

APARATO DIGESTIVO

I. INTRODUCCION

Este capítulo proporciona la metodología para evaluar los impedimentos digestivos y su ubicación en clases.

La valoración del menoscabo que una enfermedad digestiva produzca en la capacidad de trabajo, será evaluado luego que se hayan aplicado las correspondientes medidas terapéuticas (medicamentosas, quirúrgicas, rehabilitación), o después de un tiempo de ocurrido él o los episodios agudos.

El estudio del menoscabo debe tener concordancia entre los síntomas clínicos, los estudios de laboratorio y funcionales. Para ello deberá contarse con los informes de los médicos tratantes e informes de la asistencia recibida en Instituciones del sistema de salud; los correspondientes estudios de laboratorio o funcionales pertinentes, así como los resultados de los estudios anátomo patológicos, si ellos se han efectuado.

Todo ello deberá ser tenido en cuenta en la evaluación final, por él o los médicos peritos actuantes.

II. CONSIDERACIONES GENERALES

En esta sección se incluyen aquellas neoplasias que se consideran extirpadas radicalmente, sin metástasis o siembras a distancia y que al momento de su valoración, no tienen signos o síntomas atribuibles a su enfermedad neoplásica de base.

En estos casos la evaluación se efectúa considerando las secuelas quirúrgicas y el compromiso funcional derivado de la ausencia total o parcial de un órgano o segmento del tubo digestivo.

En esta sección se deben considerar también, los defectos de la pared abdominal irreparables quirúrgicamente, o que han tenido mala evolución.

En esta sección el menoscabo del sistema digestivo se divide en:

1. ESÓFAGO
2. ESTÓMAGO – DUODENO
3. INTESTINO DELGADO.
4. COLON – RECTO.
5. PÁNCREAS EXÓCRINO
6. HIGADO Y VIAS BILIARES.
7. ESTOMAS QUIRURGICOS DIGESTIVOS.
8. PARED ABDOMINAL

III. PROCEDIMIENTO DE EVALUACION

Las enfermedades del aparato digestivo se objetivan por anamnesis (historia actual, antecedentes personales y familiares), examen físico, evolución en el tiempo, historia laboral y los siguientes estudios; los cuales constituyen una guía indicativa, quedando a juicio de él o los médicos peritos, solicitar otros estudios que contribuyan a una mejor y más completa valoración diagnóstica:

- Endoscopías
- Biopsia

- Laparoscopia
- Estudios citológicos y/o bacteriológicos
- Estudios de laboratorio (rutinas, y proteinograma, Fe. Sérico, dosificación de B12 y folatos, funcional hepático, enzimograma hepático, etc.)
- Estudios funcionales (motilidad, absorción, secreción, etc.)
- Estudios imagenológicos: Radiografías simples y/o contrastadas, Ecografía TAC y RMN

IV. PRINCIPALES AFECCIONES DEL APARATO DIGESTIVO

El objetivo de la siguiente lista tiene como finalidad el mero hecho ilustrativo, no considerándose excluyentes aquellas afecciones no mencionadas y que a juicio de los médicos peritos actuantes, correspondan ser valoradas en esta sección:

- Enfermedades del tubo digestivo
 - Esofagitis
 - Reflujo gastro-esfágico
 - Acalasia del cardias
 - Obstrucción del esófago
 - Úlceras del esófago
 - Megaesófago
 - Úlcera gástrica
 - Úlcera duodenal
 - Úlcera gastroyeyunal (anastomótica, etc.)
 - Gastritis
 - Duodenitis
 - Colitis ulcerativas
 - Enfermedad de Crohn
 - Colitis y gastroenteritis por radiación, tóxicas, dietéticas
 - Síndrome del colon irritable
 - Megacolon
 - Enfermedad diverticular del intestino
 - Trastornos vasculares de los intestinos
 - Trastornos funcionales del intestino
 - Malabsorción intestinal (Enfermedad Celíaca, síndrome del asa ciega, etc.)
 - Enfermedad de Whipple
 - Fisura y fístula de las regiones anal y rectal
- Enfermedades del hígado
 - Hepatopatía alcohólica
 - Cirrosis hepática alcohólica
 - Hepatopatías tóxicas
 - Insuficiencias hepáticas de diversos orígenes
 - Hepatitis crónica
 - Cirrosis biliar
 - Trastornos del hígado en enfermedades infecciosas y parasitarias
 - Trastornos del hígado de otras enfermedades como: granulomatosis hepática en beriliosis, sarcoidosis
 - Hipertensión portal

