

REPÚBLICA DE COLOMBIA



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

DECRETO NÚMERO

DE 2025

( )

Por el cual se adiciona el título 12 a la parte 2 del libro 2 del Decreto 1070 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Defensa, y se reglamentan los artículos 17 (parágrafo), 21 (parágrafo 1) y 46 del Decreto Ley 1796 de 2000, en cumplimiento de una sentencia proferida por la jurisdicción de lo contencioso administrativo.

**EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA**

en ejercicio de las facultades constitucionales y legales, en particular las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, y los artículos 17, 21 y 46 del Decreto Ley 1796 de 2000, y

**CONSIDERANDO**

Que el artículo 216 de la Constitución Política dispone que la Fuerza Pública está integrada por las Fuerzas Militares y la Policía Nacional.

Que, por su parte, el artículo 217 *ibidem* establece que las Fuerzas Militares (Ejército Nacional, Armada Nacional y Fuerza Aérea, hoy Fuerza Aeroespacial) tendrán como finalidad la defensa de la soberanía, la independencia, la integridad del territorio y el orden constitucional; más adelante, el artículo 217, refiriéndose a las Fuerzas Militares, señala que la ley determinará el régimen especial de carrera, prestacional y disciplinario, que les es propio.

Que, a su turno, el artículo 218 *ibidem* dispone que la Policía Nacional es un cuerpo armado permanente de naturaleza civil a cargo de la Nación, cuyo objetivo principal es el mantenimiento de las condiciones necesarias para el ejercicio de los derechos y libertades públicas y para asegurar que los habitantes de Colombia convivan en paz.

Que, conforme con el Acto Legislativo 01 del 25 de julio de 2005 y el artículo 279 de la Ley 100 de 1993, el sistema integral de seguridad social no se aplica a los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, dada la naturaleza del servicio que cada uno desempeña.

Que la Ley 578 de 2000 revistió al Presidente de la República de facultades extraordinarias, hasta, por el término de seis meses, para expedir, entre otros, el reglamento de aptitud psicofísica, incapacidades, invalideces e indemnizaciones de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, entre otros.

Que, en ejercicio de esa facultad extraordinaria, el Gobierno Nacional expidió el Decreto Ley 1796 de 2000. “por el cual se regula la evaluación de la capacidad sicofísica y de la disminución de la capacidad laboral, y aspectos sobre incapacidades, indemnizaciones, pensión por invalidez e informes administrativos por lesiones, de los miembros de la Fuerza Pública, alumnos de las escuelas de formación y sus equivalentes en la Policía Nacional, personal civil al servicio del Ministerio de Defensa Nacional y de las Fuerzas Militares y personal no uniformado de la Policía Nacional vinculado con anterioridad a la vigencia de la Ley 100 de 1993”.

Que los artículos 17 (parágrafo) y 21 (parágrafo 1) del Decreto Ley 1796 de 2000 establecieron que el Gobierno Nacional reglamentaría los requisitos de los miembros, funciones, procedimientos y demás aspectos relacionados con la junta médico-laboral y del tribunal médico-laboral de revisión militar y de policía. Además, el artículo 46 *ibidem* le ordenó determinar los criterios de calificación de la capacidad sicofísica, de disminución de la capacidad laboral e indemnizaciones y de la clasificación de las lesiones y afecciones.

Continuación del Decreto No. \_\_\_\_\_ de 2025, Por el cual se adiciona el título 12 a la parte 2 del libro 2 del Decreto 1070 de 2015, decreto único reglamentario del sector defensa, y se reglamentan los artículos 17 (parágrafo), 21 (parágrafo 1) y 46 del Decreto Ley 1796 de 2000, en cumplimiento de una sentencia proferida por la jurisdicción de lo contencioso administrativo.

Que, mediante sentencia del 17 de noviembre de 2023, dictada por el Tribunal Administrativo de Cundinamarca, Sección Primera, Subsección B, (confirmada el 25 de enero de 2024 y notificada el 29 de enero siguiente por el Consejo de Estado, Sección Quinta), concluyó que el reglamento no se había expedido por el Gobierno Nacional y, en consecuencia, resolvió: 1º) *Declárase el incumplimiento por parte del Gobierno Nacional conformado por el presidente de la República y el Ministerio de Defensa Nacional, de lo establecido en el parágrafo del artículo 17, parágrafo 1º del artículo 21 y el artículo 46 del Decreto Ley 1796 de 2000, en consecuencia, ordénese al Gobierno Nacional que reglamente lo concerniente en las referidas disposiciones, en el término de un (1) año contado a partir de la notificación de esta providencia.*

Que el presente decreto se expide en cumplimiento de la orden judicial de la jurisdicción de lo contencioso administrativo y con fundamento en la potestad reglamentaria del Presidente de la República, consagrada en el artículo 189, numeral 11, de la Constitución, razón por la cual se compilará en el Decreto 1070 de 2015, único reglamentario del sector defensa.

Que, en efecto, la potestad reglamentaria la ejerce el Presidente de la República, mediante la expedición de los decretos, resoluciones y órdenes necesarios para la cumplida ejecución de la ley. Según lo ha interpretado la jurisprudencia constitucional, dicha potestad está gobernada por el principio de necesidad, pues permite que en el reglamento se explique con detalle los contenidos, hipótesis, pero sin rebasar el límite inmediato fijado por la propia ley (Corte Constitucional, sentencia C-302 de 1999).

Que, dada la especificidad de la materia médico-laboral, para efectos de la valoración del personal de los miembros de la Fuerza Pública se hace necesario en el presente decreto la inclusión de anexos técnicos que den cuenta de los criterios de clasificación de las lesiones y afecciones, calificación de la capacidad psicofísica y de disminución de la capacidad laboral e indemnizaciones.

Que, en mérito de lo expuesto,

#### DECRETA:

**Artículo 1. Adición.** Adiciónese el título 12 a la parte 2 del libro 2 del Decreto 1070 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Defensa, en los siguientes términos:

#### TÍTULO 12

#### DE LOS ORGANISMOS MÉDICO LABORALES DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL, Y DE LA CALIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD PSICOFISICA Y DE LA DISMINUCIÓN DE CAPACIDAD LABORAL E INDEMNIZACIONES Y DE LA CLASIFICACIÓN DE LESIONES Y AFECCIONES DE LOS MIEMBROS DE LA FUERZA PUBLICA, ALUMNOS DE LAS ESCUELAS DE FORMACIÓN Y SUS EQUIVALENTES EN LA POLICÍA NACIONAL, PERSONAL CIVIL DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL Y DE LAS FUERZAS MILITARES Y PERSONAL NO UNIFORMADO DE LA POLICÍA NACIONAL

**Artículo 2.2.12.1. Objeto.** El presente título reglamenta los artículos 17 (parágrafo), 21 (parágrafo 1) del Decreto 1796 de 2000, relacionados con la integración, funciones, procedimientos y demás aspectos relacionados con la junta médico-laboral y con el tribunal médico-laboral de revisión militar y de policía. Además, reglamenta el artículo 46 *ibidem* y determina los criterios de calificación de la capacidad psicofísica, de la disminución de la capacidad laboral e indemnizaciones y de la clasificación de las lesiones y afecciones.

**Artículo 2.2.12.2. Ámbito de aplicación.** Las disposiciones contenidas en el presente título se aplican a los miembros de la Fuerza Pública, a los alumnos de las escuelas de formación y sus equivalentes en la Policía Nacional, al personal civil al servicio del Ministerio de Defensa Nacional y de las Fuerzas Militares y al personal no uniformado de la Policía Nacional, vinculado con anterioridad a la vigencia de la Ley 100 de 1993.

Continuación del Decreto No. de 2025, Por el cual se adiciona el título 12 a la parte 2 del libro 2 del Decreto 1070 de 2015, decreto único reglamentario del sector defensa, y se reglamentan los artículos 17 (parágrafo), 21 (parágrafo 1) y 46 del Decreto Ley 1796 de 2000, en cumplimiento de una sentencia proferida por la jurisdicción de lo contencioso administrativo.

## CAPÍTULO 1 ORGANISMOS MÉDICO LABORALES

**Artículo 2.2.12.1.1 Organismos médico-laborales y de policía.** Son organismos médico-laborales militares y de policía:

1. El Tribunal Médico-Laboral de Revisión Militar y de Policía
2. La Junta Médico-Laboral Militar o de Policía.

### SECCIÓN 1 JUNTA MÉDICO LABORAL MILITAR O DE POLICÍA

**Artículo 2.2.12.1.1.1. Integración.** La Junta Médico Laboral Militar o de Policía estará integrada por tres (3) médicos de planta de las Fuerzas Militares o de la Policía Nacional o de la Dirección General de Sanidad Militar, de los cuales uno será representante de Medicina Laboral, o su equivalente.

**Artículo 2.2.12.1.1.2. Requisitos.** Para ser miembro de la Junta Médico Laboral Militar o de Policía se deberá cumplir los siguientes requisitos:

1. Ser médico titulado por institución de educación superior debidamente avalada.
2. Ser miembro activo de las Fuerzas Militares o Policía Nacional o funcionario de planta de la Dirección General de Sanidad Militar, la Dirección General o de Sanidad de la Policía Nacional o su equivalente.
3. No tener sanciones vigentes proferidas por autoridades disciplinarias competentes y/o de ética médica.

**Artículo 2.2.12.1.1.3. Funciones.** En primera instancia, la Junta Médico-Laboral Militar o de Policía tendrá las siguientes funciones:

1. Valorar y registrar las secuelas definitivas de las lesiones o afecciones diagnosticadas.
2. Clasificar el tipo de incapacidad sicofísica y aptitud para el servicio, y, si es del caso, recomendar la reubicación laboral.
3. Determinar la disminución de la capacidad psicofísica.
4. Calificar la enfermedad, según sea profesional o común.
5. Registrar la imputabilidad al servicio, de acuerdo con el informe administrativo por lesiones.
6. Fijar los correspondientes índices de lesión, si hubiere lugar a ello.
7. Determinar si el pensionado por invalidez requiere del auxilio de otra persona para realizar las funciones elementales de su vida, cuando la prestación haya tenido origen en el acta de Junta Médico Laboral.

**Artículo 2.2.12.1.1.4. Solicitud.** La Junta Médico Laboral podrá ser solicitada por el interesado y/o afectado y por el área de medicina laboral o su equivalente, cuando se presenten las siguientes causales:

1. Cuando en la práctica de un examen de capacidad sicofísica se encuentren lesiones o afecciones que disminuyan la capacidad laboral.
2. Cuando exista un informe administrativo por lesiones.
3. Cuando la incapacidad sea igual o superior a tres (3) meses, continuos o discontinuos, en un (1) año, contado a partir de la fecha de expedición de la primera excusa de servicio total.
4. Cuando existan patologías que así lo ameriten.

**Artículo 2.2.12.1.1.5. Revisión y análisis de la solicitud y soportes.** Las áreas de medicina laboral o su equivalente revisarán y analizarán la pertinencia técnica y jurídica para iniciar el proceso médico laboral, con base en la solicitud de convocatoria.

**Artículo 2.2.12.1.1.6. Estudio de caso.** Las áreas de medicina laboral o su equivalente iniciarán el estudio médico laboral, de acuerdo con la causal de convocatoria, y, de ser necesario, solicitarán

*Continuación del Decreto No. de 2025, Por el cual se adiciona el título 12 a la parte 2 del libro 2 del Decreto 1070 de 2015, decreto único reglamentario del sector defensa, y se reglamentan los artículos 17 (parágrafo), 21 (parágrafo 1) y 46 del Decreto Ley 1796 de 2000, en cumplimiento de una sentencia proferida por la jurisdicción de lo contencioso administrativo.*

valoraciones especializadas y/o exámenes diagnósticos bajo criterios de economía, eficacia, responsabilidad, ética, racionalidad y evidencia científica.

**Artículo 2.2.12.1.1.7. Autorización para la reunión de la Junta Médico Laboral.** El Director de Sanidad de la respectiva Fuerza o de la Policía Nacional o su equivalente autorizará las juntas médico-laborales, únicamente cuando sean solicitadas por el área de medicina laboral u ordenadas por autoridades judiciales.

**Parágrafo.** Para el personal civil de la Unidad Gestión General del Ministerio de Defensa y del Comando General de las Fuerzas Militares, la autorización será expedida por el Director de Sanidad de la Fuerza a la cual esté asignado.

**Artículo 2.2.12.1.1.8. Práctica de la Junta Médico Laboral.** Una vez autorizada, la junta médico-laboral realizará la valoración, evaluación y análisis de los soportes documentales a que hace referencia el artículo 16 del Decreto 1796 de 2000, de acuerdo con la condición psicofísica. La valoración permite la calificación de las lesiones o afecciones adquiridas durante la prestación del servicio.

**Artículo 2.2.12.1.1.9. Actas de la Junta Médico Laboral.** Las decisiones de la junta médico laboral se expresan en un acta en la que se consigna la valoración y calificación de las lesiones o afecciones adquiridas durante la prestación del servicio. El acta de la junta médico laboral es un acto administrativo de carácter particular.

**Artículo 2.2.12.1.1.10. Notificación del acta de Junta Médico Laboral.** El acta de la junta médico laboral se notificará preferentemente por medios electrónicos, bajo las reglas del artículo 56 de la Ley 1437 de 2011 o la norma que lo modifique o sustituya.

**Parágrafo.** En el caso en que no se autorice la notificación electrónica o ésta no se pueda realizar, se aplicará el artículo 69 de la Ley 1437 de 2011, o la norma que lo modifique o sustituya.

**Artículo 2.2.12.1.1.11. Impugnación contra el acta de Junta Médico Laboral.** En caso de inconformidad con la decisión adoptada por la Junta Médico Laboral, se podrá convocar al tribunal médico laboral de revisión militar y de Policía, dentro de los cuatro (4) meses siguientes, contados a partir de la fecha de la notificación.

**Parágrafo:** La solicitud de convocatoria deberá presentarse por escrito, sustentarse, mediante la explicación concreta de los motivos de inconformidad, y el interesado deberá aportar las pruebas que pretende hacer valer. Además, deberá indicar el nombre y la dirección para notificaciones, así como el correo electrónico, en caso de que acepte ser notificado por este medio.

## SECCIÓN 2 TRIBUNAL MÉDICO-LABORAL DE REVISIÓN MILITAR Y DE POLICÍA

**Artículo 2.2.12.1.2.1. Conformación.** El Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía estará conformado por los médicos designados por cada una de las Fuerzas Militares, la Policía Nacional y por el Coordinador del Grupo Asesor Tribunal Médico Laboral del Ministerio de Defensa Nacional, quien velará por la legalidad de las decisiones adoptadas por el Tribunal y, en consecuencia, tendrá voz, pero no voto.

El Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía ejercerá sus funciones por medio de salas. Cada sala estará integrada por lo menos por tres médicos, cada uno de los cuales representará a la Dirección de Sanidad o su equivalente en cada una de las Fuerzas y la Policía Nacional.

**Parágrafo.** El Tribunal Médico Laboral podrá hacer valoraciones médicas a través de salas itinerantes que sesionarán en las ciudades o municipios en los que se identifique el mayor número de solicitudes de convocatoria.

Continuación del Decreto No. de 2025, Por el cual se adiciona el título 12 a la parte 2 del libro 2 del Decreto 1070 de 2015, decreto único reglamentario del sector defensa, y se reglamentan los artículos 17 (parágrafo), 21 (parágrafo 1) y 46 del Decreto Ley 1796 de 2000, en cumplimiento de una sentencia proferida por la jurisdicción de lo contencioso administrativo.

**Artículo 2.2.12.1.2.2. Requisitos.** Para ser miembro del Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía deberá cumplir con los siguientes requisitos:

1. Ser médico titulado por institución de educación superior debidamente avalada.
2. Ser miembro activo de las Fuerzas Militares o Policía Nacional o funcionario de planta de la Dirección General de Sanidad Militar, Dirección General de la Policía Nacional o su equivalente.
3. No tener sanciones proferidas por autoridades disciplinarias competentes y/o de ética médica vigentes.
4. Haber ejercido como autoridad médico laboral, por seis (06) meses o acreditar formación o capacitación en el área de medicina laboral.

**Artículo 2.2.12.1.2.3. Funciones.** En segunda instancia, el Tribunal Médico-Laboral de Revisión Militar y de Policía tendrá las siguientes funciones:

1. Conocer de las reclamaciones que surjan contra la decisión de las juntas médico-laborales y, en consecuencia, podrá ratificarla, modificarla o revocarla.
2. Revisar las modificaciones de las lesiones o afecciones ya calificadas en una Junta Médico Laboral del personal que se encuentre en servicio activo.
3. Revisar los actos administrativos médico-laborales en aquellos eventos en que la Dirección de Sanidad de cada Fuerza o de la Policía Nacional evidencie que no persisten las patologías que dieron origen al reconocimiento de la pensión por invalidez.
4. Determinar si el pensionado por invalidez requiere del auxilio de otra persona para realizar las funciones elementales de su vida cuando la prestación haya tenido origen en acta de Tribunal Médico Laboral.

**Parágrafo:** El Tribunal Médico Laboral conocerá, en única instancia, por solicitud del calificado, de la revisión de las lesiones o afecciones que dieron origen al reconocimiento de la pensión por invalidez.

**Artículo 2.2.12.1.2.4. Solicitud.** La convocatoria al Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía podrá presentarla el calificado, el Director de Sanidad de cada Fuerza o de la Policía Nacional o su equivalente, el Comandante General de las Fuerzas Militares, el Director General de la Policía Nacional, y el Secretario General del Ministerio de Defensa, según sea el caso.

**Artículo 2.2.12.1.2.5. Causales de convocatoria.** Son causales de convocatoria a Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía, las siguientes:

1. **Por inconformidad.** El calificado en primera instancia que se encuentre inconforme con las decisiones contenidas en el acta de Junta Médico Laboral podrá solicitar convocatoria a Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía, en los términos del artículo 2.2.12.1.1.11. del presente decreto.
2. **Por modificación de secuelas.** El interesado o los Directores de Sanidad de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional, o su equivalente, según sea el caso, podrán solicitar convocatoria a Tribunal cuando evidencien que las secuelas de las lesiones o afecciones previamente calificadas por una Junta Médico Laboral definitiva han cambiado, bien sea hacia una mejoría o hacia un deterioro. Esta causal procederá siempre y cuando, al momento de la solicitud de convocatoria, el calificado continúe en servicio activo.
3. **Para revisión a pensionados.** El pensionado por invalidez podrá, en cualquier momento, solicitar que se convoque al Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía. En los casos en que se evidencie que no persiste la patología que dio origen al reconocimiento de la pensión por invalidez, los Directores de Sanidad de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional, o su equivalente, según sea el caso, podrán convocar al Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía.
4. **Por requerirse auxilio de otra persona.** El pensionado por invalidez que requiera del auxilio de otra persona para realizar las funciones elementales de su vida podrá convocar al Tribunal en cualquier momento, siempre y cuando la prestación haya tenido origen en un acta del Tribunal Médico Laboral.

*Continuación del Decreto No. de 2025, Por el cual se adiciona el título 12 a la parte 2 del libro 2 del Decreto 1070 de 2015, decreto único reglamentario del sector defensa, y se reglamentan los artículos 17 (parágrafo), 21 (parágrafo 1) y 46 del Decreto Ley 1796 de 2000, en cumplimiento de una sentencia proferida por la jurisdicción de lo contencioso administrativo.*

**Artículo 2.2.12.1.2.6. Autorización de convocatoria.** El Secretario General del Ministerio de Defensa Nacional autorizará, mediante acto administrativo, las convocatorias que cumplan con los requisitos de oportunidad y procedibilidad señalados en las normas que rigen la materia médico laboral del régimen exceptuado de la Fuerza Pública, del personal civil al servicio del Ministerio de Defensa Nacional, de las Fuerzas Militares y el personal no uniformado de la Policía Nacional vinculado con anterioridad a la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993.

**Artículo 2.2.12.1.2.7. Citación a valoración médica.** El Tribunal Médico Laboral informará, mediante comunicación dirigida al interesado, el lugar, la fecha y la hora en que se realizará la valoración médica.

**Parágrafo 1.** No habrá lugar a una nueva convocatoria del Tribunal en caso de que el interesado que haya solicitado la convocatoria no asista a la valoración médica y no presente la debida justificación.

**Artículo 2.2.12.1.2.8. Valoración médica.** Los médicos del Tribunal realizarán la anamnesis, examen físico y/o la revisión de la documentación aportada por el interesado o la respectiva Dirección de Sanidad o su equivalente, según sea el caso.

**Artículo 2.2.12.1.2.9. Quórum deliberatorio y decisorio.** Para la deliberación y las decisiones que deba adoptar el Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía, o sus salas, se requerirá de la mayoría simple.

**Artículo 2.2.12.1.2.10. Revisión de aspectos jurídicos.** Corresponde al Grupo Asesor Tribunal Médico Laboral del Ministerio de Defensa Nacional velar por la legalidad de las decisiones adoptadas en las actas de Tribunal.

**Artículo 2.2.12.1.2.11. Notificación.** El acta del Tribunal Médico Laboral se notificará preferentemente por medios electrónicos, bajo las reglas del artículo 56 de la Ley 1437 de 2011 o la norma que lo modifique o sustituya.

**Parágrafo.** En el caso en que no se autorice la notificación electrónica o ésta no se pueda realizar, se aplicará el artículo 69 de la Ley 1437 de 2011, o la norma que lo modifique o sustituya.

## CAPÍTULO 2

### DE LA CLASIFICACIÓN DE LESIONES Y AFECCIONES, Y CALIFICACIÓN DE CAPACIDAD PSICOFÍSICA Y DISMINUCIÓN DE CAPACIDAD LABORAL E INDEMNIZACIONES

**Artículo 2.2.12.2.1. Clasificación de las lesiones y afecciones.** Los criterios de clasificación de las lesiones y afecciones de cada una de las nosologías son los fijados en el anexo técnico 1, que forma parte integral del presente decreto.

**Artículo 2.2.12.2.2. Calificación de la capacidad psicofísica.** Para determinar la capacidad psicofísica para el ingreso y permanencia en el servicio se tendrán en cuenta los conceptos de apto, aplazado y no apto a que hace referencia el artículo 3 del Decreto Ley 1796 de 2000.

Los criterios de calificación de no aptitud para cada uno de los grupos anatómicos son los fijados en el Anexo Técnico 2, que forma parte integral del presente decreto.

**Artículo 2.2.12.2.3. Disminución de la capacidad laboral e indemnizaciones.** Los criterios para establecer la disminución de la capacidad laboral e indemnizaciones son la edad del calificado, al momento de ser valorado médicamente por los organismos médico-laborales, y los índices de lesión contemplados para cada una de las entidades nosológicas.

Para obtener el porcentaje de disminución de la capacidad laboral y el factor indemnizatorio, se deberán aplicar los criterios señalados por este artículo, de acuerdo con las tablas de evaluación e indemnizaciones y la fórmula matemática establecidos en el Anexo Técnico 3, que forma parte integral del presente decreto.

*Continuación del Decreto No. de 2025, Por el cual se adiciona el título 12 a la parte 2 del libro 2 del Decreto 1070 de 2015, decreto único reglamentario del sector defensa, y se reglamentan los artículos 17 (parágrafo), 21 (parágrafo 1) y 46 del Decreto Ley 1796 de 2000, en cumplimiento de una sentencia proferida por la jurisdicción de lo contencioso administrativo.*

**Parágrafo 1.** Cuando la valoración médica no permita definir la situación médico laboral del calificado, y se requiera de conceptos especializados, se tomará como referencia la edad del calificado para el momento en que el organismo médico se reúna a analizar los conceptos.

**Artículo 2.2.12.2.4. Modificaciones por avances técnico-científicos.** Los criterios fijados por los artículos 2.2.12.2.1, 2.2.12.2.2 y 2.2.12.2.3 y sus anexos técnicos serán revisados, modificados o actualizados, mediante decreto reglamentario, por lo menos una vez cada tres años, teniendo en cuenta los avances técnico-científicos correspondientes.

**Parágrafo.** Para dar cumplimiento a las revisiones y actualizaciones periódicas ordenadas por el artículo 46 del Decreto Ley 1796 de 2000, en relación con la clasificación de las lesiones y afecciones, la calificación de la capacidad psicofísica y la disminución de capacidad laboral e indemnizaciones, estos criterios serán revisados y modificados o actualizados, de conformidad con la siguiente metodología:

1. La Coordinación del Grupo Asesor del Tribunal Médico Laboral del Ministerio de Defensa Nacional deberá convocar a las Direcciones de Sanidad de las Fuerzas y de la Policía Nacional o su equivalente, para la revisión y análisis de los criterios que requieran actualización.
2. La Coordinación del Grupo Asesor del Tribunal Médico Laboral documentará los avances técnico-científicos y preparará la modificación o actualización.

**Artículo 2.2.12.3. Vigencia.** El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias. Este decreto se aplicará a las convocatorias a Junta Médico Laboral y a Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía que se autoricen a partir de esta la fecha de su publicación

**PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.**

Dado en Bogotá, a los,

**EL MINISTRO DE DEFENSA NACIONAL,**

**IVÁN VELÁSQUEZ GÓMEZ**

	<b>FORMATO</b>	Página 1 de 5
	<b>MEMORIA JUSTIFICATIVA</b>	Código: GJ.-F-008
		Versión: 3
		Vigente a partir de: 17 de julio de 2024

<b>Entidad originadora:</b>	Ministerio de Defensa Nacional
<b>Fecha (dd/mm/aa):</b>	18/12/2024
<b>Proyecto de Decreto/Resolución:</b>	<i>Por el cual se reglamentan los artículos 17, 21 y se determinan los criterios de calificación de la capacidad psicofísica, de la disminución de la capacidad laboral e indemnizaciones y de la clasificación de las lesiones y afecciones de que trata el artículo 46 del Decreto Ley 1796 de 2000.</i>

## 1. ANTECEDENTES Y RAZONES DE OPORTUNIDAD Y CONVENIENCIA QUE JUSTIFICAN SU EXPEDICIÓN.

En el año 2023, de acuerdo con la facultad señalada en el artículo 87 de la Constitución Política y el artículo 146 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, se instauró una acción de cumplimiento contra la Nación – Ministerio de Defensa Nacional – Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía, en consideración a que desde la expedición del Decreto Ley 1796 de 2000 el Gobierno Nacional no ha ejercido la facultad de reglamentar los artículos 17 y 21, y de determinar los criterios de que trata el artículo 46 del citado decreto.

La jurisprudencia del Consejo de Estado ha sido enfática en señalar que la acción de cumplimiento es el mecanismo idóneo para exigir al Gobierno Nacional el ejercicio de la potestad reglamentaria de que trata el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política. (Consejo de Estado Sala de lo Contencioso Administrativo Sección Quinta del 13 de agosto de 2014).

Mediante fallo del ocho (8) de noviembre de dos mil veintitrés (2023), el Tribunal Administrativo de Cundinamarca – Sección Primera - Subsección B, declaró el incumplimiento por parte del Gobierno Nacional. conformado por el Presidente de la República y el Ministerio de Defensa Nacional, al no determinar en un plazo razonable los requisitos de los miembros, funciones, procedimientos y demás aspectos relacionados con la Junta Médico-Laboral; la conformación, requisitos de los miembros, funciones, procedimientos y demás aspectos relacionados con el Tribunal Médico-Laboral de Revisión Militar y de Policía, y para efectos de valoración del personal, los criterios de calificación de la capacidad sicofísica, de disminución de la capacidad laboral e indemnizaciones y de la clasificación de las lesiones.

En fallo emitido por el Consejo de Estado – Sala de lo Contencioso Administrativo – Sección Quinta, del veinticinco (25) de enero de dos mil veinticuatro (2024), se confirmó la sentencia proferida por el Tribunal Administrativo de Cundinamarca - Sección Primera - Subsección B, otorgando el término de un año contado a partir de la notificación de la providencia de segunda instancia para reglamentar el parágrafo del artículo 17, parágrafo 1º del artículo 21 y el artículo 46 del Decreto Ley 1796 de 2000, en el término de un (1) año contado a partir de la notificación de la providencia lo cual ocurrió el 29 de enero de 2024.

De conformidad con lo ordenado en las sentencias de primera y segunda instancia, corresponderá al Gobierno Nacional, conformado por el Presidente de la República y el Ministerio de Defensa Nacional, dentro del plazo establecido, expedir el decreto que dé cumplimiento de lo ordenado.

Así las cosas, se hace necesario analizar, no solamente los aspectos jurídicos derivados de la orden judicial, sino también, con especial relevancia y mayor interés, aquellos aspectos o ejes relacionados con la valoración del personal.

En consecuencia, a efecto de determinar los criterios de la clasificación de las lesiones y afecciones, de la calificación de la capacidad sicofísica del personal de las Fuerzas Militares y de

Policía Nacional, así como de la disminución de la capacidad laboral e indemnizaciones deberá tenerse en consideración la literatura médica, el consenso de los expertos, el alcance de los avances técnico científicos en cada caso, así como el conocimiento y la experiencia investigativa y docente de la Universidad Nacional de Colombia, entidad externa al Ministerio de Defensa Nacional, participante en la estructuración del proyecto del decreto reglamentario.

Por lo anterior, el anexo técnico del decreto reglamentario dará cuenta: **i)**. De los criterios médico-técnicos para la asignación de los diferentes grados de incapacidad e índices de lesión, si a ello hubiese lugar, de una serie de entidades nosológicas susceptibles de valoración y calificación, en razón a su presentación clínica; **ii)**. De los criterios de calificación de no aptitud, teniendo como referente la estructura anatómica, aparatos, movimientos y sistemas del cuerpo humano, sus lesiones y afecciones, y **iii)**. De las tablas de evaluación e indemnizaciones, así como de la fórmula matemática para determinar el porcentaje de disminución de la capacidad laboral, las cuales proveen, a la fecha, los criterios técnicos necesarios y suficientes para ser aplicados en el ejercicio médico laboral del régimen exceptuado.

## **2. ÁMBITO DE APLICACIÓN Y SUJETOS A QUIENES VA DIRIGIDO**

El presente proyecto es aplicable al proceso de evaluación de capacidad psicofísica y disminución de la capacidad laboral de los miembros de la Fuerza Pública, alumnos de escuelas de formación y sus equivalentes en la Policía Nacional, el personal civil al servicio del Ministerio de Defensa Nacional y de las Fuerzas Militares y personal no uniformado de la Policía Nacional vinculado con anterioridad a la vigencia de la Ley 100 de 1993.

## **3. VIABILIDAD JURÍDICA**

### **3.1 Análisis de las normas que otorgan la competencia para la expedición del proyecto normativo.**

El numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, el cual consagra: "*Corresponde al Presidente de la República como Jefe de Estado, Jefe del Gobierno y Suprema Autoridad Administrativa: (...) 11. Ejercer la potestad reglamentaria, mediante la expedición de los decretos, resoluciones y órdenes necesarios para la cumplida ejecución de las leyes*", faculta al presidente de la República de Colombia a expedir los decretos reglamentarios correspondientes para la ejecución de las normativas de carácter legal.

Así las cosas, la potestad reglamentaria ha sido definida por la jurisprudencia del Consejo de Estado como la facultad constitucional que se atribuye de manera permanente al Gobierno Nacional, en cabeza del Presidente de la República, para expedir un conjunto de disposiciones jurídicas de carácter general y abstracto para la debida ejecución de la ley, a través de las cuales desarrolla las reglas y principios en ella fijados y la completa en aquellos detalles y pormenores necesarios que permiten su aplicación, pero que en ningún caso puede modificar, ampliar o restringir en cuanto a su contenido material o alcance (Consejo de Estado – Sala de lo Contencioso Administrativo – Sección Segunda – Subsección B del 27 de mayo de 2021).

Igualmente, indicó en la citada sentencia que: "*...el límite más importante para el ejercicio de la potestad reglamentaria es su subordinación a la ley, tanto desde el punto de vista jerárquico como sustancial, por lo cual no es posible ampliar, restringir, modificar o contrariar la norma promulgada por el legislador (límite por competencia), así como tampoco limitar o impedir la realización de los fines perseguidos por esta*".

Ahora bien, para el caso que nos ocupa, y en relación con la facultad reglamentaria, los artículos 17, 21 y 46 del Decreto Ley 1796 de 2000 establecieron en cabeza del Gobierno Nacional la obligación de determinar los requisitos de los miembros, funciones, procedimientos y demás aspectos relacionados con la Junta Médico-Laboral; la conformación, requisitos de los miembros, funciones, procedimientos y demás aspectos relacionados con el Tribunal Médico-Laboral de Revisión Militar y de Policía, y para efectos de valoración del personal, los criterios de calificación de la capacidad sicofísica, de disminución de la capacidad laboral e indemnizaciones y de la clasificación de las lesiones y afecciones, no obstante, no haber fijado un término específico para hacerlo.

Así las cosas, el Gobierno se vio obligado a ejercer la facultad reglamentaria, como consecuencia de las órdenes judiciales emitidas, con ocasión de la acción de cumplimiento interpuesta por un ciudadano, las cuales delimitaron en un (01) año el plazo para reglamentar los artículos 17 y 21, y determinar los criterios de que trata el artículo 46 del Decreto Ley 1796 de 2000, contado a partir de la fecha de notificación del fallo de segunda instancia, esto es, 29 de enero de 2024.

### 3.2 Vigencia de la ley o norma reglamentada o desarrollada

Continúa vigente el Decreto Ley 1796 de 2000.

### 3.3. Disposiciones derogadas, subrogadas, modificadas, adicionadas o sustituidas.

El presente decreto no deroga, no subroga, no modifica, no adiciona ni sustituye disposición alguna.

### 3.4 Revisión y análisis de la jurisprudencia que tenga impacto o sea relevante para la expedición del proyecto normativo (órganos de cierre de cada jurisdicción).

Sentencia del 8 de noviembre de 2023, a través de la cual el Tribunal Administrativo de Cundinamarca – Sección Primera – Subsección B, declaró el incumplimiento por parte del Gobierno Nacional. conformado por el Presidente de la República y el Ministerio de Defensa Nacional, al no determinar en un plazo razonable los requisitos de los miembros, funciones, procedimientos y demás aspectos relacionados con la Junta Médico-Laboral; la conformación, requisitos de los miembros, funciones, procedimientos y demás aspectos relacionados con el Tribunal Médico-Laboral de Revisión Militar y de Policía, y para efectos de valoración del personal, los criterios de calificación de la capacidad sicofísica, de disminución de la capacidad laboral e indemnizaciones y de la clasificación de las lesiones.

El Consejo de Estado – Sala de lo Contencioso Administrativo – Sección Quinta, en fallo proferido el 25 de enero de 2024, se confirmó la sentencia proferida por el Tribunal Administrativo de Cundinamarca - Sección Primera - Subsección B, otorgando el término de un año contado a partir de la notificación de la providencia de segunda instancia para reglamentar el parágrafo del artículo 17, parágrafo 1º del artículo 21 y el artículo 46 del Decreto Ley 1796 de 2000.

### 3.5 Circunstancias jurídicas adicionales

Con la expedición del presente decreto reglamentario no se encuentra motivada en circunstancias jurídicas adicionales.

	<b>FORMATO</b>	Página 4 de 5
		Código: GJ.-F-008
	<b>MEMORIA JUSTIFICATIVA</b>	Versión: 3
		Vigente a partir de: 17 de julio de 2024

<p><b>4. IMPACTO ECONÓMICO</b> (Si se requiere)</p> <p>La implementación del presente decreto no genera impacto económico.</p>
<p><b>5. VIABILIDAD O DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL</b> (Si se requiere)</p> <p>La implementación del presente decreto no requiere disponibilidad o viabilidad presupuestal.</p>
<p><b>6. IMPACTO MEDIOAMBIENTAL O SOBRE EL PATRIMONIO CULTURAL DE LA NACIÓN</b> (Si se requiere)</p> <p>La implementación del presente decreto no impacta el medioambiental o patrimonio cultural de la Nación.</p>
<p><b>7. ESTUDIOS TÉCNICOS QUE SUSTENTEN EL PROYECTO NORMATIVO</b> (Si cuenta con ellos)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elementos esenciales de baremología en materia médico laboral. (Universidad Nacional).</li> <li>- Estudio técnico de criterios de clasificación de las lesiones y afecciones en el régimen exceptuado de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional. (Universidad Nacional – Ministerio de Defensa).</li> <li>- Actas del Comité Técnico de Aprobación. (Ministerio de Defensa).</li> </ul>
<b>ANEXOS:</b>
<p>Certificación de cumplimiento de requisitos de consulta, publicidad y de incorporación en la agenda regulatoria <i>(Firmada por el servidor público competente –entidad originadora)</i></p>
<p>Concepto(s) de Ministerio de Comercio, Industria y Turismo <i>(Cuando se trate de un proyecto de reglamento técnico o de procedimientos de evaluación de conformidad)</i></p>
<p>Informe de observaciones y respuestas <i>(Análisis del informe con la evaluación de las observaciones de los ciudadanos y grupos de interés sobre el proyecto normativo)</i></p>
<p>Concepto de Abogacía de la Competencia de la Superintendencia de Industria y Comercio <i>(Cuando los proyectos normativos tengan incidencia en la libre competencia de los mercados)</i></p>
<p>Concepto de aprobación nuevos trámites del Departamento Administrativo de la Función Pública <i>(Cuando el proyecto normativo adopte o modifique un trámite)</i></p>
<p>Otro</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elementos esenciales de baremología en materia médico laboral.</li> <li>- Estudio técnico de criterios de clasificación de las lesiones y afecciones en el régimen exceptuado de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional.</li> </ul>

**Aprobó:**

**Luis Hernán Tultachá Ruiz**  
**Director de Asuntos Legales Ministerio de Defensa Nacional**

	<b>FORMATO</b>	Página 5 de 5
		Código: GJ.-F-008
	<b>MEMORIA JUSTIFICATIVA</b>	Versión: 3
		Vigente a partir de: 17 de julio de 2024

Nombre y firma del Jefe de la Oficina Jurídica **entidad originadora o dependencia** que haga sus veces

Myriam García Torres

Coordinadora Grupo Asesor Tribunal Médico Laboral – Secretaría General

Nombre y firma del **(los) servidor(es) público(s) responsables** en la entidad cabeza del sector administrativo que lidera el proyecto normativo

Nombre y firma del (los) servidor(es) público(s) responsables de otras entidades

Nombres y Apellidos	Fuerza - Entidad	Firma
PD. ADRIANA ZULAY LÓPEZ MUÑOZ	Abogada delegada Grupo Asesor Tribunal Médico Laboral - Ministerio de Defensa Nacional	
PD. ANGELA MARÍA TOFIÑO SAAVEDRA	Abogada delegada Dirección General de Sanidad Militar	
SP. GABRIEL SÁNCHEZ MENDOZA	Abogado delegado Dirección General de Sanidad Militar	
TE. KAREN CHÁVEZ ESCOBAR	Abogada delegada del Ejército Nacional	
TN. DANIEL EDUARDO GUARDO CONTRERAS	Abogado delegado de la Armada Nacional	
ST. JORGE EDUARDO RUEDA HIGUERA	Abogado delegado de la Fuerza Aeroespacial Colombiana	
CT. JOSÉ LUIS BARRERA CASTRO	Abogado delegado de la Policía Nacional	
DIEGO ALEJANDRO BRIÑEZ OLAYA	Abogado delegado Universidad Nacional de Colombia	

## ANEXO 1

# DE LA CLASIFICACIÓN DE LESIONES O AFECCIONES QUE ORIGINAN INCAPACIDAD

## GRUPO 1

### HUESOS Y ARTICULACIONES

#### 1. Alcance

A continuación, se establecen los criterios médico-técnicos para la asignación de los diferentes grados de incapacidad e índices de lesión, si a ello hubiese lugar, de una serie de lesiones o afecciones de los huesos y articulaciones que son susceptibles de ello, en razón a su presentación clínica.

#### 1.2 Definiciones

**American Academy of Orthopedic Surgeons (AAOS):** Se utilizará en este documento como referencia de los arcos de movilidad articular en las diferentes unidades articulares y los ejes de movimiento.

**Ejes corporales:** Son líneas imaginarias que atraviesan el cuerpo humano. Estos ejes se utilizan para describir la dirección y el tipo de movimiento en relación con las **articulaciones y los segmentos corporales. Los principales ejes corporales son:**

**Eje Sagital:** Se extiende de adelante hacia atrás, dividiendo el cuerpo en mitades derecha e izquierda. Los movimientos en este eje son flexión y extensión.

**Eje Frontal** (o Coronal): Se extiende de lado a lado, dividiendo el cuerpo en partes anterior y posterior. Los movimientos en este eje son abducción y aducción.

**Eje Transversal** (u Horizontal): Se extiende de un lado a otro, dividiendo el cuerpo en partes superior e inferior. Los movimientos en este eje son rotación.

**Referencia:** Winter, D. (2009) Biomechanics and motor control of human movement. Hoboken: Wiley.

**Goniometría:** Disciplina encargada de medir los ángulos creados por la intersección de los ejes longitudinales de los huesos a nivel de las articulaciones (eje a y eje b de la **Figura 1**). Se realiza con una herramienta denominada *goniómetro*, un instrumento que permite evaluar los movimientos articulares en grados.

**Goniómetro:** es un instrumento utilizado para medir el rango de movimiento de las articulaciones en grados.

#### **Tipos de goniómetros por tamaño:**

**Goniómetro estándar:** Generalmente de 12 a 30 cm de longitud, utilizado para medir el rango de movimiento en diversas articulaciones, como el codo, la rodilla y el hombro.

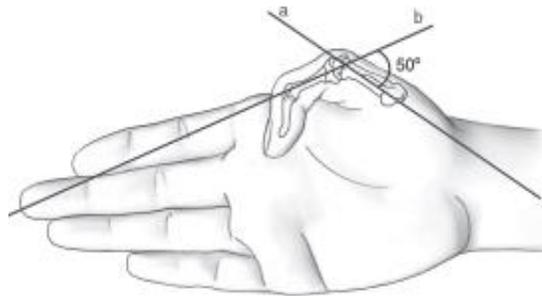
**Goniómetro pequeño:** De menor tamaño, normalmente de 10 a 15 cm, diseñado para medir rangos de movimiento en articulaciones más pequeñas, como las de los dedos.

**Goniómetro grande:** De tamaño mayor, generalmente de 30 cm o más, adecuado para

medir el movimiento en grandes articulaciones, especialmente en pacientes con mayor volumen muscular o en rehabilitación.

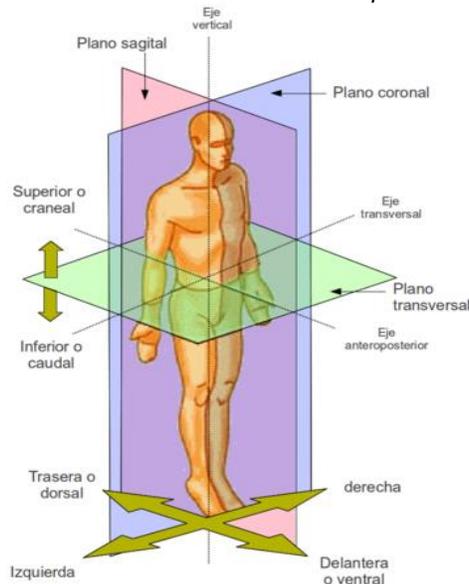
**Referencia:** Kisner, C., & Colby, L. A. (2018). Therapeutic exercise: foundations and techniques (6th ed.). Jones & Bartlett Learning.

*Ilustración 1 Movimiento del dedo pulgar*



**Referencia:** Taboadela, C. (2007). Goniometría: una herramienta para la evaluación de las incapacidades laborales. Asociart ART.

*Ilustración 2 Movimiento del cuerpo humano*



**Referencia:** Moore, K. L., & Dalley, A. F. (2018). Clinically oriented anatomy. Wolters Kluwer.

**Rango de movimiento articular (ROM, por sus siglas en inglés):** se refiere a la capacidad de una articulación para desplazarse a través de un arco de movimiento lo más amplio posible, manteniendo la integridad de las estructuras anatómicas implicadas. El ROM puede ser clasificado en dos tipos:

**Activo:** Movilidad alcanzada utilizando los músculos alrededor de la articulación.

**Pasivo:** Movilidad alcanzada mediante la aplicación de una fuerza externa.

**Referencia:** Zavala-González, J., Pavez-Baeza, F., Gutiérrez-Espinoza, H., & Olgún-Huerta, C. (2018). The effectiveness of joint mobilization techniques for range of motion in adult patients with primary adhesive capsulitis of the shoulder: a systematic review and meta-analysis. *Medwave*, 18(5), e7265. <https://doi.org/10.5867/medwave.2018.05.7265>

**Ejes de Movimiento:** Se utilizará en este documento como referencia de los arcos de movilidad articular en las diferentes unidades articulares y los ejes de movimiento.

### 1.3 Principios de evaluación y calificación

A continuación, se enuncian unos principios de evaluación y calificación de las diferentes estructuras osteomusculares, acorde a las entidades nosológicas consideradas en cada uno de los numerales establecidos en este grupo.

- a. Para fines de evaluación de los arcos de movimiento, se tomará como método de goniometría de referencia el *Método Cero Neutral*, desarrollado por la Academia Americana de Cirujanos Ortopédicos (AAOS por su sigla en inglés). Este método establece una posición de referencia NEUTRAL para evaluar la alineación y movilidad de las articulaciones.
- b. Para determinar los rangos de movilidad del paciente a nivel del segmento corporal estudiado, se utilizará el *Método Cero Neutral*, obteniendo sus rangos de movilidad pasiva y los resultados se contrastarán con los criterios médico-técnicos registrados en cada numeral, según grado de incapacidad.
- c. Para la asignación de índices de lesión en aquellas articulaciones que presentan restricciones de movilidad y que tienen más de un eje de movimiento por unidad articular, se seguirán las instrucciones registradas en cada numeral.
- d. Cuando dentro de los criterios médico-técnicos de asignación de grados de incapacidad y de índices de lesión se contemplan rangos de valores dentro de los cuales se deben contrastar los resultados del evaluado, si ellos se expresan en términos de "mayor de X y hasta Y", se entiende que dentro del rango NO se incluye "X" y SI se incluye "Y".
- e. Si un arco de movilidad es reportado por el especialista como un valor con decimales, este valor debe aproximarse a un número entero, para poder contrastarlo con los rangos de movimiento fijados como criterios y esto se hará teniendo en cuenta que, si el decimal es 1, 2, 3 o 4, se aproxima al entero inmediatamente inferior y si el decimal es 5, 6, 7, 8 o 9, el valor se aproxima al entero inmediatamente superior.
- f. En aquellos segmentos corporales que son pares (por ejemplo, miembros superiores o inferiores, manos, dedos, etcétera) y en caso de evaluados cuya dominancia es izquierda, se les asignará el índice de lesión "derecho" si la patología calificada se halla en un segmento corporal de lateralidad izquierda.
- g. Cuando se valoran lesiones de los dedos anular, medio o meñique (dedos 3, 4 y 5), los numerales respectivos se utilizan para cada dedo lesionado, aplicándose el mismo numeral tantas veces sea necesario especificando el dedo en el cual existe la lesión.

## SECCIÓN A: CRÁNEO

*Tabla 1 Criterios numeral 1-001*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice de lesión
1- 001	Pérdida de sustancia ósea de acuerdo con su extensión y localización:	Se refiere a la destrucción de un segmento del tejido óseo en el cráneo.	--
	a) Pérdida de 1-3 centímetros <b>NO</b> deformante		1
	b) Pérdida de 1- 3 centímetros deformante		2
	c) Pérdida de 3 a 10 centímetros deformante	Pérdida <b>NO</b> deformante de:	2 a 4
		Mayor de 3 y hasta 5 cm	2
		Mayor de 5 y hasta 7 cm	3
		Mayor de 7 y hasta 10 cm	4
	d) Pérdida de 3 a 10 centímetros deformante	Pérdida <b>deformante</b> de:	5 a 8
		Mayor de 3 y hasta 5 cm	5
		Mayor de 5 y hasta 7 cm	6
		Mayor de 7 y hasta 9 cm	7
		Mayor de 9 y hasta 10 cm	8
	e) Pérdida de más de 10 centímetros <b>NO</b> deformante		6 a 9
		Mayor de 10 cm y hasta 11cm	6
		Mayor de 11cm y hasta 12 cm	7
		Mayor de 12 cm y hasta 13 cm	8
		Mayor de 13 cm	9
	f) Pérdida de más de 10 centímetros deformante		10 a 16
		Mayor de 10 cm y hasta 11cm	10
		Mayor de 11 cm y hasta 12 cm	11
	Mayor de 12 cm y hasta 13 cm	12	
	Mayor de 13 cm y hasta 14 cm	13	
	Mayor de 14 cm y hasta 15 cm	14	
	Mayor de 15 cm y hasta 16 cm	15	
	Mayor de 16 cm	16	

**Referencia:** Samii, M., & Tatagiba, M. (2002). Skull base trauma: Diagnosis and management. *Neurological Research*, 24(2), 147–156. <https://doi.org/10.1179/016164102101199693>

## SECCION B: CARA

*Tabla 2 Criterios numeral 1-011*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
1-011	Lesiones de los huesos propios con <b>estenosis nasal unilateral.</b>	Estenosis nasal <b>unilateral</b> mayor del 70%, no corregible quirúrgicamente.	2

*Tabla 3 Criterios numeral 1-012*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
1-012	Lesiones de los huesos propios con <b>estenosis nasal.</b>	Estenosis <b>bilateral</b> nasal mayor del 50% en cada fosa, no corregible quirúrgicamente.	5

*Tabla 4 Criterios numeral 1-013*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
1-013	Pérdida <b>parcial</b> de <b>un maxilar superior</b> según su extensión y repercusión funcional	Se califica con base en la extensión de la pérdida, la repercusión funcional en la masticación y la inteligibilidad.	6 a 10
		A las lesiones de cualquier extensión de un maxilar superior, que requieran o no reconstrucción y no presenten dificultad funcional, no se les asigna índice.	
		Pérdida de hasta una cuarta parte de un maxilar superior que no requiere reconstrucción, con dificultad para la alimentación y en la pronunciación.	6
		Pérdida de más de una cuarta parte de un maxilar superior con reconstrucción, con dificultad para la alimentación y en la pronunciación	7
		Pérdida de dos cuartas partes de un maxilar superior con reconstrucción, sin dificultad para la alimentación ni en la pronunciación.	8
		Pérdida de dos a tres cuartas partes de un maxilar superior con reconstrucción, presenta dificultades para la alimentación y la pronunciación.	9
		Pérdida de dos a tres cuartas partes de un maxilar superior sin posibilidades de reconstrucción, requiere alimentación semilíquida o líquida y tiene dificultad en la pronunciación.	10

**Referencia:** Gómez, V. P., & Castellanos, R. F. (2012). Traumatismo maxilofacial: revisión de la clasificación actual mediante tomografía computada multicorte. Colegio Nacional de Médicos Especialistas en Radiología e Imagen, AC, 228.

*Tabla 5 Criterios numeral 1-014*

<b>Numeral</b>	<b>Entidades nosológicas</b>	<b>Criterio(s)</b>	<b>Índice lesión</b>
1-014	Pérdida total de un maxilar superior	Pérdida total de un maxilar superior, sin posibilidades de reconstrucción o con reconstrucción fallida, que requiere alimentación semilíquida, líquida o enteral y la pronunciación no es inteligible.	14

*Tabla 6 Criterios numeral 1-015*

<b>Numeral</b>	<b>Entidades nosológicas</b>	<b>Criterio(s)</b>	<b>Índice lesión</b>
1-015	Pérdida parcial de los maxilares superiores según extensión y repercusión funcional.	Se entenderá como la pérdida parcial del maxilar superior izquierdo y del maxilar superior derecho (de forma bilateral), con repercusión funcional.	11 a 14
		A las lesiones de cualquier extensión, en cada uno de los maxilares con o sin reconstrucción y que no presenten dificultad funcional residual no se les asigna índice.	
		Pérdida menor de una cuarta parte de cada uno de los dos maxilares superiores, que requiere o no reconstrucción, con dificultad para la alimentación y en la pronunciación.	11
		Pérdida de una cuarta parte y menor de dos cuartas partes de cada uno de los dos maxilares superiores, con reconstrucción, que requiere alimentación blanda y con dificultad en la pronunciación.	12
		Pérdida de dos cuartas partes y menor de tres cuartas partes de cada uno de los dos maxilares superiores, con reconstrucción, que requiere alimentación semilíquida y con dificultad en la pronunciación.	13
		Pérdida de tres cuartas partes en adelante sin llegar a la pérdida total de los dos maxilares superiores, sin posibilidades de reconstrucción, que requiere alimentación semilíquida, líquida o enteral y tiene pronunciación no inteligible.	14

**Referencia:**

Gómez, V. P., & Castellanos, R. F. (2012). Traumatismo maxilofacial: revisión de la clasificación actual mediante tomografía computada multicorte. Colegio Nacional de Médicos Especialistas en Radiología e Imagen, AC, 228.

*Tabla 7 Criterios numeral 1-016*

<b>Numeral</b>	<b>Entidades nosológicas</b>	<b>Criterio(s)</b>	<b>Índice lesión</b>
1-016	Pérdida total de los dos maxilares superiores	Pérdida total de los dos maxilares superiores, sin posibilidades de reconstrucción o con reconstrucción fallida, que requiere alimentación semilíquida, líquida o enteral, la pronunciación no es inteligible y con compromiso en la estética facial.	19

*Tabla 8 Criterios numeral 1-017*

<b>Numeral</b>	<b>Entidades nosológicas</b>	<b>Criterio(s)</b>	<b>Índice lesión</b>
1-017	Fracturas múltiples con consolidación viciosa de los maxilares superiores malar arco zigomático, huesos de la nariz y bóveda palatina, sin mayor repercusión funcional estética.	Fracturas múltiples con consolidación viciosa de los maxilares superiores malar arco zigomático, huesos de la nariz y bóveda palatina, sin mayor repercusión funcional estética.	14

*Tabla 9 Criterios numeral 1-018*

<b>Numeral</b>	<b>Entidades nosológicas</b>	<b>Criterio(s)</b>	<b>Índice lesión</b>
1-018	Pérdida de los maxilares superiores, malar arco zigomático, huesos de la nariz o bóveda palatina, órbita y partes blandas.	Pérdida de los maxilares superiores, malar arco zigomático, huesos de la nariz o bóveda palatina, órbita y partes blandas.	20

*Tabla 10 Criterios numeral 1-019*

<b>Numeral</b>	<b>Entidades nosológicas</b>	<b>Criterio(s)</b>	<b>Índice lesión</b>
1-019	Pérdida parcial de la bóveda palatina según su extensión y el compromiso de la arcada dentaria.	Pérdida parcial de la bóveda palatina según su extensión y el compromiso de la arcada dentaria	
	a) Grado medio	Pérdida de una porción de la bóveda palatina menor al 50% de su área, con compromiso parcial de la arcada dentaria y repercusión funcional en la masticación y la pronunciación.	3
	b) Grado máximo	Pérdida de una porción de la bóveda palatina igual o mayor al 50% y menor al 70%, con compromiso completo de la arcada dentaria y repercusión funcional en la masticación y la pronunciación.	6

*Tabla 11 Criterios numeral 1-020*

<b>Numeral</b>	<b>Entidades nosológicas</b>	<b>Criterio(s)</b>	<b>Índice lesión</b>
1-020	Pérdida total de la bóveda palatina	Pérdida total de la bóveda palatina (igual o mayor al 70%).	10

*Tabla 12 Criterios numeral 1-021*

<b>Numeral</b>	<b>Entidades nosológicas</b>	<b>Criterio(s)</b>	<b>Índice lesión</b>
1-021	Pérdida de sustancia de la bóveda palatina y del velo del paladar.		
	a) Sin prótesis posible	Sin prótesis posible	12
	b) Con prótesis satisfactoria, pero con repercusión sobre la locución y la deglución.	Con prótesis satisfactoria, pero con repercusión sobre la locución y la deglución.	10

*Tabla 13 Criterios numeral 1-022*

<b>Numeral</b>	<b>Entidades nosológicas</b>	<b>Criterio(s)</b>	<b>Índice lesión</b>
1-022	Pérdida parcial del maxilar inferior sin marcada repercusión funcional, según su extensión y la deformación que produzca.	Se abordará el maxilar como una única estructura ósea y se entenderá la expresión " <i>SIN marcada repercusión funcional</i> " como la conservación de la pronunciación y la limitación en la masticación para alimentos duros.	4 a 8
		Pérdida menor del 15% del maxilar inferior, sin alteraciones en la simetría facial.	4
		Pérdida igual o mayor al 15% y menor al 30% del maxilar inferior, con o sin alteraciones en la simetría facial	5
		Pérdida igual o mayor al 30% y menor del 45% del maxilar inferior, con alteraciones en la simetría facial.	6
		Pérdida igual o mayor al 45% y menor del 60% del maxilar inferior, con alteraciones en la simetría facial.	7
		Pérdida igual o mayor al 60% y menor del 70% del maxilar inferior, con alteraciones en la simetría facial.	8

*Tabla 14 Criterios numeral 1-023*

<b>Numeral</b>	<b>Entidades nosológicas</b>	<b>Criterio(s)</b>	<b>Índice lesión</b>
1-023	Pérdida parcial del maxilar inferior con marcada repercusión funcional; según su extensión, deformación y alteración de la función.	Se abordará el maxilar como una única estructura ósea y se entenderá la expresión " <i>CON marcada repercusión funcional</i> " como el compromiso de la pronunciación y la masticación, de acuerdo con los siguientes criterios enunciados a continuación.	10 a 14
		Pérdida igual o mayor al 45% y menor del 60% del maxilar inferior, que requiere alimentación blanda, con pronunciación inteligible y sin alteraciones en la simetría facial.	10
		Pérdida igual o mayor al 45% y menor del 60% del maxilar inferior, que requiere alimentación semiblanda, con pronunciación inteligible, con asimetría facial visible a una distancia menor o igual a 50 cm.	11

		Pérdida igual o mayor al 45% y menor del 60% del maxilar inferior, con dificultad para la masticación que requiere alimentos líquidos o semilíquidos, con pronunciación inteligible, con asimetría facial visible a una distancia mayor a 50 cm y menor a 100 cm.	12
		Pérdida igual o mayor al 60% y menor del 70% del maxilar inferior, con dificultad para la masticación, que requiere alimentos líquidos o semilíquidos, con pronunciación no inteligible, con asimetría facial visible a una distancia mayor o igual a 100 cm.	13
		Pérdida igual o mayor al 60% y menor del 70% del maxilar inferior, con dificultad para la masticación que requiere alimentos por vía enteral, con pronunciación no inteligible, con asimetría facial visible a una distancia mayor o igual a 100 cm.	14

*Tabla 15 Criterios numeral 1-024*

<b>Numeral</b>	<b>Entidades nosológicas</b>	<b>Criterio(s)</b>	<b>Índice lesión</b>
1-024	Pérdida total del maxilar inferior	Pérdida igual o mayor al 70% del maxilar inferior.	20

*Tabla 16 Criterios numeral 1-025*

<b>Numeral</b>	<b>Entidades nosológicas</b>	<b>Criterio(s)</b>	<b>Índice lesión</b>
1-025	Trastornos de la masticación por lesiones de las articulaciones temporo - mandibulares sin pérdida de sustancia ósea:	Trastornos de la masticación por lesiones de las articulaciones temporo - mandibulares sin pérdida de sustancia ósea:	
	a) Grado mínimo	Limitación mínima de la movilidad mandibular, dada por una apertura bucal de 30 a 39 mm, sin crepitación o sin ruidos articulares, con una masticación efectiva.	4
	b) Grado medio	Limitación moderada de la movilidad mandibular dada por una apertura bucal de 20 a 29 mm, con o sin crepitación durante el movimiento mandibular y con dificultades para la masticación de alimentos sólidos.	7
	c) Grado máximo	Limitación grave de la movilidad mandibular dada por una apertura bucal menor de 20 mm, con crepitación articular e incapacidad de masticar.	10

*Tabla 17 Criterios numeral 1-026*

<b>Numeral</b>	<b>Entidades nosológicas</b>	<b>Criterio(s)</b>	<b>Índice lesión</b>
----------------	------------------------------	--------------------	----------------------

1-026	Pérdida de los maxilares superiores y de la mandíbula.	Se entiende como la pérdida igual o mayor del 70% de cada uno de los maxilares superiores y la pérdida igual o mayor del 70% de la mandíbula.	21
-------	--	---	----

*Tabla 18 Criterios numeral 1-027*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
1-027	Otras lesiones óseas de la cara que produzcan deformaciones o alteraciones funcionales:		
	a) Grado mínimo	Lesiones con deformidad frontal y/u orbitaria, visibles a una distancia menor a 50 cm.	3
	b) Grado medio	Lesiones con deformidad frontal y/u orbitaria, visibles a una distancia igual o mayor de 50 cm y hasta 100 cm.	6
	c) Grado máximo	Lesiones con deformidad frontal y/u orbitaria visibles a una distancia mayor a 100 cm.	9

*Tabla 19 Criterios numeral 1-028*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
1-028	Pérdidas hasta de cinco piezas dentarias. Únicamente prótesis por la sanidad respectiva.	La pérdida hasta de cinco piezas dentarias no dará lugar a asignación de índices de lesión y la Sanidad de la Fuerza respectiva le suministrará prótesis.	-

*Tabla 20 Criterios numeral 1-029*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
1-029	Pérdida traumática de más de cinco piezas dentarias con prótesis y masticación deficiente, proporcionalmente al número de piezas perdidas.	Pérdida superior a cinco piezas dentales asociado a un evento traumático, con presencia de prótesis o implantes dentales y dificultad en la masticación.	4

*Tabla 21 Criterios numeral 1-030*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
1-030	Pérdida total de la dentadura de origen traumático y prótesis.	Se entiende como edéntulo total, la pérdida total de la dentadura, asociado a un evento traumático, así haya sido tratado con prótesis o implantes dentales.	5

*Tabla 22 Criterios numeral 1-031*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
1-031	Lesiones severas de los maxilares, con amputación parcial o total de la lengua con graves trastornos de la deglución y del lenguaje.	Lesiones severas de los maxilares, con amputación parcial o total de la lengua con graves trastornos de la deglución y del lenguaje.	21

**Referencia:**

- Hussain, Karim BDS, MB, BS, FFDRCS(Irel), FDSRCS(Eng), FRCS(Eng)a; Wijetunge, Don B. MB, ChB, FRCS, FACEPa; Grubnic, Sisa MB, BSa; Jackson, Ian T. MD, FRCS, FRACS(Hon), FACSb. A COMPREHENSIVE ANALYSIS OF CRANIOFACIAL TRAUMA. The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care 36(1):p 34-47, January 1994. [https://journals.lww.com/jtrauma/abstract/1994/01000/A\\_Comprehensive\\_Analysis\\_of\\_Craniofacial\\_Trauma.6.aspx](https://journals.lww.com/jtrauma/abstract/1994/01000/A_Comprehensive_Analysis_of_Craniofacial_Trauma.6.aspx)
- Perú. Ministerio Público. Fiscalía de la Nación. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2021). Guía médico legal: Evaluación pericial para determinación de señal permanente y deformación del rostro. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Lima, Perú.

## SECCIÓN C: CUELLO

*Tabla 23 Criterios numeral 1-031*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio	Índice lesión																	
1-041	Lesiones o afecciones que determinen alteración de los movimientos normales del <b>cuello o dolor con o sin signos radiológicos de origen traumático:</b>	<b>Movilidad pasiva encontrada</b>																		
		Para determinar el índice de lesión a asignar en el cuello, se deben obtener, en primera instancia, los grados de incapacidad (mínimo, medio o máximo) de cada uno de los tres ejes de movimiento de ese segmento (flexo-extensión, inclinación y rotación). Cuando se evalúa cada uno de esos ejes, se obtendrá el grado de incapacidad de acuerdo con el movimiento más comprometido en ese eje.																		
		Cuando hay compromiso de dos o tres ejes, la calificación final se hará de acuerdo con los siguientes parámetros:																		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Si dos o más ejes tienen el mismo grado de incapacidad, se toma este como el grado de incapacidad general del cuello y se asignará el valor del índice que le corresponda.</li> <li>En el caso que un eje esté en mínimo, otro en medio y el tercero este en máximo, se tomará como el grado de incapacidad general del cuello el grado medio y se asignará el valor del índice que le corresponda.</li> </ul>																		
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #d9e1f2;">Flexo (F) Extensión (E)</th> <th style="background-color: #d9e1f2;">Inclinación lateral derecha o izquierda</th> <th style="background-color: #d9e1f2;">Rotación derecha- izquierda</th> <th style="background-color: #d9e1f2;">Índice de lesión</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Grado mínimo</td> <td>F: &gt;20° a &lt; 35° E: 41° a &lt; 60°</td> <td>31° a &lt;45°</td> <td>41° a &lt;60°</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>b) Grado medio</td> <td>F: 10° a 20° E: 21° a 40°</td> <td>16° a 30°</td> <td>21° a 40°</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>c) Grado máximo</td> <td>F: &gt; 0° a &lt;10° E: &gt;0° a 20°</td> <td>&gt; 0° a 15°</td> <td>&gt;0° a 20°</td> <td style="text-align: center;">12</td> </tr> </tbody> </table>	Flexo (F) Extensión (E)	Inclinación lateral derecha o izquierda	Rotación derecha- izquierda	Índice de lesión	a) Grado mínimo	F: >20° a < 35° E: 41° a < 60°	31° a <45°	41° a <60°	4	b) Grado medio	F: 10° a 20° E: 21° a 40°	16° a 30°	21° a 40°	8	c) Grado máximo	F: > 0° a <10° E: >0° a 20°	> 0° a 15°	>0° a 20°
Flexo (F) Extensión (E)	Inclinación lateral derecha o izquierda	Rotación derecha- izquierda	Índice de lesión																	
a) Grado mínimo	F: >20° a < 35° E: 41° a < 60°	31° a <45°	41° a <60°	4																
b) Grado medio	F: 10° a 20° E: 21° a 40°	16° a 30°	21° a 40°	8																
c) Grado máximo	F: > 0° a <10° E: >0° a 20°	> 0° a 15°	>0° a 20°	12																

*Tabla 24 Criterios numeral 1-042*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio	Índice lesión				
1-042	Lesiones o afecciones que determinen alteración de los movimientos normales del <b>cuello o dolor con o sin signos radiológicos de origen degenerativo:</b>	<p>Para determinar el índice de lesión a asignar en el cuello, se deben obtener, en primera instancia, los grados de incapacidad (mínimo, medio o máximo) de cada uno de los tres ejes de movimiento de ese segmento (flexo-extensión, inclinación y rotación). Cuando se evalúa cada uno de esos ejes, se obtendrá el grado de incapacidad de acuerdo con el movimiento más comprometido en ese eje.</p> <p>Cuando hay compromiso de dos o tres ejes, la calificación final se hará de acuerdo con los siguientes parámetros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si dos o más ejes tienen el mismo grado de incapacidad, se toma este como el grado de incapacidad general del cuello y se asignará el valor del índice que le corresponda.</li> <li>• En el caso que un eje esté en mínimo, otro en medio y el tercero este en máximo, se tomará como el grado de incapacidad general del cuello el grado medio y se asignará el valor del índice que le corresponda.</li> </ul>					
		<b>Flexo (F) Extensión (E)</b>	<b>Inclinación lateral derecha o izquierda</b>	<b>Rotación derecha-izquierda</b>	<b>Índice de Lesión</b>		
		a) Grado mínimo	F: >20° a < 35° E: 41° a < 60°	31° a <45°	41° a <60°	2	
		b) Grado medio	F: 10° a 20° E: 21° a 40°	16° a 30°	21° a 40°	4	
		c) Grado máximo	F: > 0° a <10° E: >0° a 20°	> 0° a 15°	>0° a 20°	6	

## SECCIÓN D: TÓRAX

Tabla 25 Criterios numeral 1-051

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
1-051	Lesiones o afecciones esternales, condrocostales, vertebrales dorsales <b>sin repercusión funcional:</b>	A estas lesiones se les asignarán índices lesionales únicamente cuando los hallazgos estén soportados objetivamente con imágenes diagnósticas. No se le asignará este numeral a las lesiones de las dos últimas vértebras dorsales.	
	a) Grado mínimo	<p>Quando se hallen lesiones o afecciones de una a tres vertebrales dorsales, tales como protrusiones, desplazamientos, subluxaciones, fracturas vertebrales estables, deshidratación de discos, osteofitos menores a 3 mm, espondilosis, entre otras.</p> <p>ó</p> <p>Quando se halle compromiso en las uniones condrocostales o esternales, dado por osteofitos menores a 3 mm u otras lesiones.</p>	1
	b) Grado medio	Quando se hallen lesiones o afecciones de cuatro a seis vertebrales dorsales, tales como protrusiones, desplazamientos, subluxaciones, fracturas vertebrales estables, deshidratación de discos, osteofitos menores a 3 mm, espondilosis, entre otras.	4
	c) Grado máximo	Quando se hallen lesiones o afecciones de más de seis vertebrales dorsales, tales como protrusiones, desplazamientos, subluxaciones, fracturas vertebrales estables, deshidratación de discos, osteofitos menores a 3 mm, espondilosis, entre otras.	9

*Tabla 26 Criterios numeral 1-052*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
1-052	Lesiones o afecciones esternales, condrocostales, vertebrales dorsales <b>con repercusión funcional:</b>	A estas lesiones se les asignarán índices lesionales únicamente cuando los hallazgos estén soportados objetivamente con imágenes diagnósticas y estudios electro diagnósticos. No se le asignará este numeral a las lesiones de las dos últimas vértebras dorsales.	
	a) Grado mínimo	<p>Quando se hallen lesiones o afecciones de una a tres vertebrales dorsales, tales como protrusiones, desplazamientos, subluxaciones, fracturas vertebrales estables, deshidratación de discos, osteofitos menores a 3 mm, espondilosis, entre otras. Cualquiera de estos hallazgos, asociado con radiculopatía a ese nivel.</p> <p style="text-align: center;">ó</p> <p>Quando se halle compromiso de las uniones condrocostales o esternales, dado por osteofitos mayores a 3 mm u otras lesiones y se asocie a este hallazgo restricción en la movilidad torácica, deformidad visible o limitación en los arcos de movimiento en los que se involucre(n) la(s) articulación(es) comprometida(s)</p>	4
	b) Grado medio	Quando se hallen lesiones o afecciones de cuatro a seis vertebrales dorsales, tales como protrusiones, desplazamientos, subluxaciones, fracturas vertebrales estables, deshidratación de discos, osteofitos menores a 3 mm, espondilosis, entre otras. Cualquiera de estos hallazgos, asociado con radiculopatía a ese nivel.	8
	c) Grado máximo	Quando se hallen lesiones o afecciones de más de seis vertebrales dorsales, tales como protrusiones, desplazamientos, subluxaciones, fracturas vertebrales estables, deshidratación de discos, osteofitos menores a 3 mm, espondilosis, entre otras. Cualquiera de estos hallazgos, asociado con radiculopatía a ese nivel.	12

## SECCION E: COLUMNA VERTEBRAL LUMBAR

*Tabla 27 Criterios numeral 1-061*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
1-061	Lesiones o afecciones de la <b>columna lumbar, incluyendo las dos últimas vértebras dorsales sin repercusión funcional:</b>	A estas lesiones se les asignarán índices lesionales únicamente cuando los hallazgos estén soportados objetivamente con imágenes diagnósticas.	
	a) Grado mínimo	Cuando se hallen lesiones o afecciones de una a dos vértebras lumbares y/o de las últimas dos vértebras dorsales, dado por espondilolistesis, fracturas vertebrales estables, espondilosis, protrusiones, deshidratación de discos, hernias discales, entre otras.	1
	b) Grado medio	Cuando se hallen lesiones o afecciones de tres a cuatro vértebras lumbares y/o de las últimas dos vértebras dorsales, dado por espondilolistesis, fracturas vertebrales estables, espondilosis, protrusiones, deshidratación de discos, hernias discales, entre otras	5
	c) Grado máximo	Cuando se hallen lesiones o afecciones de más de cinco vértebras lumbares y/o de las últimas dos vértebras dorsales, dado por espondilolistesis, fracturas vertebrales estables, espondilosis, protrusiones, deshidratación de discos, hernias discales, entre otras	10

*Tabla 28 Criterios numeral 1-062*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
1-062	Lesiones o afecciones de la <b>columna lumbar, incluyendo las dos últimas vértebras dorsales con repercusión funcional:</b>	A estas lesiones se les asignarán índices lesionales únicamente cuando los hallazgos estén soportados objetivamente con imágenes diagnósticas y estudios electro diagnósticos.	
	a) Grado mínimo	Cuando se hallen lesiones o afecciones de las vértebras lumbares y/o de las últimas dos vértebras dorsales, dado por espondilolistesis, fracturas vertebrales estables, espondilosis, protrusiones, deshidratación de discos, hernias discales, entre otras. Cualquiera de los hallazgos descritos, debe estar asociado con radiculopatía a ese nivel, pero NO se evidencia limitación en las	5

		actividades de la vida diaria del evaluado (bipedestación, marcha, patrones motores gruesos, desplazamientos y sortear obstáculos).	
	b) Grado medio	Cuando se hallen lesiones o afecciones de las vértebras lumbares y/o de las últimas dos vértebras dorsales, dado por espondilolistesis, fracturas vertebrales estables, espondilosis, protrusiones, deshidratación de discos, hernias discales, entre otras. Cualquiera de los hallazgos descritos, debe estar asociado con radiculopatía a ese nivel, con signos de denervación y atrofia, con limitación para las actividades de la vida diaria, sin requerimiento de ayudas técnicas	10
	c) Grado máximo	Cuando se hallen lesiones o afecciones de las vértebras lumbares y/o de las últimas dos vértebras dorsales, dado por espondilolistesis, fracturas vertebrales estables, espondilosis, protrusiones, deshidratación de discos, hernias discales, entre otras. Cualquiera de los hallazgos descritos, debe estar asociado con radiculopatía a ese nivel, con signos de denervación y atrofia, con limitación para las actividades de la vida diaria, con requerimiento de ayudas técnicas.	15

*Tabla 29 Criterios numeral 1-063*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
1-063	<b>Discitis, síndrome del canal estrecho o post laminectomía y otras lesiones de este tipo no contempladas:</b>	La discitis es una inflamación del disco intervertebral cuya etiología es usualmente infecciosa. El síndrome del canal estrecho es una condición en la cual el diámetro del canal espinal se reduce a cualquier nivel, ejerciendo presión sobre la médula espinal y/o sus raíces nerviosas, produciendo sintomatología sensitiva, muscular, problemas en la marcha y compromiso de esfínteres. El síndrome poslaminectomía se presenta como una serie de síntomas persistentes o recurrentes, que se generan posterior a una o más intervenciones quirúrgicas sobre la columna vertebral.	
		A estas lesiones se les asignarán índices lesionales únicamente cuando los hallazgos estén soportados objetivamente con imágenes diagnósticas y estudios electro diagnósticos y se le asignarán índices de lesión cuando estas condiciones se encuentren ACTIVAS (no se califica el antecedente aislado de la condición) y cuando cumplan los criterios que se describen a continuación para cada grado de incapacidad:	
		El evaluado presenta un valor de 0 a 4 (dolor leve) en la escala visual análoga del dolor, posterior a la analgesia, el cual NO afecta las actividades diarias, con un examen físico en el que tiene un test de marcha normal, la fuerza en miembros inferiores es de 4/5 o 5/5 y tiene sensibilidad normal.	3
	b) Grado medio	El evaluado presenta un valor de 5 a 7 (dolor moderado) en la escala visual análoga del dolor, posterior a la analgesia, al examen físico evidencia un test de marcha con marcha inestable, disminución de la velocidad o con	6

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
		compensaciones, fuerza en miembros inferiores de 3/5 que afecta las actividades de su vida diaria y tiene alteraciones de la sensibilidad.	
	c) Grado máximo	El evaluado presenta un valor de 8 a 10 (dolor severo) en la escala visual análoga del dolor, posterior a la analgesia, al examen físico evidencia un test de marcha con marcha muy inestable que requiere uso de ayudas técnicas como bastón o andador, dada la dificultad para mantener el equilibrio, fuerza en miembros inferiores de 1/5 a 2/5 o atrofia muscular, déficit sensitivo con síndrome de cola de caballo o mielopatía.	9

## SECCIÓN F: PELVIS

*Tabla 30 Criterios numeral 1-071*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s) Restricción	Índice lesión
1- 071	Lesiones o afecciones de los huesos de la pelvis o de las articulaciones sacroilíacas, sacro coccígeas y pubianas con alteración y con recuperación funcional:	Para una adecuada aplicación del presente numeral, se entiende el término " <i>recuperación funcional</i> " como "REPERCUSION FUNCIONAL". A estas lesiones se les asignarán índices lesionales únicamente cuando los hallazgos estén soportados objetivamente en la historia clínica.	
	a) Grado mínimo	Se asignará este índice a evaluados con antecedente de fracturas mínimamente desplazadas menores o iguales a 1 cm, con o sin cirugía, consolidadas, estables y sin separación de la sínfisis púbica, entre otras. La repercusión funcional se verificará mediante la evaluación de la marcha: el evaluado presenta en la marcha ligeras asimetrías en el tiempo de apoyo, sin caídas o tropezos, con reducción de velocidad en terrenos irregulares, pero la realiza sin asistencia.	5
	b) Grado medio	Se asignará este índice a evaluados con antecedente de fracturas desplazadas mayor a 1 cm y menor a 2 cm del ilion, isquion sacro o coxis, consolidadas con o sin cirugía, o separación de la sínfisis púbica mayor o igual a 3 cms, sin inestabilidad, entre otras. La repercusión funcional se verificará mediante la evaluación del dolor y de la marcha. El evaluado presenta dolor con actividades mínimas. En la marcha presenta dificultades en la fase de apoyo, con movimientos compensatorios, pérdida de equilibrio durante la transición entre fases, tropezos frecuentes en superficies irregulares y disminución de la velocidad, requiriendo asistencia para la deambulación con bastón o andador.	10
	c) Grado máximo	Se asignará este índice a evaluados con antecedente de luxación de articulaciones sacro-iliacas, o fracturas, luxos fracturas con ruptura de los ligamentos sacroilíacos, fracturas transversas sacras con disociación pélvico-espinal o complicaciones severas postquirúrgicas incluyendo pseudoartrosis, osteomielitis o inestabilidad documentada, entre otras. La repercusión funcional se verificará mediante la evaluación del dolor y de la marcha. El evaluado presenta dolor en reposo. En la marcha presenta incapacidad para caminar de manera segura con asistencia, tiene fases de apoyo y oscilación inadecuadas o ausentes, presenta una marcha en "pasos cortos" o "arrastrando los pies", tropezos, alta frecuencia de caídas y pérdida de equilibrio constante, velocidad muy lenta o inexistente, con incapacidad para iniciar la marcha sin apoyo, con requerimiento de silla de ruedas u otras ayudas técnicas.	15

*Tabla 31 Criterios numeral 1-072*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
1-072	Lesiones o afecciones de los huesos de la pelvis o de las articulaciones sacroilíacas, sacro coccígeas y pubianas con alteración y sin recuperación funcional:	Para una adecuada aplicación del presente numeral, se entiende el término "recuperación funcional" como "REPERCUSION FUNCIONAL". A estas lesiones se les asignarán índices lesionales únicamente cuando los hallazgos estén soportados objetivamente en la historia clínica.	
	a) Grado mínimo	Antecedente de fracturas mínimamente desplazadas hasta 1 cm, con o sin cirugía, consolidada y estable y sin separación de la sínfisis púbica, entre otras, sin compromiso funcional.	1
	b) Grado medio	Antecedente de fracturas desplazadas mayor de 1 cm y hasta 2 cm del ilion, isquion, sacro o coxis; consolidada con o sin cirugía, o separación de la sínfisis púbica mayor o igual a 2 cm sin inestabilidad, entre otras, sin compromiso funcional.	5
	c) Grado máximo	Antecedente de luxación de articulaciones sacro-iliacas, o fracturas, luxos, fracturas con ruptura de ligamentos sacroilíacos, fracturas transversas sacras con disociación pélvico espinal o complicaciones severas postquirúrgicas incluyendo pseudoartrosis, osteomielitis o inestabilidad documentada, entre otras, sin compromiso funcional.	10

**Referencia:** American Academy of Orthopaedic Surgeons – AAOS. (2019). Orthopaedic practice in the U.S. 2018. American Academy of Orthopaedic Surgeons – AAOS. <https://www.aaos.org/globalassets/quality-and-practice-resources/census/2018-census.pdf>

## SECCION G: MIEMBROS SUPERIORES

**Nota decreto 094 de 1989:** En las personas zurdas, para los efectos de su clasificación, el miembro superior izquierdo se considera como principal o diestro.

