



**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE  
INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA**  
NIT. 805012111-1

Organismo del Sistema de la Seguridad Social, de creación legal, adscrita al Ministerio de Trabajo con personería jurídica, de derecho privado, sin ánimo de lucro.

**DICTAMEN DE DETERMINACIÓN DE ORIGEN Y/O  
PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL**

1. Información general del dictamen		
<b>Fecha de dictamen:</b> 15/07/2024	<b>Motivo de calificación:</b> PCL (Dec 1507 /2014)	<b>Nº Dictamen:</b> 16202403926
<b>Instancia actual:</b> No aplica		
<b>Tipo solicitante:</b> Rama judicial	<b>Nombre solicitante:</b> JUZGADO 7 ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE CALI	<b>Identificación:</b> NIT
<b>Teléfono:</b> 602 896-25-01	<b>Ciudad:</b> Santiago de cali - Valle del cauca	<b>Dirección:</b> CARRERA 5 # 12-42 PISO 7 EDIFICIO BANCO DE OCCIDENTE
<b>Correo electrónico:</b> adm07cali@cendoj.ramajudicial.gov.co; jadmin07cli@notificacionesrj.gov.co		

2. Información general de la entidad calificadora		
<b>Nombre:</b> Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca - Sala 1	<b>Identificación:</b> 805.012.111-1	<b>Dirección:</b> Calle 5E No. 42-44 Barrio Tequendama (Cali, Valle del Cauca)
<b>Teléfono:</b> 5531020	<b>Correo electrónico:</b> solicitudes@juntavalle.com	<b>Ciudad:</b> Santiago de cali - Valle del cauca

3. Datos generales de la persona calificada		
<b>Nombres y apellidos:</b> FENIBAL BOTERO GIRALDO	<b>Identificación:</b> CC - 9765020	<b>Dirección:</b> Santa Rosa de Tapias Kilometro 12
<b>Ciudad:</b> Guacarí - Valle del cauca	<b>Teléfonos:</b> - 3117076409 - 3153408189	<b>Fecha nacimiento:</b> 30/06/1958
<b>Lugar:</b>	<b>Edad:</b> 66 año(s) 0 mes(es)	<b>Genero:</b> Masculino
<b>Etapas del ciclo vital:</b> Adulto mayor	<b>Estado civil:</b> Casado	<b>Escolaridad:</b>
<b>Correo electrónico:</b> andreslozanob@hotmail.com ; fenibal1958@gmail.com ; jadmin07cli@notificacionesrj.gov.co	<b>Tipo usuario SGSS:</b>	<b>EPS:</b>
<b>AFP:</b>	<b>ARL:</b>	<b>Compañía de seguros:</b>

4. Antecedentes laborales del calificado
No aplica

Información ocupacional
Persona económicamente no activa
<b>Observaciones:</b>

5. Relación de documentos y examen físico (Descripción)
---

Información clínica y conceptos
---------------------------------

--



**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE  
INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA  
NIT. 805012111-1**

Organismo del Sistema de la Seguridad Social, de creación legal, adscrita al Ministerio de Trabajo con personería jurídica, de derecho privado, sin ánimo de lucro.

**Resumen del caso:**

**Hombre de 66 años.- El JUZGADO SÉPTIMO ADMINISTRATIVO ORAL DE CALI, solicita según oficio: “...se sirva emitir calificación de pérdida de la capacidad laboral, con ocasión de las lesiones sufridas el 20 de septiembre de 2018...”.-**