- Enfermedades del páncreas
 - Colangitis
 - Obstrucción de la vía biliar
 - Colescisto – Pancreatitis crónica
 - Pancreatitis crónica: alcohólica, infecciosa, etc.

- Pared abdominal
 - Hernia diafragmática
 - Hernia inguinal
 - Hernia umbilical
 - Hernia de la línea blanca
 - Hernia femoral
 - Eventraciones
 - Fístulas digestivas crónicas

Para la enumeración de estas afecciones, se ha tomado como guía principal a la “Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud” (CIE-10), Décima revisión (1995), OPS/OMS.

NORMAS DE CARACTER GENERAL PARA LA VALORACION DE LA DISCAPACIDAD ORIGINADA POR ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO

En la valoración de las enfermedades del sistema digestivo deberán diferenciarse:

- a) Patologías del tubo digestivo
- b) Patologías de los órganos anexos: hígado, vías biliares y páncreas.

La incidencia laboral de las patologías es medible a través del estado nutricional, secuelas anátomo funcionales y respuesta a los tratamientos médicos y/o quirúrgicos. También deberá tenerse en cuenta la existencia de condiciones ambientales adversas (ej.: trabajo con sustancias químicas hepatotóxicas) que incidan en la evolución del menoscabo.

Serán objeto de valoración aquellas personas que padezcan enfermedades digestivas crónicas con un curso clínico de al menos seis meses tras el diagnóstico y el inicio de la enfermedad.

En caso de enfermedades que clínicamente cursen en empujes la evaluación de la incapacidad que pueda producir se realizará en los períodos intercríticos. En estos supuestos se ha introducido un criterio de temporalidad, que evalúa el grado de discapacidad según la frecuencia y duración de estos empujes, que deberán estar documentados médicamente.

Dado que el tubo digestivo es asiento frecuente de alteraciones funcionales sin evidencia de lesión orgánica, es importante en estos casos la evaluación de su posible origen psicógeno.

No serán objeto de valoración aquellas patologías susceptibles de tratamiento quirúrgico mientras éste no se lleve a cabo. En estos casos la valoración deberá realizarse luego de la cirugía. En el supuesto de que el enfermo no acepte la indicación quirúrgica sin causa justificada, no será valorable.

Cuando la enfermedad digestiva produzca manifestaciones extra intestinales no sistémicas (caso de la colangitis esclerosante primaria en la colitis ulcerosa) deberá combinarse el porcentaje de discapacidad originado por la deficiencia del tubo digestivo con el porcentaje correspondiente a las otras manifestaciones.

- **Esófago**

a) Esofagitis por Reflujo: el reflujo demostrado radiológicamente, sin otras manifestaciones, no se considera invalidante. Se considerarán como productoras de menoscabo las secuelas de esofagitis cáustica o por reflujo, cuando existan síntomas y signos comprobados por estudios complementarios. Para ello deberá clasificarse el grado de menoscabo de acuerdo a la tabla correspondiente.

b) Divertículos esofágicos: no son invalidantes, salvo que causen complicaciones (ej: neumopatías por aspiración) las cuales serán valoradas en cada caso en particular.

c) Trastornos motores: (espasmos, acalasia, secuelas post-quirúrgicas) no son invalidantes salvo que causen compromiso funcional valorado según la tabla correspondiente.

d) Várices esofágicas: por sí solas no son invalidantes. Deberá valorarse de acuerdo a etiología y su repercusión funcional (insuficiencia Hepática, hemorragias digestivas, etc.). Las várices esclerosadas serán evaluadas de acuerdo al compromiso funcional hepático y la reiteración o no de las hemorragias digestivas. La derivación quirúrgica de las várices se valorará de acuerdo al mismo criterio.

e) Hernia Hiatal: comprobadas radiológicamente, sin complicaciones; no causan incapacidad. Deberán valorarse las complicaciones (reflujo, esofagitis) y si han sido tratadas quirúrgicamente, se evaluará su estado secuelar.