*Tabla 32 Criterios numeral 1-081*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Derecho	Índice Izquierdo
1-081	Lesiones o afecciones con dolor o limitación de los movimientos del hombro, de etiología <b>traumática:</b>	<p>Para la asignación de este numeral, se tomará en cuenta dos situaciones clínicas: las lesiones o afecciones del hombro que ocasionen limitación de sus movimientos y las lesiones o afecciones de hombro, con daño estructural PERSISTENTE, a pesar del tratamiento y que curse con dolor postanalgesia, a pesar de no existir limitación de movimientos.</p> <p>Para la determinación de la limitación de los movimientos del hombro, se determinará el grado de incapacidad global del hombro (mínimo, medio, máximo) teniendo en cuenta el valor relativo de cada uno de los seis movimientos articulares sobre la funcionalidad total de la articulación del hombro (articulación gleno-humeral). Para ello, se considera que el eje de flexo extensión representa el 50% (con un peso porcentual del movimiento de flexión del 40% y del movimiento de extensión del 10%), la abducción y aducción el 30% (con un peso porcentual del movimiento de abducción del 23% y del movimiento de aducción del 7%) y la rotación interna y externa el 20% (con un peso porcentual del movimiento de rotación interna del 10% y del movimiento de rotación externa del 10%).</p> <p>Para calcular los valores relativos de cada uno de los movimientos, se efectuará un cálculo del promedio ponderado de los mismos, así:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se comparan los rangos de movilidad establecidos por cada grado de incapacidad y por cada movimiento contra los valores obtenidos en el examen clínico del evaluado, para obtener la graduación de la incapacidad de cada uno de los seis movimientos del hombro, como mínimo, medio o máximo.</li> <li>• Una vez obtenidos los 6 grados de incapacidad, a cada uno se les asigna un valor numérico, el cual será 0 (cero) si no hay alteración en el movimiento, 1 para mínimo, 2 para medio y 3 para máximo.</li> <li>• El valor de cada uno de los 6 arcos de movimiento se multiplica por el ponderado correspondiente así: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Flexión por 0,4 (40%)</li> <li>○ Extensión por 0,1 (10%).</li> <li>○ Abducción por 0,23 (23%)</li> <li>○ Aducción por 0,07 (7%).</li> <li>○ Rotación interna por 0,1 (10%) y</li> <li>○ Rotación externa por 0,1 (10%).</li> </ul> </li> <li>• Los seis valores así obtenidos, se suman, obteniendo el promedio ponderado.</li> <li>• Para efectos de obtener un valor final, expresado en números enteros para el promedio ponderado, se aproximan los decimales obtenidos al entero más cercano, teniendo en cuenta que los decimales 1, 2, 3 y 4 se aproximan al entero inmediatamente inferior y los decimales 5, 6, 7, 8 y 9 se aproximan al entero inmediatamente superior.</li> <li>• Una vez obtenido el valor final, a este se le asigna un grado de incapacidad así: 1 para mínimo, 2 para medio y 3 para máximo para la asignación del índice de lesión correspondiente. Es de anotar que el valor que se asigna</li> </ul>		

	<p>cuando el hombro calificado corresponde al miembro superior dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "derecho" y cuando el hombro calificado corresponde al miembro superior NO dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "izquierdo".</p>									
		Flexión (Grados de movilidad)	Extensión (Grados de movilidad)	Abducción	Aducción	Rotación Interna	Rotación Externa	Dolor post analgesia (escala visual análoga EVA)	<b>Índice Derecho</b>	<b>Índice Izquierdo</b>
	a) Grado mínimo	150° a 90°	40° a 21°	140° a 90°	30° a 21°	60° - 50°	60° a 30°	1 a 4	2	1
	b) Grado medio	89° a 20°	20° a 11°	89° a 20°	20° a 11°	<50° a 20°	<30° a 20°	5 a 7	4	3
c) Grado máximo	< 20°	<10°	< 20°	<10°	< 20°	< 20°	8 a 10	8	6	

*Tabla 33 Criterios numeral 1-082*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)						Índice Derecho	Índice Izquierdo	
1-082	Lesiones o afecciones con dolor o limitación de los movimientos del hombro con <b>etiología degenerativa</b>	<p>Para la asignación de este numeral, se tomará en cuenta dos situaciones clínicas: las lesiones o afecciones del hombro que ocasionen limitación de sus movimientos y las lesiones o afecciones de hombro, con daño estructural PERSISTENTE, a pesar del tratamiento y que curse con dolor postanalgesia, a pesar de no existir limitación de movimientos</p> <p>Para la determinación de la limitación de los movimientos del hombro, se determinará el grado de incapacidad global del hombro (mínimo, medio, máximo) teniendo en cuenta el valor relativo de cada uno de los seis movimientos articulares sobre la funcionalidad total de la articulación del hombro (articulación gleno-humeral). Para ello, se considera que el eje de flexo extensión representa el 50% (con un peso porcentual del movimiento de flexión del 40% y del movimiento de extensión del 10%), la abducción y aducción el 30% (con un peso porcentual del movimiento de abducción del 23% y del movimiento de aducción del 7%) y la rotación interna y externa el 20% (con un peso porcentual del movimiento de rotación interna del 10% y del movimiento de rotación externa del 10%).</p> <p>Para calcular los valores relativos de cada uno de los movimientos, se efectuará un cálculo del promedio ponderado de los mismos, así:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se comparan los rangos de movilidad establecidos por cada movimiento contra los valores obtenidos en el examen clínico del evaluado, para determinar si el evaluado cumple o no con el valor de restricción establecido para que se le asigne índice de lesión.</li> <li>• Una vez realizada la verificación de cumplimiento por cada movimiento, a cada uno se le asigna un valor numérico, el cual será 1 para en caso de que si está restringido y 0 cuando el movimiento NO está restringido.</li> <li>• El valor de cada uno de los 6 arcos de movimiento se multiplica por el ponderado correspondiente así:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Flexión por 0,4 (40%)</li> <li>○ Extensión por 0,1 (10%).</li> <li>○ Abducción 0,23 (23%)</li> <li>○ Aducción por 0,07 (7%).</li> <li>○ Rotación interna por 0,1 (10%) y</li> <li>○ Rotación externa por 0,1 (10%).</li> </ul> </li> <li>• Los seis valores así obtenidos, se suman, obteniendo el promedio ponderado.</li> <li>• Para efectos de obtener un valor final, expresado en números enteros para el promedio ponderado, se utiliza aproximan los decimales obtenidos al entero más cercano, teniendo en cuenta que los decimales 1, 2, 3 y 4 de aproximan al entero inmediatamente inferior y los decimales 5, 6, 7, 8 y 9 se aproximan al entero inmediatamente superior.</li> <li>• Una vez obtenido el valor final, si el valor es 1, se le asigna el respectivo índice de lesión y si el valor es 0, NO se le asigna índice de lesión. Es de anotar que el valor que se asigna cuando el hombro calificado corresponde al miembro superior dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "derecho" y cuando el hombro calificado corresponde al miembro superior NO dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "izquierdo".</li> </ul>								
		Flexión (Grados de movilidad)	Extensión (Grados de movilidad)	Abducción	Aducción	Rotaciones Interna	Rotaciones Externa	Dolor post analgesia (escala visual análoga EVA)	<b>Índice Derecho</b>	<b>Índice Izquierdo</b>
		Para asignar este índice debe cumplir con los grados de restricción los ejes de movilidad citados a continuación:	< 89°	< 20°	< 89°	< 20°	<50°	<30°	1 a 10	4

**Referencia:**

- Swanson, A. B., Hagert, C. G., & Swanson, G. D. (1983). Evaluation of impairment of hand function. The Journal of hand surgery, 8(5 Pt 2), 709–722. [https://doi.org/10.1016/s0363-5023\(83\)80253-6](https://doi.org/10.1016/s0363-5023(83)80253-6)
- Hunter, J.M. (1990) Rehabilitation of the hand: Surgery and therapy. St. Louis: Mosby.

Tabla 34 Criterios numeral 1-083

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Derecho	Índice Izquierdo
1-083	Lesiones o afecciones <b>claviculares</b>	Aplica para lesiones o afecciones claviculares que dejan secuelas permanentes luego de manejo médico y/o quirúrgico apropiado, como las secuelas permanentes con retraso en la consolidación del hueso, consolidación deficiente, deformidad o pseudoartrosis.	3	

*Tabla 35 Criterios numeral 1-084*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Derecho	Índice Izquierdo
1-084	<b>Luxación</b> recidivante de la articulación del <b>hombro</b> , inoperable o reproducida después de intervención quirúrgica	La luxación de hombro es una lesión en la que la cabeza del húmero se desplaza fuera de la cavidad glenoidea del omóplato que puede ocurrir debido a traumas, caídas o movimientos bruscos. Se asignará este numeral cuando se den luxaciones recidivantes de hombro, es decir, cuando esta articulación ya se haya luxado antes y vuelva a presentarse el mismo evento una o varias veces, a pesar de su tratamiento quirúrgico. Por otra parte, se asignará este numeral cuando la luxación recidivante, según criterio del especialista, No sea operable por condiciones médicas del paciente o daño tisular severo que no permita un adecuado abordaje quirúrgico. Es de anotar que el valor que se asigna cuando el hombro calificado corresponde al miembro superior dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "derecho" y cuando el hombro calificado corresponde al miembro superior NO dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "izquierdo".	10	9

Referencia:

Ugalde Ovares, Carlos Eduardo, Zúñiga Monge, Daniel, & Barrantes Monge, Ricardo. (2013). Actualización del síndrome de hombro doloroso: lesiones del manguito rotador. *Medicina Legal de Costa Rica*, 30(1), 63-71. [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152013000100009&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152013000100009&lng=en&tlng=es)

*Tabla 36 Criterios numeral 1-085*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s) Restricción	Índice Derecho	Índice Izquierdo
1-085	<b>Hombro</b> balante por <b>amplia resección o pérdida considerable de sustancia ósea</b> (posibilidad de aparato ortopédico)	El hombro balante es una lesión caracterizada por la incapacidad de mantener la estabilidad del hombro debido a debilidad muscular o lesión que puede llevar a movimientos anormales de este segmento, causando dolor y limitaciones funcionales en el brazo.  Se asignará este numeral cuando el evaluado tenga un hombro balante, con amplia resección o pérdida de sustancia ósea, con dolor crónico y que genere incapacidad para realizar actividades diarias.  Es de anotar que el valor que se asigna cuando el hombro calificado	14	13

		corresponde al miembro superior dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "derecho" y cuando el hombro calificado corresponde al miembro superior NO dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "izquierdo".		
--	--	---	--	--

**Referencia:** Ugalde Ovares, Carlos Eduardo, Zúñiga Monge, Daniel, & Barrantes Monge, Ricardo. (2013). Actualización del síndrome de hombro doloroso: lesiones del manguito rotador. Medicina Legal de Costa Rica, 30(1), 63-71. [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152013000100009&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152013000100009&lng=en&tlng=es)

*Tabla 37 Criterios numeral 1-086*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s) Restricción	Índice
1-086	Lesiones o afecciones del brazo con deformidad ósea y alteración de las partes blandas.	Se le asignará este numeral a las lesiones o afecciones del brazo en las cuales se evidencie deformidad ósea y/o alteraciones de las partes blandas, según los criterios que se describen a continuación:	<b>2 a 6</b>
		Fractura consolidada con callo óseo asintomática y/o lesión de tejidos blandos hasta tejido celular subcutáneo.	2
		Fractura consolidada con callo óseo sintomática y/o lesión de tejidos blandos hasta musculo.	3
		Lesiones con compromiso óseo como pseudoartrosis, mala consolidación o consolidación viciosa.	4
		Lesiones con compromiso óseo como pseudoartrosis, mala consolidación o consolidación viciosa con deformidad ósea o acortamiento de la extremidad menor a 3 cm.	5
		Lesiones con gran pérdida de tejidos óseos, que produzcan gran deformidad o acortamiento de la extremidad mayor a 3 cm.	6

**Referencia:** Bitar Benítez, Elsy Margarita, Gaviria Posada, Sebastián, León Fernández, Nathalia de, & Gallego Gónima, Sabrina. (2021). Epidemiología del trauma de miembro superior atendido en seis instituciones de salud de la ciudad de Medellín, Colombia, en 2016. Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, 47(3), 323-332. <https://dx.doi.org/10.4321/s0376-78922021000300014>

*Tabla 38 Criterios numeral 1-087*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s) Restricción	Índice Derecho	Índice Izquierdo
1-087	Lesiones o afecciones que produzcan <b>inmovilidad completa de la articulación del</b>	La entidad nosológica se refiere a anquilosis del hombro, Es de anotar que el valor que se asigna cuando el hombro calificado corresponde al miembro superior dominante es el que corresponde al valor del índice	12	11

	<b>hombro.</b>	de lesión "derecho" y cuando el hombro calificado corresponde al miembro superior NO dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "izquierdo".		
--	----------------	---	--	--

*Tabla 39 Criterios numeral 1-088*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s) Restricción	Índice Derecho	Índice Izquierdo
1-088	Pérdida anatómica total del miembro superior	Se considera pérdida total anatómica del miembro superior la desarticulación escapulo torácica, la desarticulación del hombro, la desarticulación a nivel escapulo humeral o la pérdida del brazo a nivel del tercio proximal, medio o distal.  Es de anotar que el valor que se asigna cuando el miembro superior calificado corresponde al dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "derecho" y cuando el miembro superior calificado corresponde al NO dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "izquierdo".	20	19

*Tabla 40 Criterios numeral 1-089*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s) Restricción	Índice Derecho	Índice Izquierdo
1-089	Pérdida anatómica del antebrazo con conservación funcional del codo.	Esta pérdida se define como la amputación trans radial del antebrazo. Es de anotar que el valor que se asigna cuando el miembro superior calificado corresponde al dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "derecho" y cuando el miembro superior calificado corresponde al NO dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "izquierdo".	15	14

Referencia:

- Swanson, A. B., Hagert, C. G., & Swanson, G. D. (1983). Evaluation of impairment of hand function. The Journal of hand surgery, 8(5 Pt 2), 709-722. [https://doi.org/10.1016/s0363-5023\(83\)80253-6](https://doi.org/10.1016/s0363-5023(83)80253-6)
- Hunter, J.M. (1990) Rehabilitation of the hand: Surgery and therapy. St. Louis: Mosby.
- Cofre, M., Gayoso Neira, R., & Contreras Bizama, J. (2010). Amputación de extremidades superiores: caracterización epidemiológica. Rev Chil Salud Pública, 14(2-3), 417-463.

*Tabla 41 Criterios numeral 1-090*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s) Restricción	Índice Derecho	Índice Izquierdo		
1-090	Lesiones o afecciones que produzcan <b>alteración o limitación de la movilidad del codo:</b>	Se asignará este numeral en los casos de lesiones del codo de cualquier etiología que alteren los arcos de movimiento de la articulación. Para determinar el grado de incapacidad se toma el del movimiento articular más comprometido, según los rangos de movilidad registrados a continuación. Es de anotar que el valor que se asigna cuando el miembro superior calificado corresponde al dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "derecho" y cuando el miembro superior calificado corresponde al NO dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "izquierdo".				
		Flexión (Grados de movilidad)	Extensión (Grados de movilidad)	Índice Derecho	Índice Izquierdo	
		a) Grado mínimo	130° a 90°	90° a 130°	2	1
		b) Grado medio	89° a 31°	31° a 89°	6	5
		c) Grado máximo	< igual 30°	10° a 30°	9	7

Referencia:

- Swanson, A. B., Hagert, C. G., & Swanson, G. D. (1983). Evaluation of impairment of hand function. *The Journal of hand surgery*, 8(5 Pt 2), 709–722. [https://doi.org/10.1016/s0363-5023\(83\)80253-6](https://doi.org/10.1016/s0363-5023(83)80253-6)
- Hunter, J.M. (1990) *Rehabilitation of the hand: Surgery and therapy*. St. Louis: Mosby.

*Tabla 42 Criterios numeral 1-091*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s) Restricción	Índice Derecho	Índice Izquierdo	
1-091	Lesiones o afecciones que produzcan <b>anquilosis de la articulación del codo:</b>	La anquilosis de la articulación del codo se define como la condición en que la articulación se torna rígida e inmóvil por cualquier causa. Es de anotar que el valor que se asigna cuando el miembro superior calificado corresponde al dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "derecho" y cuando el miembro superior calificado corresponde al NO dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "izquierdo".			
		a) En buena posición	70° a 90° de flexión (la cual se considera una posición funcional)	10	9
		b) En mala posición, inoperable	< 70° o > a 90°	12	11

Referencia:

- Swanson, A. B., Hagert, C. G., & Swanson, G. D. (1983). Evaluation of impairment of hand function. *The Journal of hand surgery*, 8(5 Pt 2), 709–722. [https://doi.org/10.1016/s0363-5023\(83\)80253-6](https://doi.org/10.1016/s0363-5023(83)80253-6)
- Hunter, J.M. (1990) *Rehabilitation of the hand: Surgery and therapy*. St. Louis: Mosby.

*Tabla 43 Criterios numeral 1-092*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s) Restricción	Índice Derecho	Índice Izquierdo
1-092	Limitación o abolición de los movimientos de <b>pronosupinación del antebrazo:</b>	Los arcos de movimiento normal de supinación y de pronación del antebrazo están, en promedio, en 80°.  A la abolición de los movimientos de pronosupinación del antebrazo o ANQUILOSIS, se le asignará este numeral, independientemente de si queda o no en posición funcional. Es de anotar que el valor que se asigna cuando el miembro superior calificado corresponde al dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "derecho" y cuando el miembro superior calificado corresponde al NO dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "izquierdo".		
	a) Limitación de ambos movimientos.	Cuando el evaluado tenga una limitación tanto en supinación como en pronación, alcanzando en cada movimiento una movilidad de 50° o menos.	4	3
	b) Limitación de uno de los movimientos.	Cuando el evaluado tenga una limitación en supinación o en pronación, alcanzando en el movimiento afectado una movilidad de 50° o menos	2	1
	c) Abolición de ambos movimientos.	Anquilosis	8	6
	d) Abolición en uno de los movimientos.	Anquilosis	4	3

Referencia

- "Orthopedic Physical Assessment" por David J. Magee - Este libro proporciona un análisis exhaustivo de la evaluación ortopédica, incluyendo los rangos normales de movimiento de las articulaciones y su impacto en la funcionalidad.
- "Fundamentals of Hand Therapy: Clinical Reasoning and Treatment Guidelines for Common Diagnoses of the Upper Extremity" por Cynthia Cooper - Es un texto clave en terapia ocupacional que aborda la importancia de los rangos de movimiento del antebrazo para actividades funcionales.
- "Clinical Orthopaedic Rehabilitation: A Team Approach" por S. Brent Brotzman y Kevin E. Wilk - Este libro discute la rehabilitación ortopédica, incluyendo las limitaciones en la movilidad del antebrazo y su influencia en la funcionalidad.

*Tabla 44 Criterios numeral 1-093*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s) Restricción	Índice
1-093	Lesiones o afecciones del antebrazo según la deformidad ósea y la alteración de las partes blandas	Este numeral se asignará a todas aquellas lesiones o afecciones del antebrazo, de cualquier etiología, según la deformidad ósea y la alteración de las partes blandas que produzca, de acuerdo con los criterios que se exponen a continuación.	1 a 4
		Fractura consolidada con callo óseo y/o lesión de tejidos blandos hasta tejido celular subcutáneo.	1
		Fractura consolidada con callo óseo sintomática y/o lesión de tejidos blandos hasta musculo.	2
		Lesiones con compromiso óseo (pseudoartrosis, mala consolidación, consolidación viciosa o deformidad ósea).	3
		Lesiones con compromiso óseo como pseudoartrosis, mala consolidación o consolidación viciosa, con acortamiento de la extremidad.	4

*Tabla 45 Criterios numeral 1-094*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice de Lesión																
1-094	Lesiones o afecciones que produzcan alteración o limitación de los <b>movimientos del puño.</b>	Para efectos de la calificación de las limitaciones de los movimientos del puño, se comparan los rangos de movilidad suministrados por cada índice de lesión y por cada movimiento, contra el movimiento con mayor restricción que tenga el evaluado, tomándose este índice de lesión.	2 a 6																
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #a0c0ff;">Flexión (Grados de movilidad)</th> <th style="background-color: #a0c0ff;">Extensión (Grados de movilidad)</th> <th style="background-color: #a0c0ff;">Desviación Radial</th> <th style="background-color: #a0c0ff;">Desviación Cubital</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">40° a 50°</td> <td style="text-align: center;">25° a 30°</td> <td style="text-align: center;">20° a 15°</td> <td style="text-align: center;">10° a 6°</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">30° a &lt;40°</td> <td style="text-align: center;">20° a &lt;25°</td> <td style="text-align: center;">&lt;15° a 10</td> <td style="text-align: center;">5° a 2°</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">20° a &lt;30°</td> <td style="text-align: center;">15° a &lt;20°</td> <td style="text-align: center;">&lt;10° 5°</td> <td style="text-align: center;">1°</td> </tr> </tbody> </table>		Flexión (Grados de movilidad)	Extensión (Grados de movilidad)	Desviación Radial	Desviación Cubital	40° a 50°	25° a 30°	20° a 15°	10° a 6°	30° a <40°	20° a <25°	<15° a 10	5° a 2°	20° a <30°	15° a <20°	<10° 5°	1°
		Flexión (Grados de movilidad)	Extensión (Grados de movilidad)	Desviación Radial	Desviación Cubital														
		40° a 50°	25° a 30°	20° a 15°	10° a 6°														
		30° a <40°	20° a <25°	<15° a 10	5° a 2°														
20° a <30°	15° a <20°	<10° 5°	1°																
40° a 50°	25° a 30°	20° a 15°	10° a 6°	2															
30° a <40°	20° a <25°	<15° a 10	5° a 2°	3															
20° a <30°	15° a <20°	<10° 5°	1°	4															

		<20° a 10°	10° a <15°	5° a 1°	Anquilosis en posición funcional (10 a 20° de extensión)	5
		<10° a 0°	<10° a 0°	Anquilosis	Anquilosis en posición no funcional (<10° y >20° de extensión)	6

**Referencia:**

- Swanson, A. B., Hagert, C. G., & Swanson, G. D. (1983). Evaluation of impairment of hand function. *The Journal of hand surgery*, 8(5 Pt 2), 709–722. [https://doi.org/10.1016/s0363-5023\(83\)80253-6](https://doi.org/10.1016/s0363-5023(83)80253-6)
- Hunter, J.M. (1990) *Rehabilitation of the hand: Surgery and therapy*. St. Louis: Mosby.

*Tabla 46 Criterios numeral 1-095*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice
1-095	<b>Pérdida anatómica de ambos miembros superiores</b>	<p>Se considera pérdida total anatómica de ambos miembros superiores la desarticulación escapulo torácica, la desarticulación del hombro, la desarticulación a nivel escapulo humeral o la pérdida del brazo a nivel del tercio proximal, medio o distal.</p> <p>Las lesiones descritas deben encontrarse al mismo nivel o a niveles diferentes de cada uno de los brazos y si no se cumple el criterio de nivel de lesión en alguno de los miembros superiores, estos deben calificarse por aparte y según el numeral que le corresponda.</p>	21

## MANOS Y DEDOS

*Tabla 47 Criterios numeral 1-106*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Derecho	Índice Izquierdo
1-106	Pérdida anatómica o funcional de una mano.	<p>Se entiende como la amputación de todos los dedos, metacarpo y hasta el carpo de <b>un miembro superior</b>. También se considerará como pérdida anatómica de la mano cuando se genere una amputación hasta la articulación carpometacarpiana</p> <p>La pérdida funcional de la mano se refiere a la incapacidad de la mano para realizar actividades como prensión, manipulación y digitación, así no exista una pérdida de tejidos en esta estructura.</p> <p>Es de anotar que el valor que se asigna cuando el miembro superior calificado corresponde al dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "derecho" y cuando el miembro superior calificado corresponde al NO dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "izquierdo".</p>	15	14

*Tabla 48 Criterios numeral 1-107*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice
1-107	Pérdida anatómica o funcional de las dos manos.	<p>Se entiende como la amputación de todos los dedos, metacarpo y hasta el carpo de <b>ambos miembros superiores</b>. También se considerará como pérdida anatómica de las manos cuando se genere una amputación hasta la articulación carpometacarpiana de estas estructuras.</p> <p>La pérdida funcional de ambas manos se refiere a la incapacidad de estas para realizar actividades como prensión, manipulación y digitación, así no exista una pérdida de tejidos en estas estructuras.</p>	21

Referencia:

- Haskell, A., & Coughlin, M. J. (Eds.). (2023). Coughlin and Mann's Surgery of the Foot and Ankle-E-Book. Elsevier Health Sciences.
- Smith D.G., & Skinner H.B. (2014). Amputaciones. Skinner H.B., & McMahon P.J.(Eds.), Diagnóstico y tratamiento en ortopedia, 5e. McGraw-Hill Education. <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1596&sectionid=98181103>

## LESIONES O AFECCIONES DE LA PALMA O EL DORSO DE LA MANO

*Tabla 49 Criterios numeral 1-108*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Derecho	Índice Izquierdo
1-108	Lesiones o afecciones de la palma o del dorso de la mano según la deformidad ósea, la alteración de las partes blandas y la repercusión en la dinámica de la mano.	Es de anotar que el valor que se asigna cuando el miembro superior calificado corresponde al dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "derecho" y cuando el miembro superior calificado corresponde al NO dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "izquierdo".		
	a) Grado mínimo	Lesión de piel y tejidos blandos, sin afectación ósea, con afectación en la dinámica de la mano dada por una fuerza de 4/5 para prensión, agarre grueso, fino o pinza.	2	1
	b) Grado medio	Lesión de piel y tejidos blandos, con afectación ósea, y en la dinámica de la mano dada por fuerza de 3/5 para prensión, agarre grueso, fino y pinza.	5	3
	c) Grado máximo	Lesión de piel y tejidos blandos, con afectación ósea, y en la dinámica de la mano dada por fuerza de 0/5 hasta 2/5 para prensión, agarre grueso, fino y pinza.	10	8

Referencia:

Vázquez-Alonso, MF, Díaz-López, JJ, Lázaro-Huerta, M, & Guamán-González, MO. (2021). Medición de la fuerza de prensión y de las pinzas de la mano en pacientes sanos. *Acta ortopédica mexicana*, 35(1), 56-60. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2306-41022021000100056&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2306-41022021000100056&lng=es&tlng=es)

*Tabla 50 Criterios numeral 1-109*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Derecho	Índice Izquierdo
1-109	Pérdida de cuatro (4) dedos y sus metacarpianos	Esta amputación compromete a cuatro dedos y sus metacarpianos, SIN INCLUIR EL DEDO PULGAR implicando pérdida ósea y de estructuras blandas, que se da a nivel de la articulación carpo metacarpiana. Cuando se pierde el dedo pulgar y su respectivo metacarpiano y según las demás estructuras perdidas, se asignarán los numerales 1-111, 1-113 o 1-124, según corresponda.	15	14

Referencia:

Haskell, A., & Coughlin, M. J. (Eds.). (2023). *Coughlin and Mann's Surgery of the Foot and Ankle-E-Book*. Elsevier Health Sciences.

*Tabla 51 Criterios numeral 1-110*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Derecho	Índice Izquierdo
1-110	Pérdida de cuatro (4) dedos:	Este numeral corresponde a la amputación de un total de cuatro dedos, sin importar la combinación de ellos, desde la articulación <b>metacarpofalángica</b> .		
	a) Incluido el pulgar	Cuando uno de los cuatro dedos perdidos incluye el dedo pulgar	12	11
	b) Conservando el pulgar	Cuando se pierden los dedos meñique, anular, corazón e índice.	11	10

*Tabla 52 Criterios numeral 1-111*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Derecho	Índice Izquierdo
1-111	Pérdida de tres (3) dedos y sus metacarpianos:	Este numeral corresponde a la amputación de un total de tres dedos y sus metacarpianos, sin importar la combinación de ellos, desde la articulación <b>carpometacarpiana</b> .		
	a) Incluido el pulgar	Cuando hay una pérdida de tres (3) dedos, incluido el dedo pulgar y sus metacarpianos.	12	11
	b) Conservando el pulgar	Cuando hay una pérdida de tres (3) dedos y sus metacarpianos, sin incluir el dedo pulgar.	11	10

*Tabla 53 Criterios numeral 1-112*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Derecho	Índice Izquierdo
1-112	Pérdida de tres (3) dedos:	La amputación de dedos (en total tres dedos sin importar la combinación), con amputación a nivel de la articulación <b>metacarpofalángica</b> .		
	a) Incluido el pulgar	Cuando uno de los tres dedos perdidos incluye el dedo pulgar	11	10
	b) Conservando el pulgar	Cuando entre los tres dedos perdidos NO se incluye el dedo pulgar	10	9

*Tabla 54 Criterios numeral 1-113*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Derecho	Índice Izquierdo
1-113	Pérdida de dos (2) dedos y sus metacarpianos:	Este numeral corresponde a la amputación de un total de dos dedos y sus metacarpianos, sin importar la combinación de ellos, desde la articulación <b>carpometacarpiana</b> .		

	a) Incluido el pulgar	Cuando hay una pérdida de dos (2) dedos, incluido el dedo pulgar y sus metacarpianos	11	10
	b) Conservando el pulgar	Cuando hay una pérdida de dos (2) dedos y sus metacarpianos, sin incluir el dedo pulgar.	9	8

*Tabla 55 Criterios numeral 1-114*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Derecho	Índice Izquierdo
1-114	Pérdida de dos (2) dedos:	La amputación de dos dedos en total hasta la articulación <b>metacarpofalángica</b> .		
	a) Incluido el pulgar.	Cuando uno de los dos dedos perdidos incluye el dedo pulgar	10	9
	b) Conservando el pulgar	Cuando entre los dos dedos perdidos NO se incluye el dedo pulgar	8	7

Referencia:

Haskell, A., & Coughlin, M. J. (Eds.). (2023). *Coughlin and Mann's Surgery of the Foot and Ankle-E-Book*. Elsevier Health Sciences.

## DEDO PULGAR

*Tabla 56 Criterios numeral 1-124*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Derecho	Índice Izquierdo
1-124	Pérdida anatómica del pulgar y del metacarpiano correspondiente:	Amputación del dedo pulgar incluyendo los tejidos óseos, musculares, conectivos, nerviosos, vasculares y cutáneos hasta la articulación <b>carpometacarpiana</b> .		
	a) Unilateral	Pérdida anatómica del pulgar y su metacarpiano en una mano	8	7
	b) Bilateral	Pérdida anatómica del pulgar y su metacarpiano en las dos manos	11	

*Tabla 57 Criterios numeral 1-125*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Derecho	Índice Izquierdo
1-125	Pérdida anatómica o funcional del pulgar	<p>La pérdida anatómica del pulgar se define como la amputación del dedo pulgar, incluyendo los tejidos óseos, musculares, conectivos, nerviosos, vasculares y cutáneos hasta la articulación <b>metacarpofalángica</b>.</p> <p>La pérdida funcional del pulgar se refiere a la ausencia de la capacidad del pulgar para realizar sus funciones, que son cruciales para la prensión y la manipulación de objetos, así no se hayan perdido los tejidos.</p>	7	6

*Tabla 58 Criterios numeral 1-126*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Derecho	Índice Izquierdo
1-126	Pérdida anatómica o funcional de la segunda falange	<p>Se entiende como pérdida anatómica de la segunda falange (falange distal) a la amputación de la segunda falange, bien sea a nivel de la articulación interfalángica o a nivel de la mitad proximal de la falange distal, que incluye los tejidos óseos, musculares, conectivos, nerviosos, vasculares y cutáneos.</p> <p>La pérdida funcional de la segunda falange se refiere a la incapacidad parcial o total de utilizar este segmento por cualquier condición que afecte su movilidad, así no se</p>	4	3

		hayan perdido sus tejidos.		
--	--	----------------------------	--	--

Referencia:

Rodríguez Ramírez, D., Ruiz Moreno, C. E., Nieto Bayona, M. Ángel, Leuro Torres, S. L. T. y Gómez Rueda, M. Ángel. (2020). La mano. Aspectos anatómicos I. Generalidades, osteología y artrología. *Morfología*, 12(1), 11-30. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/morfologia/article/view/88606>

*Tabla 59 Criterios numeral 1-127*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Derecho	Índice Izquierdo
1-127	Anquilosis metacarpofalángica o interfalángica	Se define como la pérdida total del movimiento de las articulaciones metacarpofalángica y/o interfalángica del dedo pulgar, debido a fusión ósea postraumática, post inflamatoria o quirúrgica.	2	1

*Tabla 60 Criterios numeral 1-128*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Derecho	Índice Izquierdo
1-128	Anquilosis carpometacarpiana del pulgar:	Se define como la pérdida total del movimiento de la articulación entre el carpo y el metacarpiano del pulgar, debido a fusión ósea postraumática, post inflamatoria o quirúrgica. La <i>posición funcional</i> en cuanto a la anquilosis de esta articulación se refiere a aquella en que esta queda fija y que permite la mejor función posible de la mano.		
	a) En posición funcional:			
	1. Unilateral	De una mano	5	4
	2. Bilateral	De las dos manos	8	
	b) En posición no funcional:			
	1. Unilateral	De una mano	8	6
2. Bilateral	De las dos manos	10		

## DEDO ÍNDICE

*Tabla 61 Criterios numeral 1-138*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Derecho	Índice Izquierdo
1-138	Pérdida anatómica o funcional	Se define pérdida anatómica del dedo índice aquella amputación de este dedo a nivel de la articulación <b>metacarpofalángica</b> o a nivel de la mitad de su falange proximal, comprometiendo los tejidos óseo,	6	5

		<p>muscular, conectivo, nervioso, vascular y cutáneo.</p> <p>La pérdida funcional del dedo índice se define como la ausencia de la capacidad de este dedo para realizar sus funciones básicas, como la prensión, la manipulación de objetos y la realización de actividades, así no se hayan perdido sus tejidos.</p> <p>Es de anotar que el valor que se asigna cuando el miembro superior calificado corresponde al dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "derecho" y cuando el miembro superior calificado corresponde al NO dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "izquierdo".</p>		
--	--	--	--	--

*Tabla 62 Criterios numeral 1-139*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Derecho	Índice Izquierdo
1-139	Pérdida anatómica o funcional de las dos últimas falanges.	<p>Se define esta pérdida anatómica como aquella amputación a nivel de la articulación <b>interfalángica proximal</b> o a nivel de la mitad de la falange proximal, comprometiendo los tejidos óseo, muscular, conectivo, nervioso, vascular y cutáneo.</p> <p>La pérdida funcional de las dos últimas falanges del dedo índice se define como la ausencia de la capacidad de este segmento para realizar sus funciones básicas, como la prensión, la manipulación de objetos y la realización de actividades, así no se hayan perdido sus tejidos.</p> <p>Es de anotar que el valor que se asigna cuando el miembro superior calificado corresponde al dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "derecho" y cuando el miembro superior calificado corresponde al NO dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "izquierdo".</p>	4	3

*Tabla 63 Criterios numeral 1-140*

<b>Numeral</b>	<b>Entidades nosológicas</b>	<b>Criterio(s)</b>	<b>Índice Derecho</b>	<b>Índice Izquierdo</b>
1-140	Pérdida anatómica de la falange ungueal.	<p>Se define esta pérdida anatómica como aquella amputación a nivel de la articulación <b>interfalángica distal</b> o a nivel de la mitad de la falange distal, comprometiendo los tejidos óseo, muscular, conectivo, nervioso, vascular y cutáneo.</p> <p>Es de anotar que el valor que se asigna cuando el miembro superior calificado corresponde al dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "derecho" y cuando el miembro superior calificado corresponde al NO dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "izquierdo".</p>	1	1

*Tabla 64 Criterios numeral 1-141*

<b>Numeral</b>	<b>Entidades nosológicas</b>	<b>Criterio(s)</b>	<b>Índice Derecho</b>	<b>Índice Izquierdo</b>
1-141	Anquilosis metacarpo falángica	<p>Se define como la pérdida total del movimiento de la articulación metacarpofalángica del dedo índice, debido a fusión ósea postraumática, post inflamatoria o quirúrgica.</p> <p>Es de anotar que el valor que se asigna cuando el miembro superior calificado corresponde al dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "derecho" y cuando el miembro superior calificado corresponde al NO dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "izquierdo".</p>	5	4

*Tabla 65 Criterios numeral 1-142*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Derecho	Índice Izquierdo
1-142	Anquilosis de las articulaciones interfalángicas	Se define como la pérdida total del movimiento de las articulaciones <b>interfalángica proximal (IFP) e interfalángica distal (IFD)</b> del dedo índice, debido a fusión ósea postraumática, post inflamatoria o quirúrgica. Es de anotar que el valor que se asigna cuando el miembro superior calificado corresponde al dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "derecho" y cuando el miembro superior calificado corresponde al NO dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "izquierdo".	4	3

*Tabla 66 Criterios numeral 1-143*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Derecho	Índice Izquierdo
1-143	Anquilosis de una articulación interfalángica	Se define como la pérdida total del movimiento de las articulaciones <b>interfalángica proximal (IFP) o interfalángica distal (IFD)</b> del dedo índice, debido a fusión ósea postraumática, post inflamatoria o quirúrgica. Es de anotar que el valor que se asigna cuando el miembro superior calificado corresponde al dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "derecho" y cuando el miembro superior calificado corresponde al NO dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "izquierdo".	1	1

Referencia:

Rodríguez Ramírez, D., Ruiz Moreno, C. E., Nieto Bayona, M. Ángel, Leuro Torres, S. L. T. y Gómez Rueda, M. Ángel. (2020). La mano. Aspectos anatómicos I. Generalidades, osteología y artrología. *Morfología*, 12(1), 11-30. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/morfologia/article/view/88606>

## DEDOS ANULAR, MEDIO O AURICULAR

*Tabla 67 Criterios numeral 1-153*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Derecho	Índice Izquierdo
1-153	Pérdida anatómica o funcional	<p>Se define pérdida anatómica de un dedo como aquella amputación a nivel de la articulación <b>metacarpofalángica</b> o a nivel de la mitad de su falange proximal, comprometiendo los tejidos óseo, muscular, conectivo, nervioso, vascular y cutáneo.</p> <p>La pérdida funcional de un dedo se define como la ausencia de la capacidad de este para realizar sus funciones básicas, como la prensión, la manipulación de objetos y la realización de actividades, así no se hayan perdido sus tejidos.</p> <p>Es de anotar que el valor que se asigna cuando el miembro superior calificado corresponde al dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "derecho" y cuando el miembro superior calificado corresponde al NO dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "izquierdo".</p>	5	4

*Tabla 68 Criterios numeral 1-154*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Derecho	Índice Izquierdo
1-154	Pérdida anatómica de las dos (2) últimas falanges.	<p>Se define esta pérdida anatómica como aquella amputación a nivel de la articulación <b>interfalángica proximal</b> o a nivel de la mitad de la falange proximal, comprometiendo los tejidos óseo, muscular, conectivo, nervioso, vascular y cutáneo.</p> <p>Es de anotar que el valor que se asigna cuando el miembro superior calificado corresponde al dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "derecho" y cuando el miembro superior calificado corresponde al NO dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "izquierdo".</p>	3	2

*Tabla 69 Criterios numeral 1-155*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Derecho	Índice Izquierdo
1-155	Pérdida anatómica de la falange ungueal	<p>Se define esta pérdida anatómica como aquella amputación a nivel de la articulación <b>interfalángica distal</b> o a nivel de la mitad de la falange distal (ungueal), comprometiendo los tejidos óseo, muscular, conectivo, nervioso, vascular y cutáneo.</p> <p>Es de anotar que el valor que se asigna cuando el miembro superior calificado corresponde al dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "derecho" y cuando el miembro superior calificado corresponde al NO dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "izquierdo".</p>	1	1

*Tabla 70 Criterios numeral 1-156*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Derecho	Índice Izquierdo
1-156	Anquilosis metacarpofalángica.	<p>Se define como la pérdida total del movimiento de la articulación metacarpofalángica de un dedo, debido a fusión ósea postraumática, post inflamatoria o quirúrgica.</p> <p>Es de anotar que el valor que se asigna cuando el miembro superior calificado corresponde al dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "derecho" y cuando el miembro superior calificado corresponde al NO dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "izquierdo".</p>	5	4

*Tabla 71 Criterios numeral 1-157*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Derecho	Índice Izquierdo
1-157	Anquilosis de las articulaciones interfalángicas.	<p>Se define como la pérdida total del movimiento de las articulaciones <b>interfalángica proximal (IFP) e interfalángica distal (IFD)</b> de un dedo debido a fusión ósea postraumática, post inflamatoria o quirúrgica.</p> <p>Es de anotar que el valor que se asigna cuando el miembro superior calificado corresponde al dominante es el que</p>	3	2

		corresponde al valor del índice de lesión "derecho" y cuando el miembro superior calificado corresponde al NO dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "izquierdo".		
--	--	--	--	--

*Tabla 72 Criterios numeral 1-158*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Derecho	Índice Izquierdo
1-158	Anquilosis de una articulación interfalángica	<p>Se define como la pérdida total del movimiento de las articulaciones <b>interfalángica proximal (IFP) o interfalángica distal (IFD)</b> de un dedo, debido a fusión ósea postraumática, post inflamatoria o quirúrgica.</p> <p>Es de anotar que el valor que se asigna cuando el miembro superior calificado corresponde al dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "derecho" y cuando el miembro superior calificado corresponde al NO dominante es el que corresponde al valor del índice de lesión "izquierdo".</p>	1	1

Nota: Decreto 094 de 1989. Considérase pérdida anatómica de la falange ungueal cuando la lesión incluye uña y tejidos óseos.

**Referencia:**

Rodríguez Ramírez, D., Ruiz Moreno, C. E., Nieto Bayona, M. Ángel, Leuro Torres, S. L. T. y Gómez Rueda, M. Ángel. (2020). La mano. Aspectos anatómicos I. Generalidades, osteología y artrología. *Morfología*, 12(1), 11–30. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/morfologia/article/view/88606>

## SECCION H: MIEMBROS INFERIORES

Tabla 73 Criterios numeral 1-168

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice
1-168	Lesiones o afecciones que alteran la función de las dos <b>articulaciones coxofemorales:</b>	<p>Para la determinación del grado de incapacidad global de las lesiones que afectan las dos articulaciones coxofemorales (en mínimo, medio, máximo) para así obtener el índice de lesión a asignar, se efectuarán los siguientes pasos:</p> <p>Primero, se califica la articulación coxofemoral derecha:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se verifican los valores angulares obtenidos en el examen clínico de la cadera derecha del evaluado, en flexión, extensión, abducción, aducción, rotación interna y rotación externa.</li> <li>• Cada uno de esos seis valores se ubica dentro de alguno de los rangos de movilidad definidos en este numeral, para cada grado de incapacidad y cada movimiento.</li> <li>• Al hacer esto, cada uno de los seis movimientos se enmarcará en un grado de incapacidad mínimo, medio, máximo o no quedará dentro de ninguna de estas categorías, por encontrarse en límites normales.</li> <li>• Una vez obtenidos los 6 grados de incapacidad para cada movimiento, a cada uno de los 6 grados obtenidos se le asigna un valor numérico, el cual será 1 para mínimo, 2 para medio y 3 para máximo. Si la movilidad articular no está en los rangos del numeral 1-168, se asigna cero.</li> <li>• Los 6 valores anteriores así obtenidos se suman y se les obtiene el promedio (total dividido en 6).</li> <li>• Si el valor resultante tiene decimales, se aproxima a un valor en números enteros, aproximando los decimales obtenidos, al entero más cercano, teniendo en cuenta que los decimales 1, 2, 3 y 4 se aproximan al entero inmediatamente inferior y los decimales 5, 6, 7, 8 y 9 se aproximan al entero inmediatamente superior.</li> <li>• Tomando el valor anterior, se le asigna el grado de incapacidad respectivo así: 1 para mínimo, 2 para medio y 3 para máximo.</li> </ul> <p>Una vez obtenido el grado de incapacidad de la articulación <b>coxofemoral derecha</b>, se obtiene el grado de incapacidad de la articulación <b>coxofemoral izquierda</b>, replicando los pasos descritos anteriormente con los valores registrados en el examen clínico de la cadera izquierda del evaluado.</p> <p>Finalmente, para la determinación del grado de incapacidad global de las dos articulaciones de la cadera, se toma en cuenta el <b>grado de incapacidad de mayor compromiso funcional</b> respecto al obtenido en cada una de las articulaciones coxofemorales para fijar el índice de lesión correspondiente. En el caso de que los grados de incapacidad sean iguales en las dos articulaciones, este será el grado de incapacidad asignado.</p>	

	Flexión	Extensión	Abducción	Aducción	Rotación Interna	Rotación Externa	Índice
a) Grado mínimo	100° a 81°	20° a 10°	15° a 25°	15° a 10°	10° a 20°	30° a 20°	9
b) Grado medio	80° a 50°	20° a 29°	14° a 5°	10° a 5°	9° a 5°	<20° a 10°	12
c) Grado máximo	< 50°	> 30°	<5°	<5° a 0°	5° a 0°	<10°	15

*Tabla 74 Criterios numeral 1-169*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice
1-169	Lesiones o afecciones que alteran la <b>función de una articulación coxofemoral.</b>	Se aplicará este índice de lesión cuando existan lesiones de una articulación coxofemoral, que dejen como secuela limitación de cualquiera de los movimientos de esta articulación (flexión de 100° o menos, extensión de 20° o menos, abducción de 25° o menos, aducción de 15° o menos, rotación interna de 20° o menos o rotación externa de 30° o menos).	8

*Tabla 75 Criterios numeral 1-170*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice
1-170	Lesiones o afecciones que produzcan inmovilidad completa de las <b>dos articulaciones coxofemorales</b>	Se define como la pérdida total de la movilidad de las dos articulaciones coxofemorales, debido a fusión ósea postraumática, post inflamatoria o quirúrgica.	20

*Tabla 76 Criterios numeral 1-171*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice
1-171	Lesiones o afecciones que produzcan inmovilidad completa de <b>una articulación coxofemoral.</b>	Se define como la pérdida total de la movilidad de una articulación coxofemoral, debido a fusión ósea postraumática, post inflamatoria o quirúrgica.	13

Nota: Cuando los arcos sean normales, es decir que no estén en esta tabla no se asigna índice.

Referencia:

Foullk, D. M., & Mullis, B. H. (2010). Hip dislocation: evaluation and management. JAAOS-Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons, 18(4), 199-209. [https://journals.lww.com/jaaos/abstract/2010/04000/hip\\_dislocation\\_evaluation\\_and\\_management.3.aspx](https://journals.lww.com/jaaos/abstract/2010/04000/hip_dislocation_evaluation_and_management.3.aspx)

*Tabla 77 Criterios numeral 1-172*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice	
1-172	Lesiones o afecciones del muslo según la alteración ósea y de las partes blandas:	Para la asignación de los índices de lesión que se exponen a continuación, se tendrá en cuenta si es uni o bilateral y su compromiso del tejido óseo y blando, según los criterios que se enuncian a continuación:		
	a) Unilateral	<b>Lesiones unilaterales</b>		2 a 6
		Fractura consolidada con callo óseo asintomática y/o lesión de tejidos blandos hasta tejido celular subcutáneo.		2
		Fractura consolidada con callo óseo sintomática y/o lesión de tejidos blandos hasta musculo.		3
		Lesiones con compromiso óseo como pseudoartrosis, mala consolidación o consolidación viciosa, sin deformidad aparente.		4
		Lesiones con compromiso óseo como pseudoartrosis, mala consolidación o consolidación viciosa, con deformidad ósea.		5
		Lesiones con gran pérdida de tejidos óseos y blandos, con gran destrucción de tejidos o pérdida extensa de sustancia.		6
	b) Bilateral	<b>Lesiones Bilaterales</b>		3 a 9
		Lesión de tejidos blandos hasta tejido celular subcutáneo.		3
		Lesión de tejidos blandos hasta musculo.		4
		Fractura consolidada con callo óseo asintomática		5
		Fractura consolidada con callo óseo sintomática		6
		Lesiones con compromiso óseo como pseudoartrosis, mala consolidación o consolidación viciosa, sin deformidad aparente		7
		Lesiones con compromiso óseo como pseudoartrosis, mala consolidación o consolidación viciosa, con deformidad ósea.		8
Lesiones con gran pérdida de tejidos óseos y blandos, con gran destrucción de tejidos o pérdida extensa de sustancia.			9	

*Tabla 78 Criterios numeral 1-173*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice
1-173	Pérdida anatómica total de los dos (2) miembros inferiores	Pérdida anatómica total de los dos miembros inferiores se define como la amputación o ausencia de ambas extremidades inferiores a nivel de la articulación coxofemoral.	21

*Tabla 79 Criterios numeral 1-174*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice
1-174	Pérdida anatómica de los dos (2) miembros inferiores:	Este numeral considera tanto la amputación transfemoral como la transtibial, cuyos índices de lesión se aplicarán según los criterios descritos a continuación:	
	a) Por amputación por encima de las articulaciones de las rodillas.	Amputación bilateral en la cual las extremidades están amputadas a nivel del muslo. Ahora bien, si una de las extremidades esta amputada a nivel del muslo y la contralateral está a nivel de pie o pierna se asignará este mismo índice.	21

	b) Con conservación de las articulaciones de las rodillas	Amputación bilateral en la cual las extremidades están amputadas por debajo del nivel de la rodilla. Ahora bien, si una de las extremidades esta amputada a nivel de pie o pierna se asignara este mismo índice.	20
--	---	--	----

*Tabla 80 Criterios numeral 1-175*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice
1-175	Pérdida anatómica de un miembro inferior:	La pérdida anatómica de un miembro inferior se refiere a la amputación o ausencia de una extremidad inferior, y se le asignarán índices de lesión según el nivel de la amputación.	
	a) En el tercio proximal del muslo	Pérdida anatómica en el tercio proximal del muslo implica la amputación del miembro inferior a nivel de la articulación coxofemoral o transfemoral proximal.	20
	b) En el tercio medio del muslo	Pérdida anatómica en el tercio medio del muslo se refiere a la amputación que se realiza en la parte media del fémur.	19
	c) En el tercio inferior del muslo	Pérdida anatómica en el tercio inferior del muslo se refiere a la amputación que se lleva a cabo cerca de la rodilla.	19

*Tabla 81 Criterios numeral 1-173*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice
1- 176	Lesiones o afecciones que produzcan asimetría longitudinal de los miembros inferiores:	La asimetría longitudinal de los miembros inferiores se cuantificará con una prueba imagenológica específica para este fin, como el Test de Farril y al acortamiento obtenido se le asignará el respectivo índice de lesión, según los siguientes criterios:	
	a) En dos (2) centímetros	Se asignará este índice cuando la diferencia de longitud entre los dos miembros inferiores, establecida con base en los valores reportados por la prueba imagenológica, sea de 2 centímetros (inclusive) a 3.9 cm (inclusive)	2
	b) En cuatro (4) centímetros	Se asignará este índice cuando la diferencia de longitud entre los dos miembros inferiores, establecida con base en los valores reportados por la prueba imagenológica, sea de 4 centímetros (inclusive) a 5.9 cm (inclusive)	5
	c) En seis (6) centímetros	Se asignará este índice cuando la diferencia de longitud entre los dos miembros inferiores, establecida con base en los valores reportados por la prueba imagenológica, sea de 6 centímetros (inclusive) a 7.9 cm (inclusive)	7

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice
	d) En ocho (8) centímetros o más	Se asignará este índice cuando la diferencia de longitud entre los dos miembros inferiores, establecida con base en los valores reportados por la prueba imagenológica, sea de 8 centímetros (inclusive) o más.	9

### RODILLA Y PIERNA

*Tabla 82 Criterios numeral 1-186*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice
1-186	Pérdida anatómica de una (1) pierna por desarticulación de la rodilla.	Pérdida anatómica de una pierna por desarticulación de la rodilla se refiere a la amputación del miembro inferior a nivel de la articulación de la rodilla, lo que implica la extirpación completa de la pierna, incluyendo la tibia y el peroné, pero conservando el fémur.	20

*Tabla 83 Criterios numeral 1-187*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice
1-187	Pérdida anatómica de una (1) pierna con conservación funcional de la rodilla y con muñón para prótesis.	Pérdida anatómica de una pierna con conservación funcional de la rodilla y con muñón funcional para prótesis.	19

Referencia:

- Kendall, F. P., McCreary, E. K., Provance, P. G., Rodgers, M. M., & Romani, W. A. (2005). *Muscles: testing and function with posture and pain* (Vol. 5, pp. 1-100). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Jacobs, M. A., Austin, N. M., & Austin, N. M. (2013). *Orthotic intervention for the hand and upper extremity: splinting principles and process*. Lippincott Williams & Wilkins.

*Tabla 84 Criterios numeral 1-188*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice
1 - 188	Lesiones o afecciones que inmovilicen <b>las dos articulaciones de las rodillas.</b> (2)	La inmovilización de las rodillas o ANQUILOISIS se define como la pérdida total del movimiento de estas articulaciones, debido a fusión ósea postraumática, post inflamatoria o quirúrgica. Para efectos de la calificación, cuando una de ellas quede en posición favorable y la contralateral quede en posición desfavorable, se asignará el índice de lesión correspondiente a " <i>posición desfavorable</i> ".	

		a) En posición favorable	0° a 10° de flexión	10
		b) En posición desfavorable	> de 10° de flexión	16

*Tabla 85 Criterios numeral 1-189*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)		Índice
1 - 189	Lesiones o afecciones que inmovilicen <b>una rodilla</b>	a) En posición favorable	0° a 10° de flexión	8
		b) En posición desfavorable	> de 10° de flexión	15

*Tabla 86 Criterios numeral 1-190*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice	
1 - 190	Lesiones o afecciones que produzcan <b>alteración de la función de las dos rodillas.</b>	Con el fin de determinar objetivamente la alteración de la función de las rodillas, se tendrá en cuenta para la asignación de los índices de lesión la limitación en la flexión que produce la patología de rodilla. Cuando el compromiso entre las dos rodillas sea asimétrico, se asignará el índice de lesión teniendo en cuenta la rodilla con mayor afectación funcional.		
		a) Grado mínimo	Flexión con rango de movilidad entre 110° a 90°	7
		b) Grado medio	Flexión con rango de movilidad entre 89° a 21°	10
		c) Grado máximo	Flexión con rango de movilidad < o igual 20°	13

*Tabla 87 Criterios numeral 1-191*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice
1-191	Lesiones o afecciones que produzcan <b>alteraciones de la función de una rodilla</b>	Con el fin de determinar objetivamente la alteración de la función de una rodilla, se tendrá en cuenta para la asignación de los índices de lesión la limitación en la flexión de rodilla secundaria a la patología de esta estructura. Se asignará índice de lesión cuando se presente una flexión con rango de movilidad menor de 90°	7

*Tabla 88 Criterios numeral 1-192*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice
1-192	Lesiones o afecciones de la <b>pierna</b> según el grado de alteración ósea y de las partes	En este grupo se contemplan aquellas lesiones de los tejidos blandos y óseos de la pierna. Se asignarán índices de lesión según los criterios que se enuncian a continuación:	2 a 6

blandas	Lesión ósea consolidada con callo óseo asintomática y/o lesión de tejidos blandos hasta tejido celular subcutáneo. Se le asignará este índice de lesión también a las lesiones que se enuncian a continuación, que no tengan compromiso funcional: condromalacia patelo-femoral de cualquier grado, mal-alineamiento patelo-femoral, las lesiones de rodilla ligamentarias, meniscales, de cápsula articular y/o cartilaginosa, persistentes pese al tratamiento.	2
	Lesión ósea consolidada con callo óseo sintomática y/o lesión de tejidos blandos hasta músculo.	3
	Lesiones con compromiso óseo como pseudoartrosis, mala consolidación o consolidación viciosa, sin deformidad aparente.	4
	Lesiones con compromiso óseo como pseudoartrosis, mala consolidación o consolidación viciosa, con deformidad ósea.	5
	Lesiones con gran pérdida de tejidos óseos y blandos, con gran destrucción de tejidos o pérdida extensa de sustancia.	6

**PIE**

*Tabla 89 Criterios numeral 1-202*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice
1-202	Pérdida anatómica total del pie (amputación de Symes):	La pérdida anatómica total del pie se refiere a la amputación del pie a nivel de la articulación tibiotalar o por encima de la articulación del tobillo, incluyendo todos los componentes óseos y tejidos blandos que lo conforman. La amputación de Symes consiste en la resección del pie a nivel de la articulación del tobillo, pero preservando el talón, creando un colgajo plantar, permitiendo el apoyo de la extremidad y soportar peso.  Se asignará este numeral en cualquiera de las dos situaciones clínicas descritas, según los criterios que se establecen a continuación:	
	a) Unilateral	En un solo pie	14
	b) Bilateral	En ambos pies	20

Referencia:

Blanc, C. H., & Bürens, O. (2004). Amputations of the lower limb—an overview on technical aspects. *Acta chirurgica Belgica*, 104(4), 388-392. <https://doi.org/10.1080/00015458.2004.11679579>

*Tabla 90 Criterios numeral 1-203*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice
1-203	Amputación del ante pie con prótesis cosmética:	Se define esta amputación como aquella en la cual se remueve la parte anterior del pie, incluyendo los dedos y el metatarso, de forma parcial o total.	
	a) Unilateral	Cuando esta amputación ocurre en un pie	10
	b) Bilateral	Cuando esta amputación ocurre en ambos pies	14

*Tabla 91 Criterios numeral 1-204*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice
1-204	Anquilosis del pie:	Esta lesión se define como la pérdida total del movimiento entre alguna de las articulaciones del pie, debido a fusión ósea postraumática, post inflamatoria o quirúrgica (esta última la cual se denomina <i>artrodesis</i> ). Se asignará este índice de lesión según los criterios descritos a continuación:	
	a) Pan astrágalo artrodesis:		
	1. Unilateral	Cuando existe artrodesis de las articulaciones astrágalo calcáneo, astrágalo-navicular y tarso metatarsianas, en un pie.	6
	2. Bilateral	Cuando existe artrodesis de las articulaciones astrágalo calcáneo, astrágalo-navicular y tarso metatarsianas, en los dos pies.	8

b) Tibio - Tarsiana:		
1. Unilateral	Se presenta anquilosis de la articulación tibio-tarsiana de un pie	8
2. Bilateral	Se presenta anquilosis de la articulación tibio-tarsiana de los dos pies.	10
c) Tarso posterior parcial o total:		
1. Unilateral	Se presenta anquilosis de las articulaciones subtalar (astrágalo-calcáneo), astrágalo-navicular, intertarsales (cuneiforme-navicular, cuboides-navicular e intercuneiformes) o tarso metatarsianas, de forma unilateral.	6
2. Bilateral	Se presenta anquilosis de las articulaciones subtalar (astrágalo-calcáneo), astrágalo-navicular, intertarsales (cuneiforme-navicular, cuboides-navicular e intercuneiformes) o tarso metatarsianas, de forma bilateral.	8

*Tabla 92 Criterios numeral 1-204*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)		Índice
1-205	Lesiones o afecciones que produzcan alteración de la función de la <b>articulación tibio-tarsiana o del tarso posterior:</b>	La evaluación de las alteraciones funcionales de las articulaciones tibio-tarsiana o del tarso posterior se realizará con base en su compromiso en los movimientos del tobillo. En la asignación del grado de incapacidad (mínimo, medio o máximo), se tomará en cuenta el arco de movimiento más comprometido del tobillo, bien sea la dorsiflexión o la plantiflexión. Cuando las lesiones comprometan los dos tobillos, para la asignación del grado de incapacidad bilateral correspondiente, se tomará el cuello del pie más comprometido funcionalmente para otorgar el respectivo índice de lesión.		
	a) Unilateral:	<b>Dorsi flexión</b>	<b>Planti flexión</b>	<b>Índice</b>
	1. Grado mínimo	10° a 7°	20° a 11°	2
	2. Grado medio	6° a 4°	10° a 6°	4
	3. Grado máximo	3° a 0°	5° a 0°	6
	b) Bilateral:	<b>Dorsi flexión</b>	<b>Planti flexión</b>	<b>Índice</b>
	1. Grado mínimo	10° a 7°	20° a 11°	4
	2. Grado medio	6° a 4°	10° a 6°	7
	3. Grado máximo	3° a 0°	5° a 0°	10

**Referencia:** Kisner, C., Colby, L. A., & Borstad, J. (2017). Therapeutic exercise: foundations and techniques. Fa Davis.

*Tabla 93 Criterios numeral 1-206*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)		Índice
1-206	Lesiones o afecciones de la <b>planta</b> y del <b>dorso</b> del pie según la deformidad ósea, la alteración de las partes blandas y la repercusión en la dinámica del pie:	Este numeral corresponde a las lesiones o afecciones en la planta y del dorso del pie y se les asignará el respectivo índice de lesión teniendo en cuenta la repercusión funcional en la dinámica del pie. Cuando las lesiones comprometan los dos pies, para la asignación del grado de incapacidad bilateral correspondiente, se tomará el pie más comprometido funcionalmente para la asignación del respectivo índice de lesión.		
	a) Unilateral:	<b>Dorsi flexión</b>	<b>Planti flexión</b>	<b>Índice</b>
	1. Grado mínimo	10° a 7°	20° a 11°	3
	2. Grado medio	6° a 4°	10° a 6°	5
	3. Grado máximo	3° a 0°	5° a 0°	8
	b) Bilateral:	<b>Dorsi flexión</b>	<b>Planti flexión</b>	<b>Índice</b>
	1. Grado mínimo	10° a 7°	20° a 11°	6

	2. Grado medio	6º a 4º	10º a 6º	9
	3. Grado máximo	3º a 0º	5º a 0º	12

## ARTEJOS

*Tabla 94 Criterios numeral 1-216*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice
1-216	Pérdida de los cinco (5) artejos de ambos pies	Amputación a nivel de las articulaciones metatarsofalángicas de los cinco artejos de <b>ambos pies</b> , comprometiendo los tejidos óseo, muscular, conectivo, nervioso, vascular y cutáneo.	10

*Tabla 95 Criterios numeral 1-211*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice
1-217	Pérdida de los cinco (5) artejos de un pie	Amputación a nivel de las articulaciones metatarsofalángicas de los cinco artejos de <b>un pie</b> , comprometiendo los tejidos óseo, muscular, conectivo, nervioso, vascular y cutáneo	7

*Tabla 96 Criterios numeral 1-218*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice
1-218	Pérdida del grueso artejo de ambos pies.	Amputación a nivel de la articulación metatarsofalángica del primer artejo de <b>ambos pies</b> , comprometiendo los tejidos óseo, muscular, conectivo, nervioso, vascular y cutáneo	6

*Tabla 97 Criterios numeral 1-219*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice
1-219	Pérdida del grueso artejo de un pie	Amputación a nivel de la articulación metatarsofalángica del primer artejo, <b>de un pie</b> , comprometiendo los tejidos óseo, muscular, conectivo, nervioso, vascular y cutáneo	4

*Tabla 98 Criterios numeral 1-220*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice
1-220	Pérdida de los artejos, excepto el gran artejo:		
	a) De cuatro (4) artejos	Amputación a nivel de la articulación metatarsofalángica de dos a cuatro artejos, comprometiendo los tejidos óseo, muscular, conectivo, nervioso, vascular y	4
	b) De tres (3) artejos		3
	c) De dos (2) artejos		1

		cutáneo
--	--	---------

*Tabla 99 Criterios numeral 1-221*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice
1-221	Pérdida total de la falange distal del grueso artejo:	Amputación a nivel de la articulación interfalángica del grueso artejo, comprometiendo los tejidos óseo, muscular, conectivo, nervioso, vascular y cutáneo.	3

Nota: Decreto 094 de 1989. La pérdida de un solo artejo, a excepción del grueso artejo, no es indemnizable.

*Tabla 100 Criterios numeral 1-222*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice
1-222	Pseudoartrosis no susceptible de tratamiento.	La pseudoartrosis es una complicación de las fracturas en la que estas no consolidan normalmente después del tiempo esperado de curación, resultando en un área sin consolidación adecuada, que genera dolor, inestabilidad y debilidad del hueso. Se asignará índice de lesión en aquellas pseudoartrosis que no sean susceptibles de tratamiento, en huesos largos.	10

*Tabla 101 Criterios numeral 1-223*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice
1-223	Osteomielitis no susceptible de tratamiento en cualquier localización.	La osteomielitis es una infección del hueso, bien sea por haber estado expuesto directamente al ambiente (como en una fractura abierta) o por la propagación de una infección desde otra parte del cuerpo, por el torrente sanguíneo. Se asignará índice de lesión en aquellas osteomielitis crónicas y ACTIVAS al momento de la evaluación, no susceptibles de tratamiento médico y/o quirúrgico, según criterio del especialista tratante.	12

Referencia:

Tortora, G. J., & Derrickson, B. H. (2018). Principles of anatomy and physiology. John Wiley & sons.

## REFERENCIAS

- American Academy of Orthopaedic Surgeons – AAOS. (2019). Orthopaedic practice in the U.S. 2018. American Academy of Orthopaedic Surgeons – AAOS. <https://www.aaos.org/globalassets/quality-and-practice-resources/census/2018-census.pdf>
- Aminoff, M. J. (2012). Aminoff's Electrodiagnosis in Clinical Neurology: Expert Consult-Online and Print. Elsevier Health Sciences. Elsevier.
- Bitar Benítez, Elsy Margarita, Gaviria Posada, Sebastián, León Fernández, Nathalia de, & Gallego Gónima, Sabrina. (2021). Epidemiología del trauma de miembro superior atendido en seis instituciones de salud de la ciudad de Medellín, Colombia, en 2016. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 47(3), 323-332. <https://dx.doi.org/10.4321/s0376-78922021000300014>
- Blanc, C. H., & Bürens, O. (2004). Amputations of the lower limb—an overview on technical aspects. *Acta chirurgica Belgica*, 104(4), 388-392. <https://doi.org/10.1080/00015458.2004.11679579>
- Cofre, M., Gayoso Neira, R., & Contreras Bizama, J. (2010). Amputación de extremidades superiores: caracterización epidemiológica. *Rev Chil Salud Pública*, 14(2-3), 417-463.
- Colombia. Presidencia de la República de Colombia. Decreto Ley 1796 de 2000. "Por el cual se regula la evaluación de la capacidad sicofísica y de la disminución de la capacidad laboral, y aspectos sobre incapacidades, indemnizaciones, pensión por invalidez e informes administrativos por lesiones, de los miembros de la Fuerza Pública, Alumnos de las Escuelas de Formación y sus equivalentes en la Policía Nacional, personal civil al servicio del Ministerio de Defensa Nacional y de las Fuerzas Militares y personal no uniformado de la Policía Nacional vinculado con anterioridad a la vigencia de la Ley 100 de 1993". D.O. 44161. 14 de septiembre de 2000.
- Colombia. Presidencia de la República de Colombia. Decreto 094 de 1989. "Por el cual se reforma el estatuto de la capacidad sicofísica, incapacidades, invalideces e indemnizaciones del personal de Oficiales y Suboficiales de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, Soldados, Grumetes, Agentes, Alumnos de las Escuelas de Formación y personal civil del Ministerio de Defensa y la Policía Nacional". D.O. 38651. 11 de enero de 1989.
- Foulk, D. M., & Mullis, B. H. (2010). Hip dislocation: evaluation and management. *JAAOS-Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 18(4), 199-209. [https://journals.lww.com/jaaos/abstract/2010/04000/hip\\_dislocation\\_evaluation\\_and\\_management.3.aspx](https://journals.lww.com/jaaos/abstract/2010/04000/hip_dislocation_evaluation_and_management.3.aspx)
- Gómez, V. P., & Castellanos, R. F. (2012). Traumatismo maxilofacial: revisión de la clasificación actual mediante tomografía computada multicorte. *Colegio Nacional de Médicos Especialistas en Radiología e Imagen*, AC, 228.
- Haskell, A., & Coughlin, M. J. (Eds.). (2023). *Coughlin and Mann's Surgery of the Foot and Ankle-E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- Hunter, J.M. (1990) *Rehabilitation of the hand: Surgery and therapy*. St. Louis: Mosby.
- Hussain, Karim BDS, MB, BS, FFDRCS(Irel), FDSRCS(Eng), FRCS(Eng)a; Wijetunge, Don B. MB, ChB, FRCS, FACEPa; Grubnic, Sisa MB, BSa; Jackson, Ian T. MD, FRCS, FRACS(Hon), FACSb. A COMPREHENSIVE ANALYSIS OF CRANIOFACIAL TRAUMA. *The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care* 36(1):p 34-47, January 1994. [https://journals.lww.com/jtrauma/abstract/1994/01000/A\\_Comprehensive\\_Analysis\\_of\\_Craniofacial\\_Trauma.6.aspx](https://journals.lww.com/jtrauma/abstract/1994/01000/A_Comprehensive_Analysis_of_Craniofacial_Trauma.6.aspx)

- Jacobs, M. A., Austin, N. M., & Austin, N. M. (2013). Orthotic intervention for the hand and upper extremity: splinting principles and process. Lippincott Williams & Wilkins.
- Kendall, F. P., McCreary, E. K., Provance, P. G., Rodgers, M. M., & Romani, W. A. (2005). Muscles: testing and function with posture and pain (Vol. 5, pp. 1-100). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kisner, C., & Colby, L. A. (2018). Therapeutic exercise: foundations and techniques (6th ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Moore, K. L., & Dalley, A. F. (2018). Clinically oriented anatomy. Wolters Kluwer.
- Perú. Ministerio Público. Fiscalía de la Nación. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2021). Guía médico legal: Evaluación pericial para determinación de señal permanente y deformación del rostro. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Lima, Perú.
- Rodríguez Ramírez, D., Ruiz Moreno, C. E., Nieto Bayona, M. Ángel, Leuro Torres, S. L. T. y Gómez Rueda, M. Ángel. (2020). La mano. Aspectos anatómicos I. Generalidades, osteología y artrología. *Morfología*, 12(1), 11-30. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/morfologia/article/view/88606>
- Samii, M., & Tatagiba, M. (2002). Skull base trauma: Diagnosis and management. *Neurological Research*, 24(2), 147-156. <https://doi.org/10.1179/016164102101199693>
- Smith D.G., & Skinner H.B. (2014). Amputaciones. Skinner H.B., & McMahon P.J.(Eds.), Diagnóstico y tratamiento en ortopedia, 5e. McGraw-Hill Education. <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1596&sectionid=98181103>
- Swanson, A. B., Hagert, C. G., & Swanson, G. D. (1983). Evaluation of impairment of hand function. *The Journal of hand surgery*, 8(5 Pt 2), 709-722. [https://doi.org/10.1016/s0363-5023\(83\)80253-6](https://doi.org/10.1016/s0363-5023(83)80253-6)
- Taboadela, C. (2007). Goniometría: una herramienta para la evaluación de las incapacidades laborales. *Asociart ART*.
- Tortora, G. J., & Derrickson, B. H. (2018). Principles of anatomy and physiology. John Wiley & sons.
- Ugalde Ovarés, Carlos Eduardo, Zúñiga Monge, Daniel, & Barrantes Monge, Ricardo. (2013). Actualización del síndrome de hombro doloroso: lesiones del manguito rotador. *Medicina Legal de Costa Rica*, 30(1), 63-71. [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152013000100009&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152013000100009&lng=en&tlng=es)
- Vázquez-Alonso, MF, Díaz-López, JJ, Lázaro-Huerta, M, & Guamán-González, MO. (2021). Medición de la fuerza de prensión y de las pinzas de la mano en pacientes sanos. *Acta ortopédica mexicana*, 35(1), 56-60. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2306-41022021000100056&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2306-41022021000100056&lng=es&tlng=es)
- Winter, D. (2009) Biomechanics and motor control of human movement. Hoboken: Wiley.
- Zavala-González, J., Pavez-Baeza, F., Gutiérrez-Espinoza, H., & Olguín-Huerta, C. (2018). The effectiveness of joint mobilization techniques for range of motion in adult patients with primary adhesive capsulitis of the shoulder: a systematic review and meta-analysis. *Medwave*, 18(5), e7265. <https://doi.org/10.5867/medwave.2018.05.7265>

## GRUPO 2

### ENFERMEDADES ALÉRGICAS, DE LAS GLÁNDULAS ENDOCRINAS, DEL METABOLISMO Y DE LA NUTRICIÓN.

#### 2.1 Alcance

Lo descrito a continuación valora por secciones las diferentes lesiones y afecciones que se pueden generar a nivel sistémico, secundarias a procesos alérgicos, que generen lesiones permanentes en piel y sus faneras. Así mismo, evalúa los síndromes o enfermedades que se generan secundarias a la falla o lesión de algunos componentes del sistema endocrino y de la nutrición.

#### 2.2 Definiciones

**Alergias:** Son reacciones del sistema inmunitario a una sustancia extraña, como el polen, el veneno de abejas o la caspa de mascotas, que no provoca una reacción en la mayoría de las personas. El sistema inmunitario produce anticuerpos que identifican a un alérgeno en particular como dañino, incluso si no lo es. Cuando se entra en contacto con el alérgeno, la reacción puede causar inflamación en la piel, los senos paranasales, las vías respiratorias o el aparato digestivo.

Referencia: Mayo Clinic (Ed.). (2022, August 5). Alergias. Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/allergies/symptoms-causes/syc-20351497>

**Sistema endocrino:** Es un conjunto de glándulas que producen y secretan hormonas directamente en el torrente sanguíneo. Estas hormonas regulan diversas funciones del cuerpo, como el crecimiento, el metabolismo, la reproducción y el estado de ánimo.

**Nutrición:** Definida como la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición es fundamental para mantener la salud, promover el crecimiento y el desarrollo, y prevenir enfermedades. Esto implica una dieta equilibrada y variada que incluya todos los grupos de alimentos en las cantidades adecuadas.

#### 2.3 Principios de evaluación

Los siguientes son los principios para la calificación de las diferentes entidades nosológicas, consideradas en cada una de las secciones.

- a. Frente a los procesos alérgicos, se debe considerar para su evaluación que su diagnóstico se encuentre confirmado y documentado en la historia clínica con hallazgos clínicos y paraclínicos, en donde se evidencie la evolución y tratamiento *durante el tiempo en servicio activo*, verificando la respuesta al tratamiento, la duración, persistencia y características de los síntomas.
- b. En cuanto a la calificación de las patologías endocrinas, metabólicas y nutricionales, se considerarán la evolución y tratamiento *durante el tiempo en servicio activo*, así mismo, las deficiencias o el deterioro permanente, en especial las complicaciones en diferentes órganos blanco o sistemas.
- c. Se eligen los **grados de incapacidad** según los criterios asignados y establecidos en cada uno de los numerales.
- d. En todos los casos se deberán soportar con las evaluaciones contenidas en los criterios desde las juntas para la asignación del grado de incapacidad.

## SECCIÓN A: ENFERMEDADES ALÉRGICAS

Tabla 102 Criterios numeral 2-001

Numeral	Entidad nosológica	Criterio	Índice lesión
2- 001	Dermatitis atópica	La dermatitis atópica, también conocida como eccema atópico, es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel caracterizada por piel seca, picazón intensa y erupciones cutáneas. A menudo comienza en la infancia y puede persistir en la edad adulta. La condición está asociada con una predisposición genética a desarrollar otras enfermedades atópicas, como asma y rinitis alérgica. La dermatitis atópica se presenta en brotes, y los síntomas pueden ser exacerbados por factores ambientales, irritantes, alérgenos y estrés.	
		Se asigna índice de lesión si se evidencia evolución crónica y cumple los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento crónico de mantenimiento permanente</li> <li>• Uso de corticoides, inmunomoduladores y/o metotrexate sistémico por exacerbaciones.</li> <li>• Tres o más episodios al año.</li> <li>• Cambios tróficos en la piel como engrosamiento, resequedad, agrietamiento o pápulas fibróticas.</li> </ul>	5

Referencia:

- AsoColDerma-, A. C. de D. y C. D., Centro dermatológico Federico Lleras Acosta, & - IETS, I. de E. T. en S. (2020). Guía de práctica clínica (GPC) para el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en Colombia. Revista De La Asociación Colombiana De Dermatología Y Cirugía Dermatológica, 28(4), 370-691. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1508>
- Langans, M., Trvine, A. D., & Weidinger, S. (2020). Atopic Dermatitis. The Lancet, 396, 345-360.

Tabla 103 Criterios numeral 2-002

Numeral	Entidad nosológica	Criterio	Índice lesión
2- 002	Alergia nasal	La alergia nasal, también conocida como rinitis alérgica, es una inflamación de la mucosa nasal que ocurre como respuesta a la exposición a alérgenos, como polen, ácaros del polvo, caspa de animales y moho. Los síntomas comunes incluyen estornudos, congestión nasal, secreción nasal, picazón en la nariz y los ojos, y, en algunos casos, tos. La alergia nasal puede ser estacional, cuando está relacionada con la polinización de las plantas, o permanente, cuando se produce todo el año debido a alérgenos persistentes en el entorno.	
	a) Grado medio (con tratamiento permanente)	Se asigna índice de lesión si se evidencia evolución crónica, confirmada en la historia clínica y que, con el <b>tratamiento permanente avanzado</b> , con corticoide nasal u oral, terapia de desensibilización o inmunoterapia, responde al manejo.	6

	b) Grado máximo sin respuesta al tratamiento	Se asigna índice de lesión si se evidencia evolución crónica, confirmada en la historia clínica y que, con el <b>tratamiento permanente avanzado</b> , con corticoide nasal u oral, terapia de desensibilización o inmunoterapia, NO responde al manejo.	8
--	--	--	---

Referencia:

- Bousquet, J. (2003). Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA). *Clinical & Experimental Allergy Reviews*, 3(1), 43-45.
- Bousquet, J., Schünemann, H. J., Togias, A., Bachert, C., Erhola, M., Hellings, P. W., ... & Its Impact on Asthma Working Group. (2020). Next-generation Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA) guidelines for allergic rhinitis based on Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) and real-world evidence. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 145(1), 70-80.