**Resumen de información clínica:**

**Aportan y se revisa HC, de donde - por cuestiones de espacio en el formato de Dictamen de Juntas. - solo se transcriben los exámenes e interconsultas más relevantes: 1) URGENCIAS – CLINICA CRISTO REY (20/09/18): “MC: Accidente de tránsito; EA: Paciente remitido de tiron colorado como urgencia vital refieren que iba en moto y al parecer se enreda en el cuello un cable, ingresa según remisión con glasgow 3/15, intuban con sedación, y remiten ingresa con estigma de lesión en cuello zona 2 y con enfisema subcutánea cuello y torax, intubado tubo 7.5, se lleva imágenes como urgencia vital y se traslada a UCI; EF: cabeza y cuello anormal enfisema en cuello y torax, general anormal con glasgow 3/15, intuban con sedación y remiten ingresa con estigma de lesión en cello zona 2 y con enfisema subcutánea cuello y torax, intubado tubo 7.5, se lleva imágenes como urgencia vital y se traslada a UCI, nervioso central y periférico anormal intubado con sedación; Dx: Insuficiencia respiratoria, tec leve, trauma de cuello fractura del cartílago tiroideos y cricoides, enfisema disecando extensamente los tejidos blandos del torax y el cuello. trauma cerrado de torax, neumotórax bilateral, trauma cerrado de abdomen, pop toracotomía bilateral (20/096/18).”; TAC DE CUELLO (TEJIDOS BLANDOS) (03/04/19): “HALLAZGOS: Estudio practicado el día 3 de abril de 2019. Los espacios parafaringeos tienen amplitud y densidad simétricos. El aspecto de la lengua y estructuras del piso de la boca está preservado. El tamaño y realce de las glándulas parótidas y submandibulares son normales. En la glándula tiroideos se visualizan algunos nódulos hipodensos milimétricos y calcificaciones. En el plano graso subcutáneo del hemicuello derecho, a la altura del cartílago tiroideos se visualizan pequeñas colecciones hidroaérea de pared gruesa. La de mayor tamaño mide 20 a 13 mm. Hay pequeñas colecciones hidroaéreas en el espacio submandibular, adyacentes al polo inferior de la glándula submandibular de este lado. Se observa una cánula de traqueostomía en adecuada posición. La laringe se encuentra ligeramente desplazada la izquierda, con disminución marcada en el diámetro de la glotis. Hay aire extraluminal adyacente a la tráquea proximal a la altura del a entrada de la cánula de traqueostomía. Las estructuras vasculares tienen calibre y opacificación normales. No se visualizan masas ni ganglios aumentados de tamaño en el cuello. CONCLUSIÓN: Colecciones hidroaéreas (absceso) en el plano graso subcutáneo del hemicuello derecho y en el espacio submandibular del mismo lado. Estado pos traqueostomía con cánula en adecuada posición y aire extraluminal adyacente a la tráquea proximal en el nivel de la entrada de la cánula. Marcada disminución en el calibre de la glotis.”; 2) ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (06/04/19): “Diagnostico endoscópico: Gastropatía hiperémica antral, sonda de gastrostomía normo inserta, fistula traqueoesofágica en tercio proximal de esófago.”; 3) RX FARINGOGRAFIA Y ESOFAGOGRAMA CON CINE O VIDEO (11/04/19): “CONCLUSION: Disfagia severa que afecta la fase esofagica de la deglución al evidenciarse paso de medio de contraste a via aérea.”; 4) ENDOSCOPIA (15/04/19): “HALLAZGOS: VIA: fosa nasal derecha, cuerdas vocales: paralizadas, con luz glótica del 20% en**



**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE  
INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA  
NIT. 805012111-1**

Organismo del Sistema de la Seguridad Social, de creación legal, adscrita al Ministerio de Trabajo con personería jurídica, de derecho privado, sin ánimo de lucro.

