possibilitats de realitzar cap treball, ni activitats ocupacionals supervisades.

c) Presència d'algun dels símptomes següents:

Alteració de l'esfera instintiva-afectiva

Perseveració ideativa

Deteriorament cognitiu

2) Esquizofrènia i trastorns paranoïdes

Valoració de la Discapacitat atenent a criteris generals de funcionalitat

Classe I: (0%)

Presenta simptomatologia psicopatològica aïllada, que no suposa cap disminució de la seva capacitat funcional.

Classe II: Discapacitat lleu (1-24 %)

a) La capacitat per dur a terme una vida autònoma està conservada o lleument disminuïda, d'acord amb allò esperable per a un individu de la seva edat i condició, excepte en períodes retallats de crisi o descompensació.

b) Poden mantenir una activitat laboral normalitzada i productiva excepte en els períodes d'important augment de l'estrès psicosocial o descompensació, durant els quals pot resultar necessari un temps de repòs laboral juntament amb una intervenció terapèutica adequada.

c) Compleixen els criteris per al diagnòstic d'esquizofrènia de qualsevol tipus o trastorn paranoïde.

Classe III: Discapacitat moderada (25-59 %)

a) Restricció moderada en les activitats de la vida quotidiana (la qual inclou els contactes socials) i en la capacitat per desenvolupar un treball remunerat en el mercat laboral.

La medicació i/o el tractament psicoterapèutic poden ser necessaris de forma habitual. Si, tanmateix, persisteix la simptomatologia clínicament evident: que no interfereix notablement en les activitats de la persona: s'assignarà un percentatge de discapacitat comprès entre el 25 i el 44 %.

que interfereix notablement en les activitats de la persona: s'assignarà un percentatge de discapacitat comprès entre el 45 i el 59 %.

b) Les dificultats o els símptomes poden aguditzar-se en períodes de crisi o descompensació. Fora dels períodes de crisi:

L'individu és capaç de desenvolupar una activitat laboral normalitzada i productiva la major part del temps, amb supervisió i ajuda: s'assignarà un percentatge de discapacitat comprès entre el 25 i el 45 %.

L'individu només pot treballar en ambients laborals protegits amb supervisió mínima: s'assignarà un percentatge de discapacitat comprès entre el 45 i el 59 %.

c) Presència d'alguna de les característiques clíniques següents:

Persistència de símptomes psicòtics per més d'un any.

Dificultat marcada en la relació interpersonal o actituds autistes.

Classe IV: Discapacitat greu (60-74 %)

a) Marcada restricció de les activitats de la vida quotidiana (possibilitats de desplaçar-se, de preparar i d'ingerir els aliments, d'atendre la seva higiene personal i el vestir, de cuidar del seu hàbitat i de realitzar les tasques domèstiques, de comunicar-se i tenir contactes socials), la qual cosa obliga a una supervisió intermitent en ambients protegits i total fora d'ells.

b) Marcada disminució de la seva capacitat laboral, posada de manifest per disfuncions importants en la capacitat per mantenir la concentració, la continuïtat i el ritme en l'execució de les

tasques i repetits episodis de deteriorament o descompensació associats a les activitats laborals, com a conseqüència del fracàs a adaptar-se a circumstàncies estressants. No pot desenvolupar una activitat laboral amb regularitat. Pot accedir a activitats ocupacionals, tot i que, fins i tot amb supervisió, el rendiment acostuma a ser pobre o irregular.

c) Presència d'alguna de les característiques clíniques següents:
Mala resposta als tractaments amb persistència de simptomatologia
Necessitat permanent de tractament amb internaments reiterats
Associacions laxes d'idees, tendència a l'abstracció, pragmatisme
Síntomes al·lucinatoris i delirants crònics.

Classe V: Discapacitat molt greu (75 %)
a) Repercussió extrema de la malaltia o del trastorn sobre l'individu, manifestat per incapacitat per tenir cura de si mateix, ni tan sols en les activitats bàsiques de la vida quotidiana. Per això necessiten una altra o unes altres persones de forma constant.

b) No existeixen possibilitats de realitzar cap treball, ni tan sols en centres ocupacionals supervisats.

c) Presència d'alguna de les característiques clíniques següents:
Trastorns severos en el curs i/o contingut del pensament que afecten al subjecte la major part del temps
Pèrdua del contacte amb la realitat
Trastorns disceptius permanents
Institucionalització prolongada
Conductes disruptives reiterades

3) Trastorns afectius

Valoració de la discapacitat atenent a criteris generals de funcionalitat

Classe I: (0%)
Presenta simptomatologia psicopatològica aïllada, que no suposa cap disminució de la seva capacitat funcional.

Classe II: Discapacitat lleu (1-24%)
a) La capacitat per dur a terme una vida autònoma està conservada o lleument disminuïda, d'acord amb allò esperable per a un individu de la seva

edat i condició, excepte en períodes retallats de crisi o descompensació.

b) Poden mantenir una activitat laboral normalitzada i productiva excepte en els períodes d'important augment de l'estrès psicosocial o descompensació, durant els quals pot ser necessari un temps de repòs laboral juntament a una intervenció terapèutica adequada.

c) Compleixen els criteris de diagnòstic per a qualsevol tipus de trastorn afectiu.

Classe III: Discapacitat moderada (25-59 %)

a) Restricció moderada en les activitats de la vida quotidiana (la qual inclou els contactes socials) i en la capacitat per desenvolupar un treball remunerat en el mercat laboral.

La medicació i/o el tractament psicoterapèutic poden ser necessaris de forma habitual. Si, tanmateix, persisteix la simptomatologia clínicament evident:

que no interfereix notablement en les activitats de la persona: s'assignarà un percentatge de discapacitat comprès entre el 25 i el 44 %.

que interfereix notablement en les activitats de la persona: s'assignarà un percentatge de discapacitat comprès entre el 45 i el 59 %.

b) Les dificultats i els símptomes poden aguditzar-se en períodes de crisi o descompensació. Fora dels períodes de crisi:

L'individu és capaç de desenvolupar una activitat normalitzada i productiva la major part del temps, amb supervisió i ajuda: s'assignarà un percentatge de discapacitat comprès entre el 25 i el 44 %.
L'individu només pot treballar en ambients laborals protegits, amb supervisió mínima: s'assignarà un percentatge de discapacitat comprès entre el 45 i el 59 %.

c) Presència d'alguna de les característiques clíniques següents:

Episodis maníacs recurrents
Depressió major d'evolució crònica (més de divuit mesos sense remissió)
Mala resposta als tractaments
Trastorn bipolar amb recaigudes freqüents que requereixen tractament.
Com a possible orientació: més de dos l'any, més de cinc els últims tres anys, més de vuit els últims cinc anys

Depressió recurrent (fins i tot breu) amb intents de suïcidi

Presència de símptomes psicòtics

Classe IV: Discapacitat greu (60-74 %)

a) Greu restricció de les activitats de la vida quotidiana (possibilitats de desplaçar-se, de preparar i d'ingerir els aliments, d'atendre la seva higiene personal i el vestir, de tenir cura del seu habitat i de realitzar les tasques domèstiques, de comunicar-se i de tenir contactes socials), la qual cosa obliga a supervisió intermitent en ambients protegits i total fora d'ells.

