

|  |   |                          |                    |
|--|---|--------------------------|--------------------|
|  <b>JUNTA NACIONAL<br/>DE CALIFICACIÓN<br/>DE INVALIDEZ</b> | <b>DIRECTRIZ JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN<br/>DE INVALIDEZ No. 001 DE FECHA 01 DE JUNIO<br/>DE 2018</b> | <b>TIPO DOCUMENTO</b>    |                    |
|  |   | <b>FORMATO</b>           |                    |
|  |   | <b>30/08/2017</b>        | <b>Versión 001</b> |
|  |   | <b>JNCI-COSC-UAC-002</b> |                    |

## **DIRECTRIZ DE UNIFICACIÓN DE CRITERIOS No. 001 DE 01 JUNIO 2018**

### **CALIFICACIÓN DEL DOLOR EN EL DECRETO 1507 DE 2014**

La Junta Nacional de Calificación de Invalidez en plenaria, en ejercicio de la competencia conferida por el Legislador mediante el numeral 2° Artículo 2.2.5.1.9 del Decreto 1072 de 2015, se permite comunicar a las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez del país, la Directriz de unificación de criterio No. 001 de 2018, mediante la cual se desarrollan los parámetros para la correcta interpretación y calificación del dolor por el manual de calificación actualmente vigente (Decreto 1507/2014).


#### **1. OBJETIVOS**

- Estudiar la definición del dolor y su clasificación.
- Revisar, aclarar, precisar conceptos y procedimientos contenidos en el manual de calificación para la calificación del “dolor” por los diferentes capítulos estableciendo directrices claras para los mismos.
- Puntualizar la calificación del síndrome regional complejo, el trastorno somatomorfo y la fibromialgia.
- Analizar el contenido del numeral 14.6.2.4 Evaluación de la deficiencia por reumatismos extraarticulares: en lo referente a la calificación de las bursitis, tendinitis, periartritis epicondilitis, tendinitis del extensor del pulgar, tendinitis de los flexo extensores de los dedos de las manos (dedo en resorte), bursitis peritrocantérica, bursitis de la pata de ganso, mialgias, artralgiás, parestesias, contracturas musculares, etc.
- Establecer con claridad cuando utilizar las tablas que califican deficiencia por alteración de nervio periférico (tablas 12.8, 12.9, 12.10, 12.11, 12.12, 12.13, 12.14, 12.15, 12.16) calificando adecuadamente la alteración sensitiva y el dolor.
- Concretar el cuándo y el cómo se utiliza la tabla 12.5 Deficiencia por disestesia secundaria a neuropatía periférica o lesión de médula espinal y dolor crónico somático.

#### **2. FUNDAMENTO TEORICO**

##### 2.1. Definición de dolor

Si bien son múltiples las definiciones de dolor que se encuentran descritas en la literatura médica, casi todas ellas comparten elementos conceptuales que les son comunes considerando que la más apropiada para ser utilizada en el ejercicio de calificación es la descrita por las siguientes tres instituciones; “*The American Medical Association’s Guides to the Evaluation of Permanent Impairment; the sixth edition (AMA 6)*”, (1) la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la salud CIF(2) y por la Asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP)

|  |   |                          |                    |
|--|---|--------------------------|--------------------|
|  <b>JUNTA NACIONAL<br/>DE CALIFICACIÓN<br/>DE INVALIDEZ</b> | <b>DIRECTRIZ JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN<br/>DE INVALIDEZ No. 001 DE FECHA 01 DE JUNIO<br/>DE 2018</b> | <b>TIPO DOCUMENTO</b>    |                    |
|  |   | <b>FORMATO</b>           |                    |
|  |   | <b>30/08/2017</b>        | <b>Versión 001</b> |
|  |   | <b>JNCI-COSC-UAC-002</b> |                    |

(3), al relacionar el dolor con la disminución o pérdida de alguna función corporal<sup>1</sup>. Es por ellos definido el dolor como “una experiencia emocional y sensación desagradable asociada con un daño tisular actual o potencial”, (1, 2,3) añadiéndole que es predominantemente un “síntoma” que aparece como consecuencia de lesiones y/o enfermedades y que se espera que disminuya a medida que la condición médica se resuelve. (1) Es de resaltar además que el dolor es la manifestación clínica más frecuente de una patología o de una lesión y que tiene “un gran impacto individual, familiar, laboral, social y económico”. (3)

Además de lo anteriormente mencionado y con fines académicos se quiere resaltar la definición de dolor mencionada por el Diccionario de la Real Academia Española donde es definido el dolor como “sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior, así como un sentimiento de pena y congoja”. (4)

## 2.2. Clasificación de dolor

Hay múltiples clasificaciones de dolor de las cuales se toman las más relevantes para el proceso de calificación.

### 2.2.1. Por tiempo de duración se clasifica en dolor agudo y crónico


El **dolor agudo** es de presentación y finalización rápida definido por la IASP como “la consecuencia sensorial inmediata de la activación del sistema nociceptivo, como una señal de alarma disparada por los sistemas protectores del organismo”. (3) Por su parte la definición de **dolor crónico** (síndrome de dolor crónico) ha sido descrito como “impreciso”, (1) refiriéndose al dolor que persiste en el tiempo; es decir que perdura por tiempo mayor al esperado para la recuperación de un desorden médico siendo descrito como un dolor que perdura por más de tres meses. (1) Para AMA 6, la aproximación biopsicosocial al dolor crónico debe tomarse como una interacción dinámica y compleja entre factores biológicos, psicológicos y sociales que perpetúan e incluso empeoran su presentación clínica. (1)

Las principales características que han sido relacionadas con el dolor crónico son:

- Uso prolongado de medicación e incluso abuso de medicamentos y otras sustancias.
- Dependencia excesiva de los servicios de salud, de la esposa y la familia.
- Desacondicionamiento físico secundario, debido a la evitación de actividad física evitando el dolor.
- Aislamiento social, laboral, recreacional.
- Falla en el restablecimiento de la función que se tenía antes de la lesión con capacidad insuficiente para trabajar o para suplir necesidades familiares y recreacionales.
- Desarrollo de secuelas psicosociales que incluyen ansiedad, miedo, depresión, comportamientos alterados. (1)

Otras consecuencias del dolor crónico que se encuentran descritas y que pudieran ayudar a objetivizar su existencia son: (1,3)

<sup>1</sup> **Función corporal:** son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales incluyendo las funciones psicológicas (2)

|  |   |                          |                    |
|--|---|--------------------------|--------------------|
|  <b>JUNTA NACIONAL<br/>DE CALIFICACIÓN<br/>DE INVALIDEZ</b> | <b>DIRECTRIZ JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN<br/>DE INVALIDEZ No. 001 DE FECHA 01 DE JUNIO<br/>DE 2018</b> | <b>TIPO DOCUMENTO</b>    |                    |
|  |   | <b>FORMATO</b>           |                    |
|  |   | <b>30/08/2017</b>        | <b>Versión 001</b> |
|  |   | <b>JNCI-COSC-UAC-002</b> |                    |

- Pérdida de masa y de tono muscular.
- Osteoporosis, fibrosis y rigidez articular.
- Disminución en la fuerza muscular puede llevar a una alteración respiratoria restrictiva.
- Puede haber un aumento de la frecuencia cardíaca basal y una disminución de la reserva cardíaca.
- En el sistema digestivo se observa una disminución de motilidad y secreción, constipación y desnutrición.
- Puede observarse retención urinaria e infección.
- A nivel mental suele haber depresión, confusión, alteraciones del sueño y disfunción sexual.
- Alteración en la respuesta inmunitaria entre otros.

Finalmente, cabe resaltar que el dolor crónico tiene una mayor incidencia en las mujeres y aumenta con la edad llegando incluso a encontrarse en el 42.6% de los mayores de 65 años. (3)

## 2.2.2 Por su fisiopatología se clasifica el dolor en nociceptivo y Neuropático


2.2.2.1. **Dolor nociceptivo:** es considerado como un dolor “normal o sensorial”. (3) Hace referencia a la relación normal que hay entre un daño en un tejido y la percepción de dolor cuyo proceso inicia con la traducción química, mecánica, térmica del estímulo en el sitio de la lesión que se traslada y estimula una respuesta neuronal de dolor (1) es decir que es el resultado de la activación del sistema neurofisiológico de dolor (nociceptores periféricos, vías centrales de sensación dolorosa y corteza cerebral). (3)

2.2.2.2. **Dolor Neuropático:** Es considerado como “anormal o patológico” (3) es el que resulta de lesiones o alteraciones crónicas en vías nerviosas periféricas o centrales persistiendo entonces en ausencia de un estímulo nocivo evidente. “son sensaciones aberrantes o anormales de dolor (neuralgia de trigémino, miembro fantasma, causalgia)”. (3)

## 2.2.3 Por su localización se clasifica el dolor en somático y visceral

2.2.3.1. **Dolor Somático:** se habla de dolor somático propiamente, cuando los receptores están en la piel, músculos, cápsulas articulares, ligamentos y huesos. El dolor somático es habitualmente bien localizado y el paciente no tiene grandes dificultades en describirlo “caracterizado por sensaciones claras y precisas”. (1,3) El numeral 12.4.1.7 define el “dolor crónico somático” en el cual hace una mezcla descriptiva entre la definición de dolor crónico y dolor somático la cual se podrá leer completamente más adelante en el numeral 3.4 del presente escrito.