toda su extensión irregulares. como elástico sellado completamente. tráquea: por traqueostomía se observa fístula traqueoesofágica casi en el orificio de traqueostomía con tráquea distal permeable 6 a 7 cm. carina: normal bronquio derecho: normal bronquio izquierdo: normal, diagnóstico: fístula traqueoesofágica.”; 6) CIRUGIA GENERAL (15/04/19): “MC: Valoración integral de la vía aérea; EA: Paciente de 60 años, presento un accidente de tránsito 20 de septiembre 2018 en moto, el cual presento un trauma cervical, se evidencio fractura del cartílago tiroides y cricoides, realizaron toracotomía bilateral. realizaron fbc por presencia de neumomediastino la cual reporto fístula traqueoesofágica proximal, ruptura esofágica 1/3 proximal, perforación del tercio distal pared lateral externa de bronquio intermedio, por lo que realizaron esofagografía por cervicotomía, encontrando necrosis de tejidos blandos de cuello, material purulento fétido en herida, destrucción de cartílagos de laringe y tráquea superior, tejidos anatómicamente no discernibles por lo que deciden colocar sistema de torsión en cuello y realizan gastrostomía, presentado además mediastinitis alta por lo que se manejó con antibioticoterapia. EVDA reporto cavidad oral sin lesiones, sobre cricofaríngeo parece que se observará defecto de continuidad, pero no es claro, sin fuga del aire, resto de la mucosa esofágica normal, por lo que determina posible fístula de pared anterior del cricofaríngeo a confirmar. TAC de cuello y torax reporto cambios postquirúrgicos en la región anterior del cuello, con colección posiblemente de material quirúrgico a través de la cual pasa tubo endotraqueal, consolidaciones subsegmentarias basales izquierdas posiblemente aspirativas. Se da egreso con homecare el 08.11.2018 ya que el paciente en el momento no era candidato a cirugía reconstructiva por trauma reciente, hoy consulta para valoración de evolución y definir manejo quirúrgico de ser necesario. Al examen físico paciente en estables condiciones, afónico, sin soporte de oxígeno permanente. Canula de tqt no. 6.5 normofuncionante. En consulta pasada se indicó valoración integral de vía aérea y cinevideodeglución. Hoy paciente viene a control, trae reporte de cvd del 09.02.2019 que evidencia disfagia leve a moderada que afecta la fase faríngea de la deglución por leve dismotilidad hipofaríngea. Signos de microaspiración principalmente con dieta líquida clara. Refiere familiar que desde el 02.04.2019 consulta a urg de su entidad de salud por absceso periestomal que se dreno y posterior evidencia de reaparición de fístula traqueoesofágica evidenciada por salida de alimentos por estoma traqueal. En el momento se encuentra hospitalizado extrainstitucionalmente pendiente remisión a esta institución. Se realiza el día de hoy FBC que evidencia fístula traqueoesofágica casi en el orificio de traqueostomía con tráquea distal permeable 6 a 7 cm; ANALISIS: ...consideramos que se debe corregir la fístula traqueoesofágica, posiblemente necesitara un pequeño injerto de yeyuno. sin embargo, se intentará primariamente permeabilizar la vía aérea para lograr fonación. es importante tener en cuenta que este procedimiento se debe realizar ambulatoriamente. Lo más pronto posible, pero ambulatoriamente, para que el paciente este descontaminado de germen hospitalarios y el resultado pueda ser mejor. se dan órdenes para cirugía de colgajo microvascular, valoración por anestesia, paraclínicos prequirúrgicos y se firma consentimiento informado. se explica a paciente y familiar; Dx: atención de traqueostomía.”; 7) MEDICINA DEL TRABAJO (08/07/19): “EA: HTA. Paciente de 61 años quien ingresa caminando por sus propios medios, sin ayudas externas, acude en compañía de esposa. antecedente de politraumatismo en accidente de tránsito ocurrido en 20 septiembre de 2018, se movilizaba en una moto y en vía pública se encontraba un cable de teléfono, pierde el control y el cable golpea región cervical, presenta fractura de cartilago tiroides y cricoides, fístula traqueoesofágica proximal, ruptura esofágica, mediastinitis, se realizó



**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE  
INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA  
NIT. 805012111-1**

Organismo del Sistema de la Seguridad Social, de creación legal, adscrita al Ministerio de Trabajo con personería jurídica, de derecho privado, sin ánimo de lucro.

