

# Capítulo V

## APARATO DIGESTIVO

### 5.0 APARATO DIGESTIVO

#### 5.1 INTRODUCCION

El aparato digestivo se extiende desde la boca hasta el ano. Consiste en el canal alimentario y las funciones exocrinas y endocrinas de órganos anexos como hígado, vías biliares y páncreas. La discusión sobre la función endocrina se realiza en el capítulo correspondiente.

Las funciones del aparato digestivo comprenden transporte de las sustancias ingeridas, secreción de ácido, mucus, enzimas digestivas y bilis, digestión de las comidas, absorción, almacenaje y excreción. La anomalía de una o más de estas funciones puede llevar a la invalidez del afiliado.

Los trastornos del aparato digestivo, dan como resultado un daño severo que, generalmente, altera la nutrición, o bien provocan lesiones inflamatorias recurrentes que, como complicación, producen fístulas, abscesos u obstrucciones del tracto digestivo. Estas complicaciones, en general, responden al tratamiento. En caso contrario, deberá demostrarse que ellas persisten, en exámenes repetidos, y que, agotados los recursos diagnósticos y terapéuticos, el daño será permanente. En general estos trastornos, son de dos tipos:

1. Desnutrición (pérdida de peso), debido a trastornos gastrointestinales. Una vez establecido el trastorno primario del tracto digestivo: enterocolitis, pancreatitis crónica, resección gastrointestinal, estenosis u obstrucción, la interferencia de éste con la nutrición será considerado según lo establecido más adelante. Se aplicarán las tablas correspondientes, siempre y cuando, la pérdida de peso se deba a las alteraciones primarias o secundarias del aparato digestivo, mala absorción, mala asimilación u obstrucción, irreversibles.

La pérdida de peso causada por trastornos psiquiátricos, endocrinos, etc., deberá ser evaluada según el criterio establecido para estas patologías en los capítulos correspondientes.

2. Cirugía y las derivaciones quirúrgicas del tracto intestinal, incluyendo colostomía o ileostomía, están contempladas en estas normas a pesar que no repre-

sentan un daño que impida por sí solas actividad laboral, si el individuo es capaz de mantener una nutrición adecuada y el estoma funcionando. El síndrome de vaciamiento rápido post gastrectomía, rara vez representa un daño severo. La úlcera péptica recurrente, en general, responde a tratamiento médico. Se considera como procedimientos quirúrgicos definitivos aquellos planeados para controlar el proceso ulceroso, es decir, vagotomía troncular, con piloroplastia, gastrectomía subtotal, etc.

El simple cierre quirúrgico de una úlcera perforada no constituye terapia definitiva.

Las eventraciones gigantes, post cirugía abdominal, con pérdida de la pared anterior del abdomen e irreparables quirúrgicamente se consideran con incapacidad global de la persona entre el 30% y el 40%, siendo para la mayoría de los casos, de un 30%.

El criterio seguido para evaluar el aparato digestivo se basa en los efectos que el impedimento puede tener en la capacidad del individuo para llevar a cabo las tareas de su vida diaria.

Las conclusiones del COMAFP deberán ser concordantes con el estado físico del afiliado, corroborado por los exámenes de laboratorio. La irreversibilidad de estas enfermedades, usualmente se demuestran después de prolongada observación y tratamiento. Muchos de estos exámenes son difíciles o imposibles de repetir o efectuar, ya sea porque son caros, son múltiples, son complicados de efectuar correctamente, por ejemplo, el Van de Kamer para determinar la esteatorrea, o biopsias de órganos intrabdominales. Esta dificultad se puede suplir, si se dan las siguientes alternativas probatorias

I. Concordancia, coherencia y coincidencia, entre la clínica, el examen físico y la documentación objetiva aportada.

II. Tiempo de evolución razonablemente adecuado (mínimo 12 meses).

III. Participación de gastroenterólogos y patólogos consultores, para revisar la clínica y los hallazgos histopatológicos.

Cabe señalar que casos de cánceres digestivos por su extensión y existencia de metástasis locales, regionales y a distancia, deben considerarse como

incapacidades mayores de dos tercios.

El impedimento por cáncer en el aparato digestivo, se encuentra en el capítulo de enfermedad neoplásica maligna".

Sin embargo, en este capítulo se analizan aquellas neoplasias primarias que se consideran extirpadas radicalmente, sin metástasis y que en el momento de su estudio no tienen patología atribuible a su enfermedad neoplásica después de un acucioso examen físico y exámenes auxiliares como ecografía, TAC, estudios radiológicos, etc., que permitan descartar fehacientemente una invasión tumoral. En estos casos la evaluación deberá basarse exclusivamente en las secuelas provenientes del acto quirúrgico y del compromiso digestivo derivado de la ausencia total o parcial de un órgano o segmento de tubo digestivo, gastrectomía radical, gastrectomía ampliada, colectomía, y de la existencia o no de estomas quirúrgicos.

