JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL TOLIMA

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

Previsionales - 38-0368-2021

1. Información general del dictamen

Fecha de dictamen: 27/01/2022	**Motivo de calificación:** PCL (Dec 1507 /2014)	**Nº Dictamen:** 93129337 - 274
Tipo de calificación: Pensión de invalidez		
Instancia actual: Primera instancia	**Primera oportunidad:** ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	
Tipo solicitante: AFP	**Nombre solicitante:** COLPENSIONES	**Identificación:** NIT 9003360004-7
Teléfono: 2170100	**Ciudad:** Bogotá, D.C. - Cundinamarca	**Dirección:** Carrera 10 No 72-33
Correo eletrónico:		

2. Información general de la entidad calificadora

Nombre: Junta Regional de Calificación de Invalidez del Tolima	**Identificación:** 809.012.454-7	**Dirección:**
Teléfono:	**Correo electrónico:**	**Ciudad:**

3. Datos generales de la persona calificada

Nombres y apellidos: NELSON ENRIQUE CARRILLO GUZMAN	**Identificación:** CC - 93129337 - Espinal - Tolima	**Dirección:** Urbanizacion Remansos Manzana B Casa 68
Ciudad: Ibagué - Tolima	**Teléfonos:** - 3212323293	**Fecha nacimiento:** 28/08/1972
Lugar: Guamo - Tolima	**Edad:** 49 año(s) 4 mes(es)	**Genero:** Masculino
Etapas del ciclo vital: Población en edad economicamente activa	**Estado civil:** Casado	**Escolaridad:** Básica secundaria
Correo electrónico: peri-trans@hotmail.com	**Tipo usuario SGSS:**	**EPS:** EPS Sanitas
AFP: COLPENSIONES	**ARL:**	**Compañía de seguros:**

4. Antecedentes laborales del calificado

No aplica

5. Relación de documentos y examen físico (Descripción)

Relación de documentos

- Formulario de solicitud de dictamen diligenciado.
- Fotocopia simple del documento de identidad de la persona objeto de dictamen o en su defecto el número correspondiente.
- Calificación del origen y pérdida de la capacidad laboral junto con su fecha de estructuración si el porcentaje de este último es mayor a 0.
- Copia completa de la historia clínica de las diferentes instituciones prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la historia clínica ocupacional, Entidades Promotoras de Salud, Medicina Prepagada o Médicos Generales o Especialistas que lo hayan atendido, que incluya la información antes, durante y después del acto médico, parte de la información por ejemplo debe ser la versión de los

hechos porparte del usuario al momento de recibir la atención derivada del evento. En caso de muerte la historia clínica o epicrisis de acuerdo con cada caso. Si las instituciones prestadoras de servicios de salud NO hubiesen tenido la historia clínica, o la misma NO esté completa, deberá reposar en el expediente certificado o constancia de este hecho, caso en el cual, la entidad de seguridad social debió informar esta anomalía a los entes territoriales de salud, para la investigación e imposición de sanciones él que hubiese lugar.

- Comprobante pago de honorarios

Información clínica y conceptos

Resumen del caso:
Mediante oficio de fecha 29/04/2021 dirigido a la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Tolima, Ana María Ruíz Mejía, Directora de Medicina Laboral Colpensiones, envía documentación del señor(a) NELSON ENRIQUE CARRILLO GUZMAN, identificado con la cédula de ciudadanía N° 93.129.337, se envía documentación con el fin de dirimir la controversia suscitada con relación a la pérdida de la capacidad laboral. Colpensiones califica la pérdida de la capacidad laboral según dictamen N° 3973783 del 15/01/2021. Dx. 1. Hipertensión esencial (primaria). 2. Hiperplasia de la próstata. 3. Cálculo del riñón. 4. Otros traumatismos del pie y del tobillo, especificados. 5. Gastritis, no especificada. PCL: 25.08%. Origen: Común. Fecha de estructuración: 08/01/2021.

Resumen de información clínica:
Calificado de 49 años 3 meses de edad, Sexo masculino, Estado Civil: casado, Nivel Educativo: básica secundaria, No se encuentra laborando, Vive en Ibagué, Antecedentes Personales: No registra, Antecedentes Familiares: No registra, Antecedentes Traumáticos: No registra, Antecedentes quirúrgicos: No registra, Antecedentes alérgicos: No registra, Antecedentes Toxicológicos: Fumador No registra, Alcohol No registra, Sustancias Psicoactivas: No registra, Calificada con Cuadro Clínico de 1. Hipertensión esencial (primaria). 2. Hiperplasia de la próstata. 3. Cálculo del riñón. 4. Otros traumatismos del pie y del tobillo, en manejo por la EPS

Conceptos médicos

Fecha: 04/01/2006 **Especialidad:** Avidanti – Dr. Gonzalo Silva Cardozo

Resumen:

MC: remitido de IPS SaludCoop del Tolima por evento coronario aguda y para manejo. EA: hace 4 horas empieza con dolor torácico opresivo severo 10/10. Irradiado a espalda y que se acompaña de sudoración y frialdad, por lo que consulta IPS de SaludCoop, es valorado por internista y remiten a esta institución.

Fecha: 19/06/2007 **Especialidad:** Historia Clínica – Dr. Mario Bonnet Arciniegas

Resumen:

MC: vasectomía. EA: paciente de 34 años quien desea que se le realice la vasectomía tiene 2 hijos el menor de 2 años. Antecedentes pérdida de la movilidad de miembro inferior derecho secundario de HAF hipertensión arterial no tratada. Dx: Otras consultas sexuales específicas.

Fecha: 23/07/2007 **Especialidad:** Historia Clínica – Dra. Andrea Macdury Molina

Resumen:

MC: Dolor en cintura. EA: paciente con cuadro clínico de 2 días de evolución consistente en dolor tipo punzada en región lumbar, el cual aumenta con los movimientos, no asociado a otro síntoma, para lo cual ha tomado acetaminofén. Dx: Lumbago no especificado.

Fecha: 17/12/2007 **Especialidad:** Historia Clínica – Dr. Pedro Vides De La Cruz

Resumen:

MC: refiere que presenta algo extraño en ano. EA: refiere que observo protrusión en región perianal posterior desde hace 5 días en momento no refiere sensación alguna, refiere que sufrió accidente de tránsito con secundaria Fx de clavícula la cual se encuentra inmovilizada. Dx: Hemorroides externas sin complicación.

Fecha: 31/01/2008 **Especialidad:** Historia Clínica – Dra. Leidy Johana orjuela

Resumen:

MC: Dolor de cabeza. EA: C clínico de 1 mes de cefalea unilateral asociado a dolor ocular en mismo lado asociado a fosfenos y acufenos por lo que consulta recibe acetaminofén con mejoría no otro síntoma. Dx: Cefalea.

Fecha: 06/02/2008 **Especialidad:** Historia Clínica – Dra. Leidy Johana orjuela

Resumen:

MC: control. EA: trae colesterol total 272, TGIO 159, HLD 53, LDL 187, refiere sudoración abundante de las manos que le incomoda persiste con cefalea intensa que no mejoro con ergotamina que generalmente lo incapacita tolera no disestesias no otros síntomas. Dx: Migraña, no especificada.

Fecha: 11/02/2008 **Especialidad:** Historia Clínica – Dr. German Alonso Palacios

Resumen:

MC: cefalea por 30 días peri orbitaria derecha en parcial mejoría con ergotamina. Antecedentes: migraña recurrente desde los 15 años, hiperhidrosis, TCE a los dos años al parecer con pérdida de conciencia. EA: toma propanolol 20 mg cada 12 horas, persiste cefalea. Dx: Cefalea debida a tensión. Cefalea postraumática crónica. Trastorno mixto de ansiedad y depresión.

Fecha: 08/05/2008 **Especialidad:** Historia Clínica – Dr. Christian Giovanny Orjuela

Resumen:

MC: migraña. EA: paciente con Dx de vieja data de migraña quien asiste por cc de cefalea, en manejo por neurología, cuadro clínico que se exacerba en últimos dos días por lo cual asiste, no se irradia, no signos o síntomas de focalización. Sin más síntomas asociados. Dx: Otras migrañas.

Fecha: 13/05/2008 **Especialidad:** Historia Clínica – Dr. German Alonso Palacios

Resumen:

MC: cefalea tipo picada y hemicránea derecha en ocasiones pulsátil. Antecedente: TCE a los dos años. Migraña desde los 15 años. EA: mejoro sustancialmente de la cefalea cuando tomo propanolol amitriptilina. Dx: Cefalea debida a tensión. Cefalea postraumática crónica. Migraña, no especificada.

Fecha: 14/06/2008 **Especialidad:** Historia Clínica – Dr. Diego Fernando Castiblanco

Resumen:

MC: vengo a traer un TAC cerebral simple que me realice. EA: paciente con antecedente de migraña refiere que está en manejo con neurología refiere último episodio hace 1 mes refiere que está en manejo con propanolol y amitriptilina por 6 meses asintomático refiere que se realizó TAC particular idime estudio N 58600020 lectura Dr. Munévar referido como normal sin lesiones intra ni extra axiales con parénquima cerebral normal con engrosamiento de celdillas etmoidales refiere en el momento dolor pélvico refiere posterior a cirugía vasectomía hace 4 meses está en manejo actual con dicloxacilina e ibuprofeno ordenados por urólogo en Profamilia. Dx: Migraña, no especificada. Dolor pélvico y perineal.

Fecha: 25/06/2008 **Especialidad:** Historia Clínica – Dr. Javier Mauricio Rivera

Resumen:

MC: reporte de pdeo. EA: dolor pélvico y testicular desde el POP de vasectomía (4 meses) múltiples Tto. sin mejoría. Trae pdeo: leucos 0-3 xc nit neg prot neg. Espermograma: necrospermia y oligospermia severa antecedente de vasectomía “reporte idime”. Eco testicular 24 abril 2008: leve inflamación en la cola del epidídimo derecho dilatación y tortuosidad en plexos pampiniformes del lado izquierdo. Dx: Dolor pélvico y perineal. Tumor benigno del epidídimo. Trastorno de ansiedad, no especificado.

Fecha: 02/01/2009 **Especialidad:** Historia Clínica – Dr. Mario Andrés Jaramillo

Resumen:

MC: Dolor intenso en la fosa iliaca derecha. EA: refiere cuadro de inicio hace 2 horas de dolor intenso inicio en fosa iliaca derecha irradiado a testículo derecho, polaquiuria, pujo y tenesmo vesical, niega mas síntomas, refiere hace 8 años episodio de cólico renal. Antecedentes patológicos HTA, Qx. vasectomía, cirugía en pie, cirugía ocular. Dx: Cálculo urinario, no especificado.

Fecha: 04/01/2009 **Especialidad:** Historia Clínica – Dr. Ronald Ortiz Rodriguez

Resumen:

MC: bote muchos cálculos. EA: paciente quien el pasado 02/01/09 acudió a este servicio por cuadro de dolor agudo intenso en fosa iliaca derecha por lo que SS P.O, CH, BUN y creatinina, se identificó leve leucocitosis leve 11.9, función renal normal, P.O con IVU, por lo que se inició manejo medico con ciprofloxacino, BBH. Además refirió antecedente de urolitiasis, hace 8 años Reconsulta hoy por presentar durante el día dolor intenso a nivel pélvico, más orina turbia, con expulsión de múltiples cálculos. Niega fiebre emesis y otros síntomas. Dx: Cálculo del riñón. Infección de vías urinarias, sitio no especificado.

Fecha: 29/04/2009 **Especialidad:** Historia Clínica – Dr. Cesar Augusto Rojas

Resumen:

MC: control urología. EA: paciente trae urografía excretora 26/02/09 reporta dentro de límites normales. Refiere perdió el control con urología. Dx: Cálculo del riñón.

Fecha: 30/06/2009 **Especialidad:** Historia Clínica – Dr. Erick Giovanni Rodriguez

Resumen:

MC: migraña. EA: paciente quien hace año y medio estuvo en control con neurología por cuadro migrañoso refiere que con el tratamiento la migraña cedió pero desde hace unos meses inicio nuevamente cefalea tipo punzante que lo despierta a la media noche hemicraneal derecha con oculalgia, náuseas no otra sintomatología no disartria, no debilidad no parestesias ni signos de focalización ha consumido analgésicos con lo cual cede. Dx: glucosa en suero LCR u otro fluido diferente a orina.

Fecha: 28/04/2010 **Especialidad:** Historia Clínica - Dr. Oscar Enrique Jácome

Resumen:

MC: se me inflamo un testículo y mucha sed. EA: Paciente refiere presentar alteración testicular derecha cuadro clínico de 2 días de evolución sensación de sed de larga data. Dx: Dolor, no especificado.

Fecha: 18/06/2010 **Especialidad:** Historia Clínica - Dr. Jhon Jairo Vergara

Resumen:

MC: Dolor de estómago y de espalda. EA: Paciente a quien hoy se le realizo cistoscopia encontrando cuello vesical con varices que sangran fácilmente, se envió manejo con Norfloxacina, doxiciclina, ibuprofeno, acude por cuadro de lumbalgia con irradiación de abdomen, con dolor tipo cólico y deposiciones liquidas N° 3 episodios. Dx: Lumbago no especificado. Cólico renal, no especificado. Otros dolores abdominales y los no especificados.

Fecha: 28/06/2010 **Especialidad:** Historia Clínica - Dr. Jose Daniel Moreno

Resumen:

MC: control con Rx de abdomen. EA: paciente con cuadro de dolor abdominal cólico en tratamiento ambulatorio para varices en cuello vesical a quien se le solicito Rx de abdomen que descarta uro litiasis, en el momento estable sin SIRS. Dx: Otros dolores abdominales y los no especificados.

Fecha: 12/08/2010 **Especialidad:** Historia Clínica - Dr. Camilo Marcelo Triana

Resumen:

MC: me duele la ingle y al orinar. EA: paciente refiere cuadro de varios meses de hematuria fue valorado por urólogo quien dio Tto (no recuerda) continua con dolor en la ingle le dieron Tto para inflamación del tendón en la ingle. Dx: Dolor en miembro.

Fecha: 20/10/2010 **Especialidad:** Historia Clínica - Dr. Jose Mauricio Aperador

Resumen:

MC: tengo dolor en pie izquierdo. EA: Paciente quien asiste a control por cuadro clínico de 5 días de evolución de astenia adinamia e hiporexia asociado a dolor en tobillo izquierdo con limitación funcional de movimientos además refiere sintomatología urinaria con disuria. Dx: Dolor en articulación.

Fecha: 28/10/2010 **Especialidad:** Historia Clínica - Dr. Jose Mauricio Aperador

Resumen:

MC: vengo a control para lectura de laboratorios. EA: paciente quien asiste a control para lectura de laboratorios Rx de tobillo sin evidencia de lesión óseo ni de tejidos blandos adyacentes dentro de límites normales parcial de orina normal y glucosa de 81 actualmente con leve persistencia de dolor a nivel de tobillo izquierdo. Dx: Dolor en articulación.

Fecha: 24/06/2011 **Especialidad:** Historia Clínica - Dr. Mauricio Alejandro Oviedo

Resumen:

MC: una vejiga en un testículo. EA: Cuadro de 13 días de lesión en región escrotal progresiva asociado a dolor refiere que se aplicó Betagen, Canesten y Betamina sin mejoría. Dx: Otros trastornos de los órganos genitales masculinos en enfermedades clasificadas en otra parte.

Fecha: 30/06/2011 **Especialidad:** Historia Clínica - Dr. Carlos Fernando Restrepo

Resumen:

MC: control. EA: control con rascado con eritema con malestar escaso con vesícula y rascado con frotis con estructuras levaduriformes. Dx: Micosis superficial, sin otra especificación.

Fecha: 21/03/2012 **Especialidad:** Historia Clínica - Dr. Alexander Cardozo Campos

Resumen:

MC: Paciente con cuadro clínico de 3 meses de evolución consistente en dolor hipogástrico asociados a ardor en región peneana disuria polaquiuria tenesmo vesical niega secreción en ocasiones dolor testicular niega presencia de hernias no otros síntomas asociados refiere consulto a urología que realizaron cistoscopia sin evidencia de lesión no otros síntomas asociados. Refiere prurito anal con antecedente de antiparasitarios hace 3 meses. Dx: Dolor agudo.

Fecha: 14/04/2012 **Especialidad:** Historia Clínica - Dr. Carlos Andrés Valencia

Resumen:

MC: ardor al orinar. EA: paciente que refiere cuadro de disuria asociado a polaquiuria, trae resultado de parcial de orina: normal urocultivo, negativo ecografía de vías urinarias, normal colesterol total 224 glicemia basal 77-80 triglicéridos 148 refiere que tiene pendiente valoración con cirugía general por hernia inguinal. Dx: Hiperlipidemia no especificada.

Fecha: 06/06/2012 **Especialidad:** Historia Clínica - Dr. Camilo Ernesto Palomar

Resumen:

MC: preocupación. EA: Refiere que se encuentra preocupado por cuadro clínico que presenta desde hace 1 año, aproximadamente que consistía en episodios de aparición de lesiones en el testículo que mejoraron en su momento con tratamientos ordenados por urólogo y dermatólogo. En el momento no presenta lesiones revisión de reporte de exámenes. 07/05/2012 colesterol total 203, MG/DL LDL 121, MG /DL VLDLD 35 MG/DL. Dx: Otras consultas especificadas.

Fecha: 20/02/2013 **Especialidad:** Historia Clínica

Resumen:

MC: cansancio y debilidad en las piernas. EA: Dolor y debilidad en las piernas con dolores frecuentes en los miembros inferiores refiere que lo han visto en varias ocasiones sin mejoría clínica. Dx: Dolor en miembro.

Fecha: 15/03/2013 **Especialidad:** Historia Clínica **-** Dra. Ana Carolina Castillo

Resumen:

MC: dolor en las piernas. EA: cuadro clínico de más de 1 año consistente en dolor a nivel de miembros inferiores con sensación de pesadez por lo cual se ha practicado particularmente exámenes Dx. Rx de columna lumbar que evidencia disminución del aspecto intervertebral L5-S1. Adicionalmente Doppler venosos con insuficiencia safena femoral derecha de la safena mayor derecha del tercio distal safena mayor izquierda. Manejado con analgésicos con mejoría temporal. Adicionalmente desde hace 20 días presenta cuadros de vértigo que se exacerban con la movilización de la cabeza por lo cual se toma resonancia magnética cerebral que evidencia notorio aumento de calibre y tortuosidad de carótidas intracavernosas segmento M1 y sistema vertebro basilar. Manejado con Nimodipino con mejoría parcial. Dx: Otros trastornos especificados de los discos intervertebrales.

Fecha: 01/10/2014 **Especialidad:** Clínica Ibagué – Dr. Samuel Monroy.

Resumen:

MC: tengo un ganglio. EA: refiere aparición de masa en región radial de muñeca derecha dolorosa. Dx: Ganglión.