toracotomía bilateral por hemoneumo tórax. en el momento se encuentra con traqueostomía y gastrostomía. realizado terapias físicas, respiratorias y del lenguaje; Valoraciones: 15/04/2019 cx de cabeza y cuello dr, Tintinago paciente en condiciones estables condiciones, afónico, sin soporte de oxígeno permanente canula de TQT no 6.5 ormofuncionante. en consulta pasada se indicó valoración integral de vía aérea y cinevideodeglucion. trae reporte de CVD del 09/02/2019 que evidencia disfagia leve a moderada que afecta la fase faríngea de la deglución por leve dismotilidad hipofaríngea. signos de micro aspiración principalmente con dieta líquida clara. refiere familiar que desde el 02/04/2019 consulta a urg de su entidad por absceso periostomal que se dreno posterior evidencia de reaparición de fistula traqueoesofágica evidenciada por salida de alimentos por estoma traqueal. consideramos que se debe corregir la fistula traqueoesofágica, posiblemente necesitará un pequeño injerto de yeyuno, sin embargo, se intentará primariamente permeabilizar la vía aérea para lograr fonación, es importante tener en cuenta que este procedimiento se debe realizar ambulatoriamente, lo más pronto posible"; ANALISIS: Paciente de 61 años con antecedente de trauma, herida en cuello con compromiso de laringe y esófago en el momento en control y seguimiento por CX de cuello con cirugía pendiente por realizar en proceso de rehabilitación en terapias; PLAN: Se diligencio concepto de rehabilitación integral favorable en marzo/2019, seguimiento por medicina laboral en 3 meses; Dx: s199 traumatismo del cuello no especificado, j386 estenosis laringea, q391 atresia del esófago con fistula traqueoesofágica, s110 herida que compromete la laringe y la tráquea, z930 traqueostomía, z931 gastrostomía."; 8) GAMAGRAFIA PULMONAR VENTILACION Y PERFUSION (05/08/19): "Hay multiples irregularidades focales y subsegmentarias de base pleural en la región lateral basal, anterobasal derecha y apical anterobasal izquierda. Las lesiones empiezan a tener actividad en la superficie pleural por lo que parecen ser de larga evolución; OPINION: 1. alta probabilidad para tromboembolismo pulmonar. (positivo para tep)."; 9) ESPIROMETRIA (14/08/19): "PRE - FVC 59%, FEV1 62%, FEV1/FVC 106%."; 10) NEUMOLOGIA (21/08/19): "Persistencia de disnea MRCm: 3/4 (10 metros), ocasionalmente leve sangrado por TQT, trae resultados de estudios: - espirometría (agosto/2019) REL: 82 VEFI: 2.34 (62%) FVC: 2,86 (59%) restricción moderadamente severa - gammagrafía pulmonar) agosto 572019): multiples irregularidades focales y subsegmentarias de base pleural en region lateral basal, anterobasal derecha, apical anterobasal izq, alta probabilidad de tep. - ch (julio 7 2019): L: 7530 N: 3340: I: 3300 HB: 15 plt: 249.000 - RX torax: canula de tqt, no hay masas o nodulos; ANALISIS: Paciente de 61 años con antecedente de Tx laringotraqueal/fx cricotiroides/esofagografía -traqueostomía/gastrostomía sept /2018 - antecedente de tep documentado en fvdI, recibio enoxaparina hasta enero/2019, persiste con disnea mrcm: 3/4, se documenta en gammagrafía multiples defectos de perfusión, se inicia anticoagulación con apixaban, vive en zona rural de saladito, control en 3 meses con ecocardiograma T/T; Dx: I269 embolia pulmonar sin mención de corazón pulmonar agudo."; 11) ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO (09/10/19): "DESCRIPCION: 1. VENTRICULO IZQUIERDO con remodelación concéntrica, (Masa Index 70 grlm2sc. Espesor relativo 0.45). Función sistólica global normal (FEVI 66 %), sin alteraciones de la contracción segmentaria. disfuncion diastólico grado 1: alteración de la relajación. Relación E/e:7.0, 2. AURÍCULA IZQUIERDA no dilatada. 3. AURÍCULA DERECHA: no dilatada. 4. SEPTO INTERAURICULAR: Integro. 5. SEPTO INTERVENTRICULAR: Íntegro. 6. VENTRICULO DERECHO: no dilatado, con función sistólica global normal. TAPSE 26 mm. 7. VÁLVULA



**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE  
INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA  
NIT. 805012111-1**

Organismo del Sistema de la Seguridad Social, de creación legal, adscrita al Ministerio de Trabajo con personería jurídica, de derecho privado, sin ánimo de lucro.

