



Fundación H.A. Barceló

Facultad de Medicina

Carrera de Especialización en Medicina Legal

Director: Dr. Roberto Foyo

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

**“Utilización del Harris Hip Score para la
Evaluación Funcional de la cadera en el
Fuero Laboral de la Justicia Argentina”**

Fernando D. Jorge

fernandodjorge@gmail.com

Noviembre 2023

Tabla de contenidos:

<i>Resumen</i>	3
<i>Abstract</i>	4
<i>Introducción</i>	5
<i>Objetivo</i>	6
<i>Importancia de una correcta evaluación funcional</i>	7
<i>Descripción general de los Baremos Médico-Legales</i>	9
<i>Baremos laborales en Argentina – Baremo Ley 24557</i>	11
<i>Harris Hip Score</i>	15
<i>Comparación y Contraste – Baremo Ley 24557 vs HHS</i>	18
<i>Metodología</i>	20
<i>Resultados</i>	22
<i>Discusión</i>	24
<i>Conclusión</i>	27
<i>Bibliografía</i>	28
<i>Anexo – Gráficos y Tablas</i>	29

RESUMEN

Introducción: La evaluación funcional del sistema músculo-esquelético, en el ámbito médico-legal argentino, incluida la articulación de la cadera, es crucial para casos de accidentes y lesiones laborales. Sin embargo, los juicios por accidentes laborales y enfermedades profesionales han ido en aumento, y entre las causas del aumento de la judicialización se encuentra que el baremo Ley 24559 posee serias deficiencias para realizar correctas evaluaciones funcionales. Nuestro objetivo es demostrar que los criterios utilizados por este Baremo son insuficientes para la correcta valoración de las limitaciones funcionales de la articulación de la cadera, siendo el Harris Hip Score un método más eficiente para determinar la funcionalidad de esta articulación.

Metodología: Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes operados por fractura de cadera en los últimos 5 años. Todos los pacientes seleccionados fueron citados y sometidos a anamnesis y examen físico y goniométrico, utilizando para ello el Harris Hip Score (HHS). El rango de movilidad se valoró tanto según el HHS como según las consignas del Baremo Ley 24557, para poder realizar la determinación funcional según los criterios de ambos métodos y luego comparar sus resultados.

Resultados: Se evaluaron 11 pacientes, 5 eran fracturas laterales tratadas con enclavado endomedular y 6 eran fracturas mediales tratadas con Artroplastía total. El promedio de edad fue de 67 años, con 8 pacientes de sexo femenino y 3 de sexo masculino. En 8 pacientes se obtuvo un resultado funcional “excelente”, en 1 “regular” y en 2 “pobre” según el Harris Hip Score. El rango de movilidad fue considerado “completo” en 8 pacientes y “muy bueno” en los restantes 3. Los porcentajes de incapacidad determinados por el Baremo Ley 24557 para los pacientes que presentaban funcionalidad “pobre” y “regular” no superaron el 5%.

Conclusión: Consideramos que los criterios utilizados por el Baremo Ley 24557 para la evaluación funcional de la cadera resultan insuficientes al considerar solamente el rango de movilidad residual. Sugerimos considerar el uso del Harris Hip Score para la evaluación funcional de la articulación de la cadera en el ámbito del sistema judicial argentino para evitar la infravaloración de incapacidades laborales.

PALABRAS CLAVE: BAREMO – LEY 24557 – HARRIS HIP SCORE – CADERA

ABSTRACT

Introduction: The functional evaluation of the musculoskeletal system, in the Argentinian medical -legal field, including the hip joint, is crucial for cases of accidents and work injuries. However, lawsuits for work accidents and occupational diseases have been increasing, and among the causes of the increase in judicialization is that the Law 24559 scale has serious deficiencies to carry out correct functional evaluations. Our objective is to demonstrate that the criteria used by this Scale are insufficient for the correct assessment of the functional limitations of the hip joint, with the Harris Hip Score being a more efficient method to determine the functionality of this joint.

Methodology: A retrospective study was carried out on patients operated on for hip fracture in the last 5 years. All selected patients were summoned and underwent anamnesis and physical and goniometric examination, using the Harris Hip Score (HHS). The range of mobility was assessed both according to the HHS and according to the instructions of Scale Law 245557, in order to be able to carry out the functional determination according to the criteria of both methods and then compare their results.

Results: 11 patients were evaluated, 5 were lateral fractures treated with intramedullary nailing and 6 were medial fractures treated with total arthroplasty. The average age was 67 years, with 8 female patients and 3 male. An “excellent” functional result was obtained in 8 patients, “regular” in 1, and “poor” in 2 according to the Harris Hip Score. The range of mobility was considered “complete” in 8 patients and “very good” in the remaining 3. The disability percentages determined by the Scale Law 24557 for patients who presented “poor” and “regular” functionality did not exceed 5%.

Conclusion: We consider that the criteria used by the Scale Law 24557 for the functional evaluation of the hip are insufficient when considering only the range of residual mobility. We suggest considering the use of the Harris Hip Score for the functional evaluation of the hip joint in the Argentine judicial system to avoid undervaluation of work disabilities.

KEYWORDS: LAW 24557 SCALE– HARRIS HIP SCORE – HIP

Introducción

La meticulosa evaluación funcional del Sistema Músculo-Esquelético en el marco médico-legal de Argentina adquiere una magnitud sustancial, desempeñando un rol fundamental en diversos ámbitos legales y médicos, especialmente en situaciones vinculadas a accidentes, lesiones laborales y otras contingencias legales que conllevan discapacidades derivadas de la afectación del aparato locomotor. [1]

Su imperatividad reside en la consecución de una justa y adecuada compensación para los individuos lesionados, en la salvaguardia de sus derechos y en el respaldo de decisiones judiciales fundamentadas. Esta evaluación, además, incide de manera directa en la conceptualización de tratamientos y adaptaciones cruciales para optimizar la calidad de vida de aquellos afectados. [2, 3]

La frecuencia de los accidentes laborales y las enfermedades profesionales ha ido en aumento en los últimos años y provoca un enorme ausentismo laboral (veinte millones de días en un año).[4] Los tratamientos reconocidos por las Aseguradoras de Riesgo de Trabajo (ART) y los dictámenes de las comisiones médicas de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT) no conforman a muchos trabajadores. los juicios laborales son instancias que dirimen estas diferencias.

Entre las causas de estas diferencias, algunos manifiestan que el baremo utilizado para los casos laborales en nuestro país, los decretos 658/96 y 659/96, y la última modificación, el decreto 49/14, [5, 6] tienen serias deficiencias al no incluir correctas evaluaciones funcionales ni tampoco ciertas patologías y/o secuelas.