b) Greu disminució de la seva capacitat laboral, posada de manifest per disfuncions importants en la capacitat per mantenir la concentració, la continuïtat i el ritme en l'execució de les tasques i repetits episodis de deteriorament o descompensació associats a les activitats laborals, com a conseqüència del fracàs a adaptar-se a circumstàncies estressants. No pot desenvolupar una activitat normalitzada amb regularitat. Pot accedir a activitats ocupacionals, tot i que, fins i tot amb supervisió, el rendiment acostuma a ser pobre o irregular.

c) Presència d'alguna de les característiques clíniques següents:

Depressió major encronitzada (més de tres anys sense remissió apreciable)
Trastorn bipolar resistent al tractament
Síntomatologia psicòtica crònica

Classe V: Discapacitat molt greu (75 %)

a) Repercussió extrema de la malaltia o del trastorn sobre l'individu, manifestat per incapacitat per tenir cura de si mateix ni tan sols en les activitats bàsiques de la vida quotidiana. Per això, necessiten una altra o unes altres persones de forma constant.

b) No existeixen possibilitats de realitzar cap treball, ni tan sols activitats ocupacionals supervisades.

c) Presència d'alguna de les característiques clíniques següents:

Símptomes de depressió i/o mania (o hipomania) constants
Hospitalitzacions reiterades pel trastorn
Absència de recuperació en els períodes intercrítics

4) Trastorns d'ansietat, adaptatius i somatomorfs

Valoració de la discapacitat atenent a criteris generals de funcionalitat

Classe I: (0 %)

Presenta simptomatologia psicopatològica aïllada, que no suposa cap disminució de la seva capacitat funcional.

Classe II: Discapacitat lleu (1-24 %)

a) La capacitat per dur a terme una vida autònoma està conservada o lleument disminuïda, d'acord amb allò esperable per a un individu de la seva edat i condició, excepte en períodes retallats de crisi o descompensació.

b) Poden mantenir una activitat laboral normalitzada i productiva excepte en els períodes d'important augment de l'estrès psicosocial o descompensació, durant els quals pot ser necessari un temps de repòs laboral juntament amb una intervenció terapèutica adequada.

c) Presència de criteris de diagnòstic suficients per a qualsevol dels tipus de trastorns d'ansietat, adaptatius o somatomorfs.

Classe III: Discapacitat moderada (25-59 %)

a) Restricció moderada en les activitats de la vida quotidiana (la qual inclou els contactes socials) i en la capacitat per desenvolupar un treball remunerat en el mercat laboral. La medicació i/o el tractament psicoterapèutic poden ser necessaris de forma continuada, tot i això pot persistir simptomatologia clínicament evident: que no interfereix notablement en les activitats del pacient: s'assignarà un percentatge de discapacitat comprès entre el 25 i el 44 %.

que interfereix notablement en les activitats de la persona: s'assignarà un percentatge de discapacitat comprès entre el 45 i el 59 %.

b) Les dificultats i els símptomes poden aguditzar-se en períodes de crisi o descompensació. Fora dels períodes de crisi:

L'individu és capaç de desenvolupar una activitat laboral normalitzada i productiva la major part del temps,

amb supervisió i ajuda: s'assignarà un percentatge de discapacitat comprès entre el 25 i el 44 %.

L'individu només pot treballar en ambients laborals protegits amb supervisió mínima: s'assignarà un percentatge de discapacitat comprès entre el 45 i el 59 %.

c) Presència d'alguna de les característiques clíniques següents:

Quadres que presenten crisis que requereixen ingrés per a la seva hospitalització

Greu alteració en la capacitat de relació interpersonal i comunicació

Classe IV: Discapacitat greu (60-74%)

a) Greu restricció de les activitats de la vida quotidiana (possibilitats de desplaçar-se, de preparar i d'ingerir els aliments, d'atendre la seva higiene personal i el vestir, de tenir cura del seu habitat i de realitzar les tasques domèstiques, de comunicar-se i de tenir contactes socials), la qual cosa obliga a una supervisió intermitent en ambients protegits i total fora d'ells.

b) Greu disminució de la seva capacitat laboral, posada de manifest per disfuncions importants en la capacitat per mantenir la concentració, la continuïtat i el ritme en l'execució de les tasques i repetits episodis de deteriorament o descompensació associats a les activitats laborals, com a conseqüència del fracàs en adaptar-se a circumstàncies estressants. No pot desenvolupar una activitat laboral amb regularitat. Pot accedir a activitats ocupacionals, tot i que, fins i tot amb supervisió, el rendiment acostuma a ser pobre o irregular.

c) Presència d'alguna de les característiques clíniques següents:

Quadres amb greu repercussió sobre la conducta i mala resposta al tractament

Classe V: Discapacitat molt greu (75 %)

a) Repercussió extrema de la malaltia o del trastorn sobre l'individu, manifestat per incapacitat per tenir cura de si mateix ni tan sols en les activitats bàsiques de la vida quotidiana. Per això, necessiten d'una altra o altres persones de forma constant.

b) No existeixen possibilitats de realitzar cap treball, ni tan sols activitats ocupacionals supervisades.

c) Trastorn greu resistent per complet a qualsevol tractament.

5) Trastorns de la personalitat

Valoració de la discapacitat atenent a criteris generals de funcionalitat

Classe I: (0%)

Presenta simptomatologia psicopatològica aïllada, que no suposa cap disminució de la seva capacitat funcional.

Classe II: Discapacitat lleu (1-24 %)

a) La capacitat per dur a terme una vida autònoma està conservada o lleument disminuïda, d'acord amb allò esperable per a un individu de la seva edat i condició, excepte en períodes retallats de crisi o descompensació.

b) Poden mantenir una activitat laboral normalitzada i productiva excepte en els períodes d'important augment de l'estrès psicosocial o descompensació, durant els quals pot ser necessari un temps de repòs laboral juntament amb una intervenció terapèutica adequada.

c) Presència de criteris de diagnòstic per a qualsevol dels tipus de trastorn de la personalitat.

Classe III: Discapacitat moderada (25-59 %)

a) Restricció moderada de les activitats de la vida quotidiana (la qual inclou els contactes socials) i de la capacitat per desenvolupar un treball remunerat en el mercat laboral. La medicació i/o el tractament psicoterapèutic poden ser necessaris de forma habitual, tanmateix pot persistir simptomatologia clínicament evident:

que no interfereix notablement en les activitats del pacient: s'assignarà un percentatge de discapacitat comprès entre el 25 i el 44 %.

que interfereix notablement en les activitats de la persona: s'assignarà un percentatge de discapacitat comprès entre el 45 i el 59 %

b) Les dificultats i els símptomes poden aguditzar-se en períodes de crisi o descompensació. Fora dels períodes de crisi:

l'individu és capaç de desenvolupar una activitat laboral normalitzada i productiva la major part del temps, amb supervisió i ajuda: s'assignarà un percentatge de discapacitat comprès entre el 25 i el 44 %.

l'individu només pot treballar en ambients laborals protegits amb supervisió mínima: s'assignarà un percentatge de discapacitat comprès entre el 45 i el 59 %.

c) Presència d'alguna de les característiques clíniques següents:

Complir amb els criteris per al diagnòstic

Classe IV: Discapacitat greu (60-74 %)

a) Greu restricció de les activitats de la vida quotidiana (possibilitats de desplaçar-se, de preparar i d'ingerir els aliments, d'atendre la seva higiene personal i el vestir, de tenir cura del seu habitat i de realitzar les tasques domèstiques, de comunicar-se i de tenir contactes socials), la qual cosa obliga a una supervisió intermitent en ambients protegits i total fora d'ells.