**MITRAL: morfológica y funcionalmente normal, 8. VÁLVULA AÓRTICA: morfológica y funcionalmente normal. 9. VALVULA TRICÚSPIDE morfológica y funcionalmente normal. Presión sistólica de arteria pulmonar normal. (PSAP 21 mmHg) 10. VALVULA PULMONAR: anatómica y funcionalmente normal. 11. VENA CAVA INFERIOR: no visualizada, 12. PERICARDIO: De aspecto normal. No derrame pericárdico. 13. AORTA: Raíz aórtica ligeramente dilatada y aorta ascendente no dilatada; CONCLUSIONES: 1. remodelación concéntrica del ventrículo izquierdo con función sistólica conservada. 2. disfunción diastólica gradó 1: alteración de la relajación. 3. dilatación ligera de la raíz aórtica.”; 12) ENDOSCOPIA (31/10/19): “Diagnostico parálisis glótica y supraglótica que no permite ver estenosis aunque no parece aparente, sin embargo, se aclara con microlaringoscopia se hará una nueva FBC en 6 meses.”; 13) DICTAMEN EPS COMFENALCO VALLE (26/05/20): “Dx: Traumatismos múltiple del cuello, Lesión de sitios contiguos esófago, Gastrostomía, Traqueostomía, Estenosis laríngea, Estenosis subglótica consecutiva a procedimientos, Disfonia, PCL = 60.1%, FE = 07/10/19, Origen: Enfermedad comun.”; 14) CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO (16/02/24): EA: Paciente fenibal, conocido por el servicio cirugía cabeza y cuello o vía aérea dr Tintinago, antecedente de trauma complejo, intubación prolongada, con parálisis de cuerdas vocales bilaterales. se realizó 2021 aritenoidectomía endoscópica laser más ferulización de vía aérea con traqueostomía protectora sin complicaciones, en seguimiento vía aérea, broncoscopia enero 2023 hipertrofia de bandas que ha aumentado con respecto a la anterior fibroscopia y que ocluyen en más de un 90 los pliegues vocales verdaderos. la canula de tqt es permeable y el usa una válvula fonadora, empezó oclusión de la canula la cual le ha generado una lucha supraglótica que ha hipertrofiado progresivamente bandas ventriculares, por lo tanto, no se pudo decanular, se observa más distorsionado y más hipertrófica la supraglotis y glotis por lo tanto, no haremos ningún tipo de terapia y seguiremos observando la evolución natural, se realizó este seguimiento con disminución de hipertrofia de bandas los pliegues vocales están más definidos sin embargo continúan paralizados y se observa una superposición por distorsión postquirúrgica del pliegue vocal derecho. las subglotis es permeable, por buena evolución se consideró indicación de manejo quirúrgico. llevado 16.2.2024 cordectomía posterior derecha con láser con colgajo submucoso, y cambio de canula de traqueostomía, con el fin de lograrse mejor tono vocal y posteriormente a futuro posible decanulación. S: no disnea no estridor produce voz a la oclusión de traqueostomía, tolerando vía oral; EF: buen estado general alerta, no disnea no estridor, no requerimiento de oxígeno. cuello: traqueostomía limpia y sana, no obstrucciones, no tapones, no sangrado, no secreción, no enfisema; ANALISIS Y PLAN: Paciente conocido por el servicio de vía aérea. diagnóstico de parálisis de cuerdas vocales bilaterales por trauma requiriendo traqueostomía se realizó en 2021 aritenoidectomía endoscópica laser más ferulización de vía aérea con traqueostomía. por adecuada evolución y disminución de hipertrofia dr Tintinago considero realizar 16.2.2024 cordectomía posterior derecha con láser con colgajo submucoso, y cambio de canula de traqueostomía, procedimiento sin complicaciones. paciente en postquirúrgico, no disnea no estridor, no requerimiento de oxígeno. traqueostomía limpia y sana, no obstrucciones, no tapones, no sangrado, no secreción, no enfisema paciente con buena evolución postquirúrgica. se considera que se puede dar egreso. no requiere homecare, paciente usuario de traqueostomía hace 5 años, ya tiene insumos en casa y educación para manejo de traqueostomía. se dará orden para control con dr Tintinago en vía aérea integral. se explica a paciente, quien acepta y entiende conducta a seguir. se da orden**



