

VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL EN PIE Y TOBILLO. APORTACIONES DESDE EL ÁMBITO DEL PODÓLOGO

VALUATION OF THE BODY DAMAGE ON FOOT AND ANKLE: CONTRIBUTIONS FROM THE SCOPE OF THE PODIATRIC

Padrós Flores, N.¹
Alonso Montero, C.¹
Cardona Llorens, A.²

¹Departamento de Psicología de la Salud. Facultad de Medicina.

²Departamento de Patología y Cirugía. Facultad de Medicina.
Universidad Miguel Hernández. Elche, España

Correspondencia : antonio.cardona@umh.es

Resumen:

En la Valoración del Daño Corporal se utilizan baremos ya que la cuantificación es primordial dentro de la labor pericial médica. Estos baremos en la mayoría de los casos no son de obligado cumplimiento y el hecho de que existan distintos baremos produce una falta de uniformidad. Revisados los baremos actuales en relación a la valoración del daño en tobillo y pie obtenemos las siguientes conclusiones:

Cuando los baremos valoran los grados de limitación articular es preciso que se especifique cómo se realiza la medición.

Sería necesario homogeneizar los criterios para reducir la variabilidad interobservador y favorecen la reproductibilidad de las mediciones.

Se otorga mucha importancia a las mediciones clínicas que son muy variables y poca a las valoraciones funcionales.

Es preciso valorar la necesidad de utilizar elementos ortoprotésicos para mejorar la función.

Palabras clave: valoración del daño corporal, pie, tobillo, medicina, podología.

Abstract:

In the Evaluation of damage corporal scales are used since the quantification is essential inside the medical expert work. These scales in most cases are not of forced fulfillment and the fact that different scales exist it produces an absence of uniformity. Checked the current scales as regards the evaluation of the damage in ankle and foot we obtain the following conclusions:

When the scales value the limitation grades articulating is necessary that is specified how the measurement is realized.

It would be necessary to homogenize the criteria to reduce the changeability interobserver and they favor the reproduce of the measurements.

A lot of importance is granted to the clinical measurements that they are very variable and small to the functional

evaluations.

It is necessary to value the need to use elements ortoprotesics to improve the function.

Key words: body damage, foot, ankle, medicine, podiatry.

INTRODUCCIÓN

Los informes de valoración de daño corporal tanto para la solicitud de incapacidades, minusvalías o en accidentes, cada vez son más frecuentes. Estos informes puede realizarlos el podólogo directamente o en ocasiones, participa como parte de los especialistas a los que se solicita un informe para la documental de un informe pericial. El podólogo es el profesional más capacitado para la valoración del pie y tobillo, en cambio, para que pueda participar en estos informes es preciso que conozca la técnica y los baremos utilizados en estos casos.

La valoración legal de los daños a las personas exige conocer con precisión la entidad de daño existente en cada caso. La cuantificación del daño corporal es uno de los elementos esenciales dentro de la labor pericial médica. La labor del evaluador se centra en comunicar al juzgado la cantidad exacta de daño existente para que éste pueda adoptar una decisión justa de las previstas en la ley al respecto. Es necesario que exista una uniformidad en la valoración del daño corporal, para ello se deberían tomar ciertas medidas (reducción del número de profesionales que puedan realizar peritajes ante los tribunales de Justicia, formación de los peritos evaluadores, etc.) y una de estas medida debe ser indiscutiblemente el empleo de criterios de cuantificación similares.

La diversidad de evaluadores, tribunales e intereses desemboca necesariamente en disparidad de

critérios, empleándose también métodos de valoración diferentes salvo los casos que obliga la ley como discapacidades y accidentes de tráfico. A ello se une que sean pocos los métodos de obligado empleo en la legislación española o que la ley en nuestro país no determine cuál debe ser el método de cuantificación que se ha de emplear. En la mayoría de los casos no existe obligatoriedad alguna por lo que la elección de un determinado sistema de cuantificación se lleva a cabo en función de los gustos o hábitos del evaluador que se ocupa del caso.

Dado que la cuantificación es necesario llevarla a cabo, se han desarrollado diversos sistemas de medida o baremos. No obstante los baremos son instrumentos erróneos e incompletos de medida para llevar a cabo la cuantificación de daños personales. Presentan defectos considerables que pueden resumirse de la siguiente forma:

1- Son instrumentos de medida y por tanto deben ser aplicables a la totalidad de la población, pero ese hecho de ser general hace que la pérdida de una determinada parte anatómica o capacidad funcional recibe un valor independiente del individuo que se trate, por ej., un valor para un individuo de carácter genérico, abstracto, considerado normal.