Su objetivo pretende ser “funcional” pero no lo es y deja al margen numerosas secuelas y dolencias. Algo similar sucede con el baremo previsional. [7] Por esa razón, los médicos se apoyan en otros baremos de uso frecuente, como el de Altube-Rinaldi [8] extranjeros, [9] u otros medios de evaluación utilizados en la práctica médica habitual, que otorgan más posibilidades al médico evaluador del daño para mensurar incapacidades, aunque la aplicación final del Baremo Ley 24557 es de carácter obligatorio.

En el caso particular de la evaluación funcional de la articulación de la cadera, uno de los métodos más utilizados para su evaluación funcional en la práctica médica diaria es el Harris Hip Score (HHS). [10]

El Harris Hip Score es utilizado para evaluar los problemas de la cadera y los resultados de su tratamiento. El HHS incluye cuatro dimensiones (dolor, función, amplitud de movimiento y ausencia de deformidad) y utiliza un rango de puntuación entre 0 y 100. Además, posee un criterio de interpretación cualitativa de los resultados, yendo los mismos desde una función pobre a una función excelente. [10] En pos de esclarecer las particularidades y la aplicabilidad de estos instrumentos, el presente trabajo se propone llevar a cabo un análisis comparativo, destacando sus discordancias y convergencias, así como sus respectivas virtudes y limitaciones. Este cometido se fundamentará en una revisión de la literatura médica y legal pertinente, erigiéndose como un aporte substancial para la comprensión integral de la evaluación funcional de la cadera en el ámbito médico-legal argentino.

Objetivo:

El objetivo del presente trabajo es demostrar que los criterios utilizados por el Baremo Ley 24557 para la evaluación funcional de la articulación de cadera resultan insuficientes para la correcta valoración de las eventuales limitaciones funcionales de esta articulación. La sola determinación del rango de movilidad residual, sin considerar otros factores, como lo son el dolor, la deambulaci3n, el uso de auxiliares para la marcha y otros tantos que no son tenidos en cuenta por el mencionado Baremo; determinaría una incapacidad que no sería la real, infravalorando la misma.

Importancia de una correcta evaluación funcional:

A continuación, se describen algunas de las razones por las cuales una correcta y precisa evaluación funcional del Sistema Músculo-Esquelético en el contexto médico-legal es esencial. [1, 2]

Determinación de la discapacidad:

En el ámbito médico legal, la evaluación funcional del Sistema Músculo-Esquelético es esencial para determinar el grado de discapacidad o incapacidad de una persona como resultado de una lesión o accidente. Esta evaluación es crucial para establecer la compensación adecuada que la persona puede recibir en casos de accidentes laborales, de tráfico u otras situaciones que dieran lugar a una discapacidad. [1, 2]

Protección de los derechos del trabajador:

En el contexto de riesgos laborales, una correcta evaluación funcional del Sistema Músculo-Esquelético garantiza que los derechos del trabajador lesionado sean protegidos. Esto incluye la garantía de una compensación justa y la adecuada cobertura de los costos médicos y rehabilitación necesarios para recuperarse de la lesión. [1, 2]

Base para litigios legales:

La evaluación funcional es una parte esencial en la presentación y resolución de casos legales relacionados con lesiones y discapacidades. Proporciona una base objetiva para argumentar y defender los intereses de las partes involucradas en el proceso legal, ya sea el demandante o el demandado. [1, 2]

Claridad en la toma de decisiones legales:

Los tribunales y los jueces requieren pruebas sólidas y evaluaciones precisas para tomar decisiones informadas en casos médicos legales. Una evaluación funcional

adecuada del Sistema Músculo-Esquelético contribuye a proporcionar pruebas sólidas y objetivas para respaldar la toma de decisiones judiciales. [1, 2]

Aplicación de baremos y normativas específicas:

En Argentina, se utilizan baremos específicos, como el Baremo de la Ley 24557, para evaluar la discapacidad y determinar la indemnización en casos de riesgos laborales. Una evaluación funcional precisa es esencial para aplicar correctamente estos baremos y garantizar que se respeten las normativas legales. [1, 2]

Definición de adaptaciones y tratamientos necesarios:

La evaluación funcional también ayuda a definir las adaptaciones y tratamientos necesarios para la persona lesionada. Esto incluye terapias de rehabilitación, cirugía y equipos de asistencia que puedan mejorar la calidad de vida y la funcionalidad de la persona. [1, 2]

Prevención y reducción de litigios:

Una evaluación funcional precisa y justa puede contribuir a la prevención y la reducción de litigios innecesarios. Cuando las partes involucradas confían en que se ha realizado una evaluación justa, es más probable que lleguen a acuerdos extrajudiciales. [1, 2]

Descripción general de los Baremos Médico-Legales:

Los baremos médico-legales constituyen herramientas fundamentales empleadas para la cuantificación de la discapacidad y la evaluación de la limitación funcional que se derivan de lesiones o enfermedades. Estos instrumentos, basados en criterios médicos y funcionales, desempeñan un papel crucial en el ámbito legal al determinar la indemnización pertinente para aquellos individuos que han sufrido lesiones. [1, 2] Es de vital importancia comprender algunos elementos recurrentes que comúnmente integran los baremos médico-legales:

Criterios de Evaluación:

Los baremos médico-legales establecen de manera definida los criterios que serán empleados para evaluar la discapacidad. Estos criterios abarcan aspectos diversos, como la movilidad de la articulación, la presencia de dolor, las limitaciones en las actividades cotidianas y la pérdida de capacidad laboral. [1, 2]

Escalas de Discapacidad:

Estos baremos instituyen escalas meticulosas para cuantificar la discapacidad en términos porcentuales. A modo de ejemplo, se asignaría un porcentaje del 10% ante una limitación funcional leve, mientras que se otorgaría un 100% en casos de discapacidad total. [1, 2]

Evaluación por Expertos:

La valoración de la discapacidad se lleva a cabo a manos de médicos peritos o profesionales con pericia en medicina legal. Estos expertos aplican rigurosamente los criterios del baremo para discernir el grado de discapacidad que afecta al individuo lesionado. [1]

Determinación de Indemnización:

El baremo se emplea como una herramienta calculadora para determinar la indemnización que concierne a la persona afectada, según el grado de discapacidad que presente. La compensación económica aumenta proporcionalmente al incremento de la discapacidad. [2]

Actualización Periódica:

Los baremos médico-legales se someten a actualizaciones regulares para incorporar los avances médicos y adaptarse a las cambiantes necesidades de los individuos afectados. Esto garantiza la pertinencia y exactitud de las indemnizaciones. [1]

Es imperativo subrayar que los baremos médico-legales exhiben variaciones de un país a otro y, en ciertos casos, pueden existir baremos específicos desarrollados por expertos locales, como es el caso del Baremo Altube-Rinaldi. Estos últimos ejemplifican la adaptación de estas herramientas a contextos particulares, reafirmando su importancia en la evaluación de la discapacidad en el ámbito médico-legal. [1, 2]