En este capítulo el menoscabo del aparato digestivo se referirá a:

A. Esófago, estómago, primera porción del duodeno, intestino delgado y páncreas.

B. Colon y recto.

C. Conducto anal.

D. Estomas quirúrgicos

E. Hígado y vías biliares.

F. Sobre peso y bajo peso.

Para los efectos de la evaluación y según el cuadro clínico, cada uno de estos grupos se ha dividido en varias clases, de acuerdo al porcentaje de menoscabo global de la persona.

## 5.2 ESOFAGO, ESTOMAGO, PRIMERA PORCION DEL DUODENO, INTESTINO DELGADO Y PANCREAS.

### A. Esófago

Conduce alimentos y líquidos desde la cavidad bucal y la faringe al estómago.

Los síntomas y signos correspondientes a patología esofágica incluyen disfagia, pirosis, dolor subesternal, regurgitación, sangrado, pérdida de peso y alteraciones en la nutrición.

Su estudio se realiza con exámenes radiológicos, endoscopia, biopsia, citología y estudios de motilidad.

**Menoscabo permanente relacionado con la persona global.**

Clase I; Menoscabo 0-5%

Presenta síntomas o signos de patología esofágica. Existen alteraciones anatómicas pero no requiere tratamiento continuo y mantiene su peso.

Ejemplo: Paciente de 44 años que en los últimos 6 meses presentó disfagia en una ocasión al comer alimentos sólidos. No se ha repetido esta molestia ni tiene otros síntomas.

El examen físico no muestra anormalidades.

El examen radiológico del tracto digestivo muestra una pequeña hernia hiatal.

Diagnóstico: Hernia Hiatal. Grado I

Menoscabo global de la persona 0%

Clase II; Menoscabo global de la persona 6 -20%

Pertenecen a este grupo aquellos individuos con signos y síntomas de afección orgánica del esófago que además presentan alteraciones anatómicas.

El control de sus molestias requiere medicamentos y régimen alimenticio. La pérdida de peso no sobrepasa el rango normal. (Tablas 1A y 1B).

Ejemplo: Mujer de 59 años que se queja de dolor subesternal y disfagia desde hace 5 años.

El estudio radiológico demuestra espasmo acentuado del esófago, "en tirabuzón", que es confirmado con exámenes complementarios de la motilidad esofágica. Tiene una pérdida de peso de 5 Kgs. en relación al peso ideal de 60 Kgs.

Diagnóstico: Espasmo difuso del esófago.

Menoscabo 15 % de la persona global.

Clase III; Menoscabo global de la persona 21-45%

Se incluye en esta clase pacientes con síntomas y signos de afección esofágica y alteraciones anatómicas de este segmento. Ni la dieta ni las drogas controlan los síntomas y signos. Hay compromiso del estado general con pérdida de peso en rango moderado (Tablas 1 A y 1 B ), debido a las alteraciones esofágicas.

Clase IV; Menoscabo global de la persona 46-70%

Presenta síntomas marcados y alteraciones anatómicas del esófago. Los síntomas y signos no son controlados con el tratamiento y hay una pérdida de peso en rango severo (Tablas 1A y 1B), pero estable debido a sus problemas esofágicos.

Ejemplo: Paciente de 58 años, presenta una obstrucción prácticamente completa del esófago, secundaria a una resección por neoplasia esofágica realizada 5 años antes. Si bien no hay recurrencia del tumor, sí existe severa estenosis y esofagitis. Se ha intentado corrección quirúrgica sin resultados. Se alimenta a través de gastrostomía. Peso 45 Kg., talla 1.73 m.

Diagnóstico: Estenosis Esofágica. Grado IV.

Menoscabo 55 % por su estenosis y 20 % por su gastrostomía, lo que combinado significará un 64% de impedimento.

### B. Estómago y primera porción del duodeno

Estos órganos participan en la digestión y transporte de los alimentos ingeridos. El estómago segrega ácido, pepsina y mucus. La absorción se realiza en parte en este órgano.

Estas funciones pueden estar alteradas resultando en un impedimento del órgano y en menor grado en un menoscabo global de la persona.

Síntomas y signos incluye náuseas y vómitos, dolor, sangrado, obstrucción, diarrea, mala absorción y pérdida de peso. Las deficiencias nutricionales pueden producir manifestaciones hematológicas y neurológicas que se evalúan en el capítulo correspondiente a estos sistemas orgánicos, en general, reversibles con tratamiento adecuado.

Los síntomas que suelen ser permanentes y difíciles de corregir, son el Dumping tardío, y la diarrea crónica con baja de peso no mayor de un 20%.

Su estudio se efectúa principalmente con radiología contrastada, endoscopia, eitológica gástrica y duodenal, biopsia, estudios de secreción, de absorción y motilidad. En ocasiones es de utilidad el estudio de las deposiciones.

#### **Menoscabo permanente relacionado con la persona global**

Clase I; Menoscabo global de la persona 0-5%

Un individuo pertenece a esta categoría cuando presenta síntomas y signos pero no necesariamente una alteración anatómica. No requiere tratamiento continuo y no hay pérdida del peso.