b) Greu disminució de la seva capacitat laboral, posada de manifest per disfuncions importants en la capacitat per mantenir la concentració, la continuïtat i el ritme en l'execució de les tasques i repetits episodis de deteriorament o descompensació associats a les activitats laborals, com a conseqüència del fracàs a adaptar-se a circumstàncies estressants. No pot desenvolupar una activitat laboral amb regularitat. Pot accedir a activitats ocupacionals, tot i que, fins i tot amb supervisió, el rendiment acostuma a ser pobre o irregular.

c) Trastorns de personalitat les característiques clíniques dels quals reuneixin algun dels requeriments següents:

Necessitat d'internament

Greus trastorns en el control d'impulsos

Alteracions psicopatològiques permanents i severes

Classe V: Discapacitat molt greu (75 %)

a) Repercussió extrema de la malaltia o trastorn sobre l'individu, manifestat per incapacitat per tenir cura de si mateix ni tan sols en les activitats bàsi-

ques de la vida quotidiana. Per això, necessiten d'una altra o unes altres persones de forma constant.

b) No existeixen possibilitats de realitzar cap treball, ni tan sols activitats ocupacionals supervisades.

c) Presència de perturbacions profundes de la personalitat que, de manera precoç i amb persistència, produeixin simptomatologia variada i severa i afectin als trastorns de les àrees instintiva i relacional.

Taula 3. Taula de valors combinats

Els valors s'obtenen a partir de la fórmula $A + B(1 - A)$ = valor combinat d'A i B són els equivalents decimals de les estimacions de disfunció. Tots els valors de la taula estan expressats en percentatges. Per combinar dos valors de disfunció qualssevol, localitzi el major dels dos al lateral de la taula i llegeixi aquesta fila fins que arribi a la columna indicada per al valor més baix a la base de la taula. A la intersecció de la fila i la columna hi ha el valor combinat. Per exemple, per combinar 35% i 20%, llegeixi cap avall al lateral fins que arribi al valor major, 35%. A continuació llegeixi a través de la fila del 35% fins que arribi a la columna indicada per al 20% a la base de la taula. A la intersecció de la fila i la columna es troba el número 48. Per consegüent, 35% combinat amb 20% equival a 48%. A causa de l'estructura d'aquesta taula, el valor de disfunció major s'ha de buscar en el seu lateral. Si s'han de combinar tres o més valors de disfunció, esculli'n dos qualsevol i busqui el seu valor combinat tal i com s'ha indicat anteriorment. A continuació utilitzi aquest valor i el tercer valor per localitzar el valor combinat de tots. Aquest procés pot repetir-se de manera indefinida i el valor final a cada cas és la combinació de tots els valors previs. A cada pas d'aquest procés, cal identificar el major valor al lateral de la taula.

Nota: Si s'han de combinar disfuncions de dos o més aparells o sistemes per expressar una disfunció corporal global, cadascuna d'elles ha d'expressar-se prèviament com a percentatge de disfunció corporal global.

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 16	16 17 18 19 20	21		
12	13 14 15 16 17	17 18 19 20 21	22 23		
13	14 15 16 17 18	18 19 20 21 22	23 23 24		
14	15 16 17 18 19	19 20 21 22 23	23 24 25 26		
15	16 17 18 19 20	20 21 22 23 24	24 25 26 27 28		
16	17 18 19 20 21	21 22 23 24 25	26 27 28 29 29	29	
17	18 19 20 21 22	22 23 24 25 26	27 28 29 29 30	30 31	
18	19 20 21 22 23	23 24 25 26 27	27 28 29 29 30	31 32 33	
19	20 21 22 23 24	24 25 26 27 28	28 29 30 30 31	32 33 34 34	
20	21 22 23 24 25	25 26 27 28 29	29 30 30 31 32	33 34 34 35 36	
21	22 23 24 25 26	26 27 27 28 29	30 30 31 32 33	34 34 35 36 37	38
22	23 24 25 26 27	27 27 28 29 30	31 31 32 33 34	34 35 36 37 38	38 39
23	24 25 26 27 28	28 28 29 30 31	31 32 33 34 35	35 36 37 38 38	39 40 41
24	25 26 27 28 29	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
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
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
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
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
31	32 32 33 34 35	35 36 37 37 38	39 39 40 41 41	42 43 43 44 45	45 46 47 48 48
32	33 33 34 35 36	36 37 37 38 39	39 40 41 42 42	43 44 44 45 46	46 47 48 48 49
33	34 34 35 36 36	37 38 38 39 40	40 41 42 42 43	44 44 45 46 46	47 48 48 49 50
34	35 35 36 37 37	38 39 39 40 41	41 42 43 43 44	45 45 46 47 47	48 49 49 50 51
35	36 36 37 38 38	39 40 40 41 42	42 43 43 44 45	45 46 47 47 48	49 49 50 51 51
36	37 37 38 39 39	40 40 41 42 42	43 44 44 45 46	46 47 48 48 50	49 50 51 51 52
37	38 38 39 40 40	41 41 42 43 43	44 45 45 46 46	47 48 48 49 50	50 51 51 52 53
38	39 39 40 40 41	42 42 43 44 44	45 45 46 47 47	48 49 49 50 51	51 52 52 53 54
39	40 40 41 41 42	43 43 44 44 45	46 46 47 48 48	49 49 50 51 52	52 52 53 54 54
40	41 41 42 42 43	44 44 45 45 46	47 47 48 48 49	50 50 51 51 53	53 53 54 54 55
41	42 42 43 43 44	45 45 46 46 47	47 48 49 49 50	50 51 52 52 54	53 54 55 55 56
42	43 43 44 44 45	45 46 47 47 48	48 49 50 50 51	51 52 52 53 54	54 55 55 56 57
43	44 44 45 45 46	46 47 48 48 49	49 50 50 51 52	52 53 53 54 55	55 56 56 57 57
44	45 45 46 46 47	47 48 48 49 50	50 51 51 52 52	53 54 54 55 56	56 56 57 57 58
45	46 46 47 47 48	48 49 49 50 51	51 52 52 53 53	54 54 55 55 57	57 57 58 58 59
46	47 47 48 48 49	49 50 50 51 51	52 52 53 54 54	55 55 56 56 58	57 58 58 59 60
47	48 48 49 49 50	50 51 51 52 52	53 53 54 54 55	55 56 57 57 58	58 59 59 60 60
48	49 49 50 50 51	51 52 52 53 53	54 54 55 55 56	56 57 57 58 59	59 59 60 60 61
49	50 50 51 51 52	52 53 53 54 54	55 55 56 56 57	57 58 58 59 60	60 60 61 61 62
50	51 51 52 52 53	53 54 54 55 55	56 56 57 57 58	58 59 59 60 61	61 61 62 62 63
	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	45				
27	46 47				
28	47 47 48				
29	47 48 49 50				
30	48 49 50 50 51				
31	49 50 50 51 52	52			
32	50 50 51 52 52	53 54			
33	50 51 52 52 53	54 54 55			
34	51 52 52 53 54	54 55 56 56			
35	52 53 53 54 55	55 56 56 57 58			
36	53 53 54 55 55	56 56 57 58 58	59		
37	53 54 55 55 56	57 57 58 58 29	60 60		
38	54 55 55 56 57	57 58 58 59 60	60 61 62		
39	55 55 56 57 57	58 59 59 60 60	61 62 62 63		
40	56 56 57 57 58	59 59 60 60 61	62 62 63 63 64		
41	56 57 58 58 59	59 60 60 61 62	62 63 63 64 65	65	
42	57 58 58 59 59	60 61 61 62 62	63 63 64 65 65	66 66	
43	58 58 59 60 60	61 61 62 62 63	64 64 64 65 66	66 67 68	
44	59 59 60 60 61	61 62 62 63 64	64 65 65 66 66	67 68 68 69	
45	59 60 60 61 62	62 63 63 64 64	65 65 66 66 67	68 68 69 69 70	
46	60 61 61 62 62	63 63 64 64 65	66 66 66 67 68	68 69 69 70 70	71
47	61 61 62 62 63	63 64 64 65 66	66 67 67 68 68	69 69 70 70 71	71 72
48	62 62 63 63 64	64 65 65 66 66	67 67 67 68 69	69 70 70 71 71	72 72 73
49	62 63 63 64 64	65 65 66 66 67	67 68 68 69 69	70 70 71 71 72	72 73 73 74
50	63 64 64 65 65	66 66 67 67 68	68 69 68 70 70	71 71 72 72 73	73 74 74 75 75
	26 27 28 29 30	31 32 33 34 35	36 37 38 39 40	41 42 43 44 45	46 47 48 49 50