Baremos laborales en Argentina – Baremo Ley 24557:

Como antecedentes de los baremos laborales, podemos mencionar la de Remy (1906), que detallaba las funciones de cada órgano en la actividad laboral. Brouardel (1908) ya porcentuó lesiones, teniendo en cuenta la actividad laboral. Un método matemático, controvertido, pero que se sigue utilizando, fue descripto por Víctor Balthazar en la década de 1920, para valorar lesiones en distintas regiones del cuerpo con el fin de calcular incapacidades múltiples. [1] En 1936, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sugirió lo más parecido a un baremo actual, pero no consiguió imponerse. [9] En la Argentina se utilizaron varias tablas. El maestro Prof. Dr. Emilio Bonnet, un pionero en el país, realizó una muy utilizada en su época, con rangos de porcentajes por secuelas traumáticas. Sin embargo, no fue sino hasta 1996 que el actual baremo, decretos 658/96 y 659/96 de la Ley de Riesgo de Trabajo, se constituyó en el “oficial”, sufriendo modificaciones y agregados: 1278/00, 1694/09, la Ley 26773 del año 2012 (que estableció la obligatoriedad del uso del Baremo de LRT), hasta la última, con el decreto 49/14, en el que se agregaron algunas enfermedades profesionales frecuentes. [5, 6]

Baremo de la Ley 24557:

El Baremo de la Ley 24557, también conocido como el Baremo de Riesgos del Trabajo, es un conjunto de pautas y criterios establecidos en la Ley de Riesgos del Trabajo de Argentina (Ley 24.557). [5, 6]

Este baremo es fundamental en el sistema legal argentino para la evaluación de la discapacidad y la determinación de la indemnización en casos de accidentes laborales y riesgos del trabajo, donde es obligatoria su aplicación.

Su aplicación proporciona un marco legal y médico para determinar la compensación que corresponde a los trabajadores lesionados y garantizar que se respeten sus derechos.

Enfoque Clínico

El Baremo de la Ley 24557 se basa en un enfoque médico y funcional para evaluar la limitación funcional del Sistema Músculo-Esquelético. Se tienen en cuenta aspectos médicos como la movilidad de la articulación, el dolor y la evaluación clínica, así como aspectos funcionales relacionados con las actividades de la vida diaria y la capacidad laboral. El enfoque clínico es fundamental para determinar la gravedad de la lesión y su relación con el accidente laboral. [5, 6]

Enfoque Médico-Legal:

En términos legales, este baremo es una herramienta esencial en la determinación de la incapacidad laboral, ya que se centra en la pérdida de la capacidad de trabajo. Esto significa que la evaluación de la limitación funcional está estrechamente relacionada con la capacidad del individuo para desempeñar sus tareas laborales.

Se aplica específicamente en casos relacionados con riesgos laborales y accidentes de trabajo. Su objetivo principal es evaluar la discapacidad o la limitación funcional resultante de estos accidentes y establecer la correspondiente indemnización. [5, 6]

Aplicación en el Fuero Laboral

El Baremo de la Ley 24557 se aplica obligatoriamente en casos de accidentes laborales, y su importancia en este contexto es incuestionable. La evaluación de la limitación funcional del sistema músculo-esquelético es crucial para determinar el grado de incapacidad laboral en casos en que hayan ocurrido accidentes que comprometan la integridad funcional del damnificado, y, por lo tanto, la indemnización que corresponde al trabajador lesionado. [5, 6]

Indemnización Económica

Una de las funciones más importantes del Baremo de la Ley 24557 es calcular la indemnización económica que debe recibir el trabajador lesionado. Esta

compensación tiene en cuenta el grado de discapacidad y su impacto en la capacidad de trabajo, entre otros factores. [5, 6]

Grados de Discapacidad

El baremo establece diferentes grados de discapacidad que se utilizan para determinar la indemnización. Estos grados se expresan en términos porcentuales y van desde una discapacidad parcial hasta la incapacidad total. [5, 6]

Evaluación Médica Especializada

La evaluación de la discapacidad en el marco del Baremo de la Ley 24557 generalmente se realiza a través de una evaluación médica especializada. Los médicos peritos utilizan las pautas del baremo para determinar el grado de discapacidad del trabajador lesionado. [5, 6]

Revisión y Actualización:

El baremo se revisa y actualiza periódicamente para reflejar los avances en la medicina y las necesidades cambiantes de los trabajadores lesionados. Esto asegura que las indemnizaciones sean justas y actuales. [5, 6]

Aspectos Críticos y Desafíos

Si bien el Baremo de la Ley 24557 es una herramienta valiosa en el contexto de riesgos y accidentes laborales, tiene limitaciones. Una de las críticas más comunes es que se centra en la pérdida de la capacidad de trabajo y puede no abordar completamente las necesidades de adaptación y la calidad de vida de las personas lesionadas. Además, su aplicabilidad se limita a situaciones de accidentes laborales y no se extiende a otros contextos legales o médicos. [5, 6]

Baremo Ley 24557 – Tablas para la Evaluación Funcional de la Cadera [5]

Limitación funcional (Se expresa en % de incapacidad laboral)

Desde 0° hasta:

	Flexión	Extensión	Abducción	Aducción	Rot. Ext.	Rot. Int.
0°	7%	2%	6%	3%	5%	5%
10°	7%	2%	5%	2%	4%	3%
20º	6%	1%	3%	0%	3%	2%
30º	5%	0%	2%		2%	1%
40°	4%		0%		1%	0%
50°	4%				0%	
60°	3%					
70°	3%					
80°	2%					
90°	1%					
100º	0%					

Anquilosis (Se expresa en % de incapacidad laboral)

Anquilosis en:

	Flexión	Extensión	Abducción	Aducción	Rot. Int.	Rot. Ext.
0°	28%	28%	28%	28%	28%	28%
10º	25%	32%	31%	34%	31%	30%
20º	22%	36%	34%	40%	34%	33%
25º	20%	38%	35%		35%	34%
30º	21%	40%	37%		37%	35%
40º	24%		40%		40%	38%
50º	27%					40%
60º	29%					
70	32%					
80	35%					
90	37%					
100º	40%					

Harris Hip Score:

El Harris Hip Score [10] es un instrumento específico, válido y sensible, [11] utilizado para evaluar por una persona externa, no auto aplicado, los problemas de la cadera y los resultados de su tratamiento. El HHS incluye cuatro dimensiones (dolor, función, amplitud de movimiento y ausencia de deformidad) y utiliza un rango de puntuación entre 0 (peor capacidad funcional posible) y 100 (mejor capacidad funcional posible). La puntuación global se obtiene por agregación simple de las puntuaciones de cada una de las cuatro dimensiones, siendo el dolor (hasta 44 puntos) y la función (hasta 47 puntos, divididos en funciones de marcha, hasta 33 puntos, y actividades diarias, hasta 14 puntos) las que reciben un mayor peso. A la deformidad le corresponden 4 puntos y a la amplitud de movimiento 5 puntos. Sus autores propusieron un criterio de interpretación cualitativa de los resultados (excelentes: entre 90 y 100; buenos: 80-89; aceptables: 70-79; y pobres: <70)

Enfoque Clínico Integral

Una característica destacada del Harris Hip Score es su adopción de un enfoque clínico integral al evaluar la limitación funcional. [10, 11] En contraste con meros elementos médicos como la movilidad y el dolor, este baremo presta especial atención a aspectos funcionales más amplios, como la participación en actividades cotidianas y la calidad de vida en general. Su enfoque trasciende la simple medición de la capacidad para el trabajo, aspirando a proporcionar una evaluación completa y detallada de la situación del paciente, incorporando aspectos que abarcan desde la esfera física hasta la funcionalidad en la vida diaria.