- **Estómago – Duodeno**

a) Hernia Hiatal: comprobadas radiológicamente, sin complicaciones; no causan incapacidad. Deberán valorarse las complicaciones (reflujo, esofagitis) y si han sido tratadas quirúrgicamente, se evaluará su estado secuelar.

b) Úlceras Duodenales: por si mismas no son causantes de invalidez. En caso de presentar complicaciones y/o secuelas funcionales, se valorarán de acuerdo a las tablas correspondientes.

c) Úlceras Gástricas: se plantea igual criterio que para las úlceras duodenales.

d) Gastrectomía Total o Parcial: no se consideran causante de incapacidad laboral, salvo la existencia de complicaciones o secuelas funcionales que comprometan el estado general de la persona. En estas situaciones y con deterioro debidamente documentado, se procederá a realizar la evaluación del menoscabo de acuerdo a los términos de las tablas correspondientes.

e) Cáncer Gástrico: inoperable o con evidencia de extensión a otros órganos o sistemas y/o toque del estado general, deberá ser valorado en el capítulo correspondiente a impedimento neoplásico. En caso de haberse realizado tratamiento quirúrgico, la valoración del menoscabo deberá realizarse de

acuerdo al compromiso anátomo-funcional resultante; de acuerdo a las tablas correspondientes.

- **Intestino Delgado- Intestino Grueso y Recto**

- a) Divertículo de Meckel: no es causal de incapacidad laboral.
- b) Enfermedades Vasculares del Intestino: se valorarán de acuerdo a las secuelas quirúrgicas, fundamentalmente las secuelas funcionales (alteraciones de la absorción, desnutrición). Las alteraciones del sistema vascular en otros aparatos o sistemas, deberá ser valorada en el capítulo correspondiente y sumados sus menoscabos.
- c) Estomas quirúrgicos Definitivos: serán valorados en forma combinada con la deficiencia producidas por la enfermedad de base que motivo la indicación quirúrgica.
- d) Las fístulas enterocutaneas expontáneas. no se valorarán si son susceptibles de tratamiento quirúrgico corrector.
- e) Cáncer de Intestino Delgado: si es inextirpable o se comprueba extensión a otros órganos o sistemas deberá ser valorado en el capítulo de impedimento neoplásico. Si se realizó resección quirúrgica, la incapacidad estará en función del trastorno funcional derivado (alteraciones de la absorción, desnutrición).
- f) Enfermedad de Crohn. el simple diagnóstico a través de los estudios complementarios correspondientes, no determina incapacidad. Las secuelas funcionales, debidamente comprobadas deberán valorarse de acuerdo a las tablas correspondientes.. La valoración del menoscabo deberá hacerse fuera de los episodios agudos de la enfermedad, siempre y cuando la evolución de la misma lo permita.
- g) Puede presentar manifestaciones extra digestivas las cuales deberán ser valoradas en los capítulos correspondientes.
- h) Enfermedad Diverticular: sin complicaciones, no es incapacitante. Si es complicada, la valoración se hace por las secuelas, luego de los episodios agudos. Si se ha realizado tratamiento quirúrgico con resección, se valorará según secuelas anátomo-funcionales. Si persiste con colostomía definitiva, el menoscabo deberá considerarse el desempeño laboral de acuerdo a la situación.
- i) Colitis Ulcerosa: el simple diagnóstico a través de los estudios complementarios correspondientes, no determina incapacidad. Las secuelas funcionales, debidamente comprobadas deberán valorarse de acuerdo a las tablas correspondientes. Puede ser necesario la valoración psiquiátrica de la persona. La valoración del menoscabo deberá hacerse fuera de los episodios agudos de la enfermedad, siempre y cuando la evolución de la misma lo permita.
- j) Cáncer de Colon: si no se ha podido realizar tratamiento quirúrgico y se comprueba invasión de otros órganos o toque de estado general de la persona; la valoración del menoscabo deberá realizarse de acuerdo a los parámetros contenidos en el capítulo correspondiente a impedimento neoplásico. Si se ha realizado tratamiento quirúrgico, la valoración del menoscabo deberá realizarse de acuerdo a las secuelas anátomo funcionales resultantes. Si ha persistido con colostomía definitiva, la