	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	
51	51	52	52	53	53	54	54	55	55	56	56	57	57	58	58	59	59	60	60	61	61	62	62	63	63	63
52	52	53	53	54	54	55	55	56	56	57	57	58	58	59	59	60	60	61	61	62	62	63	63	64	64	64
53	53	54	54	55	55	56	56	57	57	58	58	59	59	60	60	61	61	62	62	63	63	64	64	65	65	65
54	54	55	55	56	56	57	57	58	58	59	59	60	60	61	61	62	62	63	63	64	64	65	65	66	66	66
55	55	56	56	57	57	58	58	59	59	60	60	61	61	62	62	63	63	64	64	65	65	66	66	67	67	67
56	56	57	57	58	58	59	59	60	60	61	61	62	62	63	63	64	64	65	65	66	66	67	67	68	68	68
57	57	58	58	59	59	60	60	61	61	62	62	63	63	64	64	65	65	66	66	67	67	68	68	69	69	69
58	58	59	59	60	60	61	61	62	62	63	63	64	64	65	65	66	66	67	67	68	68	69	69	70	70	70
59	59	60	60	61	61	62	62	63	63	64	64	65	65	66	66	67	67	68	68	69	69	70	70	71	71	71
60	60	61	61	62	62	63	63	64	64	65	65	66	66	67	67	68	68	69	69	70	70	71	71	72	72	72
61	61	62	62	63	63	64	64	65	65	66	66	67	67	68	68	69	69	70	70	71	71	72	72	73	73	73
62	62	63	63	64	64	65	65	66	66	67	67	68	68	69	69	70	70	71	71	72	72	73	73	74	74	74
63	63	64	64	65	65	66	66	67	67	68	68	69	69	70	70	71	71	72	72	73	73	74	74	75	75	75
64	64	65	65	66	66	67	67	68	68	69	69	70	70	71	71	72	72	73	73	74	74	75	75	76	76	76
65	65	66	66	67	67	68	68	69	69	70	70	71	71	72	72	73	73	74	74	75	75	76	76	77	77	77
66	66	67	67	68	68	69	69	70	70	71	71	72	72	73	73	74	74	75	75	76	76	77	77	78	78	78
67	67	68	68	69	69	70	70	71	71	72	72	73	73	74	74	75	75	76	76	77	77	78	78	79	79	79
68	68	69	69	70	70	71	71	72	72	73	73	74	74	75	75	76	76	77	77	78	78	79	79	80	80	80
69	69	70	70	71	71	72	72	73	73	74	74	75	75	76	76	77	77	78	78	79	79	80	80	81	81	81
70	70	71	71	72	72	73	73	74	74	75	75	76	76	77	77	78	78	79	79	80	80	81	81	82	82	82
71	71	72	72	73	73	74	74	75	75	76	76	77	77	78	78	79	79	80	80	81	81	82	82	83	83	83
72	72	73	73	74	74	75	75	76	76	77	77	78	78	79	79	80	80	81	81	82	82	83	83	84	84	84
73	73	74	74	75	75	76	76	77	77	78	78	79	79	80	80	81	81	82	82	83	83	84	84	85	85	85
74	74	75	75	76	76	77	77	78	78	79	79	80	80	81	81	82	82	83	83	84	84	85	85	86	86	86
75	75	76	76	77	77	78	78	79	79	80	80	81	81	82	82	83	83	84	84	85	85	86	86	87	87	87
76	76	76	77	77	77	78	78	79	79	80	80	81	81	82	82	83	83	84	84	85	85	86	86	87	87	87
77	77	77	78	78	78	79	79	80	80	81	81	82	82	83	83	84	84	85	85	86	86	87	87	88	88	88
78	78	78	79	79	79	80	80	81	81	82	82	83	83	84	84	85	85	86	86	87	87	88	88	89	89	89
79	79	79	80	80	80	81	81	82	82	83	83	84	84	85	85	86	86	87	87	88	88	89	89	90	90	90
80	80	80	81	81	81	82	82	83	83	84	84	85	85	86	86	87	87	88	88	89	89	90	90	91	91	91
81	81	81	82	82	82	83	83	84	84	85	85	86	86	87	87	88	88	89	89	90	90	91	91	92	92	92
82	82	82	83	83	83	84	84	85	85	86	86	87	87	88	88	89	89	90	90	91	91	92	92	93	93	93
83	83	83	84	84	84	85	85	86	86	87	87	88	88	89	89	90	90	91	91	92	92	93	93	94	94	94
84	84	84	84	84	85	85	85	86	86	86	86	87	87	87	87	88	88	89	89	90	90	91	91	92	92	92
85	85	85	85	86	86	86	86	87	87	87	87	88	88	88	88	89	89	90	90	91	91	92	92	93	93	93
86	86	86	86	87	87	87	87	87	88	88	88	88	88	89	89	89	89	90	90	91	91	92	92	93	93	93
87	87	87	87	88	88	88	88	88	89	89	89	89	89	90	90	90	90	91	91	91	91	92	92	93	93	93
88	88	88	88	88	89	89	89	89	89	89	89	90	90	90	90	90	90	91	91	91	91	92	92	93	93	93
89	89	89	89	89	90	90	90	90	90	90	90	91	91	91	91	91	91	92	92	92	92	93	93	94	94	94
90	90	90	90	90	91	91	91	91	91	91	91	92	92	92	92	92	92	93	93	93	93	94	94	95	95	95
91	91	91	91	91	91	92	92	92	92	92	92	93	93	93	93	93	93	94	94	94	94	95	95	96	96	96
92	92	92	92	92	92	93	93	93	93	93	93	94	94	94	94	94	94	95	95	95	95	96	96	97	97	97
93	93	93	93	93	93	93	94	94	94	94	94	95	95	95	95	95	95	96	96	96	96	97	97	98	98	98
94	94	94	94	94	94	94	94	95	95	95	95	96	96	96	96	96	96	97	97	97	97	98	98	99	99	99
95	95	95	95	95	95	95	95	96	96	96	96	97	97	97	97	97	97	98	98	98	98	99	99	100	100	100
96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	97	97	97	97	97	97	98	98	98	98	99	99	100	100	100
97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	98	98	98	98	99	99	100	100	100
98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98
99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
	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	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
51	64	64	65	65	66	66	67	67	68	68	69	69	70	70	71	71	72	72	73	73	74	74	75	75	76
52	64	65	65	66	66	67	67	68	68	69	69	69	70	70	71	71	72	72	73	73	74	74	75	75	76
53	65	66	66	67	67	68	68	69	69	69	70	70	71	71	72	72	73	73	74	74	75	75	76	76	77
54	66	67	67	68	68	69	69	69	70	70	71	71	71	72	72	73	73	74	74	75	75	76	76	77	77
55	67	67	68	68	69	69	69	70	70	71	71	72	72	79	79	79	74	74	75	75	76	76	77	77	78
56	67	68	68	69	69	70	70	71	71	71	72	72	73	73	74	74	74	75	75	76	76	77	77	78	78
57	68	69	69	69	70	70	71	71	72	72	72	73	73	74	74	75	75	75	76	76	77	77	78	78	79
58	69	69	70	70	71	71	71	72	72	73	73	74	74	74	75	75	76	76	76	77	77	78	78	79	79
59	70	70	70	71	71	72	72	73	73	73	74	74	75	75	75	76	76	77	77	77	78	78	79	79	80
60	70	71	71	72	72	72	73	73	74	74	74	75	75	76	76	76	77	77	78	78	79	79	80	80	80
61	71	72	72	72	73	73	73	74	74	75	75	76	76	77	77	77	78	78	79	79	79	80	80	81	81
62	72	72	73	73	73	74	74	75	75	75	76	76	76	77	77	78	78	78	79	79	79	80	80	81	81
63	73	73	73	74	74	74	75	75	76	76	76	77	77	77	78	78	79	79	79	80	80	80	81	81	82
64	73	74	74	74	75	75	76	76	76	77	77	77	78	78	78	79	79	79	80	80	81	81	81	82	82
65	74	74	75	75	76	76	76	77	77	77	78	78	78	79	79	79	80	80	80	81	81	81	82	82	83
66	75	75	76	76	76	77	77	77	78	78	78	79	79	79	80	80	80	81	81	81	82	82	82	83	83
67	76	76	76	77	77	77	78	78	78	79	79	79	80	80	80	81	81	81	82	82	82	83	83	83	84
68	76	77	77	77	78	78	78	79	79	79	80	80	80	80	81	81	81	82	82	82	83	83	83	84	84
69	77	77	78	78	78	79	79	79	80	80	80	80	81	81	81	82	82	82	83	83	83	84	84	85	85
70	78	78	78	79	79	79	80	80	80	81	81	81	81	82	82	82	83	83	83	84	84	84	85	85	85
71	79	79	79	79	80	80	80	81	81	81	81	82	82	82	83	83	83	83	84	84	84	85	85	85	86
72	79	80	80	80	80	81	81	81	82	82	82	82	83	83	83	83	84	84	84	85	85	85	86	86	86
73	80	80	81	81	81	81	82	82	82	82	83	83	83	84	84	84	84	85	85	85	85	86	86	86	87
74	81	81	81	82	82	82	82	83	83	83	83	84	84	84	84	85	85	85	85	86	86	86	86	87	87
75	82	82	82	82	83	83	83	83	84	84	84	84	85	85	85	85	86	86	86	86	86	87	87	87	88
76	82	82	83	83	83	83	84	84	84	84	85	85	85	85	86	86	86	86	87	87	87	87	88	88	88
77	83	83	83	84	84	84	84	85	85	85	85	86	86	86	86	86	87	87	87	87	88	88	88	88	89
78	84	84	84	84	85	85	85	85	86	86	86	86	87	87	87	87	88	88	88	88	88	89	89	89	89
79	84	85	85	85	85	86	86	86	86	86	87	87	87	87	87	88	88	88	88	88	89	89	89	89	90
80	85	85	86	86	86	86	86	87	87	87	87	87	88	88	88	88	88	89	89	89	89	89	90	90	90
81	86	86	86	87	87	87	87	87	88	88	88	88	88	89	89	89	89	89	90	90	90	90	90	90	91
82	87	87	87	87	87	88	88	88	88	88	88	89	89	89	89	89	90	90	90	90	90	90	91	91	91
83	87	88	88	88	88	88	88	89	89	89	89	89	89	90	90	90	90	90	91	91	91	91	91	91	92
84	88	88	88	89	89	89	89	89	89	90	90	90	90	90	90	91	91	91	91	91	91	92	92	92	92
85	89	89	89	89	90	90	90	90	90	90	90	91	91	91	91	91	91	92	92	92	92	92	92	92	93
86	90	90	90	90	90	90	90	91	91	91	91	91	91	91	92	92	92	92	92	92	92	93	93	93	93
87	90	91	91	91	91	91	91	91	91	92	92	92	92	92	92	92	92	93	93	93	93	93	93	93	94
88	91	91	91	91	92	92	92	92	92	92	92	92	93	93	93	93	93	93	93	93	94	94	94	94	94
89	92	92	92	92	92	92	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93	94	94	94	94	94	94	94	94	95
90	93	93	93	93	93	93	93	93	93	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	95	95	95	95	95	95
91	93	93	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	96
92	94	94	94	94	94	94	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	96	96	96	96	96	96	96
93	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	97
94	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	97	97	97	97	97	97	97	97	97
95	96	96	96	96	96	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	98
96	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98
97	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	99
98	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	100
	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50