Fecha: 18/12/2014 **Especialidad:** Diacorsas Sucursal Instituto Del Corazón **–** Dr. Edgar Fabián Jiménez Mendoza

Resumen:

MC: estable. EA: paciente quien consulta con sensación de palpitaciones de pocos minutos de evolución y duración, con antecedentes de HTA en manejo con Losartan el cual suspendió. Se le indica estudios EKG con trazos dentro con leve arritmia sinusal, en el momento paciente en buenas condiciones generales, niega dolor precordial, refiere sentirse bien, se controló la arritmia. Se decide dar egreso bajo medidas generales se sugiere valoración por cardiología ambulatoria. Dx: Palpitaciones.

Fecha: 26/12/2014 **Especialidad:** EPS Sanitas – Dr. Nadin Alberto Cuello

Resumen:

MC: me da arritmias. EA: paciente que ingresa con orden de arritmia cardiaca, el cual refiere ingreso por urgencias hace 9 días, donde le diagnosticaron y fue ordenado control por cardiología, paciente en el momento refiere palpitaciones ocasionales, niega dolor en el pecho, niega vértigo, reviso EKG encontrado intervalos R-R regulares se observa extrasístoles ventriculares, refiere tratamiento irregular con el Losartan ya que lo relaciona con dolor tipo punzada en antebrazos. Dx: Arritmia cardiaca, no especificada.

Fecha: 20/01/2015 **Especialidad:** EPS Sanitas – Dr. German Alonso Jiménez

Resumen:

MC: HTA, arritmia cardiaca. EA: paciente quien el 18 de diciembre presento episodio de palpitaciones por lo cual consulto a urgencias, tomaron EK que mostro arritmia sinusal, se encontró hipertenso (había suspendido Losartan) se tomó glicemia 86 K 4.03 Na137 TSH 1,09. Trac EKG del 17/12/14: sinusal, hemibloqueo anterosuperior, no ondas de isquemia ni necrosis, extrasístoles ventriculares ocasionales, no ha vuelto a presentar taquicardia. No tabaquismo. Dx: Hipertensión esencial (primaria).

Fecha: 08/02/2015 **Especialidad:** Avidanti – Dr. Iván Darío Hernandez Pacheco

Resumen:

MC: ardor en epigastrio. EA: paciente con cuadro de ayer de dolor en epigastrio tipo ardor que ha manejado con antiácidos pero hoy volvió a presentarse el ardor asociado al uso de medicamentos antigripales. Dx: Gastritis, no especificada.

Fecha: 01/04/2015 **Especialidad:** Diacorsas – Dr. Jhon Andrés García Serrano

Resumen:

MC: mucho ardor en la boca del estómago. EA: Cuadro clínico de más o menos 2 días de evolución constate en epigastralgia intensa asociado a sensación urente de pirosis, niega otros. EF: paciente consiente, alerta, orientado no signos de dificultad respiratoria cc cuello móvil flexible no adenopatía tórax ruidos cardiacos rítmicos no soplos, ruidos respiratorios sin sobre agregados, abdomen blando depresible no signos de irritación peritoneal SNC consiente, alerta, orientado.

Fecha: 28/05/2015 **Especialidad:** EPS Sanitas – Dr. José Yamit Guzmán Díaz

Resumen:

MC: Control. EA: paciente en control de hipertensión arterial refiere sentirse bien, no dolor precordial no disnea, no alteraciones neurológicas, refiere adherencia al tratamiento y recomendaciones, actualmente en manejo con amlodipino 5 mg cada 12 horas, HCTZDA 25 mg día, asa 100 x 1 refiere ha presentado nuevamente episodios de palpitaciones. Eco tejidos blandos región mamaria 25/02/15 normal.

Fecha: 22/06/2016 **Especialidad:** Medicadiz – Dra. Juliana Andrea Giraldo Rodriguez

Resumen:

MC: tengo una lesión en la piel y malestar en la garganta. EA: paciente masculino de 43 años de edad quien consulta por cuadro clínico de 15 días de evolución de aparición de lesión en piel de cara pruriginosa, sin supuración ni fiebre, manifiesta automedicación en casa con múltiples productos cosméticos y clotrimazol sin mejoría.

Fecha: 04/08/2016 **Especialidad:** EPS Sanitas – Dr. German Alonso Jiménez

Resumen:

MC: Control. EA: paciente con HTA controlada, con EKG con extrasístoles ventriculares ocasionales, refiere reaparición de palpitaciones euglicemia, eutiroideo TSH 1.09 EKG del 17/12/14: sinusal, hemibloqueo anterosuperior, no ondas de isquemia ni necrosis, extrasístoles ventriculares ocasionales, EKG 12/06/15: sinusal, 1 extrasístole ventricular en todo el trazado, hemibloqueo anterosuperior. No tabaquismos, función renal normal creatinina 0.78 hipertrigliceridemia leve LDL 130 TG 180. Trae reportes de holter 24 H del 17/06/15: extrasístole atrial conducida aislada y ocasional. Tto: 5X1, HCTZ 25x1, asa x1. Análisis: paciente con HTA controlada, con EKG con extrasístoles ventriculares ocasionales, refiere reaparición de palpitaciones euglicemia, eutiroideo TSH 1.09 EKG del 17/12/14: sinusal, hemibloqueo anterosuperior, no ondas de isquemia ni necrosis, extrasístoles ventriculares ocasionales, EKG 12/06/15: sinusal, 1 extrasístole ventricular en todo el trazado, hemibloqueo anterosuperior. No tabaquismos, función renal normal creatinina 0.78 hipertrigliceridemia leve LDL 130 TG 180. Dx: Hipertensión esencial (primaria).

Fecha: 16/10/2016 **Especialidad:** Avidanti – Dra. Claudia Mayerly Perdomo Rubio

Resumen:

MC: dolor abdominal. EA: paciente con cc de dolor abdominal de 1 día de evolución tipo urente en epigastrio, asociado a dolor tipo cólico que se irradia resto de abdomen, refiere diuresis normal, deposiciones diarreicas blandas, refiere picos febriles abundantes. Dx: Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso.

Fecha: 16/10/2016 **Especialidad:** Diacorsas – Dr. Raúl Andrés Ramírez Briñez

Resumen:

MC: dolor abdominal. EA: Paciente con cc de dolor abdominal de 1 día de evolución tipo urente en epigastrio, asociado a dolor tipo cólico que se irradia resto de abdomen, refiere diuresis normal, deposiciones diarreicas blandas, refiere picos febriles abundantes. Dx: diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso.

Fecha: 21/10/2016 **Especialidad:** Unidad Endograstro Del Tolima – Dr. Guillermo Enrique Ayala

Resumen:

MC: paciente que presenta cólicos y gastritis con dolor epigástrico con colon irritable diarrea emesis y dolor epigástrico con colitis amebiana actualmente con EDA y cólicos tomo metronidazol loperamida y buscapina. EF: dolor abdominal colon irritable. Dx: dolor abdominal colon irritable. Dx: enfermedad ulcerosa gástrica.

Fecha: 06/01/2017 **Especialidad:** Avidanti – Dr. Juan Camilo Calderón Ramírez

Resumen:

MC: herida abierta en zona extensora v con vidrio. EA: paciente con cuadro clínico de más o menos 2 horas de evolución que inicia con herida abierta en zona v extensora de mano derecha supra yacente a región MCF del quinto dedo con posterior sangrado por lo que consulta. Dx: Heridas de otras partes de la muñeca y de la mano.

Fecha: 06/01/2017 **Especialidad:** Avidanti – Dr. German Augusto Mendoza Herrera

Resumen:

MC: herida abierta en zona extensora v con vidrio. EA: Paciente con cuadro clínico de más de 2 horas de evolución que inicia con herida abierta en zona v extensora de mano derecha suprayacente a región MCF del 5to dedo con posterior sangrado por lo que consulta. DX: Traumatismo de múltiples tendones y músculos extensores a nivel de la muñeca y de la mano.

Fecha: 01/02/2017 **Especialidad:** Avidanti – Dr. Francisco Leonardo Leonel

Resumen:

MC: control pop del 8 junio. EA: paciente quien presento herida avulsiva en región metacarpo falángica de mano derecha, con posterior exposición de zona articular y lesión tendinosa evidente. Al examen físico zona cruenta con exposición de área especial, región articular con exposición y lesión de mecanismos extensor y área ligamentaria colateral con necrosis por contusión remanente en un área de 3x2 cm. Hay sección completa del extensor índices propios con competencia del extensor común. Adecuada evolución. DX: Traumatismo de múltiples tendones y músculos extensores a nivel de la muñeca y de la mano.

Fecha: 01/02/2017 **Especialidad:** Diacorsas – Francisco Leonardo Leonel

Resumen:

MC: Control pop del 8 de junio. EA: paciente quien presento herida avulsiva en región metacarpo falángica de mano derecha con posterior exposición de zona articular y lesión tendinosa evidente. Al examen físico zona cruenta con exposición de área especial, región articular con exposición y lesión de mecanismo extensor y área ligamentaria colateral con necrosis por contusión remanente en un área de 3x2 cm. Hay sección completa del extensor indicis propios con competencia del extensor común. EF: cicatriz de maduración de colgajo integra, déficit funcional esperado. DX: Traumatismo de múltiples tendones y músculos extensores a nivel de la muñeca y de la mano.

Fecha: 24/03/2017 **Especialidad:** Medicadiz – Dr. Manuel Alejandro Rubiano Amezquita

Resumen:

MC: dolor de cintura. EA: Paciente de 44 años de edad que ingresa por cuadro de dolor lumbar agudo intenso de 6 horas de evolución, que irradia a miembros inferiores, que limito el movimiento, niega otra sintomatología. EF: cabeza y oral. Buen estado general, alerta, Afebril, hidratada. Sin dificultad respiratoria conjuntivas normo crómicas. Húmedas escleras anictéricas, oro faringe sin lesiones. Cuello móvil sin adenopatías. No ingurgitación yugular. Tórax simétrico ruidos respiratorios conservados. No sobre agregados. Ruidos cardiacos rítmicos. Sin soplos. Abdomen blando depresible no doloroso a la palpación superficial ni profunda. No masas. No megalias. No irritación peritoneal extremidades dolor a la palpación y contractura muscular en región lumbosacra. Sin edemas. Pulsos (+). Adecuado llenado capilar menor de

2 segundos. Neurológico: sensorio conservado sin déficit motor ni sensitivo. Fuerza muscular conservada sin alteración de pares craneal. No signos meníngeos.

Fecha: 24/03/2017 **Especialidad:** Medicadiz – Dr. Manuel Alejandro Rubiano Amezquita

Resumen:

MC: dolor de cintura. EA: paciente de 44 años de edad que ingresa por cuadro de dolor lumbar agudo intenso de 6 horas de evolución, que irradia a miembros inferiores. Que limito el movimiento, niega otra sintomatología.

Fecha: 24/03/2017 **Especialidad:** Medicadiz – Manuel Alejandro Rubiano Mesquita

Resumen:

MC: dolor en la cintura. EA: paciente de 44 años de edad que ingresa por cuadro de dolor lumbar agudo intenso de 6 horas de evolución, que irradia a miembros inferiores, que limito el movimiento. Niega otra sintomatología. EF: extremidades; dolor a la palpación y contractura muscular en región lumbosacra, sin edemas, pulsos (+), adecuado llenado capilar menor de 2 segundos.

Fecha: 22/08/2017 **Especialidad:** Clínica Sharon Y Uci Tolima Ltda – Dra. Yolanda Inés Guevara Sanabria

Resumen:

Subjetiva: paciente masculino de 45 años natural del guamo, procedente de Ibagué. Ocupación independiente con diagnósticos 1. Hipertensión arterial crónica no controlada. Manejo - amlodipino tab x 5 mg tomar 1 tab vo cada 12 horas - hidroclorotiazida tab x 25 mg tomar 1 tab. Al día - ácido acetilsalicílico tab x 100 mg tomar 1tab al día, Se ajusta a irbesartan/amlodipino 300 mg 710 mg tomar 1 tab al día, trae monitoreo de presión elevadas. Objetiva: EF; consiente, orientado, afebril, hidratado sin signos de dificultad respiratoria TA 160 /100 FC 70 x min FR 14 x min peso 75 kg conjuntivas rosadas mucosa oral húmeda cuello normal c/p ruidos cardiacos rítmicos ruidos respiratorios normales abdomen blando depresible, no dolor a la palpación extremidades normales neurológico sin déficit focal. Dx: hipertensión esencial (primaria).

Fecha: 23/08/2017 **Especialidad:** Dr. Larmont Aljuri – Neurocirujano

Resumen:

MC: 1 vez viene acompañado de la esposa perito automotriz. EA: 14 años de lumbalgia el cual ha progresado en frecuencia e intensidad irradia a miembros inferiores de predominio izquierdo con parestesias hasta artejos. Herida por arma de fuego en tobillo derecho dice que nunca por la EPS le han hecho manejo practicado estudios, no medicación, no terapias, no infiltración o manejo especializado. EF: no desviaciones antálgica, dolor lumbosacra Valleix. Marcha en puntas y talones limitada por el dolor en tobillo pero sin parecía Lassègue Bragard kavacsa de predominio derecho. Dx: Lumbociática de predominio derecho. 2. Discopatía L3-L4 L4-L5. 3. Hernia discal L4-L5 izquierda.

Fecha: 24/08/2017 **Especialidad:** Clínica Sharon Y Uci Tolima LTDA – Dr. José Alberto Isaza Zuluaga

Resumen:

Subjetiva: secuelas por heridas por arma de fuego en el cuello del pie derecho. El paciente se queja de dolor y limitación del movimiento del tobillo. En la mañana el pie le amanece trabado. Se le dificulta caminar en terreno irregular. Objetiva: tobillo con limitación dolorosa de la flexo extensión y de los movimientos de inversión y eversión. Rx de tobillo: esclerosis de la bóveda subastragalina y osteofitos anterior y posteriores. RNM: Muestra buen espacio articular tibio-astragalino y su astragalino, hay grandes osteofitos articulares anterior y posterior y alteración morfológica del peroné con la mortaja. Dx: Artrosis, no especificada.

Fecha: 08/09/2017 **Especialidad:** EPS Sanitas – Dra. Mayra Urueña Rodríguez

Resumen:

MC: promoción y prevención. EA: Paciente 44 años de edad con antecedente de hipertensión arterial. Paciente quien refiere que fue valorado por medicina interna Dra. Guevara, clínica Sharon quien indico manejo con irbersartan/amiodipino 300/10 mg cada día (no ha iniciado manejo). En el momento asintomático cardiovascular, no disnea, no sincopes, no palpitaciones, niega poliuria, no polifagia, refiere

polipsia, no hospitalizaciones recientes, no realiza ejercicio físico de forma ocasional, manifiesta cumplir con manejo nutricional hiposódica, niega consumo de alcohol, cigarrillo y/o sustancias psicoactivas. DX: Lumbago no especificado. DX1: Trastorno de disco lumbar y otros, con radiculopatía. DX2: Hipertensión esencial (primaria).

Fecha: 11/09/2017 **Especialidad:** Clínica Sharon Y Uci Tolima Ltda – Dra. Yolanda Inés Guevara Sanabria

Resumen:

Subjetiva: paciente masculino de 45 años natural del guamo, procedente de Ibagué. Ocupación independiente con diagnósticos 1. Hipertensión arterial crónica no controlada. 2. nefrolitiasis 3. Hematuria a estudio. Manejo - amlodipino tab x 5 mg tomar 1 tab voc cada 12 horas - hidrolcorotiazida tab x 25 mg tomar 1 tab. Al día - ácido acetilsalcilcio tab x 100 mg tomar 1tab al día, atorvastatina tab x 40mg tomar 1 tab. Al día. Se ajusta a irbersartan/amlodipino 300 mg 710 mg tomar 1 tab al día tra monitoreo de presión elevadas septiembre de 2017: CH normal. Ácido úrico: 5.92 mg DL. CH normal, TGC 220.8 mg DL TGC colesterol 238 doppler de arterias renales en el riñón derecho se evidencian dos imágenes eco génicas que proyectan sombra acústica long. 6mm cada una en relación de cálculos doppler arterias renales medicadiz nefrolitiasis izquierda leve incremento de la velocidad sistólica de la arteria extrarenal dececha en el hilio renal sin cambios en los demás parámetros. Objetiva: consiente, orientado, afebril, hidratado sin signos de dificultad respiratoria TA 123/64 FC 70 x min FR 14 x min peso 66 kg conjuntivas rosadas mucosa oral húmeda cuello normal c/p ruidos cardiacos rítmicos ruidos respiratorios normales abdomen blando depresible, no dolor a la palpación extremidades normales neurológico sin déficit focal paciente con altos factores de riesgo requiere manejo y seguimiento paciente con litiasis renal se inicia estudio y manejo DX: hipertension esencial (primaria).

Fecha: 16/09/2017 **Especialidad:** Urocadiz – Dr. Francisco Donaldo Melo Aguilar

Resumen:

MC: hematuria micro. EA: Durante exámenes de seguimiento por hipertensión arterial, realizan parcial de orina que sugiere hematuria micro, con urotac que sugiere litiasis renal bilateral de menos de 4 mm, con tres litros en cada riñón (caliciales) al igual con microalsuminuria refiere presencia de quiste en testículo, asociado a dolor. Eco sugiere espermatocele izquierdo, con presencia asociada de congestión post-vasectomía. DX: Cálculo del riñón. DX1: Espermatocele. DX2: Hipertensión esencial (primaria). DX3: Hematuria, no especificada.

Fecha: 05/10/2017 **Especialidad:** Urotol – Dr. Mario Bonnet Arciniegas

Resumen:

MC: Hematuria. EA: paciente con historia de hipertensión arterial, de dificultad control se le realizan estudios que muestran microlitiasis, el mayor de 3 mm refiere fu 4 x 0-1 orina oscura, vasectomía resección pterigio bilateral, haf en tobillo derecho, tenorrafia mano derecha toma provax, y betalok sok, asa atorvastatina. EF: buen estado general, abdomen blando depresible no masas percusión renal negativa. DX: Hematuria, no especificada.

Fecha: 12/10/2017 **Especialidad:** Eps Sanitas – Dr. José Yamit Guzman Díaz

Resumen:

MC: reporte. EA: evda 03/08/2017, hiatal pequeña, gastritis crónica antral. Bx gástrica antral 08/08/2017 gastritis crónica moderadamente activa leve, atrofia ausente, H pylori valorado por gastroenterología 16/08/2017 (por la policía), quien envió manejo con lanzoprazol 30x1, amoxicilina, claritromicina, (no lo ha iniciado). Negativo para metaplasia, displasia o malignidad. Refiere hace 4 días dolor abdominal tipo cólico, deposiciones blandas, liquidas. DX: Gastritis crónica, no especificada.

Fecha: 03/11/2017 **Especialidad:** Dirección Sanidad – Dra. Carmen Roció De La Rosa Ramos

Resumen:

MC: necesita remisión a especialistas. EA: Paciente de 45 años de edad con DX de HTA no controlada nefrolitiasis bilateral hematuria a estudio, micro albuminuria positiva, feocromocitoma a descartar recibe: aprovac 300/10 mg 1 al día, betaloc zok 1 tableta en la noche, aza y atorvastatina, quien asiste para ser remitido a especialistas. TAC: lesión nodular grasa que compromete la glándula suprarrenal derecha que puede corresponder a mielolipoma, quiste simple renal derecho. Nefrolitiasis bilateral.