valoración deberá prestar atención a la tarea de la persona ya que existen posibilidades de un desempeño laboral acorde a la situación.

- k) Incontinencia Esfinteriana Anal: deberá tenerse en cuenta si la incontinencia es para gases, líquidos y/o sólidos. Deberá valorarse la patología de base así como el tipo y las condiciones en que la persona desempeña su trabajo.
- l) Enfermedad Celíaca. el simple diagnóstico a través de los estudios complementarios correspondientes, no determina incapacidad. La valoración de la incapacidad deberá tener en cuenta las complicaciones o secuelas anatómo funcionales derivadas.

- **Páncreas**

- a) Pancreatitis agudas: su valoración no debe realizarse en la etapa aguda. La valoración de la incapacidad deberá tener en cuenta las complicaciones o secuelas anatómo funcionales derivadas.
- b) Pancreatitis crónicas: deberán valorarse de acuerdo a las pautas contenidas en las tablas correspondientes.

- **Hígado**

Se tendrán en cuenta para la valoración de la incapacidad provocada por las hepatopatías crónicas: signos clínicos y humorales.

Signos clínicos:

- encefalopatía (obnubilación, coma)
- síndrome ascítico edematoso
- ictericia
- hepato-esplenomegalia
- estigmas periféricos
- várices esofágicas
- hemorragia digestiva alta

Signos humorales:

- Bilirrubina más de 2,5 mg% (a expensas de la directa)
- Tiempo de protombina menor de 60%
- Colesterolemia menor de 150 mg.%
- Albuminemia menor de 3 gr.%
- Transaminasas (TGO y TGP) mayor del doble de los valores normales.
- Gamma-GT francamente aumentada
- Marcadores virales: hepatitis B y C
- Marcadores autoinmunes

También se tendrá en cuenta para su valoración la paraclínica, como laparoscopia y/o PBH (punción biopsica hepática), T.A.C.

INDICE DE CHILD: marcador del compromiso de la función hepática en hepatopatías crónicas. Los porcentajes de incapacidad indicados en la tabla deben entenderse como indicativos para el perito actuante.

	A	B	C
	Normal o leve	moderado a severo	severo
Albúmina(g/dl)	>3,50	3-3,50	< 3
Bilirrubina (mg/dl)	< 2	2-3	>3
Protrombina	>70%	40-70%	<40%
Ascitis	no	moderada	abundante
Encefalopatía	no	manejable fácilmente	Severa
INCAPACIDAD	0-30%	30-60%	>60%

MENOSCABO POR IMPEDIMENTO DEL ESOFAGO

CLASE I

< a 15%

- ◆ Existen signos y síntomas de alteración funcional y/o anatómicos
- ◆ Dolores y/o ardores intermitentes
- ◆ Requiere tratamiento dietético y/o medicamentoso
- ◆ EGD: evidencia trastornos motores esofágicos y/o RGE
- ◆ FGC: muestra esofagitis
- ◆ Pérdida de peso que no sobrepase el rango menor del 10%
- ◆ Exámenes complementarios normales
- ◆ Capacidad al esfuerzo está limitada para tareas que impliquen un aumento de la presión intra abdominal.