[illegible]

68	90				
69	90 90				
70	90 91 91				
71	91 91 91	91			
72	91 91 92	92 92			
73	91 92 92	92 92 93			
74	92 92 92	92 93 93 93			
75	92 92 93	93 93 93 94 94			
76	92 93 93	93 93 94 94 94	94		
77	93 93 93	93 94 94 94 94	94 95		
78	93 93 93	94 94 94 94 95	95 95 95		
79	93 93 94	94 94 94 95 95	95 95 95 96		
80	94 94 94	94 94 95 95 95	95 95 96 96 96		
81	94 94 94	94 95 95 95 95	95 96 96 96 96	96	
82	94 94 95	95 95 95 95 95	96 96 96 96 96	97 97	
83	95 95 95	95 95 95 96 96	96 96 96 96 97	97 97 97	
84	95 95 95	95 96 96 96 96	96 96 96 97 97	97 97 97 97	
85	95 95 96	96 96 96 96 96	96 97 97 97 97	97 97 97 98 98	
86	96 96 96	96 96 96 96 97	97 97 97 97 97	97 97 98 98 98	
87	96 96 96	96 96 96 97 97	97 97 97 97 97	98 98 98 98 98	
88	96 96 96	97 97 97 97 97	97 97 97 97 98	98 98 98 98 98	
89	96 97 97	97 97 97 97 97	97 97 98 98 98	98 98 98 98 98	
90	97 97 97	97 97 97 97 98	98 98 98 98 98	98 98 98 98 99	
91	97 97 97	97 97 98 98 98	98 98 98 98 98	98 98 98 99 99	
92	97 98 98	98 98 98 98 98	98 98 98 98 98	98 99 99 99 99	
93	98 98 98	98 98 98 98 98	98 98 98 99 99	99 99 99 99 99	
94	98 98 98	98 98 98 98 99	99 99 99 99 99	99 99 99 99 99	
95	98 98 99	99 99 99 99 99	99 99 99 99 99	99 99 99 99 99	
96	99 99 99	99 99 99 99 99	99 99 99 99 99	99 99 99 99 99	
97	99 99 99	99 99 99 99 99	99 99 99 99 99	99 99 99 100 100	
98	99 99 99	99 99 99 99 100	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	
	68 69 70	71 72 73 74 75	76 77 78 79 80	81 82 83 84 85	

85					
86	98				
87	98 98				
88	98 98 99				
89	98 99 99 99				
90	99 99 99 99 99				
91	99 99 99 99 99	99			
92	99 99 99 99 99	99 99			
93	99 99 99 99 99	99 99 100			
94	99 99 99 99 99	99 100 100 100			
95	99 99 99 99 100	100 100 100 100 100			
96	99 99 99 100 100	100 100 100 100 100	100		
97	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		
99	100 100 100 100 100	100 100 100 100 100	100 100 100 100		
	86 87 88 89 90	91 92 93 94 95	96 97 98 99		

Annex 2.2

Barem per determinar els factors socials complementaris

La definició d'handicap que estableix la Llei de garantia dels drets de les persones amb discapacitat, seguint els criteris de l'Organització Mundial de la Salut, inclou en la seva configuració un conjunt de factors que posen de manifest els desavantatges en relació amb el medi social que poden limitar la seva integració, com els de tipus familiar, econòmic, laboral, cultural o els relacionats amb l'entorn. Per valorar aquests factors, s'aplica el present barem que complementa, si escau, el menyscabament de la persona.