Fecha: 07/11/2017 **Especialidad:** Urocadiz - Dr. Luis Carlos Rodríguez

Resumen:

MC: consulta por remisión de nefrología. EA: trae remisión de nefrología Dra. Yolanda Guevara, por sospecha de feocromocitoma, historia de HTA de difícil control, trae reporte de TAC que informa lesión nodular grasa que compromete suprarrenal derecha posible mioelolipoma, nefrolitiasis bilateral sin compromiso obstructivo. Está pendiente la resonancia abdominal trae reporte de gammagrafía renograma secuencial con filtración glomerular, Dra. Osorio, que reporta adecuada función glomerular sin alteraciones en la eliminación. DX: Hipertensión secundaria a trastornos endocrinos. Dx1: Tumor de comportamiento incierto o desconocido de la glándula suprarrenal.

Fecha: 18/11/2017 **Especialidad:** EPS Sanitas – Dra. Paola Marcela Zambrano Pabón

Resumen:

MC: tengo feocromocitoma. EA: Paciente con antecedente de HTA DX hace aproximadamente 5 años: persitentemente elevada a pesar do antihipertensivos, por lo que inicio por medios particulares para estudio de HTA secundario y manejo con Ibesartan 300/10*1 logrando control de cifras. Síntomas asociados refiere: cefalea global, palpitaciones ocasionales diaforesis. Manejo previo con: amlodipino 5'2. hct 251 losartan 50'2 (suspendo por efectos secundarios) estudiado por Cardiología por cuadro de palpitaciones, con l cruzy negativo. DX: Tumor de comportamiento incierto o desconocido de la glándula suprarrenal.

Fecha: 04/12/2017 **Especialidad:** Endho Colombia S.A.S – Dr. Alejandro Pinzón Tovar

Resumen:

MC: valoración. EA: cuadro de 2 meses de sospecha de HTA secundaria datos de arritmia cardiaca y palpitaciones, comenta cifras de TA elevadas en manejo con amlodipino 10 mg día irbesartan 300 mg día. En consulta de medicina interna se solicitaron estudios que comenta positivo para feocromocitoma y trae a esta consulta. DX: Hipertensión esencial (primaria).

Fecha: 04/12/2017 **Especialidad:** Endho – Dr. Alejandro Pinzón Tovar

Resumen:

MC: Valoración. EA: cuadro de 2 meses de sospecha de HTA secundaria datos de arritmia cardiaca y palpitaciones, comenta cifras de TA elevada en manejo con amlodipino 10 mg día 300 mg día. En consulta de medicina externa se solicitaron estudios que comenta positivos para feocrocitoma y trae a esta consulta. DX: Hipertensión esencial (primaria).

Fecha: 22/01/2018 **Especialidad:** Dr. Javier Carrillo – Endocrinólogo

Resumen:

MC: descontrol de HTA. EA: paciente de 45 años en control por HTA desde hace 3 años, refiere HTA de mal control, no cifras malignas. DX: Hipertensión esencial (primaria).

Fecha: 08/03/2018 **Especialidad:** Keralty **-** Dr. Fabián Andrés Parra Duran

Resumen:

MC: Control. EA: Paciente de 45 años procedente de área urbana de Ibagué con antecedente de HTA + lesión en polo superior renal con reporte de RNM con contraste fecha 18/11/2017 los hallazgos son compatibles con un mielo lipoma suprarrenal derecho, de apariencia benigna + clase funcional NYHA. Niega antecedente familiar de HTA o DM, asintomático, sin síntomas de vasoespasmo, sin vértigo, sin palpitaciones sin precordialgia, niega disnea, niega empeoramiento de la clase funcional, niega disnea paroxística nocturna, niega tos nocturna, niega síntomas irritativos urinarios, niega fiebre, refiere buena conciencia de enfermedad, hábitos alimentarios adecuados y adherencia al tratamiento adecuada con red familiar. Niega otros síntomas. DX: Hipertensión esencial (primaria).

Fecha: 08/05/2018 **Especialidad:** Endho Colombia S.A.S – Dr. Alejandro Pinzón Tovar

Resumen:

MC: control. EA: sospecha de HTA secundaria y datos de lesión adrenal derecha datos de arritmia cardiaca y palpitaciones. TTO con amilodipino 10 mg día más irbesartan 300 mg día. Se siente bien. DX: Hipertensión esencial (primaria).

Fecha: 08/05/2018 **Especialidad:** Endho – Dr. Alejandro Pinzón Tovar

Resumen:

MC: control. EA: sospecha de HTA secundaria y datos de lesión adrenal derecha, datos de arritmia cardiaca y palpitaciones. Tto con amlodipino 10 mg día más irbesartan 300 mg día, se siente bien. DX: Hipertensión esencial (primaria).

Fecha: 17/09/2018 **Especialidad:** Endho Colombia S.A.S – Dr. Javier carrillo

Resumen:

MC: control. EA: sospecha de HTA secundaria y datos de lesión adrenal derecha datos de arritmia cardiaca y palpitaciones. TTO con amilodipino 10 mg día mas irbesartan 300 mg día. DX: Hipertensión esencial (primaria).

Fecha: 02/10/2018 **Especialidad:** Medicadiz – Dr. John Henry Barragán Leal

Resumen:

MC: tengo dolor en la pelvis. EA: paciente con antecedente de litiasis renal, refiere viene presentando clínica de dolor abdominal con micción, el día de hoy sensación de dolor pulsatil sensación de pujo y tenesmo y disminución del calibre del chorro, no fiebre, no vomito por lo que consulta en el momento, no manejo del dolor.

Fecha: 02/10/2018 **Especialidad:** Medicadiz – Dr. Guillermo Antonio Díaz

Resumen:

MC: tengo dolor en la pelvis. EA: paciente con antecedente de litiasis renal, refiere viene presentando clínica de dolor abdominal con micción, el día de hoy sensación de dolor pulsátil sensación de pujo y tenesmo y disminución del calibre del chorro, no fiebre, no vómito, lo que consulta en el momento, no manejo del dolor.

Fecha: 03/10/2018 **Especialidad:** EPS Sanitas – Dr. Luis Gabriel Hernández Alba

Resumen:

MC: por dos cosas. EA: perito procedente de Ibagué, paciente con cuadro clínico de evolución consistente en presencia de lipomas en extremidades superiores conformados por ecografía de tejidos blandos de masa de la ara dorsal de mano derecha del 11/09/2018. Actualmente refiere 4 meses de evolución síntomas urinarios bajos, consulta el día de ayer a urgencias donde diagnostica urolitiasis y solicitan control por la consulta externa, niega fiebre, niega otra sintomatología. DX: Tumor benigno lipomatoso, de sitio no especificado. DX1: Cálculo del riñón.

Fecha: 21/12/2018 **Especialidad:** Endho Colombia S.A.S – Dr. Alejandro Pinzón Tovar

Resumen:

MC: Control. EA: datos de lesión adrenal derecha en seguimiento arritmia cardiaca, TTO con amlodipino 10 mg día más irbesartan 300 mg día. Refiere sentirse bien. DX: Hipertensión esencial (primaria).

Fecha: 21/12/2018 **Especialidad:** Endho – Dr. Erick Joseph Díaz Medina

Resumen:

MC: control. EA: datos de lesión adrenal derecha e seguimiento arritmia cardiaca, tto con amlodipino 10 mg día más irbesartan 300 mg día. Refiere sentirse bien. DX: Hipo.

Fecha: 22/02/2019 **Especialidad:** Keralty – Dra. Yaqueline Gamba Portilla

Resumen:

MC: electrocardiograma de ritmo o superficie sod. EA: para cirugía. DX: Tumor benigno lipoma toso, de sitio no especificado.

Fecha: 02/04/2019 **Especialidad:** Keralty – Dr. Luis Fernando Bautista

Resumen:

MC: asisto a control programa riesgo cardiovascular. EA: paciente de 46 años con factores de riesgo cardiovascular, hipertension arterial, en tratamiento con amlodipino irbesartan 10/300 aprovasc adherido, sigue medidas, no farmacológicas, asintomático cardiovascular, niega hospitalización menor a 3 meses, reporte de ECG 22/02/2019 ritmo sinusal trazado normal glicemia 80 creat 0,76 RX tórax normal del 20 /02/2019. DX: Hipertensión esencial (primaria). DX1: Cálculo de las vías urinarias en otras enfermedades clasificadas en otra parte. DX2: Examen de pesquisa especial para tumor de la próstata. DX3: Hematuria, no especificada.

Fecha: 11/04/2019 **Especialidad:** Clínica Ibagué

Resumen:

Anamnesis: paciente masculino de 46 años, pop de resección de masa en tercio distal de antebrazo derecho + colgajo de piel (11/04/2019). Subjetivo: paciente ingreso a la clínica para cirugía programada por la especialidad de cirugía de mano, la cual se realizó el día de hoy sin complicaciones, se pasó a la sala de recuperación donde presento adecuada evolución clínica, por lo cual cirujano de mano indica salida con recomendaciones, en el momento el paciente refiere sentirse bien, con buena modulación del dolor, sin emesis, diuresis positiva, niega otros síntomas. EF: extremidades; herida quirúrgica en tercio distal de antebrazo derecho, cubierta con apósito y vendaje bultoso, sin sangrado, sin signos de infección, perfusión distal buena, resto de extremidades eutróficas, móviles, sin edemas, llenado capilar 2 segundos. DX: Tumor benigno de la piel del miembro superior, incluido el hombro. DX1: Otros estados posquirúrgicos especificados.

Fecha: 22/04/2019 **Especialidad:** Clínica Ibagué – Dr. Francisco Javier Méndez Olaya

Resumen:

MC: pop resección masa en cara palmar de muñeca y antebrazo derecho. EA: Pop. EF: extremidades; eutróficas, sin edemas, bien prefundidas. Mano derecha: herida limpia. DX: Tumor benigno de la piel del miembro superior, incluido el hombro.

Fecha: 22/04/2019 **Especialidad:** Clínica Ibagué – Dr. Francisco Javier Mendez Olaya

Resumen:

MC: Pop resección masa en cara palmar de muñeca y antebrazo derecho. EA: pop. EF: Extremidades; eutróficas, sin edemas, bien perfundidas. Mano derecha herida limpia. DX: Tumor benigno de la piel del miembro superior, incluido el hombro.

Fecha: 02/05/2019 **Especialidad:** Keralty – Dr. Luis Fernando Bautista

Resumen:

MC: asisto a control programa riesgo cardiovascular. EA: paciente de 46 años con factores de riesgo cardiovascular, hipertension arterial, desde los 42 años TFG 106 función renal preservada. En tto con amlodipino irbesartan 10/300 aprovasc adherido, sigue medidas, no farmacológicas, asintomático cardiovascular, niega hospitalización menor a 3 meses, no aporta exámenes. DX: Hipertensión esencial (primaria).

Fecha: 17/05/2019 **Especialidad:** Keralty – Dr. Jaime Alberto Solano Rivas

Resumen:

MC: tiene control con endocrinología. EA: independiente, procedente de Ibagué ciente con antecedente de lesión adrenal derecha (mielolipoma) con tto y seguimiento por endocrinología, ultimo control hace 5 meses y tiene nuevo control además trae ecografía renal que reporta nefrolitiasis bilateral. DX: Tumor benigno lipomatoso, de sitio no especificado.

Fecha: 17/05/2019 **Especialidad:** Keralty – Dr. Leonardo Andrés Ávila Polanco

Resumen:

MC: urolitiasis. EA: paciente refiere antecedente de urolitiasis desde el años 2012, presento nuevo episodio de cólico renoureteral derecho el 1 de noviembre de 2017, por ecografía de control identifican urolitiasis, dan y remiten a urología. Paciente refiere cuadro clínico de más o menos 1 año de evolución de síntomas urinarios bajos moderados dados por disminución del calibre y fuerza del chorro urinario, vacilación, pujo, tenesmo vesical, urgencia miccional afectación de calidad de vida, habito urinario diurno cada 3 horas. Nicturia 1 a 2. DX: 1. urolitiasis a repetición. 2. Mielolipoma no funcional de glandula suprarrenal derecha 21 x 46 mm. 3. Quiste renal izquierdo simple14 mm. 4. Nefrolitiasis bilateral no obstructiva entre 2 y 3 mm. 5. Disfunción del tracto urinario bajo.

Fecha: 17/05/2019 **Especialidad:** Keralty – Dr. Jaime Alberto Solano Rivas

Resumen:

MC: tiene control con endocrinología. EA: independiente, procedente de Ibagué, paciente con antecedente de lesión adrenal derecha (mielolipoma)con tto y seguimiento por endocrinología, ultimo control hace 6 meses y tiene nuevo control, además trae ecografía renal que reporta nefrolitiasis bilateral. DX: Tumor benigno lipomatoso, de sitio no especificado. Dx1: Cálculo del riñón.

Fecha: 17/05/2019 **Especialidad:** Keralty – Dr. Jaime Alberto Solano Rivas

Resumen:

MC: tiene control con endocrinología. EA: Independiente, procedente de ibague, paciente con antecedente de lesión adrenal derecha (mielo lipoma) con tto y seguimiento por endocrinología, ultimo control hace 5 meses y tiene nuevo control, además trae ecografía renal que reporta nefrolitiasis bilateral. DX: Tumor benigno lipomatoso, de sitio no especificado.

Fecha: 07/06/2019 **Especialidad:** Keralty – Dr. Leonardo Andrés Ávila Polanco

Resumen:

MC: urolitiasis. EA: Paciente refiere antecedente de urolitiasis desde el año 2012, presento nuevo episodio de cólico reno ureteral derecho el 01/11/2017, por ecografía de control identifican urolitiasis dan y remiten a urología. Niega fiebre, no síntomas de cistitis, no expulsión de litos con la micción no hematuria último episodio de cólico renal año 2018. Está en control por endocrinología de mielo lipoma no funcional de glándula suprarrenal derecha. Paciente refiere cuadro clínico de más o menos 1 año de evolución de síntomas urinarios bajos moderados dados por disminución del calibre y fuerza del chorro urinario, vacilación, intermitencia, pujo, tenesmo vesical, urgencia miccional, afectación de calidad de vida. Habito urinario diurno cada 3 horas, nicturia 1 a 2, consumo de cafeína 1 a 2 tazas al día, niega hematuria, no retención urinaria no infección urinaria. DX: 1. Urolitiasis a repetición. 2. Mielo lipoma no funcional de glándula suprarrenal derecha 21x16 mm. 3. Quiste renal izquierdo simple 14 mm. 4. Nefrolitiasis bilateral no obstructiva entre 2 y 3 mm. 5. Disfunción del tracto urinario bajo. 6. Hiperplasia prostática.

Fecha: 06/07/2019 **Especialidad:** Endho Colombia S.A.S – Dr. Alejandro Pinzón Tovar

Resumen:

MC: control. EA: datos de lesión adrenal derecha en seguimiento, arritmia cardiaca, HTA, litiasis renal, TTO con amlodipino 10MG día más irbesartan 300 MG día. Refiere sentirse bien no hay características de facomatosis. DX: Hipertensión esencial (primaria).

Fecha: 16/07/2019 **Especialidad:** Endho – Dr. Alejandro Pinzón Tovar

Resumen:

MC: control. EA: datos de lesión adrenal derecha en seguimiento, arritmia cardiaca, HTA, litiasis renal, tto con amlodipino 10 mg día más irbesartan 300 mg día. Refiere sentirse bien. No hay características de facomatosis. DX: Hipertensión esencial (primaria).

Fecha: 22/07/2019 **Especialidad:** Keralty – Dr. José Yamit Guzman Díaz

Resumen:

MC: control. EA: paciente de 46 años con antecedente de hipertension arterial, tratamiento actual ibesartan 300x1 amlodipino 10x1. Actualmente asintomático, no dolor torácico, no disnea, no sincopes. Adherencia y tolerancia a tratamiento. Niega hospitalización en los últimos 3 meses. DX: Hipertensión esencial (primaria).

Fecha: 04/11/2019 **Especialidad:** Clinica Ibagué – Dr. Néstor Daniel Guarnizo

Resumen:

MC: cirugía programada. EA: paciente masculino de 46 años, pop de resección de masa en tercio distal de antebrazo derecho + colgajo de piel (11/04/2019). DX: Tumor benigno de la piel del miembro superior, incluido el hombro. Dx1: Otros estados posquirúrgicos especificados.

Fecha: 12/11/2019 **Especialidad:** Endho Colombia S.A.S – Dr. Alejandro Pinzón Tovar

Resumen:

MC: control. EA: hombre de 47 años con lesión adrenal derecha en seguimiento arritmia cardiaca. HTA, litiasis renal, TTO con amlodipino 10MG mas irbesartan 300MG día, refiere sentirse bien, reporte de paraclínicos: TAC de adrenales de 10/10/2019 lesión adrenal derecha de 17x14x18 mm, densidad -58 UH reportan además urolitiasis Dra. Younes. DX: Hipertensión esencial (primaria).

Fecha: 19/12/2019 **Especialidad:** Medicadiz

Resumen:

MC: gastritis. EA: Paciente de 47 años con antecedente de HTA (amlodipino 10x1, ibesartan 300x1). Con cuadro clínico de 1 día. Consiste en síntomas gripales, escalofrío, malestar general, dolor epigástrico de tipo urente.

Fecha: 23/01/2020 **Especialidad:** Keralty – Dra. Claudia Patricia Parra Ramírez

Resumen:

MC: Teleconsulta control de crónicos, paciente acepta. EA: paciente de 47 años procedente de Ibagué con diagnósticos de hipertension arteria, TFG 109 microalb 7.9 función renal preservada, nefrolitiasis bilateral, mielo lipoma suprarrenal derecho manejo por endocrinología, comenta buen estado de salud, toma el tto cumplido, niega síntomas sistémicos o respiratorios. DX: Hipertensión esencial (primaria). DX1: Hiperlipidemia mixta.

Fecha: 05/02/2020 **Especialidad:** Cenditer S.A.S – Dr. Cesar Fausto Huertas

Resumen:

MC: Paciente con antecedente de infección por h. pylori, para lo que ha recibido tratamiento, actualmente refiere dispepsia, diarrea ocasional. EF: buen estado general. DX: gastritis crónica.

Fecha: 14/02/2020 **Especialidad:** Keralty – Dr. Luis Fernando Bautista

Resumen:

MC: asisto a control crónico. EA: paciente de 47 años de edad procedente de Ibagué con diagnóstico de hipertension arterial desde los 42 años. TFG 106 función renal preservada, nefrolitiasis bilateral. Mielolipoma suprarrenal derecha en tratamiento con amlodipio 10 irbesartan 300 mg x1. Adherido, sigue medidas, no farmacológicas, asintomático cardiovascular no angina edema bíceps no deterioro de la clase funcional, niega hospitalización menor a 3 meses, reporte de LLD 136 TG 206 Glicemia 72. DX: Hipertensión esencial (primaria). DX1: Alteración visual, no especificada. DX2: Cálculo del riñón.