**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE  
INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA  
NIT. 805012111-1**

Organismo del Sistema de la Seguridad Social, de creación legal, adscrita al Ministerio de Trabajo con personería jurídica, de derecho privado, sin ánimo de lucro.

para control dr Tintinago en via aérea integral en 1 mes; Dx: j955 estenosis subglótica consecutiva a procedimientos.”; 15) ENDOSCOPIA (14/05/24): “Hallazgos: VIA: fosa nasal derecha cuerdas vocales: supraglotis todavía redundante sin apertura completa, continua con mucha limitacion de los pliegues vocales, con la glotis posterior menor de 5mm, tráquea: subglotis permeable, se observa canula de traqueostomía, no tapón, Carina: normal bronquio derecho: normal bronquio izquierdo: normal, DIAGNÓSTICO: supraglotis todavía redundante sin apertura completa, continua con mucha limitacion de los pliegues vocales, con la glotis posterior menor de 5MM.”; 16) CIRUGIA GENERAL (14/05/24): “Paciente con antecedente de accidente de transito en 2018, trauma cervical, fractura del cartilago tiroides y cricoides, presento neumomediastino, fistula traquedesofacia próxima, ruptura esofagica 1/3 proximal, perforación del tercio distal pared lateral externa, se realizó esofagorrafia más traqueostomía, paciente fenibal postoperatorio de POP aeritenoidectomia endoscópica laser + ferulización de via aérea con traqueostomía protectora por parálisis bilateral de los pliegues vocales por antecedente de trauma complejo sin complicaciones, Enero 2023 fironoscopia donde vemos que hay hipertrofia de bandas que ha aumentado con respecto a la anterior fibroscopio y que ocurren en mas de un 90% los pliegues vocales verdaderos, la canula de TQT es permeable y el usa válvula fonadora, empezo oclusión de la canula la cual le ha generado una lucha supraglótica que ha hipertrofiado progresivamente bandas ventriculares, por lo tanto no se pudo de canular, se observa más distorsionado y más hipertrófica la supraglotis y glotis por lo tanto no haremos ningún tipo de terapia y seguiremos observando la evolucion natural, se realizo este seguimiento y hoy llama la atención que ya no hay tanto hipertrofia de bandas los pliegues vocales mas definidos sin embargo continúan paralizados y se observa una sobreposición por distorsión postquirúrgica del pliegue vocal derecho, las subglotis es permeable; 16 2 2024 cordectomía derecha con colgajo... hallazgos: hay hipertrofia de bandas ventriculares y pliegues vocales principalmente a expensas del lado derecho, patologia descripcion macroscópica en un recipiente con formalina marcado con el nombre del paciente y rotulado como “cordectomía posterior derecha” se reciben dos fragmentos de tejido pardos blandos, el mayor mide 0.3 x 0.2 x 0.2 cm se procesa todo en una canastilla, proceso por maria claudia moreno, patologia, descripcion microscopia en los cortes semiológicos se identifica tejido fibroconectividad denso y cartilago maduro, diagnostico region subglótica estenosis secundaria a procedimiento, cordectomía posterior derecha, fibrosis, refiere no disnea no estridor mejoria en fonación no tolera oclusión permanente de canula de traqueostomía no sangrado no secreción; se realiza endoscopia 14.5.2024 supramielotis todavía redundantes sin apertura completa, continua con mucha limitación de los pliegues vocales con la glotis posterior menor de 5mm, por lo cual debe continuar con terapia de rehabilitacion, lo veremos en 6 meses en via aérea integral...” (HC incompleta); 17) COMFENALCO EPS (25/06/24): “...Una vez revisada nuestra base de datos, se informa que dicha calificación se encuentra en firme.” y 18) OTORRINOLARINGOLOGIA (11/07/24): “MC: Control; EA: Paciente de 64 años con dx: 1. ant trauma traqueal 2. postoperatorio extrainstitucional de reconstrucción vía aerodisgetiva superior, aritenoidectomia endoscópica laser (26/05/2021) 3. parálisis de cuerda vocal bilateral en línea media 4. usuario de traqueostomía 5. cordectomía laser derecho más colgajo submucoso más cambio de canula 16/02/2024. asiste a control, asiste para inicio proceso de cambio canula, mejoria de calidad la voz, aun tensión para la fonación. \*\*\*broncoscopia 14/05/2024: supragloti redundante con apertura completa, mucha limitacion pata apertura, glotis posterior de 5 mm, subglotis permeable, \*\*\*23/05/2023 nfl:



**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE  
INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA  
NIT. 805012111-1**

Organismo del Sistema de la Seguridad Social, de creación legal, adscrita al Ministerio de Trabajo con personería jurídica, de derecho privado, sin ánimo de lucro.

marcada hipertrofia de bandas ventriculares con difícil visualización del algotis, parálisis de cuerda vocal con luz glotia posterior del 40% y subglotis permeable, canula de traqueostomía permeable. \*\*\*val por CYC FVL 23/04/2023: continúan observación, o terapia por hipertrofia de bandas ventriculares, sin indicación QX; EF: Otoscopia bilateral: oído derecho: conducto auditivo externo sano, permeable, mt integra, no ocupación de oído medio oído izquierdo: conducto auditivo externo sano, permeable, mt integra, no ocupación de oído medio rinoscopia: septum integro, funcional, cornetes eutróficos, no rinorrea cavidad oral: no escurrimiento posterior, no lesiones en cavidad oral, amígdalas grado II no estridor, no dificultad respiratoria cicatriz cervical anterior, con canula de traqueostomía N° 7, fenestrada y sin balón, estoma sano. ef con epp; ANALISIS: Paciente con dx descritos, ingresa para cambio de canula de TQT se inicia proceso, no requiere de val anestésica, ya tiene estudios de vía aérea superior; Dx: j950 funcionamiento defectuoso de la traqueostomía.”.-

**Concepto de rehabilitación**

Proceso de rehabilitación: Sin información

**Valoraciones del calificador o equipo interdisciplinario**

Fecha: 12/07/2024 Especialidad: PSICÓLOGO JRCIV

Hombre de 66 años, se le llama al paciente el cual refiere que sufre de Traumatismo del cuello, Estenosis laríngea, Atresia del esófago con fístula traqueoesofágica, Herida que compromete la laringe y la tráquea, Traqueostomía, Gastrostomía y embolia pulmonar como accidente de Soat, actualmente no labora desde el momento del accidente, trabajaba en oficios varios en una finca, en casa vive con esposa e hijo mayor de edad, no colabora en los oficios domésticos como barrer o trapear, pero colabora en oficios leves porque se cansa mucho, en las actividades de autocuidado las realiza solo con dificultad porque le toca prenderse para no caerse, presenta dificultad para dormir porque se le dificulta quedarse dormido y su sueño es intermitente, estuvo en tratamiento psicológico hace 3 años y no volvió, nunca ha estado en tratamiento psiquiátrico, en la calle se moviliza en transporte público bus con dificultad.

Fecha: 12/07/2024 Especialidad: MEDICO LABORAL JRCIV

Se realiza valoración virtual a la 9:10 am Hora programada.- Afirma administrador de finca campestre, hasta el accidente.- Dice depende económicamente de la pensión de invalidez que le dieron en el 2021, por parte de Colpensiones.- S: Depresiones o ansiedad – lo ve psicología, no psiquiatría – , dolores articulares y dificultad para hablar y comer (solo alimentos blandos y despacio); en las noches siente que se ahoga.- Al EF: Refiere T=180, P=63Kg.- Lo (+): Diestro.- Deambula sin apoyos externos con marcha normal, su mano izquierda se tapa la cánula de la traqueostomía para poder respirar.- CUELLO: Cánula de traqueostomía funcionando; ya come por boca (no tiene gastrostomía).- ORL: Se escucha con voz robotizada (habla al taparse la cánula). - C/P: Aceptable ventilación, se aprecia disnéico luego de caminar.- O/N/M: No déficit aparente.-



JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE  
INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA  
NIT. 805012111-1

Organismo del Sistema de la Seguridad Social, de creación legal, adscrita al Ministerio de Trabajo con personería jurídica, de derecho privado, sin ánimo de lucro.