Clase II; Menoscabo global de la persona 6 -20%

Se incluyen en este grupo aquellos enfermos con síntomas, signos y alteración anatómica. Requieren dieta y medicamentos para controlar sus síntomas y hay trastornos nutritivos y pérdida de peso, que no sobrepasa el rango normal (tablas 1A y 1B).

Ejemplo: Hombre de 40 años con síntomas intermitentes de síndrome ulceroso en los últimos 10 años. Ha sangrado en una oportunidad, con hematemesis, ha necesitado igualmente transfusiones en una oportunidad.

Ha requerido hospitalización prácticamente una vez. Se niega a ser sometido a cirugía, por responder al tratamiento médico. Necesita tratamiento continuo y presenta una pérdida de peso leve. El examen radiológico y la endoscopia demuestran ulcera duodenal.

Diagnóstico: Úlcera Duodenal.

Menoscabo global de la persona 15 %.

Clase III; Menoscabo global de la persona del 21-45 %

Corresponden a este grupo enfermos con síntomas y signos severos y alteraciones anatómicas.

La dieta y los medicamentos no controlan completamente sus molestias. Hay pérdida de peso de rango moderado (Tablas 1A y 1B).

Clase IV; Menoscabo global de la persona 46-70%

Se clasifica en este grupo cuando se presentan signos y síntomas de lesión orgánica del estómago o duodeno con alteraciones anatómicas. Sus molestias no son controladas con tratamiento, la pérdida de peso es de grado severo (Tablas 1A y 1B).

Ejemplo: Hombre de 62 años con resección gástrica total por neoplasia gástrica, tres años antes. Desde esa fecha presenta anorexia, pérdida de peso progresiva y signos de deficiencia nutricional.

El examen clínico revela un paciente envejecido, desnutrido pesa 45 kg., talla 1.73 m., Edema pretibial discreto y los exámenes de laboratorio muestran anemia e hipoproteïnemia. El estudio radiológico demuestra un buen pasaje esófago yeyunal.

Diagnóstico Gastrectomía total y esófago yeyuno anastomosis.

Menoscabo 60% debiéndose además evaluar y

ponderar el impedimento por anemia e hipoproteïnemia.

#### **C. Páncreas**

Esta glándula produce secreción exocrina y endocrina. La primera es necesaria para la digestión, absorción y metabolismo de los alimentos ingeridos. El menoscabo atribuible a su secreción endocrina se discute ampliamente en el capítulo del Sistema Endocrino.

Los síntomas y signos atribuibles al páncreas son dolor, náuseas, vómitos, diarrea, esteatorrea, hemorragia gastrointestinal, pérdida de peso e ictericia.

Las patologías crónicas irreversibles más frecuentes del páncreas son, la ausencia total o parcial de la glándula, de origen quirúrgico; la pancreatitis aguda recurrente y la pancreatitis crónica, usualmente de origen alcohólico. Los síntomas cardinales son el dolor, ocasionalmente intratable, y la mala digestión, diarreas de gran volumen, a veces de más de un litro al día, a diferencia de la mala absorción de origen intestinal, con diarreas entre 300 y 1.000 ml al día. Usualmente son personas con varias intervenciones quirúrgicas, con fístulas de alto débito.

El análisis del funcionamiento de esta glándula incluye estudio radiológico, TAC, ecografía, colangiopancreatografía endoscópica retrógrada y angiografía, análisis de deposiciones. Estudio de absorción de grasas, proteínas y vitaminas liposolubles. En determinados casos Resonancia Nuclear Magnética

#### **Criterios para la evaluación del menoscabo permanente producido por alteración del páncreas.**

Clase I; Menoscabo global de la persona 0 - 5 %

Cuando se detectan síntomas y signos pancreáticos y existe alteración anatómica. No se requiere tratamiento continuo y el peso se mantiene a niveles aceptables.

Ejemplo: Obeso con pancreatitis recurrente secundaria a ingestión moderada de alcohol, sin signos de insuficiencia pancreática. Menoscabo global de la persona 4%.

Clase II; Menoscabo global de la persona 6 - 20%

Presenta síntomas y signos de lesión orgánica del páncreas y alteraciones anatómicas. Requiere de tratamiento permanente y limitaciones dietéticas para el control de sus síntomas, y mantiene su peso o bien éste no es inferior al rango normal.

Ejemplo: Hombre de 36 años que requirió pancreatomecía parcial distal por quiste de este órgano, que a pesar del tratamiento adecuado de sustitución presenta diarreas intermitentes. Pérdida de peso del 10%. Se agrega a lo anterior severo dolor epigástrico y dorsal que lo obliga a hospitalizarse 1 o 2 veces al año. Presenta además esteatorrea.

Diagnóstico ; Pancreatitis crónica con insuficiencia pancreática post pancreatomecía parcial.