Fecha: 07/03/2020 **Especialidad:** Keralty – Dr. Leonardo Andrés Ávila Polanco

Resumen:

MC: Diagnósticos; 1. uro litiasis a repetición, 2. mielo lipoma no funcional de glándula suprarrenal derecha 21x16 mm, 3. Quiste renal izquierdo simple 14 mm, 4. Nefrolitiasis bilateral no obstructiva entre 2 y 3 mm, 5. Disfunción del tracto urinario bajo, 6. Hiperplasia prostática. EA: paciente refiere mejoría de síntomas urinarios y calidad de vida con el uso de tamsulosina 0.4 mg día. No efectos secundarios graves. Habito urinario diurno cada 2 a 3 horas, nicturia 1 a 2, niega hematuria, no retención urinaria, no infección urinaria. DX: Hiperplasia de la próstata.

Fecha: 30/04/2020 **Especialidad:** Keralty – Dra. Rosalía Bedoya Tapia

Resumen:

MC: dolor en la rodilla. EA: paciente de 47 años de edad con cuadro de 5 días de dolor en rodilla derecha, de predominio nocturno tipo punzada, no ha presentado edema, calor local manifiesta refiere desde hace 20 días dolor en region inguinal, refiere antecedente de hernia inguinal, reporte de eco hace 2 años. Paciente con HTA de difícil manejo, manejo con amlodipino más irbesartan con respuesta a la medicación. DX: Dolor en articulación. DX1: Hernia inguinal unilateral o no especificada, sin obstrucción ni gangrena.

Fecha: 14/05/2020 **Especialidad:** Keralty – Dr. Luis Fernando Bautista

Resumen:

MC: control paciente crónico modalidad no presencial por contingencia Covid 19. EA: paciente de 47 años de edad procedente de Ibagué con diagnósticos de hipertension arterial desde los 42 años TFG 109 microalb 7.9 función renal preservada, nefrolitiasis bilateral mielo lipoma suprarrenal derecha en tratamiento actual con amlodipino 5 irbesartan 300 mg x 1. Adherido, sigue medidas no farmacológicas, asintomático cardiovascular no angina edemas no deterioro de la clase funcional 1. Niega hospitalización menor a 3 meses, no aporta exámenes. DX: Hipertensión esencial (primaria).

Fecha: 26/05/2020 **Especialidad:** Eps Sanitas – Dra. Daniela Ávila Rojas

Resumen:

MC: Se abre historia clínica de control para generar incapacidad médica. EA: Se abre historia clínica de control para generar incapacidad médica. DX: Lumbago no especificado.

Fecha: 26/05/2020 **Especialidad:** Keralty – Dra. Daniela Ávila Rojas

Resumen:

MC: Me siento inmovilizado. EA: paciente de 47 años de edad con antecedentes de HTA, lumbociático con predominio derecho, hernia discal en L4 Y L5 DX hace 3 años quien consulta por presentar cuadro clínico de 5 días de evolución consistente en lumbago acompañado de limitación para la marcha y la movilidad niega otra sintomatología asociada. DX: Lumbago no especificado.

Fecha: 28/05/2020 **Especialidad:** Medicadiz – Dra. Mayra Alejandra Quintero Mora

Resumen:

MC: hipo. EA: ingresa paciente por cuadro clínico de 1 día de evolución consistente en accesos de hipo, sin fiebre, sin tos, sin disnea, sin odinofagia, sin síntomas gastrointestinales, niega contacto con personas sintomáticas respiratorias o confirmadas o sospechosas de Covid, niega desplazamientos fuera de la ciudad en los últimos 15 días. Ha realizado trabajos escasos como perito automotor de manera particular. EF: Buen estado general, afebril, hidratado, normocefalico, cuello móvil, sin masas, tórax normo expansible sin trajes ni disnea, MV conservado sin agregados, RSCS rítmicos sin soplos. Abdomen: blando, no doloroso, sin irritacion peritoneal, genitourinario: no examinado. Extremidades: móviles, no edemas, perfusión distal < 3 segundos, neurológico: alerta, orientada en las 3 esferas, Pinral, sin déficit motor ni sensitivo, reflejos no meningismos. Se presencian escasos accesos de hipo. DX: Dolor abdominal localizado en parte superior.

Fecha: 30/06/2020 **Especialidad:** Endho – Dr. Alejandro Pinzón Tovar

Resumen:

MC: control. EA: Hombre de 47 años quien habita en Ibagué – Tolima con diagnóstico de lesión adrenal derecha en seguimiento arritmia cardiaca. HTA, litiasis renal, tto con amlodipino 5 mg día, irbesartan 300 mg día. Refiere sentirse bien, en espera de control. DX: Hipertensión esencial (primaria).

Fecha: 23/07/2020 **Especialidad:** Keralty – Dr. Luis Gabriel Hernandez Alba

Resumen:

MC: Por dolor en el hombro izquierdo. EA: paciente con cuadro clínico de 5 días de evolución constante en presencia de artralgia de hombro izquierdo irradiado a region cervical y dorsal ipsilateral con limitación funcional niega otra sintomatología. DX: Contusión del hombro y del brazo.

Fecha: 23/07/2020 **Especialidad:** Keralty – Dr. Luis Gabriel Hernandez Alba

Resumen:

MC: por dolor en el hombro izquierdo. EA: paciente con cuadro clínico de 5 días de evolución consistente en presencia de artralgia de hombro izquierdo irradiado a region cervical y dorsal ipsilateral, con limitación funcional, niega otra sintomatología. DX: Contusión del hombro y del brazo.

Fecha: 13/08/2020 **Especialidad:** Keralty – Dra. Sorlennis Teresa Padilla Núñez

Resumen:

MC: seguimiento telefónico/medico contingencia Covid 19. EA: Adulto maduro con antecedente de HTA EI controlada, función renal reservada hiperplasia prostática, refiere antecedentes de dolor y edema testicular derecho de 3 días de evolución, acude con reporte de ecografía testicular (idime 13/08/2020) epididimitis derecha, quiste simple de la cabeza del epidídimo izquierdo, sin manejo actual. DX: Trastorno del testículo y del epidídimo en enfermedades clasificadas en otra parte.

Fecha: 13/08/2020 **Especialidad:** Keralty – Dra. Sorlennis Teresa Padilla Núñez

Resumen:

MC: seguimiento telefónico/medico, reporte de ecografía testicular. EA: adulto maduro con antecedentes de HTA EI controlada, función renal preservada, hiperplasia prostática, refiere antecedentes de dolor y edema testicular derecho de 3 días de evolución, acude con reporte de ecografía testicular (idime 13/08/2020) epididimitis derecha, quiste simple de la cabeza del epidídimo izquierdo sin manejo actual. DX: Trastorno del testículo y del epidídimo en enfermedades clasificadas en otra parte.

Fecha: 08/10/2020 **Especialidad:** Keralty – Dra. Claudia Patricia Parra Ramírez

Resumen:

MC: teleconsulta control de crónico, paciente acepta. EA: paciente de 47 años procedente de Ibagué con diagnósticos de hipertension arterial. TFG 109 microalb 7.9 función renal preservada, nefrolitiasis bilateral, mielo lipoma suprarrenal derecho manejo por endocrinología, comenta buen estado de salud, toma el tto cumplido, niega síntomas sistémicos o respiratorios. DX: Hipertensión esencial (primaria). DX1: Hiperlipidemia mixta.

Fecha: 22/10/2020 **Especialidad:** Endho – Dr. Alejandro Pinzón Tovar

Resumen:

MC: Control. EA: Hombre de 47 años quien habita en Ibagué – Tolima con diagnóstico de lesión adrenal derecha en seguimiento arritmia cardiaca. HTA, litiasis renal, tto con amlodipino 5 mg día, irbesartan 300 mg día. Refiere sentirse bien, en espera de control. DX: Hipertensión esencial (primaria).

Fecha: 10/12/2020 **Especialidad:** Supra – Dr. Luis Alberto Rodriguez Suarez

Resumen:

MC: Paciente quien solicita valoración por oftalmología para manejo por parte de Colpensiones para determinar su estado visual. Ha sido valorado en varias oportunidades por daño progresivo de su nervio óptico con gran compromiso visual. Tiene campimetría del día de hoy, con daño severo de fibras nerviosas correlacionada con escotomas profundos en los cuatro cuadrantes. Análisis: paciente con cuadro crónico con compromiso de fibras nerviosas que comprometen su agudeza visual. Sin mejoría, ya que este tipo de patología no tiene tratamiento, ya que el daño sufrido es irreversible. DX: Otros trastornos del nervio óptico y de las vías ópticas en enfermedades clasificadas en otra parte.

Fecha: 16/12/2020 **Especialidad:** Medicadiz – Dr. Cesar Vinicio Murillo Rodriguez

Resumen:

MC: que tiene gafas formuladas pero no la usa por no ver bien con ellas, no recuerda cuando las formularon última hace dos años no las trae, pendiente manda a hacer formula de gafas. EA: tiene CV computarizado del 05/09/2017. DX: Sospecha de glaucoma. DX1: Pterigion. DX2: Otros trastornos especificados de la córnea. DX3: Otros trastornos de la refracción.

Fecha: 21/12/2020 **Especialidad:** Endho – Dr. Alejandro Pinzón Tovar

Resumen:

MC: control. EA: hombre de 47 años quien habita en Ibagué Tolima diagnóstico de lesión adrenal derecha, arritmia cardiaca, HTA, litiasis renal, TTO con amlodipino 5 MG día, irbesartan 300 mg día. Refiere permanecer estable, espera reporte de paraclínicos que serán entregados el 28 de diciembre de 2020. DX: Hipertensión esencial (primaria).

Fecha: 21/12/2020 **Especialidad:** Endho – Dr. Alejandro Pinzón Tovar

Resumen:

Concepto: paciente con HTA controlada y lesión adrenal derecha con leve incremento en tamaño al seguimiento por imágenes hasta el momento sin evidencia de producción hormonal. En espera de resultados de pruebas hormonales para definir concepto quirúrgico, control con paraclínicos pendientes.

Fecha: 21/12/2020 **Especialidad:** Endho

Resumen:

MC: Control. EA: hombre de 47 años quien habita en Ibagué-tolima diagnóstico de lesión adrenal derecha, arritmia cardiaca, HTA, litiasis renal, tto con amlodipino 5 mg día/ irbesartan 300 mg día. Refiere permanecer estable, espera reporte de paraclínicos que serán entregados el 28 de diciembre de 2020.

Fecha: 28/12/2020 **Especialidad:** Medicadiz – Dr. Carlos Andrés Mosquera Abelló

Resumen:

MC: concepto otorrinolaringología para Colpensiones. EA: Paciente con 5 años de evolución de hipoacusia y tinnitus, antecedente de exposición laboral al ruido al feocromocitoma, discopatia lumbar, HTA, EF rinoscopia anterior con septum sinuoso, cornetes inferiores eutróficos, dentulo, amígdalas grado ll, otoscopia bilateral normal, trae audiológicos seriados del 21-22-23/12/2020 que muestra PTA bilateral de 42 DB, Caída en frecuencia, agudas hasta 90 DB, y paciente con hipoacusia neurosensorial severa con caída en agudos acorde con trauma acústico, acorde a exposición laboral al ruido, requiere audífonos digitales bilaterales, programables multicanales por hipoacusia presentada. DX: Hipoacusia neurosensorial, bilateral.

Fecha: 28/12/2020 **Especialidad:** Medicadiz – Dr. Alejandro Pinzón Tovar

Resumen:

MC: concepto otorrinolaringología para Colpensiones. EA: paciente con cuadro de años de evolución de hipoacusia y tinnitus, antecedente de exposición laboral al ruido AP feocromocitoma, Discopatia lumbar, HTA, en rinoscopia anterior con septum sinuoso, cornetes inferiores

eutrófico dentulo, amígdalas grado ll, otoscopia bilateral normal, trae audiológico seriados de 21-22-23/12/2020 que muestra pta bilateral de 42 DB. Caída en frecuencia agudas hasta 90 DB A y P, paciente con hipoacusia neurosensorial severa con caída de agudos acorde con trauma acústico. Acorde a exposición laboral al ruido. Requiere audífonos digitales bilaterales programables multicanales por hipoacusia presentada. DX: Hipoacusia neurosensorial, bilateral.

Fecha: 02/02/2021 **Especialidad:** Dr. Nelson Alberto Morales Alba – Neurocirujano

Resumen:

MC: valoración. EA: refiere el paciente que le han diagnosticado hernias discales. Acude para un concepto. El paciente describe dolor distal de miembros inferiores de tipo cansancio en miembros inferiores, distal a las rodillas con sensación de pesadez, episodios de dolor lumbar que lo han llevado a ser consultante frecuente de urgencias. Adiciona dolor lumbar crónico que se irradia a miembros inferiores los síntomas se desencadenan con cualquier esfuerzo físico. Completa más de 8 años de síntomas. Adiciona secuelas de HPAF en pie derecho, que interfiere para la marcha, especialmente en terrenos irregulares. Aporta resonancia magnética de col lumbar reciente que demuestra deshidratación y perdida de altura leve en L3 L4, con que se aprecia protrusión concéntrica con HIZ, no hay cambios de modic, canal raquídeo amplio sin compresiones radiculares. Disco Patía L4 L5, sin HIZ con canal amplio. EF: en el momento sin déficit motor, sin limitación funcional por dolor. Paresia subjetiva leve de miembros inferiores, dolor lumbar a la exploración de lasegue, dolor lumbar a la palpación de apófisis espinosa, reflejos simétricos normales. DX: Trastornos de los discos intervertebrales, no especificado. DX1: Lumbago no especificado.

Fecha: 01/02/2082 **Especialidad:** Clinica Ibagué – Dr. Francisco Javier Mendez

Resumen:

MC: Paciente con masa en cara palmar muñeca derecha hace 10 años masa en tercio superior de brazo izquierdo. EA: sin tratamiento. DX: Tumor benigno de la piel del miembro superior, incluido el hombro.

Pruebas especificas

Fecha: 07/05/2002 **Nombre de la prueba:** Radiografía de la Pierna - Dr. Luis Fernando Novoa

Resumen:

Estabilización satisfactoria mediante tutor externo de las fracturas con minutas distales de ambos huesos de la pierna. Edema de tejidos blandos.

Fecha: 07/05/2002 **Nombre de la prueba:** Radiografía del Pie - Dr. Luis Fernando Novoa

Resumen:

Fractura con minuta distal del peroné, alteración de las relaciones articulares del retropié. estabilización de las fracturas mediante tutor externo. edema de tejidos blandos.

Fecha: 31/05/2005 **Nombre de la prueba:** RX Cuello de Pie Derecho - Dr. Guillermo Antonio Diaz García

Resumen:

Osteopenia difusa. secuelas de fractura en la región distal del peroné, irregularidad del contorno y la densidad ósea. espacios articulares conservados.

Fecha: 27/11/2006 **Nombre de la prueba:** Campimetría Computarizada – Dra. Olga Patricia Trujillo Calle

Resumen:

OD: índices de confiabilidad normales. marcada disminución de la sensibilidad retinal. en las imágenes graficas se aprecian defectos en los cuatro cuadrantes, los cuales persisten con el patrón de desviación como discreto escotoma semiarqueado superior e inferonasal, confluentes. OI: índices de confiabilidad normales, ,marcada disminución de la sensibilidad retinal. en las imágenes graficas se aprecian, defectos en los cuatro cuadrantes, los cuales persisten parcialmente con el patrón de desviación como escotoma semiarqueado superior e

inferior. Concepto: el examen sugiere daño moderado, en fibras nerviosas de ambos ojos, con mayor compromiso en ojo izquierdo, se recomienda control periódico de campos visuales. los resultados descritos deben ser correlacionados con la clínica. la campimetría ha quedado archivada en la computadora para futuras pruebas comparativas.

Fecha: 24/04/2008 **Nombre de la prueba:** Ecografía Testicular – Dr. Juan Carlos Celis

Resumen:

Los testículos son de localización intraescrotal. ambos testículos son de morfología, volumen y contextura conservada, no se visualizan alteraciones solidas, ni quísticas. ambos epidídimos son de morfología conservada se identifica discreto aumentado y heterogeneidad en la cola del epidídimo derecho con respecto al izquierdo, cambios que sugieren proceso inflamatorio. no se observan signos de hidrocele, se observa dilatación y tortuosidad de los plexos pampiniformes del lado izquierdo.

Fecha: 31/05/2008 **Nombre de la prueba:** Tac Cráneo Simple – Dr. Camilo Munevar

Resumen:

Se hicieron cortes axiales continuos desde la base del cráneo hasta el vértex con los siguientes hallazgos: El parénquima encefálico tiene apariencia normal. La arquitectura cortical, subcortical y gangliobasal no presentan ninguna alteración. El sistema ventricular supratentorial es de morfología, tamaño y densidad normales. Las cisternas basales y el espacio subaracnoideo de las convexidades son de densidad normal. El tallo cerebral, el cerebelo y el cuarto ventrículo tienen una morfología conservada. Las estructuras óseas de la base craneana y calota no presentan alteraciones. La silla turca es normal. Estructuras orbitarias de apariencia normal. Engrosamiento mucoso de celdillas etmoidales izquierdas. Conclusión: Parénquima encefálico visualizado sin alteraciones. Engrosamiento mucoso de celdillas etmoidales izquierdas.

Fecha: 26/06/2008 **Nombre de la prueba:** Ecografía Pélvica – Dr. Diego Hoyos

Resumen:

Vejiga urinaria de contornos y capacidad normales. próstata de 29x29x28 mm para un volumen de 17 cc sin lesiones focales, tejidos periprosticos sin alteraciones, no se observan masas ni colecciones pélvicas. Opinión: ecografía pélvica normal.

Fecha: 01/05/2009 **Nombre de la prueba:** Ecografía Vías Urinarias – Dr. Diego Hoyos Hoyos

Resumen:

Riñón derecho: 123x66x66 mm, Riñón izquierdo: 124x58x61 mm, los riñones presentan ecogenicidad cortical normal conservan relación corticomedular. sistema pielocaliciales colapsados. en el tercio medio del derecho se identifica un calculo de 4 mm de diámetro. capsula y tejidos perirrenales sin alteraciones, vejiga urinaria de contornos y capacidad normal.

Fecha: 02/04/2012 **Nombre de la prueba:** Ecografía Renal Y De Vías Urinarias – Dra. Martha Johanna Castro Gómez

Resumen:

Riñones de localización, forma, tamaño y ecogenicidad usuales, con adecuada diferenciación cortico medular, sin dilatación de cavidades pielocaliciales, ni colecciones perirrenales. no se evidencian lesiones focales quísticas ni solidas. las dimensiones renales son: riñón derecho 11.1x4.6x6 cm, con un espesor cortical de 16 mm. riñón izquierdo de 12.5x4.3x6 cm, con un espesor cortical de 15.4 mm. vejiga distendida de paredes delgadas contenido claro, sin evidencia de masas intraluminales, con un volumen previo de 591 cc. próstata de tamaño normal, sin alteración aparente de su ecogenicidad. residuo post-miccional de 2%. CONCLUSION: residuo post-miccional de 2%.