2.2.3.2 **Dolor visceral:** Es producido por una lesión o disfunción de un órgano interno o sus serosas. Suele acompañarse de sintomatología como náuseas, vómitos, sudoración, etc. (1,3)

|  |   |                          |                    |
|--|---|--------------------------|--------------------|
|  <b>JUNTA NACIONAL<br/>DE CALIFICACIÓN<br/>DE INVALIDEZ</b> | <b>DIRECTRIZ JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN<br/>DE INVALIDEZ No. 001 DE FECHA 01 DE JUNIO<br/>DE 2018</b> | <b>TIPO DOCUMENTO</b>    |                    |
|  |   | <b>FORMATO</b>           |                    |
|  |   | <b>30/08/2017</b>        | <b>Versión 001</b> |
|  |   | <b>JNCI-COSC-UAC-002</b> |                    |

### **3. PROBLEMÁTICA DE LA CALIFICACION DEL DOLOR**

Calificar el dolor por el Decreto 1507 del 2014 (5) es una tarea compleja, toda vez que hay algunos aspectos que dificultan su calificación y que se ilustrarán a continuación acompañados de ejemplos con el fin de hacer mayor claridad.

3.1. Múltiples diagnósticos relacionados todos con el dolor en un mismo paciente: se encuentra en las historias clínicas de los pacientes múltiples diagnósticos que son enumerados y que en ocasiones incluso se relacionan todos con una misma condición clínica y que pudieran “confundir” al calificador: Tal es el caso de un paciente con una lesión del cartílago triangular MSD a quien el fisiatra le diagnostica un síndrome doloroso regional complejo (SDRC TII) y el ortopedista un dolor crónico intratable. Si bien este último diagnóstico se supone contenido en el primero, el hecho de ser diagnosticados por aparte ha hecho que se sumen las dos patologías por separado (Ejemplo: califican un SDRC TII Tabla 12.18 clase x con xx% y adicionalmente dolor crónico tabla 12.5 con xx%) incurriendo aquí en doble calificación del mismo dolor.


3.2 Calificación del dolor utilizando dos tablas diferentes del manual de calificación: Ejemplo; paciente con diagnósticos de Trastorno de disco lumbar y dolor crónico intratable asociado. Se encuentra que califican el Trastorno de disco intervertebral mediante la tabla 15.3 clase x con xx% y adicionalmente califican dolor crónico por la tabla 12.5 con xx%. Nuevamente se incurre aquí en doble calificación del mismo dolor el cual como se verá más adelante ya está contenido en la tabla 15.3.

3.3 Calificación del dolor por la tabla 12.5 sin que cumpla los requisitos enunciados en la mencionada tabla para ser calificado. Ejemplo: paciente con diagnóstico de fractura peroné derecho manejado con inmovilización con dos valoraciones por ortopedia que describen: “paciente refiere dolor ocasional en el sitio de la fractura, no se evidencia limitación para los movimientos, patrón de marcha normal”. Se encuentra que califican el dolor descrito como “ocasional” como un dolor crónico somático mediante la tabla 12.5 con xx% sin que cumpla los requisitos mencionados en esta tabla. Cabe recordar aquí que no se califican las lesiones ocurridas en sí, sino las secuelas funcionales<sup>2</sup> que persisten al finalizar los tratamientos ofrecidos.

3.4 No es claro en el manual de calificación si se califica el déficit sensitivo y aparte se califica el dolor o si corresponden a la misma deficiencia, incurriendo en ocasiones en doble calificación de la misma secuela funcional. Ejemplo: paciente con herida 4 dedo MSD (sobre región N. cubital) quien manifiesta parestesias y dolor crónico en el dedo a quien le califican por tabla 12.13 con xx% y adicionan dolor crónico somático tabla 12.5 con xx%...incurriendo en una doble calificación del mismo dolor.

3.5 Las enfermedades osteomusculares tales como las bursitis y epicondilitis etc., de acuerdo al manual de calificación en su numeral 14.6.2.4 solo se califican si producen alteración del movimiento únicamente, encontrando que en algunos pacientes pese a no tener alteración para el movimiento articular, estas patologías, producen un dolor altamente incapacitante y que bien merece ser calificado.

<sup>2</sup> La Junta Nacional se permite aclarar que se mencionan los términos “secuelas funcionales” considerando que se utilizan en el manual de calificación vigente, no obstante, reconocemos que el CIF se aparta de este calificativo y hace referencia es a unas condiciones de salud estructurales y funcionales residuales (estructura-función). (2)

|  |   |                          |                    |
|--|---|--------------------------|--------------------|
|  <b>JUNTA NACIONAL<br/>DE CALIFICACIÓN<br/>DE INVALIDEZ</b> | <b>DIRECTRIZ JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN<br/>DE INVALIDEZ No. 001 DE FECHA 01 DE JUNIO<br/>DE 2018</b> | <b>TIPO DOCUMENTO</b>    |                    |
|  |   | <b>FORMATO</b>           |                    |
|  |   | <b>30/08/2017</b>        | <b>Versión 001</b> |
|  |   | <b>JNCI-COSC-UAC-002</b> |                    |

3.6. El manual de calificación plantea dos calificaciones diferentes para la misma patología de fibromialgia que no han sido interpretadas adecuadamente y que se han prestado para doblemente calificar las mismas secuelas funcionales. Tal es el caso por ejemplo de un paciente con diagnóstico de artritis reumatoide y fibromialgia a quien le califican la artritis reumatoide mediante la tabla 14.15 con xx porcentaje y adicionalmente la fibromialgia mediante la tabla 13.3 con xx%. Cabe recordar aquí que lo que se califica no son los diagnósticos en sí sino las secuelas funcionales que para este ejemplo son las mismas.

#### **4. DIRECTRIZ DE CALIFICACION**

##### **4.1. Aspectos para tener en cuenta en la calificación del dolor**

Hay que tener en cuenta varios aspectos relacionados con el dolor y que pudieran incidir en su calificación:

a. El dolor que se califica es el dolor crónico, no se califica el dolor agudo, es por ello que calificar una lumbalgia, artralgia etc., ocasionadas como consecuencia de un accidente de trabajo en la fase inmediata debe dar 0% de calificación. (Ejemplo: paciente con diagnóstico de lumbalgia mecánica como consecuencia de accidente de trabajo ocurrido hace 3 semanas con historia clínica de valoración por urgencias y 4 sesiones de fisioterapia. Es un error calificar lumbalgia mecánica tabla 15.3 con xx% y/o dolor crónico somático tabla 12.5 xx% Corrección: lumbalgia mecánica aguda no aplica su calificación al considerarse que no se trata de un dolor crónico. Cabe agregar aquí lo contemplado en el numeral 5 del anexo técnico del Decreto 1507/2014; *metodología para la determinación del grado en una clase de deficiencia. Se realizará cuando la persona objeto de la calificación alcance la mejoría máxima (MMM)<sup>3</sup> o cuando termine el proceso de rehabilitación integral....* (5)


De acuerdo con lo anterior, debe entenderse el dolor mencionado en los literales a continuación como el dolor crónico solamente.

b. El dolor es un “síntoma subjetivo” es decir que depende de la manifestación e interpretación que cada paciente haga de él y que hasta el momento no tiene cómo ser objetivamente cuantificado lo cual constituye un problema para su calificación, así reconocido en el AMA 6. (1)

c. El dolor es una vivencia personal, “individual” que se ve afectada por el conocimiento empírico que cada individuo tenga del mismo, por su experiencia, su capacidad mental y física, su entorno familiar, laboral, cultural, etc. En fin, es afectado por múltiples factores internos y externos que pueden acentuarlo o atenuarlo haciendo de esta, una experiencia diferente para todos. (1,3).

d. Si bien el dolor generalmente se relaciona con alguna alteración física o fisiopatología, no obstante, también puede presentarse sin lesión o enfermedad que lo explique. (1)

<sup>3</sup> El numeral 4.6 del decreto 1507/2014 define la “**Mejoría Medica Máxima**” como el punto en el cual la condición patológica se estabiliza sustancialmente y es poco probable que cambie, ya sea para mejorar o empeorar, en el próximo año, con o sin tratamiento. Son sinónimos de este término: pérdida probable, pérdidas fija y estable, cura máxima, grado máximo de mejoría médica, máximo grado de salud, curación máxima, máxima rehabilitación médica, estabilidad medica máxima, estabilidad médica, resultados médicos finales, medicamente estable, medicamente estacionario, permanente y estacionario, no se puede ofrecer más tratamiento o se da por terminado el tratamiento. Incluye los tratamientos médicos, quirúrgicos y de rehabilitación integral que se encuentren disponibles para las personas y que sean pertinentes según la condición de salud (5)

|  |   |                          |                    |
|--|---|--------------------------|--------------------|
|  <b>JUNTA NACIONAL<br/>DE CALIFICACIÓN<br/>DE INVALIDEZ</b> | <b>DIRECTRIZ JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN<br/>DE INVALIDEZ No. 001 DE FECHA 01 DE JUNIO<br/>DE 2018</b> | <b>TIPO DOCUMENTO</b>    |                    |
|  |   | <b>FORMATO</b>           |                    |
|  |   | <b>30/08/2017</b>        | <b>Versión 001</b> |
|  |   | <b>JNCI-COSC-UAC-002</b> |                    |

e. Hay que tener en cuenta que el dolor puede afectar el grado de función de un órgano o sistema, así como también puede incidir en el bienestar y en la calidad de vida de quien lo padece. (1)

f. El dolor se asocia a cambios físicos de Descondicionamiento, tales como la atrofia muscular del área afectada que se produce por la inactividad o inhibición de la función debida al dolor y al temor al dolor al hacer cualquier movimiento. (1)

g. Hay que diferenciar si el dolor es un problema aislado o hace parte de una condición de salud; hay que verlo como uno de los componentes de un desorden médico. (1) Es por ello que en múltiples capítulos lo califican como parte de una condición, como se especificara más adelante.

h. Para poder calificar el dolor, siempre deberá estar documentada su existencia en la historia clínica. (Valoraciones por especialistas tratantes). Un dolor que no esté documentado no se tendrá en cuenta para la calificación. No obstante, lo anterior, de hallarse negaciones del sistema a la prestación del servicio, motivo por el cual no esté documentado, deberá dejarse constancia escrita en el dictamen.

g. Es importante resaltar que el hecho de encontrar el dolor como un diagnóstico adicional a otros diagnósticos no debe ser interpretado como sinónimo de ser calificado por aparte si en el diagnóstico principal está contenido el dolor como parte de la calificación; tal es el caso de los dos primeros ejemplos expuestos en los numerales 3.1 y 3.2.