Es pot atorgar a cadascun d'aquests factors una puntuació màxima que, òbviament, no és la suma de totes les situacions que es descriuen, com tampoc la puntuació total màxima de 15 punts que es pot atorgar en el barem és la suma aritmètica dels possibles punts que es poden atorgar a cadascuna de les situacions que s'ha de valorar.

Es tracta d'atorgar un valor absolut, segons el criteri del professional, que després d'analitzar i estudiar la situació específica, determina la puntuació dins el marge establert, tenint en compte que la puntuació esmentada només pot ser tinguda en compte a partir d'una valoració mínima del 33 % del menyscabament de la capacitat (annex 2.1).

Valoració dels factors socials complementaris

1. Factor familiar

1.1. Problemes greus en membres de la família Punts

	Sí	No	Punts
Discapacitat o malaltia greu de pares o tutors	2		
Discapacitat o malaltia greu de fills	2		
Discapacitat de germans i altres familiars amb qui conviu	1		Fins a 4
Menors a càrrec	0,5		
Cuidador de 55 a 60 anys	0,5		
Cuidador major de 61 anys	1		

1.2. Absència de membres responsables de la unitat familiar

	Sí	No	Punts
Per mort	2		
Per abandonament	1		Fins a 3
Cap membre responsable	3		

1.3. Mancances en les relacions que dificulten la integració de la persona amb discapacitat

	Sí	No	Punts
Manca o escassa participació en activitats de lleure, esportives i culturals	0,5		
Manca o escasses relacions familiars i/o socials	1,5		Fins a 3
Inexistència de xarxa relacional	2,5		

1.4. Altres situacions no previstes

	Sí	No	Punts
Situacions greus marginants	2		
Baix nivell sociocultural	0,5		Fins a 3
Inhabilitació social	1,5		

Puntuació màxima factor familiar (1.1 + 1.2 + 1.3 + 1.4) = 5 punts

2. Factor econòmic

Obtenció renda per càpita familiar (RPCF)

Suma de la totalitat dels ingressos familiars		
Despeses (resteu-les dels ingressos totals)	Despeses d'habitatge	Lloguer Amortització primer habitatge Llum i aigua Supressió barreres arquitectòniques Telèfon, gas i alimentació
	Despeses extraordinàries de caràcter perllongat	Educatives ¹ Sanitàries ² Altres (especifiqueu-les)

Total

RPCF: dividir el total entre el nombre de membres que componen la unitat familiar

¹ mesures de suport, despeses derivades de la manca de recursos educatius adequats o altres a especificar

² Derivades de mesures rehabilitadores i recuperadores, tractaments farmacològics o d'altres a especificar

Criteris per obtenir la puntuació

Renda per càpita familiar	Punts segons membres	
	Més de 5	Menys de 5
Superior al salari mínim (SM)	0	0
Entre el 99 % i el 50 % del SM	Fins a 1	Fins a 2
Inferior al 49 % del SM	Fins a 3	Fins a 4

Puntuació màxima factor econòmic: 4 punts

3. Factor laboral

Situació ³	Edat	Puntuació 3		
		Sense feina	Més de 3 anys sense feina	Activitat inadequada a la discapacitat
Persona demandant d'ocupació en empreses, treball protegit i ocupacional	0-16	0	0	0
Treball desenvolupat per sota de les seves capacitats o possibilitats o en condicions laborals precàries	17-25	0,5	0	0,5
	26-40	1	0,5	1
	41-50	2	0,5	1,5
	51-62	2,5	0,5	2

Puntuació màxima factor laboral: 3 punts

³ Notes: a) En les persones diagnosticades amb una discapacitat incompatible amb qualsevol activitat laboral aquest factor no es valora; b) Les situacions d'invalidesa de la seguretat social o d'alguna altra assegurança pública o privada, només es valoren quan hi hagi una demanda explícita d'ocupació; c) Les condicions de les mestresses de casa o els religiosos s'assimilen a les condicions exigides per a la població en general.

4. Factor de formació

La valoració s'efectua d'acord amb el quadre adjunt tenint en compte els criteris següents:

a) Formació deprimida

El marc d'aplicació comprèn totes les persones adultes, joves o infants que no han pogut o no poden accedir als sistemes escolars obligatoris, o bé hi ha tingut un accés parcial, per circumstàncies personals, socials, de la discapacitat, entre d'altres.

b) Formació inferior

Es troben en aquesta situació totes les persones que han seguit o estan seguint ensenyaments elementals a l'edat reglada, però no han assolit el rendiment o els coneixements apropiats, i tenen accés exclusivament al certificat d'estudis bàsics. Aquest seria el cas de moltes persones amb retard mental, fins i tot amb discapacitat física o sensorial amb fracassos escolars.

c) Formació bàsica, sense compensar després de l'escolarització

Aquest cas afecta les persones que en els anys de la infància han seguit l'escolaritat bàsica però que després, per manca de recursos, informació o altres circumstàncies, no s'han acollit a programes compensatoris o complementaris ni han seguit cursos de formació professionals.

d) Formació bàsica

Fa referència a totes les persones que posseeixen certificació d'ensenyament bàsic o titulacions equivalents, però que per diverses circumstàncies no han seguit o no van seguir posteriorment formació professional acadèmica o reglada.

La valoració del nivell de formació real, quan es consideri necessari per casos de traumatismes cranioencefàlics, deteriorament orgànic, etc., es basa en la consulta al professional corresponent.