*Tabla 104 Criterios numeral 2-003*

Numeral	Entidad nosológica	Criterio	Índice lesión
2-003	Polinosis	La polinosis, también conocida como rinitis alérgica estacional o fiebre del heno, es una reacción alérgica que se produce por la exposición a alérgenos, principalmente polen de árboles, gramíneas y malezas. Esta afección se caracteriza por síntomas como estornudos, secreción y congestión nasal, picazón en los ojos y la nariz. La polinosis ocurre comúnmente en ciertas épocas del año, dependiendo de la flora local y los ciclos de polinización.	
		Se asigna índice de lesión si se evidencia evolución crónica, confirmada en la historia clínica y que requiere <b>tratamiento permanente avanzado</b> , con corticoide nasal u oral, terapia de desensibilización o inmunoterapia.	4

Referencia:

- D'Amato, G., Chong-Neto, H. J., Monge Ortega, O. P., Vitale, C., Ansotegui, I., Rosario, N., Haahtela, T., Galan, C., Pawankar, R., Murrieta-Aguttes, M., Cecchi, L., Bergmann, C., Ridolo, E., Ramon, G., Gonzalez Diaz, S., D'Amato, M., & Annesi-Maesano, I. (2020). The effects of climate change on respiratory allergy and asthma induced by pollen and mold allergens. *Allergy*, 75(9), 2219-2228. <https://doi.org/10.1111/all.14476>
- Mullol, J., & Valero, A. (2019). Actualización del manejo de la rinitis alérgica. Guías GEMA y MACVIA-ARIA. [https://www.revistaderinologia.com/files/rinologia\\_19\\_19\\_1\\_07-18.pdf](https://www.revistaderinologia.com/files/rinologia_19_19_1_07-18.pdf)

*Tabla 105 Criterios numeral 2-004*

Numeral	Entidad nosológica	Criterio	Índice lesión
2-004	Urticaria y angioedema	<p>El angioedema es un edema agudo y doloroso que ocurre en las capas profundas de la piel y/o tejidos adyacentes, producido a menudo como resultado de una reacción alérgica.</p> <p>La urticaria es una serie de manifestaciones clínicas a nivel de piel, como ronchas, habones y prurito intenso, que pueden aparecer de forma aguda o crónica y que suele estar asociada a reacciones alérgicas.</p> <p>Tales reacciones alérgicas pueden asociarse a ciertos desencadenantes, como alimentos, medicamentos, picaduras de insectos o alergenios ambientales y en algunos casos, pueden ir acompañadas de otros síntomas de anafilaxia, como dificultad para respirar, mareos, entre otros.</p>	
		<p>Se asigna índice de lesión si se evidencia, luego de los episodios agudos, secuelas de la urticaria crónica y/o de la anafilaxia recurrente, que requieran tratamiento permanente.</p>	6

Referencia:

- Riedl, M. A., Craig, T. J., Banerji, A., Aggarwal, K., Best, J. M., Rosselli, J., Hahn, R., & Radojicic, C. (2021). Physician and patient perspectives on the management of hereditary angioedema: a survey on treatment burden and needs. *Allergy and asthma proceedings*, 42(3), S17-S25. <https://doi.org/10.2500/aap.2021.42.210017>
- Sánchez-Caraballo, J. M., Tamayo-Quijando, L. M., Velásquez-Lopera, M. M., García-Gómez, E., Santos-Hernández, L. C., Gaitán-Rozo, J. D., Harmann Echavarría, O., Sánchez-Pinzón, J. L., & Espinosa-Espitia, T. L. (2022). Consenso para el manejo práctico de la urticaria en atención primaria. *Acta Médica Colombiana*, 48(1). <https://doi.org/10.36104/amc.2023.2722>
- Tarbox, J. A., Bansal, A., & Peiris, A. N. (2018). Angioedema. *Jama*, 319(19), 2054-2054.

*Tabla 106 Criterios numeral 2-005*

Numeral	Entidad nosológica	Criterio	Índice lesión
2-005	Dermatitis contacto por	La dermatitis de contacto es una reacción inflamatoria irritativa de la piel que ocurre cuando esta entra en contacto con sustancias irritantes, como productos químicos, detergentes, jabones o ciertos materiales. A diferencia de la dermatitis alérgica de contacto, que involucra una respuesta inmunológica, la dermatitis de contacto es una respuesta directa del tejido cutáneo a la irritación. Los síntomas típicos incluyen enrojecimiento, picazón, ardor y descamación de la piel, y pueden variar en severidad según la duración y la intensidad de la exposición al irritante.	
		Se asigna índice de lesión si se evidencia evolución crónica, documentada en la historia clínica, y cumple los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tratamiento crónico de mantenimiento permanente</li> <li>b. Uso de corticoides, inmunomoduladores y/o fototerapia por exacerbaciones.</li> <li>c. Tres o más episodios al año.</li> <li>d. Cambios tróficos en la piel como engrosamiento, resequedad, agrietamiento o pápulas fibróticas.</li> </ul>	8

Referencia:

- American Academy of Allergy, Asthma & Immunology (2023, November 12). Contact Dermatitis Overview, Symptoms & Diagnosis and Treatment & Management. <https://www.aaaai.org/tools-for-the-public/biblioteca-de-condiciones/biblioteca-de-alergia/dermatitis-de-contacto-informacion-general>
- de Groot, A. C., & Schmidt, E. (2016). Essential Oils, Part IV: Contact Allergy. Dermatitis : contact, atopic, occupational, drug, 27(4), 170-175. <https://doi.org/10.1097/DER.0000000000000197>
- Patel, K., & Nixon, R. (2022). Irritant Contact Dermatitis - a Review. Current dermatology reports, 11(2), 41-51. <https://doi.org/10.1007/s13671-021-00351-4>

*Tabla 107 Criterios numeral 2-006*

Numeral	Entidad nosológica	Criterio	Índice lesión
2-006	Hipersensibilidad bacteriana	La hipersensibilidad bacteriana se refiere a una reacción inmunológica exagerada del organismo frente a antígenos bacterianos. Esta respuesta puede manifestarse como una reacción alérgica o inflamatoria cuando el sistema inmunológico identifica erróneamente componentes bacterianos como amenazas, tales como toxinas o proteínas de la pared celular. Las reacciones pueden incluir desde síntomas leves, como erupciones cutáneas y fiebre, hasta reacciones graves, como anafilaxis, dependiendo del tipo de bacteria involucrada y la sensibilidad del individuo.	
		Se asigna índice de lesión si se evidencian, luego del episodio agudo, secuelas de cualquier tipo, que requieran tratamiento permanente.	8

Referencia:

- Martín, D. D., Muñoz, L., & Soto, M. Á. M. (2021). Mecanismos de daño en las reacciones de hipersensibilidad. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(33), 1867-1881. <https://doi.org/10.1016/j.med.2021.05.001>
- Sicherer, S. H., & Leung, D. Y. (2015). Advances in allergic skin disease, anaphylaxis, and hypersensitivity reactions to foods, drugs, and insects in 2014. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 135(2), 357-367. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2014.12.1906>

*Tabla 108 Criterios numeral 2-007*

Numeral	Entidad nosológica	Criterio	Índice lesión
2-007	Asma de etiología alérgica:	<p>El asma alérgica es una condición en la que diferentes alérgenos provocan inflamación y estrechamiento de las vías respiratorias, manifestándose principalmente con disnea.</p> <p>Esta condición puede estadiarse de la siguiente forma:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Asma Intermitente: Los síntomas son esporádicos, no afectan significativamente las actividades diarias del paciente, los episodios de síntomas, como tos, sibilancias y dificultad para respirar ocurren menos de dos veces por semana y generalmente, son breves y de baja intensidad. Entre los episodios, los pacientes experimentan una función pulmonar normal y no tienen limitaciones en su actividad física.</li> <li>b. Asma Persistente: Caracterizada por la presencia constante de síntomas, que pueden variar en frecuencia e intensidad, requieren de un manejo y tratamiento continuo, afectando la calidad de vida y limitando la actividad diaria del paciente.</li> </ol> <p>Para su evaluación, es de anotar que las pruebas de función pulmonar se tomarán en los períodos inter críticos. Así mismo, no se podrá efectuar calificación de esta condición durante un episodio agudo (de crisis) sino sólo después de que la condición sea observada por lo menos durante mínimo seis meses, cuya evidencia se encuentre en la historia clínica, verificándose la adherencia adecuada al tratamiento.</p>	

		Se asignará los índices de lesión de acuerdo con los criterios enunciados a continuación:	
	a) Grado mínimo	Se asignará este grado de incapacidad para el asma intermitente y el asma persistente leve, que se manejen con relativa facilidad con broncodilatadores, cumpliendo los siguientes criterios en el momento de su diagnóstico: Función pulmonar: FEV1 < 80% hasta 60% del valor esperado o DLco (difusión o transferencia de monóxido de carbono) entre 21 a 18 mL / kg min.	4
	b) Grado medio	Se asignará este grado de incapacidad al asma persistente moderada, la cual es aquella que causa síntomas diarios y puede limitar las actividades normales, cumpliendo los siguientes criterios: a. Función pulmonar: FEV1 59% hasta 50% del valor esperado o DLco (difusión o transferencia de monóxido de carbono) entre 17 y 15 mL / kg min b. Tratamiento: Uso diario de broncodilatadores y corticoides, sistémicos o inhalados	8
	c) Grado máximo	Se asignará este grado de incapacidad al asma persistente severa, la cual es aquella forma grave de asma que causa síntomas continuos y puede representar un riesgo significativo para la salud, cumpliendo los siguientes criterios: a. Función pulmonar: FEV1 < 50% del valor esperado o DLco (difusión o transferencia de monóxido de carbono) menor a 15 mL / kg min b. Tratamiento: Uso diario de broncodilatadores y corticoides, sistémicos o inhalados y/o biológicos y/o inmunomoduladores o casos refractarios al tratamiento.	19

Referencia:

- Global Initiative for Asthma (GINA). Manejo y prevención del asma para adultos y niños mayores de 5 años. Una guía de bolsillo para profesionales de la salud. (2019). Disponible en: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2019/07/GINA-Spanish-2019-wms.pdf>
- Bateman, E. D., Hurd, S. S., Barnes, P. J., Bousquet, J., Drazen, J. M., FitzGerald, M., ... & Zar, H. J. (2008). Global strategy for asthma management and prevention: GINA executive summary. *European Respiratory Journal*, 31(1), 143-178.

*Tabla 109 Criterios numeral 2-007*

Numeral	Entidad nosológica	Criterio	Índice lesión
2-008	Alergia física	Se define como una reacción dérmica crónica adversa con liquenificación, escoriación o hiperpigmentación, que se desencadena por estímulos físicos, como el frío, el calor, la luz solar o la presión, a diferencia de las alergias típicas, que suelen ser provocadas por alérgenos como polen o alimentos. Los síntomas pueden incluir urticaria, enrojecimiento de la piel, picazón y, en casos más graves, anafilaxia. En esta entidad nosológica se incluirán las reacciones alérgicas provocadas por el ejercicio.	
		Se asigna índice de lesión si se evidencia, luego del episodio agudo, secuelas que requieran tratamiento permanente.	5

Referencia:

- McSweeney, S. M., Christou, E. A. A., Maurer, M., Grattan, C. E., Tziotzios, C., & McGrath, J. A. (2023). Physical urticaria: Clinical features, pathogenesis, diagnostic work-up, and management. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 89(2), 324–337. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2023.02.062>

## SECCIÓN B: GLÁNDULAS ENDOCRINAS CUERPO TIROIDES

Tabla 110 Criterios numeral 2-018

Numeral	Entidad nosológica	Criterios	Índice lesión
2-018	Bocio con complicación de orden mecánico y contraindicación quirúrgica	Se define como <i>complicación de orden mecánico por bocio</i> los problemas mecánicos que surgen debido al agrandamiento de la glándula tiroides. Este aumento de tamaño puede comprimir estructuras adyacentes, provocando síntomas como dificultad para respirar, disfagia (dificultad para tragar) y compresión de las estructuras vasculares o nerviosas del cuello. Estas complicaciones pueden ser agudas o crónicas y, en algunos casos, pueden requerir intervención quirúrgica para aliviar la presión	8
		Se asigna índice de lesión cuando el bocio tenga criterios médicos de inoperabilidad.	

Referencia:

- Lobo, M. (2018). Ecografía de tiroides. Revista Médica Clínica Las Condes, 29(4), 440-449.

Tabla 111 Criterios numeral 2-019

Numeral	Entidad nosológica	Criterios	Índice lesión
2-019	Hipertiroidismo	El hipertiroidismo es una condición médica caracterizada por la producción excesiva de hormonas tiroideas por la glándula tiroides, lo que lleva a un aumento del metabolismo corporal. Esto puede resultar en síntomas como pérdida de peso, aumento del apetito, nerviosismo, sudoración excesiva, palpitaciones, y en algunos casos, cambios en la piel y los ojos, como exoftalmos. Las causas más comunes incluyen la enfermedad de Graves, nódulos tiroideos hiperfuncionantes y tiroiditis.	12
		Se asigna índice de lesión en casos de hipertiroidismo cuando cursa con <b>condiciones médicas secundarias a la condición</b> , como arritmias cardíacas, osteoporosis, trastornos reproductivos, oftalmopatía, entre otras.	

Referencia:

- Kravets, I. (2016). Hyperthyroidism: diagnosis and treatment. American family physician, 93(5), 363-370. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2016/0301/p363.html>
- Rondinelli, R. D., Genovese, E., Katz, R. T., Mayer, T. G., Mueller, K. L., Ranavaya, M. I., & Brigham, C. R. (2023). The Endocrine System. In AMA Guides® to the Evaluation of Permanent Impairment, Sixth Edition, 2023. American Medical Association. <https://ama-guides.ama-assn.org/display/book/9781640162082/c10.xml>

Tabla 112 Criterios numeral 2-020

Numeral	Entidad nosológica	Criterios	Índice lesión
2-020	Hipotiroidismo	El hipotiroidismo es una condición médica caracterizada por la producción deficitaria de hormonas tiroideas por la glándula tiroides, lo que lleva a la presentación de síntomas	

		como cansancio, intolerancia al frío, apatía e indiferencia, depresión, disminución de memoria y de la capacidad de concentración mental, piel seca, cabello seco y quebradizo, fragilidad de uñas, palidez de piel, aumento inexplicable de peso, estreñimiento y somnolencia excesiva.	
		Se asigna índice de lesión en casos de hipotiroidismo cuando cursa con <b>condiciones médicas secundarias a la condición</b> , como cardiopatía, mixedema, osteoporosis, alteraciones de la fertilidad, entre otras.	8

Referencia:

Rondinelli, R. D., Genovese, E., Katz, R. T., Mayer, T. G., Mueller, K. L., Ranavaya, M. I., & Brigham, C. R. (2023). The Endocrine System. In AMA Guides® to the Evaluation of Permanent Impairment, Sixth Edition, 2023. American Medical Association. <https://ama-guides.ama-assn.org/display/book/9781640162082/c10.xml>

*Tabla 113 Criterios numeral 2-021*

Numeral	Entidad nosológica	Criterios	Índice lesión
	Hiperparatiroidismo	El hiperparatiroidismo es una condición médica caracterizada por la producción excesiva de Hormona Paratiroidea (PTH), con alteración del metabolismo del calcio y del fósforo, que requiere manejo suplementario de calcio, vitamina D y/o fósforo, y presenta síntomas asociados a patologías secundarias a las alteraciones de los minerales afectados, como letargo, estreñimiento, náuseas, vómitos, poliuria, entre otros.	
2-021	a) Con lesión ósea	<p><b>1. Circunscrita</b></p> <p>Se entiende como lesiones óseas circunscritas a aquellas áreas de resorción ósea, bien definidas dentro del hueso, no difusas, evidentes en la imagenología, que son generadas por el exceso de hormona paratiroidea. Entre estas, se puede mencionar a la osteítis fibrosa quística y los tumores marrones.</p> <p>Se asigna índice de lesión en aquellos casos en que el hiperparatiroidismo con lesión ósea circunscrita presente repercusiones como deformidad, dolor crónico y debilitante, fracturas patológicas, compresión de estructuras adyacentes y/o alteración funcional de acuerdo con el segmento corporal comprometido.</p>	15
		<p><b>2. Generalizada</b></p> <p>Se entienden como lesiones óseas generalizadas las alteraciones que afectan de forma más extensa y difusa los huesos, debido al aumento crónico de la hormona paratiroidea, las cuales incluyen osteopenia generalizada, osteoporosis, resorción subperióstica y debilidad ósea generalizada, asociada a fracturas patológicas, aún con la presencia de un tratamiento y que altera la funcionalidad.</p> <p>Se asigna índice de lesión en casos de hiperparatiroidismo con lesiones óseas generalizadas cuando cursa con <b>complicaciones secundarias a la condición</b>, como fracturas múltiples complicadas,</p>	21

Numeral	Entidad nosológica	Criterios	Índice lesión
		alteraciones óseas que genera deformidad y dolor crónico, y debilitante y/o alteración funcional, de acuerdo con los segmentos corporales comprometidos.	
	b) Sin lesión ósea	Se asigna índice de lesión en casos de hiperparatiroidismo cuando cursa con cualquiera de las complicaciones crónicas derivadas de la <b>hipercalcemia</b> , que tengan evidencia en la historia clínica del evaluado, tales como cálculos renales, nefrocalcinosis, insuficiencia renal, compromiso gastrointestinal (náuseas, vómitos, estreñimiento o pancreatitis), compromiso cardiovascular (hipertensión, calcificación vascular o arritmias) y/o problemas neurológicos (demencia, cambios cognitivos), entre otros.	9

Referencia:

Rondinelli, R. D., Genovese, E., Katz, R. T., Mayer, T. G., Mueller, K. L., Ranavaya, M. I., & Brigham, C. R. (2023). The Endocrine System. In AMA Guides® to the Evaluation of Permanent Impairment, Sixth Edition, 2023. American Medical Association. <https://ama-guides.ama-assn.org/display/book/9781640162082/c10.xml>

*Tabla 114 Criterios numeral 2-021*

Numeral	Entidad nosológica	Criterios	Índice lesión
2-022	Hipoparatiroidismo:	El hipoparatiroidismo es una condición médica caracterizada por la deficiencia de las glándulas paratiroides presentando baja producción de hormona paratiroidea, hipocalcemia, e hiperfosfatemia que pueden llevar a la presentación de condiciones médicas como alteraciones neurológicas (calcificaciones intracraneales, convulsiones, cuadros neuropsiquiátricos), musculoesqueléticas (espasmos musculares, osteoesclerosis), renales (nefrocalcinosis, cálculos renales), oftalmológicas (cataratas), cardiovasculares (miocardiopatía, alteraciones del ritmo cardíaco), entre otras.	
	a) Espontáneo	Se asigna este índice de lesión en casos de hipoparatiroidismo espontáneo que curse con cualquiera de las condiciones médicas derivadas de la <b>hipocalcemia e hiperfosfatemia</b> crónicas.	8
	b) Quirúrgico	Se asigna este índice de lesión en casos de hipoparatiroidismo posquirúrgico que curse con cualquiera de las condiciones médicas derivadas de la <b>hipocalcemia e hiperfosfatemia</b> crónicas y que persista a pesar del tratamiento.	19

Referencia:

Rondinelli, R. D., Genovese, E., Katz, R. T., Mayer, T. G., Mueller, K. L., Ranavaya, M. I., & Brigham, C. R. (2023). The Endocrine System. In AMA Guides® to the Evaluation of Permanent Impairment, Sixth Edition, 2023. American Medical Association. <https://ama-guides.ama-assn.org/display/book/9781640162082/c10.xml>

## HIPÓFISIS

*Tabla 115 Criterios numeral 2-032*

Numeral	Entidad nosológica	Criterio	Índice lesión
2-032	Acromegalia:	La acromegalia es una condición médica caracterizada por una hipersecreción de la hormona de crecimiento por la hipófisis, caracterizada principalmente por el desarrollo excesivo a nivel de extremidades y mandíbula.  Para efectos de calificación, a las condiciones médicas derivadas de la acromegalia no se les asignarán numerales adicionales y se considerarán incluidas dentro de cada uno de los grados de incapacidad contemplados en este numeral, de la forma como se relaciona a continuación:	
	a) Grado mínimo	Se asigna índice de lesión en casos de acromegalia documentada, que no curse con manifestaciones clínicas secundarias a la condición y persistan niveles elevados de la hormona de crecimiento, a pesar del tratamiento.	3
	b) Grado medio	Se asigna índice de lesión en casos de acromegalia, que curse con manifestaciones secundarias a la condición médica caracterizadas por cambios faciales, prognatismo, macroglosia, crecimiento de labios, aumento de la separación de los dientes, hiperhidrosis, cefalea, parestesias, disfunción sexual, crecimiento de las partes acras y/o artropatía, a pesar del tratamiento.	8
	c) Grado máximo	Se asigna índice de lesión en casos de acromegalia, que curse con complicaciones secundarias a la condición, caracterizadas por insuficiencia cardíaca, arritmias y cardiomiopatías, apnea del sueño obstructiva, diabetes tipo II severa por resistencia a la insulina, osteoartritis con dolor crónico, visceromegalias a nivel renal, hepático y cardíaco, presencia de pólipos y/o tumores malignos gastrointestinales, aún con tratamiento o luego de un tratamiento fallido.	21

Referencia:

- Cordido, F., Arnés, J. A. G., Aspiroz, M. M., & Vela, E. T. (2013). Guía práctica de diagnóstico y tratamiento de la acromegalia. *Endocrinología y Nutrición*, 60(8), 457-e1. <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-guia-practica-diagnostico-tratamiento-acromegalia-S1575092213000934>
- Rondinelli, R. D., Genovese, E., Katz, R. T., Mayer, T. G., Mueller, K. L., Ranavava, M. I., & Brigham, C. R. (2023). The Endocrine System. In *AMA Guides® to the Evaluation of Permanent Impairment*, Sixth Edition, 2023. American Medical Association. <https://ama-guides.ama-assn.org/display/book/9781640162082/c10.xml>

*Tabla 116 Criterios numeral 2-033*

Numeral	Entidad nosológica	Criterios	Índice lesión
2-033	Diabetes insípida	La diabetes insípida es una condición médica caracterizada por falta absoluta o relativa de secreción o de acción de la hormona antidiurética, con trastorno en el metabolismo del sodio y la regulación del agua, que genera polidipsia y	

		poliuria con eliminación de gran volumen de orina diluida.	
a)	Grado mínimo	Se asigna índice de lesión en casos de diabetes insípida documentada, que presente sintomatología a pesar del tratamiento, pero sin desequilibrio hidroelectrolítico.	3
b)	Grado medio	Se asigna índice de lesión en casos de diabetes insípida, que curse con síntomas recurrentes por el desequilibrio hidroelectrolítico a pesar del tratamiento, pero sin complicaciones adicionales.	6
c)	Grado máximo	Se asigna índice de lesión en casos de diabetes insípida, que curse con complicaciones secundarias permanentes a la condición de desequilibrio hidroelectrolítico, aún con tratamiento o luego de un tratamiento fallido, caracterizado por la insuficiencia renal crónica, problemas neurológicos por hipernatremia crónica (convulsiones, pérdida de memoria y/o daño cerebral), hipotensión crónica, arritmias, entre otras.	21

Referencia:

Lamas, C., del Pozo, C., & Villabona, C. (2014). Guía clínica de manejo de la diabetes insípida y del síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética en el postoperatorio de la cirugía hipofisaria. *Endocrinología y Nutrición*, 61(4), e15-e24. <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-guia-clinica-manejo-diabetes-insipida-S1575092214000345>

*Tabla 117 Criterios numeral 2-034*

<b>Numeral</b>	<b>Entidad nosológica</b>	<b>Criterios</b>	<b>Índice lesión</b>
2-034	Caquexia de Simmons	La caquexia de Simmons es una condición médica caracterizada por una insuficiencia hipofisaria anterior severa, conocida como pan hipopituitarismo, que afecta a la producción de varias hormonas: estimulante de la tiroides (TSH), de crecimiento (GH), luteinizante (LH), foliculoestimulante (FSH) y adrenocorticotropa (ACTH), que se caracteriza por la pérdida de peso y masa muscular, alteración menstrual y del metabolismo.	
	a) Grado mínimo	Se asigna índice de lesión en casos cuya clínica denota una insuficiencia hormonal parcial, con pérdida de peso por debajo del esperado y de masa muscular, anemia, alteración en la fertilidad, del metabolismo tiroideo y/o corticoadrenal, con tratamiento de terapia de reemplazo hormonal.	13
	b) Grado medio	Se asigna índice de lesión en casos cuya clínica denota una insuficiencia hormonal con pérdida de peso por debajo del esperado y de masa muscular, anemia y con crisis recurrentes hipopituitarias controladas.	17
	c) Grado máximo	Se asigna índice de lesión en casos graves cuya clínica denota una insuficiencia hormonal completa con pérdida extrema de peso, desnutrición severa y pérdida de masa muscular y grasa, atrofia visceral masiva y de gónadas, hipoglicemia de forma recurrente, hipotensión persistente, hipotermia severa, bradicardia, insuficiencia cardiaca y/o antecedentes de crisis hipopituitarias, no controlada con tratamiento de reemplazo hormonal.	21

Referencia:

Silver S. Simmonds' Disease (Cachexia Hypophyseopriva): Report of A Case with Postmortem Observations And A Review Of The Literature. Arch Intern Med (Chic). 1933;51(2):175-199. Doi:10.1001/Archinte.1933.00150210005002

*Tabla 118 Criterios numeral 2-035*

<b>Numeral</b>	<b>Entidad nosológica</b>	<b>Criterios</b>	<b>Índice lesión</b>
2-035	Síndrome o enfermedad de Cushing	El síndrome o enfermedad de Cushing es una condición médica caracterizada por hipersecreción de la hormona adrenocorticotropa (ACTH) que produce aumento del peso, cambios cutáneos, hipertensión, osteoporosis, diabetes e inmunosupresión, entre otras.	
	a) Grado mínimo	Se asigna índice de lesión al síndrome o enfermedad de Cushing que curse con signos permanentes asociados con la obesidad central, estrías, acné, hirsutismo, pérdida de la masa muscular y debilidad generalizada, parcialmente controlados con tratamiento.	13
	b) Grado medio	Se asigna índice de lesión al síndrome o enfermedad de Cushing que curse con complicaciones secundarias permanentes como atrofia muscular de extremidades, acné, presencia de hematomas frecuentes, osteoporosis sin fracturas e infecciones recurrentes, aún a pesar del tratamiento.	17
	c) Grado máximo	Se asigna índice de lesión al síndrome o enfermedad de Cushing que curse con complicaciones secundarias permanentes como diabetes mellitus por resistencia a la insulina, hipertensión, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal, osteoporosis con fracturas e infecciones recurrentes, aún a pesar del tratamiento.	21

Referencia:

Fitzgerald P.A. (2022). Síndrome de cushing. Papadakis M.A., & McPhee S.J., & Rabow M.W., & McQuaid K.R.(Eds.), *Diagnóstico clínico y tratamiento* 2022. McGraw-Hill Education. <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3153&sectionid=272199329>

## CÁPSULAS SUPRARRENALES

Tabla 119 Criterios numeral 2-045

Numeral	Entidad nosológica	Criterio	Índice lesión
2-045	Enfermedad de Addison:	La enfermedad de Addison es una condición médica caracterizada por insuficiencia suprarrenal primaria con déficit en la producción de cortisol y aldosterona que causa astenia, alteraciones cardíacas y de la piel, entre otras.	
	a) Grado mínimo	Se asigna índice de lesión a la enfermedad de Addison que curse permanentemente con hipotensión, pérdida de peso, cefalea, hiperpigmentación, pérdida de vello axilar/púbico y/o síntomas gastrointestinales, aún con tratamiento.	10
	b) Grado medio	Se asigna índice de lesión a la enfermedad de Addison que curse con complicaciones secundarias permanentes como adinamia crónica, hipotensión ortostática, hipoglicemia, hiponatremia, hiperpotasemia, hipercalcemia, síncope, bradicardia, arritmia cardíaca, aún a pesar del tratamiento, pero <b>sin crisis adrenales</b> .	14
	c) Grado máximo	Se asigna índice de lesión a la enfermedad de Addison que curse con complicaciones secundarias permanentes como adinamia crónica, hipotensión ortostática, hipoglicemia, hiponatremia, hiperpotasemia, hipercalcemia, síncope, bradicardia, arritmia cardíaca, <b>con crisis adrenales recurrentes</b> , aún a pesar del tratamiento.	19

Referencia:

- Alexandraki KI, Sanpawithayakul K, Grossman A. Adrenal Insufficiency. [Updated 2022 Nov 7]. In: Feingold KR, Anawalt B, Blackman MR, et al., editors. Endotext [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279083/>
- Kemp, W. L., Koponen, M. A., & Meyers, S. E. (2016). Addison Disease: The First Presentation of the Condition May be at Autopsy. *Academic forensic pathology*, 6(2), 249-257. <https://doi.org/10.23907/2016.026>

Tabla 120 Criterios numeral 2-046

Numeral	Entidad nosológica	Criterios	Índice lesión
2-046	Feocromocitoma	La feocromocitoma es una condición médica producida por un tumor productor de catecolaminas, generado en las células cromafines del sistema nervioso simpático, se puede localizar en la medula suprarrenal o extrarrenal denominado como para-gangliomas.	
		Se asigna índice a la feocromocitoma que sea irreseccable quirúrgicamente o curse con compromiso metastásico.	21

Referencia:

- Oleaga, A., & Goñi, F. (2008). Feocromocitoma: actualización diagnóstica y terapéutica. *Endocrinología y Nutrición*, 55(5), 202-216. <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-feocromocitoma-actualizacion-diagnostica-terapeutica-S1575092208706697>

## SECCIÓN C – ENFERMEDADES DE LA NUTRICION Y DEL METABOLISMO

Tabla 121 Criterios numeral 2-056

Numeral	Entidad nosológica	Criterio	Índice lesión
2-056	Gota con deformación articular	Se define como un tipo de artritis que se origina por la acumulación de cristales de ácido úrico en las articulaciones causando inflamación de estas estructuras, lo que ocasiona dolor, edema, eritema, alteración de la sensibilidad y puede derivar en deformidad y alteración funcional.	5 a 9
		Se le asignarán índices de lesión a las hiperuricemias con deformidad articular. <b>Si existe compromiso extraarticular derivado de la gota se calificará con el grupo correspondiente.</b>	
		Se asignará índices cuando exista deformidad articular de 1 a 4 articulaciones menores (interfalángicas, metacarpofalángicas, carpometacarpianas, del tarso o metatarsianas).	5
		Se asignará índices cuando exista deformidad articular de más de 4 articulaciones menores (interfalángicas, metacarpofalángicas, carpometacarpianas, del tarso o metatarsianas).	6
		Se asignará índices cuando exista deformidad articular sin destrucción cartilaginosa ni anquilosis fibrótica de las articulaciones menores (interfalángicas, metacarpofalángicas, carpometacarpianas, del tarso o metatarsianas) y articulaciones mayores (rodilla, cadera, hombro, codo, columna vertebral).	7
		Se asignará índices cuando exista deformidad con destrucción cartilaginosa o anquilosis fibrótica en más de 2 articulaciones mayores (rodilla, cadera, hombro, codo, columna vertebral). No requieren dispositivos o ayudas técnicas.	8
		Se asignará índices cuando exista deformidad con destrucción cartilaginosa o anquilosis fibrótica en más de 2 articulaciones mayores (rodilla, cadera, hombro, codo, columna vertebral). Requieren dispositivos o ayudas técnicas.	9

Referencia:

- Punzi, L., Galozzi, P., Luisetto, R., Scanu, A., Ramonda, R., & Oliviero, F. (2024). Gout: one year in review 2023. *Clinical and experimental rheumatology*, 42(1), 1-9. <https://doi.org/10.55563/clinexprheumatol/uhyzcr>
- Sivera, F., Andrés, M., & Quilis, N. (2017). Gout: Diagnosis and treatment. Diagnóstico y tratamiento de la gota. *Medicina clínica*, 148(6), 271-276. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2016.10.019>

*Tabla 122 Criterios numeral 2-057*

<b>Numeral</b>	<b>Entidad nosológica</b>	<b>Criterios</b>	<b>Índice lesión</b>
2-057	Diabetes Mellitus:	Es un trastorno metabólico crónico caracterizado por niveles elevados de glucosa en sangre, debido a una deficiencia en la producción o en la acción de la insulina.  Para efectos de calificación, a las condiciones médicas derivadas de la diabetes mellitus no se les asignarán numerales adicionales y se considerarán incluidas dentro de cada uno de los grados de incapacidad contemplados en este numeral, de la forma como se relaciona a continuación:	
	a) Sin Complicaciones	Diabetes Mellitus diagnosticada, con manejo farmacológico y nutricional.	10
	b) Con complicaciones (hipertensión, obesidad, retinopatía).	Las complicaciones derivadas de Diabetes Mellitus se refieren a patologías como hipertensión, obesidad (índice de masa corporal > 35), retinopatía, nefropatía, enfermedades cardiovasculares, neuropatía, compromiso del sistema inmunológico, con una relación clara de causalidad con esta condición.	15
	c) Con síndrome de Kimmelstiel-Wilson	Conocido también como glomeruloesclerosis diabética o nefropatía diabética nodular, es una complicación grave de la diabetes mellitus que se caracteriza por el daño progresivo de los glomérulos manifestándose con proteinuria que puede progresar a síndrome nefrótico, hipertensión arterial, edema de miembros inferiores, fatiga y elevación de los azoados, que puede conducir a la insuficiencia renal crónica.	21

Referencia:

American Diabetes Association Professional Practice Committee; 2. Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes—2024. Diabetes Care 1 January 2024; 47 (Supplement\_1): S20–S42. <https://doi.org/10.2337/dc24-S002>

*Tabla 123 Criterios numeral 2-058*

<b>Numeral</b>	<b>Entidad nosológica</b>	<b>Criterios</b>	<b>Índice lesión</b>
2-058	Esprúe tropical o enfermedad de Tee:	El esprúe tropical es un desorden crónico que se caracteriza por anomalías estructurales y funcionales del intestino delgado, que progresivamente origina diarrea crónica y deficiencias nutricionales, que a largo plazo afecta la piel.	

	a) Grado mínimo	Sin lesiones cutáneas, diarrea intermitente que ocasiona pérdida del 10% al 20% del peso habitual y que con tratamiento no se controlan.	10
	b) Grado medio	Lesiones cutáneas generalizadas y pruriginosas, con infección secundaria, hiperpigmentación persistente, diarrea recurrente que ocasiona pérdida del 21% al 25% del peso habitual y que con tratamiento no se controlan.	14
	c) Grado máximo	Lesiones cutáneas inflamadas y exudativas, infecciones recurrentes, complicaciones sistémicas del sistema inmunitario, sepsis, con diarrea persistente que ocasiona pérdida mayor del 25% del peso habitual y que con tratamiento no se controlan.	19

Referencia:

Brown, I. S., Bettington, A., Bettington, M., & Rosty, C. (2014). Tropical sprue: revisiting an underrecognized disease. *The American journal of surgical pathology*, 38(5), 666-672. [https://journals.lww.com/ajsp/abstract/2014/05000/tropical\\_sprue\\_revisiting\\_an\\_underrecognized.10.aspx](https://journals.lww.com/ajsp/abstract/2014/05000/tropical_sprue_revisiting_an_underrecognized.10.aspx)

*Tabla 124 Criterios numeral 2-059*

Numeral	Entidad nosológica	Criterios	Índice lesión
2-059	Esteatorrea idiopática o enfermedad de Whipple:	Es una infección sistémica causada por la bacteria <i>Tropheryma Whipplei</i> . Afecta principalmente el intestino delgado, pero puede involucrar otros órganos como el cerebro, corazón y las articulaciones, presentando síntomas como: diarrea crónica, dolor abdominal, síndrome de mal absorción, pérdida de peso, artralgias, fatiga o síntomas neurológicos.	
	a) Grado mínimo	Diarrea y dolor abdominal intermitente que ocasiona pérdida del 10% al 20% del peso habitual, sin complicaciones sistémicas y que con tratamiento no se controlan.	10
	b) Grado medio	Diarrea y dolor abdominal recurrente que ocasiona pérdida del 21% al 25% del peso habitual, con compromiso articular y que con tratamiento no se controlan.	14
	c) Grado máximo	Diarrea y dolor abdominal recurrente que ocasiona pérdida mayor del 25% del peso habitual, con complicaciones como desnutrición, fiebre, síntomas neurológicos y compromiso de múltiples sistemas como cardiovascular y pulmonar.	19

Referencia:

Cappellini, A., Minerba, P., Maimaris, S., & Biagi, F. (2024). Whipple's disease: A rare disease that can be spotted by many doctors. *European journal of internal medicine*, 121, 25–29. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2023.12.009>

*Tabla 125 Criterios numeral 2-060*

Numeral	Entidad nosológica	Criterios	Índice lesión
2-060	Enfermedad de Wilson - Brocq:	La enfermedad de Wilson, también conocida como degeneración hepato-lenticular, es un trastorno genético autosómico recesivo que resulta en la acumulación excesiva de cobre en el organismo. Esta acumulación de cobre puede provocar daño hepático, trastornos neurológicos o problemas psiquiátricos.	
	a) Grado mínimo	Asintomático o síntomas leves (fatiga, malestar), con elevación de enzimas hepáticas, con o sin esteatosis hepática, sin daño hepático crónico.	6
	b) Grado medio	Daño hepático con hepatitis crónica o cirrosis compensada, trastornos neurológicos menores (temblores, compromiso del habla y la movilidad), alteraciones psiquiátricas.	10

	c) Grado máximo	Daño hepático dado por cirrosis descompensada o insuficiencia hepática fulminante, síntomas neurológicos graves con deterioro significativo de la movilidad, el habla y el control muscular (disonía, parkinsonismo), Alteraciones psiquiátricas (depresión, psicosis, demencia).	21
--	-----------------	---	----

Referencia:

Castaño O, Gómez DM, Ocampo JM, Casanova ME. Degeneración hepatolenticular: a propósito de tres casos. Iatreia [Internet]. 2017;30(4):436-42. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/view/325197>

*Tabla 126 Criterios numeral 2-061*

<b>Numeral</b>	<b>Entidad nosológica</b>	<b>Criterios</b>	<b>Índice lesión</b>
2-061	Hemocromatosis	Trastorno en el cual el cuerpo absorbe y almacena en exceso hierro, acumulándose en varios órganos como el hígado, corazón y páncreas, lo que puede ocasionar daño y enfermedades como cirrosis hepática, insuficiencia cardíaca y diabetes.  Para efectos de calificación, a las condiciones médicas derivadas de la hemocromatosis no se les asignarán numerales adicionales y se considerarán incluidas dentro de cada uno de los grados de incapacidad contemplados en este numeral, de la forma como se relaciona a continuación:	
	a) Grado mínimo	Hemocromatosis con niveles de ferritina y saturación de transferrina elevados, con fatiga, pérdida de peso, astenia, dolor abdominal, pérdida de la libido, alteraciones menstruales, cambios de pigmentación cutánea o caída del cabello, sin evidencia de disfunción orgánica.	6
	b) Grado medio	Hemocromatosis con niveles de ferritina y saturación de transferrina elevados, con hepatomegalia, diabetes mellitus, cardiomiopatía, artritis, hipogonadismo, pigmentación cutánea o esplenomegalia, con respuesta al tratamiento	10
	c) Grado máximo	Hemocromatosis complicada, definida como la presencia de cirrosis hepática, cáncer de hígado, insuficiencia cardíaca, diabetes y sus complicaciones o artritis crónica, no controlada con el tratamiento.	21

Referencia:

Agudelo, L. M. A., Arango, J. A. M., Alzate, C. F., & Pacheco, V. S. (2023). Hemocromatosis: actualización clínica y diagnóstica. *Medicina & Laboratorio*, 27(3), 229-244. <https://www.mediagraphic.com/pdfs/medlab/myl-2023/myl233e.pdf>

*Tabla 127 Criterios numeral 2-062*

<b>Numeral</b>	<b>Entidad nosológica</b>	<b>Criterios</b>	<b>Índice lesión</b>
2-062	Porfirias:	Es un grupo de trastornos metabólicos causado por la acumulación de compuestos tóxicos llamados porfirinas, que son intermediarios en la síntesis del hemo, una molécula esencial para el funcionamiento de la hemoglobina y otras proteínas, que se caracterizan por síntomas que afecta la piel, la función neuropsiquiátrica, el sistema nervioso o el sistema digestivo.  Para efectos de calificación, a las condiciones médicas derivadas de las porfirias no se les asignarán numerales adicionales y se considerarán incluidas dentro de cada uno de los grados de incapacidad contemplados en este numeral, de la forma como se relaciona a continuación:	
	a) Grado mínimo	Porfirias con manifestaciones predominantemente cutáneas, que tienen fotosensibilidad, prurito, eczema, con control de síntomas.	5
	b) Grado medio	Porfirias con manifestaciones cutáneas y de otros	8

		sistemas, con control de síntomas y compensadas.	
	c) Grado máximo	Porfirias con ataques recurrentes, hospitalizaciones continuas, y con complicaciones tales como insuficiencia hepática, cirrosis, cáncer de hígado, insuficiencia renal, neuropatía periférica, convulsiones, síntomas psiquiátricos, entre otras, sin respuesta al tratamiento.	12

Referencia:

Mejía, J. J., Trujillo, G. J., Gómez, L. F., Jaramillo, M. A., & Tovar, D. M. C. (2020). Porfirias agudas: manifestaciones inespecíficas y manejo terapéutico específico. *Revista Repertorio de Medicina y Cirugía*, 29(1). <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/886/1169#info>

*Tabla 128 Criterios numeral 2-063*

Numeral	Entidades nosológicas
2-063	<b>Nota Decreto 094 de 1989:</b> Las avitaminosis y demás enfermedades carenciales se clasifican de acuerdo con las lesiones definitivas que dejen.

## REFERENCIAS

Agudelo, L. M. A., Arango, J. A. M., Alzate, C. F., & Pacheco, V. S. (2023). Hemocromatosis: actualización clínica y diagnóstica. *Medicina & Laboratorio*, 27(3), 229-244. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medlab/myl-2023/myl233e.pdf>

Alexandraki KI, Sanpawithayakul K, Grossman A. Adrenal Insufficiency. [Updated 2022 Nov 7]. In: Feingold KR, Anawalt B, Blackman MR, et al., editors. *Endotext* [Internet]. South Dartmouth (MA): MDTText.com, Inc.; 2000-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279083/>

American Academy of Allergy, Asthma & Immunology (2023, November 12). Contact Dermatitis Overview, Symptoms & Diagnosis and Treatment & Management. <https://www.aaaai.org/tools-for-the-public/biblioteca-de-condiciones/biblioteca-de-alergia/dermatitis-de-contacto-informacion-general>

American Diabetes Association Professional Practice Committee; 2. Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes—2024. *Diabetes Care* 1 January 2024; 47 (Supplement\_1): S20–S42. <https://doi.org/10.2337/dc24-S002>

AsoColDerma-, A. C. de D. y C. D., Centro dermatológico Federico Lleras Acosta, & – IETS, I. de E. T. en S. (2020). Guía de práctica clínica (GPC) para el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en Colombia. *Revista De La Asociación Colombiana De Dermatología Y Cirugía Dermatológica*, 28(4), 370–691. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1508>

Bateman, E. D., Hurd, S. S., Barnes, P. J., Bousquet, J., Drazen, J. M., FitzGerald, M., ... & Zar, H. J. (2008). Global strategy for asthma management and prevention: GINA executive summary. *European Respiratory Journal*, 31(1), 143-178.

Bousquet, J. (2003). Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA). *Clinical & Experimental Allergy Reviews*, 3(1), 43-45.

Bousquet, J., Schünemann, H. J., Togias, A., Bachert, C., Erhola, M., Hellings, P. W., ... & Its Impact on Asthma Working Group. (2020). Next-generation Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA) guidelines for allergic rhinitis based on Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) and real-world evidence. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 145(1), 70-80.

Brown, I. S., Bettington, A., Bettington, M., & Rosty, C. (2014). Tropical sprue: revisiting an underrecognized disease. *The American journal of surgical pathology*, 38(5), 666-672. [https://journals.lww.com/ajsp/abstract/2014/05000/tropical\\_sprue\\_revisiting\\_an\\_underrecogni\\_zed.10.aspx](https://journals.lww.com/ajsp/abstract/2014/05000/tropical_sprue_revisiting_an_underrecogni_zed.10.aspx)

Castaño O, Gómez DM, Ocampo JM, Casanova ME. Degeneración hepatolenticular: a propósito de tres casos. *Iatreia* [Internet]. 2017;30(4):436-42. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/view/325197>

Cordido, F., Arnés, J. A. G., Aspiroz, M. M., & Vela, E. T. (2013). Guía práctica de diagnóstico y tratamiento de la acromegalia. *Endocrinología y Nutrición*, 60(8), 457-e1. <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-guia-practica-diagnostico-tratamiento-acromegalia-S1575092213000934>

D'Amato, G., Chong-Neto, H. J., Monge Ortega, O. P., Vitale, C., Ansotegui, I., Rosario, N., Haahtela, T., Galan, C., Pawankar, R., Murrieta-Aguttes, M., Cecchi, L., Bergmann, C., Ridolo, E., Ramon, G., Gonzalez Diaz, S., D'Amato, M., & Annesi-Maesano, I. (2020). The effects of climate

change on respiratory allergy and asthma induced by pollen and mold allergens. *Allergy*, 75(9), 2219–2228. <https://doi.org/10.1111/all.14476>

De Groot, A. C., & Schmidt, E. (2016). Essential Oils, Part IV: Contact Allergy. *Dermatitis : contact, atopic, occupational, drug*, 27(4), 170–175. <https://doi.org/10.1097/DER.000000000000197>

Fitzgerald P.A. (2022). Síndrome de cushing. Papadakis M.A., & McPhee S.J., & Rabow M.W., & McQuaid K.R.(Eds.), *Diagnóstico clínico y tratamiento 2022*. McGraw-Hill Education. <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3153&sectionid=272199329>

Global Initiative for Asthma (GINA). Manejo y prevención del asma para adultos y niños mayores de 5 años. Una guía de bolsillo para profesionales de la salud. (2019). Disponible en: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2019/07/GINA-Spanish-2019-wms.pdf>

Kemp, W. L., Koponen, M. A., & Meyers, S. E. (2016). Addison Disease: The First Presentation of the Condition May be at Autopsy. *Academic forensic pathology*, 6(2), 249–257. <https://doi.org/10.23907/2016.026>

Kravets, I. (2016). Hyperthyroidism: diagnosis and treatment. *American family physician*, 93(5), 363-370. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2016/0301/p363.html>

Lamas, C., del Pozo, C., & Villabona, C. (2014). Guía clínica de manejo de la diabetes insípida y del síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética en el postoperatorio de la cirugía hipofisaria. *Endocrinología y Nutrición*, 61(4), e15-e24. <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-guia-clinica-manejo-diabetes-insipida-S1575092214000345>

Langans, M., Trvine, A. D., & Weidinger, S. (2020). Atopic Dermatitis. *The Lancet*, 396, 345–360.

Lobo, M. (2018). Ecografía de tiroides. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(4), 440-449.

Martín, D. D., Muñoz, L., & Soto, M. Á. M. (2021). Mecanismos de daño en las reacciones de hipersensibilidad. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(33), 1867-1881. <https://doi.org/10.1016/j.med.2021.05.001>

Mayo Clinic (Ed.). (2022, August 5). Alergias. Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/allergies/symptoms-causes/syc-20351497>

Mejía, J. J., Trujillo, G. J., Gómez, L. F., Jaramillo, M. A., & Tovar, D. M. C. (2020). Porfirias agudas: manifestaciones inespecíficas y manejo terapéutico específico. *Revista Repertorio de Medicina y Cirugía*, 29(1). <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/886/1169#info>

Mullol, J., & Valero, A. (2019). Actualización del manejo de la rinitis alérgica. *Guías GEMA y MACVIA-ARIA*. [https://www.revistaderinologia.com/files/rinologia\\_19\\_19\\_1\\_07-18.pdf](https://www.revistaderinologia.com/files/rinologia_19_19_1_07-18.pdf)

McSweeney, S. M., Christou, E. A. A., Maurer, M., Grattan, C. E., Tziotzios, C., & McGrath, J. A. (2023). Physical urticaria: Clinical features, pathogenesis, diagnostic work-up, and management. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 89(2), 324–337. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2023.02.062>

Oleaga, A., & Goñi, F. (2008). Feocromocitoma: actualización diagnóstica y terapéutica. *Endocrinología y Nutrición*, 55(5), 202-216. <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-feocromocitoma-actualizacion-diagnostica-terapeutica-S1575092208706697>

Patel, K., & Nixon, R. (2022). Irritant Contact Dermatitis - a Review. *Current dermatology reports*,

11(2), 41–51. <https://doi.org/10.1007/s13671-021-00351-4>

Punzi, L., Galozzi, P., Luisetto, R., Scanu, A., Ramonda, R., & Oliviero, F. (2024). Gout: one year in review 2023. *Clinical and experimental rheumatology*, 42(1), 1–9. <https://doi.org/10.55563/clinexprheumatol/uhyzcr>

Riedl, M. A., Craig, T. J., Banerji, A., Aggarwal, K., Best, J. M., Rosselli, J., Hahn, R., & Radojicic, C. (2021). Physician and patient perspectives on the management of hereditary angioedema: a survey on treatment burden and needs. *Allergy and asthma proceedings*, 42(3), S17–S25. <https://doi.org/10.2500/aap.2021.42.210017>

Rondinelli, R. D., Genovese, E., Katz, R. T., Mayer, T. G., Mueller, K. L., Ranavaya, M. I., & Brigham, C. R. (2023). The Endocrine System. In *AMA Guides® to the Evaluation of Permanent Impairment, Sixth Edition, 2023*. American Medical Association. <https://ama-guides.ama-assn.org/display/book/9781640162082/c10.xml>

Sánchez-Caraballo, J. M., Tamayo-Quijando, L. M., Velásquez-Lopera, M. M., García-Gómez, E., Santos-Hernández, L. C., Gaitán-Rozo, J. D., Harmann Echavarría, O., Sánchez-Pinzón, J. L., & Espinosa-Espitia, T. L. (2022). Consenso para el manejo práctico de la urticaria en atención primaria. *Acta Médica Colombiana*, 48(1). <https://doi.org/10.36104/amc.2023.2722>

Sicherer, S. H., & Leung, D. Y. (2015). Advances in allergic skin disease, anaphylaxis, and hypersensitivity reactions to foods, drugs, and insects in 2014. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 135(2), 357–367. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2014.12.1906>

Silver S. Simmonds' Disease (Cachexia Hypophyseopriva): Report Of A Case With Postmortem Observations And A Review Of The Literature. *Arch Intern Med (Chic)*. 1933;51(2):175–199. doi:10.1001/archinte.1933.00150210005002

Sivera, F., Andrés, M., & Quilis, N. (2017). Gout: Diagnosis and treatment. *Diagnóstico y tratamiento de la gota*. *Medicina clínica*, 148(6), 271–276. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2016.10.019>

Tarbox, J. A., Bansal, A., & Peiris, A. N. (2018). Angioedema. *Jama*, 319(19), 2054–2054.

## GRUPO 3 ENFERMEDADES MENTALES

### 3.1 Alcance

Se presenta en este grupo los criterios para valoración y asignación de índices de lesiones o afecciones que generan secuelas en enfermedades de origen mental, diferenciadas por secciones y numerales.

### 3.2 Definiciones

La evolución en las clasificaciones de las enfermedades mentales hace necesario determinar en cuál entidad nosológica está incluido el diagnóstico; por ello, se definen los tipos de clasificación a utilizar:

**3.2.1. Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición (CIE-10)**, incluye el capítulo V, específico para trastornos mentales y del comportamiento, que abarca una variedad de condiciones que afectan la salud mental. Este capítulo clasifica los trastornos mentales y del comportamiento en diferentes categorías, facilitando el diagnóstico y la investigación. Los trastornos se identifican mediante códigos específicos, permitiendo un enfoque estandarizado en la atención clínica y la recopilación de datos.

1. *Organización Mundial de la Salud. (1992). Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10), volumen 1: Características diagnósticas y clasificaciones. Recuperado de <https://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2/es/>. Octubre de 2024*
2. *Organización Mundial de la Salud. (2016). CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento. Recuperado de <https://www.who.int/classifications/icd/en/> Octubre de 2024.*

**3.2.2. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición (DSM-5)**. Es la actualización y reorganización de las categorías de los criterios diagnósticos para los trastornos mentales del DSM IV, fue publicado en 2013, incorporando avances en la investigación y la comprensión de los trastornos mentales.

### Categorías principales:

1. **Trastornos del estado de ánimo:** Incluye trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar.
2. **Trastornos de ansiedad:** Incluye trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico.
3. **Trastornos psicóticos:** Esquizofrenia y trastornos relacionados.
4. **Trastornos del neurodesarrollo:** Incluye el TDAH y el autismo.
5. **Trastornos de la personalidad:** Se clasifica con un enfoque en los rasgos.

American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.

### 3.3 Principios de evaluación

Los siguientes son los principios a tener en cuenta para la evaluación de las diferentes entidades nosológicas consideradas en este grupo de enfermedades mentales.

- a. Las consecuencias o afecciones que generen las enfermedades mentales en otros órganos o sistemas deberán ser evaluadas en el grupo de entidades nosológicas correspondiente.
- b. Algunas secciones y numerales cuentan con tabla de puntos de criterios que se tendrán que aplicar antes de asignar la respectiva graduación y numeral.

## SECCIÓN A – SICOSIS NO ORGÁNICAS

Tabla 129 Criterios numeral 3-001

Numeración	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice
3 - 001	Enfermedad maniaco – depresiva:	<p>Dentro de la entidad nosológica enunciada están incluidos los siguientes diagnósticos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Episodios maníacos: Manías, hipomanías, otros o no especificados.</li> <li>2. Episodios depresivos recurrentes.</li> <li>3. Trastorno afectivo bipolar.</li> <li>4. Otros trastornos del humor o no especificados.</li> <li>5. Trastorno depresivo recurrente, episodio leve presente.</li> <li>6. Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente.</li> <li>7. Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente con o sin síntomas psicóticos</li> </ol> <p>Los criterios para establecer el grado y asignar el índice de la enfermedad maniaco-depresiva son: tipo y duración de síntomas, antecedentes e historial clínico, alteraciones conductuales asociadas, género, presencia de riesgo según comportamiento, comorbilidades, frecuencia y alternancia de los episodios y alteración en la escala de evaluación de actividad global.</p> <p>Con base en el valor de la sumatoria de criterios clínicos (ver "Tabla 130 Criterios clínicos de la enfermedad maniaco – depresiva Numeral 3-001"Tabla 130 Criterios clínicos de la enfermedad maniaco – depresiva Numeral 3-001), se establecerá el grado de incapacidad así:</p>	
	a. Grado medio (con intervalo de meses)	Se asigna en este grado cuando la puntuación se encuentra entre 2 y 8 puntos.	8
	b. Grado máximo (con trastornos crónicos de la personalidad)	Se asigna en este grado cuando la puntuación se encuentra mayor a 8 puntos	19

*Tabla 130 Criterios clínicos de la enfermedad maniaco – depresiva Numeral 3-001*

<b>Descripción</b>		<b>Puntos</b>
Duración en síntomas	De 0 a 6 meses	1
	mayor de 6 a 12 meses	2
	mayor de 12 meses	3
Alteración en la escala de evaluación de actividad global	Leve	1
	Moderada	2
	Severa	3
Síntomas.	Uno o más (Estado de ánimo elevado, fuga de ideas, pensamiento acelerado, hiperactividad, aumento de energía, impulsividad, locuacidad, verborrea, estado de ánimo bajo, anhedonia, Irritabilidad, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, sentimientos de grandeza, Disminución necesidad de sueño, insomnio o hiperinsomnio, entre otras alteraciones del patrón del sueño).	1
	Asignar 2 puntos si presenta alucinaciones	2
Historial/ antecedentes clínicos		1
Género: Femenino		1
Alteraciones conductuales asociadas		1
Frecuencia y alternancia en los episodios Cuatro (4) o más episodios en 1 año (ciclador rápido)		1
Riesgos por tipo de comportamiento - Comportamientos peligrosos o desinhibidos por lo que puede requerirse hospitalización para la seguridad. - Puede haber pensamientos suicidas y un alto riesgo de autolesión, lo que requiere intervención urgente.		1
Alteraciones neurocognitivas en: Memoria, atención, concentración, planificación, Organización, toma de decisiones.		1
Comorbilidades (Trastornos de personalidad, ansiedad, pánico, abuso de sustancias psicoactivas, enfermedades crónicas como la diabetes, enfermedades cardíacas o endocrinas, trastornos de sueño, u otras que puedan incrementar los síntomas, complicar la presentación clínica o dificultar el tratamiento).		1

El criterio para definir el grado medio o máximo es el siguiente:

- a. Definir si el paciente presenta la entidad nosológica de acuerdo con la indicación inicial de diagnósticos equivalentes de CIE-10 y DSM-5
- b. Definir en la historia clínica la presencia o no de los criterios clínicos descritos en la Tabla 130 Criterios clínicos de la enfermedad maniaco – depresiva Numeral 3-001 y asigne la sumatoria del puntaje.
- c. Con base en el valor de la sumatoria asignar el grado lesional así: de 2 a 8 puntos el grado medio y mayor de 8 puntos el grado máximo.
- d. El grado indica el índice de lesión que le corresponde.

*Tabla 131 Criterios numeral 3-002*

Numera l	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índic e	
3 - 002	Episodios sicóticos agudos	<p>Dentro de la entidad nosológica enunciada están incluidos los siguientes diagnósticos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trastornos psicóticos</li> <li>2. Trastorno psicótico breve, delirante</li> <li>3. Trastorno psicótico por sustancias psicoactivas.</li> <li>4. Trastornos psicótico agudo polimorfo, con y sin síntomas de esquizofrenia</li> <li>5. Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico</li> <li>6. Otro trastorno psicótico agudo y transitorio, no especificado de tipo esquizofrénico</li> </ol> <p>Los criterios para establecer el grado y asignar el índice de los episodios psicóticos agudos son: la alteración en la escala de evaluación de actividad global, gravedad de los síntomas y tipo de comportamiento, inicio temprano de los episodios, trastornos y rasgos preexistentes de la personalidad, existencia de antecedentes familiares de trastornos psicóticos y factores de estrés notables como antecedentes y desencadenantes de los episodios.</p> <p>Con base en el valor de la sumatoria de criterios clínicos (ver "Tabla 132 Criterios clínicos de los episodios psicóticos agudos. Numeral 3-002"), se establecerá el grado de incapacidad así:</p>		
		<p>a. Grado medio</p> <p>Se asigna en este grado cuando la puntuación se encuentra entre 2 y 6 puntos.</p>		10
		<p>b. Grado máximo</p> <p>Se asigna en este grado cuando la puntuación se encuentra mayor a 6 puntos</p>		19

Referencia:

- <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/esquizofrenia-y-trastornos-relacionados/trastorno-psic%C3%B3tico-breve?ruleredirectid=752>
- National Institute of Mental Health. NIH Publication No. 23 -MH-8110S . Revisada 2023
- <https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/health/publications/espanol/como-comprender-que-es-la-psicosis/Como-comprender-que-es-la-psicosis-508.pdf>

*Tabla 132 Criterios clínicos de los episodios psicóticos agudos. Numeral 3-002*

Descripción		Puntos
Alteración en la escala de evaluación de actividad global	Leve	1
	Moderada	2
	Severa	3
Síntomas y tipo de	Conductas peligrosas, desinhibición, incapacidad para cuidar	1

comportamiento	de sí mismo, o severos que requieren hospitalización.	
	Inicio temprano (adolescencia o edad adulta joven)	1
	Trastornos y rasgos preexistentes de la personalidad	1
	Antecedentes familiares de trastornos psicóticos	1
	Factores de estrés notables (físicos o psicológicos)	1

El criterio para definir el grado medio o máximo es el siguiente:

- Definir si el paciente presenta la entidad nosológica de acuerdo con la indicación inicial de diagnósticos equivalentes de CIE-10 y DSM-5 y en todo caso se debe realizar seguimiento clínico antes de definir los criterios de calificación.
- Definir en la historia clínica la presencia o no de los criterios clínicos descritos en la Tabla 132 Criterios clínicos de los episodios psicóticos agudos. Numeral 3-002, si este se cumple en dicha tabla, asigne la sumatoria del puntaje.
- Con base en el valor de la sumatoria asignar el grado lesional así: de 2 a 6 puntos el grado medio y mayor de 6 puntos el grado máximo.
- El grado indica el índice de lesión que le corresponde.

*Tabla 133 Criterios numeral 3-003*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice
3- 003	Psicosis reactiva	<p>Se entenderá como psicosis reactiva a aquella psicosis que ocurre posterior a evento estresante o traumático. Incluye psicosis transitorias con síntomas de delirio, alteraciones comportamentales o alucinaciones secundarias.</p> <p>Se asigna este índice cuando, confirmado por historial clínico y diagnóstico por psiquiatra, el cuadro persiste durante más de un mes, pueden existir comorbilidades que la agraven y no mejoran con el tiempo ni el tratamiento ni apoyo social recibido. Se Incluye en este numeral lo siguientes trastornos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del alcohol: trastorno psicótico.</li> <li>2. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del alcohol: trastorno psicótico residual y de comienzo tardío.</li> <li>3. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos: trastorno psicótico.</li> <li>4. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos: trastorno psicótico residual y de comienzo tardío.</li> <li>5. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides: trastorno psicótico.</li> </ol>	5

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice
		<p>6. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides: trastorno psicótico residual y de comienzo tardío.</p> <p>7. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos: trastorno psicótico.</p> <p>8. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos: trastorno psicótico residual y de comienzo tardío.</p> <p>9. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína: trastorno psicótico.</p> <p>10. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína: trastorno psicótico residual y de comienzo tardío.</p> <p>11. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes: trastorno psicótico.</p> <p>12. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes: trastorno psicótico residual y de comienzo tardío.</p> <p>13. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos: trastorno psicótico.</p> <p>14. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos: trastorno psicótico residual y de comienzo tardío.</p> <p>15. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco: trastorno psicótico.</p> <p>16. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco: trastorno psicótico residual y de comienzo tardío.</p> <p>17. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles: trastorno psicótico.</p> <p>18. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles: trastorno psicótico residual y de comienzo tardío.</p> <p>19. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas: trastorno psicótico.</p> <p>20. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas: trastorno psicótico residual y de comienzo tardío.</p>	

Referencia:  
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001529.htm>

*Tabla 134 Criterios numeral 3-003*

Numera l	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índic e	
3- 004	Psicosis esquizofrénicas crónicas:	<p>Se entenderán como Psicosis Esquizofrénicas Crónicas los trastornos mentales caracterizados por síntomas psicóticos como alucinaciones, delirios, desorganización del pensamiento y del comportamiento con duración por lo menos de 6 meses.</p> <p>En esta entidad nosológica de acuerdo con el CIE-10 y DSM-5 incluyen los siguientes diagnósticos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Esquizofrenia paranoide, hebefrénica, catatónica, indiferenciada, residual, simple.</li> <li>2. Trastorno esquizotípico.</li> <li>3. Depresión post – esquizofrénica.</li> </ol> <p>Los criterios para establecer el grado y asignar el índice de las psicosis esquizofrénicas crónicas son: alteraciones neurocognitivas, problemas familiares, sociales, conyugales o laborales, inicio temprano de la enfermedad, trastornos y rasgos preexistentes de la personalidad, tipo de comportamiento o riesgo de suicidio y presencia de signos neurológicos menores.</p> <p>Con base en el valor de la sumatoria de criterios clínicos (ver “Tabla 135 Criterios clínicos de las psicosis esquizofrénicas crónicas. Numeral 3-004”), se establecerá el grado de incapacidad así:</p>		
		<p>a. Grado medio</p> <p>Se asigna en este grado cuando la puntuación se encuentra entre 1 y 9 puntos.</p>		18
		<p>b. Grado máximo (que requieran cuidados médicos permanentes o reclusión)</p> <p>Se asigna en este grado cuando la puntuación se encuentra mayor a 9 puntos</p>		21

*Tabla 135 Criterios clínicos de las psicosis esquizofrénicas crónicas. Numeral 3-004*

Descripción	Puntos
Alteraciones neurocognitivas (atención, memoria, funcionamiento ejecutivo de planeación, organización y toma de decisiones)	5
Problemas familiares, sociales, conyugales o laborales.	3
Inicio temprano (adolescencia o edad adulta joven)	1

Los trastornos y rasgos preexistentes de la personalidad	1
Tipo de comportamiento o riesgo de suicidio	2
Alteraciones neurológicas menores (coordinación, el movimiento o la percepción)	1

Referencia:

Lusannyam, E., Jain, M. S., Pormento, M. K. L., Siddiqui, H., Balagtas, A. R. A., Emuze, B. O., & Poprawski, T. (2022). Neurobiology of schizophrenia: A comprehensive review. *Cureus*, 14(4), e23959. <https://doi.org/10.7759/cureus.23959>. Recuperado 20 octubre de 2024.

El criterio para definir el grado medio o máximo del numeral 3-004 psicosis esquizofrénicas crónicas es el siguiente:

- Definir si el paciente presenta la entidad nosológica de acuerdo con la indicación inicial de diagnósticos equivalentes de CIE-10 y DSM-5
- Definir en la historia clínica la presencia o no de los criterios clínicos descritos en la Tabla 135 Criterios clínicos de las psicosis esquizofrénicas crónicas. Numeral 3-004 y asigne la sumatoria del puntaje.
- Con base en el valor de la sumatoria asignar el grado lesional así: de 1 a 9 puntos el grado medio y mayor de 9 puntos el grado máximo.
- El grado indica el índice de lesión que le corresponde.

*Tabla 136 Criterios numeral 3-005*

Numera l	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice
3-005	Estados paranoides	<p>Se entenderán como Estados Paranoides a los trastornos que se caracterizan por la presencia de pensamientos de desconfianza y suspicacias hacia los demás, hipervigilancia o constante alerta ante amenazas irreales, dificultad para confiar en los demás, interpretaciones erróneas de ataques de los demás o resistencia a aceptar culpa.</p> <p>En esta entidad nosológica de acuerdo con el CIE-10 y DSM-5 incluyen los siguientes diagnósticos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Trastornos delirantes persistentes (paranoides o celotípicos)</li> <li>2.Trastorno de personalidad paranoide.</li> </ol> <p>Los criterios para establecer el grado y asignar el índice de los estados paranoides son: alteraciones neurocognitivas, existencia de graves problemas, familiares, sociales conyugales o laborales, trastornos</p>	

		y rasgos preexistentes de la personalidad y tipo de pensamiento, existencia de comorbilidades y necesidad de cuidador u hospitalización permanente.  Con base en el valor de la sumatoria de criterios clínicos (ver "Tabla No. 3.4 criterios clínicos de los estados paranoides") se establece el grado correspondiente e índice de lesión.	
	a. Grado mínimo	Se asigna en este grado cuando la puntuación se encuentra entre 2 y 7 puntos.	8
	b. Grado medio	Se asigna en este grado cuando la puntuación se encuentra entre 8 y 11 puntos.	14
	c. Grado máximo	Se asigna en este grado cuando la puntuación se encuentra igual a 12 puntos	21

Referencia:

<https://psiquiatria.com/glosario/trastorno-paranoide>

*Tabla 137 Criterios clínicos de de los estados paranoides. Numeral 3-005*

Descripción	Puntos	
Problemas familiares, sociales, conyugales o laborales.	3	
Riesgo de auto y/o hetero-agresión.	2	
Los trastornos y rasgos preexistentes de la personalidad y patrones de pensamiento rígido o negativo	2	
Existencia de comorbilidades que puedan incrementar los síntomas, complicar la presentación clínica o dificultar el tratamiento.	1	
Factores de estrés notables (físicos o psicológicos)	1	
Duración en síntomas	De 3 a 6 meses	1
	mayor de 6 a 12 meses	2
	mayor de 12 meses	3

Referencia:

Zimmerman, M. D. (2023). Trastorno paranoide de la personalidad. En Manual MSD versión para profesionales. South County Psychiatry. Revisado/Modificado septiembre 2023.

El criterio para definir el grado medio o máximo del numeral 3-005 estados paranoides es el siguiente:

- Definir si el paciente presenta la entidad nosológica de acuerdo con la indicación inicial de diagnósticos equivalentes de CIE-10 y DSM-5
- Definir en la historia clínica la presencia o no de los criterios clínicos descritos en la
- Tabla 137 Criterios clínicos de de los estados paranoides. Numeral 3-005y asigne la sumatoria del puntaje.
- Con base en el valor de la sumatoria asignar el grado lesional así: de 2 a 7 puntos el grado mínimo, de 8 a 11 puntos el grado medio y 12 puntos el grado máximo.
- El grado indica el índice de lesión que le corresponde.

## SECCIÓN B - SICOSIS ORGÁNICA

*Tabla 138 Criterios numeral 3-015*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice
3- 015	Demencia senil después de los 65 años	<p>Se entenderán como Demencia Senil después de los 65 años al trastorno que afecta la memoria, pensamiento y habilidades sociales. Senil porque aparece desde los 65 años.</p> <p>Incluye todas las demencias (Demencias por Alzheimer, Vascular, secundarias a otras afecciones cerebrales, Parkinson y otras no especificadas).</p> <p>Se asigna el índice de lesión único si hay deterioro que limita las actividades de la vida diaria afectando la independencia, la vida social, familiar y laboral, deterioro de la memoria, el lenguaje y otras funciones cognitivas, puede haber desorientación y cambios en el comportamiento y requiere cuidados médicos permanentes, cuidador o reclusión (unidad de salud mental).</p>	19

Referencia:

<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/dementia/symptoms-causes/syc-20352013>

*Tabla 139 Criterios numeral 3-016*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice
3- 016	Demencia presenil antes de los 65 años	<p>Se entenderán como demencia presenil antes de los 65 años, como los trastornos que afectan la memoria, pensamiento y habilidades sociales, presenil que aparece antes de los 65 años. Incluye todas las demencias.</p> <p>Se asigna el índice de lesión único si hay deterioro que limita las actividades de la vida diaria afectando la independencia, la vida social, familiar y laboral, deterioro de la memoria, el lenguaje y otras funciones cognitivas, puede haber desorientación y cambios en el comportamiento y requiere cuidados médicos permanentes, cuidador o reclusión (unidad de salud mental).</p>	21

Referencia:

<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/dementia/symptoms-causes/syc-20352013>

*Tabla 140 Criterios numeral 3-017*

Numeración	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice
3-017	<p><b>Otras psicosis</b> Deterioro mental por lesiones cerebrales irreversibles (demencia luética, demencia post-encefálica, demencia post-meningítica, demencia post-traumática, demencia post-anóxica, demencia tóxica, metabólica, infecciosa, neoplásica, asociada, epilepsia, etc.)</p>	<p>Se entenderán como otras psicosis aquellas que corresponden a psicosis orgánicas diferentes a la senil y presenil.</p> <p>En esta entidad nosológica de acuerdo con el DSM-5 incluyen los siguientes diagnósticos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Demencia luética, demencia post-encefálica, demencia post-meningítica, demencia post-traumática, demencia post-anóxica, metabólica, infecciosa, neoplásica, asociada a epilepsia.</li> </ol> <p>Además de los retrasos mentales, así:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Retraso mental leve: deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención o tratamiento.</li> <li>2. Retraso mental leve: otros deterioros del comportamiento.</li> <li>3. Retraso mental moderado: deterioro del comportamiento nulo o mínimo.</li> <li>4. Retraso mental moderado: deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención o tratamiento.</li> <li>5. Retraso mental moderado: otros deterioros del comportamiento.</li> <li>6. Retraso mental moderado: deterioro del comportamiento de grado no especificado.</li> <li>7. Retraso mental grave: deterioro del comportamiento nulo o mínimo.</li> <li>8. Retraso mental grave: deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención o tratamiento.</li> <li>9. Retraso mental grave: otros deterioros del comportamiento.</li> <li>10. Retraso mental profundo: deterioro del comportamiento nulo o mínimo.</li> <li>11. Retraso mental profundo: deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención o tratamiento.</li> <li>12. Retraso mental profundo: otros deterioros del comportamiento.</li> <li>13. Síndrome de Asperger en la vida adulta.</li> <li>14. Autismo en la vida adulta</li> </ol>	
	a. Grado mínimo	Hay deterioro cognitivo evidente no solo por médico especialista sino por la misma persona, se presentan dificultades en tareas complejas y	

Número	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice
		alteración en funciones cognitivas (atención, memoria, planificación, organización de actividades, gestión del tiempo y adaptación a nuevas situaciones), con funcionalidad social, laboral y familiar, de autocuidado y de actividades de la vida diaria.	
	b. Grado medio	Existencia y evidencia del trastorno mental con deterioro en funciones ejecutivas que afecta la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, con funcionamiento limitado en la interacción social, familiar, laboral y del autocuidado Requiere asistencia en actividades de la vida diaria, sin necesidad de cuidador permanente.	14
	c. Grado máximo	Se asigna grado máximo cuando se confirme alteraciones en el comportamiento, cognitivos y emocionales, deterioro de funcionalidad social, vida diaria y autocuidado. Dependencia en actividades de la vida diaria: presenta desorientación y dificultad para comunicarse. Requiere cuidador permanente.	21

Referencia:

Navas-Collado, E., & Muñoz-García, J. J. (2004). El síndrome disejecutivo en la psicopatía. *Revista de Neurología*, 38(6), 582-590. <https://doi.org/10.33588/rn.3806.2003551>. Recuperado 20 de octubre de 2024

## SECCIÓN C – NEUROSIS

*Tabla 141 Criterios numeral 3-027*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice
3- 027	Neurosis depresiva	<p>Se entenderán como neurosis depresiva al trastorno caracterizado por tristeza, pérdida de interés, o capacidad de experimentar placer, desesperanza, pesimismo, frustración, culpabilidad, inutilidad o impotencia o ideas suicidas, pero sin desconexión de la realidad.</p> <p>En esta entidad nosológica de acuerdo con el CIE-10 y DSM-5 incluyen los siguientes diagnósticos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciclotimia</li> <li>2. Distimia</li> <li>3. Trastorno de adaptación.</li> </ol> <p>Se asigna el índice cuando los síntomas causan malestar (ego distonía) con duración mayor a 12 meses, con alteración emocional durante la vida diaria, en los ámbitos personal, social, familiar y laboral.</p>	4

*Tabla 142 Criterios numeral 3-028*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice
3- 028	Neurosis histérica	<p>Neurosis histérica (también llamada trastorno neurológico funcional), está relacionada con la manera de funcionar del cerebro y no con su estructura, caracterizada por síntomas que afectan el movimiento del cuerpo o los sentidos, aunque no padezca de enfermedades neurológicas u orgánicas.</p> <p>En esta entidad nosológica de acuerdo con el DSM-5 incluyen los siguientes diagnósticos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trastorno en el control de los impulsos</li> <li>2. Trastorno de síntomas somáticos</li> <li>3. Trastorno de conversión</li> <li>4. Trastornos relacionados con somatización</li> <li>5. Trastorno dual</li> <li>6. Anorexia nerviosa</li> <li>7. Anorexia nerviosa atípica</li> <li>8. Bulimia nerviosa</li> <li>9. Bulimia nerviosa atípica</li> </ol>	2

		<p>10. Hiperfagia asociada con otras alteraciones psicológicas</p> <p>11. Vómitos asociados con otras alteraciones psicológicas</p> <p>12. Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable</p> <p>13. Trastorno histriónico de la personalidad</p> <p>14. Trastorno anancástico de la personalidad</p> <p>15. Trastorno de los hábitos y de los impulsos, no especificado</p> <p>16. Trastornos psicológicos de identidad.</p> <p>17. Trastorno debido a condición de fetichismo</p> <p>18. Trastorno debido a condición de exhibicionismo</p> <p>19. Trastorno debido a condición de voyerismo</p> <p>20. Pedofilia</p> <p>21. Sadomasoquismo</p> <p>Se asigna el índice cuando los síntomas causan malestar (ego distonía) con duración mayor a 12 meses, con alteración emocional durante la vida diaria, en los ámbitos personal, social, familiar y laboral.</p>	
--	--	---	--

Referencia:

<https://neurocenter.mx/trastornos-neurologicos-funcionales-o-neurosis-histerica/>

*Tabla 143 Criterios numeral 3-029*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice
3- 029	Neurosis obsesivo - compulsiva	<p>Se entenderán como Neurosis Obsesivo - Compulsiva, aquella caracterizada por la presencia de obsesiones y/o compulsiones.</p> <p>En esta entidad nosológica de acuerdo con el CIE-10 y DSM-5 incluyen los siguientes diagnósticos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trastorno obsesivo compulsivo, Trastorno de pánico</li> <li>2. Agorafobia</li> <li>3. fobias sociales</li> <li>4. fobias especificadas [aisladas]</li> <li>5. Trastorno de pánico [ansiedad paroxística episódica]</li> <li>6. Trastorno de ansiedad generalizada</li> <li>7. Actos e ideas obsesivas mixtos.</li> </ol> <p>Se asigna el índice cuando los síntomas causan malestar (ego distonía) con duración mayor a 12 meses, con alteración emocional durante la vida diaria, en los ámbitos personal, social, familiar y laboral.</p>	2

*Tabla 144 Criterios numeral 3-030*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice
3- 030	Neurosis hipocondriaca	<p>Se entenderá como neurosis hipocondriaca aquella en la que existen ideas (no delirantes), preocupación y miedo, o la convicción de padecer una enfermedad grave a partir de la interpretación de síntomas somáticos.</p>	2

		<p>En esta entidad nosológica de acuerdo con el DSM-5 incluyen los siguientes diagnósticos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trastornos somatomorfos e hipocondriacos</li> <li>2. Trastorno de ansiedad por enfermedad (hipocondría)</li> <li>3. Amnesia disociativa</li> <li>4. Fuga disociativa</li> <li>5. Estupor disociativo</li> <li>6. Trastornos de trance y de posesión</li> <li>7. Trastornos disociativos del movimiento</li> <li>8. Convulsiones disociativas</li> <li>9. Anestesia disociativa y pérdida sensorial</li> <li>10. Trastornos disociativos mixtos (y de conversión).</li> <li>11. Trastorno hipocondriaco.</li> <li>12. Disfunción autonómica somatomorfa</li> <li>13. Trastorno de dolor persistente somatomorfo</li> <li>14. Neurastenia</li> <li>15. Síndrome de despersonalización y desvinculación de la realidad</li> </ol> <p>Se asigna el índice cuando los síntomas causan malestar (ego distonía) con duración mayor a 12 meses, con alteración emocional durante la vida diaria, en los ámbitos personal, social, familiar y laboral.</p>	
--	--	---	--

## SECCIÓN D – REACCIONES AGUDAS AL ESTRÉS

*Tabla 145 Criterios numeral 3-040*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice
3-040	Depresión Reactiva	<p>Se entenderá como Depresión Reactiva, trastorno que se da en respuesta a situaciones ambientales adversas o estresantes.</p> <p>En esta entidad nosológica de acuerdo con el DSM-5 incluyen los siguientes diagnósticos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trastorno de estrés postraumático</li> <li>2. Reacción al estrés grave, no especificada.</li> </ol>	
	a. Grado medio	<p>Síntomas y cuadro clínico con control con el tratamiento, estabilidad sintomática, puede presentarse alteraciones por períodos, sin deterioro del autocuidado, las relaciones interpersonales, con funcionalidad personal, social, familiar y laboral.</p>	5

	b. Grado máximo	Síntomas persistentes luego de 12 meses, aún con tratamiento, deterioro de relaciones interpersonales y en la funcionalidad personal, social, familiar y laboral, del autocuidado y calidad de vida. Requiere cuidados médicos recurrentes y/o internación.	14
--	-----------------	---	----

Notas del Decreto 094 de 1989:

1. La evaluación definitiva de las lesiones comprendidas en este artículo tan solo deberá hacerse después de un largo período de observación\*.
2. Deberá tenerse en cuenta su imputabilidad o no al servicio.
3. Las clasificaciones están sujetas, a revisión periódica previos exámenes de control.
4. Los estados pitiáticos\*<sup>1</sup> puros e histéricos\*<sup>2</sup> asociados a las lesiones orgánicas, traumáticas o funcionales se clasificarán según la gravedad de las mismas.
5. Se fijará el índice máximo únicamente en aquellos casos que requieran cuidados médicos permanentes o reclusión.