Menoscabo global de la persona 20%

Clase III; Menoscabo global de la persona 21 - 45%

Una persona pertenece a este grupo cuando presenta síntomas y signos de lesión pancreática que se

acompañan de alteraciones anatómicas. Ni la dieta ni los medicamentos controlan sus molestias y se agrega cierto grado de desnutrición y pérdida de peso de grado moderado.

**Clase IV; Menoscabo global de la persona  
46% - 70%**

Corresponden a la clase IV aquellas personas con severos síntomas y signos de falla pancreática y lesiones anatómicas. Los síntomas no son controlados por el tratamiento y la pérdida de peso es de grado severo. Debe considerarse en este grupo a las personas sometidas a pancreatectomía total.

Ejemplo: Hombre de 47 años, con apatía, irritabilidad y confusión. Se efectuó pancreatectomía total y duodenectomía por un tumor benigno de la cabeza del páncreas. Queda con síndrome de mala absorción y esteatorrea parcialmente controlados con tratamiento de sustitución. Además diabetes mellitus que requiere insulina. Progresiva pérdida de peso.

Diagnóstico: Insuficiencia pancreática secundaria a pancreatectomía.

Menoscabo 70% que debe ser combinado con su diabetes insulino dependiente.

**D. Intestino Delgado**

El intestino delgado participa en la digestión, absorción y transporte de los alimentos.

Síntomas y signos: dolor abdominal, distensión, sangrado, diarrea, pérdida de peso, debilidad, vómitos, fiebre, anemia y otros.

Su evaluación se realiza mediante estudio radiológico endoscópico, de motilidad, biopsia, medición de la absorción intestinal, ésta última con medición de grasa en las deposiciones y la absorción, por ejemplo de vitamina A y D-xylosa, y con la medición de las carencias de vitaminas y nutrientes en el plasma.

**Criterios para la evaluación del menoscabo permanente producido por alteraciones del intestino delgado.**

**Clase I; Menoscabo global de la persona 0 - 5 %**

Hay síntomas atribuibles a patología de este segmento intestinal pero no requiere tratamientos continuos y no hay pérdida de peso.

**Clase II; Menoscabo global de la persona  
6% - 20%**

Pertenecen a esta clase aquellos pacientes con síntomas y signos de lesión orgánica intestinal. Requieren de dieta y medicamentos para yugular sus síntomas. La pérdida de peso no sobrepasa el grado normal.

Ejemplo: Hombre de 64 años, con diarreas, pérdida de peso por debajo del 10 % . Al examen se comprueba la existencia de divertículos.

El tratamiento adecuado controla sus molestias.

Diagnóstico: Diverticulosis intestinal. Menoscabo 15%.

**Clase III; Menoscabo global de la persona  
21% - 45%**

Se presentan síntomas y signos de lesión intestinal con daño orgánico de este segmento. Ni los medicamentos ni la dieta mejoran totalmente los síntomas y signos. La pérdida de peso es de grado moderado.

Ejemplo: Enfermedad de Crohn, con episodios recurrentes que se controla con dieta, vitaminas y la terapia indicada. No requiere cirugía, pérdida peso 15%. Menoscabo 25%

**Clase IV; Incapacidad global de la persona  
46% - 75%**

Cuando existen marcados síntomas y signos por lesión anatómica del intestino delgado, que no son controlados por el tratamiento y hay pérdida de peso de grado severo.

Ejemplo: Mujer de 35 años que un año antes presenta volvulo intestinal que requiere de cirugía con resección de parte del yeyuno e ileon. Actualmente con dieta, suplementos nutricionales y drogas para disminuir el dolor abdominal y la diarrea. Síntomas y signos de tetania y deshidratación que requieren de frecuentes hospitalizaciones para reponer electrolitos. Pesa 43 Kg. talla 1.73 m. La absorción de grasas y D-xylosa se encuentra alterada.

Diagnóstico: Síndrome de mala absorción secundario a resección intestinal.

Menoscabo global de la persona 75 % .

**Menoscabo global de la persona por lesiones del tracto digestivo superior: Esófago, Estómago, Duodeno, Intestino Delgado y Páncreas.**

<b>Clase I</b> (menoscabo 0 - 5%)	<b>Clase II</b> (menoscabo 6 - 20%)	<b>Clase III</b> (menoscabo 21 - 45%)	<b>Clase IV</b> (menoscabo 46 - 70%)
Existen síntomas y signos de enfermedad en la parte superior del aparato digestivo sin alteración o pérdida anatómica;	Existen síntomas y signos de enfermedad en la parte superior del aparato digestivo o hay alteraciones o pérdida anatómica;	Existen síntomas y signos de enfermedad en la parte superior del aparato digestivo o hay alteración o pérdida anatómica; Y	Existen síntomas y signos de enfermedad en la parte superior del aparato digestivo o hay alteración o pérdida anatómica;
Y	Y	La dieta y medicación controlan completamente los síntomas y signos o la desnutrición, o éstos dos últimos;	Y
No se requiere tratamiento continuo;	Se necesita guardar dieta y medicación para controlar los síntomas, signos, la desnutrición o estos dos últimos;	O	Los síntomas no se pueden controlar con el tratamiento;
Y	Y	La pérdida de peso es de grado moderado y se atribuye a un desorden del mismo.	O
El peso normal se mantiene;	La pérdida de peso no excede el grado normal;		La pérdida de peso es de grado severo y se atribuye a un desorden de la parte superior del aparato digestivo.
O			
No hay secuelas después de la operación.			