Aplicación en Diversos Contextos

En lo que respecta a su aplicabilidad, se destaca por su versatilidad y su sensibilidad en el contexto de la práctica médica habitual. [10, 11] A diferencia del Baremo de la Ley 24557, este score funcional demuestra su flexibilidad y adaptabilidad, consolidándose como una herramienta integral en la evaluación funcional que se adecua a diversas circunstancias.

Consideración de Adaptaciones y Calidad de Vida

Otro aspecto sobresaliente del Harris Hip Score reside en su énfasis en la consideración de adaptaciones y en la mejora de la calidad de vida del individuo evaluado. [10] Más allá de la evaluación de la capacidad laboral, este baremo pone especial atención en las adaptaciones y necesidades específicas del paciente en sus actividades cotidianas, abarcando una perspectiva más holística que se ajusta a las necesidades individuales de los pacientes y se orienta a mejorar integralmente su calidad de vida.

Harris Hip Score [10]

Harris Hip Score		Hip ID: _____
Study Hip: ☐ Left ☐ Right		Examination Date (MM/DD/YY): ____ / ____ / ____
Subject Initials: _____		Medical Record Number: _____
Interval: _____		
Harris Hip Score		
Pain (check one) ☐ None or ignores it (44) ☐ Slight, occasional, no compromise in activities (40) ☐ Mild pain, no effect on average activities, rarely moderate pain with unusual activity; may take aspirin (30) ☐ Moderate Pain, tolerable but makes concession to pain. Some limitation of ordinary activity or work. May require Occasional pain medication stronger than aspirin (20) ☐ Marked pain, serious limitation of activities (10) ☐ Totally disabled, crippled, pain in bed, bedridden (0)	Stairs ☐ Normally without using a railing (4) ☐ Normally using a railing (2) ☐ In any manner (1) ☐ Unable to do stairs (0)	
Limp ☐ None (11) ☐ Slight (8) ☐ Moderate (5) ☐ Severe (0)	Put on Shoes and Socks ☐ With ease (4) ☐ With difficulty (2) ☐ Unable (0)	
Support ☐ None (11) ☐ Cane for long walks (7) ☐ Cane most of time (5) ☐ One crutch (3) ☐ Two canes (2) ☐ Two crutches or not able to walk (0)	Absence of Deformity (All yes = 4; Less than 4 = 0) Less than 30° fixed flexion contracture ☐ Yes ☐ No Less than 10° fixed abduction ☐ Yes ☐ No Less than 10° fixed internal rotation in extension ☐ Yes ☐ No Limb length discrepancy less than 3.2 cm ☐ Yes ☐ No	
Distance Walked ☐ Unlimited (11) ☐ Six blocks (8) ☐ Two or three blocks (5) ☐ Indoors only (2) ☐ Bed and chair only (0)	Range of Motion (*indicates normal) Flexion (*140°) _____ Abduction (*40°) _____ Adduction (*40°) _____ External Rotation (*40°) _____ Internal Rotation (*40°) _____	
Sitting ☐ Comfortably in ordinary chair for one hour (5) ☐ On a high chair for 30 minutes (3) ☐ Unable to sit comfortably in any chair (0)	Range of Motion Scale 211° - 300° (5) 61° - 100 (2) 161° - 210° (4) 31° - 60° (1) 101° - 160° (3) 0° - 30° (0)	
Enter public transportation ☐ Yes (1) ☐ No (0)	Range of Motion Score _____ Total Harris Hip Score _____	

Comparación y Contraste – Baremo Ley 24557 vs. HHS:

La comparación y el contraste entre el Baremo Ley 24557 y el Harris Hip Score destacan sus diferencias y similitudes en términos de enfoque clínico y legal, aplicación en diferentes contextos y consideración de aspectos como la capacidad de trabajo, adaptaciones y calidad de vida.

Mientras que el Baremo de la Ley 24557 se centra en la incapacidad laboral en casos de riesgos laborales, utilizando sólo el rango de movimiento como medida de ello, el Harris Hip Score adopta un enfoque más integral y puede aplicarse en una variedad de situaciones médicas, considerando tanto la capacidad de trabajo como la funcionalidad de la articulación y la calidad de vida de los pacientes.

Ventajas y Desventajas

Enfoque:

El Baremo de la Ley 24557 se centra en la pérdida de capacidad de trabajo de las personas luego de sufrir un accidente laboral, evaluando sólo su rango de movilidad residual.

En cambio, el Harris Hip Score adopta un enfoque más amplio, más integral, que considera la funcionalidad integral de la articulación, la calidad de vida, la participación en actividades de la vida diaria y las adaptaciones necesarias.

Contexto de aplicación:

El Baremo de la Ley 24557 se utiliza principalmente en casos de accidentes laborales, dados su enfoque específico en casos de riesgos laborales y su amplio reconocimiento en el sistema legal. Es obligatorio su uso en el fuero laboral.

En contraposición, el Harris Hip Score no es utilizado en contextos legales. Se lo utiliza de rutina en la práctica médica para la evaluación funcional de paciente con afecciones en la articulación de la cadera, dado su enfoque integral que considera la funcionalidad residual, la calidad de vida, la participación en actividades de la vida diaria y las adaptaciones necesarias.

Cuadro Comparativo

Baremo de la Ley 24557:

Ventajas:

- Específico para casos de riesgos laborales.
- Enfocado en la capacidad de trabajo.
- Ampliamente reconocido en el sistema legal argentino.

Desventajas:

- No es aplicable en contextos fuera de los riesgos laborales.
- No considera completamente las necesidades de adaptación, la calidad de vida y la funcionalidad.

Harris Hip Score:

Ventajas:

- Aplicable en una variedad de contextos legales y médicos.
- Evalúa la funcionalidad y la participación en actividades diarias.
- Considera las adaptaciones y necesidades específicas del individuo.