#### 4.2. Confiabilidad y credibilidad del paciente con dolor

No se puede desconocer que hay pacientes que motivados por obtener alguna ganancia secundaria exageran o fingen dolor, lo cual dificulta el proceso de calificación. Con el fin de evaluar la confiabilidad y credibilidad de los “comportamientos de dolor” en los pacientes a calificar se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones que son descritas en el AMA 6 y que aquí se transcriben: (1)

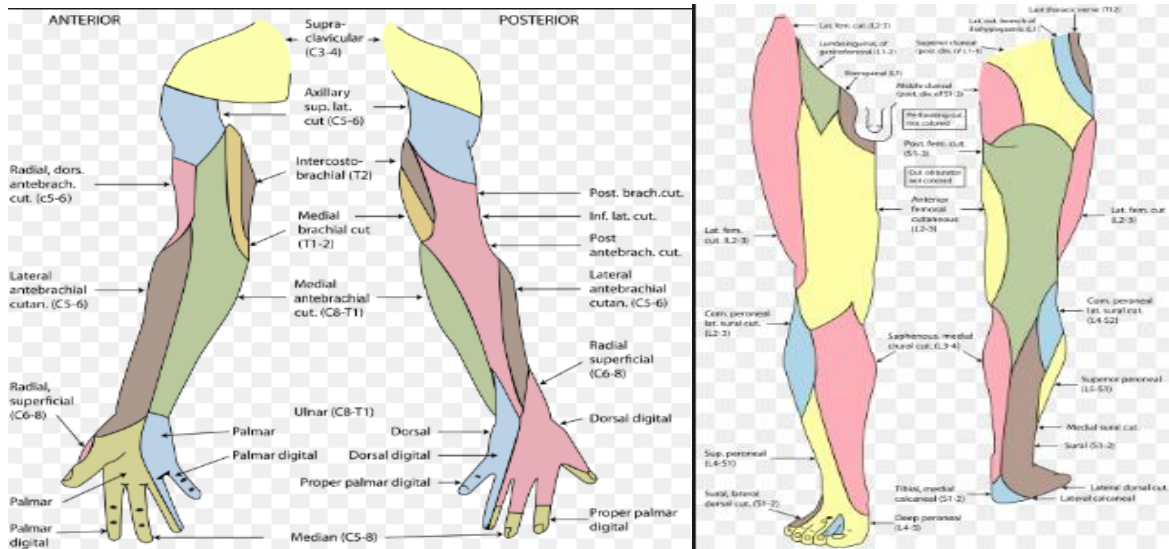
a. La congruencia del dolor con la patología establecida: que los síntomas y signos sean congruentes y se asocien. Cabe aquí recordar la utilidad de los signos de Waddell<sup>4</sup> entre otros utilizados para este fin.

b. La consistencia del dolor en el tiempo y la situación: las quejas y la disfunción por dolor deben ser relativamente independientes de la presencia de los observadores y deben persistir cuando se distrae el paciente.

c. La consistencia del dolor con la anatomía y la fisiología: debe esperarse que un paciente que por dolor es incapaz de mover un brazo muestre signos de atrofia o disminución del tono muscular. Por otra parte, debe coincidir el dolor con el dermatoma afectado en el caso de una compresión radicular o alteración de sistema nervioso periférico.

<sup>4</sup> Signos de Waddell: De acuerdo a lo descrito por la literatura médica los signos de Waddell son un grupo de 5 hallazgos en la exploración física y cuya presencia se ha relacionado con varias interpretaciones de tipo psicopatológico entre otras el engaño/ganancia secundaria. Puede verse un video explicativo en: <https://www.youtube.com/watch?v=a0T57UQaeg&feature=share>

#### 4.2.1 Graficas de los dermatomas de miembros superiores e inferiores



Fuente tomada desde:

[https://www.google.com.co/search?q=dermatomas&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=2ahUKEwjz4oblwtvaAhURN1MKHXD-AGIQ\\_AUoAXoECAAAQAw&biw=1366&bih=662#imgdii=W0VfFYI84VJmPM:&imgrc=cWkZ8vfgAtKcqm](https://www.google.com.co/search?q=dermatomas&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=2ahUKEwjz4oblwtvaAhURN1MKHXD-AGIQ_AUoAXoECAAAQAw&biw=1366&bih=662#imgdii=W0VfFYI84VJmPM:&imgrc=cWkZ8vfgAtKcqm)


d. Que coincidan las descripciones de los observadores: las valoraciones de colegas y de otros especialistas pueden mostrar inconsistencias en el comportamiento de un paciente con dolor. Es por ello que deben revisarse con detalle las descripciones de los exámenes realizados.

e. Comportamientos patológicos inapropiados, impropios: el delegar funciones no relacionadas con el dolor o la patología que se presenta a otros puede reflejar comportamientos patológicos inapropiados.

#### 4.3 Calificación del dolor de manera específica en los capítulos, numerales y tablas del Decreto 1507/2014 donde se califica el dolor

El Decreto 1507/2014 en múltiples capítulos menciona el dolor como parte de las características a calificar e incluso su intensidad y frecuencia es considerada para diferenciar una clase funcional de otra. Es por ello que, en los capítulos, numerales y tablas donde esté mencionado y relacionado el dolor como criterio incluido, deberá calificarse de acuerdo a las instrucciones impartidas específicamente para tal fin y NO deberá calificarse además por tabla 12.5 o en otra tabla, toda vez que ello constituiría una doble calificación del mismo dolor.

A continuación, se transcribe textualmente y de manera ordenada (tal como aparece en el manual de calificación) algunos apartes del capítulo, numeral o tabla donde es mencionado el dolor en el Decreto 1507/2014 haciéndole por parte de la Junta Nacional (JNCI) algunos comentarios, aclaraciones, ampliaciones, explicaciones etc., que se acompañarán de ejemplos con el fin de dar mayor claridad al tema. Con el fin de poder diferenciar claramente entre el texto transcrito directamente del manual de calificación y el texto realizado por la JNCI, el texto transcrito se presentará con letra Arial 9 (menor tamaño) y en cursiva.

|  |   |                          |                    |
|--|---|--------------------------|--------------------|
|  <b>JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ</b> | <b>DIRECTRIZ JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ No. 001 DE FECHA 01 DE JUNIO DE 2018</b> | <b>TIPO DOCUMENTO</b>    |                    |
|  |   | <b>FORMATO</b>           |                    |
|  |   | <b>30/08/2017</b>        | <b>Versión 001</b> |
|  |   | <b>JNCI-COSC-UAC-002</b> |                    |

-“**Tablas 2.1** Deficiencia por enfermedad valvular cardíaca, **Tabla 2.2** deficiencia por enfermedad arterial coronaria, **Tabla 2.3** Deficiencia por enfermedad pericárdica, **Tabla 2.4** deficiencia por cardiopatías y miocardiopatías, **Tabla 2.5** Deficiencia por arritmias, **Tabla 2.6** Deficiencia por enfermedad cardiovascular hipertensiva, **Tabla 2.9** Deficiencia por enfermedad arterial pulmonar”: En el factor modulador está incluida la clasificación NYHA la cual contempla el dolor anginoso como parte de la misma. (Ejemplo: paciente con diagnóstico de insuficiencia aortica y dolor crónico o angina...es un error calificar la insuficiencia valvular aortica tabla 2.1 xx% y dolor crónico somático tabla 12.5 xx%. Corrección: solo calificar la insuficiencia valvular aortica tabla 2.1 xx% aclarando que se encuentra dentro de esta calificación contenida la angina)

-“**Tabla 2.7** Deficiencia por enfermedad vascular periférica de miembros superiores, **Tabla 2.8** Deficiencia por enfermedad vascular periférica de miembros inferiores”: En su factor modulador se menciona el dolor discriminado en reposo, severo y constante, etc... (Ejemplo: paciente con diagnóstico de varices GII Msls y dolor crónico asociado... es un error calificar varices GII clase x tabla 2.8 con xx% y dolor crónico somático tabla 12.5 con xx% Corrección: solo deberá calificarse las varices GII tabla 2.8 con xx% aclarando que el dolor de los Msls se encuentra contenido en esta calificación)

- “**Numeral 4.4.7** Calificación de las deficiencias por hernias envía a calificar el dolor así: en caso de persistir dolores causados por atrapamiento del nervio residual, se debe valorar esta deficiencia en el capítulo de deficiencia por alteraciones del sistema nervioso central y periférico”. Lo anterior significa que deberán calificarse las hernias por tabla 12.8 cuando esté documentado (mediante electromiografía) un atrapamiento nervioso residual que además sea “sintomático”.

