

Dictamen María Camila Hoyos Soto

Junta_Risaralda <juntarisaralda@gmail.com>

Jue 13/06/2024 09:20 AM

Para: Juzgado 03 Administrativo - Risaralda - Pereira <adm03per@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 1 archivos adjuntos (137 KB)

Dictamen Maria Camila Hoyos Soto CC 1114153588.pdf;

No suele recibir correos electrónicos de juntarisaralda@gmail.com. [Por qué esto es importante](#)

Pereira, 13 de junio de 2024

Señores

JUZGADO TERCERO ADMINISTRATIVO DE PEREIRA

Correo electrónico: adm03per@cendoj.ramajudicial.gov.co

Pereira Risaralda

Asunto: Envío de dictamen. Radicado 2019-00432

Por medio del presente escrito, doy cumplimiento a la solicitud jurisdiccional requerida, adjuntando a la presente pericia No. 12202400561 del 12 de junio de 2024, perteneciente a **MARÍA CAMILA HOYOS SOTO** identificada con tarjeta de identidad No 1.114.153.588 en seis (6) folios para los fines que estime pertinentes.

Cordialmente

Erika Grajales Pérez
Auxiliar Administrativa





JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE RISARALDA
República de Colombia

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

1. Información general del dictamen

Fecha de dictamen: 12/06/2024	Motivo de calificación: PCL (Dec 1507 /2014)	Nº Dictamen: 12202400561
Tipo de calificación: Dictamen pericial		
Instancia actual: No aplica		
Tipo solicitante: Rama judicial	Nombre solicitante: JUZGADO TERCERO ADMINISTRATIVO DE PEREIRA	Identificación: NIT
Teléfono: 3147797	Ciudad:	Dirección: CALLE 41 CARRERAS 7 Y 8 TORRE A OFICINA 216 PALACIO DE JUSTICIA
Correo electrónico:		

2. Información general de la entidad calificadora

Nombre: Junta Regional de Calificación de Invalidez de Risaralda	Identificación: 900.605.547-9	Dirección: Cra 8 # 23-09 Edificio Camara de Comercio de Pereira oficinas 1605 y 1606
Teléfono: 3252589	Correo electrónico: juntarisaralda@gmail.com	Ciudad: Pereira - Risaralda

3. Datos generales de la persona calificada

Nombres y apellidos: Maria Camila Hoyos Soto	Identificación: CC - 1114153588 - Palestina	Dirección: Calle 9 #9-40
Ciudad: Palestina - Caldas	Teléfonos: - 3113082649-3165028329-3217536416	Fecha nacimiento: 07/12/2007
Lugar: Cartago - Valle del cauca	Edad: 16 año(s) 6 mes(es)	Genero: Femenino
Etapas del ciclo vital: Niños y adolescentes	Estado civil: Soltero	Escolaridad: Básica secundaria
Correo electrónico: sotorodascamila@gmail.com	Tipo usuario SGSS: Beneficiario contributivo	EPS: EPS SOS
AFP:	ARL:	Compañía de seguros:

4. Antecedentes laborales del calificado

No aplica

Información ocupacional

Persona económicamente no activa
Observaciones:

5. Relación de documentos y examen físico (Descripción)

Información clínica y conceptos

Resumen del caso:

Remitida por el Juzgado 3 Administrativo de Pereira para valoración por esta Junta Regional dentro del proceso ordinario de demanda contra Hospital San Marcos de Chinchiná, Caja de Compensación de Risaralda, EPS Occidental de Salud y Allianz Seguros SA para audiencia programada para el 18 de junio de 2024.

Resumen de información clínica:

Niña de 16 años quien en noviembre de 2019 por dolor abdominal con vomito y disfagia manejada con medicación y observación sin diagnóstico claro casi por 1 semana por lo que fue remitida a Clínica Comfamiliar donde toman TAC abdominal que descarta proceso infeccioso. Sin embargo continua sintomática siendo diagnosticada con apéndice reventado y en peritonitis por lo que fue operada al 5 día exitosamente pero con evolución en UCI con proceso séptico el cual evolucionó satisfactoriamente. Tiene como antecedentes cirugía de cornetes y rinoplastia la cual refiere que se afectó en el acto quirúrgico pero que después fue corregida posteriormente. Interpone demanda ordinaria en proceso de responsabilidad administrativa y patrimonial por lo hechos sufridos.