Desventajas:

- Menos conocido en el sistema legal argentino en comparación con el Baremo de la Ley 24557.
- No tan específico para la evaluación de la capacidad de trabajo

Metodología:

Se realizó un estudio retrospectivo analítico y descriptivo seleccionando una población de pacientes con fractura de cadera que hayan recibido como tratamiento osteosíntesis (enclavado endomedular/tornillos canulados) o artroplastia total de cadera. Para ello se seleccionaron 11 pacientes que cumplieran con esas condiciones y que hayan sido intervenidos en nuestro hospital en el período comprendido entre el 01/01/2018 y el 30/06/2023 y que hayan concurrido a control en el transcurso de los meses de Octubre y Noviembre de 2023.

Se desarrollaron criterios de inclusión y exclusión. Para la selección de la población, han sido incluidos pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años de edad, con fractura de cadera lateral o medial, que hayan recibido como tratamiento osteosíntesis o artroplastia total de cadera y que posean un mínimo de 6 meses de seguimiento.

(Gráfico 1)

Fueron criterios de exclusión lesiones en pacientes con patología previa en la cadera afectada, antecedente de Artritis Reumatoidea y fracturas patológicas.

Se realizó el mismo protocolo postoperatorio para todos los pacientes, dependiendo el tratamiento recibido. El mismo constó en 24 hs de reposo en cama, luego de las cuales comenzaron con ejercicios de movilidad y fortalecimiento y rehabilitación de la marcha sin carga de peso sobre el miembro operado hasta cumplir 10 días postoperatorios mínimamente en los pacientes con OS y con carga de peso inmediata en los pacientes con ATC.

Todos los pacientes seleccionados fueron citados y sometidos a anamnesis y examen físico y goniométrico. Han sido realizadas por el mismo examinador para evaluar de modo objetivo la presencia de complicaciones, dolor, funcionalidad y calidad de vida conseguidas utilizando para ello el Harris Hip Score.

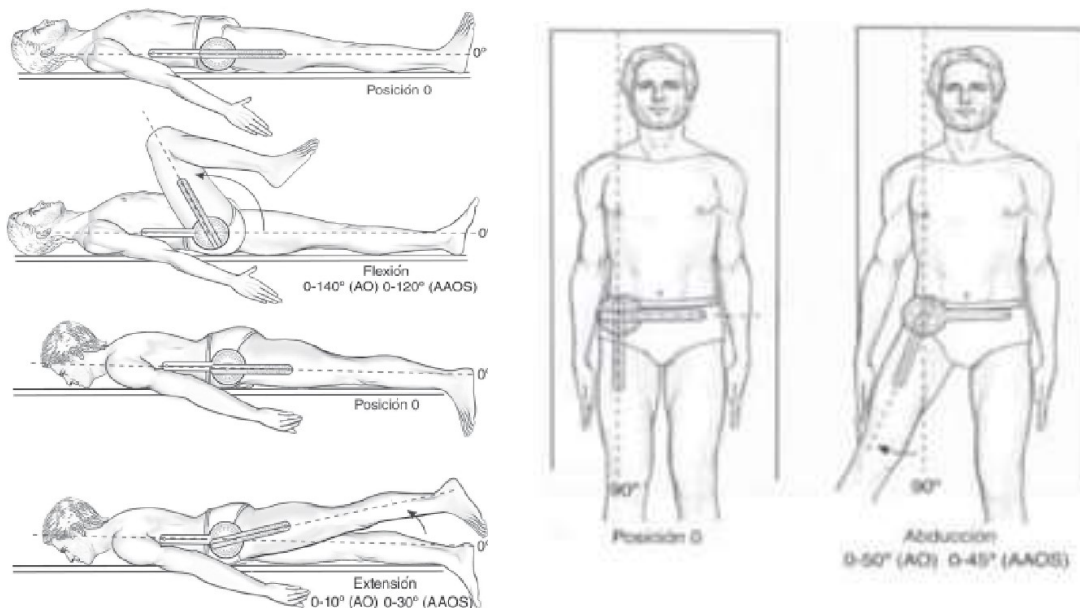
El rango de movilidad se valoró tanto según el HHS como según las consignas del Baremo Ley 245557, para poder realizar la determinación funcional según los criterios de ambos métodos y luego comparar sus resultados.

Cabe mencionar que se realizó un exhaustivo y meticuloso examen goniométrico para determinar el Rango de Movilidad de la articulación para cada uno de los pacientes. Este parámetro es el factor determinante del grado de funcionalidad según el baremo Ley 24557, mientras que según el HHS es tan solo uno de muchos determinantes.

(Foto 1 y Figuras 1 y 2)



Foto 1: Evaluación funcional de la cadera



Figuras 1 y 2: Goniometría de la cadera [12]

Resultados:

De la población seleccionada (12 pacientes), obtuvimos un listado de 11 pacientes que se adecuaron a los criterios de inclusión y exclusión. Ningún paciente se negó a participar. Concurrieron al control 11 pacientes en total bajo su consentimiento para realizar el estudio. *(Tabla 1)*

De los 11 casos de fractura de cadera estudiados, 5 eran fracturas laterales y 6 eran fracturas mediales. En todos los casos se trataron las fracturas laterales mediante osteosíntesis con Enclavado Endomedular (EEM) y las fracturas mediales mediante Artroplastía Total de Cadera (ATC).

El promedio de edad fue de 67 años, con un rango etario entre 48 y 82 años.

Fueron evaluados 11 pacientes, 8 de sexo femenino (72,7% del total) y 3 de sexo masculino (27,3% del total). *(Gráfico 2)*

En 8 pacientes se obtuvo un resultado funcional “excelente” según el Harris Hip Score, siendo el puntaje 100/100 en 5 de ellos (45,5% del total) y 96/100 en los restantes 3 (27,3% del total). De los restantes 3 pacientes, se obtuvo un resultado funcional “regular” en uno y un resultado funcional “pobre” en 2. Sus puntajes según el HHS para cada uno de ellos fue 74, 65 y 60, respectivamente. *(Gráfico 3)*

El rango de movilidad fue considerado completo según el HHS en 8 de los 11 casos, tomando como ángulos normales los siguientes: Flexión 140°, abducción, aducción, rotación interna y rotación externa 40° cada una (Harris Hip Score). *(Tabla 2)* Los restantes 3 casos presentaron un rango de movilidad reducido con respecto a los demás, siendo su movilidad muy buena según el HHS.