-“**Numeral 5.3.2** Factores a considerar para la evaluación y ponderación del daño: los criterios a considerar en la evaluación de la deficiencia derivada de las enfermedades o traumas del sistema urinario, reproductor o ambos son: criterio 1. Historia clínica (factor principal): signos y síntomas de la enfermedad: los síntomas y signos presentados por enfermedad del tracto urinario superior pueden incluir cambios en la orina, edema, adinamia, astenia, pérdida de apetito y de peso, anemia, uremia, dolor de espalda, dolor abdominal o dolor a nivel del ángulo costovertebral...” Aquí está mencionado el dolor en el factor principal, en los dos párrafos posteriores también es mencionado en síntomas y signos presentados por enfermedad de la vejiga y de la uretra.

-“**Tabla 5.2.** Criterios para la evaluación de las deficiencias por desórdenes del tracto urinario superior **Tabla 5.4** Criterios para la evaluación de las deficiencias por enfermedad de la vejiga”: en el factor principal está contenido el dolor (presenta síntomas frecuentes como dolor...) “**Tabla 5.7** criterios para la evaluación de las deficiencias por alteraciones del escroto”. En el historial clínico como factor modulador se encuentra el dolor (con la actividad sexual presenta dolor o molestia...) En estas tablas también está descrito el dolor (Ejemplo: paciente con diagnósticos de insuficiencia renal y dolor renal crónico...es un error calificar insuficiencia renal tabla 5.2 clase x con xx% y dolor crónico somático tabla 12.5 xx% Corrección: solamente se calificara la insuficiencia renal clase x tabla 5.2 con xx% aclarando que en esta calificación esta contenido el dolor renal)

-“**Numeral 5.5.3** Procedimiento específico para la calificación de las deficiencias por enfermedad del testículo, el epidídimo y el cordón espermático: las enfermedades de los testículos, el epidídimo y el cordón espermático pueden incluir signos y síntomas locales que se manifiestan con dolor, hipersensibilidad...”quedando incluido el dolor en este numeral.

-“**Numeral 5.5.4** Procedimiento específico para la calificación de las deficiencias por enfermedad de la próstata y de las vesículas seminales: estas deficiencias deben combinarse con las obtenidas por alteración de las funciones urinarias. Los síntomas y signos por enfermedad de la próstata y las vesículas seminales generalmente incluyen dolor local o referido, sensibilidad.... quedando incluido el dolor en este numeral, así como en la **Tabla 5.9** Criterios para la evaluación de las deficiencias por enfermedad de la próstata y de



|  |   |                          |                    |
|--|---|--------------------------|--------------------|
|  <b>JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ</b> | <b>DIRECTRIZ JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ No. 001 DE FECHA 01 DE JUNIO DE 2018</b> | <b>TIPO DOCUMENTO</b>    |                    |
|  |   | <b>FORMATO</b>           |                    |
|  |   | <b>30/08/2017</b>        | <b>Versión 001</b> |
|  |   | <b>JNCI-COSC-UAC-002</b> |                    |

las vesículas seminales”. (Ejemplo: paciente con diagnósticos de hipertrofia prostática benigna con dolor crónico asociado es un error calificar hipertrofia prostática benigna tabla 5.9 clase x con xx% y dolor crónico somático tabla 12.5 con xx% Corrección: solo debe calificarse hipertrofia prostática benigna tabla 5.9 clase x con xx% aclarando que el dolor se encuentra aquí calificado)

-“**Numeral 5.6.3** Procedimiento específico para la calificación de las deficiencias por enfermedad de las trompas de Falopio y el ovario...se describe en el párrafo que sigue: entre los síntomas y signos por enfermedad de las trompas de Falopio y los ovarios se incluyen dolor pélvico, sangrado o flujo vaginal...” quedando incluido el dolor en este numeral y en la **Tabla 5.12** Criterios para la evaluación de las deficiencias por enfermedad de las trompas de Falopio y el ovario.


-“**Numeral 12.4.1.2** Criterios para la calificación de deficiencia por disfunción de la médula espinal y trastornos del movimiento: Disfunción de la médula espinal: las deficiencias causadas por lesiones en la médula espinal incluyen las relacionadas con la postura y marcha, el empleo de las extremidades superiores, la respiración, la función urinaria, la función ano rectal, la función sexual y el dolor...luego en el tercer párrafo siguiente dice: el dolor disestésico causado por un deterioro de médula espinal se califica utilizando la **Tabla 12.9...**” quedando incluido tanto en el numeral como en la tabla mencionada el dolor por lo cual las deficiencias por disfunción de la médula espinal NO debe calificarse adicionalmente mediante tabla 12.5 al estar ya contenido el dolor.

Tanto los numerales 12.4.1.6, 12.4.1.7 como la tabla 12.5 no se encuentran en este apartado toda vez que se estudiaran de manera especial al finalizar este documento.

-“**Numeral 12.4.1.8** Criterios para la calificación de deficiencia relacionada con el **síndrome doloroso regional complejo**, incluye las **Tablas 12.12** deficiencia de las extremidades superiores por deterioros del plexo braquial unilateral, **Tabla 12.13** deficiencias de las extremidades superiores por deterioros de nervio periférico **Tabla 12.15** Deficiencia de las extremidades inferiores por deterioros del plexo lumbosacro-unilateral **Tabla 12.16** deficiencia por alteraciones de nervio periférico de miembros inferiores, **Tabla 12.17** criterios diagnósticos objetivos para SDRC tipo I **Tabla 12.18** calificación del síndrome de dolor regional complejo tipo I miembro superior unilateral **Tabla 12.19** calificación del síndrome de dolor regional complejo tipo I-miembro inferior (unilateral)” es de resaltar que la deficiencia por SDRC deberá ser calificada por estas tablas de acuerdo a su localización y por ende “no” se debe calificar en algún otro capítulo o numeral (incluyendo la tabla 12.5) ni adicionarle calificación de dolor ya que está aquí contenido. En el caso de que tenga dos diagnósticos relacionados con el dolor, será el medico calificador quien escoja cuál diagnostico se califica teniendo en cuenta la historia clínica del paciente y las pruebas realizadas al examen físico el día de su valoración. (Ejemplo: paciente con diagnóstico de SDRC MSD más diagnóstico de dolor crónico intratable. Es un error calificar SDRC tabla 12.12 con xx% y adicionarle dolor crónico tabla 12.5 xx%. Corrección: se escoge entre los dos diagnósticos cuál cumple las características para calificación y solo se califica el mismo; si se escogió calificar el SDRC deberá calificarse únicamente por tabla 12.12 con xx% aclarando que el dolor crónico intratable se encuentra aquí contenido en la calificación, si se escoge calificar el dolor crónico intratable, se calificará solamente por tabla 12.5 con xx%).

-“**Numeral 12.4.1.9** Criterios para la calificación de deficiencia relacionada con cefalea y migraña, por ende queda incluida la **Tabla 12.6**. Calificación de las deficiencias por cefaleas-migraña”. Se resalta que aquí está contenido el dolor.

-“**Numeral 12.4.1.10** Criterios para la calificación de deficiencia relacionada con neuralgia del trigémino y glossofaríngea: debido a que generalmente no existe deterioro neurológico evidente, excepto por el punto gatillo en la neuralgia del trigémino o la alodinia en la neuralgia posherpética, el dolor típico severo e incontrolable puede ser la deficiencia. Ocasionalmente los especialistas pueden observar personas con dolor similar debido a una neuralgia glossofaríngea. Tanto el dolor facial atípico episódico como el dolor típico neurálgico, se califican con los parámetros de la **Tabla 12.7** No se deben considerar otras tablas que se relacionen con las deficiencias

|  |   |                          |                    |
|--|---|--------------------------|--------------------|
|  <b>JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ</b> | <b>DIRECTRIZ JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ No. 001 DE FECHA 01 DE JUNIO DE 2018</b> | <b>TIPO DOCUMENTO</b>    |                    |
|  |   | <b>FORMATO</b>           |                    |
|  |   | <b>30/08/2017</b>        | <b>Versión 001</b> |
|  |   | <b>JNCI-COSC-UAC-002</b> |                    |

por disestesias o dolor relacionadas con estos nervios”. Por ende, queda incluida la “**Tabla 12.7** Criterios para la calificación de la deficiencia por neuralgia del trigémino o del glossofaríngeo unilateral o bilateral”. Es de resaltar aquí que una neuralgia solo se califica por aquí “sin” adicionar calificación por tabla 12.5.