Ejemplos de patologías que se incluyen en clase IV:

Hemorragia gastrointestinal alta recurrente de causa no determinada con anemia evidenciada por hematocritos repetidos del 30% o menos.

Estrechez, estenosis u obstrucción del esófago, demostrada radiológica y endoscópicamente, con pérdida de peso en grado severo según tablas 1A y 1B.

Úlcera Péptica, diagnosticada radiológicamente y endoscópicamente con:

1. Ulceración recurrente luego de cirugía definitiva y persistente a pesar de la terapia; o

2. Fístula inoperable; u

3. Obstrucción demostrada por rayos X endoscopia; a pesar de cirugía inoperable; o

4. Pérdida de peso de grado severo según tablas 1A y 1B.

Enteritis Regional: (Enfermedad de Crohn)

Diagnosticada en hallazgo operatorio, o en estudios baritados, o en biopsia y endoscopia. Es mayor de 2/3 cuando hay:

1. Obstrucción intestinal recurrente o persistente, evidenciado por dolor abdominal, distensión, náuseas y vómitos y acompañado por zonas de estenosis del intestino delgado y dilatación intestinal proximal; o

2. Manifestaciones sistémicas persistentes, tales como artritis, iritis, fiebre o disfunción hepática no atribuible a otras causas;

3. Oclusión intestinal intermitente debida a absceso intratable o formación de fístula; o

4. Pérdida de peso severa según se describe en tabla 1A y 1B;

5. Requiriendo de nutrición parenteral a permanencia.

### 5.3 COLON Y RECTO

Estos segmentos intestinales absorben el agua y electrolitos y reducen la cantidad final de los productos de la digestión. Además almacenan provisoriamente los productos de desechos que durante este lapso son sometidos a síntesis por bacterias produciendo ciertos efectos nutricionales.

Síntomas y signos: diarreas, constipación, dolor, tenesmo, mucus, pus y sangre en las deposiciones,

pérdida de peso, fiebre y anemia. La diarrea crónica colónica usualmente de origen funcional es de poco volumen, menos de 300 ml. en 24 hrs., y no compromete el estado general de la persona.

El estudio se efectúa mediante endoscopia, exámenes de deposiciones, biopsia y enema baritado.

#### Menoscabo global de la persona debido a patología del colon y recto:

Clase I; Menoscabo global de la persona 0 - 5%

Cuando síntomas y signos de enfermedad del colon o del recto son infrecuentes y de corta duración y no existe limitación de las actividades, ni se requiere de dieta ni medicamentos. No hay manifestaciones sistémicas ni cambios en el peso, ni estado nutricional.

Como ejemplos, diverticulosis del colon, con hallazgo en sólo un enema baritado efectuado como examen rutinario.

Clase II; Menoscabo global de la persona 6 - 20%

Cuando existen síntomas y signos leves de alteración de la función intestinal y moderado dolor. Se requiere restricción mínima en la dieta y terapia sistémica. No hay baja de peso.

Ejemplo Colitis Ulcerativa idiopática leve.

Clase III; Menoscabo global de la persona 21 - 60%

Cuando hay persistentes molestias, dolor intenso, limitación de la actividad física y se requiere de severas restricciones dietéticas y medicación continua que no yugulan totalmente el cuadro.

Hay manifestaciones generales como fiebre, anemia y pérdida de peso.

Como ejemplo se menciona la colitis ulcerativa o granulomatosa confirmada por endoscopia, enema baritado, biopsia o hallazgos operatorios, además de:

a. Que no ha mejorado después de una colectomía total;

b. Deposiciones sanguinolentas a repetición o persistentes y anemia confirmada por hematocrito de 30% o menos, en exámenes seriados: o

c. Manifestaciones sistémicas recurrentes o persistentes, tales como artritis, iritis, fiebre o disfunción hepática no atribuibles a otras causas;

d. Obstrucciones intestinales intermitentes debidas a absesos intratables, formación de fístula o estenosis; o

e. Pérdida de peso según tabla 1, de grado severo.

#### Menoscabo global de la persona por lesiones del colon y recto

##### Clase I

(menoscabo 0 - 5%)

Síntomas y signos de enfermedad del colon o recto, infrecuentes y de corta duración;

Y

Existen signos patológicos gastrointestinales leves, en ocasiones con irregularidades en el funcionamiento del intestino y acompañados de dolor que no limitan sus actividades;

Y

No hay otras manifestaciones en otros órganos y sistemas y puede mantener el peso y el estado nutricional;

O

No ha quedado secuela después de operación.