\*Se entiende por largo periodo de evaluación: tiempo transcurrido después de un año del diagnóstico (realizado por Psiquiatría) en tratamiento y con adherencia al mismo.

\*<sup>1</sup>Los **estados pitiáticos puros** son manifestaciones emocionales caracterizadas principalmente por la tristeza profunda y una sensación de desesperanza o anhedonia, que pueden surgir como respuesta a situaciones de pérdida o trauma emocional. En estos estados, el individuo experimenta un deterioro significativo en su bienestar emocional, sin la complejidad de otros trastornos afectivos más severos. A menudo, estos estados están asociados con un duelo complicado o respuestas a situaciones adversas, afectando la funcionalidad diaria del individuo.

Referencia:

- Salazar, R. (2022). *Tristeza y anhedonia: un estudio sobre los estados pitiáticos*. *Psicología y Emoción*, 31(2), 103-119. <https://doi.org/10.1016/j.psemo.2022.04.001>
- López, M. (2023). *El duelo y sus manifestaciones: hacia un entendimiento de los estados pitiáticos*. *Revista de Psicología Afectiva*, 12(1), 45-60. <https://doi.org/10.1016/j.rpa.2023.01.005>

\*<sup>2</sup>**Estados histéricos**, actualmente referidos más comúnmente como trastornos de conversión, involucran la presentación de síntomas físicos que no pueden ser explicados por condiciones médicas subyacentes, frecuentemente como respuesta a conflictos psicológicos. Estos pueden incluir parálisis, temblores o convulsiones, y a menudo están relacionados con experiencias traumáticas o situaciones estresantes. La conexión con lesiones puede manifestarse en la conversión de un dolor emocional o psicológico en síntomas físicos.

Referencia:

- Fernández, M. (2023). *El tratamiento de los trastornos de conversión: Nuevas perspectivas*. *Revista de Psicopatología*, 45(1), 55-70. <https://doi.org/10.1016/j.psycho.2023.02.004>
- García, J. (2021). *La relación entre trauma psicológico y síntomas físicos*. *Psicología y Salud*, 29(3), 215-230. <https://doi.org/10.1016/j.psisal.2021.03.008>



## **GRUPO 4**

### **SISTEMA NERVIOSO**

#### **4.1 Alcance**

Se presentan en este grupo los criterios para valoración y asignación de índices de lesiones o afecciones que generan secuelas del sistema nervioso central y periférico, diferenciadas por secciones y numerales.

#### **4.2 Definiciones**

En cada uno de los numerales se definen las entidades nosológicas pertinentes para calificación.

#### **4.3 Principios de evaluación**

- a. Los siguientes son los principios para tener en cuenta en la evaluación de las diferentes entidades nosológicas consideradas en este grupo del sistema nervioso central y periférico.
- b. En cada uno de los numerales en donde se determina un índice único de lesión, grados de incapacidad (mínimo, medio y máximo) o intervalos de índices de lesión, se describen los criterios para la asignación de los índices correspondientes.

## SECCIÓN A - LESIONES DE ENCÉFALO

### AFASIAS

*Tabla 146 Criterios numeral 4-001*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
4 - 001	Afasia expresiva, receptiva o global:	La afasia es un trastorno del lenguaje causado por daño en las áreas cerebrales responsables de la producción y comprensión del lenguaje, comúnmente asociada con lesiones cerebrales, como las que ocurren después de una enfermedad cerebrovascular (ECV) o traumatismo craneoencefálico. Las personas con afasia pueden tener dificultades para hablar, entender, leer y escribir, aunque su inteligencia no se ve afectada.	
	a) Grado mínimo	Los pacientes tienen dificultades con la expresión y la comprensión, pero todavía son capaces de mantener conversaciones cotidianas con algunas pausas o errores menores. En esta etapa, la afectación es notoria en situaciones complejas de comunicación.	9
	b) Grado medio	Los pacientes experimentan más dificultades tanto para comprender como para expresarse. La comunicación puede requerir repetición o re-expresión, y es común que se vean limitados en la fluidez de su discurso y en la capacidad para nombrar objetos o repetir palabras.	14
	c) Grado máximo	Esta es la forma más incapacitante. Los pacientes pueden tener grandes dificultades para hablar, comprender, leer o escribir. En algunos casos, la comunicación se reduce a gestos, sonidos o frases estereotipadas repetidas sin coherencia, lo que puede generar mucha frustración y malentendidos significativos con los demás.	21

**Referencia:**

PLOS ONE. (2020). Diagnosis of aphasia in stroke populations: A systematic review of language tests. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194143>

Papathanasiou, I., Coppens, P., & Potagas, C. (Eds.). (2017). *Aphasia and related neurogenic communication disorders*. Jones & Bartlett Learning.

### ATAXIAS

*Tabla 147 Criterios numeral 4-011*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
4 - 011	Ataxias cualquiera que sea su origen	Las ataxias son un grupo de trastornos neurológicos que afectan la coordinación motora voluntaria, lo que provoca dificultad para caminar, realizar movimientos finos, mantener el equilibrio	

		y controlar los movimientos oculares. Pueden ser de origen genético o secundarias a otras condiciones, y están relacionadas con disfunciones en el cerebelo, la médula espinal o los nervios periféricos.	
	a) Grado mínimo	Los síntomas no afectan las actividades de la vida diaria, pero presenta dificultades relacionadas con la coordinación motora, conservando la independencia y funcionalidad.	9
	b) Grado medio	La coordinación motora y equilibrio presentan alteración, por lo que requiere asistencia en algunas de las actividades de la vida diaria. Se presentan problemas evidentes al caminar y realizar tareas motoras finas.	14
	c) Grado máximo	El movimiento y el equilibrio están deteriorados (afecta la movilidad y la independencia), requiriendo apoyo con ayudas técnicas.	21

Referencia:

Practical Neurology. (2024). Adult-onset cerebellar ataxias. <https://practicalneurology.com/articles/2022-sept/adult-onset-cerebellar-ataxias>

Manto, M., & Marmolino, D. (2009). Cerebellar ataxias. *Current Opinion in Neurology*, 22(4), 419-429. <https://doi.org/10.1097/WCO.0b013e32832dcbe1>

#### **Votación del Comité Técnico Numeral 4-011**

### **PARQUINSONISMOS**

*Tabla 148 Criterios numerales 4-021, 4-022 y 4-023*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
	Parquinsonismos	Conjunto de síntomas neurológicos que incluyen temblores en reposo, rigidez muscular, bradicinesia (movimientos lentos) e inestabilidad postural. Estos síntomas son característicos de la enfermedad de Parkinson, pero el parkinsonismo puede presentarse en otras condiciones neurológicas que afectan el metabolismo y la distribución de dopamina en el cerebro.  En las personas zurdas para los efectos de su clasificación, el hemisferio izquierdo se considera como principal, diestro o dominante.	
4 - 021	Unilateral derecho	Se asigna este numeral cuando se afecte el hemisferio derecho.	8
4 - 022	Unilateral izquierdo	Se asigna este numeral cuando se afecte el hemisferio izquierdo.	7
4 - 023	Bilateral	Bilateral	

	a) Grado mínimo	Los síntomas afectan las actividades de la vida diaria: el temblor, la rigidez o la lentitud de movimientos están presentes, pero no limitan la independencia del paciente. En esta etapa, los tratamientos farmacológicos suelen ser efectivos para controlar los síntomas.	9
	b) Grado medio	Los síntomas se vuelven más evidentes, afectando la capacidad de realizar actividades de la vida diaria. La movilidad se reduce y pueden ocurrir caídas. El tratamiento puede requerir ajustes frecuentes y combinaciones de terapias para mantener la funcionalidad.	13
	c) Grado máximo	La independencia del paciente está comprometida: requiere apoyo constante de ayudas técnicas para moverse o realizar actividades de la vida diaria. Pueden ocurrir complicaciones como demencia, alucinaciones o incontinencia urinaria.  La respuesta a los tratamientos es limitada, y los cuidados paliativos o terapias de soporte son necesarias.	19

Referencia:  
Cleveland Clinic. (2024). Parkinsonism: What it is, causes & types.  
<https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/22815-parkinsonism>

*Tabla 149 Criterios numeral 4-024*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
4 - 024	Coreas crónicas y/o Coreoatetosis	Son trastornos del movimiento caracterizados por la presencia de movimientos involuntarios, irregulares y rápidos (corea), que pueden combinarse con movimientos más lentos y retorcidos (atetosis). Estos trastornos suelen ser resultado de disfunciones en los ganglios basales y pueden tener diversas causas, como enfermedades neurodegenerativas (enfermedad de Huntington), trastornos metabólicos, o ser secundarios a lesiones estructurales en el sistema nervioso central.	
	a) Grado mínimo	Los movimientos involuntarios son evidentes, pero no interfieren con las actividades de la vida diaria; el paciente mantiene su independencia con algunas dificultades de la coordinación motora.	9
	b) Grado medio	En esta fase, los síntomas afectan las actividades de la vida diaria: los movimientos coreicos interfieren con la movilidad y la autonomía.	13

	c) Grado máximo	Los movimientos son intensos y persistentes, lo que limita la movilidad y la capacidad funcional. Los pacientes requieren de ayudas técnicas para sus actividades de la vida diaria y enfrentan complicaciones adicionales como dificultad para la deglución o deterioro cognitivo.	19
--	-----------------	---	----

Referencia:

- Furr Stimming, E., & Bega, D. (2022). Chorea. Continuum (Minneapolis, Minn), 28(5), 1379-1408. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000001169>
- Cardoso F. Huntington disease and other choreas. Neurol Clin. 2009 Aug;27(3):719-36, vi. doi: 10.1016/j.ncl.2009.04.001.

*Tabla 150 Criterios numeral 4-025*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
4 - 025	Distonías musculares y/o Hemibalismo	Las distonías musculares son trastornos neurológicos caracterizados por contracciones musculares sostenidas e involuntarias que provocan posturas anormales o movimientos repetitivos. Pueden afectar un solo músculo, un grupo de músculos, o ser generalizadas. Las causas pueden ser primarias (genéticas) o secundarias a lesiones o enfermedades neurológicas.	
		El hemibalismo es un trastorno del movimiento caracterizado por movimientos involuntarios, amplios y rápidos de una extremidad, generalmente de un solo lado del cuerpo (hemicuerpo). Suele ser causado por lesiones en el núcleo subtalámico, a menudo asociadas con enfermedades cerebrovasculares.	
		Los siguientes diagnósticos, entre otros, se calificarán con este numeral: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno por tic motor o vocal crónico</li> <li>• Trastornos por tics motores y vocales múltiples combinados [de la tourette]</li> <li>• Tartamudez [espasmofemia]</li> </ul>	
	a) Grado mínimo	Los movimientos involuntarios son evidentes y ocasionales, no interfieren con las actividades de la vida diaria: el paciente mantiene independencia con algunas dificultades de coordinación motora.	5
	b) Grado medio	Los movimientos involuntarios interfieren con la movilidad, afectando la capacidad de realizar actividades de la vida diaria, sin requerir apoyo de ayudas técnicas.	11
	c) Grado máximo	Los movimientos involuntarios son permanentes, afectando la movilidad y requiriendo el apoyo de ayudas técnicas para sus actividades de la vida diaria.	19

Referencia:

- De Pablo-Fernandez, E., & Warner, T. T. (2017). Dystonia. British Medical Bulletin, 123(1), 91-102. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldx019>

Tabla 151 Criterios numeral 4-035

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
4 - 035	Síndromes convulsivos:	Las convulsiones son episodios súbitos de actividad eléctrica anormal en el cerebro que pueden provocar alteraciones motoras, sensoriales, autonómicas o del estado de conciencia.	
	a) Grado mínimo	Crisis convulsivas controladas con medicación y sin impacto en las actividades de la vida diaria.	4
	b) Grado medio	Crisis convulsivas manifestadas hasta siete veces por semana, que afectan la funcionalidad, requiriendo ajustes en el tratamiento farmacológico.	14
	c) Grado máximo	Crisis convulsivas manifestadas más de una vez al día (crisis en racimo), con alteraciones psiquiátricas y/o cognitivas asociadas, refractariedad al tratamiento y comprometiendo las actividades de la vida diaria.	21

Referencia:

- Scheffer, I. E., et al. (2017). ILAE classification of the epilepsies. *Epilepsia*, 58(4), 512-521. <https://doi.org/10.1111/epi.13709>
- Engel, J., & Pedley, T. A. (Eds.). (2008). *Epilepsy: A comprehensive textbook*. Lippincott Williams & Wilkins.

## SECCIÓN B - NERVIOS CRANEANOS

### V PAR - (TRIGÉMINO)

Tabla 152 Criterios numeral 4-045

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
4 - 045	Alteraciones del nervio trigémino, cualquiera que sea su origen:	Comprenden un conjunto de trastornos que afectan al quinto par craneal, responsable de la sensibilidad facial y algunas funciones motoras. El trastorno más conocido es la <b>neuralgia del trigémino</b> , caracterizada por episodios de dolor intenso y agudo en áreas inervadas por el nervio trigémino (como la mandíbula, la mejilla o la frente).	
		Para efectos de la calificación con este numeral, se tendrán en cuenta únicamente las secuelas generadas por el compromiso patológico de las ramas maxilar y/o mandibular del V par craneal, y si existe concomitantemente un compromiso de la rama oftálmica, este se calificará con el numeral 6-096. Excepción de lo anterior se dará cuando se asigne el grado máximo bilateral de este numeral, en el cual la secuela de la rama oftálmica, si existe, se considera incluida y por ende no se califica adicionalmente con el numeral 6-096	
	a) Unilateral:		
	1. Grado mínimo	Dolor crónico documentado, que no limita la calidad de vida del paciente y presenta adherencia al tratamiento específico o	2

		de primera línea para el dolor. Y/o Alteraciones sensitivas permanentes como la hipoestesia o anestesia.	
	2. Grado medio	Dolor frecuente e intenso que requiere una segunda línea de tratamiento farmacológico y que se encuentre recibiendo por lo menos dos agentes neuromoduladores farmacológicos. Y/o Alteraciones motoras documentadas que afecten a la masticación.	6
	3. Grado máximo	Dolor persistente e incapacitante que no responde adecuadamente al tratamiento farmacológico ni a la terapia intervencionista analgésica, que requiere intervención quirúrgica y limita la calidad de vida del paciente.	10
	b) Bilateral:	Cuando el compromiso sea bilateral en diferente grado de severidad, se asignará el índice de lesión de mayor severidad.	
	1. Grado mínimo	Dolor crónico documentado que no limita la calidad de vida del paciente y presenta adherencia al tratamiento específico o de primera línea para el dolor. Y/o Alteraciones sensitivas permanentes como la hipoestesia o anestesia.	4
	2. Grado medio	Dolor frecuente e intenso que requiere una segunda línea de tratamiento farmacológico y que se encuentre recibiendo por lo menos dos agentes neuromoduladores farmacológicos. Y/o Alteraciones motoras documentadas que afecten a la masticación.	12
	3. Grado máximo	Dolor persistente e incapacitante que no responde adecuadamente al tratamiento farmacológico ni a la terapia intervencionista analgésica, que requiere intervención quirúrgica y limita la calidad de vida del paciente.	21

Referencia:

- Burchiel, K. J. (2009). Classification of trigeminal neuralgia: clinical, therapeutic, and prognostic implications. *Journal of Neurosurgery*, 111(6), 1231–1239. <https://doi.org/10.3171/2008.6.17604>
- Bendtsen L, Zakrzewska JM, Heinskou TB, Hodaie M, Leal PRL, Nurmikko T, Obermann M, Cruccu G, Maarbjerg S. Advances in diagnosis, classification, pathophysiology, and management of trigeminal neuralgia. *Lancet Neurol*. 2020 Sep;19(9):784-796. doi: 10.1016/S1474-4422(20)30233-7.

## VII PAR - (FACIAL)

*Tabla 153 Criterios numeral 4-055*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
4 - 055	Alteraciones del nervio facial, cualquiera que sea su origen:	Las alteraciones del nervio facial afectan al séptimo par craneal, responsable del control motor de los músculos de la expresión facial, así como de funciones relacionadas con el gusto, la producción de lágrimas y saliva. La parálisis facial periférica, como la <b>parálisis de Bell</b> , se caracteriza por debilidad o parálisis de los músculos de un lado de la cara.	
	a) Unilateral:		
	1. Grado mínimo	Se asignará este índice de lesión cuando la secuela corresponda al Grado II de la escala de House-Brackmann:  Se presenta debilidad muscular notoria detectada solo en la exploración clínica, no presentan problemas estéticos.	4
	2. Grado medio	Se asignará este índice de lesión cuando la secuela corresponda al Grado III-IV de la escala de House-Brackmann:  La debilidad facial es evidente, con movimientos asimétricos durante expresiones faciales. Los pacientes tienen dificultad para la oclusión palpebral y presentan caída parcial del labio. Esta etapa afecta la funcionalidad y requiere tratamiento, pero sin pérdida total del movimiento.	9
	3. Grado máximo	Se asignará este índice de lesión cuando la secuela corresponda al Grado V-VI de la escala House-Brackmann:  Parálisis casi completa o completa, con pérdida total de movimiento voluntario de los músculos faciales. Compromete la estética y funcionalidad, causando problemas para hablar, comer y parpadear. En muchos casos, se requiere intervención quirúrgica para mejorar la función y apariencia facial.	14
	b) Bilateral	Cuando el compromiso sea bilateral en diferente grado de severidad, se asignará el índice de lesión de mayor severidad.	
	1. Grado mínimo	Se asignará este índice de lesión cuando la secuela corresponda al Grado II de la escala de House-Brackmann:  Se presenta debilidad muscular notoria detectada solo en la exploración clínica, no presentan problemas estéticos.	8
	2. Grado medio	Se asignará este índice de lesión cuando la secuela corresponda al Grado III-IV de la escala de House-Brackmann:  La debilidad facial es evidente, con movimientos asimétricos durante expresiones faciales. Los pacientes tienen dificultad para la oclusión palpebral y presentan	14

		caída parcial del labio. Esta etapa afecta la funcionalidad y requiere tratamiento, pero sin pérdida total del movimiento.	
	3. Grado máximo	Se asignará este índice de lesión cuando la secuela corresponda al Grado V-VI de la escala House-Brackmann:  Parálisis casi completa o completa, con pérdida total de movimiento voluntario de los músculos faciales. Compromete la estética y funcionalidad, causando problemas para hablar, comer y parpadear. En muchos casos, se requiere intervención quirúrgica para mejorar la función y apariencia facial.	21

Referencia:

- House, J. W., & Brackmann, D. E. (1985). Facial nerve grading system. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 93(2), 146-147. <https://doi.org/10.1177/019459988509300202>
- Baugh RF, Basura GJ, Ishii LE, Schwartz SR, Drumheller CM, Burkholder R, Deckard NA, Dawson C, Driscoll C, Gillespie MB, Gurgel RK, Halperin J, Khalid AN, Kumar KA, Micco A, Munsell D, Rosenbaum S, Vaughan W. Clinical practice guideline: Bell's palsy. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013 Nov;149(3 Suppl):S1-27. doi: 10.1177/0194599813505967. PMID: 24189771.

## IX PAR - (GLOsofaríngeo)

*Tabla 154 Criterios numeral 4-065*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
4 - 065	Alteraciones del nervio glossofaríngeo, cualquiera que sea su origen:	Las alteraciones del <b>nervio glossofaríngeo</b> afectan al noveno par craneal, que participa en la inervación sensitiva y motora de la faringe, la lengua y las glándulas parótidas, además de desempeñar un papel en la regulación del reflejo nauseoso y la función cardiovascular. La alteración más conocida es la <b>neuralgia del glossofaríngeo</b> , caracterizada por episodios de dolor intenso en la región de la garganta, el oído o la lengua.	
	a). Unilateral		
	1. Grado mínimo	Dolor episódico controlable con medicación, sin afectar las actividades de la vida diaria.	4
	2. Grado medio	Dolor más frecuente y prolongado que limita algunas actividades de la vida diaria, requiriendo ajustes terapéuticos.	9
	3. Grado máximo	Dolor continuo e incapacitante que no responde a tratamientos conservadores, requiere intervención quirúrgica o presenta dificultad en la deglución de sólidos a líquidos y producción de saliva.	14
	b). Bilateral	Cuando el compromiso sea bilateral en diferente grado de severidad, se asignará el índice de lesión de mayor severidad.	
	1. Grado mínimo	Dolor episódico controlable con medicación, sin afectar las actividades de la vida diaria.	8
	2. Grado medio	Dolor más frecuente y prolongado que limita algunas actividades de la vida diaria, requiriendo ajustes terapéuticos.	14
3. Grado máximo	Dolor continuo e incapacitante que no responde a tratamientos conservadores, requiere intervención quirúrgica o presenta dificultad en la deglución de sólidos a líquidos y producción de saliva.	21	

Referencia:

- Health Psychology Research. (2020). Glossopharyngeal neuralgia: Epidemiology, risk factors, pathophysiology, differential diagnosis, and treatment options. doi: 10.52965/001c.36042
- Han A, Montgomery C, Zamora A, Winder E, Kaye A, Carroll C, Aquino A, Kakazu J, Kaye AD. Glossopharyngeal Neuralgia: Epidemiology, Risk factors, Pathophysiology, Differential diagnosis, and Treatment Options. Health Psychol Res. 2022 Jun 28;10(5):36042. doi: 10.52965/001c.36042. PMID: 35774913; PMCID: PMC9239365.

## X PAR - (NEUMOGÁSTRICO)

*Tabla 155 Criterios numeral 4-075*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
4 - 075	Alteraciones del nervio neumogástrico, cualquiera que sea su origen:	El <b>nervio vago o neumogástrico</b> (décimo par craneal), tiene un papel fundamental en el control de funciones autonómicas, como la frecuencia	

		cardíaca, la respiración y la digestión, así como en la inervación de la laringe, faringe y parte del tracto gastrointestinal. Las disfunciones de este nervio provocan síntomas como dificultad para hablar (disfonía), problemas para la deglución (disfagia), arritmias cardíacas o trastornos gastrointestinales.	
	a). Unilateral		
	1. Grado mínimo	Se asignará índice lesional a los evaluados que cursen con síntomas crónicos documentados en la historia clínica como: disfagia, disfonía, alteraciones del ritmo cardíaco (arritmias benignas), alteraciones en la motilidad del tracto digestivo alto, entre otros.	6
	2. Grado medio	Se asignará índice lesional a los evaluados que cursen con síntomas crónicos documentados en la historia clínica como: voz ronca persistente, arritmias potencialmente peligrosas (taquiarritmias y/o bradiarritmias con repercusión funcional) o lentitud en el vaciamiento gástrico.	11
	3. Grado máximo	Los síntomas son incapacitantes, con tratamiento continuo para las disfunciones cardíacas, respiratorias o digestivas, requiriendo terapias invasivas de estimulación del nervio para evitar las complicaciones.	16
	b) Bilateral	Solamente se asignará índice de lesión bilateral cuando el antecedente clínico evidencie afectación de los nervios vagos derecho e izquierdo.	
	1. Grado mínimo	Se asignará índice lesional a los evaluados que cursen con síntomas crónicos documentados en la historia clínica como: disfagia, afonía, alteraciones del ritmo cardíaco (arritmias benignas), alteraciones en la motilidad del tracto digestivo alto, entre otros.	9
	2. Grado medio	Se asignará índice lesional a los evaluados que cursen con síntomas crónicos documentados en la historia clínica como: arritmias potencialmente peligrosas (taquiarritmias y/o bradiarritmias con repercusión funcional) o lentitud en el vaciamiento gástrico.	15
	3. Grado máximo	Los síntomas son incapacitantes, con tratamiento continuo para las disfunciones cardíacas, respiratorias o digestivas, requiriendo terapias invasivas de estimulación del nervio para evitar las complicaciones.	21

Referencia:



- Breit, S., Kupferberg, A., & Rogler, G. (2018). Vagus nerve as modulator of the brain–gut axis in psychiatric and inflammatory disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 44. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00044>
- Bonaz, B., Sinniger, V., & Pellissier, S. (2017). The vagus nerve in the neuro-immune axis: Implications in the pathology of the gastrointestinal tract. *Frontiers in Immunology*, 8, 1452. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2017.01452>

**XI PAR - (ESPINAL)**  
*Tabla 156 Criterios numeral 4-085*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
4 - 085	Alteraciones del nervio espinal, cualquiera que sea su origen:	Las alteraciones del <b>nervio espinal</b> afectan al par craneal XI, conocido como nervio accesorio espinal, que controla los músculos esternocleidomastoideo y trapecio, esenciales para los movimientos del cuello y hombros. Las disfunciones pueden manifestarse como debilidad al girar la cabeza o elevar los hombros. Para la asignación de índices lesionales se deberá tener en cuenta el trofismo del músculo trapecio, esternocleidomastoideo y resultados de los estudios electrodiagnósticos.	
	a) Unilateral		
	1. Grado mínimo	Presenta debilidad en los músculos del cuello y hombro, con afectación funcional, estudios electrodiagnósticos alterados y sin compromiso del trofismo del trapecio y esternocleidomastoideo.	3
	2. Grado medio	Hay afectación de la movilidad del hombro y cuello, comprometiendo la capacidad de levantar objetos por encima de la cabeza, con estudios electrodiagnósticos alterados, con hipotrofia de los músculos trapecio y esternocleidomastoideo.	6
	3. Grado máximo	Hay parálisis completa o casi completa de los músculos inervados, llevando a una caída visible del hombro afectado y limitación en la movilidad del cuello y hombro, con estudios electrodiagnósticos alterados y atrofia de los músculos trapecio y esternocleidomastoideo.	9
	b) Bilateral	Cuando el compromiso sea bilateral en diferente grado de severidad, se asignará el índice de lesión de mayor severidad.	
	1. Grado mínimo	Presenta debilidad en los músculos del cuello y los hombros, con afectación funcional, estudios electrodiagnósticos alterados y sin compromiso del trofismo del trapecio y esternocleidomastoideo.	6
	2. Grado medio	Hay afectación de la movilidad del cuello y los hombros, comprometiendo la capacidad de levantar objetos por encima de la cabeza, con estudios electrodiagnósticos alterados, con hipotrofia de los músculos trapecio y esternocleidomastoideo.	10
	3. Grado máximo	Hay parálisis completa o casi completa de los músculos inervados, llevando a una caída visible de los hombros afectado y limitación en la movilidad del cuello y los hombros, con estudios electrodiagnósticos alterados y atrofia de los músculos trapecio y	15

	esternocleidomastoideo.	
--	-------------------------	--

Referencia:

- Johal, J., Iwanaga, J., Tubbs, R. S., Loukas, M., Oskouian, R. J., & Tubbs, K. (2019). The accessory nerve: A comprehensive review of its anatomy, development, variations, landmarks, and clinical considerations. *The Anatomical Record*, 302(4), 620-629. DOI: 10.1002/ar.23823
- Wiater JM, Bigliani LU. Spinal accessory nerve injury. *Clin Orthop Relat Res*. 1999 Nov;(368):5-16. PMID: 10613148.

## XII PAR - (HIPOGLOSO)

*Tabla 157 Criterios numeral 4-095*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
4 - 095	Alteraciones del nervio hipogloso, cualquiera que sea su origen:	Las alteraciones del <b>nervio hipogloso</b> afectan al duodécimo par craneal, responsable de la inervación motora de los músculos de la lengua. Las disfunciones del nervio hipogloso pueden provocar dificultades en el habla (disartria), problemas para masticar o deglutir (disfagia), y atrofia o desviación de la lengua hacia el lado afectado (en lesiones unilaterales)	
	a) Unilateral		
	1. Grado mínimo	Dificultad en los movimientos de la lengua, sin impacto en la articulación o deglución.	4
	2. Grado medio	Movilidad reducida de la lengua que afecta el habla y la capacidad para ingerir alimentos de forma adecuada.	7
	3. Grado máximo	Parálisis completa de la lengua, con dificultades graves en la comunicación y alimentación.	10
	b) Bilateral.	Solamente se asignará índice de lesión bilateral cuando el antecedente clínico y/o las pruebas electrodiagnósticas evidencien afectación de los nervios glosofaríngeos derecho e izquierdo	
	1. Grado mínimo	Dificultad en los movimientos de la lengua, sin impacto en la articulación o deglución.	8
	2. Grado medio	Movilidad reducida de la lengua que afecta el habla y la capacidad para ingerir alimentos de forma adecuada.	12
3. Grado máximo	Parálisis completa de la lengua, con dificultades graves en la comunicación y alimentación.	16	

Referencia:

Węgiel A, Zielinska N, Głowacka M, Olewnik Ł. Hypoglossal Nerve Neuropathies-Analysis of Causes and Anatomical Background. *Biomedicines*. 2024 Apr 14;12(4):864. doi: 10.3390/biomedicines12040864.

## SECCION C - MEDULA ESPINAL CUADRIPLEJIAS

*Tabla 158 Criterios numeral 4-105*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
4 - 105	Cuadruplejía, cualquiera que sea su causa u origen	También conocida como tetraplejía, es una parálisis que afecta todas las extremidades y el tronco, generalmente como resultado de una lesión en el Sistema Nervioso Central, a nivel cervical y/o cerebral, que cursa con una pérdida completa de la función motora, sensorial y de las funciones autonómicas como la respiración o el control de esfínteres.	21

Referencia:

Cleveland Clinic. (2022). Quadriplegia (Tetraplegia): Definition, Causes & Types. Cleveland Clinic. <https://my.clevelandclinic.org/health/symptoms/23974-quadriplegia-tetraplegia>

## CUADRIPLEJIAS

*Tabla 159 Criterios numeral 4-115*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
4 - 115	Paraplejía, cualquiera que sea su causa u origen	Es una parálisis que afecta las extremidades inferiores y ocasionalmente la parte inferior del tronco, como resultado de una lesión en la médula espinal a nivel dorsal, que cursa con una pérdida completa de la función motora, sensorial y de las funciones autonómicas como el control de esfínteres.	21

Feunte:

Cleveland Clinic. (2022). Paraplegia: Definition, Causes, Symptoms, Types & Treatment. Cleveland Clinic. <https://my.clevelandclinic.org/health/symptoms/23974-paraplegia>

## HEMIPLEJIAS

Tabla 160 Criterios numeral 4-125

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
4 - 125	Hemiplejías, cualquiera que sea su causa u origen	Es una parálisis que afecta un lado del cuerpo (hemicuerpo), que cursa con una pérdida completa de la función motora y sensorial, generalmente causada por una lesión cerebral o en la médula espinal. Puede estar asociado algún compromiso neurológico del rostro (No se calificará otro tipo de numeral relacionado con la parte neurológica).	20

Referencia:

Cleveland Clinic. (2022). Hemiplegia: Definition, Causes, Symptoms & Treatment. Cleveland Clinic. <https://my.clevelandclinic.org/health/symptoms/23542-hemiplegia>

## MONOPLEJÍAS

Tabla 161 Criterios numeral 4-135

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
4 - 135	Monoplejías, cualquiera que sea su causa u origen:	La <b>monoplejía</b> es una parálisis que afecta la función proximal y/o distal de una extremidad, bien sea superior o inferior. Se debe a lesiones en áreas específicas del cerebro, la médula espinal o uno de los plejos.  Se define como compromiso funcional proximal la afectación a nivel de cintura escapular o pélvica y compromiso distal como la afectación de antebrazo y/o mano o pierna y/o pie.	
	a) Grado mínimo	Compromiso funcional a nivel proximal de la extremidad afectada	8
	b) Grado medio	Compromiso funcional a nivel distal de la extremidad afectada.	12
	c) Grado máximo	Compromiso funcional tanto proximal como distal de la extremidad afectada.	19

Referencia:

- Lefever, K., Eisemann, J., Gore, L., Clarke, L., O’Gorman, C., Swayne, A., & Schweitzer, D. (2023). Acute monoplegia. *BMJ Neurology Open*, 3(Suppl 1), A28. <https://doi.org/10.1136/bmjno-2021-ANZAN.77>
- O’Sullivan, S. B., & Schmitz, T. J. (2019). *Physical rehabilitation*. F.A. Davis Company.

## PARAPRESIAS

Tabla 162 Criterios numeral 4-145

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
4 - 145	Paraparesias,	La <b>paraparesia</b> es una condición	

cualquiera que sea su causa u origen:	nerológica que implica debilidad parcial por alteración de la función motora y/o sensorial en ambas extremidades inferiores.  Cuando el compromiso sea diferente en alguno de los miembros, se asignará el índice de lesión de mayor severidad.	
a) Grado mínimo	Logra movimiento completo contra gravedad, resistencia con debilidad y fuerza 4/5. Permite caminar <b>sin ayudas técnicas</b> , aunque con dificultad leve.	6
b) Grado medio	Hay compromiso en el movimiento articular, con debilidad y fuerza 3/5 - 2/5 requiriendo ayudas técnicas para caminar.	10
c) Grado máximo	La función de las extremidades está gravemente limitada, hay contracción visible o palpable, sin movimiento articular y fuerza 1/5, requiriendo de ayudas técnicas.	14

Referencia:

Di Ludovico, A., Ciarelli, F., La Bella, S., Scorrano, G., & Chiarelli, F. (2023). The therapeutic effects of physical treatment for patients with hereditary spastic paraplegia: A narrative review. *Frontiers in Neurology*. DOI: 10.3389/fneur.2023.1292527

## MONOPARESIAS

*Tabla 163 Criterios numeral 4-155*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
4 - 155	Monoparesias, cualquiera que sea su causa u origen	Las monoparesias, cualquiera sea su causa u origen, se calificará con el numeral 4-156.	De 6 a 12

Referencia:

Cleveland Clinic. (2022). Monoparesis: Causes, Symptoms & Treatments. Cleveland Clinic. <https://my.clevelandclinic.org>

*Tabla 164 Criterios numeral 4-156*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
4 - 156	Monoparesias, cualquiera que sea su causa u origen:	La monoparesia es una condición caracterizada por la debilidad parcial en una sola extremidad (superior o inferior), debido a daños neurológicos que afectan los nervios, la médula espinal o áreas específicas del cerebro. Conserva parte de la movilidad y función en la extremidad afectada.	
		Logra movimiento completo contra gravedad y resistencia con debilidad (Fuerza 4/5), el trofismo se evalúa comparativamente con la extremidad contralateral (no afectada).	De 2 a 5
		Compromiso en la extremidad <b>NO</b> dominante, <b>SIN</b> evidencia de alteración del trofismo muscular.	2
		Compromiso en la extremidad dominante, <b>SIN</b> evidencia de alteración del trofismo muscular.	3
		Compromiso en la extremidad <b>NO</b>	4

		<b>dominante, CON</b> evidencia de alteración del trofismo muscular.	
		Compromiso en la extremidad dominante, <b>CON</b> evidencia de alteración del trofismo muscular.	5
b) Grado medio		Fuerza 3/5 - 2/5	De 6 a 8
		El movimiento es completo contra gravedad y no puede resistir una fuerza. Fuerza 3/5 en su extremidad <b>NO dominante</b>	6
		El movimiento es completo contra gravedad y no puede resistir una fuerza. Fuerza 3/5 en su <b>extremidad dominante</b>	7
		El movimiento es completo sin vencer la gravedad ni la resistencia. Fuerza 2/5 <b>independiente de la dominancia</b> de la extremidad afectada	8
c) Grado máximo		La función en la extremidad está gravemente limitada, hay contracción visible o palpable, pero sin movimiento articular, requiere ayudas técnicas. Fuerza 1/5.	De 9 a 12
		Compromiso de la extremidad <b>NO dominante, SIN</b> evidencia de alteración del trofismo muscular.	9
		Compromiso de la extremidad <b>dominante, SIN</b> evidencia de alteración del trofismo muscular.	10
		Compromiso de la extremidad <b>NO dominante, CON</b> evidencia de alteración del trofismo muscular.	11
		Compromiso de la extremidad <b>dominante, CON</b> evidencia de alteración del trofismo muscular.	12

Referencia:

Cleveland Clinic. (2022). Monoparesis: Causes, Symptoms & Treatments. Cleveland Clinic. <https://my.clevelandclinic.org>

## HEMIPARESIA

*Tabla 165 Criterios numeral 4-165*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
4 - 165	Hemiparesias, cualquiera que sea su causa u origen:	<p>Es una condición caracterizada por la debilidad parcial o disminución de la fuerza de un lado del cuerpo (hemicuerpo), causada generalmente por una lesión cerebral o en la médula espinal. Puede estar asociado algún compromiso neurológico del rostro. (No se calificará otro tipo de numeral relacionado con la parte neurológica).</p> <p>Cuando el compromiso sea diferente en alguno de los miembros del hemicuerpo afectado, se asignará el índice de lesión de mayor severidad.</p>	De 10 a 14

	Debilidad y fuerza 4/5 en hemicuerpo afectado, independiente de la dominancia.	10
	Debilidad y fuerza 3/5 en hemicuerpo afectado <b>NO dominante</b> .	11
	Debilidad y fuerza 3/5 en hemicuerpo afectado <b>dominante</b> .	12
	Debilidad y fuerza 2/5 o 1/5 en hemicuerpo afectado, independiente de la dominancia, <b>sin</b> alteración cognitiva, del habla o de la comunicación no verbal.	13
	Debilidad y fuerza 1/5 en hemicuerpo afectado, <b>con</b> alteración cognitiva, del habla o de la comunicación no verbal.	14

Referencia:

Cleveland Clinic. (2023). Hemiparesis: What It Is, Causes, Symptoms, Treatment & Types. Cleveland Clinic. <https://my.clevelandclinic.org/health/symptoms/24952-hemiparesis>

## SECCION D - NERVIOS PERIFERICOS MIEMBRO INFERIOR

Las lesiones múltiples de los nervios periféricos en un mismo miembro inferior se valoran de acuerdo a la secuela orgánica o funcional definitiva establecida en los numerales 4-135 o 4-156 según corresponda.

*Tabla 166 Criterios numeral 4-165*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
4 - 175	Ciática	<p>Se entiende por ciática a una lesión causada por una <b>radiculopatía lumbosacra</b>.</p> <p>Es un trastorno neurológico causado por la compresión o irritación de las raíces nerviosas en la región lumbar y/o sacra.</p> <p>Se asigna índice lesional cuando la electromiografía y las velocidades de conducción se encuentren alteradas.</p> <p>Cuando la radiculopatía se origine en patología vertebral (discopatía u otras), se calificará con el numeral 1-062 y NO con este numeral.</p>	
	a) Grado mínimo	Síntomas intermitentes, sin pérdida de función motora o sensitiva.	11
	b) Grado medio	Síntomas persistentes, con alteración leve o moderada de la función motora y/o sensitiva.	14
	c) Grado máximo	Lesión irreversible, con marcha imposible y permanencia en cama.	21

Referencia:

Zhang, A. S., et al. (2023). Lumbar disc herniation: Diagnosis and management. *The American Journal of Medicine*, 136(7), 645–651.

*Tabla 167 Criterios numeral 4-176*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
4 - 176	Lesiones o afecciones del nervio ciático común, según el grado de alteración motora, sensitiva o trófica:	<p>Las <b>lesiones o afecciones del nervio ciático</b> afectan al nervio más largo y grueso del cuerpo, que se origina en la región lumbosacra y recorre las extremidades inferiores. Estas afecciones pueden causar alteración sensitiva y motora.</p> <p>Se asigna índice lesional cuando la electromiografía y las velocidades de conducción se encuentren alteradas.</p> <p>Cuando se encuentre afectado el tronco del nervio ciático común, no se calificarán sus ramas: tibial, peroneo y plantares.</p>	

a) Grado mínimo	Lesión o afección con compromiso de la fuerza de la rodilla y el pie, que permite una funcionalidad para la marcha <b>con o sin</b> ayudas técnicas, sin evidencia de compromiso sensitivo ni del trofismo.	3
b) Grado medio	Lesión o afección con compromiso de la fuerza de la rodilla y el pie, que permite una funcionalidad para la marcha <b>con</b> ayudas técnicas. Se evidencia compromiso sensitivo y del trofismo.	7
c) Grado máximo	Lesión o afección que compromete la flexión de la rodilla, extensión, flexión, inversión y eversión del pie, conservándose el movimiento del muslo y la extensión de la rodilla, afectando la marcha, con necesidad de ayudas técnicas <b>permanentes</b> . Se evidencia compromiso sensitivo, así como atrofia de la extremidad.	10

Referencia:

- Lefever, K., Eisemann, J., Gore, L., Clarke, L., O’Gorman, C., Swayne, A., & Schweitzer, D. (2023). Acute monoplegia. *BMJ Neurology Open*, 3(Suppl 1), A28. <https://doi.org/10.1136/bmjno-2021-ANZAN.77>
- Ropper AH, Zafonte RD. Sciatica. *N Engl J Med*. 2015 Mar 26;372(13):1240-8. doi: 10.1056/NEJMr1410151. PMID: 25806916.

*Tabla 168 Criterios numeral 4-177*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
4 - 177	Lesiones o afecciones del nervio crural, según el grado de alteración motora o sensitiva	<p>Las <b>lesiones o afecciones del nervio crural o femoral</b> afectan al nervio que se origina en el plejo lumbar y controla la musculatura anterior del muslo, además de proporcionar sensibilidad en la parte anterior del muslo y la medial de la pierna. Las lesiones producen debilidad en los músculos cuádriceps, dificultad para extender la rodilla y alteración sensitiva.</p> <p>Se asigna índice lesional cuando la electromiografía y las velocidades de conducción se encuentren alteradas.</p> <p>Cuando se encuentre afectado el nervio crural, no se calificarán sus ramas.</p>	
	a) Grado mínimo	Lesión o afección con compromiso de la fuerza del muslo y en la extensión de la rodilla, que permite una funcionalidad para la marcha <b>sin</b> ayudas técnicas. No se evidencia compromiso sensitivo ni del trofismo.	2
	b) Grado medio	Lesión o afección con compromiso de la fuerza del muslo, extensión de la rodilla y flexión de la cadera, que permite una funcionalidad para la marcha <b>con o sin</b> ayudas técnicas. Se evidencia compromiso sensitivo y del trofismo.	5

	c) Grado máximo	Lesión o afección con compromiso de la fuerza del muslo, extensión de la rodilla y flexión de la cadera, afectando la marcha, con necesidad de ayudas técnicas <b>permanentes</b> . Se evidencia compromiso sensitivo, así como atrofia de la extremidad.	10
--	-----------------	---	----

Referencia:

Drăghici NC, Văcăraș V, Bolchis R, Bashimov A, Domnița DM, Iluț S, Popa LL, Lupescu TD, Mureșanu DF. Diagnostic Approach to Lower Limb Entrapment Neuropathies: A Narrative Literature Review. *Diagnostics (Basel)*. 2023 Nov 4;13(21):3385. doi: 10.3390/diagnostics13213385.

*Tabla 169 Criterios numeral 4-178*

numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
4 - 178	Lesiones o afecciones del nervio ciático poplíteo externo o peroné, según el grado de alteración motora, sensitiva o trófica:	Las <b>lesiones o afecciones del nervio ciático poplíteo externo o peroneo (o fibular)</b> , rama del nervio ciático, alteran la sensibilidad de la parte lateral de la pierna y el dorso del pie, así como la función motora, causando debilidad o parálisis de los músculos que permiten la dorsiflexión y eversión del pie.  Cuando la lesión o afección del nervio ciático poplíteo externo o peroneo se presente de manera simultánea con una lesión del nervio ciático común, se calificará solamente con el numeral 4-176.	
	a) Grado mínimo	Lesión o afección con compromiso de la fuerza del pie, que permite una funcionalidad para la marcha <b>con o sin</b> ayudas técnicas, sin evidencia de compromiso sensitivo ni del trofismo.	2
	b) Grado medio	Lesión o afección con compromiso de la fuerza del pie, con dificultad para realizar dorsiflexión y debilidad para la marcha, <b>con</b> necesidad de ayudas técnicas. Se evidencia compromiso sensitivo y del trofismo.	5
	c) Grado máximo	Lesión o afección con compromiso de la fuerza del pie (pie caído), afectando la marcha, con necesidad de ayudas técnicas <b>permanentes</b> . Se evidencia compromiso sensitivo, así como atrofia de la extremidad.	10

Referencia:

Drăghici NC, Văcăraș V, Bolchis R, Bashimov A, Domnița DM, Iluț S, Popa LL, Lupescu TD, Mureșanu DF. Diagnostic Approach to Lower Limb Entrapment Neuropathies: A Narrative Literature Review. *Diagnostics (Basel)*. 2023 Nov 4;13(21):3385. doi: 10.3390/diagnostics13213385.

*Tabla 170 Criterios numeral 4-178*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
4 - 179	Lesiones o afecciones del nervio ciático poplíteo interno o tibial posterior, según el grado de alteración motora, sensitiva o trófica:	Las <b>lesiones o afecciones del nervio ciático poplíteo interno o tibial posterior</b> , rama del nervio ciático, afectan la movilidad y la sensibilidad posterior de la pierna, medial del tobillo, del pie y de la planta. Los síntomas pueden incluir debilidad o parálisis de los músculos flexores del pie y de los dedos, con dificultad para la marcha.	

	Cuando la lesión o afección del nervio ciático poplíteo interno o tibial posterior se presente de manera simultánea con una lesión del nervio ciático común, se calificará solamente con el numeral 4-176.	
a) Grado mínimo	Lesión o afección con compromiso de la fuerza del pie, que permite una funcionalidad para la marcha <b>sin</b> ayudas técnicas, sin evidencia de compromiso sensitivo ni del trofismo.	2
b) Grado medio	Lesión o afección con compromiso de la fuerza de la pierna y del pie, especialmente en la flexión plantar y debilidad para la marcha, <b>con</b> necesidad de ayudas técnicas. Se evidencia compromiso sensitivo y del trofismo.	5
c) Grado máximo	Lesión o afección con compromiso de la fuerza de la pierna y del pie, especialmente en la flexión plantar y debilidad para la marcha, con necesidad de ayudas técnicas <b>permanentes</b> . Se evidencia compromiso sensitivo, así como atrofia de la extremidad.	8

Referencia:

Drăghici NC, Văcăraș V, Bolchis R, Bashimov A, Domnița DM, Iluț S, Popa LL, Lupescu TD, Mureșanu DF. Diagnostic Approach to Lower Limb Entrapment Neuropathies: A Narrative Literature Review. *Diagnostics (Basel)*. 2023 Nov 4;13(21):3385. doi: 10.3390/diagnostics13213385.

## MIEMBRO SUPERIOR

Las lesiones múltiples de los nervios periféricos en un mismo miembro superior se valoran de acuerdo con la secuela orgánica o funcional definitiva establecida en los numerales 4-135 o 4-156 según corresponda.

*Tabla 171 Criterios numeral 4-189*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
4 - 189	Lesiones o afecciones aisladas de los nervios circunflejo, músculo cutáneo o sensitivos colaterales del plejo braquial, según el grado de alteración motora o sensitiva:	<p>Las <b>lesiones o afecciones aisladas de los nervios circunflejo, musculocutáneo o del plexo braquial</b> afectan estructuras nerviosas responsables de la movilidad y sensibilidad en el hombro, brazo y antebrazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Nervio circunflejo (axilar):</b> Inerva el músculo deltoides y redondo menor y proporciona sensibilidad a la piel del hombro. Su lesión puede causar debilidad en la elevación del brazo y pérdida de sensibilidad en la parte lateral del hombro.</li> <li>• <b>Nervio musculocutáneo:</b> Inerva los músculos flexores del brazo (bíceps y braquial) y proporciona sensibilidad a la parte lateral del antebrazo. Las lesiones pueden provocar debilidad para flexionar el codo y pérdida sensitiva en el antebrazo lateral.</li> <li>• <b>Ramas colaterales sensitivas del plexo braquial:</b> Es un conjunto de nervios que se encargan de la sensibilidad en áreas del</li> </ul>	

	hombro, brazo y antebrazo (nervio cutáneo medial del brazo y antebrazo, lateral superior e inferior del brazo, posterior del brazo y antebrazo).	
a) Grado mínimo	Musculocutáneo: flexión del codo fuerza 4/5 y con parestesias en el antebrazo lateral. ó Circunflejo: abducción del hombro, rotación externa fuerza 4/5 y con parestesias en el área superior y lateral del hombro. ó Ramas sensitivas del plexo braquial: con parestesias en la región cutánea del hombro, zona deltoidea y cara medial de brazo y antebrazo.	2
b) Grado medio	Musculocutáneo: flexión del codo fuerza 2-3/5 y con hipoestesis en el antebrazo lateral. ó Circunflejo: abducción del hombro, rotación externa fuerza 2-3/5 y con hipoestesis en el área superior y lateral del hombro. ó Ramas sensitivas del plexo braquial: con hipoestesis en la región cutánea del hombro, zona deltoidea, cara medial de brazo y antebrazo.	4
c) Grado máximo	Musculocutáneo: flexión del codo fuerza 0-1/5 y con anestesia en el antebrazo lateral. ó Circunflejo: abducción del hombro, rotación externa fuerza 0-1/5 y con anestesia en el área superior y lateral del hombro. ó Ramas sensitivas del plexo braquial: con anestesia en la región cutánea del hombro, zona deltoidea, cara medial de brazo y antebrazo.	6

Referencia:

De Moraes, A. A., de Sousa Dantas, D., de Santana Chagas, A. C., de Melo, P. H., & de Oliveira, D. A. (2023). Linking assessment instruments for brachial plexus injury to the international classification of functioning, disability and health. *Journal of Hand Therapy*, 36(4), 885–894. <https://doi.org/10.1016/j.jht.2021.04.009>

*Tabla 172 Criterios numeral 4-190*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
4 - 190	Lesiones o afecciones del nervio radial, según el grado de alteración motora, sensitiva o trófica:	<p>El <b>nervio radial</b> es una rama del plexo braquial que inerva los músculos del compartimento posterior del brazo y antebrazo, permitiendo la extensión del codo, muñeca y dedos. Además, proporciona sensibilidad a la piel del dorso de la mano (dedo pulgar, índice, medio y mitad del anular, a nivel de las falanges proximales) y parte posterior del brazo y antebrazo.</p> <p>En cuanto a la calificación de esta lesión neurológica, no se podrá asignar índice de lesión adicionalmente con el numeral 1-108.</p> <p>Se asignará este numeral tanto para lesiones</p>	

	unilaterales como bilaterales del nervio radial; en caso de bilateralidad, se determinará el grado de incapacidad, de acuerdo con el lado más comprometido.	
a) Grado mínimo	Lesión uni o bilateral con debilidad en la extensión de la muñeca, con preservación de la extensión del codo y eventual compromiso sensitivo.	5
b) Grado medio	Lesión uni o bilateral con debilidad en la extensión de muñeca y del codo y eventual compromiso sensitivo.	9
c) Grado máximo	Lesión uni o bilateral, con atrofia y parálisis de los músculos inervados por el nervio radial, que realizan la extensión de la muñeca y/o el codo. En caso de bilateralidad afecta las actividades de la vida diaria.	13

Referencia:

- Latef, T., et al. (2018). Radial nerve entrapment neuropathies secondary to trauma and compression: A clinical review. *Cureus*, 10(2), e2199. <https://doi.org/10.7759/cureus.2199>
- ISO 999

*Tabla 173 Criterios numeral 4-191*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
4 - 191	Lesiones o afecciones del nervio mediano, según el grado de alteración motora, sensitiva o trófica:	El <b>nervio mediano</b> es una rama del plexo braquial que inerva músculos del antebrazo y la mano, permitiendo la flexión de la muñeca y los dedos, así como la oposición del pulgar. Además, proporciona sensibilidad a la parte lateral de la mano (dedo pulgar, índice, medio y mitad del anular). Se asignará este numeral tanto para lesiones unilaterales como bilaterales del nervio mediano y en caso de bilateralidad, se determinará el grado de incapacidad, de acuerdo con el lado más comprometido.	
	a) Grado mínimo	Lesión uni o bilateral con debilidad en la flexión de los dedos y el pulgar, síntomas sensitivos e impacto en tareas manuales finas.	5
	b) Grado medio	Lesión uni o bilateral con debilidad en la flexión de los dedos y el pulgar, síntomas sensitivos e impacto en tareas manuales finas y gruesas.	9
	c) Grado máximo	Lesión uni o bilateral, con atrofia y parálisis de los músculos inervados por el nervio mediano, con pérdida de función sensitiva y motora, que afecta las actividades de la vida diaria.	13

Referencia:

- Hundepool, C. A., Ultee, J., Nijhuis, T. H. J., Houpt, P., Research Group 'ZERO,' & Hovius, S. E. R. (2015). Prognostic factors for outcome after median, ulnar, and combined median-ulnar nerve injuries: A prospective study. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 68(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2014.09.043>

*Tabla 174 Criterios numeral 4-192*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
---------	-----------------------	-------------	---------------

4 - 192	Lesiones o afecciones del nervio cubital, según el grado de alteración motora, sensitiva o trófica:	El <b>nervio cubital</b> es una rama del plexo braquial que inerva los músculos del antebrazo y la mano, facilitando la flexión de los dedos anular y meñique, así como la aducción y abducción de los dedos. También proporciona sensibilidad en la cara medial del antebrazo y el dorso y palma de la mano en la región del meñique y parte del anular. Se asignará este numeral tanto para lesiones unilaterales como bilaterales del nervio cubital y en caso de bilateralidad, se determinará el grado de incapacidad, de acuerdo con el lado más comprometido	
	a) Grado mínimo	Lesión uni o bilateral, con debilidad en los músculos intrínsecos de la mano y síntomas sensitivos.	5
	b) Grado medio	Lesión uni o bilateral con debilidad en los músculos intrínsecos de la mano, flexión de la muñeca y de los dedos meñique y anular, con síntomas sensitivos.	9
	c) Grado máximo	Lesión uni o bilateral, con atrofia y parálisis de los músculos inervados por el nervio cubital, con pérdida de la función sensitiva y motora, que afecta las actividades de la vida diaria.	13

Referencia:

Hundepool, C. A., Ultee, J., Nijhuis, T. H. J., Hout, P., Research Group 'ZERO,' & Hovius, S. E. R. (2015). Prognostic factors for outcome after median, ulnar, and combined median-ulnar nerve injuries: A prospective study. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 68(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2014.09.043>

Nota del decreto 094 de 1989: Las lesiones múltiples de los nervios periféricos en un mismo miembro, se valorarán de acuerdo a la secuela orgánica o funcional definitiva.

## TRASTORNOS DE LA SENSIBILIDAD

Tabla 175 Criterios numeral 4-193

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
4 - 193	Alteraciones de la sensibilidad superficial o profunda, en los miembros superiores o inferiores, con signos objetivos:	Las <b>alteraciones de la sensibilidad superficial o profunda</b> afectan la capacidad del sistema nervioso para procesar estímulos sensoriales del entorno externo e interno. Las alteraciones de la <b>sensibilidad superficial</b> incluyen la incapacidad para percibir estímulos táctiles, dolorosos o térmicos en la piel. Por otro lado, las <b>alteraciones de la sensibilidad profunda</b> afectan la percepción de la posición y el movimiento de las extremidades (propiocepción) o la capacidad para sentir vibraciones y presión profunda. Estas alteraciones pueden ser causadas por lesiones en los nervios periféricos, la médula espinal o áreas específicas del cerebro, como el tálamo o la corteza somatosensorial.	

		<p>Se asignará este numeral cuando exista confirmación de la patología mediante un Análisis Cuantitativo Sensitivo (QST), el cual evalúe de manera objetiva e independiente las siguientes modalidades sensoriales: calor, frío, dolor y vibración.</p> <p>No se asignará este numeral cuando la alteración de la sensibilidad sea consecuencia o secundaria a otra entidad nosológica contemplada en esta norma.</p>	
	a) Grado mínimo	El QST muestra compromiso en dos modalidades sensoriales.	5
	b) Grado medio	El QST muestra compromiso en tres modalidades sensoriales.	8
	c) Grado máximo	El QST muestra compromiso en cuatro modalidades sensoriales.	11

Referencia:

- Quantitative Sensory Testing in pain assessment and treatment. Brief review and algorithmic management proposal
- Revista Española de Anestesiología y Reanimación (English Edition), Volume 67, Issue 4, April 2020, Pages 187-194
- M. Avellanal, I. Riquelme, G. Díaz-Regañón
- Carlsson, H., et al. (2018). Sensory impairments in the upper limb after stroke: Impact on daily life and rehabilitation strategies. Journal of Rehabilitation Medicine, 50(1), 47-55. <https://doi.org/10.2340/16501977-2291>

## GRUPO 5

### **AFECCIONES DE LA SANGRE Y DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS - AFECCIONES DEL APARATO CIRCULATORIO.**

#### **5.1 Alcance**

Se presenta en este grupo los criterios para valoración y asignación de índices de lesiones o afecciones que generan secuelas debido a alteraciones de la sangre y los órganos hematopoyéticos, al igual que aquellos que afecten el aparato circulatorio y los vasos a nivel venoso, arterial y linfático, diferenciadas por secciones y numerales.

#### **5.2 Definiciones**

Las definiciones pertinentes para este grupo se incluyen en cada una de las tablas.

#### **5.3 Principios de evaluación**

Los principios de evaluación que se aplican a todos los numerales de este grupo de entidades nosológicas dependerán de la frecuencia de los episodios y la gravedad de los síntomas, aún después del tratamiento, la posibilidad de recuperación o la mejoría con este o de sus efectos secundarios (Ej. quimioterapia, transfusiones, otros), así como de las complicaciones en la evolución de la enfermedad y su manejo que afecten otros órganos o sistemas. Se tomará en cuenta la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE-10) en la clasificación de cada entidad nosológica.

#### **Referencia:**

- Lichtman, M. A., Kaushansky, K., Prchal, J. T., Levi, M. M., Burns, L. J., & Linch, D. C. (2021). Williams. Manual de hematología (10.ª ed.). McGraw-Hill.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados (10.ª ed.). <https://www.who.int/classifications/icd/en/>
- 
- Jameson, J. L., Fauci, A. S., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Loscalzo, J., & Longo, D. L. (Eds.). (2023). Harrison's principles of internal medicine (21.ª ed.). McGraw-Hill

## SECCIONES

### SECCION A – ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS

Tabla 176 Criterios numeral 5-001

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
5-001	Aplasia medular, cualquiera que sea su causa u origen	<p>Para fines de este numeral entiéndase aplasia medular como <b>anemia aplásica</b>, la cual es una condición en la que la médula ósea no produce suficientes células sanguíneas, llevando a la disminución en los glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas; resultando en anemia, mayor susceptibilidad a infecciones y problemas de coagulación.</p> <p>Los criterios para su calificación consisten en la persistencia de niveles anormales de células sanguíneas y existencia de complicaciones o agravamiento, así como limitaciones en actividades de la vida diaria.</p> <p>Se define como pancitopenia a una médula ósea hipocelular en ausencia de un infiltrado anormal o fibrosis medular. Para diagnosticar anemia aplásica, deben estar presentes al menos dos de los siguientes criterios: concentración de hemoglobina (Hb) &lt;10 g/dL, recuento de plaquetas &lt;50,000/<math>\mu</math>L y recuento de neutrófilos &lt;1,500/<math>\mu</math>L.</p> <p>Se asigna este índice cuando después de tratamiento (farmacológico o trasplante) presenta anemia aplásica severa: Celularidad medular &lt;25% (o 25%-50% con &lt;30% de células hematopoyéticas residuales), además de, al menos dos de los siguientes criterios: (a) recuento de neutrófilos &lt;500/<math>\mu</math>L; (b) recuento de plaquetas &lt;20,000/<math>\mu</math>L; (c) recuento de reticulocitos &lt;60,000/<math>\mu</math>L (usando un recuento automatizado de reticulocitos).</p> <p>ó</p> <p>síntomas con complicaciones que generan limitación de las actividades de la vida diaria (fatiga, debilidad, infecciones recurrentes o hemorragias severas).</p> <p>ó</p> <p>necesidad de transfusiones mensuales.</p> <p>Los casos que no cumplan con los criterios descritos en el presente numeral, NO se le asignará índice de lesión.</p>	21

Referencia:



- Lichtman, M. A., Kaushansky, K., Prchal, J. T., Levi, M. M., Burns, L. J., & Linch, D. C. (2021). Williams. Manual de hematología (10.ª ed.). McGraw-Hill.
- Kulasekararaj, A., Cavenagh, J., Dokal, I., Foukaneli, T., Gandhi, S., Garg, M., Griffin, M., Hillmen, P., Ireland, R., Killick, S., Mansour, S., Mufti, G., Potter, V., Snowden, J., Stanworth, S., Zuha, R., Marsh, J., & BSH Committee (2024). Guidelines for the diagnosis and management of adult aplastic anaemia: A British Society for Haematology Guideline. *British journal of haematology*, 204(3), 784–804. <https://doi.org/10.1111/bjh.19236>

*Tabla 177 Criterios numeral 5-002*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
5-002	Leucemia de cualquier tipo	<p>Las leucemias de cualquier tipo son un grupo de malignidades hematológicas caracterizadas por la proliferación anormal de células sanguíneas en la médula ósea, lo que resulta en una disfunción de la producción de células sanguíneas normales. Se clasifican en leucemias agudas y crónicas, y en linfoblásticas y mieloides, dependiendo del tipo de células afectadas.</p> <p>Se incluyen en este numeral:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Leucemia Linfoblástica Aguda</li> <li>-Leucemia Mieloide Aguda</li> <li>-Leucemia Linfocítica Crónica</li> <li>-Leucemia Mieloide Crónica</li> <li>-Leucemia de células peludas</li> <li>-Leucemia Mixta</li> <li>-Otras leucemias con producción alterada de línea blanca de células sanguíneas.</li> </ul> <p>Se asigna este índice de lesión cuando, después del tratamiento indicado presenta:</p> <p>Persistencia de la sintomatología que genera de manera permanente fatiga, debilidad, complicaciones relacionadas con la leucemia o el tratamiento, como trastornos hidroelectrolíticos o metabólicos severos, obstrucciones o compresiones severas, síndromes de hiperviscosidad, hematomas, hemorragias, dolor crónico refractario, síndrome de lisis tumoral, neutropenia severa, infecciones recurrentes y deterioro del estado general.</p> <p style="text-align: center;">ó</p> <p>requerimiento de hospitalizaciones recurrentes.</p> <p style="text-align: center;">ó</p> <p>toxicidad a largo plazo asociado a la neoplasia o al tratamiento de esta.</p> <p>Los casos que no cumplan con los criterios descritos en el presente numeral, NO se le asignará índice de lesión.</p>	21

Referencia:

- Lichtman, M. A., Kaushansky, K., Prchal, J. T., Levi, M. M., Burns, L. J., & Linch, D. C. (2021). Williams. Manual de hematología (10.ª ed.). McGraw-Hill.
- Jameson, J. L., Fauci, A. S., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Loscalzo, J., & Longo, D. L. (Eds.). (2023). Harrison's principles of internal medicine (21.ª ed.). McGraw-Hill.

*Tabla 178 Criterios numeral 5-003*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
5-003	Hemoglobinopatías:	Las hemoglobinopatías son un grupo de trastornos genéticos que afectan la estructura y función de la hemoglobina, proteína responsable del transporte del	

		<p>oxígeno en los glóbulos rojos.</p> <p>Las hemoglobinopatías más frecuentes son las talasemias (alfa y beta), que son trastornos que implican una producción disminuida de cadenas de globina, lo que lleva a una reducción de la hemoglobina funcional y, a menudo, a anemia microcítica e hipocrómica.</p> <p>Se incluyen en este numeral los diagnósticos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Síndromes de talasemia: Alfa, Beta, Delta, Combinada, No especificada.</li> <li>- Otras hemoglobinopatías: Hemoglobina C, Hemoglobina E, - Otras hemoglobinopatías especificadas y no especificadas.</li> <li>- Enfermedades generadas por condiciones de alteración de la hemoglobina S: Células falciformes (enfermedad de células falciformes).</li> <li>- Hemoglobinopatías mixtas.</li> </ul> <p>Para la asignación del índice de lesión en la evaluación de las hemoglobinopatías, se tendrán en cuenta la severidad de síntomas, control con tratamiento, necesidad de transfusiones y limitación de las actividades de la vida diaria.</p> <p>NO se le asignará índice de lesión a quienes presenten rasgos de hemoglobinopatías sin un diagnóstico de enfermedad.</p>	
	a) Grado mínimo	Se asigna este índice de lesión cuando se confirma anemia crónica por historial clínico, los síntomas son ocasionales, no requiere de transfusiones y no presenta afectación de las actividades de la vida diaria.	3
	b) Grado medio	Se asigna este índice de lesión cuando se evidencien niveles de hemoglobina < 8 g/dl de forma persistente (anemia crónica), sin complicaciones ni hospitalizaciones frecuentes, adecuado rendimiento transfusional que no genera afectación de las actividades de la vida diaria.	6
	c) Grado máximo	Se asigna este índice de lesión cuando se evidencien niveles de hemoglobina < 8 g/dl de forma persistente (anemia crónica) con complicaciones que requieren hospitalizaciones frecuentes, sin rendimiento transfusional y con afectación de las actividades de la vida diaria.	15

*Tabla 179 Criterios numeral 5-004*

Numeral	Entidades	Criterio(s)	Índice
---------	-----------	-------------	--------

	<b>nosológicas</b>		<b>lesión</b>
5-004	Púrpuras:	<p>La Púrpura se define como un síndrome caracterizado por lesiones cutáneas (petequias y equimosis) causadas por hemorragias que resultan de la ruptura o permeabilidad de pequeños vasos sanguíneos. Las púrpuras se clasifican en: Púrpura trombocitopénica, causada por un bajo recuento de plaquetas y púrpura vascular, relacionada con enfermedades de los vasos sanguíneos, como vasculitis. Se incluyen en este numeral las púrpuras de cualquier tipo, causa u origen, así:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Púrpura trombocitopénica inmune.</li> <li>- Púrpura por otros trastornos plaquetarios cuantitativos.</li> <li>- Púrpuras secundarias a trastornos de la función plaquetaria.</li> <li>- Púrpura por vasculitis.</li> </ul> <p>Para la asignación de los índices de lesión se evalúan el tamaño y la extensión de las lesiones, así como los síntomas asociados.</p> <p>Las púrpuras asociadas a trastornos de la coagulación se calificarán con el numeral 5-005. Las púrpuras agudas reversibles NO serán objeto de asignación de índice de lesión.</p> <p>NO se le asignará índice de lesión con otros numerales a la esplenectomía ni a las complicaciones en órgano blanco cuando sean secundarias a esta entidad nosológica.</p>	
	a) Grado mínimo	<p>Se asigna este índice de lesión cuando el historial clínico documente síntomas sistémicos como fiebre, malestar general, así como petequias o equimosis sin complicaciones ni riesgos para la vida, trombocitopenias &gt;100.000 plaquetas/ml con respuesta al tratamiento.</p> <p>Se incluyen los casos de púrpura por vasculitis con compromiso reversible de órgano blanco: renal, respiratorio superior, cardiaco, sistema nervioso central y periférico.</p>	4
	b) Grado medio	<p>Se asigna este índice de lesión cuando el historial clínico de eventos hemorrágicos (hasta dos veces en el último año) con trombocitopenias entre 20.000 a 100.000 plaquetas/ml, a pesar del tratamiento</p> <p>ó</p> <p>Complicaciones como hemorragias intracraneales, gastrointestinales, osteoarticulares u otras hemorragias órgano espacio.</p> <p>Se incluyen los casos de púrpura por vasculitis con compromiso y daño irreversible de órgano blanco: renal, respiratorio superior, cardiaco, sistema nervioso central y</p>	15

		periférico, sin impacto en las actividades de la vida diaria.	
	c) Grado máximo	Se asigna este índice de lesión con historial clínico de trombocitopenia persistente <20.000 plaquetas/ml a pesar del tratamiento con complicaciones y daño de órgano blanco que sean irreversibles y con impacto en las actividades de la vida diaria.	21

*Tabla 180 Criterios numeral 5-005*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
5-005	Hemofilias y otras coagulopatías:	<p>En este numeral se abordarán las coagulopatías, entendidas como trastornos de la hemostasia secundarios a alteración en los factores de la coagulación, los cuales se pueden manifestar como fenómenos trombóticos o hemorrágicos. Pueden ser hereditarios o adquiridos, primarios o secundarios.</p> <p>La hemofilia es una enfermedad genética que causa una deficiencia de ciertos factores de coagulación en la sangre, lo que lleva a hemorragias excesivas, espontáneas o por traumatismos.</p> <p>Las trombopatías son trastornos de la hemostasia primaria o secundaria que afectan la coagulación y condicionan la formación de trombos. Pueden ser hereditarias o adquiridas, causadas por trombofilias o por la alteración de la pared o función vascular.</p> <p>Dentro del diagnóstico de hemofilias y otras coagulopatías por sangrado se contemplarán los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Hemofilia A: Deficiencia del factor VIII.</li> <li>-Hemofilia B: Deficiencia del factor IX.</li> <li>-Enfermedad de Von Willebrand.</li> <li>-Otras deficiencias de factores de coagulación: Deficiencia de los factores II, V, VII, X, XI y XII, que pueden ser hereditarios o adquiridos.</li> </ul> <p>-Coagulopatías adquiridas: Trastornos que pueden desarrollarse debido a enfermedades hepáticas y renales, por tratamientos anticoagulantes, infecciones crónicas, enfermedades reumatológicas, enfermedades oncológicas, inhibidoras circulantes de factores de la coagulación, entre otras.</p> <p>Dentro del diagnóstico de hemofilias y otras coagulopatías por trombosis se contemplarán los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Trombofilias hereditarias: mutación de factor V de Leiden, déficit de proteína S, déficit de proteína C,</li> </ul>	

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
		<p>mutación de la protrombina, mutación de la antitrombina III, entre otras.</p> <p>-Trombofilias adquiridas: Síndrome antifosfolípido, malformaciones vasculares, dispositivos intravasculares o intracardiacos, enfermedades autoinmunes, renales y hepáticas, entre otras.</p> <p>La evaluación de este tipo de enfermedades se realiza tomando en cuenta la frecuencia y la severidad de los episodios hemorrágicos o trombóticos, así como el impacto en la calidad de vida del paciente.</p> <p>En caso de coagulopatías secundarias a una entidad nosológica contemplada en otro numeral, NO se calificará con el presente numeral, sino que se calificará en el numeral de la entidad nosológica de base.</p> <p>Se asignará índice de lesión a las coagulopatías de acuerdo con los siguientes criterios:</p>	
	a) Grado mínimo	<p>Se asigna este índice de lesión en caso de coagulopatías por sangrado sin evidencia de hemorragias intracraneales, gastrointestinales, osteoarticulares u otras hemorragias órgano espacio, con adecuada respuesta al tratamiento médico indicado, que sean reversibles, sin impacto en las actividades de la vida diaria y sin dependencia transfusional.</p> <p>En caso de coagulopatías por trombosis se considerará el antecedente de trombosis sin daño de órgano blanco: renal, pulmonar, gastrointestinal, cardiaco, grandes vasos (arteriales o venosos), sistema nervioso central y periférico u osteoarticular, sin impacto en las actividades de la vida diaria.</p>	8
	b) Grado medio	<p>Se asigna este índice de lesión en caso de coagulopatías por sangrado cuando se presenten complicaciones irreversibles de hemorragias intracraneales, gastrointestinales, osteoarticulares u otras hemorragias órgano espacio a pesar del tratamiento médico indicado, sin impacto en las actividades de la vida diaria y sin dependencia transfusional crónica.</p> <p>En caso de coagulopatías por trombosis se considerará la documentación de daño de órgano blanco irreversible: renal, pulmonar, gastrointestinal, cardiaco, grandes vasos (arteriales o venosos), sistema nervioso central y periférico u osteoarticular sin impacto en las actividades de la vida diaria.</p>	14

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
	c) Grado máximo	<p>Se asigna este índice de lesión en caso de coagulopatías por sangrado con complicaciones irreversibles de hemorragias intracraneales, gastrointestinales, osteoarticulares u otras hemorragias órgano espacio a pesar del tratamiento médico indicado, con impacto en las actividades de la vida diaria y dependencia transfusional crónica.</p> <p>En caso de coagulopatías por trombosis se considerará la documentación de daño de órgano blanco irreversible: renal, pulmonar, gastrointestinal, cardiaco, grandes vasos (arteriales o venosos), sistema nervioso central y periférico u osteoarticular con impacto en las actividades de la vida diaria.</p>	21

**Referencia:**

- Lichtman, M. A., Kaushansky, K., Prchal, J. T., Levi, M. M., Burns, L. J., & Linch, D. C. (2021). Williams. Manual de hematología (10.ª ed.). McGraw-Hill.
- Jameson, J. L., Fauci, A. S., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Loscalzo, J., & Longo, D. L. (Eds.). (2023). Harrison's principles of internal medicine (21.ª ed.). McGraw-Hill.

*Tabla 181 Criterios numeral 5-006*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
5-006	Policitemias:	<p>La policitemia consiste en un aumento anormal en la masa de glóbulos rojos en la sangre que se traduce en la concentración de hemoglobina o el número total de glóbulos rojos, valores de hematocrito por encima del cincuenta y dos por ciento (52%) en varones y el cuarenta y nueve por ciento (49%) en mujeres. Puede clasificarse en dos tipos principales: Policitemia primaria (trastornos intrínsecos de la médula ósea, como la policitemia vera) y policitemia secundaria a factores externos.</p> <p>Los principios para evaluación de las entidades nosológicas de este numeral son la gravedad de los síntomas, la existencia de complicaciones asociadas por hiperviscosidad sanguínea y por el tratamiento recibido.</p> <p>En caso de policitemias secundarias a una entidad nosológica contemplada en otro numeral, NO se calificará con el presente numeral, sino con el numeral de la entidad nosológica de base.</p>	
	a) Grado mínimo	Se asigna este índice de lesión en caso de diagnóstico crónico comprobado por hematología, con ausencia de complicaciones relacionadas con la hiperviscosidad, infecciosas, respiratorias, trombóticas o hemorrágicas con el manejo médico indicado, sin impacto en las actividades de la vida diaria.	6
	b) Grado medio	Se asigna este índice de lesión en caso de episodios de complicaciones asociadas a hiperviscosidad, infecciosas, respiratorias, trombóticas o hemorrágicas irreversibles a pesar del manejo médico indicado, sin impacto en las actividades de la vida diaria.	10
	c) Grado máximo	Se asigna este índice de lesión en caso de episodios recurrentes (más de 2 episodios en el último año) de complicaciones asociadas a hiperviscosidad, infecciosas, respiratorias, trombóticas o hemorrágicas irreversibles a pesar del manejo médico indicado, con impacto en las actividades de la vida diaria.	15

**Nota del Decreto 094 de 1989:** Los síndromes anémicos se clasifican de acuerdo con la entidad básica o con su etiología.

### **SECCIÓN B - APARATO CIRCULATORIO**

En esta sección se definen los criterios para la evaluación de la deficiencia anatómica y funcional permanente del aparato circulatorio y la asignación de

índices según su gravedad después de tratamiento o contraindicaciones o dificultades médicas y técnicas para realizarlo.

Se entiende como aparato circulatorio el sistema conformado por el corazón, sus arterias sistémicas y pulmonares, venas y vasos linfáticos.

Para efectos de establecer el grado de severidad funcional de las enfermedades cardíacas se debe usar la Tabla 182 Clasificación funcional de enfermedades cardíacas New York Heart Association (NYHA)(NYHA por sus siglas en inglés - New York Heart Association).

*Tabla 182 Clasificación funcional de enfermedades cardíacas New York Heart Association (NYHA)*

<b>Clase</b>	<b>Grado de limitación funcional que tengan durante una actividad física.</b>
I	Sin limitación de actividad física. La actividad física ordinaria no causa fatiga excesiva, palpitaciones, disnea (dificultad para respirar).
II	Llimitación leve de la actividad; se sienten cómodos con el descanso. La actividad física ordinaria produce fatiga, palpitaciones, disnea (dificultad para respirar)
III	Con marcada limitación de actividad; se sienten cómodos con el descanso. Una actividad inferior a la normal causa fatiga, palpitaciones o disnea.
IV	Deben estar en reposo completo, confinados en cama o silla; Síntomas de insuficiencia cardíaca en reposo. Si realiza alguna actividad física, el malestar aumenta.

**Referencia:**

- Adaptada por consenso de expertos Universidad Nacional de Colombia, FFMM y Policía.
- Recuperado de <https://gpnotebook.com/es/pages/medicina-cardiovascular/caracteristicas-clinicas/clasificacion-de-la-nyha-para-la-insuficiencia-cardiaca-cronica-icc>

## CORAZÓN

Para efectos de establecer el grado de severidad funcional de las enfermedades cardíacas se debe usar la *Tabla 182* Clasificación funcional de enfermedades cardíacas New York Heart Asociación.