Situació de la formació	Currículum escolar Nivell de formació		Punts		FP reglada		FP ocupacional		Punts	
	6-16 anys	Més de 16 anys	P1	No	Sí, però inadequada	No	Sí, però inadequada	p 2	p1 + p2	
Deprimida (a)	No escolarització	No alfabetitzat	4	—	—	—	—	—	4	
	Escolarització parcial	Neoelector	3	—	—	1	1	1	4	
Inferior (b)	Retard escolar		2	—	—	1	1	1	3	
Primària (c)	—	Estudis primaris no finalitzats	2	—	—	1	1	1	3	
Ordinària (d)	—	Estudis primaris finalitzats	1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	2	
		Ensenyam. secundari obligatori	-	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1	
		Batxillerat	-	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1	

Puntuació màxima factor cultural: 4 punts

5. Factor entorn

	Punts
Manca o dificultat d'accés a recursos sanitaris, de rehabilitació, educatius, culturals, professionals, assistencials, ocupacionals, de mitjans de comunicació o altres (per especificar), sempre que es considerin necessaris per al procés integrador	Fins a 1,5
Dificultats a l'habitatge i/o de barreres arquitectòniques i/o comunicació: Habitatge: manca o inadequat Barreres a l'entorn Manca de transport adaptat	Fins a 1
Problemes de rebuig social	Fins a 2
Puntuació màxima factor retorn	3 punts

Puntuació màxima factors socials complementaris: 15 punts

_____, de _____ del 200____

Signatura Treballador/a social

Annex 3Govern
d'Andorra**Informe mèdic****1. Dades del/ de la metge/ essa que realitza l'informe**

Nom i cognoms:

Adreça:

2. Dades de la persona que sol licita

Nom i cognoms:

Data de naixement:

Adreça:

Antecedents personals:

Malaltia actual motiu de la sollicitud. Anamnesi (molèsties que sofreix el malalt, quan comencen, evolució i tractament seguit fins ara):

3. Exploració clínica

Estat general aparent, apreciació:

Estatura:

Pes:

Constitució (pícnica, atlètica, leptosomàtica):

Aspecte morfològic (microcefàlia, macrocefàlia, nanisme, gegantisme, altres):

Marxa (autònoma, necessita aparells, cadira de rodes...), claudicació (1) en metres i nombre d'escalas que pot pujar:

4. Òrgans dels sentits

ORL, audició (audiometria) (1). Vertigen (descripció) (ENG 1). Capacitat fonatòria. Capacitat deglutòria:

Agudeses visual (1) (amb correcció i sense).
Mobilitat ocular. Camp visual. Visió colorimètrica. Visió nocturna.

Olfacte:

5. Aparell respiratori

Vies respiratòries superiors i inferiors. Auscultació. Dispnea (de repòs grau 5, d'esforç grau d'1 a 4):

Resultat de l'examen radiogràfic, pressió parcial O₂, CO₂ i exploracions funcionals (1), amb indicació de la data (1):

6. Aparell circulatori

Discapacitat atribuïble a deficiència cardíaca, causa i grau d'1 a 4 (**classificació NYHA**) (1):

☐ 1☐ 2☐ 3☐ 4

Claudicació, distància en metres (1):

Patologia tromboembòlica, edemes, alteracions tròfiques (úlceres, temps d'evolucions i abast):

Altres:

Resultat de l'examen electrocardiogràfic i prova d'esforç i ecocardiograma i altres (1), amb indicació de la data:

7. Aparell digestiu

Paret abdominal, hèrnies, cicatrius d'intervencions quirúrgiques, fetge, melsa i pàncrees:

Resultat del reconeixement radiogràfic i exploracions complementàries, amb indicació de la data (1):

8. Aparell locomotor

Examen morfològic i de la capacitat funcional de les articulacions i la columna vertebral

☐ Lordosi/Cifosi (postural/estructural/graus):

Escoliosi (graus):

☐ Balanç articular: EESS, EEII, raquis (especifiqueu la limitació en graus) (1):

☐ Amiotròfia/Simetria (especifiqueu la localització i perímetres):

☐ Balanç muscular manual: escala de 0 (no contracció) a 5 (força màxima):

☐ Marxa: taló-punta, trendelenburg...

☐ Altres troballes:

☐ Resultat del reconeixement radiogràfic i les exploracions complementàries, amb indicació de la data (1):

9. Aparell genitourinari

Funció renal (1) i continència, necessitat de sondatge, alteracions a l'esfera sexual. Resultat de les exploracions complementàries (1) amb indicació de la data. Existència de fistula i/o estomes urinaris i possibilitat de reparació quirúrgica.

10. Sistema nerviós

Autonomia i funció integrada (pot tenir cura de si mateix, pot assumir responsabilitats):

Estat anímic:

Capacitat de comunicació:

Estat de la consciència (obnubilació, somnolència, estupor, coma):

Epilèpsia (sense crisis amb tractament, amb crisis malgrat el tractament. **Especifiquen el nombre d'atacs/ any**) (1):

Parèsies, paràlisi (d'1 a 5) (1). Alteracions del moviment:

Trastorns de la sensibilitat, neuràlgies:

Retard mental, indiqueu el grau i la puntuació psicomètrica (1):

Autonomia psíquica (capacitat autònoma de treball i de la vida diària):

Dèficits cognitius (llenguatge, memòria, atenció, etc.):

Síntomes psicòtics (deliris, al·lucinacions):

Requereixen tractament? Es controla amb el tractament?

Resultat de l'EEG, polisomnografia i altres exploracions complementàries (1), amb indicació de la data:

Anàlisi de sang i altres anàlisis

Data i expressió de les constants principals:

Si pot treballar malgrat la seva invalidesa, indiqueu si necessita suport especialitzat o si és autònoma:

La invalidesa que l'afecta, a causa de pèrdues anatòmiques o funcionals, necessita l'assistència d'una altra persona per les AVD?
En cas afirmatiu, ompliu el Barem 4 de Valoració de la necessitat d'assistència d'una altra persona del Reglament de regulació de la CONAVA i d'establiments dels criteris i els barems per al diagnòstic i la valoració de les disfuncions, les discapacitats i els handicaps.

És necessari dur a terme un nou reconeixement?
En quin termini?

☐ Sí ☐ No

Dades del/ de la metge/ essa

.....
(nom i cognoms)

, d

de

Signatura

Segell

1) A aquestes dades són indispensables si la discapacitat que al·lega està motivada per una afecció d'aquests òrgans.

Annex 4

Barem per determinar la necessitat d'assistència d'una altra persona

Es considera que la persona sol·licitant té necessitat d'assistència d'una altra persona per realitzar les activitats de la vida diària (AVD) si obté en el present barem un mínim de 15 punts.

Valoració de la necessitat d'assistència d'una altra persona per a la realització de les AVD

4.1. Mobilitat

Situacions	Sí	No
Està enllitat/ada de forma permanent	5	
Necessita sempre cadira de rodes	4	
Va amb cadira de rodes en determinades situacions	3	
Camina però no pot posar-se dret/a o seure sense ajuda	3	
Camina però necessita que el/la guiï o l'ajuda d'altra persona	2	

S'ha d'indicar la situació en què es troba la persona sol·licitant i obté la puntuació que s'assenyala en la casella corresponent (no se sumen les situacions, cal referir-se a la més habitual i greu)

4.2. Cura de si mateix/a

Accions i situacions ¹	No pot	Pot
a. Llit		
Ficar-se al llit	3	
Aixecar-se	4	
Canvis posturals	3	
Arranjament de la roba del llit	2	
b. Vestit		
Posar-se / treure's peces de la meitat superior del cos	2	
Posar-se / treure's peces de la meitat inferior del cos	2	
Posar-se / treure's el calçat (sabates, mitjons, mitges)	2	
Cordar botons, gafets i cremalleres	1	
c. Higiene personal		
Banyar-se o dutxar-se	2	
Fer ús del vàter ²	5	
Rentar-se les mans, cara, pentinar-se, etc. (meitat superior del cos)	2	
Rentar-se els peus, higiene menstrual, etc. (meitat inferior del cos)	2	
Altres activitats d'higiene personal (afaitar-se, tallar-se les ungles, rentar-se els cabells, etc.)	1	
d. Alimentació ³		
Subjectar i fer servir els coberts i altres estris	3	
Subjectar i fer servir gerros i vasos	3	
Servir-se, tallar carn, untar mantega, etc.	1	
Total ⁴		