Cabe mencionar que utilizando los valores de rango de movilidad normales según el Baremo 24557, se observan valores muy similares de limitación de la movilidad. Los porcentajes de incapacidad determinados por el Baremo Ley 24557 para los pacientes que presentaban funcionalidad “pobre” y “regular” no superaron el 5%. *(Tabla 3)*

Con respecto al dolor, de los 8 pacientes con resultado funcional excelente, 5 pacientes no presentaron ningún tipo de dolor o lo ignoraban y 3 presentaban un suave o ligero dolor ocasional. Los restantes 3 pacientes (resultado funcional pobre

según el HHS) referían tener moderado dolor que no afectaba sus actividades habituales pero que aumentaba al realizar actividades más fuertes.

Ningún paciente requería de soporte excepto 2 de aquellos que presentaban un resultado funcional pobre. Los 3 pacientes con resultado funcional pobre refirieron presentar dificultades para la utilización del transporte público. Estos mismo 3 pacientes, presentaban limitación en la distancia caminada; 2 de ellos solo caminaban dentro de sus casas, mientras que el restante refirió poder caminar solo hasta 6 cuadras. Los demás pacientes caminaban distancias ilimitadas.

Los 3 pacientes con resultado funcional pobre refirieron presentar dificultades para utilizar escaleras y para colocarse el calzado. Debían ayudarse con barandas al utilizar escaleras y sentían cierta dificultad al momento de calzarse las medias y los zapatos. Además, 2 de ellos presentaban una leve renguera. El resto de los pacientes no presentaron alteraciones en estos parámetros.

La ausencia de deformidades y dificultades para la sedestación se constató en el 100% de los casos, evaluándolos a todos mediante maniobras clínicas y semiológicas. (*Tablas 4 y 5*)

Discusión:

Los accidentes laborales representan un problema para la economía nacional y para las empresas en particular, llegando en un año a representar más de veinte millones de días no laborables.[4] La problemática no es puramente médica, ya que en estas litis pugnan fuerzas de patronales, aseguradoras y representantes de empleados. Actualmente en los reclamos ante comisiones médicas, el único baremo para evaluar el daño corporal es el de Ley de Riesgo de Trabajo, 658/96, 659/96, y la última modificación, decreto 49/14. Sin embargo, en el pasado, en los juicios podían utilizarse otros baremos y con la combinación de ellos se lograba superar los déficits propios de cada uno de ellos.

Como sabemos, las incapacidades son temporarias mientras dura el tratamiento o la convalecencia y se tornan “definitivas”, según “criterio médico”, cuando se da el alta. Mientras que el criterio jurídico expresa que lo hace al año (o hasta dos años) del siniestro o de la toma de conocimiento del daño que padece. [5] Sin embargo, en la práctica, en los últimos años, las comisiones médicas de SRT han optado por otorgar las incapacidades definitivas incluso antes de cumplido el año, al alta médica. En esta disparidad de criterios entre el médico y el jurídico parece prevalecer el primero a la hora del dictamen médico-legal.

Si bien el baremo de LRT, [6] al evaluar las secuelas, pretende tener un concepto “funcional” de las incapacidades, por ejemplo, de las limitaciones articulares al mensurar incapacidad, tiene un gran déficit para la correcta evaluación de la funcionalidad articular y también inexplicables ausencias de patologías y secuelas que existen y generan un vacío médico-legal al no ponderar reales incapacidades de estos trabajadores afectados.

Coincidimos con Waron [13] en que se debe hacer foco en la “salud práctica” y cómo fue “modificada funcionalmente” luego de un siniestro, con la consiguiente afectación de la capacidad laboral. Un ejemplo frecuente y evidente son los trastornos en la marcha que quedan como consecuencia de lesiones en la cadera. La marcha es una función esencial en el humano y forma parte de una compleja fisiología osteo-artro-muscular. [12]

Schächter [14] propuso una mensura de incapacidad con relación a la claudicación y trastornos de la marcha en su conjunto, teniendo en consideración desde una pequeña cojera o renguera (grado leve), luego la necesidad de apoyo con bastón (grado moderado) y, finalmente, hasta no poder caminar en absoluto (grado severo). También Kvitko [15] remarca la importancia del dolor al enumerar algunas tablas sobre ello; sin embargo, cuesta llevarlas a la práctica en la evaluación diaria.

En el caso particular de la cadera, El Harris Hip Score (HHS) es uno de los métodos más utilizados en la práctica médica diaria para su evaluación funcional. [10]

Para evaluar la función de la articulación de la cadera, el Harris Hip Score toma en consideración parámetros tales como dolor residual, renguera, utilización de soporte, distancia caminada, sedestación, entrada a transporte público, utilización de escaleras, capacidad para la colocación del calzado, deformidades remanentes y movilidad. Debido a la contemplación de todos estos parámetros, hemos considerado que el Harris Hip Score es un método objetivo y eficaz para evaluar el grado de limitación funcional de la cadera de los pacientes incluidos en el presente estudio. Esto, considerando como función aceptable para los pacientes, la posibilidad de cumplir satisfactoriamente con las actividades evaluadas en Harris Hip Score. [10, 11]

Por otro lado, está la evaluación funcional según el Baremo Ley 24557, que determina que la limitación funcional de la articulación sólo está dada por el déficit que pueda existir en el rango de movilidad, sin valorar ningún otro parámetro, como lo hace el HHS. [6] Este baremo toma al rango de movilidad residual como sinónimo de funcionalidad articular, y teniendo para esto valores más bajos que los del HHS como normales.

En el presente trabajo se realizó la evaluación funcional de pacientes operados por fractura de cadera utilizando los criterios de ambos, el HHS y el Baremo Ley 24557, con la intención de comparar sus resultados.

Hemos encontrado grados variables de funcionalidad residual post operatoria. El margen entre el peor y el mejor resultado según el Harris Hip Score de los que han sido evaluados es bastante amplio. El peor resultado (paciente n°11) fue calificado como “pobre”, con un puntaje obtenido de 60/100 pts. mientras que el mejor resultado (pacientes n°3, 4, 7, 9 y 10) fue calificado como “excelente” y su puntaje fue de 100/100 pts.

Sin embargo, la diferencia hallada en la calificación final de estos pacientes no se condice con la diferencia hallada en el Rango de Movilidad. Este último fue hallado ser excelente en los pacientes con función “completa” según el HHS y Muy Bueno en los pacientes con función “pobre”. No existiría una correlación directa entre el rango de movilidad y la limitación funcional de la cadera, siendo esta última dependiente de muchos otros factores. El puntaje que determina el rango de movilidad en el HHS para determinar la limitación funcional no es determinante respecto a los demás parámetros considerados.

Si bien se argumenta que el Baremo Ley 24557 está diseñado para evaluar la capacidad laboral de las personas que han sufrido algún daño por accidente o enfermedad laboral, y que no debería considerar la capacidad de adaptación y funcional extralaboral de los damnificados. [5, 6] con que , por ejemplo, la renguera, la necesidad de utilizar bastones o afines y la capacidad de calzarse solo, son factores que no pueden dejar de ser considerados a la hora de determinar la capacidad laboral de una persona.