##### Clase II

(menoscabo 6 - 20%)

Hay evidencia objetiva de enfermedad del colon o del recto, o hay pérdida o alteración anatómica;

Y

Existen signos patológicos gastrointestinales leves, en ocasiones con irregularidades en el funcionamiento del intestino y acompañados de dolor;

Y

Puede ser necesaria una dieta especial y una medicación ligera;

Y

Estado nutricional es normal.

**Clase III**

(menoscabo 21 - 45%)

Hay evidencia objetiva de enfermedad del colon o del recto, o hay pérdida o alteración anatómica;

Y

Tiene períodos de exacerbación de síntomas que oscilan entre moderados y fuertes con alteraciones en las funciones intestinales acompañadas de dolor, periódico o continuo;

Y

Durante los ataques es necesario restringir sus actividades, indicar dieta especial y medicación;

Y

Existen manifestaciones sistémicas, anemia o pérdida de peso de grado moderado.

**Clase IV**

(menoscabo 46 - 70%)

Hay evidencia objetiva de enfermedad del colon o del recto, o hay pérdida o alteración anatómica;

Y

Alteración de las funciones intestinales que persisten aun en reposo y van acompañados de dolor;

Y

Hay limitación de actividades con continuas restricciones y los síntomas no responden a la dieta ni al tratamiento;

Y

Existen manifestaciones sistémicas, fiebre, pérdida de peso de grado severo, anemia etc.

Y

No hay remisión prolongada de los síntomas.

**5.4 CONDUCTO ANAL**

El ano controla la defecación, función que es posible por las contracciones propulsivas del colon y del recto que se encuentran coordinadas por los segmentos voluntarios e involuntarios del esfínter anal.

La incontinencia por patología neurológica se discute en el capítulo correspondiente al Sistema Nervioso.

Síntomas y signos: alteraciones en la continencia, urgencia para defecar, dolor, tenesmo, rectorragia, diarrea o constipación, son los síntomas más frecuentes.

Su estudio se efectúa directamente por palpación, anoscopia, rectoscopia, biopsia, y otros

La patología derivada del conducto anal por sí sola se traduce en menoscabo de bajos porcentajes, sólo la combinación con otras enfermedades podría llevar a una incapacidad superior al 70%.

**Menoscabo global de la persona por lesiones del conducto anal****Clase I**

(menoscabo 0 - 5%)

Existen señales de enfermedad del conducto anal sin pérdida o alteración anatómica;

O

Existe ligera incontinencia a gases, líquidos, o ambos;

O

Los síntomas patológicos en el conducto anal son leves, intermitentes y ceden al tratamiento.

**Clase II**

(menoscabo 6 - 15%)

Existen señales de enfermedad del conducto anal o hay pérdida o alteración anatómica;

Y

Hay incontinencia fecal moderada, la cual requiere tratamiento continuo;

O

Los síntomas persisten y no ceden completamente al tratamiento.

**Clase III**

(menoscabo 16 - 25%)

Existen señales de enfermedad del conducto anal o hay pérdida o alteración anatómica;

Y

Incontinencia fecal parcial que requiere de tratamiento continuo;

O

Los síntomas de enfermedad en el conducto anal persisten y no responden ni se mejora con el tratamiento.

**Clase IV**

(menoscabo 26 - 55%)

Hay pérdida o alteración anatómica significativa;

Y

Completa incontinencia fecal;

Y

Los síntomas de enfermedad no responden ni pueden mejorar con el tratamiento.

**5.5 ESTOMAS QUIRURGICOS**

Los estomas quirúrgicos permanentes, ordinariamente se crean para compensar pérdida anatómicas y permitir el ingreso o egreso de materias por el tracto digestivo.

Si un paciente tiene un estoma quirúrgico permanente, los valores siguientes deberán combinarse con los valores determinados por el sistema involucrado.

Porcentaje de menoscabo  
global de la persona

Esofagostomía	20%
Gastrostomía	20%
Yeyunostomía	25%
Ileostomía	25%
Colostomía	15%

**5.6 HIGADO Y VIAS BILIARES**

Las principales funciones incluyen el metabolismo proteico, de los H. de C. y lípidos; la conjugación de hormonas y drogas; la síntesis de proteínas, albúmina, anticuerpos, protrombina, etc. así como el metabolismo de los pigmentos y sales biliares, estos últimos excretados por la bilis.

Los síntomas y signos principales derivados de patología hepática y de las vías biliares son: dolor, ictericia, anorexia, náuseas, vómitos, pérdida de fuerza y de peso, hematemesis, ascitis y alteraciones de la conciencia.

Las técnicas de estudio comprenden; estudio radiológico con contraste del tracto digestivo, vías biliares o circulación portal; endoscopia, biopsia hepática y exámenes de laboratorio que reflejan la función hepática, Cintigrafía, TAC, ecografía y bioquímica:

bilirrubinemia, albuminemia y protrombinemia, fosfatasa alcalina, etc.