2- Su principal defecto es que no considera las variaciones individuales sobre individuos concretos, a los que pueden afectar una de las secuelas recogidas en el baremo, pero en esa persona la trascendencia puede ser distinta por sus características específicas como la edad, sexo, nivel de formación, tipo de actividad laboral, actividad ocio...

3- Un baremo, por amplio que sea siempre es un instrumento incompleto. Por muy previsor y minucioso que se sea a la hora de su elaboración, es imposible que recoja y cuantifique cada una de las posibles secuelas, patologías, discapacidades, etc.

Por tanto vemos, que los baremos son instrumentos erróneos e incompletos de medida para la cuantificación de los datos personales.

Por otro lado la falta de uniformidad en la

formación de los peritos y en los criterios que se han de aplicar producen disparidades, en algunos casos sorprendentes.

Hemos de tener siempre en mente, que la aplicación de un sistema de baremos en la valoración de daños corporales es un método de evaluación cuya principal finalidad es establecer un mecanismo de certeza en la fijación de indemnizaciones que corresponden por la disfunción, o discapacidad que originan las lesiones corporales.

MATERIAL Y MÉTODO

Se revisa:

RD 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía(1).

RD 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia(2).

Ley 34/2003, de 4 de noviembre, de modificación y adaptación a la normativa comunitaria de la legislación de seguros privados(3).

“Guía de valoración de incapacidad laboral para médicos de atención primaria” 2009(4).

Se analizan los puntos fuertes y las debilidades de los baremos actuales, así como aquellos aspectos que sería preciso incluir o ampliar para lograr una mayor concordancia entre la discapacidad tanto funcional como desde un punto de vista laboral y la valoración que se realiza.

RESULTADOS

En la Ley 34/2003(3), tabla VI, es preciso realizar algunas consideraciones:

Las artrosis y lesiones en el pie se puntúan muy por debajo de las puntuaciones otorgadas a rodilla y cadera, aún cuando el pie es el punto de apoyo y si no puede apoyar requerirá de sistemas de apoyo sustitutivos igual que en rodilla o cadera.

Tobillo	
Artrosis postraumática (incluye las limitaciones funcionales y el dolor)	1-8
Pie	
Artrosis postraumática subastragalina	1-5
Pseudoartrosis astrágalo inoperable	10-15

Siendo la artrosis postraumática de cadera de 1-10 y en rodilla de 20-35.

En la valoración de la limitación de la movilidad de la articulación subastragalina puntúa por igual la inversión, eversión, abducción y aducción del pie, cuando sus implicaciones funcionales son distintas. De hecho en el RD 1971/1999 el porcentaje de incapacidad que otorgan a inversión y eversión es distinto, y la abducción y aducción ni tan siquiera lo valoran.

En ningún momento se valora la deformidad que pueda quedar en el pie y sus complicaciones anatómicas y funcionales para lograr calzarse con un calzado estándar, o si requiere de calzado ortopédico y/o a medida.

En el **RD 504/2007**, de 20 de abril(2). Se valoran las actividades de la vida diaria, implicando los miembros inferiores en las transferencias corporales, en

los desplazamientos dentro del hogar, fuera del hogar y en la realización de las tareas domésticas que requieren de desplazamientos. Por lo que se obtiene una valoración general de la incapacidad en miembro inferior sin delimitar en que segmento del mismo se ha producido la deficiencia.

En el **RD 1971/1999**, de 23 de diciembre(1), es en el que se realiza una valoración más detallada de las lesiones en miembro inferior. Este baremo, en su Capítulo 2. Sistema músculo esquelético, únicamente permite o una valoración funcional o una valoración por método diagnóstico.