CLASE II

16-30%

- ◆ Existen signos y síntomas de alteración funcional y/o anatómicas
- ◆ Disfagia para sólidos intermitente
- ◆ Dolores y/o ardores persistentes
- ◆ Requiere tratamiento medico y/o medicamentoso
- ◆ EGD y FGC: evidencia esofagitis, trastornos motores esofágicos y/o RGE, trastornos anatómicos y estenosis en sus primeras etapas.
- ◆ Puede tener estado general conservado y/o perdida de peso de rango del 10 al 20%
- ◆ Exámenes complementarios pueden estar alterados
- ◆ Capacidad de esfuerzo reducida

CLASE III

31-50%

- ◆ Existen signos y síntomas de alteraciones severas anatómicas
- ◆ Disfagia para sólidos progresiva u permanente
- ◆ Dolores y ardores permanentes
- ◆ Requiere tratamiento medico y medicamentoso permanente
- ◆ Puede requerir tratamiento quirúrgico y/o dilataciones
- ◆ EGD y FGC evidencian alteraciones anatómicas
- ◆ Alteración del estado general con pérdida de peso superior al 20%
- ◆ Exámenes complementarios alterados
- ◆ Capacidad de esfuerzo de reducida a muy reducida

CLASE IV

51-70%

- ◆ Existen signos y síntomas de alteraciones muy severas anatómicas
- ◆ Disfagia total

- ◆ Dolores permanentes e intensos
- ◆ Requiere tratamiento medico y medicamentoso permanente
- ◆ El tratamiento quirúrgico no ha dado resultado
- ◆ EGD y FGC: revelan anomalías graves
- ◆ Estado general muy alterado con adelgazamiento importante y fatiga extrema
- ◆ Capacidad de esfuerzo muy reducida, solo puede realizar esfuerzos ligeros o no puede realizar ningún esfuerzo
- ◆ Puede ser portador de un estoma o requerir alimentación parenteral

MENOSCABO POR IMPEDIMENTO GASTRICO Y DUODENAL

CLASE I

< a 15%

- ◆ Existen signos y síntomas de alteración funcional y/o anatómicas
- ◆ Dolores y/o ardores intermitentes
- ◆ Requiere tratamiento dietético y/o medicamentoso
- ◆ EGD: evidencia gastritis y/o duodenitis
- ◆ FGC: muestra gastritis y/o duodenitis
- ◆ Pérdida de peso que no sobrepase el rango menor del 10%
- ◆ Exámenes complementarios normales
- ◆ Capacidad de esfuerzo está poco limitada

CLASE II

16-30%

- ◆ Existen signos y síntomas de alteración funcional y/o anatómicas más molestos e incapacitantes. Dumping en forma grave
- ◆ Dolores y/o ardores persistentes por ulcera gastroduodenal que comportan brotes prolongados y frecuentes.
- ◆ Requiere tratamiento medico y/o medicamentoso
- ◆ EGD y FGC: ulcera gastroduodenales, síndrome pilórico
- ◆ Puede tener perdida de peso del orden del 10 al 20 %
- ◆ Exámenes complementarios pueden estar alterados
- ◆ Capacidad de esfuerzo y estrés limitada

CLASE III

31-50%

- ◆ Existen signos y síntomas de alteraciones severas anatómicas
- ◆ Dolores y ardores permanentes
- ◆ Requiere tratamiento medico y medicamentoso permanente
- ◆ Puede requerir tratamiento quirúrgico
- ◆ EGD y FGC evidencian alteraciones anatómicas
- ◆ Alteración del estado general con pérdida de peso superior al 20%
- ◆ Exámenes complementarios alterados
- ◆ Capacidad de esfuerzo y estrés reducida o muy reducida

CLASE IV

51 a 70%

- ◆ Existen signos y síntomas de alteraciones muy severas anatómicas
- ◆ Dolores permanentes e intensos
- ◆ Requiere tratamiento medico y medicamentoso permanente
- ◆ El tratamiento quirúrgico no ha dado resultado
- ◆ EGD y FGC revelan anomalías graves
- ◆ Estado general muy alterado con adelgazamiento importante y fatiga extrema

- ◆ Exámenes complementarios muy alterados (anemia con Hto. < de 30%, hipoalbuminemia < de 3 gms.% irreductibles con el tratamiento)
- ◆ Capacidad de esfuerzo muy reducida, solo puede realizar esfuerzos ligeros o no puede realizar ningún esfuerzo