*Tabla 183 Criterios numeral 5-016*

<b>Numeral</b>	<b>Entidades nosológicas</b>	<b>Criterio(s)</b>	<b>Índice lesión</b>
5-016	Enfermedades valvulares, cualquiera que sea su causa u origen:	<p>La enfermedad valvular del corazón se refiere a cualquier alteración en las válvulas cardíacas que afecte su función normal, bien sea por estenosis, insuficiencia o regurgitación, por enfermedades congénitas (malformaciones que pueden manifestarse con problemas desde la infancia o más tarde en la vida), o adquiridas (infecciones, dilatación de cavidades, enfermedad reumática, enfermedad degenerativa, etc.). Estas condiciones pueden conllevar a complicaciones como insuficiencia cardíaca, arritmias y a muerte súbita.</p> <p>Los síntomas de las enfermedades valvulares incluyen: disnea, dolor torácico, síncope, fatiga, palpitaciones, edema en extremidades.</p> <p>Los criterios para asignar el índice de lesión en el rango de cada grado de incapacidad de las enfermedades valvulares son: la clase funcional NYHA (ver Tabla 5.1 Clasificación funcional de enfermedades cardíacas New York Heart Asociación), resultados del</p>	

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
		<p>ecocardiograma y respuesta al tratamiento.</p> <p>En este numeral se asignará índice de lesión para los casos de valvulopatías que NO sean derivadas de una lesión o afección del endocardio (endocarditis), en cuyo caso se valorará con el numeral 5-018.</p>	
		<p>En el rango de 2 a 6 índices, considerado para el grado mínimo, se tendrán en cuenta los criterios definidos para cada uno de ellos como se describe a continuación, según clase funcional NYHA, resultados del ecocardiograma y respuesta al tratamiento.</p>	2 a 6
		<p>Clase funcional NYHA I (sin otra causa que la explique) con manejo médico óptimo mínimo por tres meses, ecocardiograma sin dilatación de las cámaras cardíacas correspondientes a la valvulopatía, y la función sistólica ventricular correspondiente a la valvulopatía está preservada, según reporte del ecocardiograma.</p>	2
		<p>Clase funcional NYHA I (sin otra causa que la explique) con manejo médico óptimo mínimo por tres meses, ecocardiograma con dilatación de las cámaras cardíacas correspondientes a la valvulopatía, y la función sistólica ventricular correspondiente a la valvulopatía está preservada, según reporte del ecocardiograma.</p>	3
		<p>Clase funcional NYHA I (sin otra causa que la explique) con manejo médico óptimo mínimo por tres meses, ecocardiograma con o sin dilatación de las cámaras cardíacas correspondientes a la valvulopatía, y la función sistólica ventricular correspondiente a la valvulopatía está levemente reducida, según reporte del ecocardiograma.</p>	4
		<p>Clase funcional NYHA I (sin otra causa que la explique) con manejo médico óptimo mínimo por tres meses, ecocardiograma con o sin dilatación de las cámaras cardíacas correspondientes a la valvulopatía, y la función sistólica ventricular correspondiente a la valvulopatía está moderadamente reducida, según reporte del ecocardiograma.</p>	5
		<p>Clase funcional NYHA I (sin otra causa que la explique) con manejo médico óptimo mínimo por tres meses, ecocardiograma con o sin dilatación de las cámaras cardíacas correspondientes a la valvulopatía, y la función sistólica ventricular correspondiente a la valvulopatía está severamente reducida, según reporte del ecocardiograma.</p>	6
		<p>En el rango de 10 a 15 índices, considerado para el grado medio, se tendrán en cuenta los criterios definidos para cada uno de ellos como se describe a continuación, según clase funcional NYHA, resultados del ecocardiograma y respuesta al tratamiento.</p>	10 a 15
		<p>Clase funcional NYHA II-III (sin otra causa que la explique) con manejo médico óptimo mínimo por tres meses, ecocardiograma con valvulopatía grado moderado, y la función sistólica ventricular correspondiente a la valvulopatía está preservada, según reporte del ecocardiograma.</p>	10
	a) Grado mínimo		
	b) Grado medio, con repercusión hemodinámica		

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
		Clase funcional NYHA II-III (sin otra causa que la explique) con manejo médico óptimo mínimo por tres meses, ecocardiograma con valvulopatía grado moderado y la función sistólica ventricular correspondiente a la valvulopatía está levemente reducida, según reporte del ecocardiograma.	11
		Clase funcional NYHA II-III (sin otra causa que la explique) con manejo médico óptimo mínimo por tres meses, ecocardiograma con valvulopatía grado moderado y la función sistólica ventricular correspondiente a la valvulopatía está moderadamente reducida, según reporte del ecocardiograma.	12
		Clase funcional NYHA II-III (sin otra causa que la explique) con manejo médico óptimo mínimo por tres meses, ecocardiograma con valvulopatía grado moderado y la función sistólica ventricular correspondiente a la valvulopatía está severamente reducida, según reporte del ecocardiograma.	13
		Clase funcional NYHA II-III (sin otra causa que la explique) con manejo médico óptimo mínimo por tres meses, ecocardiograma con valvulopatía grado severo y la función sistólica ventricular correspondiente a la valvulopatía está preservada o levemente reducida, según reporte del ecocardiograma.	14
		Clase funcional NYHA II-III (sin otra causa que la explique) con manejo médico óptimo mínimo por tres meses, ecocardiograma con valvulopatía grado severo y la función sistólica ventricular correspondiente a la valvulopatía está moderada o severamente reducida, según reporte del ecocardiograma.	15
	c) Grado máximo, con repercusión hemodinámica severa	En el rango de 18 a 21 índices, considerados para el grado máximo, se tendrán en cuenta los criterios definidos para cada uno de ellos como se describe a continuación, según clase funcional NYHA, resultados del ecocardiograma y respuesta al tratamiento. Paciente con falla cardíaca avanzada que requiere intervenciones especializadas tipo trasplante cardíaco, manejo en clínicas especializadas en falla cardíaca con intención paliativa o uso de dispositivos de asistencia ventricular, entre otras.	18 a 21
		Clase funcional NYHA IV (sin otra causa que la explique) refractaria al manejo médico óptimo mínimo por tres meses, ecocardiograma con valvulopatía grado moderado a severo y la función sistólica ventricular correspondiente a la valvulopatía está preservada, según reporte del ecocardiograma.	18
		Clase funcional NYHA IV (sin otra causa que la explique) refractaria al manejo médico óptimo mínimo por tres meses, ecocardiograma con valvulopatía grado moderado a severo y la función sistólica ventricular correspondiente a la valvulopatía está levemente reducida, según reporte del ecocardiograma.	19
		Clase funcional NYHA IV (sin otra causa que la explique) refractaria al manejo médico óptimo mínimo por tres meses, ecocardiograma con valvulopatía grado moderado a severo y la función sistólica ventricular correspondiente a la valvulopatía está moderadamente reducida, según reporte del ecocardiograma.	20
		Clase funcional NYHA IV (sin otra causa que la explique) refractaria al manejo médico óptimo mínimo por tres meses, ecocardiograma con valvulopatía grado moderado a severo y la función sistólica	21

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
		ventricular correspondiente a la valvulopatía está severamente reducida, según reporte del ecocardiograma.	

**Referencia:**

- Jameson, J. L., Fauci, A. S., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Loscalzo, J., & Longo, D. L. (Eds.). (2023). Harrison's principles of internal medicine (21.<sup>a</sup> ed.). McGraw-Hill.
- Recuperado: <https://2.bp.blogspot.com/-TL5Su3vU9Ik/WrQel5ExEiI/AAAAAAAAAQ8/9K7JGhakeY7uckmEXGIPEDWjrTCTrWYQCLcBGAs/s1600/NYHA.jpg>
- McKelvie, R. S., Moe, G. W., Ezekowitz, J. A., Heckman, G. A., Costigan, J., Ducharme, A., ... & Sussex, B. (2013). The 2012 Canadian Cardiovascular Society heart failure management guidelines update: focus on acute and chronic heart failure. *Canadian Journal of Cardiology*, 29(2), 168-181.
- Sociedad Colombiana de Cardiología, S. C. C. (2021). *Enfermedad valvular cardiaca*. Sociedad Colombiana de Cardiología. <https://scc.org.co/boletin-no-163-guias-para-el-manejo-de-pacientes-con-enfermedad-valvular-cardiaca-aha-2020-parte-2-insuficiencia-mitral/>

*Tabla 184 Criterios numeral 5-017*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
5-017	Lesiones o afecciones del pericardio, cualquiera que sea su causa u origen:	En este grupo de entidades nosológicas se incluyen las lesiones o afecciones del pericardio generadas por cualquier causa, tales como: Pericarditis, derrame pericárdico, pericarditis constrictiva y otras pericarditis no especificadas.  No se asignará índice de lesión a los pacientes con lesiones o afecciones del pericardio que tengan una clase funcional NYHA I. (ver Tabla 5.1 Clasificación funcional de enfermedades cardíacas New York Heart Asociación).	
	a) Grado mínimo, con repercusión hemodinámica	Se asigna este índice de lesión cuando el ecocardiograma reporte signos de enfermedad pericárdica con repercusión hemodinámica, NYHA II-III posterior a manejo médico óptimo mínimo por tres meses.	12
	b) Grado medio, con repercusión hemodinámica severa	Se asigna este índice de lesión cuando el ecocardiograma reporte signos de enfermedad pericárdica con repercusión hemodinámica, NYHA IV a pesar del manejo médico óptimo mínimo por tres meses.	19
	c) Grado máximo, con insuficiencia cardíaca irreversible	Se asigna este índice de lesión cuando el ecocardiograma reporte signos de enfermedad pericárdica con repercusión hemodinámica, con presencia de falla cardíaca avanzada, con NYHA IV, refractario al manejo médico, que requiera intervenciones tipo trasplante cardíaco, manejo en clínicas especializadas en falla cardíaca con intención paliativa o uso de dispositivos de asistencia ventricular.	21

Referencia:

- Jameson, J. L., Fauci, A. S., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Loscalzo, J., & Longo, D. L. (Eds.). (2023). Harrison's principles of internal medicine (21.ª ed.). McGraw-Hill.

*Tabla 185 Criterios numeral 5-018*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
5-018	Lesiones o afecciones del endocardio, cualquiera que sea su causa u origen:	<p>En este grupo de entidades nosológicas se incluyen las lesiones o afecciones del endocardio (capa interna que recubre las cavidades cardíacas y las válvulas del corazón), que pueden ser endocarditis de origen infeccioso, no infeccioso o no especificado.</p> <p>También se incluyen en este grupo, las afecciones tromboembólicas del endocardio, que pueden causar embolias en otras partes del cuerpo con consecuencia de enfermedades cerebrovasculares u otros eventos isquémicos que afectan otros órganos o sistemas.</p> <p>En este numeral se asignará índice de lesión en los casos de valvulopatías derivadas de una lesión o afección del endocardio (endocarditis).</p> <p>No se asignará índice de lesión a los pacientes con lesiones o afecciones del endocardio que tengan una clase funcional NYHA I. (ver Tabla 5.1 Clasificación funcional de enfermedades cardíacas New York Heart Asociación).</p> <p>Las secuelas derivadas de los fenómenos embólicos o trombóticos originados en el endocardio NO serán objeto de calificación adicional, independiente del órgano blanco comprometido.</p> <p>Para la asignación del índice de lesión según el grado de incapacidad, se tendrán en cuenta los criterios definidos según reporte del ecocardiograma, clase funcional NYHA y complicaciones como se describe a continuación:</p>	
	a) Grado mínimo, con repercusión hemodinámica	Ecocardiograma con signos de valvulopatía moderada o severa a pesar del manejo médico óptimo mínimo por tres meses, con NYHA II-III y con evidencia de complicaciones tales como: fenómenos embólicos o trombóticos, trastornos de la conducción cardíaca o bacteriemia persistente o recurrente.	12
	b) Grado medio, con repercusión hemodinámica severa	Ecocardiograma con signos de valvulopatía moderada o severa a pesar del manejo médico óptimo mínimo por tres meses, con NYHA IV y con evidencia de complicaciones tales como: fenómenos embólicos o trombóticos, trastornos de la conducción cardíaca o bacteriemia persistente o recurrente.	19
	c) Grado máximo, con insuficiencia cardíaca irreversible	Ecocardiograma con signos de valvulopatía severa a pesar del manejo médico óptimo mínimo por tres meses, con NYHA IV y con evidencia de complicaciones tales como: fenómenos embólicos o trombóticos, trastornos de la conducción cardíaca o bacteriemia persistente o recurrente, refractario al manejo médico que requiere intervenciones tipo trasplante cardíaco, manejo en clínicas especializadas en	21

		falla cardiaca con intención paliativa o uso de dispositivos de asistencia ventricular.	
--	--	---	--

*Tabla 186 Criterios numeral 5-019*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
5- 019	Lesiones o afecciones del miocardio, cualquiera que sea su causa u origen:	Las lesiones o afecciones del miocardio son aquellas que afectan la función y la estructura del músculo cardíaco, que pueden ser dilatación, fibrosis o necrosis. Se incluyen las miocardiopatías hereditarias, adquiridas, de origen isquémico, infeccioso, inmunomediado, entre otros. Para la evaluación de la repercusión hemodinámica de los grados de incapacidad del presente numeral, se tomará en cuenta la Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo (FEVI) y el valor del Strain Longitudinal Global (SLG). La FEVI normal se considera con un valor mayor o igual al 50% y el SLG normal con un valor mayor o igual al 18%. En este numeral NO se calificarán los casos de miocardiopatías derivadas de valvulopatías. Para los casos de las secuelas de origen hipertensivo que ocasionen miocardiopatías, que no cumplan criterios descritos en el numeral 5-033, serán calificadas únicamente por el presente numeral.	
	a) Grado medio, con repercusión hemodinámica	Ecocardiograma con signos de disfunción sistólica ventricular izquierda moderada o severa (FEVI entre 30% a 40% y/o SLG entre 12% a 16%), con NYHA III posterior a manejo médico óptimo mínimo por tres meses.	12
	b) Grado máximo, con repercusión hemodinámica severa	Ecocardiograma con signos disfunción sistólica ventricular izquierda moderada o severa (FEVI <30% y/o SLG <12%), con NYHA III posterior a manejo médico óptimo mínimo por tres meses.	19
	c) Con insuficiencia cardíaca irreversible	Ecocardiograma con signos de disfunción sistólica ventricular izquierda severa (FEVI <30% y/o SLG <12%), con NYHA IV refractario a manejo médico mínimo por tres meses, que requiere intervenciones tipo trasplante cardíaco, manejo en clínicas especializadas en falla cardiaca con intención paliativa o uso de dispositivos de asistencia ventricular, entre otras.	21

*Tabla 187 Criterios numeral 5-020*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
5 - 020	Taquiarritmias:	Las taquiarritmias son un grupo de trastornos del ritmo cardíaco en los que la frecuencia cardíaca es	

		anormalmente alta, generalmente definida como una frecuencia superior a 100 latidos por minuto en reposo. Puede ser provocada por factores como cardiopatías estructurales, isquemia miocárdica, trastornos electrolíticos, fármacos o condiciones metabólicas. Para asignar el índice de lesión se considerarán los siguientes criterios:	
	a) Grado medio	Paciente con tratamiento médico farmacológico y electrofisiológico (si está indicado) óptimo y con recurrencia de la taquiarritmia igual o menor a dos episodios en el último año del mismo tipo de taquiarritmia.	5
	b) Grado máximo	Paciente con tratamiento médico farmacológico y electrofisiológico (si está indicado) óptimo y con recurrencia de la taquiarritmia mayor a dos episodios en el último año del mismo tipo de la taquiarritmia.	8

*Tabla 188 Criterios numeral 5-021*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
5 - 021	Bloqueos, cualquier tipo:	Los bloqueos son trastornos de la conducción eléctrica del corazón que afectan el paso de los impulsos eléctricos a través del sistema de conducción cardíaco. Pueden ser auriculoventriculares (AV), de primer, segundo grado (Mobitz I o Mobitz II), de tercer grado o completo y el espectro de síndrome de seno enfermo (parada sinusal, bradicardia sinusal inapropiada, bloqueos sinoauriculares y síndrome bradi-taqui). NO se le asignará índice de lesión a bloqueos de rama aislados que no cumplan con los criterios descritos en el presente numeral.  Para asignar el índice de lesión se considerarán los siguientes criterios:	
	a) Grado medio	Paciente con tratamiento médico farmacológico y electrofisiológico (si está indicado) óptimo y con persistencia de NYHA II-III.	7
	b) Grado máximo	Paciente con tratamiento médico farmacológico y electrofisiológico (si está indicado) óptimo y con persistencia NYHA IV.	12

Referencia:

<https://www.my-ekg.com/arritmias-cardiacas/bloqueos-av-segundo-grado.html>

## VASOS

*Tabla 189 Criterios numeral 5-031*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
5 - 031	Aneurismas de los grandes vasos de cualquier tipo u origen	<p>Un aneurisma es una dilatación anormal localizada en un vaso sanguíneo, que puede involucrar arterias o venas, producida por la debilidad en la pared del vaso, lo que resulta en un aumento del riesgo de ruptura, hemorragia y complicaciones asociadas.</p> <p>Pueden ser asintomáticos o presentar síntomas como dolor abdominal o torácico, dependiendo de la localización. Las entidades nosológicas incluidas en este grupo son: Aneurismas de aorta, arterias y venas pulmonares, ilíacas y vena cava superior e inferior.</p> <p>Se asigna índice de lesión cuando cumpla los siguientes criterios: exista contraindicación quirúrgica por causa médica y el tamaño del aneurisma sea mayor a 5 cm, lo que genera riesgo de ruptura</p> <p style="text-align: center;">ó</p> <p>Presente complicaciones derivadas del tromboembolismo causado por el aneurisma a nivel pulmonar, cardiaco o cerebral, con o sin tratamiento quirúrgico e independiente del tamaño.</p>	19

*Tabla 190 Criterios numeral 5-032*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
5 - 032	Obliteraciones arteriales o venosas de cualquier tipo u origen:	<p>Las obliteraciones de vasos sanguíneos (arterias o venas), se refieren al estrechamiento o cierre que disminuye e interrumpe el flujo sanguíneo, que puede ser causado por aterosclerosis, que llevan a complicaciones como isquemia, gangrena en los miembros afectados o insuficiencia venosa, dependiendo de la ubicación y la severidad de la obstrucción.</p> <p>Para el caso de obliteraciones de arterias o venas diferentes a las de extremidades, las lesiones o afecciones se calificarán de acuerdo con las secuelas del órgano afectado. Para el caso de amputaciones segmentarias postraumáticas de una o más extremidades, no se calificarán con este numeral.</p>	
	a) Grado mínimo	Se asigna este índice en los siguientes casos: obliteración de arterias que presenten complicaciones por isquemia tales como amputación de un dedo y/o artejo en cualquier extremidad o en caso de obliteración a nivel venoso, presencia de edema transitorio o úlcera con parcial respuesta al tratamiento médico indicado en una extremidad.	8
	b) Grado medio	Se asigna este índice en los siguientes casos: obliteración de arterias que presenten complicaciones por isquemia	12

		tales como amputaciones totales de varios dedos y/o artejos en una extremidad o en caso de obliteración a nivel venoso, presencia de edema y úlceras refractarias al tratamiento médico indicado, en una extremidad.	
	c) Grado máximo	Se asigna este índice en los siguientes casos: obliteración de arterias que presenten complicaciones por isquemia tales como amputaciones totales de varios dedos y/o artejos en dos o más extremidades o en caso de obliteración a nivel venoso con presencia de edema y úlceras refractarias al tratamiento médico indicado, en dos o más extremidades.	15
	d) De los grandes vasos	Se asigna este índice, a la obliteración de grandes vasos: arterias aorta, pulmonares y venas cava superior e inferior, que presenten complicaciones por isquemia o estasis venosa del o los órganos o estructuras comprometidas.	21

*Tabla 191 Criterios numeral 5-033*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
5- 033	Hipertensión arterial:	<p>La hipertensión arterial es la elevación persistente de la presión sistémica en las arterias. Se considera hipertensión cuando las lecturas de presión arterial en el consultorio son: Presión Arterial Sistólica (PAS) <math>\geq 140</math> mmHg o Presión Arterial Diastólica (PAD) <math>\geq 90</math> mmHg; o en el automonitoreo en casa (AMPA) o Monitoreo Ambulatorio de la Presión Arterial (MAPA) son PAS <math>\geq 135</math> mmHg o PAD <math>\geq 85</math> mmHg.</p> <p>Para asignar el índice de lesión se considerarán los siguientes criterios: cifras de presión arterial, evidencia de lesión de órgano blanco (retinopatía hipertensiva, hipertrofia ventricular de origen hipertensivo o nefropatía hipertensiva) o presencia de enfermedad cardiovascular establecida (enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular o enfermedad arterial periférica).</p> <p>Para los casos de las secuelas de origen hipertensivo que ocasionen: enfermedad renal crónica en diálisis, accidentes cerebrovasculares con secuelas neurológicas severas, retinopatía hipertensiva con secuelas funcionales visuales, o miocardiopatías que condicionen una falla cardíaca con repercusión hemodinámica severa o irreversible, serán calificadas por el numeral correspondiente y NO por el presente numeral. En los casos de concurrencia de complicaciones en varios órganos blancos, se evaluará únicamente la secuela de mayor severidad, asignándose el correspondiente índice de lesión.</p>	
	a) Grado mínimo (sin repercusión orgánica)	Hipertensión arterial controlada, demostrada por historia clínica, en seguimiento por un periodo mínimo de 6 meses, con manejo medico farmacológico, sin compromiso en órgano blanco ni	4

		enfermedad cardiovascular establecida, y en seguimiento en programa de riesgo cardiovascular y/o clínica de hipertensión arterial.	
	b) Grado medio	Presencia de enfermedad coronaria con compromiso de la clase funcional NYHA I, ataque isquémico transitorio, enfermedad renal crónica estadio III, hipertrofia ventricular izquierda, retinopatía hipertensiva y/o enfermedad arterial periférica, a pesar de medidas farmacológicas y no farmacológicas.	8
	c) Grado máximo	Presencia de enfermedad coronaria con compromiso de la clase funcional NYHA II o enfermedad renal crónica estadio IV o V sin requerir diálisis, a pesar de medidas farmacológicas y no farmacológicas.	12

**Referencia:**

McEvoy, J. W., McCarthy, C. P., Bruno, R. M., Brouwers, S., Canavan, M. D., Ceconi, C., ... & Touyz, R. M. (2024). 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension: Developed by the task force on the management of elevated blood pressure and hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and endorsed by the European Society of Endocrinology (ESE) and the European Stroke Organization (ESO). *European heart journal*, 45(38), 3912-4018. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178>

*Tabla 192 Criterios numeral 5-034*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
5 - 034	Cor Pulmonale Crónico	<p>El <i>Cor pulmonale</i> crónico consiste en la insuficiencia del lado derecho del corazón causada por enfermedades pulmonares crónicas que provocan hipertensión pulmonar, resultado de la presión elevada en las arterias pulmonares debido a enfermedades pulmonares obstructivas o restrictivas, lo que lleva a una carga aumentada para el ventrículo derecho.</p> <p>En este numeral se calificarán hipertensiones pulmonares de cualquier causa, asignándose índice de lesión cuando, a pesar de manejo médico óptimo - incluido diuréticos- por al menos tres meses, se presenta: disnea definida como clase funcional NYHA III-IV o mMRC mayor o igual a 2, o uso de oxígeno suplementario permanente, o ecocardiograma con reporte de presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP) mayor de 60 mmHg, o persisten los síntomas congestivos tales como: edema periférico, hepatomegalia, renosarca.</p> <p>Cuando se asigne este índice de lesión, no deberá calificarse adicionalmente con el numeral de la patología de base que origina el <i>Cor Pulmonale</i> crónico. En los casos de <i>Cor Pulmonale</i> que no cumplan los criterios descritos en el presente numeral, las secuelas se calificarán con el numeral 7-002.</p>	19

*Tabla 193 Criterios numeral 5-035*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
5 - 035	Várices de un miembro inferior, no operables o reproducidas con fallas en la circulación profunda	Las várices se definen como venas dilatadas y tortuosas que resultan de un aumento de la presión venosa, generalmente en las extremidades inferiores. Se asigna este índice cuando: no sean operables, cursen con insuficiencia venosa superficial y profunda, y que presenten complicaciones como úlceras venosas refractarias al tratamiento. Cuando se asigne este numeral, las complicaciones en piel secundarias a esta entidad nosológica NO serán objeto de calificación adicional con otro numeral.	13

*Tabla 194 Criterios numeral 5-036*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
5 - 036	Várices de ambos miembros inferiores, no operables o reproducidas con fallas en la circulación profunda:	Las várices se definen como venas dilatadas y tortuosas que resultan de un aumento de la presión venosa, generalmente en las extremidades inferiores. Se asigna este índice cuando: no sean operables, cursen con insuficiencia venosa superficial y profunda, y que presenten complicaciones como úlceras venosas refractarias al tratamiento. Cuando se asigne este numeral, las complicaciones en piel secundarias a esta entidad nosológica NO serán objeto de calificación adicional con otro numeral.	19

*Tabla 195 Criterios numeral 5-037*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
5 - 037	Lesiones o afecciones linfáticas que produzcan trastornos funcionales irreversibles, se clasificarán de acuerdo con las alteraciones funcionales que originen:	Las afecciones linfáticas incluyen una variedad de condiciones que pueden alterar el flujo normal de la linfa, provocar inflamación, infecciones o neoplasias, y pueden manifestarse en forma de linfedema, linfadenopatía o linfoma, entre otros. Para definir el grado de incapacidad se tomará la escala de la <i>International Society of Lymphology</i> (ISL), una de las escalas más utilizadas para clasificar el linfedema, en función de la gravedad del edema y de los cambios en los tejidos adyacentes (ver Tabla 196 Escala de la <i>International Society of Lymphology</i> (ISL)). Adicionalmente se evaluarán las complicaciones, el desarrollo de malignidad y las limitaciones en las actividades de la vida diaria.	
	a) Unilateral	Cuando las lesiones o afecciones sean unilaterales, se asignará el índice que corresponda a los criterios definidos, según se presenta a continuación:	6 a 10
		Linfedema estadio grado I de la ISL, sin complicaciones, sin desarrollo de malignidad y sin limitaciones en las actividades de la vida diaria.	6
		Linfedema estadio grado II de la ISL, con complicaciones tales como fibrosis y cambios cutáneos, sin desarrollo de malignidad y sin limitaciones en las actividades de la vida diaria.	7
		Linfedema estadio grado II de la ISL, con complicaciones tales como infecciones recurrentes (celulitis y linfangitis), sin desarrollo de malignidad y con limitaciones en las actividades de la vida diaria.	8
		Linfedema estadio grado III de la ISL, con complicaciones tales como elefantiasis, celulitis, linfangitis, sin desarrollo de malignidad y con limitaciones en las actividades de la vida diaria.	9
		Linfedema estadio grado III de la ISL, con elefantiasis y con antecedente de malignidad asociada resuelta, con limitaciones en las actividades de la vida diaria.	10
	b) Bilateral	Cuando el compromiso sea bilateral en diferente grado de severidad, se asignará el índice de lesión de mayor severidad.	10 a 16
Linfedema estadio grado I de la ISL, sin complicaciones, sin desarrollo de malignidad y sin limitaciones en las actividades de la vida diaria.		10	

		Linfedema estadio grado II de la ISL, con complicaciones tales como fibrosis y cambios cutáneos, sin desarrollo de malignidad y sin limitaciones en las actividades de la vida diaria.	11
		Linfedema estadio grado II de la ISL, con complicaciones tales como infecciones recurrentes (celulitis y linfangitis), sin desarrollo de malignidad y con limitaciones en las actividades de la vida diaria.	12
		Linfedema estadio grado III de la ISL, con complicaciones tales como elefantiasis, celulitis, linfangitis, sin desarrollo de malignidad y con limitaciones en las actividades de la vida diaria.	13
		Linfedema estadio grado III de la ISL, con elefantiasis y con antecedente de malignidad asociada resuelta, con limitaciones en las actividades de la vida diaria.	14
		Linfedema estadio grado III de la ISL, elefantiasis, con o sin antecedente de malignidad asociada resuelta, con limitación para el desplazamiento.	15
		Linfedema estadio grado III de la ISL, elefantiasis, con o sin antecedente de malignidad asociada resuelta, con limitación para el desplazamiento, el cuidado personal y la vida doméstica.	16

*Tabla 196 Escala de la International Society of Lymphology (ISL)*

<b>Estadio</b>	<b>Criterio</b>
0 (Latente o Subclínico)	No hay hinchazón visible, pero existe daño linfático subyacente. La función linfática está disminuida, pero sin signos visibles.
I (Linfedema Reversible)	Hay hinchazón visible que se reduce al elevar la extremidad afectada. En esta etapa, el edema es blando y generalmente no hay fibrosis.
II (Linfedema Espontáneamente Irreversible)	La hinchazón no desaparece al elevar la extremidad y el edema es más firme debido a la fibrosis.
III (Linfedema Linfostático o Elefantiasis)	Hinchazón severa y cambios en la piel como engrosamiento, endurecimiento y alteraciones en el tejido, incluyendo la formación de pliegues profundos y papilomas.

**Referencia:**

Executive Committee of the International Society of Lymphology (2020). The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema: 2020 Consensus Document of the International Society of Lymphology. *Lymphology*, 53(1), 3–19.

*Tabla 197 Criterios numeral 5-038*

<b>Numeral</b>	<b>Entidades nosológicas</b>	<b>Criterio(s)</b>	<b>Índice lesión</b>
5 - 038	Hemorroides no operables por contra indicación quirúrgica	Las hemorroides son estructuras vasculares ubicadas en el canal anal que se pueden inflamarse, dilatar o trombosar. Se asigna este índice cuando presente contraindicación quirúrgica absoluta, de acuerdo con valoración especializada.	8

## REFERENCIAS

Executive Committee of the International Society of Lymphology (2020). The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema: 2020 Consensus Document of the International Society of Lymphology. *Lymphology*, 53(1), 3–19.

Jameson, J. L., Fauci, A. S., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Loscalzo, J., & Longo, D. L. (Eds.). (2023). *Harrison's principles of internal medicine* (21.<sup>a</sup> ed.). McGraw-Hill.

Kulasekararaj, A., Cavenagh, J., Dokal, I., Foukaneli, T., Gandhi, S., Garg, M., Griffin, M., Hillmen, P., Ireland, R., Killick, S., Mansour, S., Mufti, G., Potter, V., Snowden, J., Stanworth, S., Zuha, R., Marsh, J., & BSH Committee (2024). Guidelines for the diagnosis and management of adult aplastic anaemia: A British Society for Haematology Guideline. *British journal of haematology*, 204(3), 784–804. <https://doi.org/10.1111/bjh.19236>

Lichtman, M. A., Kaushansky, K., Prchal, J. T., Levi, M. M., Burns, L. J., & Linch, D. C. (2021). *Williams. Manual de hematología* (10.<sup>a</sup> ed.). McGraw-Hill.

McEvoy, J. W., McCarthy, C. P., Bruno, R. M., Brouwers, S., Canavan, M. D., Ceconi, C., ... & Touyz, R. M. (2024). 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension: Developed by the task force on the management of elevated blood pressure and hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and endorsed by the European Society of Endocrinology (ESE) and the European Stroke Organization (ESO). *European heart journal*, 45(38), 3912-4018. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178>

McKelvie, R. S., Moe, G. W., Ezekowitz, J. A., Heckman, G. A., Costigan, J., Ducharme, A., ... & Sussex, B. (2013). The 2012 Canadian Cardiovascular Society heart failure management guidelines update: focus on acute and chronic heart failure. *Canadian Journal of Cardiology*, 29(2), 168-181.

Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados* (10.<sup>a</sup> ed.). <https://www.who.int/classifications/icd/en/>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Clasificación Internacional de Enfermedades, Undécima Revisión (CIE-11)*. <https://icd.who.int/>



Sociedad Colombiana de Cardiología, S. C. C. (2021). Enfermedad valvular cardiaca. Sociedad Colombiana de Cardiología. <https://scc.org.co/boletin-no-163-guias-para-el-manejo-de-pacientes-con-enfermedad-valvular-cardiaca-aha-2020-parte-2-insuficiencia-mitral/>



## **GRUPO 6.**

### **OTORRINOLARINGOLOGÍA**

#### **6.1 Alcance**

A continuación, se establecen los criterios médico-técnicos para la asignación de los diferentes grados de incapacidad e índices de lesión, si a ello hubiese lugar, de una serie de lesiones o afecciones del área de otorrinolaringología, que son susceptibles de ello, en razón a su presentación clínica.

#### **6.2 Definiciones**

Las definiciones pertinentes para este grupo se incluyen en cada una de las tablas.

#### **6.3 Principios de evaluación**

- a. Los principios de evaluación que se aplican a los numerales de este capítulo por la heterogeneidad se aplicarán las indicaciones de cada tabla.
- b. Se tomará en cuenta la Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10 (CIE-10) en la clasificación de cada entidad nosológica.

## SECCIÓN A - OTORRINOLARINGOLOGÍA

### NARIZ

*Tabla 198 Criterios numeral 6-001*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
6-001	Obstrucción total bilateral	Se define como la imposibilidad para respirar por la nariz permanente, debido a la obstrucción bilateral total del flujo de aire, causada por múltiples factores y que no pudieron ser resueltos por manejo médico y/o cirugías nasales previas.	14

Referencia:

Mehanna, H. M., & Watkinson, J. C. (2016). Rhinology: Nasal obstruction. In G. L. Stack, Clinical Otolaryngology (4th ed., pp. 135-145). Oxford University Press.

*Tabla 199 Criterios numeral 6-002*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
6-002	Anosmia o parosmia	Se entiende por anosmia a la pérdida completa del sentido del olfato, mientras que la parosmia es una distorsión del olfato, donde los olores de las sustancias presentadas se perciben de manera diferente.  Se asignará índice de lesión a la anosmia o parosmia permanentes debidamente soportadas con pruebas paraclínicas.	8

Referencia:

Doty, R. L. (2019). Anosmia and parosmia: Clinical aspects. In T. Hummel & A. Welge-Lüssen (Eds.), Olfactory disorders and their management (2nd ed., pp. 47-67). Springer.

*Tabla 200 Criterios numeral 6-003*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
6-003	Mutilación nasal	Se entiende la mutilación nasal como el daño o la deformidad de la nariz que afecte a las subunidades estéticas nasales (columnela, dorso nasal, vertiente nasal derecha, vertiente nasal izquierda, ala nasal derecha, ala nasal izquierda y punta nasal), generalmente causada por traumatismos, infecciones graves, procedimientos quirúrgicos o autolesiones. Esta condición puede afectar la función respiratoria, y la estética facial.	
	a) Grado mínimo	Comprende la pérdida de <b>una</b> subunidad estética nasal, en donde a pesar de los procedimientos quirúrgicos, persiste con la deformidad y/o el compromiso funcional.	4
	b) Grado medio	Comprende la pérdida de <b>dos</b> subunidades estéticas nasales, en donde a pesar de los procedimientos quirúrgicos, persiste con la deformidad y/o el compromiso funcional.	9
	c) Grado máximo	Comprende la pérdida de <b>tres o más</b> subunidades estéticas nasales, en donde a pesar de los procedimientos quirúrgicos, persiste con la deformidad y el compromiso funcional.	16



**Referencia:**

Smith, A. B., & Johnson, C. D. (2020). Nasal Reconstruction: An Evidence-Based Approach. *Journal of Facial Plastic Surgery*, 12(3), 123-130.

Subunidades: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1634214317868588>

EMC - Cirugía Plástica Reparadora y Estética

Volume 25, Issue 2, June 2017, Pages 1-22

*Tabla 201 Criterios numeral 6-004*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
6-004	Rinofaringitis costrosa, cualquiera que sea su causa u origen:	Entiéndase como la inflamación crónica de la mucosa nasal y faríngea, caracterizada por la formación de costras y secreciones purulentas, resultado de infecciones bacterianas o virales que provoquen síntomas como obstrucción nasal con compromiso sistémico, que haya requerido hospitalizaciones y que no presente mejoría a pesar del tratamiento médico.	
	a) Grado mínimo	Rinorrea sero-hemorrágica purulenta con costras que se extienden hasta la faringe y que causen obstrucción parcial de la vía aérea, que haya requerido de <b>una a dos</b> hospitalizaciones secundarias a complicaciones asociadas, sin requerir traqueostomía permanente.	8
	b) Grado medio	Rinorrea sero-hemorrágica purulenta con costras que se extienden hasta la faringe y que causen obstrucción parcial de la vía aérea, que haya requerido de <b>tres o más</b> hospitalizaciones secundarias a complicaciones asociadas, sin requerir traqueostomía permanente.	12
	c) Grado máximo	Rinorrea sero-hemorrágica purulenta con costras que se extienden hasta la faringe y que causen obstrucción de la vía aérea superior de forma completa requiriendo traqueostomía permanente, con complicaciones sistémicas y/o infecciosas que persisten a pesar del tratamiento médico.	17

**Referencia:**

- Hedayat, K. M., Lapraz, J.-C., & Schuff, B. (2020). Rhinopharyngitis. In K. M. Hedayat, J.-C. Lapraz, & B. Schuff (Eds.), *The theory of endobiogeny* (pp. 265-268). Academic Press.
- Gamboa Mutuberría J, Sistiaga Suárez JA, Wills Villarraga D, Rivera Rodríguez T. Enfermedades inflamatorias laríngeas y faríngeas del adulto. *Medicine (Madr)*. 2011 Nov;10(91):6190-6198. Spanish. doi: 10.1016/S0304-5412(11)70240-2. Epub 2012 Feb 1. PMID: 32287894; PMCID: PMC7143595Sub

*Tabla 202 Criterios numeral 6-005*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
6-005	Perforación del Septum nasal, cualquiera que sea su causa u origen:	Se entiende como un defecto en el tabique nasal, que es la estructura de cartílago y hueso que separa las fosas nasales. Los síntomas pueden incluir dificultad para respirar, hemorragias nasales y silbidos al respirar.	
	a) Grado mínimo	Perforación pequeña (menor de 0.5 cm) que no causa síntomas ni afecte la función nasal, que persiste a pesar del tratamiento médico y/o quirúrgico, si está indicado.	2

	b) Grado medio (de acuerdo con el trastorno funcional que determine)	Perforación de tamaño intermedio (igual o mayor a 0.5 cm y hasta 2 cm) que persiste a pesar del tratamiento médico y/o quirúrgico, si está indicado, generando epistaxis o dificultades respiratorias.	5
	c) Grado máximo	Perforación grande (mayor de 2 cm) que persiste a pesar del tratamiento médico y/o quirúrgico, afectando la función nasal y la estructura del septum por colapso del dorso nasal.	8

Referencia:

Morse J, Harris J, Owen S, Sowder J, Stephan S. Outcomes of Nasal Septal Perforation Repair Using Combined Temporoparietal Fascia Graft and Polydioxanone Plate Construct. *JAMA Facial Plast Surg.* 2019 Jul 1;21(4):319-326.

*Tabla 203 Criterios numeral 6-006*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
6-006	Ocena:	Es una enfermedad inflamatoria que se asocia a: 1) presencia de <i>klebsiella ozaenae</i> , 2) atrofia de la mucosa nasal (comprobado mediante estudio histopatológico), 3) formación de costras gruesas y malolientes, 4) obstrucción nasal, 5) epistaxis, 6) alteración del olfato, 7) duración de la enfermedad mayor a 6 meses y 8) antecedente de dos o más cirugías nasosinusales.  La aparición de costras que no estén asociadas a la presencia de <i>klebsiella ozaenae</i> serán revisadas de acuerdo con el numeral 6-004.	
	a) Grado mínimo	Se asignará este índice cuando presente <b>cuatro</b> de los criterios anteriormente nombrados, dos de los cuales deben ser la presencia de <i>klebsiella ozaenae</i> y diagnóstico histopatológico de atrofia de la mucosa nasal.	8
	b) Grado medio	Se asignará este índice cuando presente <b>seis</b> de los criterios anteriormente nombrados, dos de los cuales deben ser la presencia de <i>klebsiella ozaenae</i> y diagnóstico histopatológico de atrofia de la mucosa nasal.	12
	c) Grado máximo	Se asignará este índice cuando presente <b>ocho</b> de los criterios anteriormente nombrados, dos de los cuales deben ser la presencia de <i>klebsiella ozaenae</i> y diagnóstico histopatológico de atrofia de la mucosa nasal.	17

**Referencia:**

- Sumaily IA, Hakami NA, Almutairi AD, Alsudays AA, Abulqsim EM, Abualgasem MM, Alghulikah AA, Alserhani AA. An Updated Review on Atrophic Rhinitis and Empty Nose Syndrome. Ear Nose Throat J. 2023 Jul 14:1455613231185022.
- Diagnostic Criteria for Atrophic Rhinosinusitis Tran H. Ly, MD,a Richard D. deShazo, MD,a Jake Olivier, PhD,b,c Scott P. Stringer, MD,d William Daley, MD,e Christopher M. Stodard, MScf a Division of Clinical Immunology and Allergy, Department of Medicine, University of Mississippi Medical Center, Jackson; b NSW Injury Risk Management Research Centre and c School of Mathematics and Statistics, University of New South Wales, Sydney, Australia; d Department of Otolaryngology, e Department of Pathology, and f School of Medicine, University of Mississippi Medical Center, Jackson. ([https://www-clinicalkey-es.ezproxy.umng.edu.co/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0002934309003349.pdf?locale=es\\_ES&searchIndex=](https://www-clinicalkey-es.ezproxy.umng.edu.co/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0002934309003349.pdf?locale=es_ES&searchIndex=))

*Tabla 204 Criterios numeral 6-007*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
6-007	Sinusitis unilateral, rebelde a todo tratamiento	Se refiere a una inflamación crónica de los senos paranasales de forma unilateral, con más de 3 meses de evolución, que no responde al manejo médico y/o quirúrgico.	4

**Referencia:**

Rosenfeld RM, Piccirillo JF, Chandrasekhar SS, Brook I, Ashok Kumar K, Kramper M, Orlandi RR, Palmer JN, Patel ZM, Peters A, Walsh SA, Corrigan MD. Clinical practice guideline (update): adult sinusitis. Otolaryngol Head Neck Surg. 2015 Apr;152(2 Suppl): S1-S39.

*Tabla 205 Criterios numeral 6-008*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
6-008	Sinusitis con fístula oro-antral rebelde a tratamiento médico y quirúrgico	Se refiere a una inflamación de los senos paranasales, con presencia de fístula oro-antral que no responde al manejo médico y/o quirúrgico.	12

*Tabla 206 Criterios numeral 6-009*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
6 - 009	Sinusitis bilateral rebelde a todo tratamiento.	Se refiere a una inflamación crónica de los senos paranasales de forma bilateral, con más de 3 meses de evolución, que no responde al manejo médico y/o quirúrgico.	8

Referencia:

Rosenfeld RM, Piccirillo JF, Chandrasekhar SS, Brook I, Ashok Kumar K, Kramper M, Orlandi RR, Palmer JN, Patel ZM, Peters A, Walsh SA, Corrigan MD. Clinical practice guideline (update): adult sinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2015 Apr;152(2 Suppl): S1-S39.

*Tabla 207 Criterios numeral 6-010*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
6-010	Escleroma	Es una enfermedad infecciosa crónica de las vías respiratorias superiores causada por la bacteria <i>klebsiella rhinoscleromatis</i> (comprobado mediante estudio histopatológico). Se caracteriza por la formación de granulomas y un engrosamiento progresivo de los tejidos, afectando principalmente la cavidad nasal y, en etapas avanzadas, la laringe y tráquea. Los síntomas incluyen obstrucción nasal, secreciones nasales purulentas y deformidades nasales.  Se asigna índice de lesión en los casos de infección por <i>klebsiella rhinoscleromatis</i> , comprobado mediante estudio histopatológico, con síntomas presentes asociados.	8

Referencia:

Umphress B, Raparia K. Rhinoscleroma. *Arch Pathol Lab Med.* 2018 Dec;142(12):1533-1536. doi: 10.5858/arpa.2018-0073-RA. Epub 2018 Aug 31. PMID: 30168726.

## LARINGE

*Tabla 208 Criterios numeral 6-020*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
6-020	Lesiones o afecciones laringotraqueales que ocasionen trastornos respiratorios y/o de la fonación:	Es una inflamación persistente que afecta la laringe y la tráquea, produciendo alteración en la voz y la respiración. Para la calificación de este numeral se deberá tener en cuenta la escala de disnea de la <i>Tabla 209 Escala de disnea mMRC (modified Medical Research Council) - Empendium</i> y la alteración de la fonación.	
	a) Grado medio	Se asigna índice de lesión a las afecciones laringotraqueales que causan disnea mMRC grado 2 y/o disfonía que no mejora con tratamiento médico y/o quirúrgico indicado.	8
	b) Grado máximo	Se asigna índice de lesión a las afecciones laringotraqueales que causan disnea mMRC grado 3-4 y/o estridor, afonía o disfonía máxima, que no mejora con tratamiento médico y/o quirúrgico indicado.	14

*Tabla 209 Escala de disnea mMRC (modified Medical Research Council) - Empendium*

Grado	Características
0	Sólo me falta el aire con el ejercicio intenso
1	Siento falta de aire cuando camino rápido en terreno llano o al subir una ligera pendiente
2	Camino más lento que las personas de mí misma edad en terreno llano debido a la falta de aire, o tengo que detenerme para recuperar el aliento cuando camino a mi propio ritmo en terreno llano
3	Me detengo para recuperar el aliento después de caminar aproximadamente 100 metros o tras unos pocos minutos en terreno llano
4	Me falta mucho el aire incluso para salir de casa o siento falta de aire incluso al vestirme o desvestirme

Recuperado de [https://empendium.com/manualmibe/compendio/table/034\\_3820](https://empendium.com/manualmibe/compendio/table/034_3820)

**Referencia:**

Martins RH, do Amaral HA, Tavares EL, Martins MG, Gonçalves TM, Dias NH. Voice Disorders: Etiology and Diagnosis. *J Voice*. 2016 Nov;30(6):761.e1-761.e9. doi: 10.1016/j.jvoice.2015.09.017. Epub 2015 Nov 4. PMID: 26547607.

*Tabla 210 Criterios numeral 6-021*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
6-021	Lesiones o afecciones laringotraqueales que ocasionen trastornos respiratorios, con traqueotomía permanente.	Se asigna índice de lesión a las afecciones laringotraqueales que requieran como tratamiento definitivo traqueostomía permanente y que causan trastornos respiratorios.	21

**Referencia:**

Gelbard A, Francis DO, Sandulache VC, Simmons JC, Donovan DT, Ongkasuwan J. Causes and consequences of adult laryngotracheal stenosis. *Laryngoscope*. 2015 May;125(5):1137-43. doi: 10.1002/lary.24956. Epub 2014 Oct 7. PMID: 25290987; PMCID: PMC4562418.

## OÍDOS

*Tabla 211 Criterios numeral 6-030*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
6-030	Pérdida de más de los 2/3 del pabellón auricular:	La pérdida de más de los 2/3 del pabellón auricular se refiere a la amputación o destrucción significativa del pabellón auricular.	
	a) Unilateral	Pérdida de más de los 2/3 del pabellón auricular unilateral	8
	b) Bilateral	Pérdida de más de los 2/3 del pabellón auricular bilateral	16

**Referencia:**

Siebert R, Magritz R. Reconstruction of the auricle. *GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg.* 2007;6:Doc02. Epub 2008 Mar 14. PMID: 22073078; PMCID: PMC3199840.

*Tabla 212 Criterios numeral 6-031*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
6-031	Pérdidas parciales de menos de los 2/3 del pabellón auricular:	La pérdida de menos de los 2/3 del pabellón auricular se refiere a la amputación o destrucción parcial del pabellón auricular.	
	a) Unilateral	Pérdidas parciales de menos de los 2/3 del pabellón auricular unilateral.	4
	b) Bilateral	Pérdidas parciales de menos de los 2/3 del pabellón auricular bilateral.	8

**Referencia:**

Siebert R, Magritz R. Reconstruction of the auricle. *GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg.* 2007;6:Doc02. Epub 2008 Mar 14. PMID: 22073078; PMCID: PMC3199840.

*Tabla 213 Criterios numeral 6-032*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
6-032	Estenosis del conducto auditivo externo:	Se refiere al estrechamiento o contracción permanente del conducto auditivo externo, de cualquier origen.	
	a) Unilateral	Estenosis del conducto auditivo externo unilateral.	2
	b) bilateral	Estenosis del conducto auditivo externo bilateral.	4

**Referencia:**

Lesinskas E, Kasinskas R, Adomaityte I. Isorines klausosomios landos stenozez etiologijos, klasifikacijos ir gydymo principai [Stenosis of the external auditory canal: etiology, classification and management]. *Medicina (Kaunas).* 2002;38(10):963-9; quiz 1050. Lithuanian. PMID: 12532703.

*Tabla 214 Criterios numeral 6-033*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
6-033	Sordera total:	La sordera (cofosis o anacusia) es la pérdida total de la capacidad auditiva en uno o ambos oídos, lo que implica que la persona no puede percibir ningún tipo de sonido, lo cual es documentado por los potenciales evocados auditivos.	
	a) Unilateral	Sordera total de un oído.	14
	b) Bilateral (que	Sordera total de ambos oídos, sin posibilidad de	21

	no admite prótesis)	adaptación de dispositivos.	
--	---------------------	-----------------------------	--

**Referencia:**

Constanza Díaz, Marcos Goycooleab, Felipe Cardemilb,c, a Médico Cirujano, Hospital Fuerza Aérea de Chile. Santiago, Chile b Departamento Otorrinolaringología, Clínica Las Condes. Santiago, Chile. Servicio de Otorrinolaringología, Hospital San Juan de Dios - Universidad de Chile. Santiago, Chile. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-hipoacusia-trascendencia-incidencia-y-prevalencia-S0716864016301055>

*Tabla 215 Criterios numeral 6-034*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
6-034	Sorderas parciales de 20 hasta 40 decibeles:	Entiéndase para este numeral como sordera parcial la hipoacusia neurosensorial, que presente una disminución de la agudeza auditiva de 20.00 a 40.00 decibeles, de cualquier origen.	
		Para determinar la pérdida auditiva se tomará el promedio tonal auditivo de todas las frecuencias examinadas, de la mejor audiometría de las 3 realizadas.	
	a) unilateral	Promedio tonal auditivo en decibeles (dB) de acuerdo con los siguientes rangos:	De 1 a 3
		20.00 dB a 26.69 dB	1
		26.70 dB a 33.33 dB	2
		33.34 dB a 40.00 dB	3
	b) Bilateral	Promedio tonal auditivo en decibeles (dB) de acuerdo con los siguientes rangos:	De 4 a 9
		20.00 dB a 23.39 dB	4
		23.40 dB a 26.66 dB	5
		26.67 dB a 29.99 dB	6
	30.00 dB a 33.39 dB	7	
	33.40 dB a 36.69 dB	8	
	36.70 dB a 40.00 dB	9	

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
6-035	Sorderas parciales de 40 a 50 decibeles:	Entiéndase para este numeral como sordera parcial la hipoacusia neurosensorial, que presente una disminución de la agudeza auditiva de 40.01 a 50.00 decibeles de cualquier origen.	
		Para determinar la pérdida auditiva se tomará el promedio tonal auditivo de todas las frecuencias examinadas, de la mejor audiometría de las 3 realizadas.	
	a) unilateral	Sorderas parciales de 40.01 a 50.00 decibeles unilateral.	5
	b) Bilateral	Sorderas parciales de 40.01 a 50.00 decibeles bilateral.	11

*Tabla 216 Criterios numeral 6-036*

Numeral	Entidades	Criterio(s)	Índice
---------	-----------	-------------	--------

	<b>nosológicas</b>		<b>Lesión</b>
6-036	Sorderas parciales de 50 a 100 decibeles:	Entiéndase para este numeral como sordera parcial la hipoacusia neurosensorial, que presente una disminución de la agudeza auditiva de 50.01 a 100.00 decibeles de cualquier origen.  Para determinar la pérdida auditiva se tomará el promedio tonal auditivo de todas las frecuencias examinadas, de la mejor audiometría de las 3 realizadas.	
	a) unilateral	Promedio tonal auditivo en decibeles (dB) de acuerdo con los siguientes rangos:	De 6 a 11
		50.01 dB a 58.32 dB	6
		58.33 dB a 66.65 dB	7
		66.66 dB a 74.98 dB	8
		74.99 dB a 83.31 dB	9
		83.32 dB a 91.64 dB	10
		91.65 dB a 100.00 dB	11
	b) Bilateral	Promedio tonal auditivo en decibeles (dB) de acuerdo con los siguientes rangos:	De 12 a 19
		50.01 dB a 56.24 dB	12
		56.25 dB a 62.49 dB	13
		62.50 dB a 68.74 dB	14
		68.75 dB a 74.99 dB	15
		75.00 dB a 81.24 dB	16
	81.25 dB a 87.49 dB	17	
	87.50 dB a 93.74 dB	18	
	93.75 dB a 100.00 dB	19	

**NOTA según decreto 094 de 1989:** La calificación de las hipoacusias debe practicarse después de haber efectuado tres (3) audiogramas en tres fechas diferentes.

*Tabla 217 Criterios numeral 6-037*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
6-037	Acúfenos que correspondan a una afección orgánica rebelde al tratamiento:	El tinnitus, también conocido como acúfenos, es la percepción de sonido que no tiene una Referencia externa, por lo que otras personas no pueden escucharlo.	
	a) Unilateral	Persistencia crónica unilateral del tinnitus (durante una evolución mayor a 6 meses) y que el paciente se encuentre o haya tenido alguno de los tratamientos, tales como: terapia conductiva-conductual, ayuda técnica audiológica y/o manejo farmacológico, documentado en su historia clínica y adquirido durante el tiempo de servicio activo.	3
	b) Bilateral	Persistencia crónica bilateral del tinnitus (durante una evolución mayor a 6 meses) y que el paciente se encuentre o haya tenido alguno de los tratamientos, tales como: terapia conductiva-conductual, ayuda técnica audiológica y/o manejo farmacológico, documentado en su historia clínica y adquirido durante el tiempo de servicio activo.	5

**Referencia:**

<https://www.nidcd.nih.gov/es/espanol/tinnitus#:~:text=El%20tinnitus%2C%20tambi%C3%A9n%20conocido%20como,un%20rugido%20o%20un%20zumbido.>

*Tabla 218 Criterios numeral 6-038*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
6-038	Vértigos vestibulares o laberínticos con hiper o hiporeactividad y desarmonía de las reacciones:	El vértigo vestibular o laberíntico es un trastorno del equilibrio que se produce por un problema en el oído interno, específicamente en los canales semicirculares o el laberinto vestibular, de forma unilateral o bilateral, manifestado como una sensación de giro o rotación.	
	a) Grado mínimo	Se asigna el grado de incapacidad mínimo al vértigo autolimitado, vértigo posicional, neuritis vestibular o enfermedad de Menière, que mejora parcialmente con tratamiento farmacológico.	3
	b) Grado medio	Se asigna el grado de incapacidad medio cuando el episodio de vértigo es recurrente, de duración prolongada (horas o días). Incluye el vértigo por enfermedad autoinmune, vértigo metabólico, vértigo recurrente asociado a migraña (migraña vestibular), vértigo vascular o enfermedad de Menière, que NO mejoran con tratamiento farmacológico.	6
	c) Grado máximo	Se asigna el grado de incapacidad máximo cuando las patologías enunciadas anteriormente cumplan con las siguientes características: Inicio progresivo y prolongado que se encuentre en manejo farmacológico sin mejoría, requiriendo atención intrahospitalaria en más de dos ocasiones en los últimos dos años y que puede o no estar acompañado de síntomas neurológicos.	9

- **Referencia de definición:** Murillo-González, Federico, & Maía Viquez Pineda, Zita. (2002). Vertigo: una visión otorrinolaringológica para la medicina general. Acta Médica Costarricense, 44(1), 10-18. Retrieved November 04, 2024, from [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022002000100003&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022002000100003&lng=en&tlng=es).  
[https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022002000100003](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022002000100003)
- **Referencia para la clasificación por gravedad:** Murillo-González, Federico, & Maía Viquez Pineda, Zita. (2002). Vértigo: una visión otorrinolaringológica para la medicina general. Acta Médica Costarricense, 44(1), 10-18. Retrieved November 04, 2024, from [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022002000100003&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022002000100003&lng=en&tlng=es).  
[https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022002000100003](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022002000100003)
- Alcalá Villalón, Tahamara, Lambert García, Miriam, & Suárez Landrean, Alida. (2014). Enfoque clínico del vértigo desde la Atención Primaria de Salud. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 13(3), 394-405. Recuperado en 07 de noviembre de 2024, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2014000300005&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000300005&lng=es&tlng=es).

*Tabla 219 Criterios numeral 6-039*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
6-039	Perforación simple de la membrana del tímpano, rebelde al tratamiento:	La ruptura o perforación de la membrana timpánica es una pérdida de continuidad de esta. Se asigna índice de lesión cuando la perforación es permanente a pesar de tratamiento médico indicado.	
	a) Unilateral	Compromiso unilateral y persistente a pesar del tratamiento médico indicado.	4
	b) Bilateral	Compromiso bilateral y persistente a pesar del tratamiento médico indicado.	7

**Referencia:**

Mayo Clínic. Rotura del tímpano (perforación del tímpano). Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/ruptured-eardrum/symptoms-causes/syc-20351879>

*Tabla 220 Criterios numeral 6-040*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
6-040	Otitis crónica exudativa rebelde al tratamiento:	Entiéndase para este numeral como otitis crónica exudativa, la otitis media serosa caracterizada por la acumulación de líquido en el oído medio secundario a una inflamación persistente (no infecciosa) que no mejora a pesar de haber recibido intervenciones médicas y/o quirúrgicas.	
	a) Unilateral	Otitis crónica exudativa rebelde al tratamiento unilateral.	4
	b) Bilateral	Otitis crónica exudativa rebelde al tratamiento bilateral.	7

**Referencia:**

Campos Navarro, Luz Arcelia, Barrón Soto, Mario, & Fajardo Dolci, Germán. (2014). Otitis media aguda y crónica, una enfermedad frecuente y evitable. Revista de la Facultad de Medicina (México), 57(1), 5-14. Recuperado en 04 de noviembre de 2024, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422014000100002&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422014000100002&lng=es&tlng=es).

*Tabla 221 Criterios numeral 6-041*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
6-041	Mastoiditis crónica rebelde al tratamiento:	Entiéndase para este numeral como mastoiditis crónica a la infección de las celdas mastoideas. Para efectos de calificación se toma en cuenta la cronicidad y el tratamiento médico y/o quirúrgico fallido, persistiendo los síntomas.	
	a) Unilateral	Mastoiditis crónica rebelde al tratamiento unilateral.	7
	b) Bilateral	Mastoiditis crónica rebelde al tratamiento bilateral.	10

**Referencia:**

Ramírez-Salas, J. E., Benito-Orejas, J. I., Bartolomé-Cano, M. L., Pérez-Gutiérrez, M. E., Duque-Holguera, V., & Santos-Pérez, J. (2023). Protocolo diagnóstico y terapéutico de mastoiditis aguda en pacientes pediátricos. *Revista ORL*, 13(S2), 25–27. <https://doi.org/10.14201/orl.29044>

*Tabla 222 Criterios numeral 6-042*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
6-042	Otoesclerosis unilateral no tratable	Entiéndase para este numeral como otoesclerosis unilateral, el crecimiento anormal de hueso esponjoso que afecta la movilidad de los huesos del oído medio (especialmente el estribo), afectando la movilidad e interfiriendo con la trasmisión de las vibraciones sonoras hacia el oído interno ipsilateral.  Para la asignación de índice de lesión se deberá tener en cuenta la otoesclerosis no tratable mediante procedimientos médicos y/o quirúrgicos (estapedectomía).	8

**Referencia:**

Casas, J. S. M., Rodríguez, D. D., Miranda, G. G., & de Grazia, J. A. K. (2016). Otoesclerosis: Revisión de aspectos etiopatogénicos, clínico-demográficos e imagenológicos. *Revista Chilena de Radiología*, 22(3), 104–113. <https://doi.org/10.1016/j.rchira.2016.08.002>

*Tabla 223 Criterios numeral 6-043*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
6-043	Otoesclerosis bilateral no tratable	Entiéndase para este numeral como otoesclerosis bilateral, el crecimiento anormal de hueso esponjoso que afecta la movilidad de los huesos del oído medio (especialmente el estribo), afectando la movilidad e interfiriendo con la trasmisión de las vibraciones sonoras hacia el oído interno de ambos oídos.  Para la asignación de índice de lesión se deberá tener en cuenta la otoesclerosis no tratable mediante procedimientos médicos y/o quirúrgicos (estapedectomía).	15

**Referencia:**

Casas, J. S. M., Rodríguez, D. D., Miranda, G. G., & de Grazia, J. A. K. (2016). Otoesclerosis: Revisión de aspectos etiopatogénicos, clínico-demográficos e imagenológicos. *Revista Chilena de Radiología*, 22(3), 104–113. <https://doi.org/10.1016/j.rchira.2016.08.002>  
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-chilena-radiologia-222-articulo-otoesclerosis-revision-aspectos-etipatogenicos-clinico-demograficos-S0717201X16300562>

**NOTA según decreto 094 de 1989:** Una vez practicada la Mastoidectomía, si la audición no se altera o su disminución no es muy apreciable, la incapacidad puede ser indemnizada proporcionalmente.





## **SECCIÓN B - OFTALMOLOGÍA**

### **ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL**

#### **Agudeza Visual**

Se refiere al límite espacial de discriminación visual, siendo la medida más importante de la integridad funcional del ojo. Su determinación, la cual se efectúa usualmente mediante la medición del mínimo ángulo de resolución, se ha venido realizando mediante diversos patrones u optotipos, cuya principal característica es el aumento o reducción progresivas de tamaño del patrón para hallar el mínimo ángulo de resolución del paciente. La prueba más conocida es la tabla de Snellen<sup>1</sup>.

Para efectos de calificación, se evaluará la agudeza visual lejana de cada ojo por separado, con la mejor corrección posible, una vez se obtenga la mejoría médica máxima de todas sus patologías oculares, incluyendo el uso de la corrección óptica, expresada en escala de Snellen y en pies. Cuando el especialista que conceptúa registre la cifra de agudeza visual en términos de 20/25+ o 20/40-, indicando que el paciente lee de forma incompleta determinada línea de optotipos, se tomará la línea de los optotipos más pequeños que sea leída en su totalidad por el evaluado.

Cuando la agudeza visual sea reportada en un ojo (monocular) peor a 20/800, como PL (percepción de luz), MM (movimiento de manos), "visión de bultos", CD (cuenta dedos), 20/1600 u otras graduaciones que reporte el oftalmólogo, al aplicarse el CUADRO DE INDICES DE LESIONES OCULARES, se tomará la fila y/o la columna del 20/800 y para asignar el índice de lesión será el resultado de la intersección de la agudeza visual con el ojo contralateral.

Cuando la agudeza visual monocular sea registrada por el profesional en salud como NPL (no percibe luz), se tomará como PERDIDA TOTAL DE LA VISIÓN del ojo evaluado y en el caso de que la agudeza visual sea reportada como NPL en ambos ojos se considerará que existe una CEGUERA TOTAL, asignándole el numeral correspondiente.

#### **Campo visual:**

El campo visual se define como la porción del espacio en la que los objetos pueden percibirse simultáneamente mientras se observa un objeto fijo e inmóvil. Este es un elemento crucial para determinar la calidad visual de una persona, ya que evalúa la extensión de la visión periférica y central de cada ojo. En términos generales, sus límites máximos son de alrededor de 60° hacia el sector superior y nasal, 70° hacia el sector inferior y 90° hacia el sector temporal<sup>2</sup>.

**Campo visual periférico:** Se refiere a la extensión de la visión hacia las áreas más externas o alejadas del punto de fijación central. Este campo es crucial para detectar movimientos y orientarse en el entorno, ya que abarca gran parte de la visión fuera de la fovea y permite una percepción más amplia del espacio visual.

Para efectos de calificación, se considerará campo visual periférico el comprendido entre los 31 grados desde la fijación hacia la periferia, en 360 grados.

**Campo visual central:** Corresponde a la región cercana al punto de fijación, donde la sensibilidad visual es más alta, especialmente en la fovea, que es la zona de mayor agudeza visual. El campo visual central es esencial para actividades detalladas como la lectura y la identificación precisa de objetos.

Para efectos de calificación, se considerará campo visual central el comprendido entre el punto de fijación (fovea) y los 30 grados en torno al mismo (nasal, temporal, superior e inferior).

#### **Defectos campimétricos a calificar mediante este documento:**

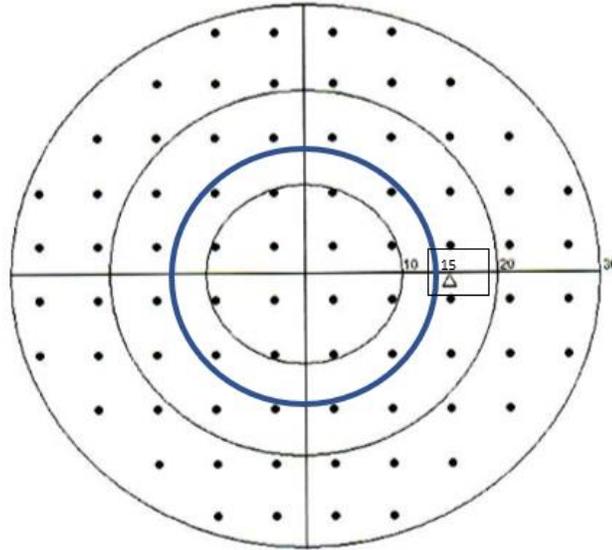
Para fines de calificación de las pérdidas campimétricas, a través de los criterios fijados en este documento, se realizará valoración mediante la determinación objetiva del campo visual mediante perimetría estática automatizada estándar, efectuada con un campímetro computarizado, método de exploración que se ha convertido en el más popular en la actualidad para ese tipo de determinaciones<sup>1</sup>. Esta valoración equivale a la *Perimetría de 33 cm* enunciada en el Decreto 094 de 1989.

Para la calificación, se toma el informe de la campimetría y se busca el gráfico que reporta los valores de sensibilidad retiniana punto a punto (en decibeles) que obtuvo el evaluado en su estudio. Se cuentan los puntos valorados en total (en la campimetría 24-2 se valoran 54 puntos, en la 30-2 se valoran 76 puntos y en la 60-4 se valoran 30 puntos sin contar el área de los 30 grados centrales). Posteriormente, se cuenta la cantidad de puntos evaluados en la perimetría automatizada cuya intensidad resulte en 10 decibeles o menos y ese valor se compara con el total de puntos evaluados en la prueba, de acuerdo con los criterios que se exponen en cada numeral específico.

A continuación, se proporcionan las ilustraciones que muestran los puntos evaluados en cada tipo de campimetría:

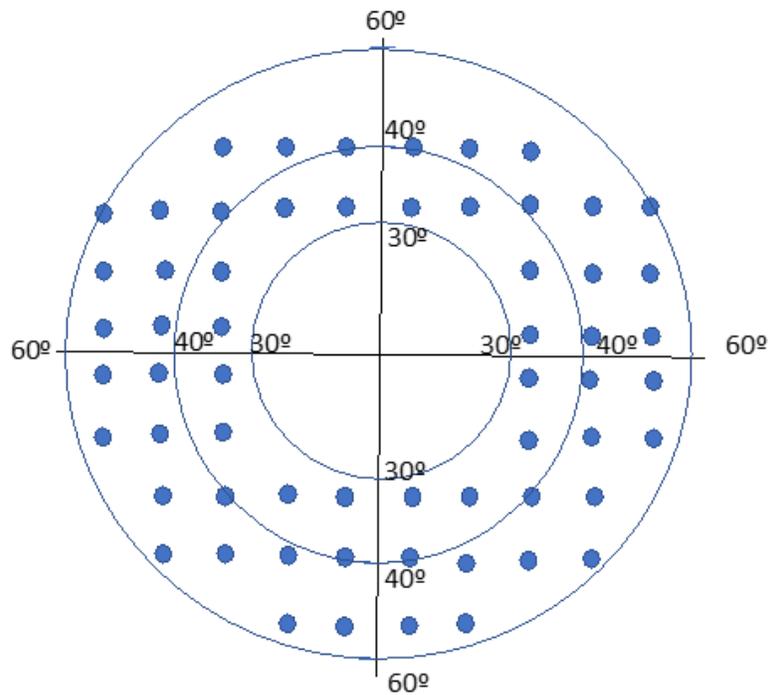
*Ilustración 3 Campimetría 30-2:*

**β0-2:** Mide los 30° temporales y nasales superiores e inferiores. Realiza un total de 76 puntos.



*Ilustración 4 Campimetría 60-4:*

**60-4:** Mide de los 31° 60° temporales y nasales superiores e inferiores. Realiza un total de 60 puntos.



Para validar el reporte de una campimetría para la calificación, este deberá ser CONFIABLE, lo cual se define como un valor de falsos positivos menor al 20%, un valor de falsos negativos menor al 20% y un valor de pérdidas de fijación menor a 3 durante el estudio. Si no se cumplen cualquiera de estos valores, debe repetirse el campo visual.

Al efectuar la valoración campimétrica y existiendo un antecedente patológico que conduzca a una pérdida campimétrica, pueden evidenciarse los siguientes defectos:

**Estrechamiento concéntrico del campo visual:** o CONTRACCIÓN del campo visual. Es la disminución de la sensibilidad a la luz en la periferia del campo visual, encontrando zonas periféricas de no visión que rodean a zonas de depresión y zonas centrales de sensibilidad normal. Las patologías que más frecuentemente producen este hallazgo son: el glaucoma, las distrofias retinianas como la retinosis pigmentosa y las neuropatías ópticas, entre otras.

**Escotomas no centrales<sup>2</sup>.** Se describen como áreas de disminución de sensibilidad en puntos específicos del campo visual, que no afectan directamente el punto de fijación. Algunos tipos de escotomas no centrales incluyen:

- Escotoma paracentral: Ubicado dentro de los veinte grados centrales, sin comprometer el punto de fijación.
- Escotoma cecal: Se sitúa en la mancha ciega, lo que provoca un agrandamiento de esta área y suele ser un indicador de alteraciones papilares.
- Escotoma centrocecal: Se extiende desde la mancha ciega hasta el punto de fijación, generalmente asociado con alteraciones del nervio óptico.
- Escotoma arciforme: Se inicia en la mancha ciega, siguiendo el patrón de las fibras nerviosas retinianas y arqueándose. Este tipo de escotoma es característico del glaucoma.
- Escotoma anular: Una extensión del escotoma arciforme que afecta los hemis campos superiores e inferiores y, aunque se presenta principalmente en el área central, también puede observarse en la periferia.

**Hemianopsias<sup>2</sup>.** Se define como el compromiso total de un hemis campo visual, el cual puede ser temporal, nasal, superior o inferior. Pueden clasificarse en los siguientes tipos:

- Vertical: Compromete el cuadrante superior e inferior de un ojo.

- Horizontal: También conocida como hemianopsia de límite horizontal. Compromete cuadrantes nasal y temporal superiores o cuadrantes nasal y temporal inferiores y puede provocar la pérdida de la mitad superior o inferior del campo visual, cuando se presentan de forma binocular. También se describe como un defecto o hemianopsia altitudinal<sup>2</sup>
- Homónima: Se define como una pérdida de visión que afecta el mismo lado (izquierdo o derecho) del campo visual en ambos ojos. Cuando esta afectación ocurre a lo largo de un eje vertical, se denomina hemianopsia homónima vertical. Esta condición es típicamente el resultado de lesiones en el tracto visual después del quiasma óptico, afectando estructuras como las radiaciones ópticas o la corteza visual, lo cual puede provocar una pérdida visual congruente en ambos ojos en la misma dirección.
- Heterónima: Se define como una pérdida de campo visual que afecta bien sea ambos campos nasales o ambos campos temporales simultáneamente.
- Congruentes. Si se afectan en la misma proporción en ambos ojos.
- Incongruentes. Cuando la afectación es de diferente tamaño en ambos ojos.

**Cuadrantanopsias<sup>3</sup>:** La cuadrantanopsia es una pérdida parcial o total del campo visual en un cuadrante, de uno o ambos ojos. Puede ser monocular, es decir, afectar a un solo ojo, o binocular, es decir, afectar a ambos ojos.

<sup>1</sup> Adler Fisiología Del Ojo: Aplicación Clínica. Editores Paul L. Kaufman, Albert Alm. Editor Elsevier España, 2003. ISBN 848174705X, 9788481747058. 453-469. 906 páginas

<sup>2</sup> campimetría: [AMA Guides Sixth 2024: Current medicine for permanent impairment ratings | American Medical Association](#) (pag. 296)

<sup>3</sup> <https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=28067#:~:text=los%20campos%20temporales.-,La%20cuadrantanopsia%20se%20refiere%20a%20la%20p%20p%C3%A9rdida%20de%20visi%C3%B3n%20en, en%20uno%20o%20ambos%20ojos.&text=Nota%20de%20alcance-,P%C3%A9rdida%20parcial%20o%20completa%20de%20la%20visi%C3%B3n%20en%20una%20de,de%20uno%20o%20ambos%20ojos>

Colenbrander A. The Functional Vision Score. A coordinated scoring system for visual impairments, disabilities, and handicaps. In: Kooiman AC, et al, eds. *Low Vision. Research and New Developments in Rehabilitation. Studies in Health Technology and Informatics*. Amsterdam, The Netherlands: IOS Press; 1994: 552-561

*Tabla 224 Criterios numeral 6-053*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
6-053	<p>Disminución de la agudeza visual en ambos ojos. En el cuadro que sigue a continuación se detallan los índices de lesión que deben aplicarse en los casos de <b>lesiones bilaterales que disminuyen la agudeza visual simultáneamente en ambos ojos</b>. La primera columna horizontal indica la agudeza visual resultante de un ojo (no la pérdida), y la primera vertical la del otro ojo; en su intersección se indica el correspondiente índice de lesión que debe aplicarse.</p> <p>Ejemplo: Pérdida de la visión de un ojo, en un 80% (A.V. 2/10) y el otro en un 70% (A.V. 3/10). Índice de lesión 11, que figura en la intersección de A.V.2/10 Y 3/10.</p>	<p>Cuando hay pérdida total de la visión de un ojo y visión subnormal del ojo contralateral, se asignará para el ojo con pérdida total de la visión los numerales 6-055 o 6-056, según corresponda y para el ojo contralateral, en el CUADRO DE ÍNDICES DE LESIÓN OCULAR, (descrito a continuación del presente numeral). Se obtendrá el índice de lesión respectivo tomando el valor de la intersección entre la primera fila de índices y la columna con la visión obtenida en ese ojo.</p>	

*Tabla 225 Cuadro de Índices de Lesiones Oculares*

AGUDEZA VISUAL		20/20	20/40 20/30 20/25	20/50	20/60	20/70	20/80	20/100	20/200	20/400	20/800
		10/10	7- 8 y 9/10	6/10	5/10	4/10	3/10	2/10	1/10	1/20	MENOS DE 1/20
20/20	10/10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
20/40 20/30 20/25	7/8 y 9/10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20/50	6 / 10	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
20/60	5 / 10	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
20/70	4 / 10	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
20/80	3 / 10	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
20/100	2 / 10	6	7	8	9	10	11	13	15	16	17
20/200	1 / 10	7	8	9	10	11	12	15	18	19	20
20/400	1 / 20	8	9	10	11	12	13	16	19	20	21

20/800	MENOS de 1/20	9	10	11	12	13	14	17	20	21	21
--------	---------------	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----

### Interpretación de cuadro de Índices de Lesiones Oculares.

**NOTA según decreto 094 de 1989:** La intersección de las columnas correspondientes a la agudeza visual determinada en la persona, en cada ojo, fija el índice respectivo.

**NOTA según decreto 094 de 1989:** Se suministrarán elementos ópticos necesarios para la máxima corrección de la visión y se indemniza la diferencia, cuando a pesar de ello, no se llega a la visión normal.

*Tabla 226 Criterios numeral 6-054*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
6-054	Ceguera total cualquiera que sea su causa u origen	La asignación de este índice se realizará ante la presencia de una ceguera total monocular de cada uno de los ojos, con o sin alteraciones funcionales concurrentes de los anexos y/o deformidades permanentes orbitarias no susceptibles de prótesis y NO se asignarán índices de lesión adicionales cuando estén presentes tales lesiones asociadas.	21

**Referencia:**

- Organización Mundial de la Salud. WHO. [Online]; 2018. [Revisado el 24 de Febrero del 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/blindness-andvisual-impairment>
- Arias-Uribe J, Llano-Naranjo Y, Astudillo-Valverde E, Suárez-Escudero J. Caracterización clínica y etiología de baja visión y ceguera en una población adulta con discapacidad visual. Rev Mex Oftalmol. 2018; 92(4): 201-8. DOI: 10.24875/RMO.M18000033.

*Tabla 227 Criterios numeral 6-055*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
6-055	Pérdida total de la visión de un ojo, sin deformidad.	La asignación de este índice se realizará ante la presencia de una pérdida total de la visión monocular, de uno de los ojos, sin alteraciones funcionales concurrentes de los anexos y sin deformidad.	15

**Referencia:**

Organización Mundial de la Salud. WHO. [Online]; 2018. [Revisado el 24 de Febrero del 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/blindness-andvisual-impairment> 5. Arias-Uribe J, Llano-Naranjo Y, Astudillo-Valverde E, Suárez-Escudero J. Caracterización clínica y etiología de baja visión y ceguera en una población adulta con discapacidad visual. Rev Mex Oftalmol. 2018; 92(4): 201-8. DOI: 10.24875/RMO.M18000033.

*Tabla 228 Criterios numeral 6-056*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
6-056	Pérdida total de la visión de un ojo, con alteraciones funcionales de los anexos y	La asignación de este índice se realizará ante la presencia de una pérdida total de la visión monocular, de uno de los ojos, con alteraciones funcionales concurrentes de los anexos y/o deformidades permanentes	19

	deformidad permanente orbitaria susceptible prótesis	no de	orbitarias no susceptibles de prótesis y NO se asignarán índices de lesión adicionales cuando estén presentes tales lesiones asociadas	
--	--	-------	--	--

**Referencia:**

- Organización Mundial de la Salud. WHO. [Online]; 2018. [Revisado el 24 de Febrero del 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/blindness-andvisual-impairment>.
- Arias-Uribe J, Llano-Naranjo Y, Astudillo-Valverde E, Suárez-Escudero J. Caracterización clínica y etiología de baja visión y ceguera en una población adulta con discapacidad visual. Rev Mex Oftalmol. 2018; 92(4): 201-8. DOI: 10.24875/RMO.M18000033.