1. Al valorar por segmentos en el tobillo y pie diferencia por: tobillo y retropié; y dedos.
2. Presenta un apartado de valoración de alteraciones de la marcha, en caso de utilizar este método de valoración no puede evaluarse ningún otro apartado, ya que se valora en su conjunto. (tabla 30)

Gravedad	Signos del paciente	% de discapacidad
Leve	a. Cojera antálgica con acortamiento de la fase de estación y alteraciones artríticas moderadas a avanzadas demostradas de cadera, rodilla o tobillo	7
	b. Signo de Trendelenburg positivo y artrosis moderada a avanzada de la cadera .	10
	c. Igual que los grados anteriores, pero el paciente requiere la utilización parcial de un bastón o muleta para caminar recorridos largos pero no generalmente en el hogar o en el trabajo	15
	d. Requiere la utilización habitual de un corrector corto del miembro inferior (ortosis tobillo-pie [OTP])	15
Moderada	e. Requiere la utilización habitual de un bastón, muleta o corrector largo del miembro inferior (ortosis rodilla-tobillo-pie [ORTP])	20
	f. Requiere la utilización habitual de un bastón o muleta y un corrector corto del miembro inferior.	30
	g. Requiere la utilización habitual de dos bastones o dos muletas.	40
Grave	h. Requiere la utilización habitual de dos bastones o dos muletas y un corrector corto del miembro inferior (OTP)	50
	i. Requiere la utilización habitual de dos bastones o dos muletas y un corrector largo del miembro inferior (ORTP)	60
	j. Requiere la utilización habitual de dos bastones o dos muletas y dos correctores del miembro inferior (OTP u ORTP)	60
	k. Necesita una silla de ruedas	65

En el caso de las ortesis simplemente incluye lo que llama “ortesis tobillo-pie”, entendemos que se refiere a bitutores infracondileos, no valorando la necesidad de utilizar soportes plantares ni se valora la necesidad de utilizar calzado especial.

3. En la valoración de la función

muscular, no se evalúa la abducción y aducción del pie (a diferencia de la Ley 34/2003), y en pie tan sólo valora: flexión y extensión de tobillo, inversión y eversión de retropié, y la flexión y extensión en primer d e d o . (t a b l a 3 2)

		(% de deficiencia extremidad inferior) [% de deficiencia pie]				
Grupo muscular		Grado 0	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4
Cadera	Flexión	(15)	(15)	(15)	(10)	(5)
	Extensión	(37)	(37)	(37)	(37)	(17)
	Abducción	(62)	(62)	(62)	(27)	(25)
	Rotación interna	(10)	(10)	(10)	(5)	(2)
	Rotación externa	(10)	(10)	(10)	(5)	(2)
Rodilla	Flexión	(25)	(25)	(25)	(17)	(12)
	Extensión	(25)	(25)	(25)	(17)	(12)
Tobillo	Flexión (flexión plantar)	(37) [53]	(37) [53]	(37) [53]	(25) [35]	(17) [24]
	Extensión (flexión dorsal)	(25) [35]	(35) [35]	(35) [35]	(25) [35]	(12) [17]
	Inversión	(12) [17]	(12) [17]	(12) [17]	(12) [17]	(5) [7]
	Eversión	(12) [17]	(12) [17]	(12) [17]	(12) [17]	(5) [7]
1er dedo del pie	Extensión	(7) [10]	(7) [10]	(7) [10]	(7) [10]	(2) [3]
	Flexión	(12) [17]	(12) [17]	(12) [17]	(12) [17]	(5) [7]

Deficiencias por debilidad muscular de la extremidad inferior. Pese a que utiliza la clasificación de Kendall, valorando los grados del 5 al 0, apenas hay diferencias en los porcentajes de deficiencia entre el grado 2 y el 0.

4. En este baremo del RD 1971/1999, no se explica cómo se valora la movilidad de la articulación. Lo que ocasiona que sea difícilmente reproducible por otros evaluadores. Cuando se valora la limitación de movimiento se otorga mayor puntuación a la pérdida del movimiento que presenta mayor rango de movilidad, por ej.: los puntos los otorgan en todos los casos en función del número de grados que se pierden, pero no todos los movimientos

tienen la misma implicación funcional.

5. El mayor problema de dicha tabla, es que no explica como realizan las mediciones, por lo que no se puede identificar con precisión qué movimiento se valora como varo/valgo. En la limitación de movimiento del tobillo otorga mayor deficiencia en la limitación a la flexión plantar que a la flexión dorsal. La limitación de la eversión de retropié sólo se considera una deficiencia leve, aún cuando es el sistema natural de amortiguación de las ondas de choque durante la marcha. (tabla 37)