-“**Tabla 12.8** Criterios para la calificación de nervios periféricos misceláneos, **Tabla 12.9** Clasificación del deterioro de la calidad sensorial, **Tabla 12.10** Deficiencia global de los dedos por pérdida de sensibilidad longitudinal y transversal en todos los dedos según la longitud comprometida. **Tabla 12.11** Grado de severidad por déficit sensorial y motor. **Tabla 12.12** Deficiencias de las extremidades superiores por deterioro del plexo braquial (unilateral). **Tabla 12.13** Deficiencias de las extremidades superiores por deterioros de nervio periférico. **Tabla 12.15** Deficiencias de las extremidades inferiores por deterioros del plexo lumbosacro- unilateral. **Tabla 12.16** Deficiencia por alteraciones de nervio periférico de miembros inferiores”. Todas estas tablas contienen el dolor como parte de la deficiencia a calificar por lo cual no debe adicionarse calificación de dolor en ninguna otra tabla incluyendo la tabla 12.5. Cabe aclarar que estas tablas califican una alteración sensitiva (déficit sensorial)<sup>5</sup> que “incluye” el dolor. Es decir que el dolor referido por un paciente y que cumpla anatómicamente con el recorrido de un nervio periférico se califica por estas tablas. Si tiene además una alteración sensitiva así documentada en la historia clínica, se considerará el dolor como parte de esta calificación, es decir una sola vez se utiliza esta tabla y ninguna otra. (Ejemplo: paciente con diagnóstico de tendinorrafia en dedo pulgar izquierdo con hipoestesia y dolor crónico: es un error calificar hipoestesia por tabla 12.10 con xx% y agregar dolor crónico tabla 12.5 con xx%. Corrección: debe calificarse la hipoestesia más dolor crónico por tabla 12.10 con xx% solamente entendiéndose el dolor contenido en esta calificación).

-“**Numeral 12.4.2.3** Calificación de la deficiencia por neuromas digitales: la severidad del dolor y la disminución de la función relacionada con neuromas de los nervios de los dedos se clasifican como una pérdida nerviosa total o parcial... incluye la **Tabla 12.10** Deficiencia global de los dedos por pérdida de la sensibilidad longitudinal y trasversal en todos los dedos según la longitud comprometida”. El dolor está contenido en la calificación por esta tabla por lo cual “no” debe calificarse en ninguna otra tabla incluyendo la tabla 12.5.

-“**Numeral 13.4.4 Trastornos somatomorfos**. Comprende dos tipos de trastorno: el primero caracterizado por la existencia de síntomas físicos cuyo estudio ha excluido una etiología orgánica. Incluye el trastorno de somatización (dolor somático, síntomas gastrointestinales, disfunción sexual y síntomas somato sensoriales), el trastorno conversivo (síntomas sensorio motores que simulan una enfermedad neurológica), dolor psicógeno (dolor en una o más zonas del cuerpo que amerita atención medica) incluye la **Tabla 13.3** trastornos de ansiedad y somatomorfo”. Aquí hay que hacer la salvedad del dolor somático mencionado en el paréntesis el cual solo hace parte del cuadro de somatización mencionado y por ende un dolor somático no relacionado al cuadro de somatización deberá ser calificado por tabla 12.5 excluyéndolo de la calificación por este numeral. De igual manera, los trastornos somatomorfos deberán ser calificados mediante tabla 13.3 y el dolor NO deberá calificarse nuevamente por tabla 12.5 u otra tabla al quedar aquí contemplado y calificado. (Ejemplo: paciente con diagnóstico de trastorno somatomorfo y dolor crónico en MSD: es un error calificar trastorno somatomorfo tabla 13.3 con xx% y adicionalmente calificar dolor crónico somático por la tabla 12.5 con xx% pese a tener los dos diagnósticos. Corrección: de ser calificado un trastorno somatomorfo solo deberá asignarse calificación por tabla 13.3 con xx% únicamente, aclarando que el dolor crónico se encuentra aquí también contenido)

-“**Numeral 14.4.7.3** Condiciones especiales relacionadas con la amputación. La evaluación del muñón residual debe incluir una valoración del estado del cubrimiento del tejido blando, del nervio periférico y de los sistemas vasculares y del hueso mismo. Neuromas digitales y lesiones del nervio digital. Las amputaciones que comprometen los dedos pueden conllevar a una pérdida sensorial residual derivada de la lesión nerviosa y

<sup>5</sup> **Déficit sensorial:** el numeral 12.4.2.1 recuerda su definición como “la sensación es la percepción de estímulos mientras que la sensibilidad es la apreciación e interpretación consciente del estímulo producido por la sensación...(5)


|  |   |                          |                    |
|--|---|--------------------------|--------------------|
|  <b>JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ</b> | <b>DIRECTRIZ JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ No. 001 DE FECHA 01 DE JUNIO DE 2018</b> | <b>TIPO DOCUMENTO</b>    |                    |
|  |   | <b>FORMATO</b>           |                    |
|  |   | <b>30/08/2017</b>        | <b>Versión 001</b> |
|  |   | <b>JNCI-COSC-UAC-002</b> |                    |

pueden presentar un neuroma o dolor fantasma en la parte conservada del dedo. El valor de deficiencia asignado por amputación incluye el dolor y el malestar, los contornos anormales del tejido blando del muñón y los cambios vasculares, como la intolerancia al frío. Por lo anterior, se deberá sumar a esta deficiencia global el 10% de la misma obtenida por la amputación. Ejemplo: si se obtiene por amputación a nivel de la articulación interfalángica distal (IFD) del dedo índice, un 5% de deficiencia global se debe agregar o sumar el 10% de esta deficiencia, es decir el 0.5%; así, el valor final obtenido será de 5.5%. Este método de cálculo de la deficiencia debe repetirse para cada radio (pulgar y dedos)". Al estar aquí contendió el dolor no deberá ser calificado el dolor por otra tabla diferente incluyendo la tabla 12.5.

-“**Tabla 14.15** Deficiencia por enfermedades del tejido conectivo que involucran el sistema osteomuscular”. Como parte de los síntomas a evaluar y que se utilizan para clasificar en las diferentes clases funcionales, están incluidas las artralgias con lo cual queda incluido el dolor por esta tabla. Es por ello que no debe ser utilizada ninguna otra tabla para calificar el dolor. (Ejemplo: paciente con diagnóstico de artritis reumatoide y dolor crónico intratable. Es un error calificar la artritis reumatoidea clase x por la tabla 14.15 con xx% y adicionalmente calificar el dolor crónico intratable por tabla 12.5 con xx% Corrección: solo calificar la artritis reumatoidea tabla 14.15 con xx% haciendo claridad que el dolor crónico intratable se encuentra contenido en esta calificación)

-“**Numeral 14.6.2.3** Osteoporosis generalizada: es una patología de etiología primaria o secundaria que se caracteriza por pérdida de masa ósea, especialmente en la columna dorsolumbar, la pelvis, las caderas y las muñecas que cuando son asintomáticas no producen deficiencia. Cuando existe dolor o espasmo muscular sin deformidad del esqueleto y se consigue una completa remisión de estos síntomas mediante una terapia continua a base de hormonas y minerales, se puede considerar una deficiencia global de 10% cuando se necesita terapia continua para aliviar el dolor sin conseguir su remisión total se considera una deficiencia global de 20%..”. Es clara la calificación del dolor por esta tabla por lo cual no aplica calificarse adicionalmente por otra tabla incluyendo la tabla 12.5.

-“**Numeral 14.6.2.4** Evaluación de la deficiencia por reumatismos extra articulares: las alteraciones por reumatismos extra articulares corresponden a bursitis, tendinitis o periartrosis de origen mono traumático repetitivo. Las localizaciones más comunes son: hombros (bursitis, tendinitis del supraespinoso, bicipital, etc.) epicondilitis, tendinitis del extensor del pulgar, tendinitis de los flexo extensores de los dedos de las manos (dedo en resorte), bursitis peritrocantérica, bursitis de la pata de ganso. En general se trata de patologías que responden muy bien al tratamiento médico y ocasionalmente quirúrgico de tal manera que no provocan deficiencia. Sin embargo, si ocasionan secuelas estas se evaluarán en las tablas que correspondan a la deficiencia por disminución de los rangos de movimiento articulares. Cuando se habla de fibrositis se incluye a aquellos pacientes que presentan mialgias, artralgias, parestesias, contracturas musculares, etc. Sin una base orgánica evidente y que habitualmente corresponden a trastornos funcionales no psicóticos. Su evaluación se ubica dentro del campo de la psiquiatría, dado que siempre el examen físico osteoarticular y de laboratorio resultan normales y si existieran alteraciones radiográficas estas no serían de significación clínica”. Nótese que este numeral deja sin porcentaje de deficiencia calificable al dolor por las patologías tales como epicondilitis, bursitis etc. si no tienen limitación para el movimiento a pesar del dolor. (Si tiene una limitación para el movimiento se califica en la tabla de la articulación que corresponde sin que se le agregue el dolor: es decir únicamente se califica la limitación para el movimiento) No obstante y considerando que estas patologías inflamatorias en algunos pacientes son muy sintomáticas y altamente incapacitantes pese a no limitar el movimiento, deberán calificarse por tabla 12.5 si y solo si se acompañan de signos inflamatorios (corroborado por el medico calificador en su examen) y múltiples valoraciones (más de 2) en el último año que describan el dolor asociado a limitación para laborar aunado a que cumplan los criterios para ser calificados por tabla 12.5. Es importante agregar que se califica el dolor una sola vez pese a presentarse estas patologías en diferentes articulaciones tal como lo establece la misma tabla 12.5. (Ejemplo: paciente con diagnósticos de epicondilitis bilateral y tendinitis de flexo extensores MSD con amas en todas las articulaciones normales.... Es un error calificar epicondilitis bilateral mediante tabla 12.5 con xx% más tendinitis de flexo extensores

|  |   |                          |                    |
|--|---|--------------------------|--------------------|
|  <b>JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ</b> | <b>DIRECTRIZ JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ No. 001 DE FECHA 01 DE JUNIO DE 2018</b> | <b>TIPO DOCUMENTO</b>    |                    |
|  |   | <b>FORMATO</b>           |                    |
|  |   | <b>30/08/2017</b>        | <b>Versión 001</b> |
|  |   | <b>JNCI-COSC-UAC-002</b> |                    |