Ha habido varias debilidades que disminuyen la validez del estudio. Por ejemplo, la población seleccionada ha sido escasa en número de pacientes para obtener resultados más confiables, el tiempo de seguimiento no ha sido lo suficientemente extenso en todos los casos, se analizó gran diversidad de grupos etarios y se trata de un estudio retrospectivo.

Conclusión

La evaluación de la limitación funcional de la articulación de la cadera en el fuero laboral del sistema de justicia argentino se realiza a través del Baremo de la Ley 24557, en tanto que en la práctica médica habitual se utiliza el Harris Hip Score para cumplir con dicho cometido.

Cada uno de ellos tiene sus propias características, enfoques y aplicaciones específicas.

Mientras que el Baremo de la Ley 24557 se utiliza en casos de riesgos laborales y la pérdida de capacidad de trabajo, el Harris Hip Score abarca un espectro más amplio al considerar la funcionalidad total, la calidad de vida y la participación en actividades de la vida diaria.

Consideramos que los criterios utilizados por el Baremo Ley 24557 para la evaluación funcional de la articulación de cadera resultan insuficientes para la correcta valoración de las eventuales limitaciones funcionales de la misma, por considerar solamente el rango de movilidad residual

Sugerimos considerar el uso del Harris Hip Score para la evaluación funcional de la articulación de la cadera en el ámbito del sistema judicial argentino, incluyendo el fuero laboral, dado que demostró ser mucho más completo, sensible, confiable y abarcativo que el Baremo Ley 24557. Con la aplicación del HHS se podría evitar la infravaloración de incapacidades laborales.

Bibliografía:

1. García Falgueras, C. J. (2018). Valoración Médico Legal de las Lesiones Permanentes. Editorial Colex.
2. Varela, E., Suárez, R., & Varela, V. (2021). Medicina Legal. Editorial El Ateneo.
3. Quiroz Cuarón, A., & Trigo Tavera, E. (2020). Manual de Medicina Legal. Editorial El Manual Moderno.
4. Superintendencia de Riesgo del Trabajo. Anuario estadístico julio 2016-junio 2017.
5. Ley 24557. Baremo nacional de las aseguradoras de riesgo de trabajo. Boletín Oficial de la República Argentina, Número 31.414, 30 de diciembre de 1995.
6. Decreto 49/2014. Listado de enfermedades profesionales. Decretos 658/96 y 590/97. Modificaciones. Boletín Oficial 14/1/2014.
7. Decreto 478/1998. Baremo nacional previsional.
8. Altube JL, Rinaldi CA. Baremo general para el fuero civil. García Alonso 2013; segunda edición.
9. Rubinstein SJ. Código de tablas de incapacidades laborales. Abeledo Perrot 2012.
10. Harris WH. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: treatment by mold arthroplasty. An end-result study using a new method of result evaluation. J Bone Joint Surg (Am). 1969;51:737-55
11. Navarro Collado MJ et al. Validez de la escala de cadera de Harris en la rehabilitación tras artroplastia de cadera. Rehabilitación (Madr) 2005;39(4):147-54
12. Kapandji AI. Fisiología articular. Ed. Médica Panamericana 2010; sexta edición, tomo 2.
13. Waron LR. Medicina legal del trabajo. Dificultades en la pericia médico legal. Dosyuna 2013; segunda edición.
14. Schächter S, Holm M, Pueyrredón J. Guía para evaluación de las incapacidades médicas del aparato locomotor. Guías de la AAOT. Prensa Médica 2008.
15. Kvitko LA. Valoración del daño corporal. Tribunales 2016.

Anexo – Gráficos y Tablas:

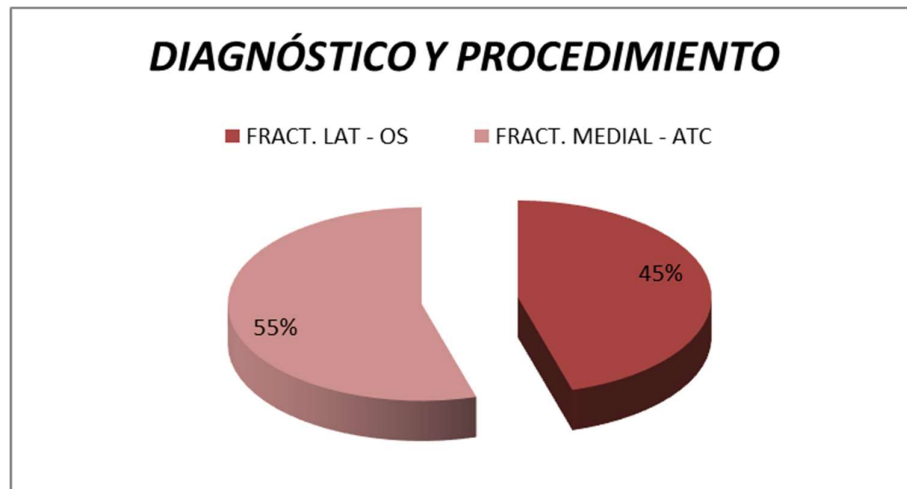


Gráfico 1: Diagnóstico y Procedimiento efectuado a los pacientes evaluados

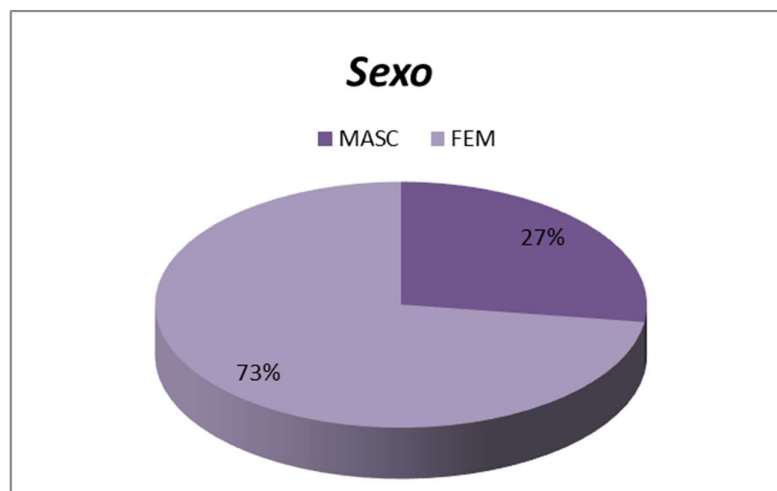


Gráfico 2: Sexo de los pacientes evaluados

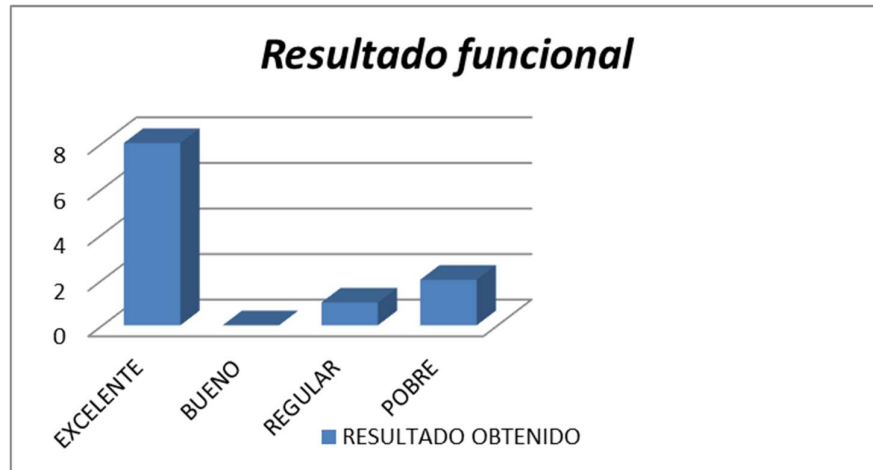


Gráfico 3: Resultado funcional según el HHS de los pacientes evaluados

NUMERO PACIENTE	EDAD	SEXO	DIAGNOSTICO	PROCEDIMIENTO REALIZADO	FECHA CIRUGIA
1	76	F	FRACTURA LATERAL	OSTEOSINTESIS	11/02/2018
2	52	M	FRACTURA LATERAL	OSTEOSINTESIS	31/03/2019
3	66	F	FRACTURA MEDIAL	ATC	04/09/2023
4	57	F	FRACTURA MEDIAL	ATC	23/09/2022
5	79	F	FRACTURA MEDIAL	ATC	17/10/2019
6	48	M	FRACTURA LATERAL	OSTEOSINTESIS	06/05/2021
7	75	M	FRACTURA MEDIAL	ATC	11/05/2022
8	77	F	FRACTURA LATERAL	OSTEOSINTESIS	22/06/2020
9	56	F	FRACTURA MEDIAL	ATC	06/03/2023
10	66	F	FRACTURA MEDIAL	ATC	25/01/2020
11	82	F	FRACTURA LATERAL	OSTEOSINTESIS	25/06/2022

Tabla 1: Edad, sexo, diagnóstico y procedimiento realizado de los pacientes evaluados

N° PAC	FLEXION	ABDUCCION	ADUCCION	ROT. EXTERNA	ROT. INTERNA	PUNTAJE TOTAL	CALIFICACION FINAL
1	80	25	30	40	30	205	4 - MUY BUENO
2	140	40	40	40	40	300	5 - COMPLETO
3	120	40	40	40	40	280	5 - COMPLETO
4	135	40	35	40	40	290	5 - COMPLETO
5	125	35	30	35	40	265	5 - COMPLETO
6	140	40	40	40	40	300	5 - COMPLETO
7	135	40	35	35	35	280	5 - COMPLETO
8	85	25	20	35	30	195	4 - MUY BUENO
9	140	40	40	40	40	300	5 - COMPLETO
10	135	40	35	35	40	285	5 - COMPLETO
11	70	25	30	40	35	200	4 - MUY BUENO

Tabla 2: Evaluación del Rango de Movilidad según el HHS.

N° PAC	FLEXION	ABDUCCION	ADUCCION	ROT. EXTERNA	ROT. INTERNA	PUNTAJE TOTAL	HHS
1	2	1	0	1	1	5%	75/100
8	1	1	0	1	1	4%	65/100
11	3	1	0	1	0	5%	60/100

HARRIS HIP SCORE												
N° PAC	DOLOR	RENGUERA	SOPORTE	ISTANCIA CAMINAD	SEDESTACION	ENT TRANSP PUB	ESCALERAS	ZAPATOS Y MEDIAS	DEFORMIDAD	MOVILIDAD	PUNTAJE	RESULTADO
1	30	8	11	8	5	0	2	2	4	4	74	REGULAR
2	40	11	11	11	5	1	4	4	4	5	96	EXCELENTE
3	44	11	11	11	5	1	4	4	4	5	100	EXCELENTE
4	44	11	11	11	5	1	4	4	4	5	100	EXCELENTE
5	40	11	11	11	5	1	4	4	4	5	96	EXCELENTE
6	40	11	11	11	5	1	4	4	4	5	96	EXCELENTE
7	44	11	11	11	5	1	4	4	4	5	100	EXCELENTE
8	30	11	5	2	5	0	2	2	4	4	65	POBRE
9	44	11	11	11	5	1	4	4	4	5	100	EXCELENTE
10	44	11	11	11	5	1	4	4	4	5	100	EXCELENTE
11	30	8	3	2	5	0	2	2	4	4	60	POBRE
HARRIS HIP SCORE												
N° PAC	DOLOR	RENGUERA	SOPORTE	ISTANCIA CAMINAD	SEDESTACION	ENT TRANSP PUB	ESCALERAS	ZAPATOS Y MEDIAS	DEFORMIDAD	MOVILIDAD	PUNTAJE	RESULTADO
1	MODERADO	LEVE	NO	HASTA 6 CUADRAS	NORMAL	NO	BARANDAS	DIFICULTAD	NO	MUY BUENA	74	REGULAR
2	LEVE	NO	NO	ILIMITADA	NORMAL	SI	NORMAL	SI	NO	COMPLETA	96	EXCELENTE
3	EXCELENTE	NO	NO	ILIMITADA	NORMAL	SI	NORMAL	SI	NO	COMPLETA	100	EXCELENTE
4	EXCELENTE	NO	NO	ILIMITADA	NORMAL	SI	NORMAL	SI	NO	COMPLETA	100	EXCELENTE
5	LEVE	NO	NO	ILIMITADA	NORMAL	SI	NORMAL	SI	NO	COMPLETA	96	EXCELENTE
6	LEVE	NO	NO	ILIMITADA	NORMAL	SI	NORMAL	SI	NO	COMPLETA	96	EXCELENTE
7	EXCELENTE	NO	NO	ILIMITADA	NORMAL	SI	NORMAL	SI	NO	COMPLETA	100	EXCELENTE
8	MODERADO	NO	SI	NTRADOMICILIARIA	NORMAL	NO	BARANDAS	DIFICULTAD	NO	MUY BUENA	65	POBRE
9	EXCELENTE	NO	NO	ILIMITADA	NORMAL	SI	NORMAL	SI	NO	COMPLETA	100	EXCELENTE
10	EXCELENTE	NO	NO	ILIMITADA	NORMAL	SI	NORMAL	SI	NO	COMPLETA	100	EXCELENTE
11	MODERADO	LEVE	SI	NTRADOMICILIARIA	NORMAL	NO	BARANDAS	DIFICULTAD	NO	MUY BUENA	60	POBRE