Tabla 37: Limitación de movimiento del tobillo y retropié

		(% deficiencia extremidad inferior) [% deficiencia pie]		
Movimiento	Leve: (7%) [10%]	Moderada: (15%) [21%]	Grave: (30%) [43%]	
Flexión plantar	11 - 20°	1 - 10°	Ausente	
Flexión dorsal	10 - 0°	—	—	
Contractura en flexión	—	10°	20°	
Movimiento	Leve: (2%) [3%]	Moderada y grave: (5%) [7%]		
Inversión	10 - 20°	0 - 9°		
Eversión	0 - 10°	—		
Movimiento	Leve: (12%) [17%]	Moderada: (25%) [35%]	Grave: (50%) [72%]	
Varo	10 - 14°	15 - 24°	25° ó más	
Valgo	10 - 20°	—	—	

6. En la valoración del movimiento en los dedos de los pies, se valoran las articulaciones metatarsofalángicas, excepto en el primer dedo que también se valora la articulación interfalángica.(tabla 39) En las anquilosis, en cambio, no se especifica si valoran metatarsofalángicas o interfalángicas, ya que

7.

una anquilosis en una articulación metatarsofalángica ocasionará una sobrecarga metatarsal a parte de dificultad para la realización del despegue digital al final de la fase estante de la marcha, requiriendo con frecuencia de tratamiento ortopodológico.(tabla 40)

Tabla 39: Limitación de movimiento de los dedos del pie

Movimiento	(% deficiencia extremidad Inferior) [% deficiencia pie]	
	Leve: (2%) [3%]	Moderada y grave: (5%) [7%]
Primer dedo MTF IF	15° - 30° < 20°	< 15°
Dedos 2° a 5° MTF	< 10°	

Tabla 40: Deficiencia de la (extremidad inferior) y [pie] por anquilosis de los dedos

DEDOS AFECTADOS	EXTENSION COMPLETA	POSICION FUNCIONAL	FLEXION COMPLETA
Primer dedo	(10) [14]	(9) [13]	(13) [18]
2° a 5° dedo	(2) [3]	(1) [2]	(2) [3]

8. En el apartado de la valoración de la artrosis, al tobillo y al pie se le otorga una puntuación muy inferior que a rodilla y cadera. Tampoco se comprende porqué se otorga mayor deficiencia a una

9.

articulación calcáneoconoidea (que tiene poco movimiento articular) que a la I metatarsofalángica.
(t a b l a 4 2)

Tabla 42: Deficiencias por artrosis

Articulación (Intervalos cartilaginosos normales entre paréntesis)	(% Deficiencia extremidad inferior) [% deficiencia pie]			
	Intervalo cartilaginoso			
	3 mm	2 mm	1 mm	0 mm
Sacroiliaca (3 mm)	—	(2)	(7)	(7)
Cadera (4 mm)	(7)	(20)	(25)	(50)
Rodilla (4 mm)	(7)	(20)	(25)	(50)
Femororrotuliana (**)	—	(10)	(15)	(20)
Tobillo	(5) [7]	(15) [21]	(20) [28]	(30) [43]
Subastragalina	—	(5) [7]	(15) [21]	(25) [35]
Astragaloescafoidea	—	—	(10) [14]	(20) [28]
Calcaneocuboidea	—	—	(10) [14]	(20) [28]
Primera metatarsofalángica	—	—	(5) [7]	(12) [17]
Demás metatarsofalángicas	—	—	(2) [3]	(7) [10]

10. Apartado 7-tabla 46 Deficiencias por pérdida de piel. Únicamente valoran la pérdida por recubrimiento de la piel en determinadas localizaciones, como talón, cabeza de 1er y quinto metatarsiano. Cuando la práctica clínica nos enseña que pérdidas en otras localizaciones también se han de

tener en cuenta. En el caso del pie, un punto habitual de sobrecarga es en metatarsianos centrales. En el caso particular de la neuroartropatía de Charcot, el punto donde se producen las úlceras es a nivel escafoideo por la particular conformación de pie en mecedora. Esto quedaría sin valorar de acuerdo a la tabla 46.