MSI tabla 12.5 con xx%. Corrección: se debe calificar dolor crónico somático por epicondilitis bilateral más tendinitis de flexo extensores MSD tabla 12.5 con xx% solamente)

**-“Numeral 14.6.2.5 Fibromialgia:** *Diagnosticada de acuerdo con los criterios de la American College of Rheumatology, se califica de acuerdo con la clasificación así: -primaria: no presenta otras afecciones que permitan explicar los síntomas, por lo cual se califica en el capítulo de deficiencias por enfermedad mental y trastornos del comportamiento. -Concomitante o secundaria: se asocia a otra afección que puede explicar solo parcialmente los síntomas, o cuando ocurre por una afección subyacente que es su causa; en los dos casos, adicional a la consideración de la fibromialgia primaria, se califica de acuerdo con la patología de base o concomitante en los capítulos y se combinan los valores de deficiencia de acuerdo con la fórmula de los valores combinados”.* Teniendo en cuenta que el párrafo anterior puede prestarse para interpretaciones ambiguas y considerando que el AMA 6 (1) es el documento de base utilizado para la realización del manual de calificación vigente, debe interpretarse del párrafo anterior así: cuando el único diagnóstico que presenta un paciente es el de fibromialgia (primaria) se calificará utilizando la tabla 13.3 únicamente, sin que se añada calificación por la tabla 12.5 u otra tabla. Si la fibromialgia está acompañada con otra patología de base como por ejemplo una artritis reumatoidea o una enfermedad mental; se calificará solamente esta patología de base encontrándose la fibromialgia contenida en la calificación de la misma al ser concomitantes. (Ejemplo 1: paciente con diagnósticos de artritis reumatoidea y fibromialgia. Es un error calificar artritis reumatoidea por tabla 14.15 con xx% y adicionalmente calificar la fibromialgia por tabla 13.3 con xx%. Corrección: se califica la artritis reumatoidea por tabla 14.15 con xx% únicamente aclarando que aquí se encuentra contenida la fibromialgia. Ejemplo 2: paciente con diagnósticos de trastorno depresivo recurrente y fibromialgia. Es un error calificar el trastorno depresivo recurrente por tabla 13.2 con xx% y adicionalmente calificar la fibromialgia por tabla 13.3 con xx% Corrección: se califica trastorno depresivo recurrente por tabla 13.2 con xx% únicamente, aclarando que aquí se encuentra contenida también la fibromialgia.) En el ejemplo 2 cabe recordar además lo estipulado en el *numeral 13.3.3 numeral 4 del manual de calificación: se debe “calificar solamente el cuadro o síndrome clínico con mayor valor porcentual de deficiencia (eje I). (5)*

**-“Numeral 15.3.1 Factores a considerar para la evaluación y ponderación de la deficiencia derivada de las enfermedades de la columna vertebral y la pelvis. Se establecen los siguientes criterios para la evaluación de la deficiencia: Criterio 1 Deficiencia con base en el diagnóstico DBD (factor principal) La deficiencia se calcula con base en este método y está determinada por el diagnóstico. Se reconocen cinco categorías mayores de diagnóstico: 1. Dolor de columna recurrente crónico o crónico no específico...”** Al estar contemplado el dolor aquí como parte de las categorías a clasificar, deberá ser calificado por aquí solamente sin que se califique el dolor además por otras tablas incluyendo la tabla 12.5. Las **“Tablas 15.1 Calificación de deficiencias de la columna cervical. Tabla 15.2 Calificación de deficiencias de columna torácica. Tabla 15.3 Calificación de deficiencias de la columna lumbar, Tabla 15.4 Calificación de deficiencias de la pelvis”.** Tienen el dolor como parte de la calificación por lo cual se insiste en que ni deberá calificarse el dolor por otra tabla incluyendo la 12.5. (Ejemplo: paciente con diagnósticos de trastorno de discos intervertebrales lumbares y dolor crónico. Es un error calificar trastorno de discos intervertebrales por tabla 15.3 clase x con xx% y adicionalmente calificar el dolor crónico por tabla 12.5 con xx% Corrección: solo deberá calificarse trastorno de discos intervertebrales por tabla 15.3 clase x con xx% aclarando que en esta calificación se encuentra contenido el dolor crónico).

#### 4.4 Utilización de la tabla 12.5 Deficiencia por disestesia secundaria a neuropatía periférica o lesión de médula espinal y dolor crónico somático.

Hay que partir por recordar que la mencionada tabla pertenece al *“capítulo XII: Deficiencias por alteraciones del sistema nervioso central y periférico”.* Los siguientes numerales hacen alusión al dolor crónico somático y se encuentran previos a la tabla 12.5:

|  |   |                          |                    |
|--|---|--------------------------|--------------------|
|  <b>JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ</b> | <b>DIRECTRIZ JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ No. 001 DE FECHA 01 DE JUNIO DE 2018</b> | <b>TIPO DOCUMENTO</b>    |                    |
|  |   | <b>FORMATO</b>           |                    |
|  |   | <b>30/08/2017</b>        | <b>Versión 001</b> |
|  |   | <b>JNCI-COSC-UAC-002</b> |                    |

-“**Numeral 12.4.1.6** Criterios para la calificación de **deficiencia por neuropatía periférica**, trastornos neuromusculares articulares, miopatías y dolor crónico somático. En la evaluación del sistema nervioso periférico se debe documentar la magnitud de la pérdida de las funciones causada por el déficit sensorial, dolor o malestar; la pérdida de la fuerza muscular y el control de los músculos o los grupos musculares específicos y la alteración del sistema nervioso autónomo-SNA. El valor de la deficiencia global por dolor se obtiene de la tabla 12.5 y se combina con los valores de deficiencia de los demás capítulos”. Teniendo en cuenta que el párrafo anterior puede prestarse para interpretaciones ambiguas y considerando que el AMA 6 (1) es el documento de base utilizado para la realización del manual de calificación vigente, debe interpretarse del párrafo anterior que las tablas que califican la deficiencia por alteración de nervio periférico (tablas 12.8, 12.9, 12.10, 12.11, 12.12, 12.13, 12.14, 12.15, 12.16) califican una alteración sensitiva (déficit sensorial) que “incluye” el dolor.


Es decir que el dolor referido por un paciente y que cumpla anatómicamente con el recorrido de un nervio periférico se califica por estas tablas. Si tiene además una alteración sensitiva así documentada en la historia clínica, se considerará el dolor como parte de esta calificación, es decir una sola vez se utiliza esta tabla y ninguna otra. (Ejemplo: paciente con diagnóstico de tendinorrafia en dedo pulgar izquierdo con hipoestesia y dolor crónico: es un error calificar hipoestesia por tabla 12.10 con xx% y agregar dolor crónico tabla 12.5 con xx%. Corrección: debe calificarse la hipoestesia más dolor crónico por tabla 12.10 con xx% solamente entendiéndose el dolor contenido en esta calificación).

-“**Numeral 12.4.1.7** Criterios para la calificación de deficiencia por neuropatía periférica **y** dolor disestésico: se debe documentar que la persona sufre de una neuropatía periférica<sup>6</sup> o de una lesión de la médula espinal consistente con el dolor disestésico. El déficit causado por neuropatías periféricas puede afectar las funciones motoras, sensoriales y autónomas del sistema nervioso”. Cabe resaltar aquí que la neuropatía “debe” estar documentada. Posteriormente dos párrafos adelante este numeral hace referencia a “funciones motoras sensoriales: muchas neuropatías periféricas se presentan con disfunción sensorial con poca o nula evidencia de disfunción motora autónoma. La neuropatía sensorial sin dolor, que involucra en mayor grado las extremidades inferiores que a las extremidades superiores, se evalúa de acuerdo con los criterios de las tablas 12.2 y 12.3.....” nótese que aquí hay una clara alusión a que estas tablas se utilizan para calificar la neuropatía sensorial incluido el dolor, es decir que cuando se califica el déficit sensorial se está aquí calificando el dolor, por lo cual no aplica calificarlo por aparte porque estaríamos calificando doblemente la misma secuela funcional. (6,7) Aquí también debe tenerse en cuenta el segundo párrafo que fue mencionado en el numeral 12.4.1.6.

**Dolor crónico somático:** se refiere a un dolor que persiste por largo tiempo. La IASP lo define como aquel cuyo curso sea mayor a tres meses y que persista aún después del tiempo esperado de recuperación de la enfermedad que lo causó (por ejemplo, el tiempo razonable para que sane una herida). También se puede definir como aquel dolor asociado con un proceso patológico crónico que causa dolor continuo o recurrente. Hay pérdida de masa y coordinación muscular, osteoporosis, fibrosis y rigidez articular. La menor fuerza puede llevar a una alteración respiratoria restrictiva. En el sistema digestivo se observa una reducción de la motilidad y la secreción, además de constipación y desnutrición. Con frecuencia ocurre retención urinaria e infección. También suele haber depresión, confusión, alteraciones del sueño y disfunción sexual. La respuesta inmunitaria está alterada por el estrés y la desnutrición.