4.3. Comunicació

Situacions	No pot	Pot
Obtenir ajuda en una urgència ⁵	2	
Contestar trucades a la porta	2	
Fer servir el telèfon	1	
Total		

4.4. Altres activitats dins la llar

Activitats	No pot	Pot
Seguretat i accés: fer servir la balda, el forrellat, les claus, tancar i obrir les portes i finestres	3	
Fer servir els dispositius domèstics: aixetes, endolls, interruptors, etc.	2	
Fer servir objectes, com la radio, llibres, diaris, etc.	1	
Total		

4.5. Atencions i cures especials

	Sí	No
Té dependència d'aparells especials que requereixen l'ajuda d'una altra persona per a la seva utilització, com el dialitzador, oxigen, alimentació per sonda, etc.	3	
Té necessitat de precaucions especials, per exemple en cas de tendència d'hemorràgies, crisis epilèptiques freqüents o la pèrdua de consciència	3	
Té dependència d'altres persones per a la col·locació de les pròtesis, ortesis, etc.	2	

4.6. Adaptació personal i social

En aquest apartat es puntua només una de les possibles alternatives de cada subapartat (a, b, c i d). La puntuació total que resulti de la suma de les puntuacions de tot l'apartat no pot superar els 10 punts. (Traieu els punts finals excepte els de etc.)

Situació	Sí	No
a. Convivència		
Incapacitat total o greu dificultat per mantenir relacions interpersonals, fins i tot amb els més propers	5	
Presenta hàbits inacceptables socialment o conductes agressives. Té dificultats per mantenir relacions amb amics, veïns i companys	3	
Presenta conductes inadaptades, molestes o irritants. Només es relaciona amb amics, veïns i companys	1	
b. Autoprotecció		
Necessita una protecció absoluta i una cura constant per no patir danys a causa de la seva incapacitat per eludir riscos	3	
Necessita una disponibilitat contínua i una supervisió intermitent en ambients controlats	2	
c. Conducta social		
Total incapacitat o greu dificultat intel·lectual per conèixer, assumir o complir les normes habituals de convivència i els usos i costums corrents en el seu entorn	3	
Presenta un grau limitat en el coneixement de les normes i usos, però no és responsable ni es val per si mateix/a	2	
Té capacitat per adaptar-se a normes especials adequades a situacions i ambients de caràcter restringit	1	
d. Autosuficiència psíquica		
Incapacitat total o greu dificultat intel·lectual per organitzar-se la rutina quotidiana i afrontar situacions o problemes habituals	3	
Incapacitat per afrontar situacions o problemes no habituals	2	
Total (màxim 10 punts)		
Total punts (4.1 + 4.2 + 4.3 + 4.4 + 4.5 + 4.6)		punts

....., de..... del 200.....

Signatura del metge

¹ Es tenen en compte les dificultats de desplaçament, i també els problemes per a la comunicació derivats de disfuncions mentals i sensorials.

² Es consideren les dificultats derivades de problemes de desplaçament, sedentarisme, etc. Resten excloses les dificultats originades per falta de control d'esfínters

³ S'exclouen les dificultats derivades de problemes de masticació, disfàgia, etc.

⁴ En aquest apartat i els següents (4.2, 4.3, 4.4, 4.5) es puntuen totes i cadascuna de les accions i situacions que figuren en el barem, de forma que el total s'obté sumant les puntuacions assolides per la persona sol·licitant.

⁵ Es tenen en compte les dificultats de desplaçament, i també els problemes per a la comunicació derivats de disfuncions mentals i sensorials.

Annex 5

Barem per determinar les dificultats de mobilitat

Es té en compte l'existència de dificultats de mobilitat sempre que la persona interessada es trobi en alguna de les situacions descrites en els apartats a, b o c.

Si la persona interessada no està inclosa en cap de les situacions anteriors, es tenen en compte les situacions dels apartats d, e, f, g, h i les puntuacions obtingudes a cada apartat se sumen. Es considera que existeixen dificultats de mobilitat quan s'obté en aquests apartats una puntuació mínima de 7.

Valoració de les dificultats de mobilitat

Situacions	Si	No		
a. Va amb cadira de rodes				
b. Depèn totalment de dos bastons per caminar				
c. Pot deambular, però presenta conductes agressives de difícil control a conseqüència de greus deficiències intel·lectuals que li dificulten la utilització de mitjans normalitzats de transport				
Situacions	No té dificultat	Limitació		
		lleu	greu	molt greu
d. Pot deambular per terreny llis	0	1	2	3
e. Pot deambular per terreny amb obstacles	0	1	2	3
f. Pot sobrepassar un esglaó de 40 cm	0	1	2	3
g. Pot sostenir-se dret/a sobre la plataforma d'un mitjà normalitzat de transport	0	1	2	3
h. Patologia cardiorespiratòria	0	1	2	3 (oxigenoteràpia)

Informacions complementàries:

..... de..... del 200.....

Signatura del metge

Annex 6

Barem per determinar la capacitat per treballar

Es considera que una persona amb discapacitat no pot treballar o es troba amb greus problemes per trobar o mantenir un lloc de treball com a conseqüència de la seva discapacitat greu quan obté una puntuació de 7 en la suma dels factors del present barem.

Valoració de la capacitat per treballar

1. Edat

Si té entre
45 i 50 anys
51 i 55 anys
56 i 60 anys
61 i 65 anys

Sí No
1
2
3
4

Total punts

2. Formació

Té el certificat d'estudis bàsics
No alfabet o neolector

Sí No
1
2

Total punts

3. Professió

La seva professió és inadequada o no convenient a la seva discapacitat¹
La seva professió és incompatible amb la seva discapacitat²
No té cap qualificació professional

Sí No
1
1,5
2

Total punts

4. Ocupació

No hi ha ofertes de treball per a la seva professió o professions afins³
El tipus o grau de discapacitat l'incapacita intermitentment per dedicar-se a una activitat laboral rendible o el/la limita en la quantitat de temps que pot dedicar-hi⁴
El tipus o grau de discapacitat el/la limita a disposar com a única possibilitat de treball el de tipus ocupacional o protegit
El tipus o grau de discapacitat genera greus dèficits de concentració, limitacions intel·lectuals o d'altres tipus que li suposen dificultats serioses a l'hora de mantenir una ocupació durant un temps⁵

Sí No
2
3
4
5

Total punts

Puntuació total (1+2+3+4)

.....d..... del 200..

President/a de la CONAVA

¹ Es considera que la seva professió és inadequada o no convenient quan la discapacitat li impedeix realitzar la major part de les tasques pròpies de la professió o quan tot i podent realitzar totes o la majoria de les tasques esmentades, el seu desenvolupament podria suposar un agreujament de la discapacitat.

² Es considera que la seva professió és incompatible quan la discapacitat li impedeix pràcticament exercir-la o desenvolupar-la.

³ Les ofertes esmentades han de ser compatibles amb la discapacitat.

⁴ Es considera que es dóna incapacitat intermitent per al treball, quan la discapacitat l'obliga a suspendre l'activitat laboral per un període de temps, ja sigui dins la jornada diària de treball ja sigui quan l'activitat l'ha de suspendre per a tota la jornada de treball de forma intermitent i continuada.

⁵ Es considera que es dóna el supòsit quan la discapacitat li impedeix mantenir l'estabilitat en el treball, és a dir, quan la discapacitat i no circumstàncies socials o d'altre tipus, el condueixen a la pèrdua de qualsevol treball i fins i tot d'un lloc de treball protegit.