MENOSCABO POR IMPEDIMENTO DE COLON Y RECTO

CLASE I

< a 15%

- ◆ Existen signos y síntomas ligeros de alteración orgánicas y funcionales
- ◆ Dolores ligeros e intermitentes que no interfieren en la vida social
- ◆ Puede requerir tratamiento dietético y/o medicamentoso
- ◆ Diarreas leves
- ◆ Puede tener pérdida de peso que no sobrepase el rango menor del 10%
- ◆ Rx, colon por enema puede evidenciar alteraciones orgánicas y/o funcionales
- ◆ FCC puede ser normal o evidenciar alteraciones funcionales y/o orgánicas
- ◆ Exámenes complementarios normales
- ◆ Capacidad de esfuerzo normal o levemente disminuida

CLASE II

16-30%

- ◆ Existen signos y síntomas de alteración orgánica molestos e incapacitantes sin ser graves
- ◆ Dolores mas o menos intensos
- ◆ Requiere tratamiento dietético y medicamentoso
- ◆ Diarreas mas frecuentes y/o alternancia de constipación diarrea; puede existir rectorragia leve que cede con el tratamiento
- ◆ Puede existir ligera incontinencia anal que cede con el tratamiento
- ◆ Puede tener estado general conservado y/o pérdida de peso de rangodel 10 al 20%
- ◆ Rx Colon por enema con alteraciones orgánicas
- ◆ FCC con alteraciones orgánicas
- ◆ Exámenes complementarios pueden estar alterados
- ◆ Capacidad de esfuerzo limitada; sobretodo valorar posibilidad de realizar tratamiento higiénico - dietético

CLASE III

31-50%

- ◆ Existen signos y síntomas de alteraciones severas orgánicas, que originan síntomas más severos que interfieren en forma importante en la vida laboral y social
- ◆ Requiere tratamiento medico, medicamentoso y dietético permanente
- ◆ Puede requerir tratamiento quirúrgico
- ◆ Colon por enema con alteraciones orgánicas
- ◆ FCC alteraciones orgánicas
- ◆ Alteración del estado general con pérdida de peso severo.
- ◆ Incontinencia anal puede ser parcialmente controlada con el tratamiento permanente.
- ◆ Exámenes complementarios alterados
- ◆ Capacidad esfuerzo reducida a muy reducida

CLASE IV

51-70%

- ◆ Existen signos y síntomas de alteraciones orgánicas muy severas

- ◆ Dolores permanentes e intensos, que responden o no al tratamiento
- ◆ Requiere tratamiento medico y medicamentoso permanente
- ◆ El tratamiento quirúrgico no ha dado resultado
- ◆ Colon por enema con alteraciones graves
- ◆ FCC con alteraciones graves
- ◆ Incontinencia anal total y no es posible controlar con el tratamiento
- ◆ Pueden existir fístulas y estenosis
- ◆ Exámenes complementarios muy alterados, anemia severa,
- ◆ Estado general muy alterado con adelgazamiento importante y fatiga extrema, caquexia
- ◆ Capacidad de esfuerzo muy reducida, solo puede realizar esfuerzos ligeros o no puede realizar ningún esfuerzo
- ◆ Puede requerir alimentación parenteral.

MENOSCABO POR IMPEDIMENTO DEL PANCREAS EXOCRINO

CLASE I

< a 15%

- ◆ Existen signos y síntomas de patología pancreática leves, funcionales y/o anatómicos, a veces como secuela de pancreatitis aguda.
- ◆ Intolerancia funcional digestiva alta
- ◆ Intolerancia para excitosecretores
- ◆ Diarreas sin incontinencia
- ◆ Requiere tratamiento dietético y/o medicamentoso
- ◆ ECOGRAFIA ABDOMINAL: normal
- ◆ AMILASEMIA- AMILASURIA: normal o levemente alteradas
- ◆ Demás exámenes complementarios normales
- ◆ Puede tener pérdida de peso que no sobrepase el rango del 10%
- ◆ Capacidad de esfuerzo de normal a levemente limitada