En su sentido estricto, incluye el dolor originado en cualquier parte del cuerpo que no sean nervios o del sistema nervioso central; sin embargo, frecuentemente se habla de “dolor somático” cuando los receptores están en la piel, músculos o articulaciones y de “dolor visceral” cuando los receptores activados por el estímulo están en una víscera. El dolor somático es habitualmente bien localizado y la persona no tiene grandes dificultades en

<sup>6</sup> Entiéndase como “documentar que la persona sufre de una neuropatía periférica” a la realización de una electromiografía.

|  |   |                          |                    |
|--|---|--------------------------|--------------------|
|  <b>JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ</b> | <b>DIRECTRIZ JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ No. 001 DE FECHA 01 DE JUNIO DE 2018</b> | <b>TIPO DOCUMENTO</b>    |                    |
|  |   | <b>FORMATO</b>           |                    |
|  |   | <b>30/08/2017</b>        | <b>Versión 001</b> |
|  |   | <b>JNCI-COSC-UAC-002</b> |                    |

describirlo. El dolor visceral en cambio es menos localizado y puede ser referido a un área cutánea que tiene la misma inervación. (5).

Es importante repetir y resaltar aquí que se califica por esta tabla el dolor originado en cualquier parte del cuerpo “que no esté relacionado con alteraciones del sistema nervioso central o periférico”. Cabe repetir además que si se califica el dolor o una alteración sensitiva por tablas 12.8, 12.9, 12.10, 12.11, 12.12, 12.13, 12.14, 12.15, 12.16 “no” debe calificarse además por tabla 12.5 toda vez que se estaría incurriendo en doble calificación del mismo dolor.

**Tabla 12.5 Deficiencia por disestesia secundaria a neuropatía periférica o lesión de médula espinal y dolor crónico somático.**

| CLASE                 | Clase 0   | Clase 1                                    | Clase 2  | Clase 3                                      |
|-----------------------|---|--|--|--|
| DEFICIENCIA TOTAL (%) | 0%  | 10%  | 15%  | 20%  |
| Descripción           | No existe dolor disestésico ni crónico somático | Dolor disestésico o crónico somático leve* | Dolor disestésico o crónico somático moderado* | Dolor disestésico o crónico somático severo* |

\*ver numeral 6 tabla 4 título preliminar

A continuación, se copia aquí el numeral 6 tablas 4 previamente mencionado:


**Tabla 4. Clasificación según porcentaje de compromiso funcional o anatómico.**

| Clasificación         | Porcentaje anatómico o funcional comprometido                                 |
|-----------------------|---|
| Mínimamente anormal   | Anormalidad anatómica o funcional no mayor de 10%, generalmente asintomática. |
| Alteración leve       | Compromiso entre 11% y 25%.   |
| Alteración moderada   | Compromiso entre 26% y 50%.   |
| Alteración severa     | Compromiso entre 51% y 75%.   |
| Alteración muy severa | Mayor del 75%.  |

Nótese que la tabla 12.5 utiliza como criterios de diferenciación para cada categoría, el porcentaje de compromiso funcional o anatómico, correlacionando entonces la clasificación al “área corporal” comprometida, lo cual no corresponde a un criterio válido para calificar el dolor. En el AMA 6 se califica el dolor mediante la aplicación de una encuesta de dolor al paciente, la cual no fue incorporada al actual manual de calificación. Con el fin de Subsananar lo anterior, la clasificación por la tabla 12.5 en clase 0, I, II, III deberá tener en cuenta lo descrito en la definición de dolor crónico somático como es; la pérdida de masa y coordinación muscular, la presencia de osteoporosis, fibrosis y rigidez articular, así como la disminución de la fuerza, el tipo y cantidad de medicamentos requeridos, la atrofia y limitación para trabajar que se encuentren relacionados.

“Procedimiento para calificar la deficiencia por alteraciones causadas por dolor contempladas en la tabla 12.5”.

“a. Establecer el diagnóstico de la patología que origina el dolor. Se califica solo la patología que genere mayor dolor, independiente que tenga una o más patologías que lo generen”. Cabe recordar aquí lo descrito en el numeral 14.6.2.4 respecto a calificar por esta tabla patologías como las epicondilitis, bursitis, tendinitis, si y solo si se acompañan de signos inflamatorios y múltiples valoraciones (más de 2) que

|  |   |                          |                    |
|--|---|--------------------------|--------------------|
|  <b>JUNTA NACIONAL<br/>DE CALIFICACIÓN<br/>DE INVALIDEZ</b> | <b>DIRECTRIZ JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN<br/>DE INVALIDEZ No. 001 DE FECHA 01 DE JUNIO<br/>DE 2018</b> | <b>TIPO DOCUMENTO</b>    |                    |
|  |   | <b>FORMATO</b>           |                    |
|  |   | <b>30/08/2017</b>        | <b>Versión 001</b> |
|  |   | <b>JNCI-COSC-UAC-002</b> |                    |

describan el dolor asociado a limitación para laborar. Es importante repetir que se califica el dolor una sola vez pese a presentarse estas patologías en diferentes articulaciones. (Ejemplo: paciente con diagnósticos de epicondilitis bilateral y tendinitis de flexo extensores MSD con amas en todas las articulaciones normales... Es un error calificar epicondilitis bilateral por tabla 12.5 con xx% y además calificar tendinitis de flexo extensores MSD por tabla 12.5 con xx% Corrección: se debe calificar epicondilitis bilateral más tendinitis de flexo extensores MSD por tabla 12.5 con xx% solamente)

*“b. Establecer si la persona ha alcanzado la mejoría médica máxima MMM o ha terminado el proceso de rehabilitación integral, no obstante, se deberá calificar antes de cumplir los 540 días calendario de ocurrido el accidente o diagnosticada la enfermedad”.* Es de recordar aquí que no se califica el dolor agudo. Cabe recordar aquí la definición de Mejoría Médica Máxima: El numeral 4.6 del decreto 1507/2014 define la **“Mejoría Médica Máxima”** como el punto en el cual la condición patológica se estabiliza sustancialmente y es poco probable que cambie, ya sea para mejorar o empeorar, en el próximo año, con o sin tratamiento. Son sinónimos de este término: *perdida probable, pérdidas fija y estable, cura máxima, grado máximo de mejoría médica, máximo grado de salud, curación máxima, máxima rehabilitación médica, estabilidad medica máxima, estabilidad médica, resultados médicos finales, medicamento estable, medicamento estacionario, permanente y estacionario, no se puede ofrecer más tratamiento o se da por terminado el tratamiento. Incluye los tratamientos médicos, quirúrgicos y de rehabilitación integral que se encuentren disponibles para las personas y que sean pertinentes según la condición de salud* (5)


*“c. Si la persona no cumple con lo señalado en el literal “b” se procede a determinar si satisface los criterios de elegibilidad para la calificación”:*

*“1. Se ha determinado que el dolor tiene una causa médicamente explicable. Es decir, está descrito como un síndrome médico”.* Ejemplo diagnósticos como lumbalgia, artralgia, dorsalgia, epicondilitis, bursitis, tendinitis, dolor crónico somático, dolor crónico intratable, dolor crónico inespecífico.

*“2. El dolor ha sido identificado por el médico tratante y la persona como un problema grave”.* Es preciso que tenga mínimo dos consultas que describan el dolor y que en su descripción se asocie con algún tipo de limitación para laborar (dolor que lo limita para realizar xx movimiento o para desempeñar sus tareas etc.) es decir que no basta con ser referido el dolor como síntoma por el paciente sino debe estar asociado a que limite la funcionalidad para laborar. De lo contrario “no” será calificado. Adicionalmente es menester recordar aquí lo descrito en el literal f del numeral 3.1 del presente documento referente a que el dolor crónico “se asocia a cambios físicos de desacondicionamiento por inactividad tales como la atrofia muscular del área afectada entre otros y que puede evidenciarse por ejemplo en los miembros superiores o inferiores con la medición comparativa de los perímetros de las dos extremidades” además de signos de desuso tanto clínicos como paraclínicos.

*“3. La condición de la persona no puede ser calificada de acuerdo con los principios descritos en los capítulos de deficiencia diferentes a este”.* Primero debe revisarse si la patología que genera el dolor puede ser calificada por otro numeral o por otra tabla específica diferente a la tabla 12.5 y que fuera aquí descrita en el desarrollo del numeral 3.3 de este documento. (Ejemplo: paciente con diagnóstico de trastorno de disco intervertebral lumbar y dolor crónico asociado. Es un error calificar esta patología por tabla 12.5 con xx%. También es un error calificar el trastorno de disco intervertebral lumbar por tabla 15.3 con xx% y adicionalmente calificar el dolor crónico por tabla 12.5 con xx%. Corrección: se debe calificar el trastorno de disco intervertebral lumbar por tabla 15.3 con xx% solamente, haciendo claridad de que aquí está contenido el dolor).

*“4. Para apoyar este punto, el caso debe ser evaluado, si así lo amerita, por el o los médicos que manejan el dolor, que debe incluir una valoración por psiquiatría”.* Considerando las dificultades que pueden presentarse en algunos servicios de atención en salud para enviar un paciente a valoración por

|  |   |                          |                    |
|--|---|--------------------------|--------------------|
|  <b>JUNTA NACIONAL<br/>DE CALIFICACIÓN<br/>DE INVALIDEZ</b> | <b>DIRECTRIZ JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN<br/>DE INVALIDEZ No. 001 DE FECHA 01 DE JUNIO<br/>DE 2018</b> | <b>TIPO DOCUMENTO</b>    |                    |
|  |   | <b>FORMATO</b>           |                    |
|  |   | <b>30/08/2017</b>        | <b>Versión 001</b> |
|  |   | <b>JNCI-COSC-UAC-002</b> |                    |

clínica del dolor y/o psiquiatría; debe interpretarse este punto como “preferiblemente” sin que la ausencia de una valoración por psiquiatría o clínica del dolor sea sinónimo de descartar la calificación del dolor si por ejemplo está documentada en las valoraciones de otros especialistas tratantes tales como ortopedia, fisioterapia, etc., y si cumple además con los criterios que por tabla 12.5 son explicados.