*Tabla 229 Criterios numeral 6-057*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
6-057	Lesiones o afecciones oculares que estrechan concéntricamente el campo visual <b>de un ojo</b> en perimetría a 33 centímetros	Para la determinación de los defectos campimétricos a evaluar, deben tenerse en cuenta los principios enunciados al inicio de esta sección, además de los gráficos No. 6-01 y 6-02.  Cuando una patología ocular cause contracción del campo visual pero el defecto campimétrico no cumpla los criterios de este numeral para la asignación del índice de lesión, el defecto se calificará con el numeral 6-059.	
	a) Grado mínimo hasta 30°	Cuando en el ojo afectado el reporte de la perimetría estática automatizada 60-4 evidencia que están afectados en su sensibilidad, 54 o más puntos de los 60 estudiados, siendo esta afectación la presencia de índices numéricos iguales o inferiores a 10 dB, en el área comprendida entre 60° a 30° desde la fijación.	4
	b) Grado medio hasta 15°	Cuando en el ojo afectado el reporte de la perimetría estática automatizada 60-4, evidencia que están afectados en su sensibilidad, 54 o más puntos de los 60 estudiados y además en el reporte de la perimetría estática automatizada 30-2 se evidencia que están afectados en su sensibilidad, 30 o más de los 60 puntos estudiados en el área comprendida entre los 29 y los 15 grados, siendo esta afectación la presencia de índices numéricos iguales o inferiores a 10 dB, en las áreas evaluadas. Como se aprecia este compromiso campimétrico debe respetar los 15 grados centrales.	8
	c) Grado máximo menos de 15°	Cuando en el ojo afectado el reporte de la perimetría estática automatizada 60-4, evidencia que están afectados en su sensibilidad, 54 o más puntos de los 60 estudiados, adicionalmente en el reporte de la perimetría estática automatizada 30-2 se evidencia que están afectados en su sensibilidad, 54 o más de los 60 puntos estudiados en el área comprendida entre los 29 y los 15 grados y hay uno o más puntos de compromiso en el área de menos de 15 grados, siendo esta afectación la presencia de índices numéricos iguales o inferiores a 10 dB, en las áreas evaluadas.	12

**Referencia:**

Medrano Muñoz, S. M. (2007). Fundamentos de campo visual. Ciencia y Tecnología para la Salud Visual y Ocular, 8(1), 85-92.



file:///Users/apple/Downloads/Dialnet-FundamentosDeCampoVisual-5599405%20(1).pdf

*Tabla 230 Criterios numeral 6-058*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
6-058	Lesiones o afecciones oculares que estrechen concéntricamente el campo visual en <b>ambos ojos</b> en perimetría a 33 centímetros.	<p>Para la determinación de los defectos campimétricos a evaluar, deben tenerse en cuenta los principios enunciados al inicio de esta sección, además de los gráficos No. 6-01 y 6-02.</p> <p>Cuando una patología ocular produzca contracción bilateral del campo visual pero uno de los dos ojos NO cumpla con los criterios establecidos en este numeral para la asignación de los índices de lesión, en el ojo que si cumpla los criterios se valorará con el numeral 6-057 y en el ojo que no cumpla los criterios, se calificará con el numeral 6-059, de forma unilateral.</p> <p>Cuando una patología ocular produzca contracción bilateral del campo visual pero los dos ojos NO cumplen con los criterios establecidos en este numeral para la asignación de los índices de lesión, se calificará con el numeral 6-059, de forma bilateral.</p>	
	a) Grado mínimo hasta 30°	Cuando en cada uno de los ojos afectados el reporte de la perimetría estática automatizada 60-4 evidencia que están afectados en su sensibilidad, 54 o más puntos de los 60 estudiados, siendo esta afectación la presencia de índices numéricos iguales o inferiores a 10 dB, en el área comprendida entre 60° a 30° desde la fijación	10
	b) Grado medio hasta 15°	Cuando en cada uno de los ojos afectados el reporte de la perimetría estática automatizada 60-4, evidencia que están afectados en su sensibilidad, 54 o más puntos de los 60 estudiados y además en el reporte de la perimetría estática automatizada 30-2 se evidencia que están afectados en su sensibilidad, 30 o más de los 60 puntos estudiados en el área comprendida entre los 29 y los 15 grados, siendo esta afectación la presencia de índices numéricos iguales o inferiores a 10 dB, en las áreas evaluadas. Como se aprecia este compromiso campimétrico debe respetar los 15 grados centrales.	14
	c) Grado máximo menos de 15°	Cuando en cada uno de los ojos afectados el reporte de la perimetría estática automatizada 60-4, evidencia que están afectados en su sensibilidad, 54 o más puntos de los 60 estudiados, adicionalmente en el reporte de la perimetría estática automatizada 30-2 se evidencia que están afectados en su sensibilidad, 54 o más de los 60 puntos estudiados en el área comprendida entre los 29 y los 15 grados y hay uno o más puntos de compromiso en el área de menos de 15 grados, siendo esta afectación la	19

		<p>presencia de índices numéricos iguales o inferiores a 10 dB, en las áreas evaluadas.</p> <p>Cuando se asigne este índice de lesión en grado máximo la disminución de la agudeza visual estará contemplada como parte de las secuelas.</p>	
--	--	--	--

**Referencia:**

Medrano Muñoz, S. M. (2007). Fundamentos de campo visual. Ciencia y Tecnología para la Salud Visual y Ocular, 8(1), 85-92.

[file:///Users/apple/Downloads/Dialnet-FundamentosDeCampoVisual-5599405%20\(1\).pdf](file:///Users/apple/Downloads/Dialnet-FundamentosDeCampoVisual-5599405%20(1).pdf)

**NOTA según decreto 094 de 1989:** Los escotomas centrales se valoran de acuerdo a la disminución de lesiones múltiples. Revisión periódica.

*Tabla 231 Criterios numeral 6-059*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
6-059	Escotomas no centrales producidas por lesiones inflamatorias, degenerativas, traumáticas o quirúrgicas, coroidorretinianas o del vítreo y/o pérdida de un sector del campo visual, medido bien con perimetría o escotometría:	Se asignará índice de lesión cuando se documente una lesión o lesiones de base que originen los escotomas (como cicatrices coriorretinianas), no se trate de escotomas fisiológicos o centrales y que las posiciones de los escotomas sean congruentes con la ubicación de las lesiones.	
	a) Unilateral	Se asignará índice de lesión cuando se documente una lesión o lesiones de base que originen los escotomas (como cicatrices coriorretinianas), no se trate de escotomas fisiológicos o centrales y que las posiciones de los escotomas sean congruentes con la ubicación de las lesiones.	6
	b) Bilateral	Se asignará índice de lesión cuando se documente una lesión o lesiones de base que originen los escotomas (como cicatrices coriorretinianas), no se trate de escotomas fisiológicos o centrales y que las posiciones de los escotomas sean congruentes con la ubicación de las lesiones.	12

**Referencia:**

Medrano Muñoz, S. M. (2007). Fundamentos de campo visual. Ciencia y Tecnología para la Salud Visual y Ocular, 8(1), 85-92.

**NOTA según decreto 094 de 1989:** Los escotomas centrales se valoran de acuerdo a la disminución o pérdida de la agudeza visual central.

### HEMIANOPSIAS

*Tabla 232 Criterios numeral 6-069*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
6-069	Hemianopsia	Para efectos de la calificación, debe existir evidencia de	

	homónima (vertical):	una lesión de base que origine este tipo específico de defecto campimétrico y documentarse la hemianopsia homónima mediante campimetría 30-2, como el compromiso de 34 o más de los 38 puntos evaluados en ese hemicampo vertical (intensidad de 10 o menos decibeles) en cada uno de los ojos.	
	a) Con conservación de la función macular bilateral	Para efectos de la calificación, además de la consideración anterior el oftalmólogo deberá certificar la conservación de la función macular bilateral, valorada objetivamente con la agudeza visual y la campimetría computarizada.	17
	b) Con pérdida de la función macular en forma bilateral	Para efectos de la calificación, además de la consideración anterior, el oftalmólogo deberá certificar la pérdida de la función macular bilateral, valorada objetivamente con la agudeza visual y la campimetría computarizada.	21

**Referencia:**

Medrano Muñoz, S. M. (2007). Fundamentos de campo visual. Ciencia y Tecnología para la Salud Visual y Ocular, 8(1), 85-92.

file:///Users/apple/Downloads/Dialnet-FundamentosDeCampoVisual-5599405%20(1).pdf

**Votación del Comité Técnico Numeral 6-069**

*Tabla 233 Criterios numeral 6-070*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s) restricción /anquilosis	Índice Lesión
6-070	Hemianopsia heterónima:	Para efectos de la calificación, debe existir evidencia de una lesión de base que origine este tipo específico de defecto campimétrico y documentarse la hemianopsia heterónima mediante campimetría 30-2, como el compromiso de 34 o más de los 38 puntos evaluados en ese hemicampo vertical (intensidad de 10 o menos decibeles) en cada uno de los ojos.	
	a) Binasal	Para efectos de la calificación se dará este índice cuando la hemianopsia es binasal.	15
	b) Bitemporal	Para efectos de la calificación se dará este índice cuando la hemianopsia es bitemporal	17

**Referencia:**

Medrano Muñoz, S. M. (2007). Fundamentos de campo visual. Ciencia y Tecnología para la Salud Visual y Ocular, 8(1), 85-92.

file:///Users/apple/Downloads/Dialnet-FundamentosDeCampoVisual-5599405%20(1).pdf

*Tabla 234 Criterios numeral 6-071*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s) restricción /anquilosis	Índice Lesión
6-071	Déficit hemianóptico horizontal:	Para efectos de la calificación, debe existir evidencia de una lesión de base que origine este tipo específico de defecto campimétrico y documentarse la hemianopsia horizontal mediante campimetría 30-2, como el compromiso de 34 o más de los 38 puntos evaluados en ese hemicampo horizontal (intensidad de 10 o menos decibeles) en cada uno de los ojos.	
	a) Superior	Para efecto de la calificación se otorga este índice cuando está afectado por una hemianopsia horizontal superior.	12
	b) Inferior	Para efecto de la calificación se otorga este índice cuando está afectado por una hemianopsia horizontal	17

	inferior.	
--	-----------	--

**Referencia:**

Medrano Muñoz, S. M. (2007). Fundamentos de campo visual. Ciencia y Tecnología para la Salud Visual y Ocular, 8(1), 85-92.

file:///Users/apple/Downloads/Dialnet-FundamentosDeCampoVisual-5599405%20(1).pdf

*Tabla 235 Criterios numeral 6-072*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s) restricción /anquilosis	Índice Lesión
6-072	Déficit hemianópsico en cuadrante :	Para los fines del presente numeral, se entenderá como déficit hemianópsico en cuadrante, la presencia de cuadrantanopsias en ambos ojos, bien sea a nivel superior o inferior.	
		Para efectos de la calificación, debe existir evidencia de una lesión de base que origine este tipo específico de defecto campimétrico y documentarse una cuadrantanopsia en cada ojo mediante campimetría 30-2, dado por el compromiso de 17 o más de los 19 puntos evaluados en cada uno de los cuadrantes de cada uno de los ojos (intensidad de 10 o menos decibeles).	
		a) Superiores	
	b) Inferiores	Para este grado se otorga cuando las cuadrantanopsias están en los cuadrantes inferiores de cada ojo.	12

**NOTA según decreto 094 de 1989:** En caso de reducción de la visión central, se cataloga separadamente.

*Tabla 236 Criterios numeral 6-073*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s) restricción /anquilosis	Índice Lesión
6-073	Hemianopsia en un tuerto, con conservación de la visión central:	En un paciente con ojo único anatómico o funcional, se define esta condición como la afectación de un hemicampo, el cual puede ser temporal, nasal, superior o inferior.	
		Para efectos de la calificación, debe existir evidencia de una lesión de base que origine este tipo específico de defecto campimétrico y documentarse la hemianopsia mediante campimetría 30-2, como el compromiso de 34 o más de los 38 puntos evaluados en ese hemicampo (intensidad de 10 o menos decibeles) en el ojo único.	
		Para efectos de la calificación, además de la consideración anterior el oftalmólogo deberá certificar la conservación de la función macular en el ojo único, valorada objetivamente con la agudeza visual y la campimetría computarizada.	
		a) Nasal	
	b) Inferior	Para este grado se otorga cuando la hemianopsia es inferior o superior.	16
	c) Temporal	Para este grado se otorga cuando la hemianopsia es temporal.	17

*Tabla 237 Criterios numeral 6-073*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s) restricción /anquilosis	Índice Lesión
6-074	Diplopía ligera, que no exija la oclusión de un ojo	<p>Para fines de calificación en este numeral, se considerará únicamente la DIPLOPIA BINOCULAR, definida como la percepción de dos imágenes (visión doble) a partir de un mismo objeto, que se elimina cuando se ocluye un ojo y que puede ser horizontal, vertical u oblicua.</p> <p>Los criterios para asignar este índice son: diplopía ocasional, que aparece sólo en ciertas posiciones de la mirada, que no afecta las actividades diarias pero que NO se compensa con posiciones de la cabeza ni con prismas ni con ortóptica ni con cirugía.</p>	4

**Referencias:**

- Centro Oftalmológico Barcelona. Visión doble o diplopía. Disponible en: <https://icrcat.com/enfermedades-oculares/vision-doble-diplopia/>
- Siso García, P., Referencias Castañón, D., & Morís. (2019). Protocolo diagnóstico del paciente con diplopía. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(76), 4507-4510.
- <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304541219300903>

*Tabla 238 Criterios numeral 6-075*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s) restricción /anquilosis	Índice Lesión
6-075	Diplopía severa (visión binocular, que exija la oclusión permanente de un ojo)	Para fines de calificación en este numeral, se considerará únicamente la DIPLOPIA BINOCULAR, definida como la percepción de dos imágenes (visión doble) a partir de un mismo objeto, que se elimina cuando se ocluye un ojo y que puede ser horizontal, vertical u oblicua. Los criterios para asignar este índice son: diplopía constante, en todas las posiciones de la mirada, que afecta las actividades diarias, con síntomas asociados como mareo y fatiga visual, que se compensa únicamente con oclusión permanente de un ojo.	12

**Referencias:**

- Centro Oftalmológico Barcelona. Visión doble o diplopía. Disponible en: <https://icrcat.com/enfermedades-oculares/vision-doble-diplopia/>
- Siso García, P., Referencias Castañón, D., & Morís. (2019). Protocolo diagnóstico del paciente con diplopía. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 12(76), 4507-4510.
- <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304541219300903>

*Tabla 239 Criterios numeral 6-076*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s) restricción /anquilosis	Índice Lesión
6-076	Pérdida adquirida de la estereopsis	La estereopsis es la capacidad del sistema visual para percibir la tridimensionalidad de una imagen a partir de dos imágenes ligeramente diferentes que recibe cada ojo.  Para asignar este numeral debe existir evidencia de una patología ocular de base que ocasione esta alteración y el reporte de la prueba que registre objetivamente el grado de pérdida de la estereopsis. Se entenderá como pérdida de la estereopsis un valor igual o mayor a 100 segundos de arco, determinado en la prueba de Titmus u otras homólogas.  No se asignará índice de lesión cuando la alteración de la estereopsis se deba a una alteración de la agudeza visual, aspecto el cual se calificará únicamente con los numerales que apliquen.	12

**Referencia:**

- Ulloa Oliva, S., Terán Caba, C. A., Sarango Torres, M. J., & Correa Rojas, O. (2022). Estudio clínico epidemiológico de los principales fenómenos fisiológicos de la visión en gamaóptica. Revista Metropolitana de Ciencias Aplicadas, 5(3), 155-164. Universidad Metropolitana, Guayaquil, Ecuador. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=721778120019>

**Votación del Comité Técnico Numeral 6-076**

*Tabla 240 Criterios numeral 6-077*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s) restricción /anquilosis	Índice Lesión
6-077	Parálisis de la	Mediante este numeral se calificará	

	acomodación y del esfínter iridiano:	exclusivamente la oftalmoplejía interna, que consiste en la lesión del nervio ciliar corto, que es una rama del nervio oculomotor (III par craneal), el cual envía fibras parasimpáticas preganglionares al ganglio ciliar e inerva el músculo ciliar, responsable de la acomodación (enfoque de objetos cercanos) y el músculo esfínter del iris, encargado de la miosis.	
	a) Interna unilateral	Pare este índice se otorga con parálisis de la acomodación y del esfínter iridiano unilateral.	8
	b) Interna bilateral	Pare este índice se otorga con parálisis de la acomodación y del esfínter iridiano bilateral.	11

**Referencia:**

Barraquer, R. I. (Año de publicación). Mecanismos de acomodación del ojo humano. En Sección I. La presbicia (Cap. 2).

<https://secoir.org/wp-content/uploads/2022/09/2010-Cap-02-Mecanismos-de-acomodacion-del-ojo-humano.pdf>

**Votación del Comité Técnico Numeral 6-077**

*Tabla 241 Criterios numeral 6-078*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s) restricción / anquilosis	Índice Lesión
6-078	Midriasis aislada que determine disturbios funcionales :	Se asignará este índice de lesión cuando exista una condición ocular de cualquier etiología que deje como secuela una midriasis permanente, no susceptible a tratamiento, que produzca alteraciones funcionales como deslumbramiento y fotofobia.	
	a) unilateral	Pare este índice se otorga con midriasis aislada que determine disturbios funcionales unilateral.	5
	b) Bilateral	Pare este índice se otorga con Midriasis aislada que determine disturbios funcionales bilateral.	7

**Referencia:**

MAPFRE. (s.f.). Midriasis. Recuperado de

<https://www.salud.mapfre.es/enfermedades/oftalmologicas/midriasis/>

*Tabla 242 Criterios numeral 6-079*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s) restricción / anquilosis	Índice Lesión
6-079	Nistagmus horizontal, vertical rotatorio:	El nistagmo es una condición en la que los ojos realizan movimientos involuntarios, rápidos y repetitivos, lo que afecta la capacidad de enfocar de manera estable. Estos movimientos pueden ser horizontales (de lado a lado), verticales (de arriba hacia abajo) o rotatorios (en forma circular). La velocidad de los movimientos puede variar entre lento y rápido, y suelen presentarse en ambos ojos. Las personas con nistagmo pueden inclinar o girar la cabeza para ver con mayor claridad, lo que les ayuda a reducir la velocidad de los movimientos oculares y mejorar su enfoque.	
	a) Grado mínimo	Problemas de visión en determinadas direcciones, pero la persona suele adaptarse. Dificultad visual, sin interferencia en las actividades diarias.	6
	b) Grado medio	Dificultad para enfocar objetos o leer, especialmente en	10

		condiciones de movimiento o en algunas direcciones de la mirada, necesidad de ayudas visuales o adaptaciones y afectación en algunas actividades diarias, como la lectura prolongada o la fijación en objetos específicos.	
	c) Grado máximo	Dificultad para mantener la visión fija en todas las direcciones, afectando la funcionalidad visual. Complicaciones asociadas como pérdida de la visión o alteraciones de equilibrio. Impacto en la calidad de vida, pudiendo requerir asistencia constante o rehabilitación visual.	15

**Referencias:**

- Boyd, K. (2024, 5 de abril). Nistagmo. American Academy of Ophthalmology. Revisado por DeAngelis, K. D., & editado por Turbert, D. Recuperado de <https://www.aao.org/salud-ocular/enfermedades/nistagmo>
- Sánchez Espinosa, J. M. (2013). Nistagmo: fisiopatología y características clínicas. Salud Areandina, 1(2), 58-69.
- [file:///Users/apple/Downloads/321-Texto%20del%20art%C3%ADculo-334-1-10-20150706%20\(1\).pdf](file:///Users/apple/Downloads/321-Texto%20del%20art%C3%ADculo-334-1-10-20150706%20(1).pdf)

*Tabla 243 Criterios numeral 6-080*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s) restricción / anquilosis	Índice Lesión
6-080	Oftalmoplejía total (interna y externa)	Mediante este numeral se calificará la oftalmoplejía total, la cual consiste en la parálisis completa de los músculos oculares intrínsecos y extrínsecos del ojo y del elevador del párpado superior. Esta alteración provoca inmovilidad total del ojo, pupila fija no reactiva a la luz y diplopía.  Para la asignación de este índice de lesión, se tendrán en cuenta cuando la oftalmoplejía resulta en una desalineación permanente de los ojos o en una limitación severa del movimiento ocular, a pesar del tratamiento, y cuando no cede al tratamiento de la patología de base que la produce.	
	a) unilateral	Oftalmoplejía total (interna y externa) unilateral.	12
	b) bilateral	Oftalmoplejía total (interna y externa) bilateral.	17

*Tabla 244 Criterios numeral 6-081*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s) restricción / anquilosis	Índice Lesión
6-081	Oftalmoplejía ligera (paresia de III, IV y/o VI pares)	Mediante este numeral se calificarán las paresias de uno o varios de los músculos oculares extrínsecos del ojo y del elevador del párpado superior. Esta alteración provoca restricciones de la motilidad del ojo, dependiendo del músculo inervado por el par craneano afectado y diplopía.  Para la asignación de este índice de lesión, se tendrán en cuenta las situaciones clínicas descritas anteriormente.	3

**Votación del Comité Técnico Numeral 6-081**

*Tabla 245 Criterios numeral 6-082*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
6-082	Lagoftalmos:	El lagoftalmos es la imposibilidad de cerrar	

		completamente los párpados. Esta condición provoca una exposición parcial o total de la córnea al ambiente externo, lo que impide un parpadeo o una oclusión adecuada del ojo, incluso durante el sueño. Se asignará índice de lesión en los casos que con cierre forzado del parpado superior se evidencie vascularización en el ojo o leucoma o queratopatía por exposición severa con úlcera o perforación ocular e infecciones crónicas y recurrentes, a pesar del tratamiento.	
	a) Unilateral	Lagoftalmos unilateral	10
	b) Bilateral	Lagoftalmos bilateral	17

**Referencia:**

Clínica Universidad de Navarra. (s.f.). Lagoftalmos. En Diccionario médico. Recuperado de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/lagoftalmos>

*Tabla 246 Criterios numeral 6-083*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
6-083	Cataratas (operadas o inoperables), se valoran:	La catarata es una condición ocular caracterizada por la opacidad del cristalino que dificulta el paso de la luz, provocando disminución de la agudeza visual y de la calidad de las imágenes.	
	a) Según el índice de agudeza visual restante, para lo cual se aplica el cuadro de disminución de la agudeza visual (numeral 6-053)	Se aplica el cuadro de disminución de la agudeza visual (numeral 6-053) para la agudeza visual residual posquirúrgica, con la mejor corrección óptica.	
	b) Se debe además considerar el defecto estético sobreañadido. (Restos capsulares, cicatrices, colobomas del iris):	Se asignará este índice de lesión cuando los hallazgos descritos (restos capsulares, cicatrices, colobomas del iris) se evidencien a la inspección SIN lámpara de hendidura, dado que deben generar una alteración ESTÉTICA perceptible.  El coloboma evidente a la inspección SIN lámpara de hendidura posterior a cirugía de catarata, se calificará únicamente con este numeral y NO con el 6-084.	
	1. Unilateral	Cataratas (operadas o inoperables) unilateral	3
	2. Bilateral	Cataratas (operadas o inoperables) bilateral	6
	c) También, la ausencia o dificultades en la función y/o estereopsis.	Se asignará este numeral si en la historia clínica oftalmológica el especialista registra la presencia de alguna de estas alteraciones funcionales y NO se le asigna numerales adicionales que involucren las mismas alteraciones.	10

**Referencia:**

Boyd, K. (2023, noviembre 15). ¿Qué son las cataratas? American Academy of Ophthalmology. Recuperado de <https://www.aao.org/salud-ocular/enfermedades/que-son-las-ataratas>

**NOTA según decreto 094 de 1989:** El examen para la determinación de la disminución de la agudeza visual se hará con lentes; cuando sea unilateral se usará lente de contacto si está indicado, el cual será suministrado por la Sanidad.

*Tabla 247 Criterios numeral 6-084*

Numeral	Entidades	Criterio(s)	Índice
---------	-----------	-------------	--------

	<b>nosológicas</b>		<b>Lesión</b>
6-084	Coloboma iridiano e iridodiálisis de origen traumático o quirúrgico:	El coloboma iridiano es una malformación congénita en la que falta una parte del iris. La iridodiálisis es la desinserción periférica del iris de forma parcial de origen traumático o posquirúrgico. Se asignará índice de lesión cuando estas condiciones no sean susceptibles de corrección quirúrgica y se evidencien complicaciones como diplopía monocular o fotofobia o alteración de la agudeza visual secundaria y no explicable por otra condición o hipertensión intraocular o glaucoma.	
	a) unilateral	Coloboma iridiano e iridodiálisis de origen traumático o quirúrgico unilateral.	3
	b) Bilateral	Coloboma iridiano e iridodiálisis de origen traumático o quirúrgico bilateral.	6

**Referencia:**

Recuperado de <https://www.ao.org/salud-ocular/enfermedades/que-es-un-coloboma>

*Tabla 248 Criterios numeral 6-085*

<b>Numeral</b>	<b>Entidades nosológicas</b>	<b>Criterio(s)</b>	<b>Índice Lesión</b>
6-085	Aniridia traumática o quirúrgica	La aniridia es la desinserción periférica del iris de forma total (ausencia completa del iris) de origen traumático o posquirúrgico. Se asignará índice de lesión cuando estas condiciones no sean susceptibles de corrección quirúrgica y se evidencien complicaciones como fotofobia o alteración de la agudeza visual secundaria y no explicable por otra condición o hipertensión intraocular o glaucoma.	
	a) unilateral	Aniridia traumática o quirúrgica unilateral.	8
	b) Bilateral	Aniridia traumática o quirúrgica bilateral.	14

**Referencia:**

Muñoz Arranz, E. (2017). Abordaje quirúrgico en glaucoma con aniridia traumática. Implicación de enfermería (Trabajo Fin de Máster). Facultad de Enfermería, Instituto de Oftalmobiología Aplicada, Universidad de Valladolid.

*Tabla 249 Criterios numeral 6-086*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
6-086	Sinequias anteriores o posteriores	Las sinequias son adherencias entre la córnea y el iris (anterior) o entre el iris y la cápsula del cristalino (posterior). Para efectos de la calificación se asignará índice de lesión en aquellas sinequias no susceptibles de tratamiento o que a pesar de este no se corrigen y que además producen complicaciones permanentes como hipertensión ocular, glaucoma, discoria o seclusión pupilar.	
	a) Unilateral	Sinequias anteriores o posteriores unilaterales	3
	b) Bilateral	Sinequias anteriores o posteriores bilaterales	6

**Referencia:**

Clínica Universidad de Navarra. (s.f.). Sinéquia posterior. En Diccionario médico. Recuperado de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/sinequia-posterior>

## NERVIOS SENSITIVOS

*Tabla 250 Criterios numeral 6-096*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
6-096	Parálisis del V. Par, alteraciones tróficas, síndrome neuro-paralítico (adicional a la perturbación visual):	Para efectos de la calificación con este numeral, se tendrá en cuenta únicamente las secuelas generadas por el compromiso patológico de la rama oftálmica del V par craneal, entre las cuales se pueden contemplar aquellas relacionadas con la córnea como úlceras, defectos epiteliales, leucomas, neovascularización hasta la perforación corneal.  Ante la presencia de secuelas relacionadas con patologías de las otras dos ramas del trigémino, se calificarán con base en los criterios definidos en el numeral 4-045.	
	a) Unilateral	Parálisis del V. Par, alteraciones tróficas, síndrome neuro-paralítico unilateral	10
	b) Bilateral	Parálisis del V. Par, alteraciones tróficas, síndrome neuro-paralítico bilateral	15

**Referencia:**

Epprecht, P., Novas, E., & Mas, S. (s.f.). Semiología, exploración y patología del nervio facial. En Libro virtual de formación en ORL (Capítulo 39). Hospital Universitario Son Dureta de Palma de Mallorca. <https://seorl.net/PDF/Otologia/039%20-%20SEMIOLOG%C3%8DA,%20EXPLORACI%C3%93N%20Y%20PATOLOG%C3%8DA%20DEL%20NERVIO%20FACIAL.pdf>

*Tabla 251 Criterios numeral 6-097*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
6-097	Alteraciones vasculares de la órbita:	Las patologías vasculares de la órbita son malformaciones o tumores vasculares que afectan arterias, venas y vasos linfáticos y/o	

		<p>capilares orbitarios. Incluyen hemangioma, malformaciones arteriovenosas, linfangiomas y fistulas carotideocavernosas.</p> <p>Para efectos de la calificación se asignará índice de lesión en aquellas alteraciones vasculares de la órbita que sean refractarias al tratamiento médico, quirúrgico o intervencionista, con persistencia de síntomas severos como proptosis marcada con queratopatía por exposición severa o pérdida visual secundaria a neuropatía óptica compresiva.</p> <p>Cuando se califique este numeral, no se contemplará la asignación de índices de lesión adicionales cuando se presenté disminución de la agudeza visual secundaria a estas condiciones.</p>	
	a) Unilateral	Alteraciones vasculares de la órbita unilateral.	14
	b) Bilateral	Alteraciones vasculares de la órbita bilateral.	19

**Referencia:**

Teplisky, D., Szhafir, I., Mansilla, M. C., Torres, N., Tellería, R., Affranchino, N., & Sierre, S. (2023). Actualización en anomalías vasculares de la órbita en pediatría: diagnóstico por imágenes y tratamiento. Archivos Argentinos de Pediatría, 121(2), e202202692. <https://doi.org/10.5546/aap.2022-02692>

*Tabla 252 Criterios numeral 6-098*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
6-098	Exoftalmia o enoftalmias irreversibles:	<p>Exoftalmos se refiere a protrusión anormal del globo ocular y enoftalmos al desplazamiento posterior del globo ocular hacia la órbita.</p> <p>Dependiendo de la causa subyacente, puede presentarse con otros síntomas sistémicos y afectar la visión si se produce compresión del nervio óptico.</p> <p>Para efectos de la calificación se asignarán índices de lesión cuando estas condiciones sean irreversibles, no se controlen con el tratamiento y presenten complicaciones asociadas como la queratopatía por exposición, compresión del nervio óptico o limitación de los movimientos extraoculares.</p> <p>Cuando se califique la enfermedad de base o causal de esta condición mediante otro numeral no se asignará adicionalmente este numeral.</p>	
	a) Unilateral	Exoftalmía o enoftalmias irreversibles unilateral	6
	b) Bilateral	Exoftalmía o enoftalmias irreversibles bilateral	14

**Referencia:**

- Butt, S., & Patel, B. C. (2022). Exoftalmos: Evaluación y manejo: Rol del equipo interdisciplinario. National Library of Medicine. Publicado el 27 de junio de 2022. Consultado el 29 de noviembre de 2022.
- <https://www.intramed.net/content/102454>

## ANEXOS DEL OJO – PÁRPADOS

*Tabla 253 Criterios numeral 6-108*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s) restricción /anquilosis	Índice Lesión
6-108	Entropión Ectropión (comprendida la triquiasis y lagrimeo):	- la y - Para fines de calificación únicamente se considerarán aquellas condiciones persistentes pese al tratamiento quirúrgico, con complicaciones asociadas tales como defectos epiteliales corneales persistentes, ulceración, neovascularización y/o perforación.  No se considerarán en este numeral las distriquiasis sin malposición palpebral.	
	a) En un ojo	Entropión - Ectropión (comprendida la triquiasis y lagrimeo) en un ojo.	7
	b) En ambos ojos	Entropión - Ectropión (comprendida la triquiasis y lagrimeo) en ambos ojo.	13

**Referencias:**

- Clínica Universidad de Navarra. (s. f.). Entropión. Diccionario médico. Recuperado el 6 de noviembre de 2024, de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/entropion>
- <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/entropion>
- <https://www.oftalvist.es/blog/entropion-ocular>
- Clínica Universidad de Navarra. (s. f.). Ectropión. Diccionario médico. Recuperado el 6 de noviembre de 2024, de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/ectropion>
- Clínica Universidad de Navarra. (s. f.). Triquiasis. Diccionario médico. Recuperado el 6 de noviembre de 2024, de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/triquiasis>

*Tabla 254 Criterios numeral 6-109*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s) restricción /anquilosis	Índice Lesión
6-109	Bridas o cicatrices conjuntivales (incluyendo el semi-blefaron), según su importancia:	Para fines del presente numeral, entiéndase "semi-blefaron" como Simbléfaron, que es el término semiológico adecuado y corresponde a una adherencia o brida anormal entre la conjuntiva palpebral (tarsal) y bulbar (ocular).  Se calificarán con este numeral las cicatrices conjuntivales que hagan parte del espectro clínico de enfermedades inflamatorias crónicas de la superficie ocular, conocidas como conjuntivitis cicatriciales, originadas en enfermedades autoinmunes como penfigoide ocular cicatricial, síndrome de Stevens-Johnson, síndrome de Sjögren, sarcoidosis o rosácea, así como las cicatrices originadas en infecciones (tracoma), trauma químico, medicamentos, enfermedad paraneoplásica, enfermedad de injerto contra huésped, etc.	

		<p>Para efectos de calificación, se les asignará índice de lesión a las conjuntivitis cicatriciales avanzadas con secuelas crónicas, refractarias al tratamiento médico o quirúrgico ocular y que presenten secuelas crónicas relacionadas como pérdida de la visión, restricción de movimientos oculares, diplopía y/o restricción del movimiento de los párpados.</p> <p>En caso de la coexistencia de secuelas oculares y en otros órganos y/o sistemas de una patología de base sistémica, se asignará el numeral de esta patología, sin asignar numerales adicionales por las complicaciones asociadas.</p>	
	a) Unilateral	Bridas o cicatrices conjuntivales (incluyendo el simbléfaron) según su importancia unilateral.	4
	b) Bilateral	Bridas o cicatrices conjuntivales (incluyendo el simbléfaron) según su importancia bilateral.	6

**Referencia:**

Oftalvist. (s. f.). ¿Qué ocurre cuando tienes una cicatriz en la córnea?. Recuperado el 6 de noviembre de 2024, de <https://www.oftalvist.es/blog/cicatriz-ojo#:~:text=Una%20de%20las%20lesiones%20m%C3%A1s,de%20c%C3%A9lulas%20en%20esta%20zona>

*Tabla 255 Criterios numeral 6-110*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s) restricción /anquilosis	Índice Lesión
6 -110	Ptosis palpebral:	<p>La ptosis palpebral (blefaroptosis), corresponde al desplazamiento inferior (caída) del párpado superior.</p> <p>Se asignará este numeral cuando no sea susceptible al tratamiento o haya una ptosis residual postquirúrgica que comprometa los 15° de visión central, hallazgo que debe corroborarse con el resultado de una campimetría 30-2.</p>	
	a) En un ojo	Ptosis palpebral en un ojo	7
	b) En ambos ojos	Ptosis palpebral en ambos ojos	15

**Referencia:**

Castroviejo-Bolívar, María. (2008). Ptosis palpebral: Tipos, exploración y tratamiento quirúrgico. Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología, 83(2), 143-144. Recuperado en 06 de noviembre de 2024, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-66912008000200017&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-66912008000200017&lng=es&tlng=es).

*Tabla 256 Criterios numeral 6-111*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s) restricción /anquilosis	Índice Lesión
6-111	Blefaroespasmó con	El blefaroespasmó es una distonía focal	

	lesión orgánica:	caracterizada por presentación de contracciones involuntarias y sostenidas de los músculos orbiculares de los párpados, provocando dificultad para mantener los ojos abiertos. Cuando está asociado con lesión orgánica, como daño cerebral o trastornos degenerativos, puede ser más resistente al tratamiento y tener un mayor impacto funcional. Se le asignará índice de lesión cuando la condición es crónica, altera la funcionalidad (imposibilidad de realizar actividades básicas como leer, escribir, trabajar o conducir) y es refractaria al tratamiento (persistencia de los síntomas a pesar de tratamientos estándar, como inyecciones de toxina botulínica o intervenciones quirúrgicas).	
	a) Unilateral	Blefaroespasma con lesión orgánica unilateral.	7
	b) Bilateral	Blefaroespasma con lesión orgánica bilateral.	12

**Referencia:**

National Eye Institute. (s. f.). Blefaroespasma. Recuperado el 6 de noviembre de 2024, de <https://www.nei.nih.gov/espanol/aprenda-sobre-la-salud-ocular/enfermedades-y-afecciones-de-los-ojos/blefaroespasma>

## VÍAS LAGRIMALES

*Tabla 257 Criterios numeral 6-121*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s) restricción / anquilosis	Índice Lesión
6-121	Lagrimeo moderado (epífora):	Para la aplicación de este numeral, se tomará en cuenta únicamente el lagrimeo relacionado con la obstrucción de las vías lagrimales (epífora). El lagrimeo irritativo, se considerará en el numeral 6-108.  Esta condición se caracteriza por la acumulación excesiva de lágrimas, que rebasa el margen palpebral inferior y se derrama hacia la mejilla, en uno o en ambos ojos, de manera continua o intermitente, por un drenaje inadecuado de las mismas.  Para efectos de asignación de este numeral, el lagrimeo deberá ser constante y persistente a pesar del tratamiento médico y/o quirúrgico (dacriocistorrinostomía).	
	a) En un ojo	Lagrimeo moderado (epífora) en un ojo.	2
	b) En ambos ojos	Lagrimeo moderado (epífora) ambos ojos.	5

**Referencia:**

Díez-Montero, C., Marqués-Fernández, V., de Las Heras-Florez, P., & Galindo-Ferreiro, A. (2021). Abordaje del paciente con patología de la vía lagrimal: indicaciones quirúrgicas. *Revista ORL*, 12(2), 1-20. <https://doi.org/10.14201/orl.24145>

*Tabla 258 Criterios numeral 6-122*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s) restricción / anquilosis	Índice Lesión
6-122	Lagrimo severo por dacriocistitis incurable (Con o sin extirpación del saco)	<p>Para efectos del presente numeral se entenderá "dacriocistitis" como dacriocistitis. La dacriocistitis es una inflamación o infección del saco lagrimal que ocurre cuando el conducto nasolagrimal se obstruye, lo que permite la acumulación de lágrimas y dilatación del saco lagrimal, con posterior sobreinfección. Los síntomas comunes incluyen lagrimeo excesivo (epífora), dolor, hinchazón, enrojecimiento en la región del canto medial del ojo y secreción mucopurulenta.</p> <p>Se califica cuando se documenta <b>dacriocistitis crónica</b> que condiciona lagrimeo permanente, inclusive con la extirpación del saco lagrimal (dacriocistectomía) o con la dacriocistorrinostomía.</p>	
	a) Monocular	Lagrimo severo por dacriocistitis incurable (Con o sin extirpación del saco) monocular.	7
	b) Bilateral	Lagrimo severo por dacriocistitis incurable (Con o sin extirpación del saco) bilateral	10

**Referencia:**

Díez-Montero, C., Marqués-Fernández, V., de Las Heras-Florez, P., & Galindo-Ferreiro, A. (2021). Abordaje del paciente con patología de la vía lagrimal: indicaciones quirúrgicas. *Revista ORL*, 12(2), 1-20. <https://doi.org/10.14201/orl.24145>

*Tabla 259 Criterios numeral 6-123*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s) restricción / anquilosis	Índice Lesión
6-123	Fístulas Lagrimales:	<p>La fístula lagrimal es una condición en la cual se forma un trayecto anómalo que conecta el saco lagrimal o el conducto nasolacrimal con la superficie de la piel, permitiendo que el contenido lagrimal drene de manera no habitual hacia el exterior.</p> <p>Para efectos de la calificación se considerará la <b>fístula lagrimal crónica y sintomática</b>, persistente tras corrección quirúrgica (incluyendo dacriocistorrinostomía con fistulectomía) y con respuesta incompleta o nula al tratamiento.</p>	
	a) En un ojo	Fístulas Lagrimales en un ojo.	7
	b) En ambos ojos	Fístulas Lagrimales en ambos ojos.	10

**Referencia:**

Rodríguez Méndez, V. (2017). Eficacia de la aplicación de Mitomicina-C intraoperatoria en la dacriocistorrinostomía transcanalicular láser (Tesis doctoral). Universidad del País Vasco.

## GRUPO 7

### APARATO RESPIRATORIO

#### 7.1 Alcance

Se presentan en este grupo los criterios para valoración y asignación de índices de las diferentes enfermedades y afecciones respiratorias que interfieren con el ingreso del aire, el intercambio de gases entre el aire y la sangre, diferenciadas por secciones, sus tipos y características básicas.

#### 7.2 Definiciones

La valoración del sistema respiratorio se basa principalmente en la objetivación de la función y capacidad respiratoria, es por esto por lo que es tan importante la aplicación de exámenes complementarios para su evaluación, por lo que se relacionan los exámenes y/o parámetros a tener en cuenta.

**Espirometría:** es la principal prueba de función pulmonar, que mide los flujos pulmonares en función del tiempo, y es considerada la prueba estándar para el diagnóstico de enfermedades respiratorias, sobre todo aquellas de perfil obstructivo y/o restrictivo y tiene un valor fundamental en la monitorización y seguimiento de éstas. Los valores deben ser obtenidos posterior a la broncodilatación (postbroncodilatador)

#### Referencias:

- [ALAT. La espirometría en América Latina. Experiencia ALAT. Disponible en: https://alatorax.org/es/novedades/la-espirometria-en-america-latina-experiencia-alat](https://alatorax.org/es/novedades/la-espirometria-en-america-latina-experiencia-alat)
- [Interpretación espirometría FVC Valores normales | Neumofisio.](#)

Los parámetros que se obtienen de la Espirometría son:

- **CAPACIDAD VITAL FORZADA (FVC o CVF):** es el máximo volumen de aire espirado, con el máximo esfuerzo posible, partiendo de una inspiración máxima. Se expresa como volumen (en ml) y se considera normal cuando es mayor del 80% de su valor predicho. No debe confundirse con la capacidad vital “lenta” (VC o SVC), dado que ésta se obtiene con una respiración “lenta” o “relajada”, no forzada.
- **VOLUMEN ESPIRADO MÁXIMO EN EL PRIMER SEGUNDO DE LA ESPIRACIÓN FORZADA (FEV1 o VEF1):** es el volumen de aire que se expulsa durante el primer segundo de la espiración forzada. Se expresa como volumen (en ml). Se considera normal si es mayor del 80% de su valor predicho.
- **RELACIÓN FEV1/FVC:** expresada como relación, indica la proporción de la FVC que se expulsa durante el primer segundo de la maniobra de espiración forzada. Es el parámetro más importante para valorar si existe una obstrucción, y en condiciones normales ha de ser mayor del 0.7, o del 70%.

Es así como esta prueba permite determinar:

- Trastorno pulmonar restrictivo secundario a fibrosis, neumonitis, enfermedades pleurales, afectaciones de la pared torácica como cifoescoliosis, o enfermedades musculares y enfermedades neurológicas como esclerosis y miastenia gravis. Afectación principal del CVF la cual se encuentra por debajo de los valores normales.
- Trastornos pulmonares obstructivos secundarios, como Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Asma, bronquitis crónica, enfisema, bronquiolitis obliterante, bronquiectasias.

**Pletismografía:** Prueba que permite medir los volúmenes de aire que los pulmones no pueden movilizar, como el volumen residual (RV), Capacidad pulmonar Total (TLC), Capacidad residual funcional (FRC), para evaluar trastornos restrictivo-pulmonares. El rango de la normalidad de la CPT es de  $\pm 20\%$  del valor de referencia, mientras que el del VR/CPT depende en gran medida de la edad: en las personas jóvenes es de  $\pm 35\%$  del valor de referencia, disminuye con la edad y en las personas de edad avanzada (~70 años) es de  $\pm 25\%$  del valor de referencia. El límite superior de la normalidad de la resistencia de las vías respiratorias en adultos se ha fijado en 0,3 kPa/l s.

Recuperado de: <https://empendium.com/manualmibe/tratado/chapter/B76.II.B.5.3>.

Sociedad española de Neumología se debe buscar referencia <https://www.separ.es> Manual SEPAR de procedimientos

**Difusión de monóxido de carbono (DLco):** Es una prueba funcional respiratoria que se usa para evaluar la transferencia del monóxido de carbono para medir la transferencia de oxígeno desde el espacio alveolar hasta la hemoglobina de los eritrocitos contenidos en los capilares pulmonares. Es la principal prueba para la evaluación del intercambio de gases a nivel pulmonar.

**Referencias:**

- [Difusión de monóxido de carbono | Revista Colombiana de Neumología](#)
- [Prueba de difusión pulmonar de monóxido de carbono con técnica de una sola respiración \(DLCOsb\). Recomendaciones y procedimiento.](#)
- [Sociedad española de Neumología se debe buscar referencia <https://www.separ.es>](#)

**Volumen máximo de oxígeno (Vo2 Máx):** Es la cantidad máxima de oxígeno que una persona puede absorber, transportar y consumir en un tiempo determinado. Se expresa en mililitros de oxígeno por kilogramo de peso corporal por minuto.

**Broncodilatadores LAMA/LABA:** Medicamentos inhalados que provocan dilatación de los bronquios; LABA: beta-2 adrenérgicos de larga duración; LAMA: antimuscarínicos o anticolinérgicos de larga duración;

**ICS:** corticoesteroides inhalados.

**Disnea Persistente en el tiempo:** sintomatología que se define como la sensación subjetiva de falta de aire o dificultad para respirar que se puede clasificar según la escala de disnea modificada del Medical Research Council (mMRC) según el grado de disnea sentido por el paciente.



Esta escala se especifica en cinco niveles que van desde cero, que indica ausencia de disnea, hasta cuatro, que representa una disnea severa que limita las actividades diarias.

*Tabla 260 Escala de disnea mMRC (modified Medical Research Council) - Empendium*

Grado	Características
0	Sólo me falta el aire con el ejercicio intenso
1	Siento falta de aire cuando camino rápido en terreno llano o al subir una ligera pendiente
2	Camino más lento que las personas de mí misma edad en terreno llano debido a la falta de aire, o tengo que detenerme para recuperar el aliento cuando camino a mi propio ritmo en terreno llano
3	Me detengo para recuperar el aliento después de caminar aproximadamente 100 metros o tras unos pocos minutos en terreno llano
4	Me falta mucho el aire incluso para salir de casa o siento falta de aire incluso al vestirme o desvestirme
<b>Referencia:</b> Adaptada Grupo de expertos Universidad Nación de Colombia, FFMM y Policía. Recuperado de <a href="https://empendium.com/manualmibe/compendio/table/034_3820">https://empendium.com/manualmibe/compendio/table/034_3820</a>	

**Caminata de 6 minutos:** es la distancia recorrida en terreno plano, durante 6 minutos, que permite determinar la capacidad máxima de ejercicio, estos valores constituyen un marcador de gravedad independientemente del VEF1, y permite una interpretación rápida de la evolución de la enfermedad.

Sociedad española de Neumología se debe buscar referencia <https://www.separ.es> Ministerio de salud de Colombia, convenio 2015, Minsalud.gov.co

**Exacerbaciones:** empeoramiento repentino y agudo de los síntomas de una enfermedad.  
**Guía GOLD:** Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD, es un consenso internacional que establece estándares y recomendaciones para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la EPOC

**Referencia:** Novedades GOLD 2024 | Guías de Práctica Clínica | Respiratorio en la Red | Live-Med (livemed.in)

### 7.3 Principios de evaluación

Los siguientes son los principios para la calificación de las diferentes entidades nosológicas, consideradas en cada una de las secciones.

- a) Las consecuencias o afecciones que generen las enfermedades respiratorias en otros órganos o sistemas deberán ser evaluadas en el grupo de entidades nosológicas correspondientes.
- b) Se debe considerar para su evaluación que su diagnóstico se encuentre confirmado y documentado en la historia clínica con hallazgos clínicos y paraclínicos, en donde se evidencie la evolución y tratamiento durante el tiempo en servicio activo, verificando la respuesta al tratamiento, la duración, persistencia y características de los síntomas.
- c) Se eligen los **grados de calificación** según los criterios asignados y establecidos en cada uno de los numerales.
- d) Las pruebas de función pulmonar se tomarán en los períodos inter críticos.
- e) No se podrá efectuar la valoración para establecer la secuela durante un episodio agudo (de exacerbación de los síntomas), sólo hasta después que la condición sea



observada sin crisis, durante un tiempo de acuerdo con cada entidad nosológica, y cuya evidencia se encuentre documentada en la historia clínica.

- f) El síndrome de apnea e hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS) se califica de acuerdo con las complicaciones que se deriven del mismo en la respectiva entidad nosológica comprometida.

## BRONQUIOS

Tabla 261 Criterios numeral 7-001

Numeral	Entidad nosológica	Criterio	Índice lesión
7-001	Lesiones o afecciones bronquiales crónicas con repercusión en la función respiratoria.	Comprenden un grupo de enfermedades que afectan los bronquios los cuales se inflaman y/o se cicatrizan, causando trastornos obstructivos crónicos (definidos como una relación VEF1/CVF menor de 0.7 postbroncodilatación), con síntomas respiratorios persistentes por un periodo de observación de 2 meses <sup>1</sup> y la escala de disnea Medical Research Council – mMRC (ver Tabla 1 definiciones). Este numeral incluye enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), bronquiectasias, asma no alérgica, bronquiolitis obliterante, fibrosis quística con compromiso pulmonar, entre otras. Aquellas afecciones del parénquima a nivel pulmonar deben ser contempladas en los numerales 7-029 y 7-030	
	a) Grado mínimo	Paciente con persistencia de síntomas dado por la escala de disnea Medical Research Council mMRC grado 1 a pesar del uso adecuado de inhaloterapia de larga acción LAMA/LABA o LAMA/LABA/ICS (si está indicado), con VEF1 mayor al 50% y menor al 80%.	4
	b) Grado medio	Paciente con persistencia de síntomas dado por mMRC grado 2 a pesar del uso adecuado de inhaloterapia de larga acción LAMA/LABA o LAMA/LABA/ICS (si está indicado), con una VEF1 mayor al 30% hasta el 50%, con o sin requerimiento de oxígeno suplementario.	7
	c) Grado máximo	Paciente con persistencia de síntomas dado por mMRC grado 3 ó 4 a pesar del uso adecuado de inhaloterapia de larga acción LAMA/LABA o LAMA/LABA/ICS (si está indicado) con requerimiento de oxígeno suplementario permanente, con VEF1 igual o menor al 30%.	10

**Referencias:**

- [La Carga de las Enfermedades Respiratorias Crónicas - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#)
- [Novedades GOLD 2024 | Guías de Práctica Clínica | Respiratorio en la Red | Live-Med \(livemed.in\)](#)

Tabla 262 Criterios numeral 7-002

Numeral	Entidad nosológica	Criterio	Índice lesión
7-002	Lesiones o afecciones bronquiales crónicas, con repercusión en	En este numeral se calificarán hipertensiones pulmonares de cualquier causa, asignándose índice de lesión cuando, a pesar de manejo médico óptimo - incluido diuréticos- por al menos 2 meses, con disnea clase funcional NYHA II o mMRC entre 1 y 2, asociada a	9

<sup>1</sup> Consenso de expertos UNAL, FFMM y Policía

	las funciones respiratoria y circulatoria	ecocardiograma con reporte de presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP) entre 30 y 60mmHg, que no requiere de oxígeno suplementario.  En los casos que no cumplan los criterios descritos en el presente numeral por la gravedad, las secuelas se calificarán con el numeral 5-034	
--	---	--	--

**Referencias:**

- [Aguirre Franco CE, Torres-Duque CA. Hipertensión pulmonar en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. rev. colomb. neumol. \[Internet\]. 1 de junio de 2010 \[citado 7 de noviembre de 2024\];22\(2\):42-57. Disponible en: <https://revistas.asoneumocito.org/index.php/rcneumologia/article/view/653>](#)
- [Barbero, M. A. N. \(2009\). EPOC e hipertensión pulmonar. Archivos de Bronconeumología, 45\(SUPPL.5\), 24-30. \[https://doi.org/10.1016/S0300-2896\\(09\\)72860-1\]\(https://doi.org/10.1016/S0300-2896\(09\)72860-1\)](#)
- MSD. Hipertensión pulmonar | Tu Salud - MSD España. Disponible en: <https://www.msd.es/stories/hipertension-pulmonar/#:~:text=Grupo%201%3A%20Hipertensi%C3%B3n%20arterial%20pulmonar,otras%20obstrucciones%20de%20arterias%20pulmonares.>
- [Guías para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar, documento de consenso, asociación colombiana de neumología y cirugía de tórax](#)

## PULMONES

Si la lesión pleural se asocia a cáncer, o a otras patologías, se revisa por el capítulo respectivo, solo se revisará con el presente numeral si su causa es con ocasión a enfermedad respiratoria.

*Tabla 263 Criterios numeral 7-012*

Numeral	Entidad nosológica	Criterio	Índice lesión
7-012	Pleurodinia crónica con disminución de la capacidad funcional respiratoria:	Afectación que provoca dolor pleurítico permanente, generando trastorno respiratorio.	
	a) Grado medio	Síntomas controlados parcialmente con tratamiento permanente para el dolor, con resultado de pletismografía de TLC entre el 50 y el 59%	5
	b) Grado máximo	Se evidencia que los síntomas son refractarios al tratamiento permanente para el dolor, con resultado de pletismografía de TLC menor al 50%	9

**Referencias:**

- [Brenda, T. \(2023\). Pleurodinia epidémica. Manual MSD versión para profesionales: Manual MSD. Retrieved from <https://www.msdmanuals.com/es/professional/enfermedades-infecciosas/enterovirus/pleurodinia-epidémica>](#)
- [Pleurodynia: What Is It, Causes, Symptoms | Osmosis.](#)
- [Sociedad española de Neumoogía se debe buscar referencia <https://www.separ.es> Manual SEPAR de procedimientos](#)

*Tabla 264 Criterios numeral 7-013*

Numeral	Entidad nosológica	Criterio	Índice lesión
---------	--------------------	----------	---------------

7-013	Lesiones o afecciones de la pleura con disminución de la función respiratoria con o sin deformación del tórax:	Patologías que afectan la respiración secundaria a lesiones o afectaciones pleurales que generen trastornos restrictivos de la respiración.	
	a) Grado mínimo	Paciente con persistencia de síntomas dado por mMRC grado 2 y pletismografía TLC superior al 50 y hasta el 60%	10
	b) Grado medio	Paciente con persistencia de síntomas dado por mMRC grado 3 y pletismografía TLC entre el 50 y 35%	15
	c) Grado máximo	Paciente con persistencia de síntomas dado por mMRC grado 4 y pletismografía TLC menor a 35%	19

**Referencias:**

- Guerrero-Zúñiga, Selene, Vázquez-García, Juan Carlos, Gochicoa-Rangel, Laura, Cid-Juárez, Silvia, Benítez-Pérez, Rosaura, del-Río-Hidalgo, Rodrigo, & Torre-Bouscoulet, Luis. (2016). Pletismografía corporal: recomendaciones y procedimiento. *Neumología y cirugía de tórax*, 75(4), 296-307. Recuperado en 07 de noviembre de 2024, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0028-37462016000400296&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0028-37462016000400296&lng=es&tlng=es).
- National Heart, Lung and Blood Institute. Trastornos pleurales - ¿Qué son los trastornos pleurales? | NHLBI, NIH. Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/trastornos-pleurales>.
- Pulmonology Articles (Diagnosis, Lung Function Testing, Treatment, Prognosis, Follow-up) - Medscape Reference
- Pletismografía corporal: recomendaciones y procedimiento
- Sociedad española de Neumología se debe buscar referencia <https://www.separ.es> Manual SEPAR de procedimientos

## PARENQUIMA PULMONAR

*Tabla 265 Criterios numeral 7-023*

Numeral	Entidad nosológica	Criterio	Índice lesión
7-023	Neumectomía derecha o izquierda con alteración funcional del otro pulmón:	La neumonectomía consiste en la resección de la totalidad de uno de los pulmones, independientemente de las causas. Se deberá asignar índice una vez finalice proceso de rehabilitación pulmonar, documentándose la alteración de la función pulmonar.	
	a) Grado mínimo	Paciente con persistencia de síntomas dado por mMRC grado 2 con CVF o TLC mayor o igual del 50%	15
	b) Grado medio	Paciente con persistencia de síntomas dado por mMRC grado 3 con CVF o TLC entre 35 y menos del 50%	18
	c) Grado máximo	Paciente con persistencia de síntomas dado por mMRC grado 4 con CVF o TLC menor al 35%	21

*Tabla 266 Criterios numeral 7-024*

Numeral	Entidad nosológica	Criterio	Índice lesión
7-024	Neumectomía derecha o izquierda con integridad funcional del otro pulmón	La neumonectomía con integridad funcional del otro pulmón, es la condición en la cual, a pesar de la resección de la totalidad de uno de los pulmones, independientemente de la causa, y una vez finalizado el proceso de rehabilitación pulmonar, se documenta alteración en la capacidad pulmonar forzada (CVF) mayor al 60% y mMRC grado 1 o 2	12

**Referencias:**

- Adiego, S y García, R. (2010). Cirugía en patología pulmonar no tumoral (XVI/10). Monografías NEUMOMADRID VOLUMEN XVI / 2010. Disponible en:
- Johns Hopkins Medicine. Pneumonectomy | Johns Hopkins Medicine. Disponible en: <https://www.hopkinsmedicine.org/health/treatment-tests-and-therapies/pneumonectomy>.
- Subirana-Ferrés, C, Déniz Armangol, C, Romero Navarrete, N; Díaz-Martos, I, Rivas Doyague, F, Adamuz Tomás, J. Incidencia de complicaciones y factores de riesgo asociados en pacientes intervenidos de neumonectomía. Metas de enfermería, Vol. 24, Nº. 5, 2021, págs. 49-56.
- Capacidad de adaptación anatómica y fisiológica del cuerpo humano a una neumonectomía

*Tabla 267 Criterios numeral 7-025*

Numeral	Entidad nosológica	Criterio	Índice lesión
7-025	Lobectomía de los lóbulos derechos con alteración funcional del lóbulo restante y del otro pulmón:	La lobectomía de los lóbulos derechos (2 de 3) con alteración funcional del lóbulo restante y del otro pulmón, independientemente de la causa, y una vez finalizado el proceso de rehabilitación pulmonar se documentará alteración en la capacidad pulmonar forzada (CVF) o TLC y	

		mMRC.	
	a) Grado mínimo	Paciente con persistencia de síntomas dado por mMRC grado 2 con CVF o TLC mayor o igual al 50%	10
	b) Grado medio	Paciente con persistencia de síntomas dado por mMRC grado 3 con CVF o TLC entre 35 y menos del 50%	15
	c) Grado máximo	Paciente con persistencia de síntomas dado por mMRC grado 4 con CVF o TLC menor al 35%	21

*Tabla 268 Criterios numeral 7-026*

<b>Numeral</b>	<b>Entidad nosológica</b>	<b>Criterio</b>	<b>Índice lesión</b>
7-026	Lobectomía de dos lóbulos pulmonares derechos sin alteración funcional del lóbulo restante y del otro pulmón.	Lobectomía de dos lóbulos pulmonares derechos sin alteración funcional del lóbulo restante y del otro pulmón, independientemente de la causa, y una vez finalizado el proceso de rehabilitación pulmonar se documenta alteración en la capacidad pulmonar forzada (CVF) o TLC mayor al 60% y mMRC grado 1 o 2.	10

*Tabla 269 Criterios numeral 7-027*

<b>Numeral</b>	<b>Entidad nosológica</b>	<b>Criterio</b>	<b>Índice lesión</b>
7-027	Lobectomía de uno de los lóbulos pulmonares con alteración funcional del resto del parénquima:	Lobectomía de uno de los lóbulos pulmonares con alteración funcional del resto del parénquima, incluyendo el pulmón contralateral, independientemente de la causa, y una vez finalizado el proceso de rehabilitación pulmonar se documentará alteración en la capacidad pulmonar forzada (CVF) o TLC y mMRC.	
	a) Grado mínimo	Paciente con persistencia de síntomas dado por mMRC grado 2 con CVF o TLC mayor o igual al 50%	9
	b) Grado medio	Paciente con persistencia de síntomas dado por mMRC grado 3 con CVF o TLC entre 35 y menos del 50%	14
	c) Grado máximo	Paciente con persistencia de síntomas dado por mMRC grado 4 con CVF o TLC menor al 35%	21

*Tabla 270 Criterios numeral 7-028*

Numeral	Entidad nosológica	Criterio	Índice lesión
7-028	Lobectomía de uno de los lóbulos pulmonares con integridad funcional del parénquima restante.	Lobectomía de uno de los lóbulos pulmonares con integridad funcional del parénquima restante independientemente de la causa, y una vez finalizado el proceso de rehabilitación pulmonar se documenta alteración en la capacidad pulmonar forzada (CVF) o TLC mayor al 60% y mMRC grado 1 o 2.	5

*Tabla 271 Criterios numeral 7-029*

Numeral	Entidad nosológica	Criterio	Índice lesión
7-029	Lesiones o afecciones del parénquima pulmonar bilateral con alteraciones funcionales.	Se considera como los trastornos que afectan el <b>espacio intersticial</b> de los pulmones entre ellos los alvéolos y los espacios que rodean los vasos sanguíneos y las vías respiratorias de pequeño calibre. Estas enfermedades tienen como consecuencia un acúmulo anómalo de células inflamatorias en el tejido pulmonar, que causan dificultad respiratoria y tos, afectando los dos pulmones.	
	a) Grado mínimo	Se asigna índice de lesión si se evidencia en el paciente persistencia de síntomas dado por mMRC grado 2 con DLco (difusión o transferencia de monóxido de carbono) entre 55 y 64%.	9
	b) Grado medio	Se asigna índice de lesión si se evidencia en el paciente persistencia de síntomas dado por mMRC grado 3 con DLco (difusión o transferencia de monóxido de carbono) entre 45 y 54%.	14
	c) Grado máximo	Se asigna índice de lesión si se evidencia en el paciente persistencia de síntomas dado por mMRC grado 4 con DLco (difusión o transferencia de monóxido de carbono) menor al 45%.	21

*Tabla 272 Criterios numeral 7-030*

Numeral	Entidad nosológica	Criterio	Índice lesión
7-030	Lesiones o afecciones del parénquima de un pulmón, con	Se considera como las lesiones o afecciones del parénquima de un pulmón e integridad funcional del otro, es decir	

alteraciones funcionales de éste e integridad funcional del otro:	presenta trastornos que afectan el <b>espacio intersticial</b> de un pulmón entre ellos los alvéolos y los espacios que rodean los vasos sanguíneos y las vías respiratorias de pequeño calibre.	
a) Grado mínimo	Se asigna índice de lesión si se evidencia en el paciente persistencia de síntomas dado por mMRC grado 1 con DLco (difusión o transferencia de monóxido de carbono) entre 65 y menor al 70%.	4
b) Grado medio	Se asigna índice de lesión si se evidencia en el paciente persistencia de síntomas dado por mMRC grado 2 con DLco (difusión o transferencia de monóxido de carbono) entre 60 y menor al 65%.	7
c) Grado máximo	Se asigna índice de lesión si se evidencia en el paciente persistencia de síntomas dado por mMRC grado 3 con DLco (difusión o transferencia de monóxido de carbono) menor al 60%.	10

**Referencias:**

- [Basterrechea Davo, B \(2023\). Parénquima pulmonar: qué es y qué enfermedades le afectan. Disponible en: https://www.fundacionrenequinton.org/blog/parenquima-pulmonar-que-enfermedades-le-afectan/.](https://www.fundacionrenequinton.org/blog/parenquima-pulmonar-que-enfermedades-le-afectan/)
- [Joyce, L. E. E. \(2023\). Introducción a las enfermedades pulmonares intersticiales. Manual MSD versión para público general: Manual MSD. Retrieved from https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-del-pulmón-y-las-vías-respiratorias/enfermedades-pulmonares-intersticiales/introducción-a-las-enfermedades-pulmonares-intersticiales](https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-del-pulmón-y-las-vías-respiratorias/enfermedades-pulmonares-intersticiales/introducción-a-las-enfermedades-pulmonares-intersticiales)
- [Margallo Iribarneqaray, J., Churruca Arróspide, M., Matesanz López, C., & Pérez Rojo, R. \(2023\). Enfermedad pulmonar intersticial difusa \[Interstitial Lung Disease\]. \*Open respiratory archives\*, 5\(2\), 100248. https://doi.org/10.1016/j.opresp.2023.100248](https://doi.org/10.1016/j.opresp.2023.100248)
- [Villar Álvarez, F., Jareño Esteban, J., Álvarez-Sala, R. Patología respiratoria. Manual de procedimientos de diagnóstico y control. Neumo-Madrid. Disponible en: https://www.neumomadrid.org/wp-content/uploads/manual-procedimien](https://www.neumomadrid.org/wp-content/uploads/manual-procedimien)



## GRUPO 8

### APARATO DIGESTIVO

#### 7.1 Alcance

Se presenta en este grupo los criterios para valoración y asignación de índices de las diferentes enfermedades, anomalías, déficit anatómico y funcional del sistema digestivo.

#### 7.2 Definiciones

La valoración del aparato digestivo se basa principalmente en la capacidad de ingerir los alimentos, realizar el proceso de digestión, absorción de nutrientes y su eliminación, es por esto por lo que es tan importante la verificación del historial clínico con los signos y síntomas asociados y los exámenes complementarios necesarios para su evaluación, por lo que relacionamos:

**IMC: Índice de Masa Corporal** es el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la estatura en metros. El IMC es un método de para la categoría de peso: bajo peso, peso saludable, sobrepeso, y obesidad. Se considera saludable entre el 18.5 al 24.9, menor a 18.49 es considerado bajo peso, entre 25 a 29.99 sobre peso y > a 30 es considerado obesidad.

Recuperado de : [Acerca del índice de masa corporal para adultos | Peso saludable | DNPAO | CDC Tablas de IMC y Tablas de IMC Para la Edad, de niños\(as\) y adolescentes de 5 a 18 años de edad y Tablas de IMC para adultos\(as\) no embarazadas, no lactantes ≥ 19 años de edad, Revisado en enero de 2013](#)

**Disglosia:** es una dificultad de la producción oral debida a alteraciones anatómicas y/o fisiológicas de los órganos articulatorios y cuya causa es de origen periférico. Las causas que las motivan son los trastornos orgánicos que afecten a los órganos de la articulación como malformaciones craneoencefálicas, trastornos del crecimiento o anomalías adquiridas por lesiones (fisura palatina, parálisis, glossectomía, malformación, traumatismo etc.).

Referencia:

[Qué es la disglosia, cómo identificarla y su tratamiento - Clínica Fivasa](#)

**Endoscopia** Procedimiento en el que se introduce un endoscopio por la boca, a través de la garganta, el esófago, el estómago y el duodeno (primera parte del intestino delgado) para determinar si hay áreas anormales.

Referencia:

[Definición de endoscopia digestiva alta - Diccionario de cáncer del NCI - NCI](#)

**Video endoscopia de la deglución** (FEES: Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing): consiste en valorar de forma directa, mediante un nasofibroscopio flexible, la capacidad de deglución del paciente. Esta técnica consta de tres partes: valoración anatómica-funcional, test sensitivo y valoración deglución. En la valoración anatómica funcional destaca: movilidad lingual-simetría, competencia velopalatino, cierre velofaríngeo (valorar si reflujo nasal), configuración faríngea, epiglotis, laringe-cuerdas vocales (abducción-aducción).

Referencia:

[Disfagia orofaríngea. Algoritmo y técnicas diagnósticas. | RAPD Online | SAPD](#)

### 7.3 Principios de evaluación

Los siguientes son los principios para la calificación de las diferentes entidades nosológicas, consideradas en cada una de las secciones.

- a) Las consecuencias que generen las afecciones del aparato digestivo en otros órganos o sistemas deberán ser evaluadas en el grupo de entidades nosológicas correspondiente.
- b) Se debe considerar para su evaluación que su diagnóstico se encuentre confirmado y documentado en la historia clínica con hallazgos clínicos y paraclínicos, en donde se evidencie la evolución y tratamiento durante el tiempo en servicio activo, verificando la respuesta al tratamiento, la duración, persistencia y características de los síntomas.
- c) Se eligen los **grados de calificación** según los criterios asignados y establecidos en cada uno de los numerales.
- d) En todos los casos se deberán soportar con las evaluaciones contenidas en los criterios desde las juntas para la asignación del grado de incapacidad
- e) No se podrá efectuar calificación durante un episodio agudo (de crisis) sino sólo después de que la condición sea observada por lo menos durante mínimo seis meses, cuya evidencia se encuentre en la historia clínica, verificándose la adherencia adecuada al tratamiento.