CLASE II

16-30%

- ◆ Existen signos y síntomas de patología pancreática moderada, consecuencias anatómicas, a veces como secuela de pancreatitis aguda
- ◆ Intolerancia digestiva alta
- ◆ Intolerancia para excitosecretores
- ◆ Diarreas con características de esteatorrea
- ◆ Requiere tratamiento dietético, medicamentoso y/o quirúrgico
- ◆ Ecografía abdominal con alteraciones o normal (aumento del tamaño, calcificaciones, pseudoquistes, abscesos y/o dilatación del colédoco)
- ◆ Amilasemia – Amilasuria normales o con alteraciones
- ◆ Análisis cualitativo de grasas en heces con alteraciones o normal
- ◆ Esófago gastro duodeno normal o presenta aumento del arco duodenal
- ◆ Funcional hepático con alteraciones o no
- ◆ Puede tener pérdida de peso del 10% o más
- ◆ Capacidad de esfuerzo moderadamente limitada

CLASE III

31 – 60%

- ◆ Existen signos y síntomas de patología pancreática moderada a severa, con secuelas anatómicas, a veces como secuela de pancreatitis aguda recidivante sobre pancreatitis crónica
- ◆ Intolerancia digestiva alta

- ◆ Intolerancia para excitosecretorios
- ◆ Diarreas con características de esteatorrea
- ◆ Dolor en barra, intermitente o permanente
- ◆ Requiere tratamiento dietético, medicamentoso y/o quirúrgico
- ◆ Ecografía abdominal con alteraciones(aumento del tamaño, calcificaciones, pseudoquistes, abscesos y /o dilatación del colédoco)
- ◆ Amilasemia – Amilasuria normales o con alteraciones
- ◆ Análisis cualitativo de grasas en heces con alteraciones o normal
- ◆ Esófago gastro duodeno normal o presenta aumento del arco duodenal
- ◆ Funcional hepático con alteraciones o no
- ◆ Puede tener trastornos nutritivos y pérdida de peso severa
- ◆ Puede existir diabetes mellitus que se controla con hipoglucemiantes orales
- ◆ Control parcial con los tratamientos médico quirúrgico
- ◆ Capacidad de esfuerzo moderadamente o severamente limitada.

CLASE IV**> 61%**

- ◆ Existen signos y síntomas de patología pancreática severa, con secuelas anatómicas, a veces como secuela de pancreatitis aguda recidivante sobre pancreatitis crónica
- ◆ Intolerancia digestiva alta
- ◆ Intolerancia para excitosecretorios
- ◆ Diarreas con características de esteatorrea
- ◆ Dolor en barra, permanente
- ◆ Requiere tratamiento dietético, medicamentoso y/o quirúrgico
- ◆ Ecografía abdominal con alteraciones(aumento del tamaño, calcificaciones, pseudoquistes, abscesos y /o dilatación del colédoco)
- ◆ Amilasemia – Amilasuria normales o con alteraciones
- ◆ Análisis cualitativo de grasas en heces con alteraciones
- ◆ Esófago gastro duodeno presenta alteraciones principalmente de cabeza de páncreas
- ◆ Funcional hepático con alteraciones
- ◆ Síndrome de repercusión general grave
- ◆ Existe diabetes mellitus que se controla con insulina
- ◆ No se logra el control de la enfermedad con tratamiento médicos- quirúrgico
- ◆ Capacidad de esfuerzo muy reducida, solo puede realizar esfuerzos ligeros no puede realizar ningún esfuerzo

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTOS DEL HIGADO Y VIAS BILIARES

CLASE I**< a 15 %**

- ◆ Existe patología hepática y/o biliar
- ◆ Puede requerir tratamiento continuo para el control de su sintomatología.
- ◆ Las pruebas funcionales están leve a moderadamente alteradas.
- ◆ Ecografía normal o hepatomegalia
- ◆ FGC normal
- ◆ No hay pérdida de peso.
- ◆ Capacidad de esfuerzo leve a moderadamente limitada