**EXAMEN MENTAL: Conciente, alerta, orientado en las 3 esferas, ansioso.- Se procede a REALIZAR el Peritazgo solicitado, con base en los Fundamentos de Hecho y Derecho soportados.-**

**Análisis y conclusiones:**

**NOTA 1: En el presente caso, se le envió a su dirección electrónica copia del Comunicado de la JRCI-VALLE y posteriormente se llamó al Sr. BOTERO GIRALDO (Ver Hoja de Ruta virtual) para otorgarle cita por videollamada con el Médico Ponente el día Viernes 12/07/24, a las 09:10 am e informarle que si así lo autorizaba se resolvería su caso con las pruebas existentes y que podría aportar en el transcurso de los días previos a la Audiencia Virtual de la Sala 1, todos los documentos, conceptos y paraclínicos que aún no reposen en el Expediente.-**

**NOTA 2: Se realiza oficio de SOLICITUD DE PRACTICA DE PRUEBAS de fecha 25/06/24 requiriendo "CERTIFICAR SI EL DICTAMEN DE SU EPS DEL 26/05/2020; QUEDO EN FIRME O RECURSADO"; recibándose respuesta por parte de la EPS COMFENALCO por correo electrónico el mismo día.-**

**6. Fundamentos para la calificación del origen y/o de la perdida de capacidad laboral y ocupacional**

**Título I - Calificación / Valoración de las deficiencias**

**Diagnósticos y origen**

CIE-10	Diagnóstico	Diagnóstico específico	Fecha	Origen
Q391	Atresia del esófago con fístula traqueoesofágica			Accidente SOAT
I269	Embolia pulmonar sin mención de corazón pulmonar agudo			Accidente SOAT
J386	Estenosis laríngea			Accidente SOAT
Z931	Gastrostomía	corregida		Accidente SOAT
S110	Herida que compromete la laringe y la traquea			Accidente SOAT
Z930	Traqueostomía			Accidente SOAT
S199	Traumatismo del cuello, no especificado			Accidente SOAT

**Deficiencias**

Deficiencia	Capitulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia por desorden tracto digestivo superior	4	4.6	2		3	NA	25,00%		25,00%
							<b>Valor combinado</b>		<b>25,00%</b>

Deficiencia	Capitulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia global por alteraciones de la voz y el habla	10	10.5	3		NA	NA	25,00%		25,00%
Deficiencia global por alteraciones de las	10	10.6	3	2	NA	NA	25,00%		25,00%





**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE  
INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA**  
NIT. 805012111-1

Organismo del Sistema de la Seguridad Social, de creación legal, adscrita al Ministerio de Trabajo con personería jurídica, de derecho privado, sin ánimo de lucro.

**7. Concepto final del dictamen pericial**

Valor final de la deficiencia (Ponderado) - Título I	28,91%
Valor final rol laboral, ocupacional y otras áreas ocupacionales - Título II	25,00%
<b>Pérdida de la capacidad laboral y ocupacional (Título I + Título II)</b>	<b>53,91%</b>

**Origen:** Accidente

**Riesgo:** SOAT

**Fecha de estructuración:** 07/10/2019

**Sustentación fecha estructuración y otras observaciones:**

**F.E. = 07/10/19, Fecha otorgada por la EPS y con la cual fue declarado invalido (Dictamen en firme).-**

**Nivel de pérdida:** Invalidez

**Muerte:** No aplica

**Fecha de defunción:**

**Ayuda de terceros para ABC y AVD:**  
No aplica

**Ayuda de terceros para toma de decisiones:** No aplica

**Requiere de dispositivos de apoyo:** No aplica

**Enfermedad de alto costo/catastrófica:**  
No aplica

**Enfermedad degenerativa:** No aplica

**Enfermedad progresiva:** No aplica

**8. Grupo calificador**

\_\_\_\_\_  
Zoilo Rosendo Delvasto Ricaurte  
**Médico ponente**  
Miembro Principal Sala 1

\_\_\_\_\_  
David Andrés Álvarez Rincón  
Miembro Principal Sala 1

\_\_\_\_\_  
Jose Luis Reyes Martinez  
Miembro Principal Sala 1