Tabla 46: Deficiencias por pérdida de piel

	% deficiencia: (Extremidad inferior) [Pie]
· Recubrimiento isquiático que requiere una descarga frecuente y la limitación del tiempo en la posición sentada	(12)
· Recubrimiento de la tuberosidad tibial que limita la acción de arrodillarse	(5)
· Recubrimiento del talón que limita el tiempo de bipedestación y de deambulación	(25) [35]
· Recubrimiento de la superficie plantar de la cabeza metatarsiana que limita el tiempo de bipedestación y de deambulación	
Primer metatarsiano	(12) [17]
Quinto metatarsiano	(12) [17]
· Osteomielitis crónica con secreción activa	
Del fémur	(7) [10]
De la tibia	(7) [10]
Del pie, que requiere la sustitución periódica de los apósitos y la limitación del tiempo de utilización de calzado	(25) [35]

11. En el apartado de fractura, al tratar la deformidad del antepié por fractura metatarsiana, tanto con desplazamiento dorsal como plantar, se da mayor

puntuación a lesiones localizadas en 5º metatarsiano respecto a las localizadas en metatarsianos centrales. Es normal asignar mayor puntuación al primer

metatarsiano que al resto, pero consideramos que debería igualarse la puntuación de los otros metatarsianos a la del quinto, debido a sus implicaciones funcionales.

12. En este mismo apartado se valora igual tras una fractura si consolida con desplazamiento dorsal mayor de 5 mm que hacia plantar. Sin embargo, clínicamente si la consolidación se produce con un desplazamiento hacia dorsal, se producirá una

13.

Tabla 44: Deficiencias de la extremidad inferior y pie según estimaciones basadas en el diagnóstico

Deformidad del antepié	
Fractura metatarsiana con desplazamiento dorsal de la cabeza > 5 mm:	
· Primer metatarsiano	(10) [14]
· Quinto metatarsiano	(5) [7]
· Otros metatarsianos	(2) [3]
Fractura metatarsiana con angulación plantar y metatarsalgia:	
· Primer metatarsiano	(10) [14]
· Quinto metatarsiano	(5) [7]
· Otros metatarsianos	(2) [3]

Sobretudo en el de minusvalías, se realizan mediciones que son subjetivas (alta variabilidad interobservador e incluso intraobservador) y sin embargo le da mucha importancia a los grados obtenidos.

En la “Guía de Valoración de Incapacidad laboral para Médicos de Atención Primaria”(4), se realizan recomendaciones que podrían ser interesantes si no fuera porque simplemente pasa por encima de las posibles recomendaciones, un ejemplo, “ conlleva limitaciones hasta su curación, siendo a veces incapacitantes, para trabajos en superficies con deambulación prolongada, apoyos inestables, irregularidades inestables del terreno, con riesgo de traumas y/o cortes, siendo problemático el uso de calzados especiales- duros, no transpirables, etc- de algunos oficios. En presencia de ulceraciones es necesario el reposo relativo de la extremidad, justificando periodos de IT variables”.

CONCLUSIONES

- Es necesario modificar los ítems a valorar en cada uno de los baremos, sobretudo valorar

metatarsalgia en los metatarsianos adyacentes. Además para que se tenga en consideración se requiere consolidaciones post fractura con un desplazamiento dorsal superior a 5 milímetros, cuando no está demostrado que desplazamientos inferiores a 5 mm no generen clínica de metatarsalgia. Nuestra propuesta es valorar ambos ítems: el desplazamiento y la presencia o no de clínica de metatarsalgia.(tabla 44)

las repercusiones en la funcionalidad por encima de las puramente morfológicas. En muchos casos las alteraciones morfológicas no se corresponden con las perdidas de función, puesto que existen compensaciones.

- Cuando los baremos valoran los grados de limitación articular es preciso que se especifique cómo se realiza la medición.

- Sería necesario homogeneizar los criterios para reducir la variabilidad interobservador y favorecen la reproductibilidad de las mediciones.

- Se otorga mucha importancia a las mediciones clínicas que son muy variables y poca a las valoraciones funcionales.

- Es preciso valorar la necesidad de utilizar elementos ortoprotésicos para mejorar la función.

BIBLIOGRAFÍA

1. RD 1971/1999, de 23 de Diciembre, de Procedimiento para el Reconocimiento, Declaración y Calificación del Grado de Minusvalía, BOE nº 22, (26 enero 2000, 2000).

2. RD 504/2007, de 20 de Abril, por el que se

Aprueba el Baremo de Valoración de la Situación de Dependencia Establecido por la Ley 39/2006, de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación De Dependencia, BOE nº 26, (21 abril 2007, 2007).

3. Ley 34/2003, de 4 de Noviembre, de Modificación y Adaptación a la Normativa Comunitaria de la Legislación

de Seguros Privados. BOE nº 265, (5 noviembre 2003, 2003).

4. Álvarez-Blázquez F(dir.). Guía de valoración de incapacidad laboral para médicos de atención primaria. Edita Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (ENMT). Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación. M a d r i d , 2 0 0 9 .