## SECCIONES

### BOCA

*Tabla 273 Criterios numeral 8-001*

<b>Numeral</b>	<b>Entidad nosológica</b>	<b>Criterio</b>	<b>Índice lesión</b>
<u>8-001</u>	<u>Amputación total de la lengua</u>	<p>Amputación desde la raíz de la lengua, incluye la inserción en mandíbula con o sin compromiso de la inserción en el hioides, de cualquier etiología.</p> <p>Se asigna índice lesional cuando cumple el criterio anterior.</p>	<u>19</u>

**Referencia:**

[Cirugía de la Lengua | UI Health Glossectomías - ScienceDirect](#)

*Tabla 274 Criterios numeral 8-002*

<b>Numeral</b>	<b>Entidad nosológica</b>	<b>Criterio</b>	<b>Índice lesión</b>
<u>8-002</u>	Amputación parcial de la lengua con trastornos funcionales:	<p>La glossectomía parcial implica la extirpación de una porción de la lengua sin que sea total, puede ser hemiglossectomía (derecha o izquierda), glossectomía anterior o mixta.</p> <p>Para la asignación de índice lesional se deberá tener en cuenta, además de la extensión de la amputación, el compromiso funcional en la masticación, deglución y lenguaje</p>	
	a) Grado mínimo	Se asigna índice lesional a amputaciones de la lengua hasta al 33% o hasta una tercera parte, con inexactitudes y dificultades para articular palabras o imposibilidad para pronunciación de algunas unidades fonéticas, con o sin algún grado de alteración en la masticación y deglución.	6
	b) Grado medio	Se asigna índice lesional a amputaciones de la lengua superiores al 33% y hasta al 66%, o mayores a una tercera parte y hasta dos terceras partes y que presente alteración en la masticación, deglución y pronunciación.	11
	c) Grado máximo	Se asigna índice lesional a amputaciones de la lengua superiores al 66% o las dos terceras partes, sin que sea una glossectomía total y que presente alteración en la masticación, deglución y pronunciación.	16

**Referencia:** [11848Pglossectomy.pdf](#)

*Tabla 275 Criterios numeral 8-003*

<b>Numeral</b>	<b>Entidad nosológica</b>	<b>Criterio</b>	<b>Índice lesión</b>
<b>8-003</b>	Fístulas salivares, rebeldes al tratamiento:	Corresponde a la comunicación entre la glándula salival o el conducto parotídeo hacia la piel, debido a una lesión traumática del parénquima o del conducto de excreción y que no mejoran posterior a tratamiento, generando drenaje de saliva a través de dicho canal	
	a) Grado mínimo	Se asigna índice lesional a la fístula ductal (algunas glandulares) con mínima presencia de secreción externa que no tiene indicado otro procedimiento, sin alteración de la piel adyacente al orificio de drenaje.	4
	b) Grado medio	Se asigna índice lesional a la fístula que requirió manejo con radioterapia con resultado fallido, presentando secreción al exterior sin tener indicado resección quirúrgica de la glándula, con o sin alteración de la piel adyacente al orificio de drenaje.	7
	c) Grado máximo	Se asigna índice lesional a la fístula que tiene contraindicación quirúrgica, que genera lesiones en la piel adyacente (ulceradas, infecciones recurrentes) al orificio de drenaje, resistente al tratamiento médico indicado.	10

**Referencia:**

La saliva y los trastornos de las glándulas salivales | Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial

## FARINGE

*Tabla 276 Criterios numeral 8-013*

<b>Numeral</b>	<b>Entidad nosológica</b>	<b>Criterio</b>	<b>Índice lesión</b>
<b>8-013</b>	Lesiones o afecciones de la orofaringe que produzcan dificultad para la deglución:	Aquí se contempla toda enfermedad o lesión de la cavidad oral de la faringe que genere dificultad para la deglución de la fase orofaríngea, asociado a síntomas como disfonía, disfagia, regurgitación nasal o tos durante la ingesta, confirmada a través de video-cine-deglución.	
	a) Grado mínimo	Se asignará índice de lesión para aquella condición en donde presenta disfagia para alimentos sólidos, pero permite la ingestión de blandos y líquidos.	7
	b) Grado medio	Se asignará índice de lesión para <u>aquella condición en donde</u> presenta disfagia para alimentos blandos, pero permite la ingestión de líquidos	11
	c) Grado máximo	Se asignará índice de lesión para aquella condición en donde presenta afagia, requiriendo alimentación enteral por sonda o gastrostomía.	16

**Referencia:**

Disfagia orofaríngea. Algoritmo y técnicas diagnósticas. | RAPD Online | SAPD

## ESOFAGO

*Tabla 277 Criterios numeral 8-023*

<b>Numeral</b>	<b>Entidad nosológica</b>	<b>Criterio</b>	<b>Índice lesión</b>
<u>8-023</u>	Lesiones o afecciones del esófago que produzcan estenosis:	Consiste en el estrechamiento de la luz del esófago de cualquier origen, impidiendo el paso de los alimentos, generando disfagia, odinofagia o regurgitación, persistentes a pesar del tratamiento, diagnosticado por estudios endoscópicos y radiológicos	
	a) Grado mínimo	Se asignará índice de lesión para aquella condición con parcial respuesta al tratamiento endoscópico o quirúrgico indicado, quedando con disfagia para alimentos sólidos, pero permite la ingestión de blandos y líquidos.	11
	b) Grado medio	Se asignará índice de lesión para aquella condición con parcial respuesta al tratamiento endoscópico o quirúrgico indicado, quedando con disfagia para alimentos blandos, pero permite la ingestión de líquidos.	15
	c) Grado máximo	Se asignará índice de lesión para aquella condición que no responde al tratamiento endoscópico o quirúrgico indicado, en donde presenta estenosis total que no permite el paso del equipo endoscópico, generando afagia y requiriendo alimentación enteral por gastrostomía permanente.	19

Referencia: Estenosis Esofágica – Mi Endoscopia

*Tabla 278 Criterios numeral 8-024*

<b>Numeral</b>	<b>Entidad nosológica</b>	<b>Criterio</b>	<b>Índice lesión</b>
<u>8-024</u>	<u>Estenosis esofágica que requiere gastrostomía</u>	Se asignará índice de lesión para aquella condición que no responde al tratamiento endoscópico o quirúrgico indicado, en donde presenta estenosis total que no permite el paso del equipo endoscópico, generando afagia y requiriendo alimentación enteral por gastrostomía permanente.  <u>Si la estenosis es secundaria a cáncer, deberá ser evaluada y calificada en el capítulo correspondiente.</u>	<u>19</u>

*Tabla 279 Criterios numeral 8-025*

<b>Numeral</b>	<b>Entidad nosológica</b>	<b>Criterio</b>	<b>Índice lesión</b>
----------------	---------------------------	-----------------	----------------------

<b>8-025</b>	Fístulas del canal torácico:	Las fístulas del canal torácico o también llamado conducto torácico, consiste en una comunicación que se genera, bien sea hacia al exterior, como al mediastino o la pleura, generando drenaje de quilo (de bajo o alto gasto), no resuelta mediante tratamiento farmacológico, percutáneo o quirúrgico indicado, originado por múltiples causas, pudiendo cursar con compromiso nutricional, del equilibrio hidroelectrolítico, inmunosupresión y alteración del proceso de cicatrización.	
	a) Grado mínimo	Se asignará este grado de incapacidad para <u>aquella condición en donde</u> , a pesar del tratamiento farmacológico, quirúrgico o percutáneo indicado, el drenaje se presente solo de forma ocasional, sin compromiso del estado nutricional.	7
	b) Grado medio	Se asignará índice de lesión a los casos con de tratamiento farmacológico, quirúrgico o percutáneo, presentando respuesta parcial o contraindicación al mismo, presentando drenaje de quilo de bajo gasto (menor a 1000 mililitros al día), con algún grado de compromiso nutricional.	10
	c) Grado máximo	Se asignará índice de lesión a los casos con contraindicación de tratamiento quirúrgico o percutáneo, persistiendo el drenaje de quilo de alto gasto (mayor o igual a 1000 mililitros al día), con desnutrición severa de difícil manejo.	16

Referencia:

[Fístula del conducto torácico. Tratamiento médico con octreótida | Cirugía Española](#)

[Fístula linfática cervical: complicaciones y manejo](#)

[Referencia pendiente definición de bajo y alto gasto](#)

Medline® Abstracts for References 1,2 of 'Management of chylothorax'

1PubMedManagement of chyle leaks following esophageal resection: a systematic review. AUPower R, Smyth P, Donlon NE, Nugent T, Donohoe CL, Reynolds JV SODis Esophagus. 2021;34(11)

*Tabla 280 Criterios numeral 8-026*

<b>Numeral</b>	<b>Entidad nosológica</b>	<b>Criterio</b>	<b>Índice lesión</b>
<b>8-026</b>	Esofagitis pépticas y post - quirúrgicas:	Esta patología se define como la inflamación del esófago, secundaria a cirugía o enfermedad ácido-péptica.  Para fines de calificación, sólo se asignará este numeral a las esofagitis crónicas, pépticas y/o post - quirúrgicas, que no presenten mejoría a pesar de tratamiento farmacológico o quirúrgico y que los hallazgos clínicos tengan una correlación diagnóstica a través de estudios endoscópicos con reporte histopatológico.  Se asignará el índice de lesión respectivo, de acuerdo con los siguientes criterios:	
	a) Grado mínimo	Se asignará índice de lesión para aquella condición en donde a pesar de tratamiento farmacológico, se evidencia persistencia de la esofagitis con manifestaciones digestivas en el último año de servicio activo y con hallazgos histopatológicos que la documenten	4
	b) Grado medio	Se asignará índice de lesión para aquella condición en donde a pesar de tratamiento farmacológico o quirúrgico, se evidencia persistencia de la esofagitis con manifestaciones extradigestivas	8

		<b>(asma, sinusitis crónica, laringitis crónica)</b> , sin hallazgos histopatológicos de Esófago de Barret	
	c) Grado máximo	Se asignará índice de lesión para aquella condición en donde a pesar de tratamiento quirúrgico se evidencia persistencia de la esofagitis y se confirma el Esófago de Barret	12

Referencia

2 -Espino, A. (2020/04/18) Departamento de Gastroenterología Pontificia Universidad Católica de Chile. Clasificación de Los Ángeles de esofagitis.[Bloque Introducción: párrafo final. Bloque: Descripción de la clasificación de Los Ángeles] Gastrolat.org <https://gastrolat.org/DOI/PDF/10.0716/gastrolat2010n200008.pdf> Monografía ERGE 13as.pdf

*Tabla 281 Criterios numeral 8-028*

<b>Numeral</b>	<b>Entidad nosológica</b>	<b>Criterio</b>	<b>Índice lesión</b>
8-028	<u>Hernia hiatal con sintomatología y repercusión somática:</u>	Esta patología se define como la herniación de los elementos de la cavidad abdominal a través del hiato esofágico del diafragma, generando síntomas gastrointestinales, que se diagnostica a través de estudios endoscópicos y/o imagenológicos.  <u>Se asigna índice de lesión, cuando a pesar del tratamiento quirúrgico, persisten los síntomas digestivos (emesis recurrente, disfagia, dolor retroesternal) y manifestaciones extradigestivas (asma, sinusitis crónica, laringitis crónica, broncoaspiración con neumonías, disnea, pérdida de peso, síndromes anémicos asociados, entre otros).</u>	<u>10</u>

Referencia:

Hernia hiatal - Trastornos gastrointestinales - Manual MSD versión para profesionales

## ESTOMAGO

*Tabla 282 Criterios numeral 8-038*

<b>Numeral</b>	<b>Entidad nosológica</b>	<b>Criterio</b>	<b>Índice lesión</b>
8-038	<u>Enfermedad ulcerosa gástrica o duodenal crónica y no modificable por tratamiento</u>	Una úlcera péptica es un defecto excavado en la mucosa gástrica o duodenal, que se extiende a través de la muscularis mucosa hasta las capas más profundas de la pared. La mayoría responde a tratamiento con terapia antimicrobiana para erradicación del <i>Helicobacter pylori</i> , suspensión del uso de anti-inflamatorios no esteroideos y tratamiento farmacológico específico. En algunos casos, la úlcera es refractaria al tratamiento convencional. El diagnóstico se realiza mediante endoscopia digestiva, el examen histopatológico es esencial para estudiar la etiología.  <u>Se asigna índice de lesión en los casos en que, a pesar del tratamiento farmacológico antisecretor, persista la evidencia endoscópica de la úlcera asociada o no a sangrado digestivo.</u>	<u>11</u>

Referencia

Enfermedad ulcerosa péptica - Trastornos gastrointestinales - Manual MSD versión para profesionales

*Tabla 283 Criterios numeral 8-039*

<b>Numeral</b>	<b>Entidad nosológica</b>	<b>Criterio</b>	<b>Índice lesión</b>
<b>8-039</b>	Secuelas de gastrectomía (síndrome del Dumping. Anemia dispéptica)	<p>La gastrectomía se define como la resección total o parcial del estómago, la cual puede generar complicaciones médicas de diversa índole, dependiendo del tipo y la extensión de la gastrectomía.</p> <p>Entre estas complicaciones, cabe destacar el síndrome de dumping, condición médica que se produce cuando los alimentos pasan muy rápido del estómago al intestino delgado, de aparición temprana o tardía y que se manifiesta en su forma temprana con náuseas, emesis, dolor tipo cólico, diaforesis, palidez, taquicardia, hipotensión, diarrea, distensión abdominal y en su forma tardía, como hipoglicemia reactiva, astenia, temblores, diaforesis, palpitaciones y hambre extrema, entre otros.</p> <p>Se asignará el respectivo índice de lesión, de acuerdo con los criterios que se enuncian a continuación:</p>	
	a) Grado mínimo	Se asignará este grado de incapacidad cuando se evidencien síntomas digestivos persistentes crónicos como episodios ocasionales de síndrome de dumping, náuseas o malestar abdominal posprandial, con deficiencias nutricionales como anemia leve por deficiencia de vitamina B12, cuyo tratamiento requiera de ajustes dietéticos, prescripción de suplementos específicos (hierro, vitamina B12 y otros nutrientes) y visitas médicas de control ocasionales.	11
	b) Grado medio	Se asignará este grado de incapacidad cuando se evidencien síntomas digestivos severos y recurrentes como síndrome de dumping frecuente, diarrea crónica o reflujo gastroesofágico intenso, con pérdida de peso significativo que requiera una intervención nutricional intensiva, deficiencias nutricionales graves como anemia severa o deficiencia importante de múltiples vitaminas y minerales (vitamina D, calcio, hierro), presentación de complicaciones metabólicas como hipoglicemia reactiva recurrente, requerimiento de restricciones dietéticas importantes y la necesidad de seguimiento médico frecuente, cuyo tratamiento requiere aparte del soporte nutricional intensivo, tratamientos farmacológicos para controlar los síntomas digestivos.	14
	c) Grado máximo	Se asignará este grado de incapacidad cuando se presenten síntomas digestivos incontrolables, con episodios constantes de dumping o malabsorción grave, con complicaciones graves de la gastrectomía como perforación, obstrucción intestinal, sangrado gastrointestinal crónico, osteoporosis avanzada y pérdida de masa muscular con una desnutrición severa que afecta la salud general, requiriendo soporte nutricional especializado como nutrición parenteral o sonda de alimentación, evaluación médica frecuente,	19

	intervenciones quirúrgicas adicionales, soporte nutricional especializado y tratamiento intensivo para corregir deficiencias.
--	---

**Referencia:**

[Complicaciones de las gastrectomías - ScienceDirect](#)

[Vista de Síndromes post gastrectomía | Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos](#)

*Tabla 284 Criterios numeral 8-040*

<b>Numeral</b>	<b>Entidad nosológica</b>	<b>Criterio</b>	<b>Índice lesión</b>
<u>8-040</u>	Diverticulitis duodenal no operable	<p>La diverticulitis es una inflamación y/o infección de uno o varios divertículos, estos últimos los cuales son unas pequeñas estructuras saculares que se forman en la pared intestinal. Debe diferenciarse de la diverticulosis, que es la presencia de divertículos en cualquier segmento del tubo digestivo, sin inflamación, infección ni síntomas.</p> <p>La diverticulitis duodenal es la presencia de uno o más divertículos inflamados y/o infectados en el duodeno y se les considera NO OPERABLES cuando la diverticulitis es leve a moderada y se controla con tratamiento conservador, cuando hay diverticulosis asintomática, cuando hay ausencia de complicaciones graves (perforación, absceso grande, sangrado masivo) o cuando los riesgos quirúrgicos son elevados.</p> <p>Se asignará este numeral únicamente en los casos de diverticulitis duodenal con indicación quirúrgica pero que por alguna contraindicación médica y/o técnica no puedan ser llevados a cirugía y que dejen secuelas o complicaciones crónicas como adherencias peritoneales, fístula duodenal, estenosis duodenal, síndromes malabsortivos, obstrucción biliar extrínseca por divertículos yuxtapapilares u obstrucción biliar intrínseca asociada a coledocolitiasis.</p> <p>No se le asignará este numeral a la diverticulosis, ni a las diverticulitis que NO cumplan los criterios enunciados a párrafo anterior. Los criterios para la asignación de los respectivos índices de lesión se especifican a continuación:</p>	
	a) Grado mínimo	Aquellas diverticulitis duodenales no operables en las cuales se presente como complicación estenosis sin obstrucción duodenal, adherencias sin impacto funcional y no se presenten síndromes malabsortivos asociados.	7
	b) Grado medio	Aquellas diverticulitis duodenales no operables en las cuales se presente como complicación estenosis duodenal que requiere dilataciones endoscópicas, adherencias peritoneales con obstrucción y síndromes malabsortivos asociados	11
	c) Grado máximo	Aquellas diverticulitis duodenales no operables en las cuales se presente como complicación estenosis duodenal de difícil manejo, fístulas duodenales, adherencias peritoneales con obstrucción, síndromes malabsortivos y/o síndrome biliar obstructivo asociado.	15

Referencia:

Enfermedad diverticular del estómago y el intestino delgado - Trastornos gastrointestinales - Manual MSD versión para profesionales

## INTESTINO DELGADO

*Tabla 285 Criterios numeral 8-050*

Numeral	Entidad nosológica	Criterio	Índice lesión
8- 050	Lesiones o afecciones crónicas del intestino delgado, con repercusión sobre el estado general:	Corresponde a la alteración funcional crónica del intestino delgado secundaria a enfermedad inflamatoria, causando alteración en la capacidad de absorción de los nutrientes, a pesar del tratamiento.	
	a) Grado medio	Se asignará este grado de incapacidad cuando se evidencien síntomas gastrointestinales recurrentes como diarrea crónica con pérdida de peso, episodios de sangrado digestivo bajo, deficiencias nutricionales graves como anemia severa o deficiencia importante de múltiples vitaminas y minerales (vitamina D, calcio, hierro), presentación de complicaciones metabólicas y la necesidad de seguimiento médico frecuente, soporte nutricional y tratamiento farmacológico para controlar los síntomas digestivos.	11
	b) Grado máximo	Se asignará este grado de incapacidad cuando se presenten síntomas digestivos incontrolables o malabsorción grave, con complicaciones como perforación, obstrucción intestinal, sangrado digestivo bajo crónico, osteoporosis avanzada y pérdida de masa muscular con una desnutrición severa que afecta la salud general, requiriendo soporte nutricional especializado como nutrición parenteral o enteral, evaluación médica frecuente, intervenciones quirúrgicas adicionales y tratamiento farmacológico intensivo para controlar síntomas y corregir deficiencias.	15

Referencias:

[Síndrome del intestino irritable en Español - NIDDK](#)

[Enfermedades Inflamatorias Intestinales \(EII\), qué saber y cuándo consultar | Kern Pharma](#)

[Enfermedad celíaca en Español - NIDDK](#)

[Enfermedad Inflamatoria Intestinal | Causas, Síntomas, Tratamiento | PortalClínic](#)

*Tabla 286 Criterios numeral 8-051*

Numeral	Entidad nosológica	Criterio	Índice lesión
8- 051	Resección intestinal amplia con trastornos funcionales:	El síndrome de intestino corto se define como la continuidad del intestino delgado menor de 200 cm. El intestino corto constituye la principal causa de falla intestinal tipo III. Dicho síndrome puede ser ocasionado por resecciones quirúrgicas extensas; se caracteriza por presentar: diarrea de alto gasto, síndromes asociados a malabsorción, pérdida de peso, desnutrición proteico-calórica crónica, entre otras. Se define falla intestinal como la reducción de la función intestinal que impide el mínimo necesario para la absorción de macronutrientes, agua y electrolitos, de modo que la suplementación intravenosa es necesaria para mantener la salud y la vida. La falla intestinal tipo III es una enfermedad crónica, en pacientes metabólicamente estables, que requieren nutrición parenteral a largo plazo.	
	a) Grado medio	Se asignará este grado de incapacidad cuando se evidencien síntomas gastrointestinales recurrentes como diarrea crónica con pérdida de peso, deficiencias nutricionales como anemia o deficiencia de múltiples vitaminas y minerales (vitamina D, calcio, hierro), presentación de complicaciones metabólicas y la necesidad de seguimiento médico frecuente, soporte nutricional oral o enteral y tratamiento farmacológico para controlar los síntomas digestivos.	7
	b) Grado máximo	Se asignará este grado de incapacidad cuando se presenten síntomas digestivos incontrolables o malabsorción grave, con complicaciones como osteoporosis avanzada y pérdida de masa muscular con una desnutrición severa que afecta la salud general, requiriendo soporte nutricional especializado como nutrición parenteral, evaluación médica frecuente y tratamiento farmacológico intensivo para controlar síntomas y corregir deficiencias.	15

Referencias:

- Asociación Colombiana de Cirugía. (2023). Consenso colombiano de Falla Intestinal Crónica en Síndrome de Intestino Corto Iván Katime<sup>1</sup>, William Sánchez-Maldonado<sup>2</sup>, Jessica Pineda<sup>3</sup>, Henry Oliveros<sup>4</sup>, Arturo Vergara<sup>5</sup>, Néstor Pedraza<sup>6</sup>, Andrés Becerra<sup>7</sup>, Sonia Carrero<sup>8</sup>, Mauricio Francisco Duque<sup>9</sup>, Manuel Cadena<sup>10</sup>. Rev Colomb Cir. 2023;38:704-23
- <https://doi.org/10.30944/20117582.2425> Recuperado de: <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/2425>
- [Síndrome del intestino corto - Trastornos gastrointestinales - Manual MSD versión para profesionales](#)

*Tabla 287 Criterios numeral 8-052*

Numeral	Entidad nosológica	Criterio	Índice lesión
8- 052	Fístula del intestino delgado según su repercusión sobre el estado general:	Una fístula del intestino delgado es aquella comunicación anormal entre este y la piel u otras estructuras intra-abdominales o la atmósfera. Se originan por enfermedad inflamatoria intestinal o cirugías abdominales. De acuerdo a su producción diaria (bilis, líquido intestinal, materia fecal) se pueden clasificar en bajo, medio y alto gasto. Como complicaciones asociadas se presentan desequilibrios hidroelectrolíticos, desnutrición, complicaciones metabólicas y complicaciones relacionadas con lesiones de la piel adyacentes al orificio fistuloso. Estas fístulas son de manejo quirúrgico, sin embargo, no siempre es exitoso, pudiéndose presentar complicaciones como sepsis abdominal.	
	a) Grado mínimo	Se asigna índice de lesión si se evidencia fístula de bajo gasto (menor a 200ml /24horas), sin compromiso nutricional.	7
	b) Grado medio	Se asigna índice de lesión si se evidencia fístula de moderado gasto (entre a 200ml y 500 ml en /24horas), con compromiso del estado nutricional que requiere soporte nutricional oral o enteral para suplir las deficiencias proteicoenergéticas e hidroelectrolíticas.	11
	c) Grado máximo	Se asigna índice de lesión si se evidencia fístula de moderado o alto gasto (mayor a 500ml /24horas), con compromiso del estado nutricional que requiere soporte nutricional parenteral para suplir las deficiencias proteicoenergéticas e hidroelectrolíticas, con manejo intrahospitalario.	15

Referencias:

ii-255 fístulas enterocutáneas

Fístulas intestinales - Depto. Cirugía Hospital del Salvador

[Terapia nutricional en fístula enterocutánea; de la base fisiológica al tratamiento individualizado 2003-139-2-144-151.pdf](#)

## INTESTINO GRUESO

*Tabla 288 Criterios numeral 8-062*

<b>Numeral</b>	<b>Entidad nosológica</b>	<b>Criterio</b>	<b>Índice lesión</b>
<b>8-062</b>	Lesiones o afecciones crónicas del intestino grueso con repercusión sobre el estado general:	Corresponde a la alteración funcional crónica del intestino grueso secundaria a enfermedad inflamatoria y/o funcional, causando alteración en la capacidad de absorción de agua, electrolitos y en la formación del bolo fecal.  Para la asignación de índice de lesión se debe contar con estudios endoscópicos (colonoscopia), estudios imagenológicos y/o histopatológicos según corresponda.	
	a) Grado mínimo	Se asignará este grado de incapacidad cuando se evidencien síntomas recurrentes como diarrea crónica y/o estreñimiento crónico, sin compromiso del estado nutricional y tratamiento farmacológico para controlar los síntomas.	10
	b) Grado medio	Se asignará este grado de incapacidad cuando se presenten síntomas digestivos incontrolables y/o malabsorción, sangrado digestivo bajo, desnutrición que genera anemia o deficiencia de múltiples vitaminas y minerales (vitamina D, calcio, hierro), requiriendo soporte nutricional oral o enteral y tratamiento farmacológico para controlar síntomas y corregir deficiencias.	15
	c) Grado máximo	Se asignará este grado de incapacidad cuando se presenten complicaciones asociadas tales como fístulas (colocutáneas, coloentéricas y otras) no operables por contraindicación médica; perforación, obstrucción intestinal, sangrado digestivo bajo crónico, desnutrición severa que afecta la salud general requiriendo soporte nutricional especializado, intervenciones quirúrgicas adicionales y tratamiento farmacológico intensivo para controlar síntomas y corregir deficiencias.	21

**Referencias:**

- [Colitis ulcerosa - Trastornos gastrointestinales - Manual MSD versión para profesionales](#)
- [Síndrome del intestino irritable en Español - NIDDK](#)
- [Enfermedades Inflamatorias Intestinales \(EII\), qué saber y cuándo consultar | Kern Pharma](#)
- [Enfermedad Inflamatoria Intestinal | Causas, Síntomas, Tratamiento | PortalClínic](#)

*Tabla 289 Criterios numeral 8-063*

<b>Numeral</b>	<b>Entidad nosológica</b>	<b>Criterio</b>	<b>Índice lesión</b>
<u>8-063</u>	Resección amplia del intestino grueso con alteraciones funcionales:	<p>La resección del colon es necesaria para darle tratamiento a una variedad de lesiones benignas o malignas, incluyendo el trauma. De acuerdo a los segmentos del colon resecados, se presentan afectaciones funcionales en mayor o menor grado, tales como alteraciones en la absorción de agua, electrolitos y cambios en la consistencia del bolo fecal.</p> <p>La colectomía total hace referencia a la resección de todos los segmentos del colon (ascendente, descendente, transverso, sigmoides) y según indicación médica, se pueden realizar resecciones segmentarias del área del colon comprometida (colectomía derecha, colectomía izquierda, colectomía del transverso y sigmoidectomía).</p>	
	a) Grado mínimo	Se asignará este grado de incapacidad cuando se evidencien síntomas recurrentes como diarrea crónica, sin compromiso del estado nutricional y tratamiento farmacológico para controlar los síntomas.	10
	b) Grado medio	Se asignará este grado de incapacidad cuando se presenten síntomas digestivos incontrolables y/o malabsorción, desnutrición que genera anemia o deficiencia de múltiples vitaminas y minerales (vitamina D, calcio, hierro), requiriendo soporte nutricional oral o enteral y tratamiento farmacológico para controlar síntomas y corregir deficiencias.	15
	c) Grado máximo	Se asignará este grado de incapacidad cuando se presenten complicaciones asociadas tales como fístulas (colocutáneas, coloentéricas y otras) no operables por contraindicación médica, estenosis anastomótica, colostomía definitiva con contraindicación médica para su cierre, desnutrición severa que afecta la salud general requiriendo soporte nutricional especializado o intervenciones quirúrgicas adicionales.	21

Referencias:

El Colon: Funciones, Enfermedades y Cuidados que Debes Conocer - Noticias Médicas

*Tabla 290 Criterios numeral 8-064*

<b>Numeral</b>	<b>Entidad nosológica</b>	<b>Criterio</b>	<b>Índice lesión</b>
8-064	Resección del intestino grueso o recto, colostomía definitiva	<p><u>La Colostomía es el procedimiento quirúrgico en el cual se exterioriza un segmento del intestino grueso para la evacuación de las heces fecales; la colostomía definitiva se realiza en caso de resecciones del intestino grueso y/o recto que no permitan el restablecimiento de la continuidad del tubo digestivo.</u></p> <p><u>Los casos en que se califique con este numeral, no se debe aplicar el grado máximo de los numerales 8-063, 8-074 y 8-075.</u></p>	21

## RECTO

*Tabla 291 Criterios numeral 8-074*

<b>Numeral</b>	<b>Entidad nosológica</b>	<b>Criterio</b>	<b>Índice lesión</b>
8-074	Lesiones o afecciones crónicas del recto, con alteraciones funcionales o repercusión sobre el estado general:	<p>Corresponde a la alteración crónica del recto secundaria a enfermedad inflamatoria, malformaciones vasculares, trauma y/o funcionales, causando alteración en la capacidad de absorción de líquidos, retención del bolo fecal y del mecanismo de la defecación.</p> <p>Para la asignación de índice de lesión se debe contar con estudios endoscópicos, imagenológicos y/o histopatológicos según corresponda.</p>	
	a) Grado mínimo	Se asignará este grado de incapacidad cuando se evidencien síntomas recurrentes como diarrea crónica y/o estreñimiento crónico, sangrado digestivo bajo sin anemia, sin compromiso del estado nutricional y con tratamiento farmacológico para controlar los síntomas.	10
	b) Grado medio	<p>Se asignará este grado de incapacidad cuando se presente sangrado digestivo bajo con anemia, diarrea crónica y/o estreñimiento con impactación fecal recurrente a pesar de tratamiento farmacológico</p> <p>o</p> <p>fístulas (rectovaginales, rectovesicales o rectocutáneas) no operables por contraindicación médica .</p>	15
	c) Grado máximo	Se asignará este grado de incapacidad cuando se requiera tratar complicaciones asociadas mediante colostomía definitiva con contraindicación médica para su cierre.	21

Referencias:



- [Incontinencia fecal - Asociación Nacional para la Continencia gastrolat2016n400006.pdf](#)
- [ASGE | Cómo comprender el sangrado rectal leve](#)
- [¿Cuáles son las enfermedades anorrectales?](#)

*Tabla 292 Criterios numeral 8-075*

<b>Numeral</b>	<b>Entidad nosológica</b>	<b>Criterio</b>	<b>Índice lesión</b>
<u>8-075</u>	Lesiones o afecciones anales con repercusión sobre el esfínter y el estado general:	<p>Corresponde a la alteración crónica del ano secundaria a enfermedad inflamatoria, trauma y/o funcionales, así como incontinencia fecal, fístulas perianales y fisuras anales, afectando el esfínter, incontinencia fecal y alteración del mecanismo de la defecación, con repercusión del estado general.</p> <p>La patología hemorroidal no operable, esta descrita en el numeral 5-038.</p> <p>Para la asignación de índice de lesión se debe contar con estudios funcionales, endoscópicos, imagenológicos y/o histopatológicos según corresponda.</p>	
	a) Grado mínimo	Se asignará este grado de incapacidad cuando se evidencien síntomas recurrentes como incontinencia fecal crónica que se encuentre documentada con la manometría, sangrado digestivo bajo sin anemización, entre otras.	10
	b) Grado medio	Se asignará este grado de incapacidad cuando se presenten complicaciones asociadas como fisuras anales crónicas o fístulas perianales no resueltas mediante tratamiento quirúrgico o no operables por contraindicación médica o incontinencia fecal permanente a pesar del manejo quirúrgico.	15
	c) Grado máximo	Se asignará este grado de incapacidad cuando se requiera tratar mediante colostomía definitiva (con contraindicación médica para su cierre) las complicaciones asociadas o como única opción en caso de incontinencia refractaria al manejo médico indicado.	21

Referencia:  
[gastrolat2016n400006.pdf patologiaAnorrectal.pdf TEMA 6. PATOLOGÍA ANORRECTAL](#)

## PERITONEO

Tabla 293 Criterios numeral 8-085

<b>Numeral</b>	<b>Entidad nosológica</b>	<b>Criterio</b>	<b>Índice lesión</b>
8-085	Peritonitis tuberculosa rebelde al tratamiento	<p>La tuberculosis peritoneal es la infección del peritoneo tanto visceral como parietal por el <i>Mycobacterium tuberculosis</i>; ocurre más frecuentemente, seguido de la reactivación de un foco de tuberculosis latente, establecido por diseminación hematógica desde un foco primario pulmonar.</p> <p>Las manifestaciones clínicas incluyen ascitis, dolor abdominal y fiebre, que han persistido por semanas o meses antes de ser diagnosticado. El diagnóstico se realiza con el nexa epidemiológico, evidencias radiológicas, el estudio de líquido peritoneal, pruebas moleculares y biopsia de peritoneo.</p> <p>El tratamiento se basa en la terapia antituberculosa convencional y en algunos casos, requiere manejo quirúrgico cuando se presentan complicaciones asociadas a la inflamación crónica del peritoneo, a saber: obstrucción intestinal, perforación intestinal, absceso.</p> <p>En los casos en que a pesar del tratamiento farmacológico se haya administrado de forma adecuada y se persiste con las manifestaciones clínicas y los hallazgos histopatológicos o de biología molecular positivos.</p>	21

Referencia:  
[Tuberculous Peritonitis - an overview | ScienceDirect Topics](#)

Tabla 294 Criterios numeral 8-086

<b>Numeral</b>	<b>Entidad nosológica</b>	<b>Criterio</b>	<b>Índice lesión</b>
8-086	Perivisceritis dolorosa con repercusión sobre el estado general:	Proceso inflamatorio crónico del peritoneo asociado a dolor localizado, que puede presentarse secundario a patologías infecciosas, inflamatorias o traumáticas, incluido el síndrome adherencial, documentado mediante estudios imagenológicos y en casos seleccionados, laparoscopia diagnóstica, sin estar asociado a clínica de obstrucción intestinal ni dolor somático secundario a cirugía abdominal.	
	a) Grado mínimo	Se asigna índice de lesión cuando se evidencia dolor leve (Escala Visual Análoga del dolor -EVA- de 1 a 4), controlado con tratamiento farmacológico.	2
	b) Grado medio	Se asigna índice de lesión cuando se evidencia dolor moderado persistente (EVA de 5 a 7), parcialmente controlado con tratamiento farmacológico escalonado.	6
	c) Grado máximo	Se asigna índice de lesión cuando se evidencia dolor severo o persistente (EVA mayor a 7), refractario al	9

	tratamiento farmacológico que ha requerido neuromoduladores y escalonamiento de la terapia analgésica.	
--	--	--

Referencias:

- Recuperado de: <https://1aria.com/entrada/la-escalera-analgésica-de-la-oms-y-los-farmacos-del-dolor>
- [Capítulo 16.9: Dolor Abdominal - Fundamentos del Diagnóstico TRATAMIENTO DEL DOLOR VISCERAL | Dolopedia](#)
- [EVIDENTIA 12VA-EDICIONpdf-13-19.pdf](#)

## CAVIDAD ABDOMINAL

*Tabla 295 Criterios numeral 8-096*

<b>Numeral</b>	<b>Entidad nosológica</b>	<b>Criterio</b>	<b>Índice lesión</b>
<b>8-096</b>	Alteraciones crónicas de la pared abdominal no susceptibles de tratamiento quirúrgico.	Defectos de pared complejos que a pesar del tratamiento medico indicado, persiste la alteración crónica de la pared abdominal, dada por protrusión de vísceras intrabdominales, gran deformidad que requiere soporte externo permanente y que no son corregibles mediante tratamiento quirúrgico por contraindicación médica.	
	a) Grado mínimo	Se asignará este grado de incapacidad para <u>aquella condición de alteración permanente de la pared abdominal que a pesar de la contraindicación quirúrgica, los síntomas se controlan con dispositivo externo de contención abdominal y manejo analgésico.</u>	3
	b) Grado medio	Se asignará este grado de incapacidad para <u>aquella condición de alteración permanente de la pared abdominal con contraindicación quirúrgica por obesidad mórbida o desnutrición severa y dolor controlado con escalonamiento terapéutico.</u>	7
	c) Grado máximo	Se asignará este grado de incapacidad para <u>aquella condición de alteración permanente de la pared abdominal que posterior a manejo quirúrgico, se presentan recidivas del defecto de la pared, con contraindicación para nuevas intervenciones quirúrgicas.</u>	11

**Referencia:**

Hernias de la pared abdominal - Trastornos gastrointestinales - Manual MSD versión para profesionales

## HIGADO

*Tabla 296 Criterios numeral 8-106*

<b>Numeral</b>	<b>Entidad nosológica</b>	<b>Criterio</b>	<b>Índice lesión</b>
<b>8-106</b>	Lesiones o afecciones crónicas del hígado con trastornos funcionales y sus complicaciones:	Las lesiones o afecciones crónicas del hígado hacen referencia a toda patología o evento traumático que requiera resección hepática y afecte de forma permanente el funcionamiento hepático, debidamente documentado mediante pruebas de lesión y funcionamiento hepático.  Se calificarán entidades nosológicas con este numeral que no hayan sido contempladas en otro grupo.  El hígado graso (esteatosis hepática) se califica de acuerdo con las complicaciones que se deriven del mismo en la respectiva entidad nosológica comprometida.	
	a) Grado mínimo	Se asignará este grado de incapacidad para aquella condición crónica en donde se evidencie alteración de las pruebas de función y lesión hepática, controlada con medicación.	7
	b) Grado medio	Se asignará este grado de incapacidad para aquella condición en donde se evidencie	15

		insuficiencia hepática crónica confirmado por pruebas de función y lesión hepática, la cual se encuentra compensada y que presenta agudizaciones recurrentes, pero sin complicaciones.	
	c) Grado máximo	Se asignará este grado de incapacidad para aquella condición en donde se evidencie insuficiencia hepática crónica confirmado por pruebas de función y lesión hepática, asociadas a complicaciones permanentes con agudizaciones recurrentes.	21

**Referencias:**

- Trastornos sistémicos en las hepatopatías - Trastornos hepáticos y biliares - Manual MSD versión para profesionales
- Bile duct resection and reconstruction Recuperado: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525989/>

## VIAS BILIARES

*Tabla 297 Criterios numeral 8-116*

<b>Numeral</b>	<b>Entidad nosológica</b>	<b>Criterio</b>	<b>Índice lesión</b>
<u>8-116</u>	Lesiones o afecciones de las vías biliares no susceptibles de tratamiento o residuales de tratamientos quirúrgicos:	<p>Las vías biliares son el conjunto de conductos que transportan la bilis desde el hígado y la vesícula biliar hasta el duodeno.</p> <p>Las lesiones contempladas en este numeral para fines de la calificación se enmarcan en aquellas asociadas con la cirugía de resección y reconstrucción de la vía biliar, la cual abarca procedimientos comunes que son realizados para una variedad de indicaciones que incluyen: neoplasias benignas y malignas, complicaciones de cirugía de la vía biliar o de la vesícula biliar, trauma, infecciones, procesos inflamatorios que comprometen el árbol biliar, el manejo de cálculos en la vía biliar, la lesión de la vía biliar, el tratamiento de colangiocarcinoma, entre otros.</p> <p>La morbilidad asociada a la resección y reconstrucción de la vía biliar por enfermedad benigna es reportada entre un 13% y 49%. Dentro de las complicaciones tempranas se incluye infección, sangrado y fuga biliar. Como complicaciones tardías, la más frecuente es la formación de estenosis de los conductos biliares (10%-30%). Los pacientes que desarrollan estenosis de la anastomosis son susceptibles de presentar colangitis y sepsis biliar, lo cual puede requerir descompresión, drenaje biliar percutáneo urgente. En otras complicaciones, se puede desarrollar atrofia de segmentos hepáticos afectados por un puente biliar incompleto con necesidad de procedimientos adicionales dentro de los que se incluye: drenaje de abscesos o resecciones hepáticas.</p> <p>En caso de neoplasias malignas no susceptibles de tratamiento quirúrgico que ocasionen daño en la vía biliar, la secuela se calificara con el numeral 10-038.</p> <p>Se asignará este numeral por patologías de la vía biliar (no incluye vesícula biliar), independientemente de su etiología, de acuerdo con los criterios que se describen a continuación:</p>	
	a) Grado mínimo	Se asignará este grado de incapacidad para aquellos casos con antecedente de resección y reconstrucción de la vía biliar independientemente de la causa y en los que se documente(n) episodio(s) de estenosis de la anastomosis bilioenterica, sin colangitis, resuelta(s) de manera exitosa con manejo percutáneo.	5
	b) Grado medio	Se asignará este grado de incapacidad para aquellos casos en los cuales se documente morbilidad asociada a la cirugía de la vía biliar, a saber: colangitis a repetición con requerimiento de dilataciones percutáneas de la anastomosis bilioenterica, sepsis biliar sin necesidad de soporte en unidad de cuidado intensivo y sin	9

		complicaciones como cirrosis y/o hipertensión portal.	
	c) Grado máximo	<p>Se asignará este grado de incapacidad para aquellos casos en los cuales se documente morbilidad asociada a la cirugía de la vía biliar, a saber: colangitis a repetición con requerimiento de dilataciones percutáneas de la anastomosis bilioenterica, sepsis biliar con necesidad de soporte en unidad de cuidado intensivo.</p> <p>o Hepatitis no susceptible a manejo quirúrgico (enfermedad de Caroli)</p> <p>o Requerimiento de derivación biliar transparietohepatica permanente por imposibilidad de aliviar la obstrucción biliar.</p> <p>o Que presente manifestaciones clínicas y paraclínicas de hipertensión portal.</p>	15

**Referencias:**

- [Generalidades sobre la función biliar - Trastornos hepáticos y biliares - Manual MSD versión para profesionales](#)
- [Síntomas y tratamiento de la enfermedad biliar | Hospital GW](#)



## PANCREAS

*Tabla 298 Criterios numeral 8-126*



<u>Numeral</u>	<u>Entidad nosológica</u>	<u>Criterio</u>	<u>Índice lesión</u>
----------------	---------------------------	-----------------	----------------------

<p><u>8-126</u></p>	<p>Lesiones o afecciones crónicas del páncreas según su repercusión sobre el estado general:</p>	<p>Las lesiones contempladas en este numeral para fines de la calificación se enmarcan en aquellas asociadas a secuelas de patología crónica o aguda inflamatoria, trauma y cirugía para el tratamiento de neoplasias del páncreas.</p> <p>La pancreatitis crónica resulta de la exposición a factores de riesgo (genéticos y ambientales) y es caracterizada por deterioro en la función pancreática (función digestiva o secreción de insulina), así como, de cambios estructurales en el páncreas evidenciados en estudios de imagen o estudios endoscópicos.</p> <p>Dentro de las manifestaciones clínicas se presenta dolor abdominal crónico, esteatorrea y síndrome de malabsorción con compromiso del estado nutricional.</p> <p>El diagnóstico se realiza con la clínica, estudios de imagen y pruebas bioquímicas que evidencien la insuficiencia pancreática.</p> <p>La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio agudo del páncreas, asociado a manifestaciones de inflamación sistémica. Se origina por múltiples causas dentro de las más frecuentes se encuentran la patología litiásica biliar y la asociada a la ingesta de etanol. Su diagnóstico se realiza por las manifestaciones clínicas, elevación de enzimas pancreáticas y hallazgo radiológico de inflamación pancreática. La mayoría de los casos son autolimitados (80% de los casos), sin embargo, la enfermedad puede presentarse con compromiso sistémico y local severo requiriendo soporte en unidad de cuidado intensivo y de procedimientos percutáneos, endoscópicos o quirúrgicos para tratar las complicaciones agudas.</p> <p>Para la pancreatitis aguda las complicaciones locales se encuentran: colecciones peripancreáticas, necrosis, pseudoquiste pancreático y necrosis amurallada.</p> <p>Otras causas de posibles lesiones pancreáticas están asociadas a trauma, en la mayoría de los casos con requerimiento de cirugía de urgencias.</p> <p>En caso de diabetes Mellitus tipo 1 y 2, la secuela se calificará con el numeral 2-057.</p> <p><u>El numeral 8-126 también califica lesiones del bazo (esplenectomía) debido a que así se encuentra en el Decreto 094 de 1989. Se debe tener en cuenta la entidad nosológica para cada caso.</u></p>	
---------------------	--	--	--

<b>Numeral</b>	<b>Entidad nosológica</b>	<b>Criterio</b>	<b>Índice lesión</b>
	a) Grado mínimo	Se asigna índice de lesión en aquellos casos de pancreatitis crónica con dolor abdominal crónico severo y de difícil manejo, insuficiencia pancreática exocrina <b>y/o</b> endocrina (sin diabetes mellitus tipo 3 establecida) con compromiso del estado nutricional documentado por análisis bioquímico y valoración global.	10
	b) Grado medio	Se asigna índice de lesión en aquellos casos de pancreatitis crónica con requerimiento de manejo quirúrgico ya sea resectivo o derivativo, dolor abdominal crónico severo y de difícil control asociado, insuficiencia pancreática exocrina <b>y/o</b> endocrina con presentación de diabetes mellitus tipo 3, evidenciada con pruebas bioquímicas y compromiso severo del estado nutricional documentado por análisis bioquímico y valoración global.	16
	c) Grado máximo	Se asigna índice de lesión en aquellos casos de pancreatitis crónica con requerimiento de manejo quirúrgico ya sea resectivo o derivativo, dolor abdominal crónico severo y de difícil control asociado, insuficiencia pancreática exocrina <b>y/o</b> endocrina con presentación de diabetes mellitus tipo 3, evidenciada con pruebas bioquímicas y compromiso severo del estado nutricional documentado por análisis bioquímico y valoración global. y Cuando se documente morbilidad asociada a la cirugía pancreática, a saber: colangitis a repetición con requerimiento de dilataciones percutáneas de la anastomosis bilioenterica, sepsis biliar con necesidad de soporte en unidad de cuidado intensivo; obstrucciones intestinales a repetición o fistulas abdominales.  En caso de colangitis por causa diferente a lesión pancreática, la secuela se calificará con el numeral 8-116.	21

- [Pancreatitis crónica - Trastornos gastrointestinales - Manual MSD versión para profesionales](#)
- [Whitcomb DC: Central role of the sentinel acute pancreatitis event \(SAPE\) model in understanding recurrent acute pancreatitis \(RAP\): Implications for precision medicine. Front Pediatr 10:941852, 2022. doi: 10.3389/fped.2022.941852](#)
- [Overview of the complications of chronic pancreatitis Recuperado: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-complications-of-chronic-pancreatitis](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-complications-of-chronic-pancreatitis)
- [Clinical manifestations, diagnosis, and natural history of acute pancreatitis Recuperado: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-natural-history-of-acute-pancreatitis/print](https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-natural-history-of-acute-pancreatitis/print)

## BAZO

*Tabla 299 Criterios numeral 8-126*

<b>Numeral</b>	<b>Entidad nosológica</b>	<b>Criterio</b>	<b>Índice lesión</b>
----------------	---------------------------	-----------------	----------------------

8-126	<p><u>Secuelas de Esplenectomía de acuerdo con la repercusión sobre el estado general.</u></p>	<p><u>La esplenectomía tiene indicaciones para el manejo del trauma esplénico, alteraciones hematológicas, infecciosas, cirugía oncológica y control del sangrado gástrico por varices asociadas a trombosis de la vena esplénica.</u></p> <p><u>Dentro de las complicaciones crónicas se pueden considerar esplenosis, hernia incisional, síndrome adherencial y sepsis postesplenectomía.</u></p> <p><u>Se asigna índice de lesión si presenta complicaciones asociadas al procedimiento, además de enfermedades infecciosas con requerimiento de hospitalización a repetición sin respuesta adecuada a pesar de la vacunación.</u></p> <p><u>El numeral 8-126 también califica lesiones crónicas del páncreas debido a que así se encuentra en el Decreto 094 de 1989. Se debe tener en cuenta la entidad nosológica para cada caso.</u></p>	15
-------	--	---	----

**Referencias:**

- Esplenectomía (extirpación del bazo): razones, procedimiento, riesgos y resultados - Medicina Básica
- Elective (diagnostic or therapeutic) splenectomy Recuperado: <https://www.uptodate.com/contents/elective-diagnostic-or-therapeutic-splenectomy>
- Surgical management of splenic injury in the adult trauma patient Recuperado: <https://www.uptodate.com/contents/surgical-management-of-splenic-injury-in-the-adult-trauma-patient>

*Tabla 300 Criterios numeral 8-137*

<b>Numeral</b>	<b>Entidad nosológica</b>	<b>Criterio</b>	<b>Índice lesión</b>
8-137	Esplenectomía simple	<u>Se asigna índice de lesión por el antecedente de la resección total del bazo.</u>	8

**Referencia:**

Esplenectomía - Mayo Clinic



## **GRUPO 9**

### **APARATO GÉNITO – URINARIO**

Para este grupo de entidades nosológicas se determinan los criterios para la valoración de la incapacidad psicofísica según la anormalidad, lesiones o afecciones que generen pérdida parcial o total de la estructura o disfunción permanente o parcial, relacionadas con el sistema genito-urinario.

No se incluyen patologías neoplásicas, las cuales serán calificadas según criterios en el numeral correspondiente del grupo 10 de entidades nosológicas.

Para todos los numerales de este grupo se hace necesario el soporte de pruebas bioquímicas y/o imagenológicas.

## RIÑONES

*Tabla 301 Criterios numeral 9-001*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
<b>9-001</b>	Nefrectomía con integridad funcional del otro riñón	La nefrectomía consiste en la extirpación quirúrgica de un riñón.  Se asigna este índice cuando el evaluado presenta una nefrectomía exclusivamente por una patología intrínseca de su riñón o por un trauma renal y el riñón contralateral evidencia normalidad en su funcionamiento, bien sea a través de pruebas bioquímicas y/o imagenológicas funcionales.	11

**Referencia:**

Kasper, D. L., & Fauci, A. S. (2022). Diseases of the kidney. En D. L. Kasper, A. S. Fauci, S. L. Hauser, D. L. Longo, J. L. Jameson, & J. Loscalzo (Eds.), *Harrison's principles of internal medicine* (21st ed., pp. 1001-1045). McGraw-Hill Education.

*Tabla 302 Criterios numeral 9-002*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
9-002	Nefrectomía con alteraciones funcionales del riñón restante	La nefrectomía consiste en la extirpación quirúrgica de un riñón.  Se asigna este índice cuando el evaluado presenta una nefrectomía y el riñón contralateral evidencia anormalidad en su funcionamiento, a través de pruebas bioquímicas como se relaciona en la <i>Tabla 303 Clasificación de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) por Estadios (clasificación KDIGO)</i>  Se asignará el grado de incapacidad de acuerdo con los criterios que se enuncian a continuación:	
	a) Grado mínimo	Insuficiencia Renal Estadio 1 o 2 (clasificación KDIGO).	14
	b) Grado medio	Insuficiencia Renal Estadios 3a o 3b (clasificación KDIGO).	17
	c) Grado máximo	Insuficiencia Renal Estadios 4 o 5 (clasificación KDIGO).	21

**Referencia:**

1. Kasper, D. L., & Fauci, A. S. (2022). Diseases of the kidney. En D. L. Kasper, A. S. Fauci, S. L. Hauser, D. L. Longo, J. L. Jameson, & J. Loscalzo (Eds.), *Harrison's principles of internal medicine* (21st ed., pp. 1001-1045). McGraw-Hill Education.

*Tabla 303 Clasificación de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) por Estadios (clasificación KDIGO)*

Estadio	TFGe (ml/min/1.73m <sup>2</sup> )	Descripción
Estadio 1	≥ 90	Función renal normal o levemente reducida, pero con daño renal (por ejemplo, con proteínas en orina).
Estadio 2	60 – 89	Levemente disminuida, con daño renal.
Estadio 3a	45 – 59	Disminución moderada de la función renal.
Estadio 3b	30 – 44	Disminución moderada – severa de la función renal.
Estadio 4	15 - 29	Función renal severamente reducida.
Estadio 5	<15	Insuficiencia renal terminal (requiere diálisis o trasplante)

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). (2012). KDIGO clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease: Summary of recommendation.

<https://www.kdigo.org/guidelines/>

*Tabla 304 Criterios numeral 9-003*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
9-003	Hidronefrosis con integridad funcional del riñón restante:	La hidronefrosis es una condición en la que uno de los riñones experimenta una dilatación de su sistema colector debido a una obstrucción en algún punto de la vía urinaria.	
		Se asignará este índice de lesión ante la presencia de una hidronefrosis con integridad funcional del riñón contralateral.	
		Para la determinación de cada uno de los grados de incapacidad, se tomarán en cuenta los criterios que se enuncian a continuación <sup>2</sup> :	
		a) Grado mínimo	
b) Grado medio	Existe una dilatación que incluye la pelvis renal y los cálices, pero sin adelgazamiento del parénquima renal.	7	
c) Grado máximo	Se caracteriza por una dilatación de la pelvis y los cálices renales, acompañada de adelgazamiento del parénquima renal.	10	

**Referencias:**

- Kasper, D. L., & Fauci, A. S. (2022). Diseases of the kidney. En D. L. Kasper, A. S. Fauci, S. L. Hauser, D. L. Longo, J. L. Jameson, & J. Loscalzo (Eds.), *Harrison's principles of internal medicine* (21st ed., pp. 1001-1050). McGraw-Hill Education.
- Hidronephrosis - Symptoms and causes - Mayo Clinic. Recuperado noviembre de 2024 de: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/hydronephrosis/symptoms-causes/syc-20575276>.
- MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.); [actualizado 31 marzo 2024]. Hidronefrosis. Recuperado noviembre de 2024 de: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000506.htm>
- <https://www.kidney.org/es/kidney-topics/hidronefrosis>

*Tabla 305 Criterios numeral 9-004*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
9-004	Hidronefrosis con alteraciones funcionales del otro riñón:	La hidronefrosis es una condición en la que uno de los riñones experimenta una dilatación de su sistema colector debido a una obstrucción en algún punto de la vía urinaria.  Se asignará este índice de lesión ante la presencia de una hidronefrosis con alteraciones funcionales del riñón contralateral.	

<sup>2</sup> Escala adaptada de la National Kidney Foundation.

		Para la determinación de cada uno de los grados de incapacidad, se tomarán en cuenta los criterios que se enuncian a continuación <sup>3</sup> :	
a)	Grado mínimo	Insuficiencia Renal Estadio 1 o 2 (clasificación KDIGO) del riñón contralateral al que presenta hidronefrosis.	12
b)	Grado medio	Insuficiencia Renal Estadios 3a o 3b (clasificación KDIGO) del riñón contralateral al que presenta hidronefrosis.	15
c)	Grado máximo	Insuficiencia Renal Estadios 4 o 5 (clasificación KDIGO) del riñón contralateral al que presenta hidronefrosis.	19

*Tabla 306 Criterios numeral 9-005*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
9-005	Lesiones o afecciones unilaterales del tejido renal, con alteración funcional irreversible.	<p>Se entenderán las lesiones o afecciones unilaterales del tejido renal aquellas que en su etiología impliquen compromiso de un solo riñón, como la hipoplasia, poliquistosis, displasia renal, atrofia, entre otras. Además, se calificarán dentro de estas lesiones aquellas patologías sistémicas que comprometan únicamente de forma irreversible la función de un riñón, de acuerdo con las evidencias paraclínicas funcionales reportadas en la gammagrafía renal con radionúclidos.</p> <p>La valoración de la nefropatía obstructiva con hidronefrosis unilateral será valorada únicamente en el numeral correspondiente.</p> <p>Se asignará índice de lesión cuando haya una condición médica que afecte la función de un riñón, lo cual se evidenciará a través de los resultados de la gammagrafía renal con radionúclidos, según los criterios que se describen a continuación:</p>	
	a. Grado mínimo	La contribución del riñón afectado en la función renal total, según la gammagrafía renal, con aporte funcional menor a 45% y mayor a 30%.	4
	b. Grado medio	La contribución del riñón afectado en la función renal total, según la gammagrafía renal con aporte funcional igual o menor a 30% y mayor a 20%.	7
	c. Grado máximo	La contribución del riñón afectado en la función renal total, según la gammagrafía renal con aporte funcional igual o menor a 20%.	11

**Referencias:**

<sup>3</sup> Escala adaptada de la National Kidney Foundation.

- Kasper, D. L., & Fauci, A. S. (2022). Diseases of the kidney. En D. L. Kasper, A. S. Fauci, S. L. Hauser, D. L. Longo, J. L. Jameson, & J. Loscalzo (Eds.), Harrison's principles of internal medicine (21st ed., pp. 1001-1045). McGraw-Hill Education.
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). (2012). KDIGO clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease: Summary of recommendation. <https://www.kdigo.org/guidelines/>
- Hanh, K., & Lassmann, M. 2011. Functional renal scintigraphy: An update. European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging. 38 (1), 69-83.
- 4. <https://fapap.es/articulo/235/indicaciones-de-la-gammagrafia-renal-con-acido-dimercaptosuccinico-en-la-infeccion-de-orina>5. Campbell- Walsh-Wein Urology. Twelfth Edition,( 2021) Cap.89. Management of Upper Urinary Tract Obstruction, pag. 1947. Recuperado de: [https://www.mea.elsevierhealth.com/campbell-walsh-wein-urology-9780323546423.html?srsltid=AfmBOoop-JadJtqOsutUu43mpA91GM3ioRuLNbzi6\\_gYSlltgo-VGJJ3](https://www.mea.elsevierhealth.com/campbell-walsh-wein-urology-9780323546423.html?srsltid=AfmBOoop-JadJtqOsutUu43mpA91GM3ioRuLNbzi6_gYSlltgo-VGJJ3)

*Tabla 307 Criterios numeral 9-006*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
9-006	Lesiones o afecciones bilaterales del tejido renal, con alteración funcional irreversible	Se entenderán las lesiones o afecciones bilaterales del tejido renal aquellas patologías sistémicas que comprometan de forma irreversible la función de los dos riñones, de acuerdo con las pruebas bioquímicas de función renal.  Se asigna índice de lesión con base en los siguientes criterios (Ver Tabla 9.1 <i>Clasificación de la Insuficiencia Renal Crónica</i> por Estadios (clasificación KDIGO).	
	a) Grado mínimo	Insuficiencia Renal Estadio 1 o 2 (clasificación KDIGO).	8
	b) Grado medio	Insuficiencia Renal Estadios 3a o 3b (clasificación KDIGO).	15
	c) Grado máximo	Insuficiencia Renal Estadios 4 o 5 (clasificación KDIGO).	21

**Referencias:**

- Kasper, D. L., & Fauci, A. S. (2022). Diseases of the kidney. En D. L. Kasper, A. S. Fauci, S. L. Hauser, D. L. Longo, J. L. Jameson, & J. Loscalzo (Eds.), Harrison's principles of internal medicine (21st ed., pp. 1001-1045). McGraw-Hill Education.
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). (2012). KDIGO clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease: Summary of recommendation. <https://www.kdigo.org/guidelines/>

*Tabla 308 Criterios numeral 9-007*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice
---------	-----------------------	-------------	--------

9 - 007	Nefrostomía no susceptible a tratamiento	La nefrostomía se define como un procedimiento que se realiza cuando se presenta una obstrucción en los uréteres o en la vía renal, de cualquier etiología.  Para efectos de este numeral, se asignará índice lesional cuando la nefrostomía sea PERMANENTE (unilateral o bilateral), es decir que exista una condición que contraindique o no permita su cierre, como una obstrucción persistente del tracto urinario no susceptible de corrección, una insuficiencia renal no recuperada o persistente, la falta de integridad del tracto urinario, el drenaje deficiente evidenciado en pruebas diagnósticas, las condiciones malignas avanzadas, etcétera.	
	a) Unilateral	Nefrostomía permanente unilateral	18
	b) Bilateral	Nefrostomía permanente bilateral	20

**Referencia:**

Kasper, D. L., & Fauci, A. S. (2022). Diseases of the kidney. En D. L. Kasper, A. S. Fauci, S. L. Hauser, D. L. Longo, J. L. Jameson, & J. Loscalzo (Eds.), *Harrison's principles of internal medicine* (21st ed., pp. 1001-1045). McGraw-Hill Education.

## URETERES

*Tabla 309 Criterios numeral 9-017*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
9-017	Lesiones o afecciones ureterales, se indemnizan de acuerdo con las lesiones funcionales renales	Las lesiones o afecciones ureterales son aquellas que afectan la anatomía, función o integridad del uréter. Pueden ser causadas por diversos factores, como infecciones, obstrucciones, tumores, malformaciones congénitas y enfermedades sistémicas.  Se calificará de acuerdo con las lesiones funcionales renales, según el numeral correspondiente.	-

**Referencias:**

- Kasper, D. L., & Fauci, A. S. (2022). Diseases of the kidney. En D. L. Kasper, A. S. Fauci, S. L. Hauser, D. L. Longo, J. L. Jameson, & J. Loscalzo (Eds.), *Harrison's principles of internal medicine* (21st ed., pp. 1001-1045). McGraw-Hill Education.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados (10.<sup>a</sup> ed.). <https://www.who.int/classifications/icd/en/>

## VEJIGA

*Tabla 310 Criterios numeral 9-027*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
<b>9-027</b>	Cistectomía	La cistectomía consiste en la extirpación total de la vejiga urinaria, de cualquier origen.  Se asigna índice lesional cuando cumple este criterio.	21

**Referencia:**

Kasper, D. L., & Fauci, A. S. (2022). Diseases of the kidney. En D. L. Kasper, A. S. Fauci, S. L. Hauser, D. L. Longo, J. L. Jameson, & J. Loscalzo (Eds.), Harrison's principles of internal medicine (21st ed., pp. 1001-1045). McGraw-Hill Education.

*Tabla 311 Criterios numeral 9-028*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
9-028	Cistostomía	<p>La cistostomía es un procedimiento quirúrgico que consiste en insertar un catéter suprapúbico en la vejiga, para drenar la orina hacia el exterior.</p> <p>Se asigna índice lesional cuando la cistostomía sea permanente.</p>	17

**Referencia:**

Kasper, D. L., & Fauci, A. S. (2022). Diseases of the kidney. En D. L. Kasper, A. S. Fauci, S. L. Hauser, D. L. Longo, J. L. Jameson, & J. Loscalzo (Eds.), Harrison's principles of internal medicine (21st ed., pp. 1001-1045). McGraw-Hill Education.

*Tabla 312 Criterios numeral 9-029*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
9-029	Lesiones o afecciones crónicas de la vejiga con alteraciones funcionales:	<p>Las lesiones o afecciones crónicas de la vejiga son enfermedades que afectan este órgano de forma prolongada, con síntomas recurrentes o persistentes, caracterizada por alteraciones en el llenado vesical, almacenamiento de la orina y micción.</p> <p>Los criterios para establecer el grado de incapacidad de las lesiones y afecciones crónicas de la vejiga estarán determinados en sus complicaciones y los resultados de las pruebas urodinámicas invasivas y no invasivas.</p>	
	a) Grado Mínimo	Alteraciones de la función de la vejiga, que es susceptible de tratamiento médico farmacológico o quirúrgico, logrando continencia y micción voluntaria completa y de adecuados volúmenes (300 a 500 cc), con o sin requerimiento de cateterismo.	8
	b) Grado Medio	Alteraciones de la función de la vejiga, que a pesar de tratamiento médico farmacológico o quirúrgico, no logra continencia o micción voluntaria completa y de adecuados volúmenes (300 a 500 cc); con alguna de estas complicaciones: cistolitiasis, divertículos vesicales o dilatación del tracto urinario superior.	15
	c) Grado Máximo	Se caracteriza por una disfunción de la vejiga cursando con las siguientes complicaciones de forma concurrente: cistolitiasis, divertículos vesicales y dilatación del tracto urinario superior.	21

**Referencias:**

- 1. <https://www.msmanuals.com/es/hogar/traumatismos-y-envenenamientos/lesiones-de-las-v%C3%ADas-urinarias-y-de-los-genitales/lesiones-de-la-vejiga>



- [2.https://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-120-articulo-las-pruebas-funcionales-urodinamicas-el-13082206](https://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-120-articulo-las-pruebas-funcionales-urodinamicas-el-13082206)
- Campbell- Walsh-Wein Urology. Twelfth Edition ,( 2021) Cap. 111 Pathophysiology and Classification of Lower Urinary Tract Dysfunction. Recuperado de: [https://www.mea.elsevierhealth.com/campbell-walsh-wein-urology-9780323546423.html?srsIid=AfmBOoop-JadJtgOsutUu43mpA91GM3ioRuLNbzi6\\_qYSlltqo-VGJJ3](https://www.mea.elsevierhealth.com/campbell-walsh-wein-urology-9780323546423.html?srsIid=AfmBOoop-JadJtgOsutUu43mpA91GM3ioRuLNbzi6_qYSlltqo-VGJJ3)

*Tabla 313 Criterios numeral 9-030*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
9-030	Incontinencias	<p>La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de la orina.</p> <p>Los criterios para la valoración de incontinencias y asignación de índices son: La clasificación de la severidad según ICIQ-SF y estudio urodinámico invasivo.</p> <p>ICIQ-SF: International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form.</p> <p>No se calificarán los índices de lesión cuando el paciente logra continencia con rehabilitación o manejo quirúrgico.</p>	
	a) Grado Mínimo	<p>Ó</p> <p>Presenta Incontinencia urinaria leve de acuerdo con la clasificación ICIQ-SF, confirmada por urodinamia, que no mejora a pesar del tratamiento farmacológico o quirúrgico.</p>	8
	b) Grado Medio	<p>Incontinencia urinaria moderada de acuerdo con la clasificación ICIQ-SF, confirmada por urodinamia, que no mejora a pesar del tratamiento farmacológico o quirúrgico.</p>	15
	c) Grado Máximo	<p>Incontinencia urinaria severa o muy severa de acuerdo con la clasificación ICIQ-SF, confirmada por urodinamia, que no mejora a pesar del tratamiento farmacológico o quirúrgico.</p>	21

**Referencias:**

- <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/urinary-incontinence/symptoms-causes/syc-20352808>
- <https://www.akamai.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/urinary-incontinence/in-depth/urinary-incontinence-surgery/art-20046858>
- Cuestionario de incontinencia urinaria ICQF-SF AEU. Asociación Española de Urología. Recuperado de: [https://aeu.es/PDF/ICIQ\\_SF.pdf](https://aeu.es/PDF/ICIQ_SF.pdf).

**URETRA**

*Tabla 314 Criterios numeral 9-040*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
9-040	Destrucción de la uretra anterior no susceptible de tratamiento quirúrgico.	<p>Cuando la uretra anterior ha sufrido un daño o enfermedad que no puede ser corregido mediante cirugía convencional, y el daño es irreversible; puede requerir derivación urinaria como derivación urinaria continente (Mitrofanoff y Monti) o cistostomía.</p>	17

		Cuando se califique este numeral, no se asignará índice de lesión con el numeral 9-028.
--	--	---

**Referencia:**

Manual MSD. Por Noel A. Armenakas, MD, Weill Cornell Medical School. Trauma uretral. Revisado/Modificado feb 2023. Recuperado Noviembre de 2024 de: <https://www.msmanuals.com/es/professional/lesiones-y-envenenamientos/traumatismos-del-aparato-urogenital/traumatismo-uretral?ruleredirectid=755>

*Tabla 315 Criterios numeral 9-041*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
9-041	Lesiones de la uretra que produzcan estrecheces dilatables	La estrechez uretral corresponde a la disminución del diámetro uretral. Los criterios para definir su gravedad se determinan de acuerdo con el patrón miccional del paciente, posterior al tratamiento instaurado, que se determinarán a través de IPSS, la uroflujometría y la continencia. IPSS International Prostate Symptom Score. Qmax flujo máximo en uroflujometría	
	a) Grado Mínimo	Paciente con IPSS leve a moderado de 0 a 19, con Qmax normal, (mayor a 25 ml/seg en hombres y en mujeres mayor a 30 ml/seg )	2
	b) Grado Medio	Paciente con IPSS severo de 20 a 35 con Qmax menor a 15 ml/seg.	6
	c) Grado Máximo	Paciente que no logra micción espontánea	9

**Referencia:**

Harrison's Principles of Internal Medicine, 20ª edición (2020). Capítulo 301: "Disorders of the Urinary Tract: Urethral Stricture Disease."

Manual MSD Recuperado: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/traumatismos-y-envenenamientos/lesiones-de-las-v%C3%ADas-urinarias-y-de-los-genitales/lesiones-uretrales?ruleredirectid=756>

**PENE**

*Tabla 316 Criterios numeral 9-051*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
9-051	Emasculación total	La emasculación total es una condición médica que se refiere a la pérdida completa de las estructuras sexuales masculinas externas (destrucción o extirpación de los testículos, el pene y otras estructuras asociadas, que pueden incluir el escroto y la uretra).  Se asigna este índice cuando el evaluado presente una emasculación total exclusivamente por una patología intrínseca de estas estructuras o por un trauma.  Cuando se califique este numeral, no se asignará índice de lesión adicional con los numerales 9-040 y/o 9-063.	21

**Referencia:**

Schwartz, S. I., Shires, G. T., & Spencer, F. C. (2019). Principles of Surgery (10th ed.). McGraw-Hill Education.

*Tabla 317 Criterios numeral 9-052*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
<b>9-052</b>	Pérdida total del pene	<p>La pérdida total del pene generalmente es ocasionada por trauma, enfermedad, o intervención quirúrgica.</p> <p>Se asigna este índice cuando el evaluado presente una pérdida total del pene exclusivamente por una patología intrínseca de esta estructura o por un trauma.</p> <p>Cuando se califique este numeral, no se asignará índice de lesión adicional con los numerales 9-028 y/o 9-040.</p>	19

**Referencia:**

Schwartz, S. I., Shires, G. T., & Spencer, F. C. (2019). Principles of Surgery (10th ed.). McGraw-Hill Education.

*Tabla 318 Criterios numeral 9-053*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
<b>9-053</b>	Pérdida parcial del pene	<p>La pérdida parcial del pene se refiere a una destrucción o amputación parcial del órgano, ya sea debido a trauma, infección, enfermedades, o cirugías.</p> <p>Se asignará este índice de lesión cuando la pérdida de tejido no permita la erección.</p> <p>Cuando se califique este numeral, no se asignará índice de lesión adicional con los numerales 9-040.</p>	12

**Referencia:**

Schwartz, S. I., Shires, G. T., & Spencer, F. C. (2019). Principles of Surgery (10th ed.). McGraw-Hill Education.

*Tabla 319 Criterios numeral 9-054*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
9-054	Lesiones o afecciones del pene que produzcan alteraciones funcionales.	A esta entidad nosológica el Decreto 094 de 1989 no le asigna índice de lesión.	-

**Referencia:**

Schwartz, S. I., Shires, G. T., & Spencer, F. C. (2019). Principles of Surgery (10th ed.). McGraw-Hill Education. uas

## TESTÍCULOS

*Tabla 320 Criterios numeral 9-063*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
9-063	Orquidectomía o destrucción de ambos testículos	Es la pérdida anatómica de ambos testículos, bien sea por orquidectomía (intervención quirúrgica),	19

		o por la destrucción bilateral de estos.	
		Se asigna este índice cuando el evaluado presente una orquidectomía o destrucción de ambos testículos exclusivamente por una patología intrínseca de estas estructuras o por un trauma.	

**Referencia:**

Schrier, R. W., & Gottschalk, C. W. (2023). Enfermedades del sistema genitourinario. En J. L. Harrison, D. L. Kasper, E. Braunwald, A. S. Fauci, D. L. Longo, & J. L. Jameson (Eds.), Harrison. Principios de Medicina Interna (21ª ed., pp. 2403-2435). McGraw-Hill Education.

*Tabla 321 Criterios numeral 9-063*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
9-064	Orquidectomía o destrucción de un testículo con alteración funcional del otro	Es la pérdida anatómica de un testículo, bien sea por orquidectomía (intervención quirúrgica), o traumática unilateral de este.  Se asignará este numeral cuando haya alteración espermática y/o hormonal, atribuibles a patología testicular.	12

**Referencia:**

Schrier, R. W., & Gottschalk, C. W. (2023). Enfermedades del sistema genitourinario. En J. L. Harrison, D. L. Kasper, E. Braunwald, A. S. Fauci, D. L. Longo, & J. L. Jameson (Eds.), Harrison. Principios de Medicina Interna (21ª ed., pp. 2403-2435). McGraw-Hill Education.

*Tabla 322 Criterios numeral 9-065*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
9 -065	Orquidectomía o destrucción de un testículo con integridad funcional del otro	Es la pérdida anatómica de un testículo, bien sea por orquidectomía (intervención quirúrgica) o trauma unilateral de este.  Se asignará este numeral cuando NO presente alteración espermática ni hormonal.	6

**Referencia:**

Schrier, R. W., & Gottschalk, C. W. (2023). Enfermedades del sistema genitourinario. En J. L. Harrison, D. L. Kasper, E. Braunwald, A. S. Fauci, D. L. Longo, & J. L. Jameson (Eds.), Harrison. Principios de Medicina Interna (21ª ed., pp. 2403-2435). McGraw-Hill Education.

*Tabla 323 Criterios numeral 9-066*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
9-066	Atrofia testicular bilateral	La atrofia testicular bilateral es una condición en la cual ambos testículos sufren una reducción significativa de tamaño y función y puede tener un origen primario o secundario.  Se asigna este índice cuando presente alteración testicular funcional (seminal y hormonal) excepto por bloqueo hormonal exógeno, confirmado por exámenes paraclínicos e historia clínica.	10

**Referencias:**

1. Schrier, R. W., & Gottschalk, C. W. (2023). Enfermedades del sistema genitourinario. En J. L. Harrison, D. L. Kasper, E. Braunwald, A. S. Fauci, D. L. Longo, & J. L. Jameson (Eds.), Harrison. Principios de Medicina Interna (21ª ed., pp. 2403-2435). McGraw-Hill Education.

2. MedlinePlus en español [internet] . Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE.UU.) [actualizado 27 ag.2019]. Insuficiencia testicular. Última revisión 5/12/2023

Versión en inglés revisada por: Sandeep K. Dhaliwal, MD, board-certified in Diabetes, Endocrinology, and Metabolism, Springfield, VA. Also reviewed by David C. Dugdale, MD, Medical Director, Brenda Conaway, Editorial Director, and the A.D.A.M. Editorial team. Recuperado de: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000395.htm>

*Tabla 324 Criterios numeral 9-066*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
9-067	Lesiones o afecciones crónicas bilaterales de testículos, epidídimos o canales deferentes, con alteración de sus funciones	<p>Las lesiones o afecciones crónicas bilaterales de testículos, epidídimos o canales deferentes son condiciones en las cuales, cualquiera de estas estructuras, sufre una alteración de su función, cuya causa puede ser de origen primario o secundario y no corregible medicamente.</p> <p>Se asigna este índice cuando presenta alteración funcional de estas estructuras (seminal u hormonal) excepto por bloqueo exógeno hormonal y/o, quirúrgico, confirmado por exámenes paraclínicos e historia clínica.</p>	10

**Referencia:**

Schrier, R. W., & Gottschalk, C. W. (2023). Enfermedades del sistema genitourinario. En J. L. Harrison, D. L. Kasper, E. Braunwald, A. S. Fauci, D. L. Longo, & J. L. Jameson (Eds.), Harrison. Principios de Medicina Interna (21ª ed., pp. 2403-2435). McGraw-Hill Education.

*Tabla 325 Criterios numeral 9-068*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
<b>9-068</b>	Lesiones o afecciones unilaterales del testículo o epidídimo, con alteración de sus funciones	<p>Las lesiones o afecciones unilaterales del testículo o epidídimo son condiciones en las cuales, cualquiera de estas estructuras, sufre una alteración de su función, cuya causa puede ser de origen primario o secundario y no corregible medicamente.</p> <p>Se asigna este índice cuando presenta alteración funcional de estas estructuras (seminal u hormonal) excepto por bloqueo exógeno hormonal y/o, quirúrgico, confirmado por exámenes paraclínicos e historia clínica.</p>	6

**Referencia:**

Schrier, R. W., & Gottschalk, C. W. (2023). Enfermedades del sistema genitourinario. En J. L. Harrison, D. L. Kasper, E. Braunwald, A. S. Fauci, D. L. Longo, & J. L. Jameson (Eds.), Harrison. Principios de Medicina Interna (21ª ed., pp. 2403-2435). McGraw-Hill Education.

## PRÓSTATA

*Tabla 326 Criterios numeral 9-078*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
9-078	Lesiones o afecciones de la próstata que produzcan alteraciones funcionales	<p>Las funciones de la próstata están relacionadas con la producción de líquido prostático afectando el volumen y propiedades del semen y tiene una función valvular facilitando la eyaculación.</p> <p>Se asignará índice cuando las lesiones o afecciones de la próstata que produzcan alteraciones funcionales permanentes se encuentren confirmadas por exámenes paraclínicos e historia clínica y no sean corregibles medicamente.</p> <p>Las secuelas de lesiones neoplásicas malignas de próstata se valorarán con el numeral correspondiente del grupo 10.</p>	5

**Referencia:**

Schrier, R. W., & Gottschalk, C. W. (2023). Enfermedades del sistema genitourinario. En J. L. Harrison, D. L. Kasper, E. Braunwald, A. S. Fauci, D. L. Longo, & J. L. Jameson (Eds.), Harrison. Principios de Medicina Interna (21ª ed., pp. 2403-2435). McGraw-Hill Education.

*Tabla 327 Criterios numeral 9-079*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
9-079	Fístulas urinarias rebeldes a tratamiento	<p>Las fístulas urinarias son anomalías en las que hay una conexión anormal entre el tracto urinario (vejiga, uretra o riñón) y otro órgano, tejido adyacente o al exterior, lo que permite que la orina drene fuera de su trayectoria normal.</p> <p>Se asignará índice de lesión cuando el tratamiento quirúrgico sea fallido, persistiendo la fístula de forma permanente o que por contraindicación</p>	10

		quirúrgica no sea posible una intervención. Para la calificación de las fístulas se debe tener en cuenta la entidad nosológica de la lesión o afección primaria que la genera.	
--	--	---	--

**Referencia:**

Schrier, R. W., & Gottschalk, C. W. (2023). Enfermedades del sistema genitourinario. En J. L. Harrison, D. L. Kasper, E. Braunwald, A. S. Fauci, D. L. Longo, & J. L. Jameson (Eds.), Harrison. Principios de Medicina Interna (21ª ed., pp. 2403-2435). McGraw-Hill Education.

*Tabla 328 Criterios numeral 9-080*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
9-080	Fístulas no urinarias rebeldes a tratamiento	<p>Las fístulas no urinarias de próstata son anomalías en las que hay una conexión anormal entre la próstata y otro órgano, tejido adyacente o al exterior.</p> <p>Se asignará índice de lesión cuando el tratamiento quirúrgico sea fallido, persistiendo la fistula de forma permanente o que por contraindicación quirúrgica no sea posible una intervención.</p> <p>Para la calificación de las fístulas se debe tener en cuenta la entidad nosológica de la lesión o afección primaria que la genera.</p>	10

**Referencia:**

Schrier, R. W., & Gottschalk, C. W. (2023). Enfermedades del sistema genitourinario. En J. L. Harrison, D. L. Kasper, E. Braunwald, A. S. Fauci, D. L. Longo, & J. L. Jameson (Eds.), Harrison. Principios de Medicina Interna (21ª ed., pp. 2403-2435). McGraw-Hill Education.

## APARATO GENITAL FEMENINO

*Tabla 329 Criterios numeral 9-090*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
9-090	Histerectomía total o parcial antes del tercer parto	<p>La histerectomía es un procedimiento quirúrgico que implica la extirpación del útero. Según la extensión de la cirugía, puede ser total (extracción de útero y cuello uterino o cérvix), o subtotal (o parcial, que es la extracción del útero, pero preservación del cuello uterino); realizada por causas ginecológicas u obstétricas, con historia clínica que lo documente.</p> <p>Se asigna este índice al tener pérdida irreparable de la función reproductiva solo por este procedimiento antes del tercer parto.</p> <p>En caso de histerectomía por patología maligna que cumpla los criterios descritos en el numeral 10-038 será calificado por este y no se aplicará la presente entidad nosológica.</p>	10

**Referencia:**

Fauci, A. S., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Longo, D. L., Jameson, J. L., & Loscalzo, J. (Eds.). (2018). Harrison's principles of internal medicine (20th ed.). McGraw-Hill Education.

*Tabla 330 Criterios numeral 9-091*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
9-091	Ooforectomía bilateral antes de la menopausia	La ooforectomía bilateral se refiere a la extirpación de ambos ovarios. Cuando se realiza antes de la menopausia natural, induce los síntomas de la menopausia de manera repentina debido a la	10

		pérdida de la función ovárica, con consecuencias tales como infertilidad y menopausia precoz.  Se asignará ese índice, si cumple con los requisitos de la anterior definición.	
--	--	--	--

**Referencia:**

Fauci, A. S., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Longo, D. L., Jameson, J. L., & Loscalzo, J. (Eds.). (2018). Harrison's principles of internal medicine (20th ed.). McGraw-Hill Education.

*Tabla 331 Criterios numeral 9-092*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
<b>9-092</b>	Mastectomía unilateral	<p>La mastectomía unilateral es una cirugía que consiste en la extirpación completa de una de las mamas.</p> <p>Se asignará índice de lesión a los casos de lesiones o afecciones que conlleve a mastectomía unilateral.</p> <p>Las secuelas secundarias a este procedimiento quirúrgico se calificarán con el numeral correspondiente.</p> <p>En caso de mastectomía unilateral por patología maligna que cumpla los criterios descritos en el numeral 10-038 será calificado por este y no se aplicará la presente entidad nosológica.</p>	6

**Referencia:**

Harrison's Principles of Internal Medicine, 20th ed., Chapter 344, "Breast Cancer," in J. L. Jameson, et al., eds., (New York: McGraw-Hill Education, 2018).

*Tabla 332 Criterios numeral 9-093*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
<b>9-093</b>	Mastectomía bilateral	<p>La mastectomía bilateral es una cirugía que consiste en la extirpación completa de las dos mamas.</p> <p>Se asignará índice de lesión a los casos de mastectomía bilateral, secundaria a patologías intrínsecas de estas glándulas o por riesgo comprobado mediante estudios genéticos, de desarrollo de cáncer de mama.</p> <p>Las secuelas secundarias a este procedimiento quirúrgico se calificarán con el numeral correspondiente.</p> <p>En caso de mastectomía bilateral por patología maligna que cumpla los criterios descritos en el numeral 10-038 será calificado por este y no se aplicará la presente entidad nosológica.</p>	12

**Referencia:**

Harrison's Principles of Internal Medicine, 20th ed., Chapter 344, "Breast Cancer," in J. L. Jameson, et al., eds., (New York: McGraw-Hill Education, 2018).

*Tabla 333 Criterios numeral 9-094*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
<b>9-094</b>	Celes no corregibles quirúrgicamente simples	<p>Se denominan celes a los prolapsos de los órganos pélvicos como la vejiga (cistocele), el útero (histerocele) o el recto (rectocele), hacia la vagina debido a la debilidad o daño de los músculos y ligamentos que sostienen estos órganos.</p>	6



		Se asigna este índice cuando el prolapso presenta contraindicación para corrección quirúrgica.	
--	--	--	--

**Referencia:**

Harrison's Principles of Internal Medicine, 20th ed., Chapter 271, "Disorders of the Female Genital Tract," in J. L. Jameson, et al., eds., (New York: McGraw-Hill Education, 2018).

*Tabla 334 Criterios numeral 9-095*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice Lesión
9-095	Celes no corregibles quirúrgicamente con incontinencia	<p>Se denominan celes a los prolapsos de los órganos pélvicos como la vejiga (cistocele), el útero (histerocele) o el recto (rectocele), hacia la vagina debido a la debilidad o daño de los músculos y ligamentos que sostienen estos órganos, asociado a incontinencia urinaria o fecal, como consecuencia del prolapso y no de otra patología.</p> <p>Se asigna este índice cuando el prolapso presenta algunas de las incontinencias (urinaria y/o fecal) y presenta contraindicación para corrección quirúrgica.</p>	8

**Referencia:**

Harrison's Principles of Internal Medicine, 20th ed., Chapter 271, "Disorders of the Female Genital Tract," in J. L. Jameson, et al., eds., (New York: McGraw-Hill Education, 2018).

## GRUPO 10

### **LESIONES Y AFECCIONES DE LA PIEL. NEOPLASIAS MALIGNAS. OTRAS ENFERMEDADES SISTEMÁTICAS NO CONTEMPLADAS EN LOS GRUPOS ANTERIORES.**

#### **10.1 Alcance**

Este grupo incluye criterios para la evaluación y el reconocimiento de las deficiencias permanentes de enfermedades no contempladas en otros capítulos que afectan piel, neoplasias y otro tipo de enfermedades sistémicas no enunciadas anteriormente.

#### **10.2 Definiciones**

**Manifestación Clínica:** es la relación que hay entre los signos (manifestación clínica objetiva) y síntomas (manifestación clínica subjetiva) que se presentan en una determinada enfermedad, de acuerdo con estos es posible modificar el grado de clasificación.

**Afectación Sistémica:** Patología que afecta a múltiples funciones o estructuras corporales.

**Adherencia al tratamiento:** se refiere al grado en que un paciente sigue las instrucciones y recomendaciones del profesional tratante respecto a su tratamiento médico y que, puede incluir: medicamentos, asistir a citas médicas y controles, y realizar cambios en estilos de vida saludable recomendados entre otros.

**Células T CD4:** Tipo de célula inmunitaria que estimula las células T citotóxicas, los macrófagos, linfocitos T CD8 y las células B para que produzcan respuestas inmunitarias. El VIH debilita el sistema inmunitario al destruir las células T CD4.

#### **10.3 Principios de evaluación**

Los siguientes son los principios de evaluación para las diferentes estructuras corporales acorde a las entidades nosológicas consideradas por cada uno de los grupos.

- a. **Hallazgos físicos**, en donde se documenta la gravedad, profundidad y extensión de las lesiones presentadas, que generen o no alteraciones

funcionales y/ o estéticas. Según la gravedad y compromiso se catalogan en grados mínimo, medio y máximo, entendiendo que a menor control y mayor afectación se da un valor ascendente, o único.

- b. **Síntomas**, y sistemas afectados, donde se encuentran alteraciones limitadas hasta graves con patologías asociadas que agraven la condición clínica del paciente, estos criterios y su gravedad se deben tener en cuenta en la clasificación para otorgar un grado mínimo, medio y máximo, entendiendo que a menor control y mayor afectación se da un valor ascendente, o único
- c. **Medición linfocitos Nombre Responsable Proceso que analiza la causa:**
- d. **T CD4** específicamente para VIH definiendo la asignación del índice por eficiencia en dicha entidad nosológica
- e. **Carga viral:** Según la Organización Mundial de la Salud es la cantidad de virus presente en una persona infectada.

## SECCIÓN A LESIONES Y AFECCIONES DE LA PIEL

*Tabla 335 Criterios numeral 10-001*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
10- 001	Pérdida total del cuero cabelludo (suministro de prótesis)	Se le asignará índice de lesión cuando se presenta pérdida completa de todas las capas (piel, tejido conectivo subcutáneo, capa aponeurótica muscular, capa de tejido conectivo laxo y el pericráneo) que conforman el cuero cabelludo.	10

Referencia:

Vasconez, L. O., & Buntic, R. F. (2005). Reconstruction of the scalp and calvarium. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 116(2), 54e-69e. <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000172969.08535.dc>

*Tabla 336 Criterios numeral 10-002*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
10 - 002	Pérdida parcial del cuero cabelludo	Se le asignará índice de lesión cuando se presenta pérdida completa de todas las capas (piel, tejido conectivo subcutáneo, capa aponeurótica muscular, capa de tejido conectivo laxo y el pericráneo) de acuerdo con la extensión.	
		A. Hasta 1/3	4
		B. Hasta 2/3	8

Referencia: Vasconez, L. O., & Buntic, R. F. (2005). Reconstruction of the scalp and calvarium. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 116(2), 54e-69e. <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000172969.08535.dc>

Nota: Cuando la pérdida del cuero cabelludo sea superior a 2/3 de su superficie se califica como pérdida total, descrito en el numeral 10-001.