Conceptos médicos**Fecha:** 18/11/2017**Especialidad:** PEDIATRIA**Resumen:**

Paciente remitida, con cuadro de 5 días de cefalea, dolor abdominal, consultan y dan egreso con dx de enteritis viral, se adiciona emesis, fiebre, incremento abdominal, reconsulta ayer y remiten con dx de apendicitis, ant de reflujo gastroesofágico patológico corregido con laparoscopia, continua en seguimiento y estudio, ahora con bacteremia, reactantes inflamatorios elevados, uroanálisis contaminado al parecer por vulvovaginitis concomitante, marcha doblada, peristaltismo positivo, con defensa abdominal, fiebre elevada. Se solicita qx pero está ocupada por urgencia vital, se comenta a intermedios de uniks por sepsis abdominal y apendicitis. DX: APENDICITIS AGUDA NO ESPECIFICADA.

Fecha: 18/11/2017**Especialidad:** MEDICINA CRITICA Y CUIDADOS INTENSIVOS**Resumen:**

Paciente crítica con soporte ventilatorio invasivo, en el momento con choque séptico compensado, responde a cristaloideos para mejoría de perfusión de microcirculación, continua cubrimiento de atb, solicitó gases y electrolitos de control, pronóstico reservado, se explica la familia, continua vigilancia en uci. DX: APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA.

Fecha: 19/11/2017**Especialidad:** PEDIATRIA**Resumen:**

Paciente en estado post reanimación y redistribución hídrica, en el momento estable, con parámetros ventilatorios bajos, balance hídrico muy positivo, se decide inicio de descenso de sedación, paso bolo único de furosemda, se decide continuar manejo con atb, se espera evolución. DX: APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS.

Fecha: 20/11/2017**Especialidad:** MEDICINA CRITICA Y CUIDADOS INTENSIVOS**Resumen:**

Paciente crítica, tolerando extubación hasta el momento, no signos de bajo gasto, no soporte inotrópico, se inicia reposición, pcr elevada pero en descenso, hipoalbuminemia moderada, normalización de tiempos de coagulación, RX de tórax 6 espacios intercostales, reforzamiento parahiliar, no áreas de consolidación e infiltrados intersticiales. DX: APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA.

Fecha: 25/11/2017**Especialidad:** INFECTOLOGO PEDIATRA**Resumen:**

Paciente con infección intraabdominal complicada, debe seguir el manejo con piptazo 10 días (le faltaron 10 días), no es clara la imagen que muestra la ecografía, pero basados en esto también apoyo mi decisión de dar 10 días de atb para mirar evolución y definir manejo. DX: INFECCIÓN BACTERIANA NO ESPECIFICADA.

Fecha: 28/11/2017 **Especialidad:** MEDICINA GENERAL

Resumen:

Ingreso el 18 de noviembre remitida de palestina caldas, de 4 dias de dolor abdominal y 2 dias de fiebre y vómito, ingreso con alteración de la conciencia, sirs y abdomen en tabla, se inició reanimacion hidrica, y se traslado a UCI, hasta que fue llevada a cx, se encontró peritonitis generalizada, secundaria a apéndice perforada, se inició manejo con piptazo, se traslado a intermedios por 3 días más, luego a piso, con ISO superficial, que mejoró despues de la retirada de la sutura, con colección de parox 10 cc en flanco derecho, vs hematoma coagulado, por lo que se continuó tto medico por 10 dias, hoy eco de control normal, se valora en ronda con pediatria de turno y cx pediatrico de turno, se egresa.