Fecha: 31/10/2012 **Nombre de la prueba:** Ecografía Abdomen Total – Dr. Guillermo Morales Arboleda

Resumen:

Con transductor Convex de 4.2 Mhz se realizó barrido sonográfico del abdomen con los siguientes hallazgos: El hígado es de tamaño, forma, contornos y posición normales con aumento leve de la ecogenicidad, sin lesiones focales ni difusas. La vía biliar intra y extra hepática es de calibre y configuración normales. Vesícula biliar distendida por el ayuno de paredes regulares, no presenta Imágenes hiperécoicas en su interior. El páncreas se visualiza adecuadamente en todas sus porciones sin masas ni colecciones. El bazo es de tamaño

normal, ecoestructura homogénea y no hay alteraciones de su cápsula. Riñones de tamaño, forma, contornos posición y orientación normales. No hay evidencia de lesiones cálcicas ni quísticas, ni fenómenos obstructivos. No se observaron alteraciones en el curso y calibre de las estructuras vasculares retroperitoneales. No hay adenomegalias ni liquido libre en la cavidad. Vejiga urinaria de paredes y capacidad adecuadas. Próstata de aspecto ecográfico normal. Opinión: Leve infiltración grasa hepática.

Fecha: 31/10/2012 **Nombre de la prueba:** Ecografía Vías Urinarias – Dr. Guillermo Morales Arboleda

Resumen:

riñones de tamaño, forma, contornos, posición y orientación normales. la ecogenicidad capsular, cortical y medular no presenta alteraciones. no hay calcificaciones, lesiones quísticas, solidas, ni fenómenos obstructivos. las relaciones cortico medulares se encuentran conservadas. las dimensiones renales son: riñón derecho: 110x49x37 mm, riñón izquierdo: 127x64.5x36 mm, no se observaron alteraciones de los espacios peri o pararrenales. la vejiga con una adecuada distensión, de paredes delgadas, con un volumen de llenado de 466.3 cc y se evidencia leve residuo postmiccional de 16.6 cc. vesículas seminales sin alteraciones. próstata de aspecto ecográfico mixto que mide 29x41x30 mm y un volumen de 19.2 cc. Opinión: leve residuo post-miccional.

Fecha: 31/10/2012 **Nombre de la prueba:** Eco Tejidos Blandos Pared ABD – Dr. Guillermo Morales Arboleda

Resumen:

Se realizo exploración de la region inguinal derecha, observando: los músculos y los planos que estos delimitan con características adecuadas. se evidencia un pequeño defecto de herniación del contenido inguinal durante la maniobra de Valsalva, por dentro del paquete vascular. el aspecto del tejido celular subcutáneo y la piel es normal y no se demuestran adenopatías. Conclusión: pequeño defecto vascular del canal inguinal derecho.

Fecha: 05/12/2012 **Nombre de la prueba:** Ecografía Doppler De Vasos Venosos De Miembros Inferiores – John Henry Barragan Leal

Resumen:

Miembro inferior derecho: ostium derecho de 6.2 mm. cayado safeno femoral derecho incompetente con un reflujo de 1.0 seg de duración a la maniobra de Valsalva. insuficiencia de los 2/3 distales de la safena mayora con un diámetro distal de la misma de 7.1 mm. femoral superficial y poplítea competente, no hay trombosis venosa profunda ni superficial. Miembro inferior izquierdo: ostium de 5.8 mm. cayado safeno femoral izquierdo competente. insuficiencia del tercio distal de la safena mayor izquierda con diámetro distal de 6.4 mm. femoral superficial y poplítea competente. no hay trombosis venosa profunda ni superficial. Conclusión: insuficiencia del cayado safeno femoral derecho. insuficiencia de la safena mayor derecha. insuficiencia del tercio distal de la safena mayor izquierda. no hay trombosis venosa profunda ni superficial.

Fecha: 11/12/2012 **Nombre de la prueba:** RX de Caderas - Dr. John Henry Barragán Leal

Resumen:

Relaciones articulares conservadas, ligera esclerosis de las superficies articulares acetabulares, no hay trazos de fractura, mineralización ósea normal. planos grasos conservados.

Fecha: 17/12/2012 **Nombre de la prueba:** RX de Columna Lumbosacra – Dr. John Henry Barragán Leal

Resumen:

Altura de cuerpos vertebrales conservada, disminución del espacio invertebral L5-S1, signos de espondilólisis lateral izquierda sin espondilolistesis, mineralización ósea normal.

Fecha: 11/03/2013 **Nombre de la prueba:** RM Cerebro - Dr. Camilo Munevar

Resumen:

el parénquima nervioso supratentorial es normal. la arquitectura cortical, subcortical y gangliobasal no presentan alteracion, no se observan alteraciones parenquimatosas focales. el sistema ventricular supratentorial tiene tamaño y morfología normales. tallo cerebral cuarto

Ventriculo y hemisferios cerebelosos sin alteraciones focales ángulos pontocerebelosos libres. unión craneo-cervical normal. hipófisis, quiasma, nervios ópticos y cuerpo calloso con morfología e intensidad de señal normales. las cisternas de la base y los espacios subaracnoideos para las convexidades están libres. notorio aumento de calibre y tortuosidad de carótidas intra cavernosas, segmentos M1 y sistema vertebro basilar. estructuras orbitarias sin alteracion. cambios inflamatorios moderados frontoetmoidomaxilares. Opinión: parénquima encefálico son lesiones focales. notorio aumento de calibre y tortuosidad de carótidas intracavernosas, segmentos M1 y sistema vertebrobasilar. cambios inflamatorios moderados frontoetmoidomaxilares.

Fecha: 01/05/2013 **Nombre de la prueba:** RM Columna Lumbosacra – Dr. Jesús Camilo Forero Hernández

Resumen:

La altura de los cuerpos vertebrales está conservada. Disminución en la intensidad de la señal de los discos L3-L4 y L4-L5 por discopatia. No hay desalineamientos. En L3-L4 y L4-L5 hay pequeñas hernias de disco protruidas centrales con desgarro anular no compresivas. Los agujeros de conjunción están libres. Las articulaciones apofisiarias son normales. En los demás segmentos estudiados el canal óseo es de dimensiones normales, el saco dural y las raíces no presentan ninguna alteración. Los agujeros de conjunción están libres. Las articulaciones apofisiarias son normales. No hay compresiones sacoradiculares. La médula espinal distal y las estructuras de la cola de caballo tienen una morfología e intensidad de señal conservada. No hay lesiones focales. Conclusión: Discopatia L3-L4 y L4-L5 con pequeñas hernias de disco protruidas centrales con desgarro anular no compresivas.

Fecha: 01/05/2013 **Nombre de la prueba:** RM de caderas - Dra. Ayda Maritza Orjuela

Resumen:

Las cabezas femorales son simétricas, de forma, tamaño contornos e intensidad de señal usuales. No hay lesiones focales que sugieran cambios de necrosis vascular. Las relaciones articulares coxofemorales están conservadas. Los grupos musculares visualizados son de apariencia, morfología e intensidad de señal normales, sin alteraciones aparentes en las imágenes obtenidas. Las estructuras tendinosas, ligamentarias, neurovasculares y pélvicas tienen morfología e intensidad de señal usuales. CONCLUSION: Estudio dentro de límites normales. No se definen áreas de realce anormal con el contraste.

Fecha: 25/02/2015 **Nombre de la prueba:** Ecografía De Tejidos Blandos En Región Mamaria Y Pectoral – Dr. Guillermo Antonio Díaz

Resumen:

Se realizó estudio con transductor de alta frecuencia de 13 Mhz. Se demuestran satisfactoriamente los diferentes planos de la pared torácica en la región anterior sin visualizar patología focal. La piel, tejido subcutáneo, el plano aponeurótico y muscular es normal. No hay nódulos o quistes. No hay signos ecográficos de ginecomastia. El plano profundo es normal. Conclusión: ecografía de tejidos blandos región mamaria y pectoral dentro de limites normales.

Fecha: 05/04/2017 **Nombre de la prueba:** RM Columna Lumbosacra – Dra. Mónica Esguerra

Resumen:

Actitud escoliótica de vértice izquierdo. La altura de los cuerpos vertebrales esta conservada. Disminución de la intensidad de la señal de los discos intervertebrales L3-L4 y 14-L5 por discopatía. En L3-L4 hay abombamiento asimétrico derecho del disco intervertebral que indenta el saco dural y contacta la raíz L4 derecha sin compresión. En L4-L5 hay hernia discal protruida central asimétrica izquierda que indenta el saco dural con leve desplazamiento de la raíz L5 izquierda sin compresión. En los demás segmentos estudiados el canal óseo es de dimensiones normales, el saco dural y las raíces no presentan ninguna alteración. Los agujeros de conjunción están libres. Las articulaciones apofisiarias son normales. No hay compresiones saco radiculares. La médula espinal distal tiene morfología e Intensidad de señal conservada. No hay lesiones focales. CONCLUSION: Actitud escoliótica de vértice Izquierdo. Discopatía L3-L4 y L4-L5. En L3-L4 hay abombamiento asimétrico derecho del disco intervertebral que indenta el saco dural y contacta la raíz L4 derecha sin compresión. En L4-L5 hay hernia discal protruida central asimétrica izquierda que indenta el saco dural con leve desplazamiento de la raíz L5 izquierda sin compresión.

Fecha: 04/08/2017 **Nombre de la prueba:** Evaluación Audiológica Básica

Resumen:

Hipoacusia neurosensorial bilateral de grado leve a moderado en oído derecho y de moderado a severa en oído izquierdo disminución del lenguaje del 100% a 80 DB en oído derecho y 100% a 90 DB en oído izquierdo SS/ control con ORL paciente con ayuda para adaptación de audífono bilateral.

Fecha: 04/08/2017 **Nombre de la prueba:** RX de Columna Lumbosacra **-** Dr. Juan Carlos Celis

Resumen:

Se observan cinco vértebras de características lumbares. Los cuerpos vertebrales son de altura, morfología y estructura normal. Los espacios intervertebrales son de altura normal. Los conductos de conjunción son de morfología y dimensiones normales. El conducto raquídeo es de morfología y dimensiones normales. Las articulaciones interapofisarias no presentan alteraciones. No se observan alteraciones en los tejidos blandos adyacentes.

Fecha: 05/08/2017 **Nombre de la prueba:** RX de Tobillo Derecho – Dr. Juan Carlos Celis

Resumen:

Se observa alteración en la morfología del peroné distal con irregularidades corticales y impresionando engrosamientos subperiósticos también en la articulación tibio-peroneo y peroneo astragalina además también hay cambios a nivel de la articulación tibio-peronea astragalina correlacionar con estudios anteriores.

Fecha: 08/08/2017 **Nombre de la prueba:** Doppler De Vasos Venosos De Miembros Inferiores – Dr. Juan Carlos Celis

Resumen:

Miembro inferior derecho: sistema venoso profundo, vena poplítea, compresible, con flujo fásico, sin evidencia de reflujo o insuficiencia. vena femoral común insuficiente. el confluente safeno-femoral y la vena safena interna discretamente insuficiente. perforantes incompetentes a 22 y 13 cm, del maléolo interno. el confluente safeno-poplíteo y la vena safena externa levemente insuficientes. Diámetro pre ostial 5 mm, post ostial5 mm. no se observan signos de trombosis venosa superficial ni profunda. Miembro inferior izquierdo: sistema venoso profundo, venas femoral y poplítea, compresibles, flujo fásico, sin evidencia de reflujo o insuficiencia. el confluente safeno-femoral y la vena safena interna discretamente insuficientes, perforantes incompetentes a 20 y 12 cm del maléolo interno. el confluente safeno-poplíteo y la vena safena externa levemente insuficientes. diámetro preostial 5 mm, post ostial 5mm. no se observan signos de trombosis venosa superficial ni profunda.

Fecha: 08/08/2017 **Nombre de la prueba:** Biopsia Simple **–** Dr. Maria Mercedes Mendoza Medina

Resumen:

Rotulado "Antro gástrico" en formol se recibe un fragmento irregular de tejido de color pardo claro y consistencia blanda, que mide 0.4 x 0.2 x 1.0 cm.se procesa todo en un bloque. diagnostico anatomopatológico: biopsias gástricas de region antral; gastritis crónica moderada activa leve. atrofia ausente Helicobacter pylori, negativo para metaplasia, displasia o malignidad. el diagnostico anatomopatológico debe correlacionarse con los datos de la historia clínica del paciente y demás estudios paraclínicos complementarios como parte del proceso diagnostico.

Fecha: 10/08/2017 **Nombre de la prueba:** Resonancia De Tobillo Derecho Simple – Dr. Ingrid Janette Vivas Bonilla

Resumen:

Se observa importante alteración estructural de tipo secuelar por irregularidad que presenta el peroné en el tercio distal incluye la diáfisis y la epífisis con marcado cambio morfológico e irregularidad de la misma pero con adecuado grado de consolidación de las fracturas que fue al parecer conminuta, se afecta la mortaja tibio talo fibular por la irregularidad que presenta la fibula, hay además formación de osteofitos grandes sobre mortaja tibio talo fibular en el margen anterior y un osteofito grande que se encuentra en el domo talar hacia el margen anterior que puede alterar la dinámica de la articulación. existe tenue de la amplitud de la articulación y hay mayor compromiso por cambio degenerativo pos traumático en el compartimiento posterior, no se observan lesiones ulcerosas del domo talar. la articulación talo calcanea se muestra con cambios artrósicos asociados.

Fecha: 11/08/2017 **Nombre de la prueba:** Resonancia de Columna Lumbar Simple **-** Dr. Ingrid Janette Vivas

Resumen:

La lordosis se encuentra discretamente rectificada, no hay escoliosis, cuerpos vertebrales de altura y morfología normal, hay disminución de la señal de los dos últimos de L3 y L4. En L4-L5: abombamiento del anillo fibroso de protrusión discal asimétrica hacia la izquierda, produce compromiso del origen de L5 de este lado y contacta tenuemente el trayecto emergente. En L3-L4: leve desgarro del anillo fibroso. El conducto raquídeo es amplio, el epicono y la cauda equina sin anormalidades. Conclusión: 1. rectificación de la lordosis. 2. Discopatía L3-L4 y L4-L5 con contacto radicular descrito especialmente hacia la izquierda

Fecha: 05/09/2017 **Nombre de la prueba:** Doppler Arterias Renales – Dra. Tatiana Trujillo

Resumen:

Ambos riñones son de forma, tamaño y volumen conservado, su eco textura esta conservada. se observa buena diferenciación cortico-medular. dependiente del sistema calicial tercio medio del riñón derecho se evidencian dos imágenes ecogénicas que proyectan sombra acústica. longitudinal de 6 mm cada una en relaciona con cálculos. no se identifican alteraciones calico-pielicas, ni ureterales. no se detentan imágenes de litiasis en riñón izquierdo. RD: 101x37x56 mm, parénquima de 16 mm. RI: 107x36x48 mm, parénquima de 16 mm. en la insonacion Doppler de los vasos renales, estos son de calibre y trayecto normales, presenta paredes lisas y regulares sin evidencia de engrosamientos miointimales o placas ateromatosas. con el Doppler color y espectral muestran un flujo anterógrado, monofásico, sin cambios hemodinámicos significativos. no se evidenciaron lesiones que sugieran laminas de disección, dilataciones aneurismáticas, fistulas AV o mal formaciones AV, sin lograr evaluar arterias y venas renales proximales por abundante meteorismo intestinal.

Fecha: 05/09/2017 **Nombre de la prueba:** Campimetría Computarizada – Dra. Olga Patricia Trujillo Calle

Resumen:

OD: índices de confiabilidad normales, excepto por elevados falsos negativos. marcada disminución de la sensibilidad retinal. en las imágenes graficas se aprecian defectos en los cuatro cuadrantes, los cuales persisten parcialmente con la desviación patrón como escotoma arqueado superior y semiarqueado inferior, confluentes. DM -13.19 PHG: fuera de limites normales. OI: Índices de confiabilidad normales, excepto por elevados falsos negativos. marcada disminución de la sensibilidad retinal. en las imágenes graficas se aprecia defecto absoluto en los cuatro cuadrantes, el cual persiste parcialmente con la desviación patrón como escotoma arqueado superior e inferior, confluentes. DM -20.87 dB. PHG: fuera de limites normales. Concepto: el examen sugiere opacidad de medios y/o defecto refractivo asociado a daño avanzado en fibras nerviosas de ambos ojos, con mayor compromiso en ojo izquierdo. con respecto a estudio previo (Nov/16), se aprecia disminución de la sensibilidad de ambos ojos. se recomienda control periódico de campos visuales y considerar y considerar estudios diagnósticos complementarios a criterio del medico tratante los resultados descritos deben ser correlacionados con la clínica. el examen ha quedado archivado en la computadora para futuras pruebas comparativas.

Fecha: 05/09/2017 **Nombre de la prueba:** Tomografía Óptica De Coherencia – Dr. Raúl Ordoñez

Resumen:

OD: adecuada calidad de la imagen. en la cabeza del nervio óptico no se aprecian alteraciones en el espesor de las fibras. espesor promedio de la capa de fibras nerviosas dentro de limites normales (102.11u). espesor promedio de la capa de células ganglionares dentro de limites normales (88.30u). área del disco: 2.23 mm2. relacion c/d: 0.45. área del anillo neural:1.22 mm2. el FLV (perdida focal de volumen de células ganglionares) esta levemente aumentado (2.241%). Conclusión: se aprecia excavación levemente aumentada, sin evidencia de daño en fibras nerviosas.

Fecha: 13/09/2017 **Nombre de la prueba:** Tac De Vías Urinarias Urotac – Dr Javier Francisco Millán Orozco

Resumen:

Riñones de forma, tamaño y ubicación normales. presentan densidad parenquimatosa homogénea para el estudio no contrastado. no hay dilatación de los sistemas colectores. en los cálices renales bilaterales hay calcificaciones homogéneas de hasta 944 UH y diámetro hasta 4 mm, en numero de 3 en cada riñón. vejiga paredes regulares, sin lesiones endoluminales. próstata aspecto inespecífico mediante este método de examen. las porciones visualizadas de hígado, vesícula, vía biliar, bazo, suprarrenales, páncreas y tracto gastrointestinal presentan aspecto usual para el estudio no contrastado. Opinión: litiasis renal bilateral sin dilatación de sistemas colectores.

Fecha: 14/09/2017 **Nombre de la prueba:** Ecografía Doppler Testicular - Dr. Guillermo Antonio Diaz

Resumen:

Estudio practicado con transductor de alta frecuencia de 13 MHZ, realizo doppler dupplex color Complementario, hallazgos: Los testículos son de forma contornos y tamaño normal Testiculo derecho mide: 3.9 x 1. 6 cm. Testículo izquierdo mide : 4.1 x 1.8 cm. La ecogenicidad glandular es normal, No hay lesiones focales Hay un quiste en la cabeza del epidídimo izquierdo el cual presenta un diámetro mayor de 11 mm Hay disminución en la ecogenicidad y engrosamiento de los epidídimos en ambos lados con imagen hipoecolca microquistica “que corresponden a cambios de vasectomia" (ectasia tubular) post-vasectomía los vasos del plejo pampiniforme los cuales miden 3 mm demostrándose dentro del rango superior de normalidad en posición vertical. Conclusión: se descarta patología testicular, quiste en la cabeza del epidídimo izquierdo, ectasia tubular post-vasectomía bilateral en ambos epidídimos.