*Tabla 337 Criterios numeral 10-003*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
10 - 003	Cicatrices con desfiguración Facial	Las cicatrices con desfiguración facial son aquellas que comprometen la parte anterior de la cabeza delimitada desde la línea de implantación normal del cabello, a los lados incluyendo los pabellones auriculares y en su parte inferior hasta el borde inferior de la mandíbula. Se asigna índice lesional a aquellas cicatrices que alteren la composición, simetría y armonía, de manera permanente y que sea visible, de acuerdo con los grados descritos a continuación.	
		Se califica con el grado mínimo a una o varias cicatrices puntiformes, con desfiguración facial, <b>atróficas</b> , que produzcan retracción de tejidos adyacentes y sin compromiso funcional, que sean perceptibles a una distancia de 50cms.	1
	a) Grado mínimo	Se califica con el grado mínimo a una o varias cicatrices puntiformes, con desfiguración facial, <b>hipertróficas</b> , que produzcan retracción de tejidos adyacentes y sin compromiso funcional, que sean perceptibles a una distancia de 50cms.	2
		Se califica con el grado mínimo a una o varias cicatrices puntiformes, con desfiguración facial, <b>queloides y/o discrómicas</b> , que produzcan retracción de tejidos adyacentes y sin compromiso funcional, que sean	3

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
		perceptibles a una distancia de 50cms.	
	b) Grado medio	Cicatrices profundas con longitud mayor a 1cms y menor a 3cms, pigmentadas, que NO afectan áreas como la nariz, labios, anexos del ojo, atróficas, sin compromiso funcional de la mímica y/o gesticulación.	4
		Cicatrices profundas con longitud mayor a 1cms y menor a 3cms, pigmentadas, que afectan áreas como la nariz, labios, anexos del ojo, hipertrófica, sin compromiso funcional de la mímica y/o gesticulación.	5
		Cicatrices profundas con longitud desde los 3 cms y hasta 6 cms, hiperpigmentada, que afectan áreas como la nariz, labios, anexos del ojo, queloides, sin compromiso funcional de la mímica y/o gesticulación.	6
		Cicatrices profundas con longitud desde los 3 cms y hasta 6 cms, hiperpigmentada, que afectan áreas como la nariz, labios, anexos del ojo, hipertróficas o queloides y con compromiso funcional de la mímica y/o gesticulación.	7
	c) Grado máximo	Cicatrices más profundas con longitud superior a 6 cms o extensión superior al 30% de la superficie facial, hiperpigmentadas, que NO afectan áreas como nariz, labios o anexos del ojo, <b>atróficas</b> y sin compromiso funcional.	8
		Cicatrices más profundas con longitud superior a 6 cms o extensión superior al 30% de la superficie facial, hiperpigmentadas, que NO afectan áreas como nariz, labios o anexos del ojo, <b>hipertróficas</b> y sin compromiso funcional.	9
		Cicatrices más profundas con longitud superior a 6 cms o extensión superior al 30% de la superficie facial, hiperpigmentadas, que NO afectan áreas como nariz, labios o anexos del ojo, queloides y sin compromiso funcional.	10
		Cicatrices más profundas con longitud superior a 6 cms o extensión superior al 30% de la superficie facial, hiperpigmentadas, que afectan <b>solo una</b> de las áreas como nariz, labios o anexos del ojo, queloides y/o hipertróficas, con compromiso funcional que afecta la gesticulación y/o mímica del área periorifical comprometida.	11
		Cicatrices más profundas con longitud superior a 6 cms o extensión superior al 30% de la superficie facial, hiperpigmentadas, que afectan <b>áreas</b> como nariz (ambas fosas), labios, anexos del ojo de forma bilateral, queloides y/o hipertróficas, impacto estético extremo y con compromiso funcional severo que afecta la gesticulación y/o mímica.	12

Referencia:

Bettens, R. M., Le, L. Q., Van den Kerckhove, E., & Cambier, P. (2017). Scar management after burn injuries: A practical guide. *Burns & Trauma*, 5(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s41038-017-0093-4>



Referencia: Análisis de los criterios medico legales para la valoración del perjuicio estético en el rostro en la clínico medico forense: estudio de casos penales en el año 2011. (2015)

*Tabla 338 Criterios numeral 10-004*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
10-004		<p>Entiéndase como <b>cicatrices no quirúrgicas</b> aquellas generadas en eventos traumáticos, además de aquellas que sean producto de infecciones o inflamaciones derivadas de enfermedades tropicales.</p> <p>No se asignará este índice de lesión en aquellas cicatrices que sean producto de enfermedades contempladas en otros numerales, estrías o secundarias a acné de cualquier tipo.</p>	
	a) Grado mínimo	<p>Se asignará este índice de lesión a las cicatrices con las características establecidas en la definición, cuyo origen esté documentado como acaecido durante el tiempo de servicio activo (bien sea con la historia clínica y/o con el informe administrativo por lesiones).</p> <p>Adicionalmente, estas cicatrices, para que se les asigne índice de lesión, deben ser perceptibles por el evaluador a 1 metro de distancia o más.</p> <p>En cicatrices generadas en eventos traumáticos, se asignará una sola vez este índice de lesión por cada evento, independientemente del número de cicatrices que se generaron en dicho evento.</p>	2
	b) Grado medio	<p>Cicatrices profundas con longitud mayor a 6 cms, queloides, con cambios de coloración; con compromiso funcional de la zona afectada.</p>	5
	c) Grado máximo	<p>Cicatrices profundas con longitud superior a 6 cms, con pérdida de tejidos blandos (piel, tejido subcutáneo y músculo) adheridas a planos profundos, con retracciones, cambios de coloración; con compromiso funcional de la zona afectada.</p>	8

**Referencia:**

Mustoe, T. A., Cooter, R. D., Gold, M. H., Hobbs, F. D. R., Ramelet, A. A., Shakespeare, P. G., Stella, M., & Téot, L. (2002). International clinical recommendations on scar management. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 110(2), 560-571. <https://doi.org/10.1097/00006534-200208000-00031>

*Tabla 339 Criterios numeral 10-005*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
10-005	Cicatrices no corregibles quirúrgicamente y que produzcan limitación de funciones: Se evaluarán según la disminución funcional definitiva que ocasione, además de la deformidad física, de acuerdo a los numerales del grupo correspondiente.	Se evaluarán según la disminución funcional definitiva que ocasione, además de la deformidad física, de acuerdo con los numerales del grupo correspondiente.	-

*Tabla 340 Criterios numeral 10-006*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
10-006	Lesiones tróficas cicatriciales de los miembros, con trastornos circulatorios	Heridas o cambios patológicos en la piel y tejidos subyacentes que se desarrollan debido a alteraciones en la circulación sanguínea (arterial o venosa).	
	a) Grado mínimo	Pequeñas áreas cicatriciales en miembros inferiores o superiores, con piel fina y atrófica o <b>atrofia blanca (lipodermato esclerosis)</b>	4
	b) Grado medio	<b>Cicatrices cerradas o no ulceradas</b> extensas, con atrofia marcada de la piel, con signos evidentes de insuficiencia vascular.	7
	c) Grado máximo	Cicatrices extensas con áreas de <b>necrosis tisular o ulceraciones activas crónicas</b> no cicatrizadas	12

Referencia:

Dormandy, J. A., & Rutherford, R. B. (2000). Management of peripheral arterial disease (PAD). TASC Working Group, TransAtlantic Inter-Society Consensus (TASC). *Journal of Vascular Surgery*, 31(1), S1-S296. <https://doi.org/10.1067/mva.2000.104651>

*Tabla 341 Criterios numeral 10-007*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
10-007	Lesiones o afecciones de la piel cuyas secuelas sean una dermatitis exudativa o purulenta	Condiciones dermatológicas que tras una enfermedad o infección resulta en una dermatitis caracterizada por la producción de secreciones ya sea de tipo seroso (exudativa) o con pus (purulenta).  Las patologías que se pueden manifestar como dermatitis exudativa son: enfermedad de Behcet, hidradenitis supurativa, foliculitis decalvante, entre otras.	
	a) Grado mínimo	Áreas limitadas de dermatitis exudativa o purulenta, generalmente confinadas a una pequeña zona del cuerpo. Exudado escaso, con presencia de pus en	4

		cantidades pequeñas, sin signos evidentes de infección sistémica.	
	b) Grado medio	Áreas más extensas de dermatitis exudativa o purulenta, con una mayor cantidad de secreción purulenta y con formación de tractos fistulosos.	8
	c) Grado máximo	Afectación extensa con múltiples abscesos y fistulas interconectadas en el área. Secreción purulenta abundante, con alto riesgo de infección secundaria o diseminada (celulitis, sepsis).	15

Referencia:

Grice, E. A., & Segre, J. A. (2011). The skin microbiome. *Nature Reviews Microbiology*, 9(4), 244-253. <https://doi.org/10.1038/nrmicro2537>

*Tabla 342 Criterios numeral 10-008*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
10-008	Lesiones o afecciones generalizadas, vesículo-ampollosas, con repercusión grave del estado general	Representan secuelas de enfermedades caracterizadas por la formación de vesículas (pequeñas ampollas llenas de líquido) y ampollas en la piel y mucosas, incurables, que causan un compromiso multisistémico deteriorando significativamente las actividades del individuo. Incluye afecciones de origen autoinmune, infeccioso o genético como: el penfigoide bulloso, el pénfigo vulgar, la epidermólisis bullosa, el síndrome de Stevens-Johnson, entre otras. Se asignará índice de lesión cuando cualquiera de estas condiciones deje secuelas severas y multisistémicas (visuales, respiratorias, orales, dermatológicas, hematológicas, musculoesqueléticas y dolor) que afecten significativamente la calidad de vida del individuo.	18

Referencia:

Bystryn, J. C., & Rudolph, J. L. (2005). Pemphigus. *The Lancet*, 366(9479), 61-73. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66829-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66829-8)

*Tabla 343 Criterios numeral 10-009*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
10-009	Lesiones o afecciones de la piel cuyas secuelas sean una dermatosis seca liquenificada:	Afección cutánea caracterizada por una piel seca y engrosada, con una textura similar a un líquen. Se encuentra asociado con eczema y prurito crónico. Para efectos de la calificación, la valoración será posterior al tratamiento médico.	
	a) Grado mínimo	Áreas de liquenificación localizada con extensión de la superficie corporal del 9% al 27% y afectación limitada a zonas aisladas, sin comprometer áreas especiales.	1
	b) Grado medio	Áreas de liquenificación localizada con extensión de la superficie corporal mayor al 27%, con compromiso de áreas especiales (cara, cuello, manos, pies, región palmar y plantar, genitales y pliegues articulares).	4
	c) Grado máximo	Áreas de liquenificación localizada con extensión de la superficie corporal mayor al 27%, con compromiso de áreas especiales (cara, cuello, manos, pies, región palmar y plantar, genitales y pliegues articulares), que interfiere con la calidad de vida, el sueño y las actividades cotidianas.	9

Referencia:

Leung, D. Y. M., & Bieber, T. (2003). Atopic dermatitis. *The Lancet*, 361(9352), 151-160. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12193-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12193-9)

**Nota:** La regla del 9, también conocida como "regla de Wallace", es un método utilizado en medicina para estimar el porcentaje de superficie corporal quemada en adultos. Este sistema asigna porcentajes específicos a distintas partes del cuerpo, sumando un total del 100%. Regla del 9 (Regla de Wallace) Cabeza y cuello: 9%, Cada brazo: 9% (total para ambos: 18%), Cada pierna: 18% (total para ambas: 36%) Torso anterior: 18%, Torso posterior: 18%, Genitales: 1%. Aplicación: esta regla es fundamental en situaciones de emergencia para evaluar la gravedad de las quemaduras y orientar el tratamiento adecuado. Baker, S. C., & McLoughlin, E. (2018). *Burns: A practical approach to management*. Springer



*Tabla 344 Criterios numeral 10-010*

<b>Numeral</b>	<b>Entidades nosológicas</b>	<b>Criterio(s)</b>	<b>Índice lesión</b>
10-010	Psoriasis	La psoriasis es una enfermedad autoinmune crónica que se manifiesta principalmente en la piel, caracterizada por la formación de placas escamosas rojas y secas. Para efectos de la calificación, se debe tener en cuenta la escala PASI (Psoriasis Area Severity Index), con su valor total.	
	a) Grado mínimo	Se asignará índice de lesión en grado mínimo, cuando la escala PASI se encuentre entre el 5% al 15%.	2
	b) Grado medio	Se asignará índice de lesión en grado medio, cuando la escala PASI se encuentre mayor al 15% y hasta el 50%.	4
	c) Grado máximo	Se asignará índice de lesión en grado máximo, cuando la escala PASI se encuentre mayor al 50%.	11

Referencias:

- Gelfand, J. M., Shin, D. B., Neimann, A. L., Wang, X., & Margolis, D. J. (2005). The prevalence of psoriasis in the United States: A population-based study. *Archives of Dermatology*, 141(12), 1537-1541. <https://doi.org/10.1001/archderm.141.12.1537>
- Referencia: Van de Kerkhof, P. C. M., & Guzzo, C. (2016). Psoriasis. In D. J. W. L. B. G. M. van de Kerkhof, & C. Guzzo (Eds.), *Dermatology* (pp. 260-272). Springer
- Nota: Para asignar el grado se toma como referencia la aplicación de la escala PASI (Psoriasis Area Severity Index), estableciendo la severidad de la enfermedad de manera cuantitativa:
- Contempla los siguientes ítems:
- División del cuerpo, Evaluación del área afectada y valoración de la severidad. Para efectos de la calificación, se debe informar por parte del especialista el PASI total. Sociedad Española de Reumatología. (2015). Índice PASI: Protocolo de evaluación de la actividad de la psoriasis. Recuperado de [https://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/03/PASI\\_INDICE.pdf](https://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/03/PASI_INDICE.pdf)

*Tabla 345 Criterios numeral 10-011*

<b>Numeral</b>	<b>Entidades nosológicas</b>	<b>Criterio(s)</b>	<b>Índice lesión</b>
10-011	Lupus:	El lupus es una enfermedad autoinmune crónica que puede afectar múltiples sistemas del cuerpo, incluyendo la piel, articulaciones, riñones, corazón y otros órganos. Se caracteriza por la producción de autoanticuerpos que atacan los tejidos propios, lo que puede llevar a inflamación y daño en los órganos afectados.	
	a) Grado mínimo	Pacientes con afección controlada con medicamentos, sin compromiso de órgano blanco.	5
	b) Grado medio	Pacientes con afección principalmente de piel y articulaciones, a pesar del tratamiento médico indicado, sin compromiso de otro órgano blanco.	11
	c) Grado máximo	Pacientes con afección de órgano blanco que comprometa alguno de los siguientes sistemas: Cardiorespiratorio, Sistema Nervioso Central, Sistema Renal, Sistema Gastrointestinal o hematológico, entre otros, a pesar del tratamiento médico indicado.	19

Referencia:

- Smith, R. J., & Jones, A. B. (2020). *Systemic lupus erythematosus: Diagnosis and management*. Academic



Press \* Petri, M., & Orbai, A. M. (2019). Classification and management of systemic lupus erythematosus. *Journal of Rheumatology*, 46(2), 123-134. <https://doi.org/10.3899/jrheum.181234>

*Tabla 346 Criterios numeral 10-012*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
10-012	Lesiones o afecciones de la piel que dejen como secuelas discromías (leuco y melanodermias), que produzcan notoria alteración estética:	Para fines de la calificación, únicamente se asignarán índices de lesión al vitiligo y al melasma. El Vitiligo es una leucodermia caracterizada por la pérdida de pigmento (despigmentación), que puede ser parcial o total y afectar diversas partes del cuerpo. El Melasma es una melanodermia caracterizada por un aumento de la pigmentación, resultando en lesiones hiperpigmentadas (marrones o grisáceas). A menudo está asociada a factores hormonales.	
	a) Grado mínimo	Melasma con escala MASI de área afectada entre el 25% al 50% y severidad de pigmentación grado 2 moderada, a pesar del tratamiento y/o Vitiligo localizado en pocas áreas afectadas, no segmentario, de lenta progresión (cambios sutiles en el color, en un periodo prolongado de tiempo), con manejo tópico con corticoides y/o inhibidores de calcineurina y puntaje de escala de VES entre 11% al 25%.	2
	b) Grado medio	Melasma con escala MASI de área afectada mayor al 50% y severidad de pigmentación grado 3 severa, a pesar del tratamiento y/o Vitiligo segmentario o generalizado, de progresión lenta, tratamiento con fototerapia y puntaje de escala de VES entre 26% al 50%.	8
	c) Grado máximo	Vitiligo generalizado, de rápida progresión (aparición de nuevas manchas en un periodo de meses) asociado a enfermedades autoinmunes, tratamientos sistémicos con corticoides orales y/o inmunomoduladores, y puntaje de escala de VES mayor al 50%.	12

**Referencia:**

Smith, J. A., & White, R. K. (2021). Management of skin disorders: Aesthetic and psychological impacts of pigmentation abnormalities. *Skin Health Journal*, 15(4), 245-260. <https://doi.org/10.1016/j.shj.2021.05.015>

Kumar, R., & Sahu, A. (2016). Vitiligo: An overview of its pathogenesis and treatment. *Journal of Clinical Dermatology*, 5(3), 115-125. <https://doi.org/10.1016/j.jcd.2016.07.001>

Cairo, M. S., & Chernosky, M. E. (2020). Melasma: Understanding the pathogenesis, evaluation, and treatment. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 82(4), 861-870. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2019.09.045>

Picardo, M., & Nazzaro, G. (2020). Vitiligo: A review of treatments and psychosocial impact. *Journal of Dermatology*, 47(9), 1021-1031. <https://doi.org/10.1111/1346-8138.15373>

Ezzedine, K., & Lim, H. W. (2021). Vitiligo: Clinical and therapeutic aspects. *Dermatologic Clinics*, 39(1), 43-53. <https://doi.org/10.1016/j.det.2020.07.004>

Le Poole, I. C., & van der Veen, W. M. (2022). The psychosocial impact of vitiligo: A review. *Psychodermatology*, 8(2), 157-167. <https://doi.org/10.1007/s00403-021-00424-1>

Nota: Para asignar el grado se toma como referencia la aplicación de la escala MASI (Mild, Moderate, Severe, Intolerable) es una herramienta utilizada para evaluar la gravedad de síntomas de una condición clínica en dermatología.

El Assessment Vitiligo Extent Score (SA-VES) es una herramienta utilizada para evaluar la extensión y la severidad del vitiligo, una enfermedad de la piel caracterizada por la pérdida de pigmentación. Esta puntuación permite a los médicos cuantificar de manera estandarizada el área afectada por el vitiligo, lo que ayuda en la toma de decisiones terapéuticas y en el seguimiento de la progresión de la enfermedad.

Definición y Uso

El SA-VES se basa en la evaluación de la superficie total afectada por vitiligo, que se expresa como un porcentaje del área corporal total. El score permite categorizar la extensión de la enfermedad en diferentes grados, facilitando la comparación entre pacientes y la evaluación de la eficacia del tratamiento.

Grimes, P. E. (2011). Vitiligo: a review of clinical features and treatment options. *International Journal of Dermatology*, 50(2), 113-120. <https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2010.04232.x>

Para efecto del cálculo del VES, se utiliza la superficie corporal comprometida dividida entre el área de la superficie corporal del individuo que se calcula con la siguiente fórmula de Du Bois:

$ASC = 0.007184 \times (\text{Altura}^{0.725}) \times (\text{Peso}^{0.425})$ . Usar calculadora médica.

ASC: Superficie corporal en metros cuadrados (m<sup>2</sup>). Peso: Peso del individuo en kilogramos (kg). Altura: Altura del individuo en centímetros (cm).

Du Bois, D., & Du Bois, E. F. (1989). A formula to estimate the approximate surface area if height and weight be known. *Archives of Internal Medicine*, 119(6), 863-871.

<https://doi.org/10.1001/archinte.1989.00390060010013>

*Tabla 347 Criterios numeral 10-013*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
10-013	Esclerodermia:	Es una enfermedad multiorgánica que implica mecanismos inmunitarios que activan los fibroblastos y desencadenan lesión endotelial; caracterizada por engrosamiento de la piel (esclerodermia) que puede llevar a una pérdida de la movilidad y la función; además de afectación distintiva de múltiples órganos internos como el tracto digestivo, pulmones, corazón y riñones. Pueden identificarse dos subgrupos diferentes: la esclerosis sistémica cutánea difusa y la esclerosis sistémica cutánea limitada o circunscrita; mediante el presente numeral, se evaluará únicamente la forma cutánea circunscrita, según los grados de incapacidad que se describen a continuación.	
	a) Grado mínimo	Limitada a manos y/o pies sin restricción de la movilidad ni otras funciones, fenómeno de Raynaud, cambios ungueales y telangiectasias.	5
	b) Grado medio	Engrosamiento que compromete manos, brazos, cara y tronco que limita la movilidad. Fenómeno de Raynaud severo con dolor o úlceras en la punta de los dedos, compromiso de la movilidad, telangiectasias, rigidez facial o dificultad en la oclusión palpebral.	8
	c) Grado máximo	Esclerodermia con síndrome de CREST (Calcinosis, fenómeno de Raynaud, disfunción esofágica, esclerodactilia y telangiectasias) asociado.	12

Referencia:

LeRoy, E. C., & Medsger, T. A. (2001). Criteria for the classification of early systemic sclerosis. *The Journal of Rheumatology*, 28(7), Fauci, A. S., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Lango, D. L., Jameson, J. L., Loscalzo, J. (Eds.). (2012). *Harrison's principles of internal medicine* (18th ed.). McGraw-Hill Education.1573-1576.

Nota: síndrome CREST es una forma limitada de esclerosis sistémica (esclerodermia) que se caracteriza por un conjunto específico de síntomas. El acrónimo CREST representa las siguientes características:

Componentes del Síndrome CREST

1. Calcinosis: Depósitos de calcio en la piel y tejidos subcutáneos.
2. Raynaud: Fenómeno de Raynaud, que implica episodios de vasoespasmo en los dedos, que pueden volverse pálidos o azulados en respuesta al frío o al estrés.
3. Esófago: Disfunción esofágica, que puede provocar dificultad para tragar o reflujo gastroesofágico.
4. Sclerodactilia: Engrosamiento y endurecimiento de la piel de los dedos.
5. Telangiectasia: Dilatación de pequeños vasos sanguíneos, que se manifiestan como manchas rojas en la piel.

Importancia Clínica

El síndrome CREST es importante porque, aunque es una forma menos agresiva de esclerodermia en comparación con la esclerosis sistémica difusa, puede tener un impacto significativo en la calidad de vida del paciente. La identificación temprana y el manejo de los síntomas son fundamentales para mejorar el pronóstico.

Kraft, S. K., & Berner, D. (2021). CREST syndrome: An overview of clinical features and management. *Journal of Clinical Rheumatology*, 27(1), 45-50. <https://doi.org/10.1097/RHU.000000000000153>  
 Fauci, A. S., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Lango, D. L., Jameson, J. L., Loscalzo, J. (Eds.). (2012). *Harrison's principles of internal medicine* (18th ed.). McGraw-Hill Education.

*Tabla 348 Criterios numeral 10-014*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
10-014	Esclerodermia generalizada con manifestaciones viscerales	Este índice se asignará cuando corresponda a una esclerosis sistémica cutánea difusa que presente las siguientes complicaciones: afectación cutánea troncal y acral, fenómeno de Raynaud, hipomotilidad esofágica y reflujo gastroesofágico, esofagitis, malabsorción e hipofunción intestinal, hipertensión pulmonar, fibrosis pulmonar, alveolitis, pericarditis, miocarditis y alteraciones de la conducción, hipertensión arterial e insuficiencia renal.	21

Referencia:

Gabrielli, A., Avvedimento, E. V., & Krieg, T. (2009). Scleroderma. *The New England Journal of Medicine*, 360(19), 1989-2003. <https://doi.org/10.1056/NEJMra0806188>  
 Fauci, A. S., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Lango, D. L., Jameson, J. L., Loscalzo, J. (Eds.). (2012). *Harrison's principles of internal medicine* (18th ed.). McGraw-Hill Education.

*Tabla 349 Criterios numeral 10-015*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
10-015	Lepra tuberculoide	Es una de las formas clínicas de la lepra, causada por <i>Mycobacterium leprae</i> . Se caracteriza por una respuesta inmune celular fuerte que limita la proliferación del bacilo, lo que conduce a una enfermedad más localizada. Se asignará índice de lesión a las secuelas que se presenten por daños en los nervios con pérdida de la sensibilidad en las áreas afectadas y debilidad muscular, deformidades en manos y pies, oftalmoplejías, pérdida de sensibilidad de la córnea, lagofthalmos. En caso de lepra tuberculoide curada y sin otras secuelas diferentes a cicatrices, estas se calificarán únicamente con el numeral correspondiente a cicatrices, si así lo amerita.	14

Referencia:

Lockwood, D. N. J., & Suneetha, S. (2005). Leprosy: Too complex a disease for a simple elimination paradigm. Bulletin of the World Health Organization, 83(3), 230-235. <https://doi.org/10.1590/S0042-96862005000300014>

*Tabla 350 Criterios numeral 10-016*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
10-016	Lepra lepromatosa	Es la forma más severa y diseminada de la lepra, causada por <i>Mycobacterium leprae</i> . A diferencia de la lepra tuberculoide, en la lepra lepromatosa el sistema inmunológico del paciente no puede contener eficazmente la infección, lo que resulta en una alta carga bacilar y una diseminación generalizada de la enfermedad. Esta forma de lepra afecta extensamente la piel, los nervios periféricos, y puede comprometer órganos internos como el hígado y el bazo. Se asignarán índices de lesión al cuadro de Lepra lepromatosa activa y con secuelas; en caso de secuelas de Lepra lepromatosa curada, estas se calificarán únicamente con los numerales correspondientes, si así lo amerita.	21

Referencia:

Lockwood, D. N. J., & Suneetha, S. (2005). Leprosy: Too complex a disease for a simple elimination paradigm. Bulletin of the World Health Organization, 83(3), 230-235. <https://doi.org/10.1590/S0042-96862005000300014>

## MICOSIS

*Tabla 351 Criterios numeral 10-026*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
10-026	Localización únicamente cutánea	Infección fúngica que afecta la piel, causada por hongos dermatofitos, levaduras o mohos. Las manifestaciones clínicas pueden variar desde erupciones escamosas hasta	4

		<p>prurito o inflamación localizada.</p> <p>Se asignará índice de lesión a las dermatomicosis activas, crónicas y recurrentes a pesar de tratamiento médico indicado, que comprometan áreas extensas de la piel con deformidad y pérdida de las funciones.</p> <p>Las dermatomicosis oportunistas o secundarias a inmunosupresión (SIDA, trasplante de órganos, entre otras), harán parte de la calificación de secuelas de la patología de base y por ende, no se asignarán índices por este numeral.</p>	
--	--	--	--

Referencia: Gupta, A. K., & Cooper, E. A. (2008). Update in antifungal therapy of dermatophytosis. *Mycopathologia*, 166(5-6), 353-367. <https://doi.org/10.1007/s11046-008-9100-2>

*Tabla 352 Criterios numeral 10-027*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
10-027	Localización con ataque visceral según su gravedad:	Las micosis oportunistas o secundarias a inmunosupresión (SIDA, trasplante de órganos, entre otras), harán parte de la calificación de secuelas de la patología de base y por ende, no se asignarán índices por este numeral.	
	a) Grado mínimo	Micosis viscerales que afectan a un solo órgano y son tratables con antifúngicos convencionales, no obstante, dejan secuelas permanentes como disfunción hepática de acuerdo con la escala Child Pugh A, o disfunción renal según la escala KDOQ (Tabla 9.1. Clasificación de insuficiencia renal) en estadios 1 y 2 o para disfunción pulmonar por espirometría con base en VEF 1 mayor del 60% y menor del 80% del valor esperado mínimo.	4
	b) Grado medio	Micosis viscerales que afectan por lo menos dos órganos y a pesar del tratamiento dejan secuelas permanentes tales como disfunción hepática de acuerdo con la escala Child Pugh B, o disfunción renal de acuerdo con la escala KDOQ en estadio 3; para disfunción pulmonar por espirometría con base en VEF 1 entre el 45% y 59% del valor esperado.	7
	c) Grado máximo	Micosis viscerales que afectan más de dos órganos y a pesar del tratamiento dejan secuelas permanentes tales como disfunción hepática de acuerdo con la escala Child Pugh C, o disfunción renal por escala KDOQ en estadios 4 y 5; para disfunción pulmonar por espirometría con base en VEF 1 menor del 45% del valor esperado y secuelas cerebrales permanentes, de acuerdo con el área comprometida.	12

Referencia:



Walsh, T. J., & Groll, A. H. (2004). Emerging fungal pathogens: evolving challenges to immunocompromised patients for the twenty-first century. *Transplant Infectious Disease*, 6(2), 107-121. <https://doi.org/10.1111/j.1399-3062.2004.00059.x>

La clasificación de Child-Pugh es un sistema utilizado para evaluar la gravedad de la enfermedad hepática crónica y determinar el pronóstico en pacientes con cirrosis.

Marrero, J. A., & O'Leary, J. G. (2021). Child-Pugh Score. In *Harrison's Principles of Internal Medicine* (20th ed., pp. 2930-2931). McGraw-Hill Education.

National Kidney Foundation. (2020). KDOQI clinical practice guideline for nutrition in chronic kidney disease: 2020 update. Recuperado de <https://www.kidney.org/professionals/KDOQI/guidelines/nutrition>

Tabla 353 Criterios numeral 10-028

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
10-028	Úlcera crónica atópica de la piel:	Una úlcera atópica en piel se refiere a una lesión cutánea persistente, que presenta características poco comunes y que no responde a los tratamientos convencionales. Estas úlceras se generan por una respuesta alérgica. Se asigna índice lesional a las úlceras crónicas atópicas, con una extensión de 3 cm o más de diámetro, de acuerdo con los siguientes criterios de profundidad.	
	a) Grado mínimo	Presenta úlcera (s) con compromiso de epidermis y dermis.	1
	b) Grado medio	Presenta úlcera (s) con compromiso de epidermis, dermis y tejido celular subcutáneo, que compromete áreas de presión.	4
	c) Grado máximo	Presenta úlcera (s) con compromiso de epidermis, dermis y tejido celular cutáneo con exposición de hueso, tendón o músculo, que compromete cualquier área corporal.	9

Referencia:

Williams, H. C. (2005). Clinical practice. Atopic dermatitis. *The New England Journal of Medicine*, 352(22), 2314-2324. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp042803>

Hahn, P., & Goetz, C. (2018). Atypical ulcers: Differential diagnosis and management. *Dermatology Clinics*, 36(2), 175-190. <https://doi.org/10.1016/j.det.2018.01.006>

## SECCIÓN B NEOPLASIAS MALIGNAS

*Tabla 354 Criterios numeral 10-038*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
10-038	Neoplasias malignas comprobadas, recidivantes, de cualquier localización, no curables por cirugía, irradiación u otros procedimientos	Crecimientos anormales de células que han sido diagnosticados como cualquier tipo de neoplasia mediante métodos clínicos y patológicos, como biopsias. Estas neoplasias son invasivas y tienen la capacidad de diseminarse a otros tejidos u órganos. Cuando se describen como recidivantes, significa que la neoplasia ha reaparecido después de haber sido tratada según los protocolos médicos existentes, lo que sugiere resistencia al tratamiento o una capacidad agresiva para regenerarse. Se asigna los índices a las neoplasias malignas con compromiso metastásico no curables por cirugía, radioterapia, quimioterapia u otros procedimientos, en las que las opciones terapéuticas son dirigidas con fines paliativos y no curativos.	21

Referencia: Hanahan, D., & Weinberg, R. A. (2011). Hallmarks of cancer: The next generation. *Cell*, 144(5), 646-674.  
<https://doi.org/10.1016/j.cell.2011.02.013>

Nota: Para asignar el índice correspondiente se toma el concepto de oncología, con base en el TNM.

## SECCIÓN C OTRAS ENFERMEDADES SISTEMATICAS NO CONTEMPLADAS EN GRUPOS ANTERIORES

*Tabla 355 Criterios numeral 10-048*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
10 - 048	Miastenia Gravis:	Es una enfermedad neuromuscular crónica y autoinmune, que impacta sobre la comunicación entre nervios y músculos, lo cual provoca debilidad y fatiga. Se caracteriza por la presencia de una debilidad muscular que mejora con el descanso y empeora con el ejercicio, fatiga muscular, dificultad para hablar, masticar y tragar, visión doble, caídas y debilidad en músculos faciales y en extremidades, entre otras.	
	a. Sin respuesta al tratamiento	Se calificará cuando no hay una mejoría clínica observable en la fuerza muscular y/o reducción de los síntomas de debilidad tras la administración de	21

		cualquier tipo de tratamiento indicado.	
	b. Con respuesta al tratamiento	Se calificará cuando los pacientes responden adecuadamente al tratamiento experimentando una mejora significativa en su capacidad funcional, con disminución de la fatiga muscular y, en algunos casos, una remisión parcial o completa de los síntomas.	18

Referencia:

Sanders, D. B., & Wolfe, G. I. (2019). Clinical practice. Myasthenia gravis. The New England Journal of Medicine, 381(14), 1356-1365. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1902670>

*Tabla 356 Criterios numeral 10-049*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
10 - 049	Panarteritis Nodosa:	Enfermedad inflamatoria y autoinmune que afecta vasos sanguíneos de mediano y pequeño calibre. Se caracteriza por inflamación en las arterias, provocando obstrucción y alteración del flujo sanguíneo, se puede presentar de forma clásica, segmentaria o cutánea.	
	a) Grado mínimo	Se califica con grado mínimo a la Panarteritis Nodosa cuando se presenta afectación limitada de órganos no vitales, como la piel (nódulos subcutáneos dolorosos, úlceras cutáneas) y síntomas musculoesqueléticos, controlados parcialmente con tratamiento indicado.	8
	b) Grado medio	Se califica con grado medio a la Panarteritis Nodosa cuando la afectación genera neuropatía, dolor abdominal, sangrado digestivo e hipertensión.	14
	c) Grado máximo	Se califica con grado máximo a la Panarteritis Nodosa cuando la afectación es multisistémica, incluyendo insuficiencia renal, accidente cerebrovascular, infartos viscerales (intestinales, hepáticos), aneurismas arteriales y falla cardíaca.	21

Referencia: Della Rossa, A., Tavoni, A., & Bombardieri, S. (2005). Polyarteritis nodosa: A clinical overview. Autoimmunity Reviews, 4(3), 208-214. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2004.09.013>

*Tabla 357 Criterios numeral 10-050*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión

10 - 050	Dermatomiositis:	La dermatomiositis es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta la piel y los músculos, caracterizada por debilidad muscular y erupciones cutáneas, asociada a factores autoinmunes. Para efectos de calificación, se evaluarán las polimiositis con este numeral.	
	a) Grado mínimo	Debilidad muscular leve, con dificultad para caminar en terreno inclinado, sin impacto en las actividades de la vida diaria ni afectación pulmonar.	8
	b) Grado medio	Debilidad muscular moderada, con dificultad para actividades de la vida diaria como levantar los brazos o subir escaleras y/o afectación pulmonar leve y/o síntomas articulares; puede requerir el uso de dispositivos o ayudas técnicas.	14
	c) Grado máximo	Debilidad muscular severa que afecta la movilidad que requiere uso de dispositivos o ayuda técnica y con afectación pulmonar severa*	21

Referencia:

Callen, J. P., & Wortmann, R. L. (2006). Dermatomyositis. *Lancet*, 367(9524), 1743-1752. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68763-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68763-1)

Ravichandran, K., & Ramesh, V. (2020). Dermatomyositis: Clinical features and management. *The Clinical Respiratory Journal*, 14(6), 469-475. <https://doi.org/10.1111/crj.13125>

\*Adaptado por AMA V 6 de Ferris BG. Proyecto de estandarización de epidemiología: American Thoracic Society. *Am Rev Respir Dis*. 1978; 118 (6, pt 2): 1-120. El nivel más bajo de actividad física y esfuerzo de la persona que produce dificultad para respirar denota la gravedad de la disnea.

*Tabla 358 Criterios numeral 10-051*

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
10 - 051	Artritis reumatoidea:	<p>La artritis reumatoide es una enfermedad autoinmune crónica que se caracteriza por la inflamación de las articulaciones, generando dolor, edema, deformidad y daño articular; puede tener manifestaciones sistémicas y afectar otros órganos.</p> <p>Para la evaluación de la patología se tendrán en cuenta los índices de actividad de la enfermedad plasmados en las siguientes escalas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SDAI: Simple Disease Activity index</li> <li>• CDAI: Clinical Disease Activity Index</li> <li>• DAS28: Disease Activity Score 28</li> </ul> <p>Las secuelas derivadas de esta patología no serán calificadas con otros numerales.</p>	
	a) Grado mínimo	Paciente con índices de actividad de la enfermedad (SDAI, CDAI o DAS28) adecuadamente controlados con manejo médico especializado, bajo riesgo de progresión a destrucción articular y/o enfermedad extraarticular severa, sin limitación funcional para realizar actividades de la vida diaria.	4
	b) Grado medio	Paciente con índices de actividad de la enfermedad (SDAI, CDAI o DAS28) persistentemente elevados a pesar de manejo médico óptimo por servicio de reumatología, alto riesgo de progresión a destrucción articular y/o enfermedad extraarticular severa, con limitación funcional para realizar algunas actividades de la vida diaria.	10
	c) Grado máximo	Paciente con daño severo asociado a destrucción articular extensa y/o enfermedad extraarticular severa, ambas irreversibles, (enfermedad pulmonar intersticial, hipertensión pulmonar, vasculitis sistémicas, entre otras) a pesar de manejo médico y quirúrgico óptimo por medicina especializada, con limitación funcional para realizar la mayoría de las actividades de la vida diaria.	21

Referencia: Smolen, J. S., Aletaha, D., & McInnes, I. B. (2016). Rheumatoid arthritis. *The Lancet*, 388(10055), 2023-2038. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30173-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30173-8)  
 Smolen, J. S., Aletaha, D., & Barton, A. (2018). Rheumatoid arthritis. *Nature Reviews Disease Primers*, 4(1), 18001. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.1>

*Tabla 359 Criterios numeral 10-052*

<b>Numeral</b>	<b>Entidades nosológicas</b>	<b>Criterio(s)</b>	<b>Índice lesión</b>
10 - 052	Amiloidosis	La amiloidosis es un trastorno caracterizado por la acumulación anormal de proteínas llamadas amiloides en los tejidos y órganos, lo que puede interferir con su funcionamiento normal.	
	a) Grado mínimo	Depósito limitado de proteínas amiloides, afectando principalmente el riñón, con función preservada, con proteinuria leve (sin insuficiencia renal significativa) y/o afectación cardíaca leve sin síntomas de insuficiencia cardíaca.	8
	b) Grado medio	Afectación multiorgánica, principalmente renal (disminución de la tasa de filtración glomerular), hepática, cardiomiopatía sintomática y/o neuropatía periférica, que interfieren con algunas actividades de la vida diaria.	14
	c) Grado máximo	Afectación sistémica dada por insuficiencia renal crónica, insuficiencia cardiaca congestiva, falla hepática y/o gran compromiso del sistema nervioso, que limitan las actividades de la vida diaria.	21

Referencia: Merlini, G., & Bellotti, V. (2003). Molecular mechanisms of amyloidosis. *The New England Journal of Medicine*, 349(6), 583-596. <https://doi.org/10.1056/NEJMra023144>  
 Gertz, M. A., & Dispenzieri, A. (2019). Amyloidosis: An overview. *Blood Reviews*, 34, 21-29. <https://doi.org/10.1016/j.blre.2018.07.001>

*Tabla 360 Criterios numeral 10-053*

<b>Numeral</b>	<b>Entidades nosológicas</b>	<b>Criterio(s)</b>	<b>Índice lesión</b>
10 - 053	Otras afecciones del colágeno con repercusión sistémica grave:	Para efectos del presente numeral se entenderán como afecciones del colágeno a las siguientes enfermedades autoinmunes o conectivopatías: vasculitis sistémicas (excepto poliarteritis nodosa), espondiloartritis, polimialgia reumática, Síndrome de Sjögren y enfermedad mixta del tejido conectivo, entre otras.	
	a) Grado mínimo	Afectación sistémica grave dada por compromiso severo de: sistema nervioso central y/o periférico, miocarditis, nefropatía inmunomediada, hipertensión pulmonar, enfermedad pulmonar intersticial, enteritis y/o colitis, lesiones cutáneas extensas y recalcitrantes; sin limitación significativa para las actividades de la vida diaria, y con adecuada respuesta al manejo médico óptimo por medicina especializada.	8

b) Grado medio	Afectación sistémica grave dada por compromiso severo de: compromiso del sistema nervioso central y/o periférico, miocarditis, nefropatía inmunomediada, hipertensión pulmonar, enfermedad pulmonar intersticial, enteritis y/o colitis, lesiones cutáneas extensas y recalcitrantes; que limitan algunas actividades de la vida diaria, y con respuesta parcial al manejo médico óptimo por medicina especializada.	14
c) Grado máximo	Afectación sistémica grave dada por compromiso severo de: compromiso del sistema nervioso central y/o periférico, miocarditis, nefropatía inmunomediada, hipertensión pulmonar, enfermedad pulmonar intersticial, enteritis y/o colitis, lesiones cutáneas extensas y recalcitrantes; que limitan de forma significativa las actividades de la vida diaria a pesar de manejo médico óptimo por medicina especializada.	21

Referencia: Moutsopoulos, H. M. (2014). Sjögren's syndrome: autoimmune epithelitis. *Clinical Immunology*, 153(1), 3-9. <https://doi.org/10.1016/j.clim.2014.03.014>

Tabla 361 Criterios numeral 10-054

Numeral	Entidades nosológicas	Criterio(s)	Índice lesión
10-054	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) con signos y síntomas	<p>Es la etapa avanzada de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), en la que el sistema inmunológico está comprometido por la disminución del recuento de células CD4T y presenta enfermedades oportunistas.</p> <p>Para la asignación de índice lesional, se tendrán en cuenta los siguientes criterios:</p> <p>Recuento actualizado de células CD4T menores a 200 células/mm<sup>3</sup> y/o presencia de enfermedad oportunista activa potencialmente mortal o sus secuelas.</p> <p>Se debe documentar el tratamiento antirretroviral (TAR), la carga viral, la adherencia y respuesta al tratamiento, junto con el resultado del conteo CD4T; no obstante, en los casos que con el TAR no se llegue a una carga viral indetectable en menos de un año de tratamiento, se diferirá la calificación según la evolución.</p>	21

Referencia: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>



*Tabla 362 Criterios numeral 10-055*

<b>Numeral</b>	<b>Entidades nosológicas</b>	<b>Criterio(s)</b>	<b>Índice lesión</b>
10-055	Hepatitis B	<p>Infección viral del hígado causada por el virus de la hepatitis B (VHB), que presenta alteraciones crónicas tales como cirrosis, insuficiencia y/o cáncer hepático, documentadas por historia clínica y niveles de antígeno de superficie.</p> <p>Se asignará índice de lesión si cumple con los anteriores criterios.</p> <p>Las secuelas de otras hepatitis virales, diferentes a la Hepatitis B, serán calificadas con el numeral 8-106.</p>	21

Referencia: Seeger, C., & Mason, W. S. (2000). Hepatitis B virus biology. *Microbiology and Molecular Biology Reviews*, 64(1), 51-68. <https://doi.org/10.1128/MMBR.64.1.51-68.2000>



## ANEXO 2

### DE LA CALIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD SICOFÍSICA

**Alcance:**

A continuación, se establecen los criterios de no aptitud para el ingreso y permanencia en el servicio, de acuerdo con los siguientes grupos anatómicos, así:

*Tabla 1 - Grupos anatómicos*

<b>GRUPOS ANATÓMICOS</b>	
Grupo 1.	Cráneo.
Grupo 2.	Laringe.
Grupo 3	Oídos y audición.
Grupo 4.	Dental.
Grupo 5.	Ojos.
Grupo 6.	Pulmones y tórax.
Grupo 7.	Corazón y sistema vascular.
Grupo 8.	Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos.
Grupo 9.	Aparato digestivo.
Grupo 10.	Aparato genito-urinario.
Grupo 11.	Sistema nervioso.
Grupo 12.	Enfermedades mentales - Psiquiatría.
Grupo 13.	Extremidades.
Grupo 14.	Columna vertebral y otras articulaciones.
Grupo 15.	Piel y tejidos.
Grupo 16.	Glándulas endocrinas y metabolismo.
Grupo 17.	Enfermedad sistémica.
Grupo 18.	Tumores y enfermedades malignas.
Grupo 19.	Enfermedades de transmisión sexual.
Grupo 20.	Enfermedades de origen biológico.
Grupo 21.	Defectos generales y misceláneos.

*Tabla 2*

<b>Grupo 1.</b>	
<b>Criterios</b>	
<b>CRÁNEO</b>	a) Pérdida de sustancia ósea de cualquier extensión con o sin reemplazo protésico, cuando se acompaña de signos y síntomas.
	b) Informaciones manifiestas de cráneo como exostosis, depresiones, etc.

*Tabla 3*

<b>Grupo 2.</b>	
<b>Criterios</b>	
<b>LARINGE</b>	1. Parálisis de la laringe
	2. Estenosis de la laringe que ocasione dificultad respiratoria
	3. Estenosis de la tráquea.

*Tabla 4*

<b>Grupo 3.</b>	
<b>Criterios</b>	
<b>OÍDOS Y AUDICIÓN</b>	1. Infecciones de conducto auditivo externo graves y crónicas.
	2. Mastoiditis crónica
	3. Mastoidectomía con secuelas.
	4. Enfermedad de Ménière
	5. Otitis media supurada resistente a tratamiento.
	6. Para el personal en servicio activo no será causal de retiro, la disminución de la agudeza cuando el trabajador es capaz de desempeñar sus funciones con el uso de prótesis auditiva.

*Tabla 5*

<b>Grupo 4.</b>	
<b>Criterios</b>	
<b>DENTAL</b>	Lesiones o afecciones de los maxilares y sus tejidos, con desfiguraciones, maloclusión.

*Tabla 6*

<b>Grupo 5.</b>		
<b>Criterios</b>		
<b>OJOS</b>	a) Enfermedad activa y progresiva de los ojos, resistente a tratamiento que afecta la agudeza y el campo visual.	
	b) Afaquia bilateral.	
	c) Glaucoma	
	d) Lesiones o afecciones crónicas de los ojos, progresivas y resistentes a tratamiento.	
	e) Manifestaciones oculares de trastornos endocrinos o metabólicos.	
	f) Secuelas progresivas de lesiones de los ojos con disminución de la agudeza y el campo visual.	
	g) Desprendimiento (desgarramiento) de la retina.	1. Con disminución de la A.V., del campo visual o con diplopía.
		2. Bilateral, de cualquier etiología.
	h) Visión	1. Aniseiconía
		2. Diplopía binocular
	3. Hemianopsia	
	4. Agudeza visual	
	a. Agudeza visual que no corrige 20/20 en ambos ojos	
	b. En uno, cuando le sea extirpado el otro.	
	5. Campo visual	
	a. Cuando el campo visual en el mejor ojo está reducido a menos de 20°	

	b. Visión nocturna. c. Ceguera nocturna. El examinado necesita ayuda para caminar de noche.
i) Cuerpo extraño intraocular	

*Tabla 7*

<b>Grupo 6.</b>		
<b>Criterios</b>		
<b>PULMONES Y TÓRAX</b>	a) Lesiones tuberculosas, tuberculosis pulmonar y pleuresía tuberculosa, cuando el tratamiento requiere más de 15 meses.	
	b) Afecciones no tuberculosas con disminución de la función respiratoria y/o deformación del tórax.	1. Atelectasia
		2. Asma bronquial
		3. Bronquiectasia
		4. Bronquitis crónica
		5. Enfermedad quística del pulmón y enfisema bulloso
		6. Hemoneumotórax espontáneo.
		7. Histoplasmosis
		8. Neumotórax espontáneo
		9. Neumoconiosis
		10. Enfisema pulmonar
		11. Fibrosis pulmonar
		12. Sarcoidosis pulmonar
		13. Estenosis bronquial
	c) Cirugía de los pulmones	1. Lobectomía con disminución de la función pulmonar
2. Neumonectomía		

*Tabla 8*

<b>Grupo 7.</b>		
<b>Criterios</b>		
<b>CORAZÓN Y SISTEMA VASCULAR</b>	a) Corazón	1. Enfermedad arteriosclerótica oclusiva
		2. Fibrilación y flutter auricular
		3. Endocarditis
		4. Bloqueo cardíaco (síndrome de Store-Adams)
		5. Miocarditis y degeneración del miocardio
		6. Taquicardia paroxística ventricular
		7. Taquicardia paroxística supraventricular
		8. Pericarditis
		9. Valvulitis reumática
		10. Contracciones ventriculares prematuras
	b) Sistema ventricular	1. Arteriosclerosis obliterante
		2. Anomalías congénitas (coartación de la aorta)
		3. Aneurisma de cualquier vaso sanguíneo
		4. Cirugía reconstructiva incluyendo injertos
		5. Periarteritis nudosa
		6. Insuficiencia venosa crónica
		7. Enfermedad de Raynaud
		8. Tromboangeitis obliterante
		9. Tromboflebitis
		10. Venas varicosas graves y sintomáticas
	c) Misceláneos	1. Enfermedad cardíaca y vascular hipertensiva
		a. Presión diastólica de más de 110 milímetros de mercurio

	<p>que no responde al tratamiento.</p> <p>b. Cualquier historial de hipertensión asociada a cambios cerebrales, enfermedad cardíaca o afección renal.</p>
	2. Secuelas de cirugía cardíaca vascular.

*Tabla 9*

<b>Grupo 8.</b>	
<b>Criterios</b>	
<b>ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS</b>	a) Anemia grave que no responde a tratamiento.
	b) Enfermedad hemolítica crónica y sintomática.
	c) Enfermedad leucopénica crónica.
	d) Enfermedad mieloproliferativa.
	e) Púrpura.
	f) Enfermedad trombo-embólica.
	g) Coagulopatías.
	h) Linfomas.

*Tabla 10*

<b>Grupo 9.</b>		
<b>Criterios</b>		
<b>APARATO DIGESTIVO</b>	a) Defectos y enfermedades.	1. Esfágico
		a. Acalasia que requiere de dilataciones periódicas
		b. Esofagitis persistente y grave
		c. Divertículos sintomáticos
		d. Estrechez del esófago sintomático.
		2. Secuelas de absceso esófago sintomático
		3. Secuelas de absceso hepático amebiano.
		4. Gastritis grave y crónica
		5. Hepatitis crónica
		6. Hernia hiatal sintomática que no responde a tratamiento.
		7. Ileitis regional.
		8. Pancreatitis crónica grave.
		9. Adherencias peritoneales sintomáticas que no responde a tratamiento.
	10. Proctitis crónica que requiere tratamiento continuo	
	11. Úlcera gástrica o duodenal recurrente	
	12. Colitis ulcerosa que no responde a tratamiento.	
	13. Estrechez del recto grave y sintomática.	
	b) Cirugía.	1. Colectomía parcial (sintomática)
		2. Colostomía permanente
		3. Enterostomía permanente
		4. Gastrectomía total o subtotal con secuelas
		5. Gastrectomía permanente
6. Ileostomía permanente		
7. Pancreatectomía		
8. Pancreaticoduodenostomía, pancreaticogastrostomía, pancreaticoyeyunostomía.		
9. Proctectomía		
10. Protopexia, protoplastía, proctorragia o proctomía con secuelas.		

*Tabla 11*

<b>Grupo 10.</b>		
<b>Criterios</b>		
<b>APARATO GÉNITO-URINARIO</b>	a) Condiciones genito-urinarias.	1. Cistitis crónica que no responde a tratamiento.
		2. Dismenorrea incapacitante rebelde a tratamiento
		3. Endometriosis sintomática
		4. Hipospadias, excepto la coronal y del glande
		5. Incontinencia urinaria no tratable.
		6. Riñón
		a) Cálculo renal bilateral y no susceptible a tratamiento.
		b) Anomalía congénita bilateral que ocasione infección recurrente.
		c) Hipoplasia renal con secuelas
		d) Riñón poliquístico con función renal afectada.
		e) Hidronefrosis bilateral
		f) Nefritis crónica con secuelas funcionales
		g) Pielonefritis crónica que no responde a tratamiento.
		7. Síndrome menopáusico fisiológico o artificial que no responde a tratamiento.
	8. Estrechez de a uretra y del uréter grave que no responde a tratamiento.	
	9. Uretritis crónica no tratable e incapacitante.	
	b) Cirugía genitourinaria y ginecológica.	1. Cistostomía permanente y cistectomía
		2. Cistoplastia con secuelas.
		3. Nefrectomía con secuelas patológicas en el riñón restante
		4. Nefrostomía permanente
		5. Ooforectomía con secuelas incapacitantes
		6. Amputación del pene
7. Pielostomía si el drenaje persiste		
8. Ureterocolostomía.		
9. Ureterocistostomía		
10. Ureteroileostomía		
11. Ureteroplastia con secuelas anatomofisiológicas.		
12. Ureterosigmoidostomía		
13. Ureterostomía externa		
14. Uretrostomía con secuelas anatomofisiológicas.		

*Tabla 12*

<b>Grupo 11.</b>	
<b>Criterios</b>	
<b>SISTEMA NERVIOSO</b>	a) Esclerosis lateral amiotrófica.
	b) Atrofia muscular mielopática
	c) Atrofia muscular progresiva
	d) Corea crónica y progresiva
	e) Ataxia de Friedreich
	f) Degeneración hepatolenticular
	g) Epilepsias
	h) Esclerosis múltiple
	i) Mielopatía espasmódica

	j) Narcolepsia
	k) Parálisis agitante
l) Nervios periféricos	1. Neuralgia grave incapacitante que no responde a tratamiento. 2. Neuritis causada por lesión de los nervios periféricos, grave permanente.
	m) Siringomielia
	n) Todas las demás afecciones neurológicas que interfieran con la ejecución del servicio.
	ñ) Parálisis motora de órganos anormales rebeldes a tratamiento.
	o) Temblores, mioclonías, espasmos.
	p) Alteraciones metabólicas y degenerativas (Korsacoff, traumas).
	q) Enfermedades musculares (Distrofias, Miastenia).

*Tabla 13*

<b>Grupo 12.</b>	
<b>Criterios</b>	
<b>ENFERMEDADES MENTALES - PSIQUIATRÍA</b>	a) Sicosis: Episodios sicóticos recurrentes.
	b) Siconeurosis: Persistente o recurrente.
	c) Trastornos de la personalidad:
	1. Trastornos del carácter y del comportamiento que interfieran con la ejecución del servicio.
	2. Trastornos transitorios de la personalidad.
d) Trastornos de la inteligencia que interfieran en el cumplimiento de las funciones.	
e) Desajuste ocupacional.	

*Tabla 14*

<b>Grupo 13.</b>	
<b>Criterios</b>	
<b>EXTREMIDADES</b>	a) Miembros superiores.
	1. Amputaciones: Amputación de parte o partes de una extremidad superior que interfiera con el manejo satisfactorio de armas de fuego. 2. Alcance de movimientos de las articulaciones así: a) Hombro. Elevación hasta 90° Ablución hasta 90° Luxación recidivante del hombro, susceptible o no de tratamiento. b) Codo Flexión hasta 100° Extensión hasta 60° c) Luxación recidivante del codo no susceptible de tratamiento.
b) Miembros inferiores.	1. Amputaciones. a) Cualquier pérdida mayor incluyendo del pie, pierna o muslo aún susceptible de adaptación de prótesis ortopédica. b) Cualquier pérdida mayor incluyendo el pie, pierna o muslo no susceptible de prótesis. 2. Pies a) Hallux Valgus con síntomas pronunciados no susceptibles de tratamiento.

		<p>b) Pies planos sintomáticos, que interfieran con el uso del calzado militar.</p> <p>c). Pie calcáneo, equipo, valgus, varus.</p> <p>3. Lesiones o afecciones de la rodilla que incapacitan frecuentemente y producen inestabilidad.</p> <p>4. Articulaciones: limitaciones de los movimientos así:  a) Cadera: Flexión hasta 90°  b) Rodilla:  Flexión hasta 90°  Extensión hasta 180°</p> <p>5. Acortamiento de una extremidad que exceda de 5 centímetros.</p>
	c) Otras lesiones o afecciones:	<p>1. Artritis  a) Artritis de etiología infecciosa con historial de incapacidad recurrente.  b) Artritis traumática no susceptible de tratamiento, que limita el servicio.  c) Osteoartritis grave crónica.  d) Artritis reumatoidea o miositis reumatoidea que incapacita en forma permanente.</p> <p>2. Condromalasia u osteoconritis disecante, grave e incapacitante.</p> <p>3. Fracturas con secuelas (deformidad marcada, dolorosa, con defectos funcionales, callo excesivo, etc).</p> <p>4. Articulaciones:  a) Artroplastia dolorosa y con limitación de la función.  b) Anquilosis ósea o fibrosa con pérdida de la función.</p> <p>5. Músculos: Parálisis flácidas o espásticas con pérdida de la función.</p> <p>6. Miotonía congénita</p> <p>7. Osteitis deformante</p> <p>8. Osteoartropatía hipertrófica secundaria</p> <p>9. Osteomielitis crónica</p> <p>10. Trasplante de tendón con restauración no satisfactoria de la función.</p>

Tabla 15

<b>Grupo 14.</b>		
<b>Criterios</b>		
<b>COLUMNA VERTEBRAL Y OTRAS ARTICULACIONES</b>	a) Anomalías congénitas	1. Luxación congénita de la cadera
		2. Espina bífida sintomática
		3. Espondilolisis o espondilolistesis
	b) Coxa vara acompañado de dolor y deformación.	
	c) Hernia de núcleo pulposo	
d) Cifosis que interfiera con la función.		
e) Escoliosis con más de 6° de desviación.		

Tabla 16

<b>Grupo 15.</b>	
<b>Criterios</b>	
<b>PIEL Y TEJIDOS</b>	a) Acné polimorfo resistente al tratamiento que interfiere con el uso de uniforme o equipo militar.

	b) Dermatitis atópica
	c) Dermatitis herpetiforme
	d) Eczema crónico rebelde a tratamiento
	e) Elefantiasis con linfedema crónico
	f) Epidermolisis ampollosa
	g) Eritema multiforme crónico y recurrente.
	h) Dermatitis exfoliativa crónica.
	i) Dermatomicosis y onicomycosis que no responde a tratamiento.
	j) Hidradenitis supurativa y foliculitis decalvante
	k) Hiperhidrosis y bromhidrosis complicada con dermatitis o infección.
	l) Liquen plano.
	m) Lupus eritematoso
	n) Neurofibromatosis
	o) Parasoriasis
	p) Pénfigo
	q) Psoriasis extensa no controlada con tratamiento.
	r) Radiodermatitis
	s) Cicatrices y queloides extensos que interfieren con la función de la región corporal afectada.
	t) Tuberculosis cutánea.
	u) Ulceras cutáneas que no responden al tratamiento.
	v) Urticaria crónica y grave que no responde a tratamiento.
	w) Genodermatosis o enfermedades congénitas cutáneas que interfieren con el cumplimiento de las funciones correspondientes.

*Tabla 17*

<b>Grupo 16.</b>	
<b>Criterios</b>	
<b>GLÁNDULAS ENDOCRINAS Y METABOLISMO</b>	a) Acromegalia
	b) Hiperfunción adrenal
	c) Hiperfunción adrenal
	d) Diabetes insípida
	e) Diabetes Mellitas que requiere tratamiento a base de insulina.
	f) Gota con daño en los huesos, articulaciones y riñón.
	g) Hiperparatiroidismo cuando las complicaciones impiden el desempeño satisfactorio.
	h) Hiperinsulinismo a causa de tumor maligno o incontrolable
	i) Hipertiroidismo que no responde a tratamiento.
	j) Osteomalacia con secuelas limitantes.

*Tabla 18*

<b>Grupo 17.</b>	
<b>Criterios</b>	
<b>ENFERMEDAD SISTÉMICA</b>	a) Amiloidosis generalizada.
	b) Dermatomiositis
	c) Lepra cualquier tipo
	d) Lupus eritematoso crónico diseminado
	e) Miastenia Gravis
	f) Micosis activa que no responde a tratamiento.

	g) Paniculitis recurrente.
	h) Porfirio
	i) Sarcoidosis progresiva con secuela grave.
	j) Escleroderma generalizada
	k) Tuberculosis activa

*Tabla 19*

<b>Grupo 18.</b>	
<b>Criterios</b>	
<b>TUMORES Y ENFERMEDADES MALIGNAS</b>	a) Neoplasmas malignos.
	b) Condiciones neoplásicas de los tejidos linfoide y hematógenos
	c) Neoplasmas benignos incapacitantes no quirúrgicos.

*Tabla 20*

<b>Grupo 19.</b>	
<b>Criterios</b>	
<b>ENFERMEDADES DE TRASMISIÓN SEXUAL</b>	a) Neurosífilis Sintomática.
	b) Enfermedades venéreas crónicas con secuelas.

*Tabla 21*

<b>Grupo 20.</b>	
<b>Criterios</b>	
<b>ENFERMEDADES DE ORIGEN BIOLÓGICO</b>	a) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)
	b) Hepatitis B

*Tabla 22*

<b>Grupo 21.</b>	
<b>Criterios</b>	
<b>DEFECTOS GENERALES Y MISCELÁNEOS</b>	a) Impiden que el individuo realice satisfactoriamente sus funciones en la vida militar o policial.
	b) La salud o bienestar del individuo peligran al permanecer en la vida militar o policial.
	c) La permanencia del individuo en la vida militar o policial perjudica los intereses del Estado.
	d) Son causales de no aptitud además de las enumeradas todas aquellas lesiones o afecciones que ocasionen incapacidad absoluta y permanente.

### ANEXO 3 DE LA DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD LABORAL E INDEMNIZACIONES

**Alcance:**

A continuación, se establecen las tablas de evaluación e indemnizaciones, así como de la fórmula matemática para determinar el porcentaje de disminución de la capacidad laboral, así:

Tabla 1

<b>TABLA "A" DE EVALUACION DE INCAPACIDADES PORCENTAJE DE DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD LABORAL</b>											
<b>EDADES / ÍNDICES</b>	<b>65 Y MÁS</b>	<b>60 A 64</b>	<b>55 A 59</b>	<b>50 A 54</b>	<b>45 A 49</b>	<b>40 A 44</b>	<b>35 A 39</b>	<b>30 A 34</b>	<b>25 A 29</b>	<b>21 A 24</b>	<b>HASTA 20</b>
<b>1</b>	5.0	5.5	6.0	6.5	7.0	7.5	8.0	8.5	9.0	9.5	10.0
<b>2</b>	5.5	6.0	6.5	7.0	7.5	8.0	8.5	9.0	9.5	10.0	10.5
<b>3</b>	6.0	6.5	7.0	7.5	8.0	8.5	9.0	9.5	10.0	10.5	11.0
<b>4</b>	7.0	7.5	8.0	8.5	9.0	9.5	10.0	10.5	11.0	11.5	12.0
<b>5</b>	8.5	9.0	9.5	10.0	10.5	11.0	11.5	12.0	12.5	13.0	13.5
<b>6</b>	10.5	11.0	11.5	12.0	12.5	13.0	13.5	14.0	15.0	16.0	17.0
<b>7</b>	13.0	13.5	14.0	14.5	15.0	15.5	16.0	17.0	18.0	19.5	20.5
<b>8</b>	16.0	16.5	17.0	17.5	18.0	18.5	19.5	20.5	21.5	22.5	24.0
<b>9</b>	19.0	20.0	20.5	21.0	21.5	22.0	23.0	24.0	25.0	26.0	27.5
<b>10</b>	23.5	24.0	24.5	25.0	25.5	26.0	27.0	28.0	29.0	30.0	31.5
<b>11</b>	28.0	28.5	29.0	29.5	30.0	30.5	31.5	32.5	34.0	35.5	37.0
<b>12</b>	33.0	33.5	34.0	34.5	35.0	35.5	36.5	37.5	39.0	40.5	42.5
<b>13</b>	38.5	39.0	39.5	40.0	40.5	41.0	42.0	43.0	44.5	46.0	48.0
<b>14</b>	44.5	45.0	45.5	46.0	46.5	47.0	48.0	49.0	50.5	52.0	54.0
<b>15</b>	51.0	51.5	52.0	52.5	53.0	53.5	54.5	55.5	57.0	58.5	60.5
<b>16</b>	58.0	58.5	59.0	59.5	60.0	60.5	61.5	62.5	64.0	66.0	68.0
<b>17</b>	65.5	66.0	66.5	67.0	67.5	68.0	69.0	70.0	72.0	75.0	78.0
<b>18</b>	73.5	74.0	74.5	75.0	75.5	76.0	77.0	78.0	80.0	85.0	90.0
<b>19</b>	82.0	82.5	83.0	83.5	84.0	85.0	86.5	88.0	90.0	95.0	100.0
<b>20</b>	91.0	91.5	92.0	92.5	93.5	95.0	96.5	98.0	100.0	100.0	100.0
<b>21</b>	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Se aplica para determinar la disminución de la capacidad laboral de acuerdo con el índice de lesión y la edad de la persona , para detener el porcentaje de disminución de capacidad, se busca en la columna "índice de lesión" el fijado por la sanidad militar o de la policía posteriormente y teniendo en cuenta la edad de la persona para la época en que fue calificada la lesión se ubica en la columna correspondiente a los diferentes grupos de edades, el punto de donde se encuentren las prolongaciones horizontales del índice y vertical de la edad indican el porcentaje de disminución de capacidad laboral.

**Disminución capacidad laboral con varios índices.** Cuando se presente concurrencia de varios índices, deberá aplicarse la siguiente formula:

$$DLT = DL_1 + DL_2 + DL_3 \dots + DL_n$$

Significado:

DLT = Disminución Total de la Capacidad Laboral

DL<sub>1</sub> = Disminución Laboral 1

DL<sub>2</sub> = Disminución Laboral 2

DL<sub>3</sub> = Disminución Laboral 3



$DL_n$  = Disminución Laboral n

En donde:

$DL_1 = DLI_1$  (Disminución Laboral que representa el primero de los índices fijados)

$DL_2 = (100 - DL_1) \frac{DLI_2}{100}$

$DL_3 = 100 - (DL_1 + DL_2) \frac{DLI_3}{100}$

$DL_n = 100 - (DL_1 + DL_2 + DL_3 \dots + DL_{n-1}) \frac{DLI_n}{100}$

**Cálculo del factor indemnizatorio.** A fin de obtener la indemnización en meses de sueldo, se busca en la Tabla "A" el porcentaje más cercano al resultado definitivo de disminución de capacidad Laboral. A continuación las coordenadas que sirvieron de base para encontrar el porcentaje, se llevan a la respectiva tabla de indemnización y el punto de intersección en donde se encuentren las prolongaciones horizontales del índice y vertical de la edad, indica el factor por el cual se multiplican los haberes computables para prestaciones sociales y devengados por el lesionado en la época en que fue calificada la lesión cuando la calificación de la lesión se realice con posterioridad al retiro, separación o desvinculación de la entidad, se tendrán en cuenta los últimos haberes devengados en actividad y computables para prestaciones sociales.

Cuando los índices múltiples pertenecen a lesiones adquiridas en el servicio por causa y razón del mismo, o por motivo de heridas causadas en combate o como consecuencia de la acción del enemigo en conflicto internacional o en tareas de mantenimiento o restablecimiento del orden público, se agregan las diferencias entre las tablas C y D con relación a la B. El valor resultante de la diferencia o de las sumas de las mismas cuando sean dos o más se agregará al factor definitivo señalado en la Tabla B, el resultado así obtenido constituye el factor que se multiplica por los haberes computables para prestaciones sociales y devengados por el lesionado en la época en que fue calificada la lesión. Cuando la calificación de la lesión se realice con posterioridad al retiro, separación o desvinculación de la entidad, se tendrán en cuenta los últimos haberes devengados en actividad computables para prestaciones sociales.

En los casos en que se practiquen segundas Actas de Junta Médico-Laboral, se procederá en la forma ya conocida, pero partiendo de la base del saldo del porcentaje de capacidad laboral que resulte de las primeras Actas.

Tabla 2

<b>TABLA "B" INDEMNIZACION EN MESES DE SUELDO DE 1 A 36 MESES OFICIALES SUBOFICIALES –SOLDADOS -GRUMETES –AGENTES Y ALUMNOS DE ESCUELAS DE FORMACION</b>											
<b>EDADES / ÍNDICES</b>	<b>65 Y MÁS</b>	<b>60 A 64</b>	<b>55 A 59</b>	<b>50 A 54</b>	<b>45 A 49</b>	<b>40 A 44</b>	<b>35 A 39</b>	<b>30 A 34</b>	<b>25 A 29</b>	<b>21 A 24</b>	<b>HASTA 20</b>
<b>1</b>	1.00	1.20	1.35	1.55	1.75	1.90	2.10	2.35	2.45	2,65	2.85
<b>2</b>	1.20	1.35	1.55	1.75	1.90	2.10	2.30	2.45	2.65	2.85	3.05
<b>3</b>	1.35	1.55	1.75	1.90	2.10	2.30	2.45	2.65	2.85	3.05	3.20
<b>4</b>	1.75	1.90	2.10	2.30	2.45	2.65	2.85	3.05	3.20	3.40	3.60
<b>5</b>	2.30	2.45	2.65	2.85	3.05	3.20	3.40	3.60	3.75	3.95	4.15
<b>6</b>	3.05	3.20	3.40	3.60	3.75	3.95	4.15	4.30	4.70	5.05	5.40
<b>7</b>	3.95	4.15	4.30	4.50	4.70	4.85	5.05	5.40	5.80	6.15	6.70
<b>8</b>	5.05	5.25	5.40	5.60	5.80	5.95	6.35	6.70	7.10	7.45	8.00
<b>9</b>	6.35	6.55	6.70	6.90	7.10	7.25	7.65	8.00	8.35	8.75	9.30
<b>10</b>	7.80	8.00	8.20	8.35	8.55	8.75	9.10	9.45	9.85	10.20	10.75
<b>11</b>	9.45	9.65	9.85	10.00	10.20	10.40	10.75	11.15	11.70	12.25	12.80
<b>12</b>	11.30	11.50	11.70	11.85	12.05	12.25	12.60	12.95	13.55	14.10	14.80
<b>13</b>	13.35	13.55	13.70	13.90	14.10	14.25	14.65	15.00	15.55	16.10	16.85
<b>14</b>	15.55	15.75	15.90	16.10	16.30	16.45	16.85	17.20	17.75	18.30	19.05
<b>15</b>	17.95	18.15	18.30	18.50	18.70	18.85	19.25	19.60	20.15	20.70	21.45
<b>16</b>	20.50	20.70	20.90	21.10	21.25	21.45	21.80	22.20	22.75	28 45	24.20
<b>17</b>	23.30	23.45	23.65	23.85	24.00	24.20	24.60	24.95	25.70	26.80	27.90
<b>18</b>	26.25	26.40	26.60	26.80	26.95	27.15	27.50	27.90	28.65	30.45	32.30
<b>19</b>	29.35	29.55	29.75	29.90	30.10	30 45	31.00	31.60	32.30	34.15	36.00
<b>20</b>	32.70	32.85	33.05	33.25	33.60	34.15	34.70	35.25	36.00	36.00	36.00
<b>21</b>	36.00	36.00	36.00	36.00	36.00	36.00	36.00	36.00	36.00	36.00	36.00

Se aplica para indemnizar las lesiones adquiridas en el servicio pero no por causa ni razón del mismo. para obtener la indemnización en meses de sueldo : se busca en la columna índice de lesión el fijado por la sanidad militar o de policía posteriormente y teniendo en cuenta la edad de la persona para la época en que fue calificada la lesión se ubica en la columna correspondiente a los diferentes grupos de edades el grupo donde se encuentren las prolongaciones horizontal del índice y vertical de la edad indica el factor en que se debe multiplicar los haberes computables para las prestaciones sociales y los devengados por el lesionado en la época en la que fue calificada la lesión cuando la calificación de la lesión se realice con posterioridad al retiro separación o desvinculación de la entidad se tendrá en cuenta los últimos haberes devengados en actividad y computables para prestaciones sociales la presente tabla no es aplicable al personal civil del ministerio de defensa u de la policía nacional.

Tabla 3

<b>TABLA C INDEMNIZACION EN MESES DE SUELDO DE ½ A 54 MESES OFICIALES – SUBOFICIALES – CIVILES – SOLDADOS – GRUMETES AGENTES Y ALUMNOS DE ESCUELA DE FORMACION</b>											
<b>EDADES / ÍNDICES</b>	<b>65 Y MÁS</b>	<b>60 A 64</b>	<b>55 A 59</b>	<b>50 A 54</b>	<b>45 A 49</b>	<b>40 A 44</b>	<b>35 A 39</b>	<b>30 A 34</b>	<b>25 A 29</b>	<b>21 A 24</b>	<b>HASTA 20</b>
<b>1</b>	1.50	1.80	2.00	2.30	2.60	2.85	3.15	3.45	3.65	3.95	4.25
<b>2</b>	1.80	2.00	2.30	2.60	2.85	3.15	3.45	3.65	3.95	4.25	4.55
<b>3</b>	2.00	2.30	2.60	2.85	3.15	3.45	3.65	3.95	4.25	4.55	4.80
<b>4</b>	2.60	2.85	3.15	3.45	3.65	3.95	4.25	4.55	4.80	5.10	5.40
<b>5</b>	3.45	3.65	3.95	4.25	4.55	4.80	5.10	5.40	5.60	5.90	6.20
<b>6</b>	4.55	4.80	5.10	5.40	5.60	5.90	6.20	6.45	7.05	7.55	8.10
<b>7</b>	5.90	6.20	6.45	6.75	7.05	7.25	7.55	8.10	8.70	9.20	10.05
<b>8</b>	7.55	7.85	8.10	8.40	8.70	8.90	9.50	10.05	10.65	11.15	12.00
<b>9</b>	9.50	9.80	10.05	10.35	10.65	10.85	11.45	12.00	12.50	13.10	13.95
<b>10</b>	11.70	12.00	12.30	12.50	12.80	13.10	13.65	14.15	14.75	15.30	16.10
<b>11</b>	14.15	14.45	14.75	15.00	15.30	15.60	16.10	16.70	17.55	18.35	19.20
<b>12</b>	16.95	17.25	17.55	17.75	18.05	18.35	18.90	19.40	20.30	21.15	22.20
<b>13</b>	20.00	20.30	20.55	20.85	21.15	21.35	21.95	22.50	23.30	24.15	25.25
<b>14</b>	23.30	23.60	23.85	24.15	24.45	24.65	25.25	25.80	26.60	27.45	28.55
<b>15</b>	26.90	27.20	27.45	27.75	28.05	28.25	28.85	29.40	30.20	31.05	32.15
<b>16</b>	30.75	30.05	31.35	31.65	31.85	32.15	32.70	33.30	34.10	35.15	36.30
<b>17</b>	34.95	35.15	35.45	35.75	36.00	36.30	36.90	37.40	38.55	40.20	41.85
<b>18</b>	39.35	39.60	39.90	40.20	40.40	40.70	41.25	41.85	42.95	45.65	48.45
<b>19</b>	44.00	44.30	44.60	44.85	45.15	45.65	46.50	47.40	48.45	51.20	54.00
<b>20</b>	49.05	49.25	49.55	49.85	50.40	51.20	52.05	52.85	54.00	54.00	54.00
<b>21</b>	54.00	54.00	54.00	54.00	54.00	54.00	54.00	54.00	54.00	54.00	54.00

Se aplica para indemnizar las lesiones adquiridas en el servicio por causa y razón del mismo, para obtener la indemnización en meses de sueldo se busca en la columna índice de lesión el fijado por la sanidad militar o de policía posteriormente teniendo en cuenta la edad de la persona para la época en que fue calificada la lesión, se ubicas en la columna correspondiente a los diferentes grupos de edades, el punto en donde se encuentren las prolongaciones horizontal del índice y vertical de la edad, indican el factor por el cual se debe multiplicar los haberes computables para las prestaciones sociales y devengados por el lesionado en la época en que fue calificada la lesión cuando la calificación de la lesión se realice con posterioridad al retiro, separación o desvinculación de la entidad, se tendrá en cuenta los últimos haberes devengados en actividad y computables para prestaciones.

Tabla 4

<b>TABLA D INDEMNIZACIÓN EN MESES DE SUELDO DE 2 A 72 MESES OFICIALES – SUBOFICIALES – CIVILES – SOLDADOS – GRUMETES AGENTES Y ALUMNOS DE ESCUELA DE FORMACIÓN.</b>											
<b>EDADES / ÍNDICES</b>	<b>65 Y MÁS</b>	<b>60 A 64</b>	<b>55 A 59</b>	<b>50 A 54</b>	<b>45 A 49</b>	<b>40 A 44</b>	<b>35 A 39</b>	<b>30 A 34</b>	<b>25 A 29</b>	<b>21 A 24</b>	<b>HASTA 20</b>
<b>1</b>	2.00	2.40	2.70	3.10	3.50	3.80	4.20	4.60	4.90	5.30	5.70
<b>2</b>	2.40	2.70	3.10	3.50	3.80	4.20	4.60	4.90	5.30	5.70	6.10
<b>3</b>	2.70	3.10	3.50	3.80	4.20	4.60	4.90	5.30	5.70	6.10	6.40
<b>4</b>	3.50	3.80	4.20	4.60	4.90	5.30	5.70	6.10	6.40	6.80	7.20
<b>5</b>	4.60	4.90	5.30	5.70	6.10	6.40	6.80	7.20	7.50	7.90	8.30
<b>6</b>	6.10	6.40	6.80	7.20	7.50	7.90	8.30	8.60	9.40	10.10	10.80
<b>7</b>	7.90	8.30	8.60	9.00	9.40	9.70	10.10	10.80	11.60	12.30	13.40
<b>8</b>	10.10	10.50	10.80	11.20	11.60	11.90	12.70	13.40	14.20	14.90	16.00
<b>9</b>	12.70	13.10	13.40	13.80	14.20	14.50	15.30	16.00	16.70	17.50	18.60
<b>10</b>	15.60	16.00	16.40	16.70	17.10	17.50	18.20	18.90	19.70	20.40	21.50
<b>11</b>	18.90	19.30	19.70	20.00	20.40	20.80	21.50	22.30	23.40	24.50	25.60
<b>12</b>	22.60	23.00	23.40	23.70	24.10	24.50	25.20	25.90	27.10	28.20	29.60
<b>13</b>	26.70	27.10	27.40	27.80	28.20	28.50	29.30	30.00	31.10	32.20	33.70
<b>14</b>	31.10	31.50	31.80	32.20	32.60	32.90	33.70	34.40	35.50	36.60	38.10
<b>15</b>	35.90	36.30	36.60	37.00	37.40	37.70	38.50	39.20	40.30	41.40	42.90
<b>16</b>	41.00	41.40	41.80	42.20	42.50	42.90	43.60	44.40	45.50	46.90	48.40
<b>17</b>	46.60	46.90	47.30	47.70	48.00	48.40	49.20	49.90	51.40	53.60	55.80
<b>18</b>	52.50	52.80	53.20	53.60	53.90	54.30	55.00	55.80	57.30	60.90	64.60
<b>19</b>	58.70	59.10	59.50	59.80	60.20	60.90	62.80	63.20	64.60	68.30	72.00
<b>20</b>	65.40	65.70	66.10	66.50	67.20	68.30	69.40	70.50	72.00	72.00	72.00
<b>21</b>	72.00	72.00	72.00	72.00	72.00	72.00	72.00	72.00	72.00	72.00	72.00

Se aplica para indemnizar lesiones adquiridas por motivo de heridas causadas en combate o actos meritorios del servicio, o por cualquier acción del enemigo en conflicto internacional o en tareas de mantenimiento o restablecimiento del orden público para obtener la indemnización en, meses de sueldo, se busca en la columna "índice de lesión" el fijado por la sanidad militar o de policía. Posteriormente y teniendo en cuenta la edad de la persona para la época en que fue calificada la lesión, se ubica en la columna correspondiente a los diferentes grupos de edades. El punto en donde se encuentren las prolongaciones horizontal del índice y vertical de la edad, indica el factor por el cual se debe multiplicar los haberes computables para prestaciones sociales y devengados para el lesionado en la época en que fue calificada la lesión cuando la calificación de la lesión se realice con posterioridad al retiro, separación o desvinculación de la entidad, se tendrán en cuenta los últimos haberes devengados en actividad y computables para prestaciones sociales.