Fecha: 15/08/2018 **Especialidad:** OTORRINOLARINGOLOGIA

Resumen:

Nasosinuscopia bilateral con lente flexible 0°, procedimiento difícil de hacer por gran movimiento de la paciente, meatos inferior y medio libres, mucosa muy edematosa septal y de cornetes inferiores y medio. Se parecía hipertrofia adenoidea severa superior al 75%, con paladar blando móvil, dichas adenoides ocupan ambas coanas casi por completo. Se sugiere adenoidectomía guiada por nasosinuscopia en qx. DX: HIPERTROFIA DE LAS ADENOIDES.

Pruebas específicas

Fecha: 27/11/2017 **Nombre de la prueba:** REPORTE DE PATOLOGIA

Resumen:

Descripción macroscópica: en formol se recibe apéndice cecal que mide 9.5 x 1.5 cms, blando, pardo claro, con membranas fibrinopurulentas, al corte de la mucosa es necrótica en todo el trayecto y hay un fecalito impactado en la base, se procesan cortes representativos en un bloque. Descripción microscópica: se observa apéndice cecal con denso infiltrado inflamatorio agudo supurativo, ulceración y necrosis de la mucosa, el infiltrado purulento se extiende transmural a la grasa periapendicular. DX: APÉNDICE CECAL- APENDICECTOMÍA. APÉNDICES AGUDA NECROTIZANTE. PERIAPENDICITIS AGUDA.

Tratamientos medicos y quirurgicos

Fecha: 18/11/2017 **Intervención o tratamiento:** PROCEDIMIENTO QX

Resumen:

Iniciacion mediana supra e infraumbilical disección se identifica líquido peritoneal purulento en 4 cuadrantes, se toma muestra, se drena la cavidad, se identifica apéndice, se liga el meso y la base con seda 2-0, se reseca apéndice, lavado de cavidad 5000 cc con solución salina, se seca cavidad con compresas, cierre de pared abdominal vicryl 0, piel prolene 4-0.

Concepto de rehabilitación

Proceso de rehabilitación: Sin información

Valoraciones del calificador o equipo interdisciplinario

Fecha: 04/06/2024 **Especialidad:** Medicina Laboral JRCI Risaralda

Entra niña caminando por sus propios medios, sin apoyo externo y en compañía de la madre (Sandra Lucia Soto) delante de quien se realiza examen médico, consciente, hidratado, afebril, orientado en 3 esferas con SV: TA: 120/70, FC: 77 x min, FR: 15 x min. Cicatriz de laparotomía mediana infraumbilical y de cirugía laparoscópica con 4 cicatrices de puntos de acceso abdominales. Resto examen físico dentro de limites normales

Fundamentos de derecho:

Entidad calificadora: Junta Regional de Calificación de Invalidez de Risaralda

Calificado: Maria Camila Hoyos Soto

Dictamen: 12202400561

Página 3 de 6

Análisis y conclusiones:

El presente dictamen sólo es válido para presentar ante Juzgado Tercero Administrativo de Pereira. Decreto 1352 de 2013. Artículo 1. Campo de aplicación. De conformidad con las personas que requieran dictamen de pérdida de capacidad laboral para reclamar un derecho o para aportarlo como prueba en procesos judiciales o administrativos, deben demostrar el interés jurídico e indicar puntualmente la finalidad del dictamen, manifestando de igual forma cuáles son las demás partes interesadas, caso en el cual, las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez actuarán como peritos, y contra dichos conceptos no procederán recursos, en los siguientes casos: a) Personas que requieren el dictamen para los fines establecidos en este numeral. b) Entidades bancarias o compañía de seguros. c) Personas con derecho a las prestaciones y beneficios contemplados en la Ley 418 de 1997.