Fecha: 14/10/2017 **Nombre de la prueba:** Renograma Secuencial Con Filtración Glomerular – Dra. Olga Margarita Osorio Vélez

Resumen:

Simultaneo con administración del trazador por vía IV se inyecta diurético (PROTOCOLO FO) y se adquiere estudio dinámico en proyección posterior, con imágenes cada 30 segundos cada 30 minutos. se aprecian riñones en situación usual, morfología conservada, concentrando de manera progresiva, con pico de máxima actividad a los 2.12 minutos en el riñón izquierdo y 2.37 minutos en el derecho. la eliminación se realiza a partir del minuto 3 sin retenciones anómalas. la filtración glomerular calculada es de 88 ml/min/1.73m2. e riñón izquierdo contribuye con el 53% y el derecho con el 47%restante. Opinión: adecuada función glomerular sin alteraciones en la eliminación. FG de 88 ml/min/1.73m2.

Fecha: 27/10/2017 **Nombre de la prueba:** TAC De Abdomen Con Contraste – Dr. John Henry Barragán Leal

Resumen:

el hígado presenta tamaño y localización usual con adecuado realce de su parénquima sin evidencia de lesión focales. la vía biliar intra y extra hepática tienen calibre normal. la vesícula biliar distendida. el páncreas de tamaño y realce homogéneo. las glándulas suprarrenales de localización usual observando a nivel del brazo posterior de la glándula suprarrenal derecha lesión redondeada de 15x16 mm con densidades promedio de -17 U.H. sugestiva de lesión grasa suprarrenal sugiero realización de estudios complementarios, si la clínica lo amerita. el bazo presenta tamaño y localización normal. los riñones se encuentran son de tamaño y localización usual con quiste simple cortical en el polo superior del riñón izquierdo de 10 mm. múltiples imágenes cálcicas en el riñón izquierdo y en el riñón derecho la mayor de las cuales mide 3 mm y se encuentra localizada en el riñón derecho sin efecto obstructivo. no hay alteraciones de la grasa perirrenal. no hay dilatación de los sistemas caliciales. los vasos del retroperitoneo presentan calibre y curso normal. la cámara gástrica se encuentra parcialmente distendida con adecuado paso del medio de contraste a través de asas intestinales delgadas, abundante contenido de material fecal en el marco cólico. vejiga distendida. próstata aumentada de tamaño. Conclusión: lesión nodular grasa que compromete la glándula suprarrenal derecha que puede corresponder a mielolipoma sin embargo sugiero realización de resonancia magnética contrastada para una adecuada caracterización. quiste simple renal izquierdo. nefrolitiasis bilateral sin efecto obstructivo.

Fecha: 27/10/2017 **Nombre de la prueba:** Tac De Abdomen Con Contraste – Dr. Guillermo Antonio Díaz

Resumen:

El hígado presenta tamaño y localización con adecuado realce de su parénquima sin evidencia de lesiones locales. la vía biliar intra y extra hepática tienen calibre normal. la vesícula biliar distendida. el páncreas de tamaño y realce homogéneo. las glándulas suprarrenales de localización usual observando a nivel del brazo posterior de la glándula suprarrenal derecha lesión redondeada de 15x16 mm con densidades promedio de -17 U.H. sugestiva de lesión grasa suprarrenal sugiero realización de estudios complementarios, si la clínica lo amerita. el bazo presenta tamaño y localización normal. los riñones se encuentran son de tamaño y localización usual con quiste simple cortical en el polo superior del riñón izquierdo de 10 mm. múltiples imágenes cálcicas en el riñón izquierdo y en el riñón derecho sin efecto obstructivo. no hay alteraciones de la grasa perirrenal. los testículos, son de forma, contornos y tamaño normal. testículo derecho mide: 3.9 x1.6 cm. testículo izquierdo mide: 4.1x1.8 cm. la ecogenicidad glandular es normal. no hay lesiones focales, hay un quiste en la cabeza del epidídimo izquierdo el cual presenta un diámetro mayor de 11mm. hay disminución en la ecogenicidad y engrosamiento de los epidídimos en ambos lados con imagen hipo ecoica micro quística "que corresponden a cambios de vasectomía" (ectasia tubular) post-vasectomía. los vasos del plejo pampiniformes los cuales miden 3 mm demostrándose dentro del rango superior de normalidad en posición vertical . Conclusión: - se descarta patología testicular. - quiste en la cabeza del epidídimo izquierdo. - ectasia tubular post-vasectomía bilateral en ambos epidídimos.

Fecha: 18/11/2017 **Nombre de la prueba:** Resonancia De Abdomen Superior Con Contraste – Dr. Juan Pablo Ovalle Rojas

Resumen:

se observa comprometiendo el brazo lateral de la glándula suprarrenal derecha una lesión redondeada de señal intermedia en el T1, señal intermedia en el T2, con diámetros de 16 x 12 mm, sin disminución en su señal en la secuencia en T1 fuera de fase, esta lesión de apariencia

benigna sin realce la glándula suprarrenal izquierda de apariencia normal. en el perenquima renal de ambos riñones se aprecian múltiples pequeñas imágenes de baja señal en T1, alta señal en T2, en el polo superior del riñón izquierdo con diámetro de 9 x 11 mm, en el tercio medio del riñón izquierdo múltiples pequeñas imágenes quísticas con diámetros hasta de 5 mm, no hay dilatación en los colectores. El bazo de aspecto morfológico normal. el conducto pancreático principal, accesorio y las diferentes porciones del páncreas, su patrón de realce se encuentra conservado. la señal del parénquima hepático en las secuencias obtenidas, su patrón de realce conservados. la vesícula biliar, la vía biliar intra y extrahepática sin alteraciones, No hay liquido libre en el hemiabdomen superior. Opinión: los hallazgos son compatibles con un mielolipoma suprarrenal derecho como se describió. quistes simples renales.

Fecha: 11/09/2018 **Nombre de la prueba:** Ecografía de Tejidos Blandos del Puño Derecho **-** Dr. Guillermo Morales

Resumen:

en la cara palmar del puño y al nivel de la articulación radio**-**carpiana, se observa una lesión ovoidea, ecogénica, de contornos regulares, la cual mide 24.1 x 20.1 x 8.9 mm, en relación a lipoma y por fuera de ella transcurre la arteria radial. la piel se aprecia de características ultrasonográficas normales. las relaciones de los planos musculares se realizan de forma normal.

Fecha: 11/09/2018 **Nombre de la prueba:** Ecografía De Tejidos Blandos Del Brazo Izquierdo – Dr. Guillermo Morales

Resumen:

en la cara anterior del brazo izquierdo a nivel del tejido celular subcutáneo, se observa una lesión ovoidea, ecogénica, de contornos regulares, la cual mide 22.1 x 24.3 x 9.7 mm, en relación a lipoma. la piel se aprecia de características ultrasonográficas normales. las relaciones de los planos musculares se realizan de forma normal.

Fecha: 13/10/2018 **Nombre de la prueba:** Ecografía Renal Y De Vías Urinarias – Dra. Martha Johanna Castro Gómez

Resumen:

Riñones de localización, forma, tamaño y ecogenicidad usuales, con adecuada diferenciación cortico medular, sin dilatación de cavidades pielocaliciales, ni conexiones perirrenales. no se evidencian lesiones focales quísticas ni solidas. no hay evidencia de macro o microlitiasis en la actualidad por esta modalidad de imagen. las dimensiones renales son: riñón derecho de 12.1 x 6.3 x 6.3 cm, con un espesor cortical de 18.5 mm. riñón izquierdo de 12.9 x 6.3 x 6.7 cm, con un espesor cortical de 17 mm. vejiga distendida de paredes delgadas contenido anecógeno, sin evidencia de masas intraluminales, con un volumen previo de 379 cc, y un residuo post**-**miccional de 7 cc. próstata de tamaño y eco estructura habitual con un volumen de 12 cc, medido por vía suprapúbica. Conclusión: ecografía renal y de vías urinarias sin evidencia de patología actual.

Fecha: 16/11/2018 **Nombre de la prueba:** Medicadiz **-** Dr. Juan Camilo Arjona

Resumen:

El hígado es de tamaño, forma y densidad normal, sin lesiones focales. vesícula biliar distendida, de paredes delgadas. la vía biliar intra y extra hepática de calibre usual. el páncreas, el bazo y glándula suprarrenal izquierda no demuestran alteraciones. se observa una lesión ovalada, bien definida, dependiente del cuerpo de la glándula suprarrenal derecha con medidas de 21 x 16 mm que presenta densidad homogénea baja (negativa) correspondiente con mielolipoma, en el riñón derecho se observa calculo de 1 mm en el grupo colector superior, dos cálculos de 2 y 3 mm en el grupo colector medio. en el riñón izquierdo se observa 3 cálculos de 2 mm en el grupo colector medio. los cálculos descritos en ambos riñones no presentan efecto obstructivo. quiste simple de 14 mm dependiente de la cortical del polo superior del riñón izquierdo. los uréteres tienen curso, calibre y espesor normal. vejiga adecuadamente distendida, de paredes delgadas, con la presencia de una calcificación de 2 mm localizada en la pared anterior parasagital izquierda. cámara gástrica pobremente distendida, no valorable. las asas intestinales delgadas no demuestran alteraciones. múltiples formaciones diverticulares del colon descendente y sigmoide, sin signos de complicación, próstata de tamaño usual para la edad, las bases pulmonares no demuestran alteraciones. estructuras oseas de aspecto usual. Opinión: lesión focal adrenal derecha correspondiente a mielolipoma. nefrolitasis bilateral, sin efecto obstructivo. quiste simple renal izquierdo. enfermedad diverticular del colon descendente y sigmoide, sin signos de complicación.

Fecha: 10/05/2019 **Nombre de la prueba:** Ecografía Renal Y De Vías Urinarias **–** Dr. Santiago Andrade Pérez

Resumen:

riñones de forma, tamaño y localización normal, presentan adecuada diferenciación cortico medular. en el grupo calicial medio e inferior del riñón derecho se identifican cálculos entre 4 y 5 mm de diámetro. calculo de 4 mm de diámetro en grupo calicial del riñón izquierdo . el

riñón derecho presenta dimensión de 110 x 53 x 45 mm, con espesor cortical de 14 mm, el riñón izquierdo presenta dimensiones de 124 x 63 x 45 mm, con espesor cortical de 15 mm. vejiga distendida de paredes delgadas y contenido homogéneo, sin lesión en su interior. próstata de tamaño normal con volumen de 25 cc. Opinión: nefrolitiasis bilateral sin signos de hidronefrosis.

Fecha: 10/10/2019 **Nombre de la prueba:** TAC de Tórax – Dra. Ridda Mariette Younes Becerra

Resumen:

El coeficiente de atenuación de los parénquimas pulmonares es normal y no hay evidencia de lesiones ni lesión pleural. Estructuras vasculares mediastinales de curso y calibre normal con realce satisfactorio. No se identifican masas, colecciones adenomegalias mediastinales. La luz de la vía aérea se encuentra permeable y demuestra curso y calibro normal. Silueta cardiaca de tamaño normal. Aorta torácica de calibro satisfactorio. No hay evidencia de líquido o engrosamiento pericárdico.

Fecha: 13/05/2020 **Nombre de la prueba:** RX De Rodilla – Dr. Guillermo José Morales Arboleda

Resumen:

las relaciones articulares femorotibial y patelofemoral son de aspecto normal. no se evidencian fracturas, ni lesiones líticas o blásticas. leve aumento de tejidos blandos periarticulares. la mineralización ósea es normal.

Fecha: 14/05/2020 **Nombre de la prueba:** Ultrasonografía Diagnostica De Tejidos Blandos De Área Abdominal – Dra. Juliana Andrea Parra

Resumen:

Se identifica solución de continuidad a nivel de la region inguinal derecha de 10 mm con protrusion de saco herniario, de contenido graso, la cual reductible en su totalidad. no se observan masas ni colecciones. planos musculares de características usuales. no se observan adenopatías piel y tejido celular subcutáneo sin alteraciones. Opinión: hernia inguinal derecha reductible.

Fecha: 19/05/2020 **Nombre de la prueba:** Ecografía De Tejidos Blandos Del Brazo Izquierdo – Dr. Guillermo José Morales Arboleda

Resumen:

con transductor lineal de alta frecuencia de 12 Mhz, se realizo barrido sonográfico con los siguientes hallazgos: en la cara anterior del brazo a nivel del tejido celular subcutáneo se observa una imagen, ovoidea ecogénica, de contornos regulares, la cual mide 34.4 x 32.6 x 11.6 mm, en relación a lipoma. la piel se aprecia de características ultrasonográficas normales. las relaciones de los planos musculares se realizan de forma normal.

Fecha: 03/06/2020 **Nombre de la prueba:** RX de Columna Lumbosacra **-** Dr. Guillermo José Morales Arboleda

Resumen:

Leve osteopenia. La altura de los cuerpos vertebrales se encuentra conservada. Los espacios invertebrales y agujeros de conjunción son simétricos y de amplitud normal. No hay desalineamientos. El canal oseo es de dimensiones normales en todo el segmento observado. No hay evidencia de espondilolisis o espondilolistesis. tejidos blandos sin alteraciones.

Fecha: 08/10/2020 **Nombre de la prueba:** Tomografía Axial Computada De Tórax – Dra. Juliana Andrea Parra Barragán

Resumen:

Cámaras cardiacas de tamaño y configuración usual. Grandes vasos del mediastino de curso y calibre usual sin defectos de pacificación, ni dilataciones aneurismáticas. No se identifican adenomegalias o masas mediastinales. No se observan adenomegalias hiliares ni axilares. Tráquea y bronqueas fuente de curso y calibre usual, sin evidencia de lesiones endoluminales ni comprensiones extrínsecas. vascularización pulmonar sin alteraciones. no se identifican alteraciones en los coeficientes de atenuación del parénquima pulmonar. no se identifican signos de engrosamiento y/o derrame pleural. lo valorado del abdomen superior se observa: hígado de localización, tamaño y morfología usual, sin evidencia de lesiones focales o difusas. vesícula biliar distendida, de paredes delgadas, sin defectos endoluminales ni compresiones extrínsecas. páncreas, vaso y glándula suprarrenal izquierda de características escanograficas usuales. se observa imagen

ovalada, isodensa a la grasa, de bordes bien definidos, dependiente de la glándula suprarrenal. derecha, de 20x24x21 mm (LxAPxT), la cual no realza con el medio contraste. ambos riñones presentan localización, tamaño y morfología usual, con presencia de 6 imágenes hipodensa, redondeadas de bordes bien definidos, de localización cortical en el riñón izquierdo, el mayor de ellos en el polo superior de 14x11 mm. en el riñón derecho se observan al menos 3 cálculos, uno de ellos en el grupo calicial superior de 2x3 mm (206 UH) y los otros dos en el grupo calicial inferior de 5x5 mm (772 UH) Y 5X4 mm (685) UH. lo valorado de los grandes vasos del retroperitoneo de curso y calibre usual sin evidencia de afectos de opacificación, ni dilataciones aneurismáticas, con escasas placas de de ateroma calcificado en aorta abdominal. no se identifica adenomegalias retroperitoneales, mesentéricas ni pélvicas. cámara gástrica vacía lo cual limita su valoración. asas intestinales delgadas y gruesas visualizadas de curso y calibre usual, de valoración limitada por no contar con la presencia del medio de contraste. en lo valorado de las estructuras oseas presenta leves cambios espondilóticos en la columna dorsal. Opinión: lesión focal en la glándula suprarrenal derecha sin cambios significativos con respecto a estudios previos en relacion con mielo lipoma conocido. nefrolitiasis derecha. quistes renales simples izquierdos bosniaki.

Fecha: 08/10/2020 **Nombre de la prueba:** Tomografía Axial Computada De Tórax – Dra. Juliana Andrea Parra Barragán

Resumen:

Fecha: 11/12/2020 **Nombre de la prueba:** Ecografia Doppler Venoso de Miembros Inferiores **-** Dr. Santiago Andrade Perez

Resumen:

Miembro Inferior Derecho: **-** Sistema venoso superficial: Durante las maniobras de Valsalva se demuestra competencia valvular a nivel del confluente safenofemoral. El diámetro anteroposterior de la vena safena mayor a nivel del confluente es de 7 mm. El diámetro anteroposterior de la vena safena mayor a nivel del tercio medio del muslo. Es de 4 mm y se localiza a una profundidad de 14 mm con respecto a la piel. El diámetro anteroposterior de la vena safena menor es de 3 mm. Sistema venoso profundo: incompetencia valvular en la vena femoral común documentándose flujo retrogrado de 1.5 segundos durante maniobras de Valsailva. Venas femoral y poplítea competentes. **-** Dilatación de venas gastrocnemías en sus dos tercios proximales, con diámetros de hasta 12 mm, sin evidenciarse incompetencia valvular en vena poplítea. Perforantes: No se observan perforantes incompetentes. Miembro Inferior Izquierdo: Sistema venoso superficial: Durante las maniobras de Valsalva se demuestra competencia valvular a nivel del confluente safenofemoral. El diámetro anteroposterior de la vena safena mayor a nivel del confluente es de 6 mm. El diámetro anteroposterior de la vena safena mayor a nivel del tercio medio del muslo es de 3.6 mm y se localiza a una profundidad de 15 mm con respecto a la piel. El diámetro anteroposterior de la vena safena menor es de 2.5 mm. Sistema venoso profundo: (incompetencia valvular en la vena femoral común documentándose flujo retrogrado de 2 segundos durante maniobras de Valsalva. Venas femoral y poplítea competentes. Perforantes: Perforante incompetente en la cara interna, tercio medio de la pierna, con diámetro de 4 mm, localizada a 19 cm del maléolo interno. Opinión: **-**incompetencia valvular en venas femorales comunes en ambos miembros inferiores. **–**importante dilatación de venas gastrocnemios en pierna derecha sin evidenciarse incompetencia valvular en vena poplítea ni perforantes incompetentes asociados. **–**perforante incompetente en pierna izquierda. Ver descripción.