“d. Aplicar la tabla 12.5 que determina el grado de dolor relacionado con la deficiencia (que lo clasifica en ninguno, leve, moderado, severo o máximo) para definir la deficiencia global correspondiente”. Primero cabe recordar lo sugerido por la Junta Nacional en la clasificación por la tabla 12.5 en clase 0, I, II, III donde deberá tenerse en cuenta lo descrito en la definición de dolor crónico somático como es; la pérdida de masa y coordinación muscular, la presencia de osteoporosis, fibrosis y rigidez articular así como la disminución de la fuerza, el tipo y cantidad de medicamentos requeridos, la atrofia y limitación para trabajar que se encuentren relacionados para hacer esta clasificación.

Se debe además recordar aquí lo contemplado en el Numeral 14.6.2.4 en la calificación de las patologías tales como la epicondilitis, bursitis, tendinitis etc. Respecto a que si hay alguna limitación para el movimiento de una articulación solo se califica la limitación para el movimiento, no se califica el dolor por lo cual deberá calificarse en las tablas correspondientes a cada articulación solamente. (Ejemplo: paciente que presenta una epicondilitis lateral izquierda que limita la flexo extensión del codo a 70 grados y dolor crónico...sería un error calificar la limitación del movimiento por tabla 14.4 con xx% y adicionarle calificación de dolor crónico por tabla 12.5 con xx%. Corrección: deberá calificarse la epicondilitis lateral izquierda y dolor crónico por tabla 14.4 con xx% solamente).

Cuando se trate solamente del dolor sin limitación para el movimiento, deberá entonces calificarse utilizando la tabla 12.5. (Ejemplo: paciente con epicondilitis lateral derecha con dolor crónico asociado a inflamación y múltiples valoraciones por clínica del dolor e incapacidades frecuentes. Deberá calificarse la epicondilitis lateral derecha por tabla 12.5 con xx%).

Ahora bien, en patologías con daño estructural documentado; tales como una fractura etc., que además de la limitación para el movimiento tengan un dolor crónico el cual no esté contemplado en la tabla de calificación para esa articulación, deberá calificarse tanto la limitación para el movimiento como además en este caso “si” adicionarle el dolor crónico. (Ejemplo: paciente con fractura de codo derecho POP con limitación para flexo extensión del codo a 70 grados y dolor crónico...deberá calificarse la limitación del movimiento por tabla 14.4 con xx% y adicionalmente deberá calificarse el dolor crónico por tabla 12.5 con xx% haciendo la suma combinada de estos dos valores).

“e. La valoración de la pérdida de capacidad laboral u ocupacional por evento se hará en forma integral, independientemente que tenga uno o varios segmentos, estructuras, órganos o sistemas afectados. El valor de la deficiencia global por dolor se combina con los valores obtenidos en las demás deficiencias dadas en otros capítulos”.

El dolor agudo no se puede calificar por este aparte.

Finalmente se quiere recordar que para la calificación del dolor NO se le agregará la dominancia a la calificación.



|  |   |                          |                    |
|--|---|--------------------------|--------------------|
|  <b>JUNTA NACIONAL<br/>DE CALIFICACIÓN<br/>DE INVALIDEZ</b> | <b>DIRECTRIZ JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN<br/>DE INVALIDEZ No. 001 DE FECHA 01 DE JUNIO<br/>DE 2018</b> | <b>TIPO DOCUMENTO</b>    |                    |
|  |   | <b>FORMATO</b>           |                    |
|  |   | <b>30/08/2017</b>        | <b>Versión 001</b> |
|  |   | <b>JNCI-COSC-UAC-002</b> |                    |

## **5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

[1] American Medical Association (AMA), Rondinelli Robert et al. *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment Sixth Edition*. Estados Unidos: American Medical Association; 2008.

[2] Organización Mundial de la salud, Organización panamericana de la salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la salud CIF; 2001. [Citado 27 abril 2018]. Disponible desde:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445\\_spa.pdf;jsessionid=5C1B49758BC7FF3534851C41A078C9BC?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf;jsessionid=5C1B49758BC7FF3534851C41A078C9BC?sequence=1)

[3] López Forniés Ana et al. Dolor capítulo 71. Asociación Internacional para el estudio del dolor IASP. [Citado 27 abril 2018]. Disponible desde:

[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/dolor\\_1.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/dolor_1.pdf)

[4] Real Academia Española. Definición de dolor. [Internet]. España: Asociación de Academias de la lengua Española: 2017. [Citado 04 junio 2018]. Disponible desde:

<http://dle.rae.es/?id=E5oQXDN>

[5] Colombia, Ministerio del Trabajo. Decreto 1507 del 12 de agosto del 2014 por el cual se expide el manual único para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional [Internet]. Colombia: Ministerio del Trabajo; 2014. [Citado 27 abril 2018]. Disponible desde:


<http://wsp.presidencia.gov.co/normativa/Decretos/2014/Documents/AGOSTO/12/Decreto-1507-12-agosto-2014.pdf>

[6] Superintendencia de pensiones, comisión técnica de invalidez. Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema previsional sexta edición, (publicadas en el diario oficial el 01/03/2012 y vigentes a contar del 01/07/2012) [Internet]; Santiago de Chile 2012. [Citado 12 mayo 2018]. Disponible desde:

[https://www.spensiones.cl/portal/institucional/594/articles-8427\\_normas\\_evaluacio\\_2012.pdf](https://www.spensiones.cl/portal/institucional/594/articles-8427_normas_evaluacio_2012.pdf)

[7] IMSERSO, Comunidades Autónomas y Universidad de Salamanca. Valoración de las situaciones de minusvalía [Internet] Real Decreto 1971 de 1999, España. [Citado 12 mayo 2018]. Disponible desde:

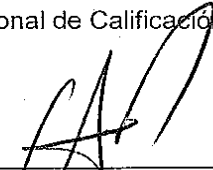
[http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/valoracion\\_discapacidades.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/valoracion_discapacidades.pdf)

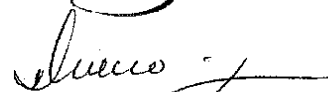
|  |   |                          |                    |
|--|---|--------------------------|--------------------|
|  <b>JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ</b> | <b>DIRECTRIZ JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ No. 001 DE FECHA 01 DE JUNIO DE 2018</b> | <b>TIPO DOCUMENTO</b>    |                    |
|  |   | <b>FORMATO</b>           |                    |
|  |   | <b>30/08/2017</b>        | <b>Versión 001</b> |
|  |   | <b>JNCI-COSC-UAC-002</b> |                    |


Dada en Bogotá el primero (01) días del mes de Junio de 2018 y se remite a las Juntas Regionales por intermedio de la Dirección Administrativa.

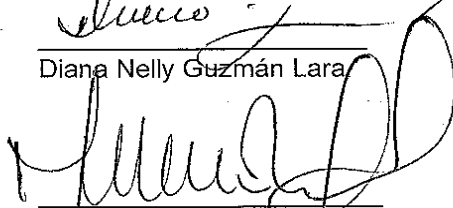
Para constancia firman los integrantes y miembros de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez.

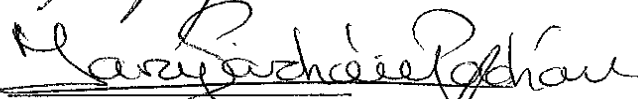
  
Luz Helena Cordero Villamizar

  
Edgar Humberto Velandía Bacca

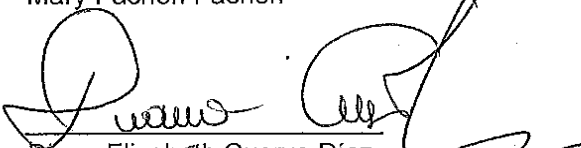
  
Diana Nelly Guzmán Lara

  
Emilio Luis Vargas Rájaro

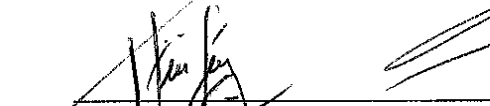
  
Margoth Rojas Rodríguez

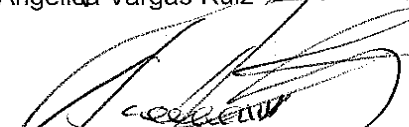
  
Mary Pachón Pachón

  
Jorge Ferreira Gómez

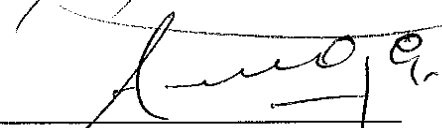
  
Diana Elizabeth Cuervo Díaz

  
Angélica Vargas Ruiz

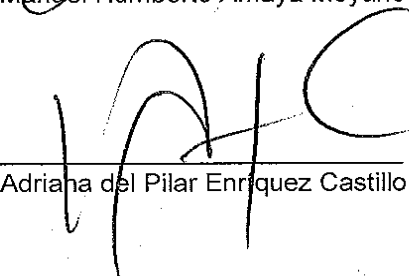
  
Lisimaco Humberto Gómez Adaime


  
Sandra Hernández Guevara

  
Víctor Hugo Trujillo Hurtado

  
Manuel Humberto Amaya Moyano

  
Gloria María Maldonado Ramírez

  
Adriana del Pilar Enriquez Castillo

  
Cristian Ernesto Collazos Salcedo