Niña de 16 años actualmente quien fue atendida en la Clínica Comfamiliar de donde aportan historia clínica del 18 de noviembre de 2017 donde ingresa a las 13:37 horas procedente de Palestina remitida de Hospital de Chinchiná por cuadro de cefalea global mal caracterizada en manejo con acetaminofén con diagnóstico previo de migraña referido por la madre de la menor con dolor de 5 días de evolución de epi y mesogastrio con emesis asociada habiendo consultado donde dan diagnóstico de gastroenteritis y se da egreso sin manejo medico. En los dos días siguientes cursa con igual sintomatología asociado a dolor abdominal inferior y fiebre por lo que reconsultan y dan manejo con hidróxido de aluminio y buscapina. Nuevamente reingresan al día siguiente donde se hace hemograma que muestra leucocitosis de 15200 con desviación a izquierda dado por neutrofilia de 76% , Hb de 14 y PLQ de 391.000, parcial de orina con leucos de 6 a 10 x campo y bacterias +++ por lo que deciden remitir. Tiene como antecedentes de importancia sufrir de ERGE por lo que le hicieron una funduplicatura por laparoscopia con hernia inguinal pero continua sintomática con halitosis, disfagia para sólidos e hipo de 2 meses de evolución a la espera de Junta Medica. Al examen físico llega con mucosas secas con tiene defensa muscular abdominal voluntaria, con dolor intenso en hemiabdomen inferior de predominio derecho con Rsls muy disminuidos con talopercusión negativo pero si duele al saltar dando como diagnóstico sospecha de apendicitis perforada y se solicita valoración por cirujano pediatra de turno. Se inicia reposición hídrica + antibióticos + analgesia con dipirona y se repite el PdeO. Llevada a cirugía el día del ingreso a las 17:04 donde se encuentra en la descripción peritonitis generalizada por apendicitis perforada siendo abordada por incisión mediana supra e infraumbilical haciendo apendicectomía con ligadura de mesenterio y vasos apendiculares y cierre por planos. Se da salida en POP inmediato a UCI dando soporte ventilatorio con ventilación mecánica por SIRS. Tiene buena evolución hacia la mejoría que es lenta y se reinicia manejo de vía oral aunque se encuentra en bajo peso y con hipoalbuminemia inicialmente. Se confirma germen de absceso periapendicular de predominio E. Coli con buena respuesta antimicrobiana para antibiótico instaurado. Presenta en POP dolor en zona de herida y se safan los puntos con los que mejora pero se pide ECO para realizar a los 10 días de anitbiótico para descartar colección infecciosa perilesional. Se da salida finalmente con controles por consulta externa.

Se evidencia una consulta por cirugía plástica del 23 de agosto de 2018 por las múltiples cicatrices de abdomen de vieja data y la de apendicectomía la cual se considera de aspecto normal para el tiempo de evolución de los procedimientos abdominales realizados y descarta la posibilidad de otro procedimiento por la edad de la paciente ademas de tener una buena cicatrización.

También es valorada por Homeris donde la EPS solicita valoración por psiquiatría por lo narrado anteriormente y la cicatrización. Por esta razón ha presentado variaciones del estado de ánimo por momentos irritable, come bien, duerme bien, niega ideas o intentos suicidas con rendimiento escolar disminuido e invención de cosas. Toma amitriptilina actualmente por indicación de gastroenterología como procinético. Se considera por parte de psiquiatría que debe continuar con manejo psicoterapéutico de psicología y la amitriptilina 12,5 mgs en las noches y continuar consultas con psiquiatría por EPS. Consulta por psiquiatría del 28 de agosto de 2018 se evidencia baja autoestima autocorporal y cambios a nivel conductual y académico. Se aprecia también consulta por ORL donde se diagnostica hipertrofia de adenoides .

Se le realizó EVDA el 16 de diciembre de 2022 bajo anestesia general con diagnóstico de esofagitis grado B de Los Angeles y gastropatía eritematosa corporoantral a estudio (ERGE con esofagitis). Aporta también valoración por optometría del 1 de junio de 2018 que corrige a 20/20 en AO y una consulta de urgencias con diagnóstico de costocondritis por dolor torácico.

Finalmente fue calificada por médico particular el 10 de julio de 2019 con base en el MUCI vigente contenido en el Decreto 1507 de 2014 donde se le calificaron los diagnósticos de trastornos de adaptación (20%) y cicatrices de abdomen (5%) obteniendo:

Título I: 12% ponderado

Título II: 13.5%

PCL total: 25.5% de origen enfermedad común y fecha de estructuración del 18 de noviembre de 2017.

