

1. DATOS DE IDENTIFICACION

Nombres	VICTOR HUGO MARQUEZ LONDONO				C.C	94394459						
Escolaridad	Primaria		Secunda	X	Tecnico		Univer.		Analfa.		Otro	
Estado civil	Soltero		Casado	X	Viudo		U.L		Separado		Otro	
Genero	Masculino		X	Femenino								
Lugar de nacimiento	SEVILLA (VALLE)				Fecha Nacimiento	25-10-1977			Edad	40		
Profesion u ocupacion	AUXILIAR FO											
Dominancia	Diestro											
Fecha valoracion	15-02-2018											
EPS	Eps Servicio Occidental De Salud S.A.				AFP	Porvenir						
F. ingreso empresa	01-02-2016				Antiguedad(Meses)	24						
F. retiro empresa (SA)	#Error											
Dirección	CALLE 6 A No 17-04 TULUA				Teléfono	312 2996710						

ARGUMENTOS DE HECHO

1. Antecedentes

Familiar	NO INFORMA
Personal	NO INFORMA
Patologico	NO INFORMA
Quirurgico	Defecto refractivo, Cirugía maxilofacial
Traumatologico	NO INFORMA
Hospitalizacion	NO INFORMA
Medicamento	Valcote ER tab 250, Escitalopran MK tab 20 mg, Quetiapina tab 100 mg., Hidroxicina tab 25 g
Alergico	NO INFORMA
Extralaboral	NO INFORMA
Sistemas	NO INFORMA

1.2 Antecedentes de Exposicion Laboral

EMPRESA	CARGO	RIESGOS	TIEMPO DE EXPOSICION
CONTRATISTA CLARO	TECNICO DE RED EXTERNA	ERGONOMICO - MECANICO	144

2. ENFERMEDAD ACTUAL

Accidente laboral 10-06-2016, ?la cuadrilla de FO venia de atender un daño de FO en zarzal, cuando en el trayecto de bugalagrande - Andalucia se salen de la vía colisionando con una alcantarilla generando múltiples golpes a los 4 funcionarios que venían en el vehículo.

Se atiende urgencia en hospital local de Andalucia, siendo remitido a clínica María Ángel de Tuluá, donde evidenciaron: Trauma cerrado de tórax, dolor en región lumbar, trauma en cabeza (amnesia del evento), epistaxis, hematoma peri orbitario, trauma en manos. Se Dx Trauma facial fractura seno maxilar (Fx lefort III, Fx malar bilateral, Fx nasal, Fx dentoalveolar), trauma cerrado de tórax (fractura costilla 10 der), trauma en región lumbar, trauma cráneo encefálico leve, trauma hombro derecho. Se realiza cirugía maxilo facial por fractura de seno maxilar. Persiste con dolor en cuello, hombro izquierdo, zona lumbar, mano derecha con hinchazón de dedos 3 y 4 y costillas derechas. Evaluado por medico laboral quien encuentra dolor al palpar zona temporal izq. movilidad cervical limitada. Dolor al palpar vertebras C6C7, limitación apertura oral, dolor al palpar malares, dolor al palpar arcos costales inferiores, que aumenta con la inspiración. No hipo ventilación, dolor hipocondrios der e izq., no signos de irritación peritoneal. Peristaltismo positivo, dolor al palpar hombro izq. con limitación a la movilidad y rotaciones externas e internas, dolor al palpar dedos 3, 4 mano derecha que además tiene edema asociado y hay limitación a la movilidad muñeca izquierda. Se considera evaluación por ortopedia y actualizar estudios. Medico laboral considera estudio y remite a urgencias en CNSR quienes solicitan para clínicos evidenciando Rx reja costal Fx 8 costilla derecha. Se da salida para manejo por ortopedia, psiquiatría, manejo de anemia.

Posteriormente 17-01-2017 requirió reconstrucción maxilofacial. Hallazgos quirúrgicos: paciente con secuela de trauma maxilofacial, con enoftalmos derecho, Apellidos-Nombres MARQUEZ LONDONO VICTOR HUGO

exposición de escalera derecha de 5 mm, hipo proyección del malar derecho, escalón en región infra orbitaria derecha, rotación de malar hacia medial, malla de órbita derecha en tejido blando, no contorneada, placa en reborde infraorbitario derecho sin reducción de la fractura malar derecha, tornillos desalojados, malla en región de la pared anterior del seno maxilar derecho. Malar izq.: escalones en región infraorbitaria izq. con mayor proyección comparada con el derecho. Malla de órbita de piso sobre contorneada, elevada y no contorneada en el polo posterior de la órbita. En el tejido blando no el piso de la órbita, sobre contorneada en la región anterior que sobresale del reborde. Material e osteosíntesis suelto, malla en pared anterior del seno maxilar izq.

Evaluable por traumatólogo considera: Trauma facial masivo con reconstrucción, dolor en manos, con deformidad dedos medio anular derecha en flexión rigidez. Dolor cervical, dolor dorsal, dolor hombro izquierdo con amas limitado. Se SS TAC Cervical y Rx de manos donde se observa micro fractura avulsión en dedo medio. Se remite Qx de mano y a medico fisiatra. En Rx de reja costal se observa Fx de 8vo y 9n arco costal en proceso de consolidación.