- ◆ Corresponde a la clase A de la clasificación de Child - Plough

CLASE II**16 – 30 %**

- ◆ Existen signos y síntomas de patología hepática y/o biliar.
- ◆ Las pruebas de función hepática están moderadamente alteradas.
- ◆ Puede existir ictericia recurrente.
- ◆ Ecografía hepatomegalia regular, signos de esteatosis
- ◆ FGC normal
- ◆ Hay pérdida de peso de rango moderado.
- ◆ Capacidad de esfuerzo moderadamente limitada
- ◆ Corresponde a Clase A o B de la clasificación de Child - Plough

CLASE III**31 – 60 %**

- ◆ Existen signos y síntomas severos de patología hepática y/o biliar
- ◆ Las pruebas de función hepática están severamente alteradas
- ◆ Existen signos de hipertensión portal, ascitis o ictericia en grado variable
- ◆ Ecografía: hepatoesplenomegalia , con macro y micro nódulos, ascitis
- ◆ FGC: varices esofágicas
- ◆ Laparoscopia :visión macro y micro nódulos, ascitis, esplenomegalia
- ◆ PBH: etiología de la hepatopatía crónica
- ◆ Existen signos de desnutrición y pérdida de peso
- ◆ La obstrucción de la vía biliar es irreparable
- ◆ Puede presenta colangitis a repetición
- ◆ Capacidad de esfuerzo severamente limitada
- ◆ Corresponde a Clase B o C de la clasificación de Child - Plough

CLASE IV**> a 61 %**

- ◆ Existen signos y síntomas severos de patología hepática y/ biliar
- ◆ La obstrucción de la vía biliar es completa e irreparable
- ◆ Existen signos de hipertensión portal, ascitis o ictericia en grado variable
- ◆ Existen signos de hipertensión portal y manifestaciones del S.N.C. (encefalopatía hepática)
- ◆ Las pruebas de función hepática están severamente alteradas
- ◆ Ecografía: hepatoesplenomegalia, con micro nódulos, ascitis
- ◆ FGC: varices esofágicas
- ◆ Laparoscopia :visión macro y micro nódulos, ascitis, esplenomegalia
- ◆ PBH: etiología de la hepatopatía crónica
- ◆ Punción liquido ascitis: trasudado
- ◆ Capacidad de esfuerzo muy reducida, solo puede realizar esfuerzos ligeros o no puede realizar ningún esfuerzo
- ◆ Corresponde a Clase C de la clasificación de Child - Plough

ESTOMAS QUIRURGICOS DIGESTIVOS

Se le deberá asignar menoscabo a la existencia de un estoma quirúrgico, sólo si el mismo es de carácter permanente.

Se tomará en consideración la actividad laboral desempeñada en la asignación porcentual de incapacidad.

50% MAXIMO

- Esofagostomía
- Gastrostomía

- Yeyunostomía
- Ileostomía
- Colostomía

PARED ABDOMINAL (HERNIAS – EVENTRACIONES)
--

CLASE I

< a 10%

- El defecto de la pared abdominal es palpable
- Presenta protrusión leve en el sitio de defecto que aumenta con el incremento de la presión abdominal y es rápidamente reductible.
- Ocasionalmente presenta disconfort en la zona del defecto
- No hay impedimento de la actividad laboral

CLASE II

11 a 20%

- El defecto de la pared abdominal es palpable
- Presenta protrusión persistente en el sitio de defecto que aumenta con el incremento de la presión abdominal y es reductible manualmente
- Frecuentemente presenta disconfort en la zona de defecto
- Hay impedimento en el levantamiento de cargas pesadas pero no a las actividades habituales

CLASE III

21 a 30%

- El defecto de la pared abdominal es palpable
- Presenta protrusión persistente e irreductible en el sitio de defecto
- Hay limitación en las actividades habituales

CLASE IV

31 a 50%

- Todas aquellas que no tienen posibilidad de reparación quirúrgica o ésta no fue exitosa; y que por su magnitud impiden la realización de actividades laborales habituales.