CONCLUSIONES

Para dar respuesta a la demanda ordinaria interpuesta por lesiones se considera calificar únicamente lo derivado de las secuelas del cuadro de apendicitis perforada mas peritonitis. Se trata de una niña de 16 años de edad hoy quien tuvo apendicitis aguda de difícil diagnóstico en noviembre de 2017 quien fue remitida después de 5 días de cuadro de dolor abdominal para valoración especializada siendo revisada por cirugía pediátrica quien decide intervenir ante la clínica de la paciente encontrando apendicitis aguda perforada + peritonitis. Fue resecado su apéndice y sale a UCI por SIRS en ese momento donde a pesar que tiene una evolución lenta finalmente mejora dejando como secuelas la cicatriz de laparotomía mediana supra e infraumbilical de buena evolución a la fecha. Esta Junta Regional considera que el diagnóstico trastornos de adaptación no otorga puntaje al haber sido puntual y no continuar recibiendo manejo médico aparte del psicológico recibido en su momento.

Las otras patologías halladas en la historia clínica NO son derivadas del acto quirúrgico mencionado y por esto no se califican.

La fecha de estructuración es del 23 de agosto de 2018 cuando es valorada por cirugía plástica dando alta por esa especialidad por la cicatriz residual.

Una vez presentado este caso se aprueba con el voto favorable de todos los integrantes y se firma por quienes intervinieron en esta audiencia privada.

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
K350	Apendicitis aguda con peritonitis generalizada			Enfermedad común
J352	Hipertrofia de las adenoides			Enfermedad común

Deficiencias

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencias por alteraciones de la piel y faneras	6	6.1	1		0	NA	5,00%		5,00%
Valor combinado									5,00%

Capítulo	Valor deficiencia
Capítulo 6. Deficiencias por trastornos de la piel, faneras y daño estético.	5,00%

Valor final de la combinación de deficiencias sin ponderar	5,00%
--	-------

CFP: Clase factor principal CFM: Clase factor modulador
Formula ajuste total de deficiencia por tabla: (CFM1 - CFP) + (CFM2 - CFP) + (CFM3 - CFP)
Formula de Baltazar: Obtiene el valor de las deficiencias sin ponderar.
$$\frac{A + (100 - A) \cdot B}{100}$$

A: Deficiencia mayor valor. B: Deficiencia menor valor.
Calculo final de la deficiencia ponderada: % Total deficiencia (sin ponderar) x 0,5

2,50%

Título II - Valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales

Valoración de los roles ocupacionales de juego-estudio en niños y niñas mayores de tres años y adolescentes	0
---	---

7. Concepto final del dictamen

Valor final de la deficiencia (Ponderado) - Título I	2,50%
Valor final rol laboral, ocupacional y otras areas ocupacionales - Título II	0,00%
Pérdida de la capacidad laboral y ocupacional (Título I + Título II)	2,50%

Origen: Enfermedad

Riesgo: Común

Fecha de estructuración: 23/08/2018

Fecha declaratoria: 12/06/2024

Sustentación fecha estructuración y otras observaciones:

Se establece como fecha de estructuración la valoración por cirugía plástica que evalúa la cicatriz residual identificando buena evolución en esa calenda con buena cicatrización de la paciente.

Nivel de pérdida: < 5%

Muerte: No

Fecha de defunción:

Ayuda de terceros para ABC y AVD: No

Ayuda de terceros para toma de decisiones:
No

Requiere de dispositivos de apoyo: No

Enfermedad de alto costo/catastrófica: No

Enfermedad degenerativa: No

Enfermedad progresiva: No

Calificación integral: No

Decisión frente a JRCI: No aplica

8. Grupo calificador



Federico Antonio Gómez Gallego

Médico ponente

Medico

LSO 14372



Cesar Augusto Morales Chacon

Medico

LSO 292



Beatriz Lee Gomez

Terapeuta Ocupacional

LSO 9338