Fecha: 11/12/2020 **Nombre de la prueba:** Ecografía Doppler Venosos De Miembros Inferiores – Dr. Santiago Andrade Pérez

Resumen:

Miembro inferior derecho: sistema venosos superficial: durante las maniobras de Valsalva se demuestra competencia valvular a nivel del confluente safeno femoral. el diámetro anteroposterior de la vena safena mayor a nivel del confluente es de 7 mm. el diámetro anteroposterior de la vena safena mayor a nivel del tercio medio del muslo es de 4 mm y se localiza a una profundidad de 14 mm con respecto a la piel. el diámetro anteroposterior de la vena safena menor es de 3 mm. Sistema venosos profundo: incompetencia valvular en la vena femoral común documentándose flujo retrogrado de 1.5 segundos durante maniobras de Valsalva. venas femoral y poplíteas competentes. dilatación de venas gastrocnemias en sus dos tercios proximales, con diámetros de hasta 12 mm, sin evidenciarse incompetencia valvular en vena poplítea. Perforantes: no se observan perforantes incompetentes. Miembro inferior izquierdo: sistema venosos superficial: durante las maniobras de Valsalva se demuestra competencia valvular a nivel del confluente safeno femoral. el diámetro anteroposterior de la vena safena mayor a nivel del confluente es de 6 mm. sistema venosos profundo: incompetencia valvular en la vena femoral común documentándose flujo retrogrado de 2 segundos durante maniobras de Valsalva. Perforantes: perforante incompetente en la cara interna, tercio medio de la pierna, con diámetro de 4 mm, localizada a 19 cm del maléolo interno.

Fecha: 14/12/2020 **Nombre de la prueba:** RX de Tobillo Derecho – Dr. Juan Pablo Ovalle Rojas

Resumen:

Cambios reparativos con fusión tibioperonea distal, artrosis peroneroastragalina. esclerosis del componente subtalar posterior. prominencia de los tejidos blandos periarticulares. disminución en la densidad ósea por osteopenia.

Fecha: 16/12/2020 **Nombre de la prueba:** RX de Pie Derecho – Dr. Juan Pablo Ovalle Rojas

Resumen:

no hay lesiones osteoperiosticas de origen proliferativo o traumatico. relaciones articulares interfalángicas. metatarsofalángicas conservadas. los huesos del tarso de apariencia normal. tejidos blandos en el ente y medio pie conservados.

Fecha: 17/12/2020 **Nombre de la prueba:** Medicadiz – Dr. Juan Camilo Arjona Llano

Resumen:

Se observa alteracion en la morfología del peroné distal secundario a cambios de lesión traumática antigua, destacando adelgazamiento de su porción distal con múltiples irregularidades y quistes subcondrales de aspecto secuelar con adecuada continuidad ósea. se aprecia fragmentación de la region maleolar posterior con calcificaciones irregulares que se extiende hacia las calcificaciones distales del peroné, hallazgos que en conjunto generan distensión y desplazamiento de todo el aspecto capsular posterior, sin que se descarte pinzamiento posterior. también se observa irregularidad ósea en el aspecto distal y medial de la tibia con una lesión osteocondral sobre la superficie de apoyo anterior de la articulación tibiotalar, sobre su componente tibial con diámetro transverso de 3.4 mm. engrosamiento residual de ligamento peroneo astragalino anterior, el ligamento peroneo calcáneo se observa adelgazado. el ligamento deltoideo se encuentra integro. se observa una extensa área de edema oseo correspondiente a una lesión osteocondral con alteracion del hueso subcondral, en la superficie articular talo calcáneo hacia su faceta externa con quiste subcondral del talo con diámetro transverso de 10 mm y altura de 6 mm, hay edema de los tejidos blandos adyacentes y valgo del retropié. musculatura del retropié de aspecto habitual. leve engrosamiento de la banda central y lateral de la fascia plantar sin desgarro ni cambios inflamatorios. edema subcutáneo del aspecto distal del tobillo. Opinión: - alteraciones morfológicas del tobillo secundario a secuelas tramasticas. como se describió. -extensa área de edema oseo correspondiente a una lesión osteocondral con alteracion del hueso subcondral, en la superficie articular talo calcáneo hacia su faceta externa.

Fecha: 21/12/2020 **Nombre de la prueba:** AUDIOMETRIA

Resumen:

Interpretación diagnostica: hipoacusia neurosensorial de oído derecho que compromete leves las frecuencias 250,500,1000,2000,3000 hertz, moderadas las frecuencias de 125,4000,6000,8000 hertz. Observaciones y recomendaciones: hipoacusia neurosensorial de oído izquierdo que compromete leves las frecuencias de 500,1000 hertz, moderadas las frecuencias de 125,250,2000,3000,4000 hertz, profundas las secuencias de 6000,8000 hertz. se sugiere interconsulta con otorrino.

Fecha: 22/12/2020 **Nombre de la prueba:** AUDIOMETRIA

Resumen:

Interpretación diagnostica: hipoacusia neurosensorial de oído derecho que compromete leve las frecuencias 250,500,1000,2000,3000 hertz, moderadas las frecuencias de 125,4000,6000,8000 hertz. Observaciones y recomendaciones: hipoacusia neurosensorial de oído izquierdo que compromete leve las frecuencias de 500,1000 hertz, moderadas las frecuencias de 125,250,2000,3000,4000 hertz, profundas las secuencias de 6000,8000 hertz. se sugiere interconsulta con otorrino.

Fecha: 22/12/2020 **Nombre de la prueba:** Muestra: gástrica-esófago – Dr. Guillermo Hunter Cuartas

Resumen:

Descripción macroscópica: rotulado biopsia gástrica: en formol se recibe 4 fragmentos irregulares de tejido color pardo claro de consistencia cauchosa que mide 0.5x0.2 cms. se procesa todo el bloque A. Rotulado biopsia esófago: en formol se reciben dos fragmentos irregulares de tejido color pardo claro de consistencia cauchosa que mide 0.4x0.2 cms. se procesa todo en un bloque B. Descripción microscópica: los cortes muestran en A fragmentos de mucosa gástrica antral atrófica, con un infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario moderado. se observa metaplasia intestinal incompleta sin displasia. con la coloración de Giemsa no se reconocen bacilos de tipo Helicobacter pylori. los cortes muestran dos fragmentos de polipo, constituido por glándulas fundo corporales sin atipia, algunas de ellas dilatadas, asociado a hiperplasia del epitelio foveolar, inflamación mixta sin Helicobacter pylori. no se reconoce atrofia metaplasia, displasia ni malignidad. la representación de epitelio escamoso es histológicamente normal. Diagnósticos: estomago, biopsias y estudio de histoquímica: - gastritis crónica antral atrófica moderada, sin actividad. - metaplasia intestinal incompleta (10%)sin displasia. - Helicobacter pylori. Rotulado: esófago. - fragmentos de polipo de glándula fundica sin displasia. - ver descripción microscópica.

Fecha: 22/12/2020 **Nombre de la prueba:** Muestra Gástrica-Esófago – Dr. Guillermo Hunter Cuartas

Resumen:

Descripción macroscópica: rotulado biopsia gástrica. en formol se reciben 4 fragmentos irregulares de tejido color pardo claro de consistencia cauchosa que mide 0.5x0.2 cms. se procesa todo en un bloque A. Rotulado biopsia esófago: en formol se reciben 2 fragmentos irregulares de tejido color pardo claro de consistencia cauchosa que mide 0.4x0.2 cms. se procesa todo en un bloque B. Descripción microscópica: los cortes muestran en A fragmentos de mucosa gástrica antral atrófica, con un infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario moderado. se observa metaplasia intestinal incompleta sin displasia. con la coloración de Giemsa no reconocen bacilos de tipo Helicobacter pylori. no se reconoce atrofia metaplasia, displasia ni malignidad. la representación de epitelio. escamoso es histológicamente normal. Dx: estomago, biopsia y estudio de histoquímica: gastritis crónica antral atrófica moderada, sin actividad. metaplasia intestinal incompleta (10%) sin displasia. helicobacter pylori (-). rotulado: esófago. fragmentos de polipo de glándula fundica sin displasia.

Fecha: 01/02/2021 **Nombre de la prueba:** Resonancia De Columna Lumbar Simple – Dr. Ingrid Janette Vivas Bonilla

Resumen:

La lordosis se encuentra rectificada sin escoliosis, los cuerpos vertebrales presentan altura normal con pequeños osteofitos anteriores en L4 Y L5, no hay desalineación vertebral. se aprecia disminución de la señal de los discos L3 YL4. en L4 L5 existe protrusión discal central de base amplia comprime el saco dural y se extiende manera asimétrica hacia el foramen izquierdo donde produce contacto del trayecto de L4 foraminal. en L3-L4 protrusion discal central con desgarro comprime el saco dural sin otra alteracion. el epicono y la cauda equina son normales. Conclusiones: cambios degenerativos de columna lumbosacra con compromiso radicular en L4-L5.

Tratamientos medicos y quirurgicos

Fecha: 08/06/2017 **Intervención o tratamiento:** Plástica Estética Maxilofacial Y Mano – Dr. Francisco Leonardo Leonel

Resumen:

Diagnóstico prequirurgico: traumatismo de múltiples tendones y músculos extensores a nivel de la muñeca y de la mano. Diagnostico postquirúrgico: traumatismo de múltiples tendones y músculos extensores a nivel de la muñeca y de la mano, heridas múltiples de la muñeca y de la mano, herida de otra parte de la muñeca y de la mano.

Fecha: 11/04/2019 **Intervención o tratamiento:** Clinica Ibagué – Dr. Francisco Javier Mendez Olaya

Resumen:

Diagnostico pre-operatorio: tumor benigno de la piel del miembro superior, incluido el hombro. Diagnostico pos-operatorio: tumor benigno de la piel del miembro superior, incluido el hombro. Procedimientos: resección de tumor benigno o maligno de piel y/o tejido celular subcutáneo de área especial. colgajo local de piel compuesto de vecindad entre dos a cinco centímetros cuadrados.

Fecha: 11/04/2019 **Intervención o tratamiento:** Clínica Ibagué - Cirugía de Mano

Resumen:

Subjetivo: paciente ingreso a la clínica para cirugía programada por la especialidad de cirugía de mano, la cual se realizo el día de hoy sin complicaciones, se paso a sala de recuperación donde presento adecuada evolución clínica, por lo cual cirujano de mano indica salida con recomendaciones, en el momento paciente refiere sentirse bien, con buena modulación del dolor, sin emesis, diuresis positiva, niega otros síntomas. EF: extremidades; herida quirúrgica en tercio distal de antebrazo derecho, cubierta con apósito y vendaje bultoso, sin sangrado, sin signos de infección, perfusión distal buena, resto de extremidades eutróficas. DX: tumor benigno de la piel del miembro superior, incluido el hombro. DX1: Otros estados postquirúrgicos especificados.

Concepto de rehabilitación

Proceso de rehabilitación: Sin información

Valoraciónes del calificador o equipo interdisciplinario

Fecha: 24/05/2021 **Especialidad:** Medicina Laboral – Dr. Fernando López Galindo

Medidas para prevención y disminución del riesgo de exposición a COVID 19 LA JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL TOLIMA Se permite informar hoy 01 de Junio de 2021 a sus usuarios y a la comunidad en general: Que mediante varios comunicados emitidos el año pasado desde el momento en que se declaró la emergencia sanitaria en Colombia, la Junta Regional De Calificación del Tolima canceló las citas presenciales hasta nueva orden, así mismo decidió que los casos se resolverían exclusivamente con las pruebas que reposen en los expedientes en audiencias virtuales y los dictámenes que se profieran se notificarían por correo electrónico al amparo de los decretos promulgados por el Gobierno Nacional durante el estado de emergencia social, económica y ecológica y la emergencia sanitaria 2. Que mediante resolución No 738 del 26 de mayo de 2021 se prorrogó la emergencia sanitaria hasta el 31 de agosto de 2021 confirmando la prohibición de la aglomeración y conservando las demás medidas de bioseguridad. 3. En cumplimiento de las normas de prevención, en especial el Decreto legislativo 580 de 2020, vigente hasta la fecha en virtud de la prórroga del estado de emergencia sanitaria, es necesario seguir realizando trabajo en casa y practicando el distanciamiento social, así como evitando desplazar personas enfermas (grupos vulnerables) a la ciudad de Ibagué y sus alrededores.4. En virtud de lo anterior quedan canceladas todas las citas presenciales en la Junta Regional de Calificación de Invalidez Del Tolima, durante la vigencia de la emergencia sanitaria como medida de seguridad para salvaguardar la salud y protección de nuestros pacientes, los trabajadores de la Junta Regional y sus integrantes. 5. Los casos programados se resolverán en audiencias virtuales con base en los elementos de prueba que contengan los expedientes respectivos, los dictámenes proferidos se suscribirán mediante firma digital y se notificaran mediante correo electrónico certificado. 6. Los pacientes citados a valoración virtual (telemedicina) recibirán previamente instrucciones sobre deberes, derechos y el protocolo para realizar dicha valoración, la cual es una prueba más para la Junta Regional del Tolima y será tenida en cuenta para la decisión final sobre la calificación 7. Los usuarios podrán, si lo consideran pertinente, aportar historia clínica reciente que no repose en el expediente y que consideren importante para dirimir la controversia presenta, la podrán enviar al correo electrónico: jrcitolima@gmail.com siempre y cuando no se hubiere emitido la respectiva calificación médica. 8. En el estudio para la resolución de cada caso, los integrantes de la Sala de decisión respectiva podrán solicitar pruebas que consideren pertinentes, para lo cual enviaran solicitud a las partes interesadas mediante los canales tecnológicos disponibles, las cuales deben ser allegadas en el tiempo legal establecido por la normatividad colombiana y que será comunicado en la solicitud. 9 se continuará con el servicio de radicación de correspondencia y de expedientes en el horario de lunes a viernes de 8:00 de la mañana a 12 de la tarde y de 1pm a 5pm, los sábados en el horario de 8.00am a 12pm cumpliendo con los protocolos de seguridad para salvaguardar tanto al usuario como los funcionarios. 10. para solicitudes de notificaciones de los Dictámenes médicos, actas en firmes y recurso de reposición se habilitará el correo electrónico notificaciones.jrcitolima@gmail.com , en donde nuestros usuarios podrán solicitar estas notificaciones por este correo electrónico.

Fecha: 01/06/2021 **Especialidad:** Medico Laboral - Dr. Fernando Lopez Galindo

Medidas para prevención y disminución del riesgo de exposición a COVID 19 LA JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL TOLIMA Se permite informar hoy 01 de Junio de 2021 a sus usuarios y a la comunidad en general: Que mediante varios comunicados emitidos el año pasado desde el momento en que se declaró la emergencia sanitaria en Colombia, la Junta Regional De Calificación del Tolima canceló las citas presenciales hasta nueva orden, así mismo decidió que los casos se resolverían exclusivamente con las pruebas que reposen en los expedientes en audiencias virtuales y los dictámenes que se profieran se notificarían por correo electrónico al amparo de los decretos promulgados por el Gobierno Nacional durante el estado de emergencia social, económica y ecológica y la emergencia sanitaria 2. Que mediante resolución No 738 del 26 de mayo de 2021 se prorrogó la emergencia sanitaria hasta el 31 de agosto de 2021 confirmando la prohibición de la aglomeración y conservando las demás medidas de bioseguridad. 3. En cumplimiento de las normas de prevención, en especial el Decreto legislativo 580 de 2020, vigente hasta la fecha en virtud de la prórroga del estado de emergencia sanitaria, es necesario seguir realizando trabajo en casa y practicando el distanciamiento social, así como evitando desplazar personas enfermas (grupos vulnerables) a la ciudad de Ibagué y sus alrededores.4. En virtud de lo anterior quedan canceladas todas las citas presenciales en la Junta Regional de Calificación de Invalidez Del Tolima, durante la vigencia de la emergencia sanitaria como medida de seguridad para salvaguardar la salud y protección de nuestros pacientes, los trabajadores de la Junta Regional y sus integrantes. 5. Los casos programados se resolverán en audiencias virtuales con base en los elementos de prueba que contengan los expedientes respectivos, los dictámenes proferidos se suscribirán mediante firma digital y se notificaran mediante correo electrónico certificado. 6. Los pacientes citados a valoración virtual (telemedicina) recibirán previamente instrucciones sobre deberes, derechos y el protocolo para realizar dicha valoración, la cual es una prueba más para la Junta Regional del Tolima y será tenida en cuenta para la decisión final sobre la calificación 7. Los usuarios podrán, si lo consideran pertinente, aportar historia clínica reciente que no repose en el expediente y que consideren importante para dirimir la controversia presenta, la podrán enviar al correo electrónico: jrcitolima@gmail.com siempre y cuando no se hubiere emitido la respectiva calificación médica. 8. En el estudio para la resolución de cada caso, los integrantes de la Sala de decisión respectiva podrán solicitar pruebas que consideren pertinentes, para lo cual enviaran solicitud a las partes interesadas mediante los canales tecnológicos disponibles, las cuales deben ser allegadas en el tiempo legal establecido por la normatividad colombiana y que será comunicado en la solicitud. 9 se continuará con el servicio de radicación de correspondencia y de expedientes en el horario de lunes a viernes de 8:00 de la mañana a 12 de la tarde y de 1pm a 5pm, los sábados en el horario de 8.00am a 12pm cumpliendo con los protocolos de seguridad para salvaguardar tanto al usuario como los funcionarios. 10. para solicitudes de notificaciones de los Dictámenes médicos, actas en firmes y recurso de reposición se habilitará el correo electrónico notificaciones.jrcitolima@gmail.com , en donde nuestros usuarios podrán solicitar estas notificaciones por este correo electrónico.

Fecha: 01/09/2021 **Especialidad:** Medico Laboral - Dr. Fernando Lopez Galindo

Que mediante varios comunicados emitidos el año pasado desde el momento en que se declaró la emergencia sanitaria en Colombia, la Junta Regional De Calificación del Tolima canceló las citas presenciales hasta nueva orden, así mismo decidió que los casos se resolverían exclusivamente con las pruebas que reposen en los expedientes en audiencias virtuales y los dictámenes que se profieran se notificarían por correo electrónico al amparo de los decretos promulgados por el Gobierno Nacional durante el estado de emergencia social, económica y ecológica y la emergencia sanitaria 2. Que mediante resolución No 001315 del 27 de Agosto de 2021 se prorrogó la emergencia sanitaria hasta el 30 de Noviembre de 2021 confirmando la prohibición de la aglomeración y conservando de las demás medidas de bioseguridad. 3. En cumplimiento de las normas de prevención, en especial el Decreto legislativo 580 de 2020, vigente hasta la fecha en virtud de la prórroga del estado de emergencia sanitaria, es necesario seguir realizando trabajo en casa y practicando el distanciamiento social, así como evitando desplazar personas enfermas (grupos vulnerables) a la ciudad de Ibagué y sus alrededores. 4. En virtud de lo anterior quedan canceladas todas las citas presenciales en la Junta Regional de Calificación de Invalidez Del Tolima, durante la vigencia de la emergencia sanitaria como medida de seguridad para salvaguardar la salud y protección de nuestros pacientes, los trabajadores de la Junta Regional y sus integrantes 5. Los casos programados se resolverán en audiencias virtuales con base en los elementos de prueba que contengan los expedientes respectivos, los dictámenes proferidos se suscribirán mediante firma digital y se notificaran mediante correo electrónico certificado. 6. Los pacientes citados a valoración virtual (telemedicina) recibirán previamente instrucciones sobre deberes, derechos y el protocolo para realizar dicha valoración, la cual es una prueba más para la Junta Regional del Tolima y será tenida en cuenta para la decisión final sobre la calificación 7. Los usuarios podrán, si lo consideran pertinente, aportar historia clínica reciente que no repose en el expediente y que consideren importante para dirimir la controversia presenta, la podrán enviar al correo electrónico: jrcitolima@gmail.com siempre y cuando no se hubiere emitido la respectiva calificación médica. 8. En el estudio para la resolución de cada caso, los integrantes de la Sala de decisión respectiva podrán solicitar pruebas que consideren pertinentes, para lo cual enviaran solicitud a las partes interesadas mediante los canales tecnológicos disponibles, las cuales deben ser allegadas en el tiempo legal establecido por la normatividad colombiana y que será comunicado en la solicitud. 9 Se continuará con el servicio de radicación de correspondencia y de expedientes en el horario de lunes a viernes de 8:30 de la mañana a 12 de la tarde y de 2pm a 5pm, los sábados en el horario de 8.30am a 12pm cumpliendo con los protocolos de seguridad para salvaguardar tanto al usuario como los funcionarios y teniendo en cuenta las medidas locales adoptadas por la alcaldía de Ibagué. 10. para solicitudes de notificaciones de los Dictámenes médicos, actas en firmes y recurso de reposición se habilitara el correo electrónico notificaciones.jrcitolima@gmail.com , en donde nuestros usuarios podrán solicitar estas notificaciones por este correo electrónico.