El menoscabo clase IV que equivale al 70% corresponde a patologías del hígado y vías biliares como las que se describen a continuación:

Enfermedad crónica del hígado como cirrosis portal post necrótica o biliar, hepatitis crónica activa y enfermedad de Wilson, cáncer primario del hígado que no ha respondido al trasplante respectivo, con:

A. Várices esófago - gástricas, demostradas con endoscopia y radiológicamente, con una historia de hemorragia masiva y recurrente atribuible a estas várices; o

B. Tratamiento quirúrgico de las várices no exitoso, o

C. Bilirrubinemia de 3.0 mg. % o más, en exámenes seriados por lo menos durante 5 meses;

D. Encefalopatía que se debe evaluar según criterio aplicado en el capítulo de Enfermedades Mentales.

E. Confirmación de la existencia de una enfermedad crónica del hígado, mediante biopsia y uno de los siguientes factores:

1. Ascitis no atribuible a otras causas, recurrente o persistente por lo menos 3 meses, demostrada por paracentesis abdominal o asociada a hipoalbuminemia de 3.0 gr. % o menos.

2. Necrosis de las células hepáticas o inflamación que dura por lo menos 3 meses, documentada por hipoprotrombinemia (40%) y alteración de enzimas que indican disfunción hepática.

### Menoscabo global de la persona por lesiones del hígado.

Clase I (menoscabo 0 - 20%)	Clase II (menoscabo 21 - 45%)	Clase III (menoscabo 46 - 70%)	Clase IV (menoscabo 70% o más)
Existe evidencia objetiva de enfermedad persistente del hígado así no haya síntomas, ni historia de ascitis, ictericia o várices sangrantes en el esófago durante cinco años; Y La nutrición es buena y no hay pérdida de fuerzas ni de peso; Y Las pruebas bioquímicas indican discretas alteraciones del hígado; O Hay desórdenes leves en el metabolismo de la bilirrubina.	Existe evidencia objetiva de enfermedad persistente del hígado así no haya habido síntomas; ni historia de ascitis, ictericia o várices sangrantes en el esófago durante cinco años; Y No hay desnutrición ni pérdida de fuerza; Y Las pruebas bioquímicas indican un mal funcionamiento del hígado.	Existe evidencia objetiva de enfermedad crónica con una historia de ictericia, ascitis, várices sangrantes esofágicas o gástricas en dos episodios dentro del pasado año; Y Puede haber desnutrición y pérdida de fuerza; O Hay intoxicaciones intermitentes a amoníaco o carne; O Albuminemia igual o menor a 3 grs. por cien. Protrombinemia igual o menor de 60%.	Existe evidencia objetiva de una enfermedad crónica con una historia de ascitis, ictericia o várices sangrantes esofágicas o gástricas recurrentes. Con manifestaciones de insuficiencia hepática en el sistema nervioso central; Y Hay desnutrición y pérdida de fuerza; O Las pruebas de función hepática están totalmente alteradas; O Paciente que no responde al trasplante de hígado.

### Menoscabo global de la persona por alteraciones de las vías biliares

Clase I (menoscabo 0 - 20%)	Clase II (menoscabo 21 - 45%)	Clase III (menoscabo 46 - 70%)	Clase IV (menoscabo 70% ó más)
Episodios ocasionales de mal funcionamiento de las vías biliares.	Hay episodios recurrentes de mal funcionamiento de las vías biliares a pesar del tratamiento.	Estenosis severa de las vías biliares con colangitis recidivante.	Ictericia persistente y enfermedad progresiva del hígado debido a una obstrucción del conducto biliar común o paciente que no ha respondido al trasplante de hígado.

## 5.7 SOBREPESO Y BAJO PESO

Obesidad y desnutrición son estados de anormalidad física, que pueden tener por causa alguna enfermedad, que en casos extremos se acompañan de trastornos fisiológicos proporcionales a la magnitud de la anormalidad, y que pueden condicionar un empeoramiento o una irreversibilidad de otras enfermedades.

Actualmente hay eficientes tratamientos de la

obesidad y de la desnutrición, pero no siempre están exentos de riesgos, ni están al alcance de la mayoría de las personas, y además pueden restringir las actividades de la vida diaria, como por ejemplo, la alimentación parenteral intermitente o continua.

Aún a riesgo de simplificar el problema, se asignarán menoscabos, de acuerdo a estados permanentes de sobrepeso o bajo peso, según tablas internacionales aceptadas.

Este menoscabo es independiente del menoscabo



bo que produzcan otras enfermedades en la persona, relacionadas o no, con su obesidad o desnutrición, y deberá ser sumado de acuerdo a la tabla de valores combinados.

Para asignar un menoscabo por sobrepeso, la persona deberá necesariamente presentar al menos uno de los siguientes factores:

1. Historia de dolor y limitación motora en cualquier articulación que soporte peso, o en la columna, con signos físicos positivos, junto con evidencia radiográfica de artrosis de dicha articulación, de la columna, o de ambas; o

2. Hipertensión arterial con presiones diastólicas sostenidas ) persistentes sobre 100 mm Hg; o

3. Historia de insuficiencia cardíaca congestiva con evidencia de estasis venosa, con hepatomegalia, congestión pulmonar o edema periférico; o

4. Insuficiencia venosa crónica con várices superficiales en extremidades inferiores, y dolor al soportar peso, y edema persistente; o

5. Enfermedad respiratoria con capacidad vital forzada igual o inferior a 20 litros por minuto, o un nivel de hipoxia significativo (ver capítulo del Sistema Respiratorio).