Fecha: 06/12/2021 **Especialidad:** Medicina Laboral – Dr. Fernando López Galindo

Esta consulta se realiza bajo el protocolo de protección para contingencia COVID 19 en el consultorio de la Junta Regional de Calificación de Invalidez. Valorado de sexo masculino, quien ingresa al consultorio caminando, marcha normal, por sus propios medios, con uso de basto convencional (Solo), adecuada presentación personal, afebril al tacto, encontrándose en aparentes buenas condiciones generales, facies normal, consciente, cooperador, La edad aparente concuerda con la edad real (49 años). Talla: 170 cts. Peso: 81 Kg. IMC: 28 (Sobrepeso), TA: 175/103 FC: 145 por minuto, FR: 18 por minutos, T: 35 ° C, SpO2: 95 **CABEZA Y CUELLO:** Normocéfalo, Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva Oídos: Pabellón auricular: Normal. Conducto auditivo externo: Normales. Membrana Timpánica: Normal. Agudeza auditiva: no se evalúa, uso de audífonos bilaterales. Ojos: derecho e izquierdo sin alteraciones, Motilidad ocular: Normal, Párpados: Normales, Agudeza visual: no se evalúa, Conducto naso lagrimal: Normal. Conjuntiva: Normal, pupilas isocóricas normorreactivas a la luz y a la acomodación. Nariz: Tabique nasal central y funcional, Cornetes: Normales. **TORAX**: Simétrico, Cardiopulmonar: RsCs taquicárdicos sin soplos ni desdoblamientos, rítmico. Campos pulmonares limpios, RsRs presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados, buena ventilación. **ABDOMEN**. No se explora. **MIEMBROS SUPERIORES**: simétricos, Hombro: Normal, Brazo: Normal, Codo: Normal, Antebrazo: Normal, Manos: No deformidades, no atrofias, sensibilidad conservada, fuerza 5/5, realiza agarres a mano llena, normal, Arcos de movilidad articular normales sin limitación funcional, llenado capilar <3 segundos. **MIEMBROS INFERIORES**: simétricos, eutróficas, sin edema ni deformaciones, con llenado capilar simétrico <3 segundos, Cadera. Normal. Muslo: Normal: Rodilla: Normal, Cajón anterior (Negativo), Cajón Posterior (Negativo). Pierna: Antecedente de fractura conminuta de tibia y peroné por arma de fuego (20/05/2003) Normal, Pie: derecho antecedente de herida con arma de fuego con compromiso articular, Dorsiflexión 0°, Plantiflexión 15° Inversión 10° y Eversión 5°, Normal, Arcos de movilidad articular normales sin limitación funcional, marcha punta talón normal. **COLUMNA VERTEBRA**L: Lassègue positivo bilateral a 45°, Arcos de movilidad articular con limitación funcional, no marcha sobre los talones y punta de pies. **NEUROLÓGICO**: Consciente, alerta, colaborador, orientado en tiempo, espacio y persona, lateralidad: Diestra. Normal. **EXAMEN MENTAL**: Lúcido, consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, responde con coherencia a las preguntas realizadas, No ideas suicidas, Euproséxico, eulálico, no hay trastorno del lenguaje hablado, hay continuidad del pensamiento.

Fecha: 24/01/2022 **Especialidad:** TERAPIA OCUPACIONAL-ELVIA GONZALEZ OLARTE

Se reviso historia clinica digitada y se intentó establecer comunicación telefónica con el fin de ampliar información sobre su perfil ocupacional y su situación funcional actual,pero no fue posible su teléfono se encontró en buzón de mensajes. Se trata

de un hombre de 49 años y 4 meses ,estado civil: casado, escolaridad: Básica secundaria. Dominancia: Diestra. Antecedentes Laborales: trabajador independiente. Antecedentes personales: Hipoacusia neurosensorial bilateral, astigmatismo, hipertensión esencial primaria, calculo de riñón, otros traumatismos del pie y tobillo .El 22 -08-2017 Clínica Sharon Y Uci Tolima Ltda – Dra. Yolanda Inés Guevara Sanabria .Subjetiva: paciente masculino de 45 años natural del guamo, procedente de Ibagué. Ocupación independiente con diagnósticos 1. Hipertensión arterial crónica no controlada. Manejo - amlodipino tab x 5 mg tomar 1 tab vo cada 12 horas - hidroclorotiazida tab x 25 mg tomar 1 tab. Al día - ácido acetilsalicílico tab x 100 mg tomar 1tab al día, Se ajusta a irbesartan/amlodipino 300 mg 710 mg tomar 1 tab al día, trae monitoreo de presión elevadas. Objetiva: EF; consciente, orientado, afebril, hidratado sin signos de dificultad respiratoria TA 160/100 FC 70 x min FR 14 x min peso 75 kg conjuntivas rosadas mucosa oral húmeda cuello normal c/p ruidos cardiacos rítmicos ruidos respiratorios normales abdomen blando depresible, no dolor a la palpación extremidades normales neurológico sin déficit focal. Dx: hipertensión esencial (primaria). El 23-08-2017 Dr. Larmont Aljuri – Neurocirujano. MC: 1 vez viene acompañado de la esposa perito automotriz. EA: 14 años de lumbalgia el cual ha progresado en frecuencia e intensidad irradia a miembros inferiores de predominio izquierdo con parestesias hasta artejos. Herida por arma de fuego en tobillo derecho dice que nunca por la EPS le han hecho manejo practicado estudios, no medicacion, ni terapias, no infiltración o manejo especializado. EF: no desviaciones antálgica, dolor lumbosacra Valleix. Marcha en puntas y talones limitada por el dolor en tobillo pero sin parecía Lassègue Bragard kavacsa de predominio derecho. Dx: Lumbociática de predominio derecho. 2. Discopatía L3-L4 L4-L5. 3. Hernia discal L4-L5 izquierda. Marcha con apoyo de bastón convencional, limitación para la asumir posturas y mantenerlas por restricción de los movimientos del cuello del pie derecho, asumir puntas y talones. Conserva patrones integrales y funcionales.

Fundamentos de derecho:
Ley 100 de 1993 crea las Juntas de Calificación Articulo 41, modificado por el Articulo 52 de la Ley 962/2005 y el artículo 142 del Decreto 019/2012, Decreto 1832 de 1994, Decreto 1295, Decreto 917 de 1999, Decreto 2463 de 2001, Ley 776 de 2002, resolución 156 de 2005, Ley 962 de 2005 (Por la cual se dictan disposiciones sobre racionalización de trámites y procedimientos administrativos de los organismos y entidades del Estado y de los particulares que ejercen funciones públicas o prestan servicios públicos). Decreto 1477/2013 (Por el cual se expide la Tabla de Enfermedades Laborales), Decreto 1352 de 2013 (Por el cual se reglamenta la organización y funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez, y se dictan otras disposiciones), Decreto 1507 de 2014 Determina el Manual Único de Calificación de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional.

Análisis y conclusiones:
La Sala de Juntas Medico Laborales de la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Tolima con base en los fundamentos de hecho y de derecho expuestos anteriormente y teniendo en cuenta que una vez realizada la revisión de la documentación aportada y realizada la comunicación telefónica, mecanismo utilizado durante la pandemia por COVID 19, establece que se trata de un trabajador de 49 años 4 meses de edad, educación básica secundaria, estado civil casado, no se encuentra laborando, Se revisa en todas sus partes la Historia Clínica aportada en la solicitud de fecha 29/04/2021, en la que solicitan se determine la pérdida de la capacidad laboral producida por la patología "1. Hipertensión esencial (primaria). 2. Hiperplasia de la próstata. 3. Cálculo del riñón. 4. Otros traumatismos del pie y del tobillo, especificados. 5. Gastritis, no especificada" que presenta el afiliado Sr(a) NELSON ENRIQUE CARRILLO GUZMAN, identificado con la cédula de ciudadanía N° 93.129.337 quien fue citado a esta Junta el día 06/12/2021, con el fin de que suministrará información sobre sus actividades laborales y realizar valoración médica. De acuerdo con el análisis de la documentación aportada, la valoración médica realizada, las consideraciones anotadas, con base en los fundamentos de Hecho y de Derecho, el concepto de la terapeuta ocupacional de la Junta Regional de calificación del Tolima y lo manifestado por el paciente, se califica la pérdida de la capacidad laboral que produce la patología a calificar. El médico ponente en audiencia privada propone a los miembros de la Junta Regional la siguiente calificación: Título I - 1-. Dx. HTA - Arritmia, Capitulo 2, Tabla 2.6 - 2.5, Clase 1, Total 20.88% (No ponderado), 2-. Dx. Gastritis crónica, Capitulo 4, Tabla 4.6, Clase 2, Total 10% (No ponderado), 3-. Dx. Litiasis Renal, Capitulo 5, Tabla 5.2, Clase 1, Total 7% (No ponderado), 4-. Dx. Hipoacusia neurosensorial bilateral, Capitulo 9, Tabla 9.1 - 9.2 - 9.3, Clase NA, Total 18% (No ponderado), 5-. Dx. Astigmatismo - Glaucoma, Capitulo 11, Tabla 11.5 - 11.1, Clase NA, Total 15.4% (No ponderado), 6-. Dx. Cefalea - Migraña, Capitulo 12, Tabla 12.5, Clase 2, Total 3% (No ponderado), 7-. Dx. Artrosis traumática cuello de pie derecho, Capitulo 14, Tabla 14.11 - 14.9, Clase NA, Total 17.68% (No ponderado), 8-. Dx. Discopatía lumbar, Capitulo 15, Tabla 153, Clase 2, Total 18% (No ponderado), Valor fi/nal de la Deficiencia (Título I) de 34.96% (Ponderado), Rol Laboral, Rol Ocupacional y otras áreas ocupacionales (Título II) 15.2% para un total de (Título I + Titulo II) 50.16%, Origen Enfermedad común, Fecha de estructuración el día 08/01/2021. Una vez presentado el proyecto, discutido en audiencia privada, aprobado en su totalidad por todos los miembros de la junta, se firma el dictamen y se entrega a la secretaria para su notificación.
"Las Juntas de Calificación de Invalidez adoptarán sus decisiones en audiencia privada, donde asistirán de manera virtual todos los integrantes principales de la respectiva Sala, sin participación de las partes interesadas, entidades de Seguridad Social o Apoderados, la decisión se tomará con el voto favorable de la mayoría de ellos, y votarán todos los integrantes de la Junta"

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
H522	Astigmatismo			Enfermedad común
N200	Cálculo del riñón			Enfermedad común
K297	Gastritis, no especificada			Enfermedad común
N40X	Hiperplasia de la próstata			Enfermedad común
I10X	Hipertensión esencial (primaria)			Enfermedad común
H903	Hipoacusia neurosensorial, bilateral			Enfermedad común
S998	Otros traumatismos del pie y del tobillo, especificados			Enfermedad común

Deficiencias

Deficiencia	Capitulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia por enfermedad cardiovascular hipertensiva	2	2.6	1	2	2	NA	14,00%		14,00%
Deficiencias por arritmias	2	2.5	1	1	1	NA	8,00%		8,00%
								Valor combinado	**20,88%**

Deficiencia	Capitulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia por desorden tracto digestivo superior	4	4.6	2	0	1	NA	10,00%		10,00%
								Valor combinado	**10,00%**

Deficiencia	Capitulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Litiasis renal	5	5.2	1		1	NA	7,00%		7,00%
								Valor combinado	**7,00%**

Deficiencia	Capitulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Hipoacusia Neurosensorial bilateral (No ponderada)	9	9.1, 9.2, 9.3	NA	NA	NA	NA	18,00%		18,00%
								Valor combinado	**18,00%**

Deficiencia	Capitulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia por Glaucoma bilateral	11	11.5	NA	NA	NA	NA	10,00%		10,00%
Deficiencia por agudeza visual	11	11.1	NA	NA	NA	NA	6,00%		6,00%
								Valor combinado	**15,40%**

Deficiencia	Capitulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia por cefaleas - migraña	12	12.6	2	NA	NA	NA	3,00%		3,00%
								Valor combinado	**3,00%**

Deficiencia	Capitulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia por alteración de miembros inferiores	14	14.11, 14.9	NA	NA	NA	NA	17,68%		17,68%
								Valor combinado	**17,68%**

Deficiencia	Capitulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Lesión de segmentos móviles de la columna lumbar	15	15.3	2	3	2	NA	18,00%		18,00%
								Valor combinado	**18,00%**

Capítulo	Valor deficiencia
Capítulo 2. Deficiencias por alteraciones del sistema cardiovascular.	20,88%
Capítulo 4. Deficiencias por alteración del sistema digestivo.	10,00%

Capítulo 5. Deficiencias del sistema urinario y reproductor.	7,00%
Capítulo 9. Deficiencias por alteraciones del sistema auditivo y vestibular.	18,00%
Capítulo 11. Deficiencias por alteraciones del sistema visual.	15,40%
Capítulo 12. Deficiencias del sistema nervioso central y periférico.	3,00%
Capítulo 14. Deficiencias por alteración de las extremidades superiores e inferiores.	17,68%
Capítulo 15. Deficiencias por alteraciones de la columna vertebral y la pelvis.	18,00%
Valor final de la combinación de deficiencias sin ponderar	**69,92%**

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. $\frac{A + (100 - A) * B}{100}$

A: Deficiencia mayor valor. B: Deficiencia menor valor.

Calculo final de la deficiencia ponderada: % Total deficiencia (sin ponderar) x 0,5	**34,96%**

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

Rol laboral

Restricciones del rol laboral	10
Restricciones autosuficiencia económica	0
Restricciones en función de la edad cronológica	1.5
Sumatoria rol laboral, autosuficiencia económica y edad (30%)	**11,50%**

Calificación otras áreas ocupacionales (AVD)

A	0,0	No hay dificultad, no dependencia.	B	0,1	Dificultad leve, no dependencia.	C	0,2	Dificultad moderada, dependencia moderada.
D	0,3	Dificultad severa, dependencia severa.	E	0,4	Dificultad completa, dependencia completa.			

d1	**1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento**	**1.1**	**1.2**	**1.3**	**1.4**	**1.5**	**1.6**	**1.7**	**1.8**	**1.9**	**1.10**	**Total**
		d110	**d115**	**d140-d145**	**d150**	**d163**	**d166**	**d170**	**d172**	**d175-d177**	**d1751**	
		0	0.1	0	0	0	0.1	0.1	0	0.1	0	0.4
d3	**2. Comunicación**	**2.1**	**2.2**	**2.3**	**2.4**	**2.5**	**2.6**	**2.7**	**2.8**	**2.9**	**2.10**	**Total**
		d310	**d315**	**d320**	**d325**	**d330**	**d335**	**d345**	**d350**	**d355**	**d360**	
		0.1	0	0	0	0	0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.5
d4	**3. Movilidad**	**3.1**	**3.2**	**3.3**	**3.4**	**3.5**	**3.6**	**3.7**	**3.8**	**3.9**	**3.10**	**Total**
		d410	**d415**	**d430**	**d440**	**d445**	**d455**	**d460**	**d465**	**d470**	**d475**	
		0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0	0.2	0	1.1
d5	**4. Autocuidado personal**	**4.1**	**4.2**	**4.3**	**4.4**	**4.5**	**4.6**	**4.7**	**4.8**	**4.9**	**4.10**	**Total**
		d510	**d520**	**d530**	**d540**	**d5401**	**d5402**	**d550**	**d560**	**d570**	**d5701**	
		0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0	0	0.1	0.1	0.8
d6	**5. Vida doméstica**	**5.1**	**5.2**	**5.3**	**5.4**	**5.5**	**5.6**	**5.7**	**5.8**	**5.9**	**5.10**	**Total**
		d610	**d620**	**d6200**	**d630**	**d640**	**d6402**	**d650**	**d660**	**d6504**	**d6506**	
		0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0	0.1	0	0.1	0.9

Sumatoria total de otras áreas ocupacionales (20%)	**3.7**
Valor final título II	**15,20%**

7. Concepto final del dictamen

Valor final de la deficiencia (Ponderado) - Título I	34,96%
Valor final rol laboral, ocupacional y otras areas ocupacionales - Título II	15,20%
Pérdida de la capacidad laboral y ocupacional (Título I + Título II)	**50,16%**

Origen: Enfermedad **Riesgo:** Común **Fecha de estructuración:** 08/01/2021

Fecha declaratoria: 27/01/2022

Sustentanción fecha estructuración y otras observaciones:
Por historia clínica, No se modifica por no ser motivo de controversia. en cumplimiento del artículo 2.2.5.1.38. del decreto 1072 de 2015 reza en uno de sus apartes: "las Juntas Regionales y la Nacional en el dictamen resolverán únicamente los que hayan tenido controversia" con lo cual nos está indicando que este aspecto se debe aplicar en primera instancia cuando se resuelva la controversia y en segunda instancia cuando se resuelva la apelación. Es decir, es aplicable a la junta regional de calificación de invalidez y a la junta nacional de calificación de invalidez.

Nivel de perdida: Invalidez	**Muerte:** No aplica	**Fecha de defuncíon:**
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 aplica	**Enfermedad degenerativa:** No aplica	**Enfermedad progresiva:** No aplica

8. Grupo calificador

FERNANDO LOPEZ GALINDO
11:29:43 2022.01.27 '00'05-

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL TOLIMA

Fernando Lopez Galindo
Médico ponente
RM 5523/1983 / LSO 2902-14/09/2018

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL TOLIMA

LUISA FERNANDA PARDO
2022.01.27 11:29:18 -05'00'

Luisa Fernanda Pardo Restrepo
Médico principal
RM 182060 - 1999 / LPSSST 15239 - 19 /12/2017

ELVIA GONZALEZ OLARTE
11:29:01 2022.01.27 '00'05-

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL TOLIMA

Elvia Gonzales Olarte
Terapeuta Ocupacional, Esp. Rehabilitación.Rehabilitación de la Mano, Magister en Prevención de Riesgos Laborales.
N3G