Se asignará el siguiente menoscabo, según las tablas 1A y 1B:

- Sobrepeso moderado = menoscabo 10 a 20 %.
- Sobrepeso marcado = menoscabo 21 a 45 %.
- Sobrepeso severo = menoscabo 46 a 70 %.

Para asignar un menoscabo por bajo peso, la persona deberá necesariamente, presentar al menos uno de los siguientes factores:

1. Albuminemia de 3.0 g. % o menos; o

2. Hematocritos de 30 % o menos; o

3. Calcemia total de 80 mg % o menos; o

4. Diabetes Mellitus no controlada, con hiperglicemia o cetosis repetida; o

5. Grasa de deposiciones de 7.0 g. o más en muestra de 24 horas, con dieta de no más de 100 g. de grasa; o

6. Nitrógeno en deposiciones de 3.0 g. o más, en muestra de 24 horas; o

7. Ascitis o edema, recidivante o persistente, no atribuible a otra causa; o

8. Dolor por pancreatitis crónica intratable o inoperable.

- Bajo Peso Moderado = Menoscabo 10% a 20%.

- Bajo Peso Marcado = Menoscabo 21% a 45%.

- Bajo Peso Severo = Menoscabo 46% a 70%.

**TABLA 1 A DE PESO CORPORAL PARA HOMBRES**

(Peso en Kilogramos y estatura en centímetros, sin zapatos)

Estatura	Bajo de Peso			Peso Normal	Sobrepeso		
	Severo	Marcado	Moderado		Moderado	Marcado	Severo
143 a 147	26 o menos	27 a 31	32 a 36	37 a 63	64 a 80	81 a 100	101 o más
148 a 152	29 o menos	30 a 34	35 a 39	40 a 67	68 a 85	86 a 105	106 o más
153 a 157	30 o menos	31 a 36	37 a 42	43 a 71	72 a 90	91 a 110	111 o más
158 a 162	33 o menos	34 a 39	40 a 45	46 a 75	76 a 95	96 a 115	116 o más
163 a 167	34 o menos	35 a 41	42 a 48	49 a 79	80 a 100	101 a 120	121 o más
168 a 172	37 o menos	38 a 44	45 a 51	52 a 83	84 a 105	106 a 125	126 o más
173 a 177	38 o menos	39 a 46	47 a 54	55 a 87	88 a 110	111 a 130	131 o más
178 a 182	41 o menos	42 a 49	50 a 57	58 a 91	92 a 115	116 a 135	136 o más
183 a 187	43 o menos	43 a 51	52 a 60	61 a 95	96 a 120	121 a 140	141 o más
188 a 192	45 o menos	46 a 54	55 a 63	64 a 99	100 a 125	126 a 145	146 o más
193 a 197	47 o menos	48 a 56	57 a 66	67 a 103	104 a 130	131 a 150	151 o más
198 a 202	49 o menos	50 a 59	60 a 69	70 a 107	108 a 135	136 a 155	156 o más

**TABLA 1 B DE PESO CORPORAL PARA MUJERES**

Estatura	Bajo de Peso			Peso Normal	Sobrepeso		
	Severo	Marcado	Moderado		Moderado	Marcado	Severo
133 a 137	21 o menos	22 a 25	26 a 29	30 a 48	49 a 62	63 a 80	81 o más
138 a 142	23 o menos	24 a 27	28 a 31	32 a 52	53 a 67	68 a 85	86 o más
143 a 147	25 o menos	26 a 29	30 a 33	34 a 56	57 a 72	73 a 90	91 o más
148 a 152	28 o menos	29 a 32	33 a 36	37 a 60	61 a 77	78 a 95	96 o más
153 a 157	29 o menos	30 a 34	35 a 39	40 a 64	65 a 82	83 a 100	101 o más
158 a 162	32 o menos	33 a 37	38 a 42	43 a 68	69 a 87	88 a 105	106 o más
163 a 167	33 o menos	34 a 39	40 a 45	46 a 72	73 a 92	93 a 110	111 o más
168 a 172	36 o menos	37 a 42	43 a 48	49 a 76	77 a 97	98 a 115	116 o más
173 a 177	37 o menos	38 a 44	45 a 51	52 a 80	81 a 102	107 a 120	121 o más
178 a 182	40 o menos	41 a 47	48 a 54	55 a 81	82 a 105	106 a 125	126 o más
183 a 187	41 o menos	42 a 49	50 a 57	58 a 88	89 a 112	113 a 130	131 o más

NOTA: - Estaturas inferiores a 143 cm. están consideradas arbitrariamente como enanismo.

- Estaturas superiores a 202 cm. están consideradas arbitrariamente como gigantismo