Paciente fue evaluado el 10 agosto de 2016 por medico psiquiatra por cuadro de irritabilidad, insomnio, pesadillas, miedos, hipersensible a los ruidos, nervioso, olvidos. Muy pasivo, apagado, como elevado, no duerme bien. TAC 10-06-2016: pequeña lesión contusiva frontal izquierda visible en los corte axiales 13 y 14 que deberá controlarse y otras proximales en región fronto olfatoria en corte axial 13 y 14 del lado derecho con nivel hidro aéreo de seno frontal, esfenoidal y ambos maxilares. TAC control 6/07/2016, sin alteraciones encefálicas. Examen mental: alerta, orientado en persona, lugar y parcial en tiempo, afecto apagado, memoria de fijación alterada, alteración memoria reciente y pasada, procesamiento mental muy lento, concentración alterada. Atención bien. Pensamiento lógico. IDx: 1. síndrome mental orgánico con ansiedad y déficit cognitivo. 2. traumas múltiples de cara y contusión de la muñeca y mano. Se inició Acido valproico como modulador afectivo y escitalopran como anti ansioso, y temporalmente se da un hipnótico eszopiclona. Se remite a neurologia

Se realiza evaluación neuropsicológica el 30-09-2016, donde se concluye: a nivel atencional: fallas sutiles para enfocar la atención y alteración en atención selectiva. Fallas en denominación por confrontación visual. Disfunción ejecutiva, incluyendo un pensamiento concreto. Depresión severa. El tipo de alteraciones encontradas se correlacionan con lesiones pre frontal. Se recomienda manejo médico especializado, incluyendo psiquiatría y, terapia ocupacional. Realizar evaluación neuropsicológica de control en seis meses para observar evolución.

Es evaluado por oftalmología 24-03-2017: remitido por dificultad para cierre palpebral OD en manejo con lubricante ocular en gel cada 4 hrs. Antecedente de politraumatismo por accidente de tránsito, presentando TCE, trauma facial (lefort 3), corregido quirúrgicamente con OTS. EF: Cornea clara bilateral, Cámara anterior formada bilateral, Cristalino transparente bilateral, conjuntiva bulbar normal bilateral. Examen de párpados: OD: oclusión lenta del ojo derecho, aunque completa sin podoftalmos residual, ni sufrimiento corneal. Examen de segmento posterior: Lámpara de hendidura lente e 90 dioptrías bilateral. AO: excavación del 30%. Dx Ojo seco derecho

Optometría 24-10-2017: en el día de hoy el paciente asiste por control y no encuentro nuevamente hallazgos significativos en la refracción ocular, por lo tanto y debido a la fotofobia marcada, recomiendo que use de manera constante cada vez que salga al sol, unas gafas oscuras con filtro de protección 100% UV. Recomiendo también que se realice unos POTENCIALES VISUALES EVOCADOS, los cuales debe traer a consulta en el próximo control en 6 meses. Recomiendo iniciar terapia física y revisar evolución en el próximo control

Rx reja costal 16-09-2016: Fx en vía de consolidación no desplazada en 1/3 distal de decimo arco costal izq.

Rx mano derecha 16-09-2016: aumento del volumen de tejidos blandos y deformidad en flexión de la interfalángicas proximales de III y IV dedos y fracturas consolidadas de falanges medias de III y IV dedos.

Rx en muñeca izq. (06-07-2016): Fx de escafoides.

TAC simple muñeca izquierda del 16/09/2016 fractura incompleta del polo proximal del escafoides en avanzado estado de consolidación.

Rx CC: aparente Fx de la lámina izq. de C6, Se ordena collar de Thomas, se remite a FT, valoración por Neuro Qx. Y Cirujano de mano

Rx Mano derecha 25-02-2017: Disminución en la densidad mineral ósea de manera difusa, Deformidad en flexión de la articulación IFP del cuarto dedo

RNM CC 22-11-2016: Dentro de límites normales.

EEG 11-04-2017: Trazados de vigilia y somnolencia, dentro de límites normales

Paciente continúa en manejo Psiquiatría, Otorrino, Neurólogo, Fisiatría y Cirujano de mano. Continúa en terapia física, ocupacional y manejo por nutricionista (se dio de alta en Febrero 2018). Persiste cefalea, dolor en cuello, dolor dorso lumbar, hombro izq. y manos. Tiene deformidad en flexión de 3 y 4 dedos. Tiene dolor al abrir boca y al comer. Esposa refiere que le molesta el ruido, ocupa su tiempo durmiendo. Realiza terapia física y ocupacional 2 veces por semana. Permanece acompañado ya sea de a esposa o de la mama.

Ultimos procedimientos:

Cirugía maxilofacial para retirar MOTS y reconstrucción 21-01-2017

Septo plastia y turbino plastia, por desviación septal pos traumática 01-08-2017 (CNSR)

Es evaluado por neurología el 10-07-2017 quien encuentra: Evaluado por neuropsicología, se encontró deterioro cognitivo que se ha considerado progresivo.

RNM Cerebro 22-12-2016: normal. RNM 10-04-2017 de cerebro sin lesiones focales parenquimatosas. EEG: Normal. Al examen neurológico: paciente desierto, no responde ordenes muy sencillas, bradipsíquico, frases cortas incoherentes, confuso, desorientado, inseguro en la marcha atáxico, sin piramidalismo.

Moviliza las 4 extremidades ausentes en la consulta. Dx Politraumatismo, antecedente de cirugía maxilofacial post traumática, TCE, SMO postraumático.

Trastorno cognoscitivo postraumático (por neuropsicología).

Evaluable por Otorrino 14-07-017, encuentra desviación septal pos traumática, vértigo pos traumático. Se realiza 01-08-2017 septo plastia, turbino plastia.

Otorrino 14-08-2017: está respirando mejor, a veces tiene dolor en fosa nasal dicha. Trae laboratorios solicitado, la ENG no han realizado poder que necesita suspender medicación psiquiátrica. Audiometría con respuestas inconsistentes, logo audiometría no realizable, impedanciometría con curvas tipo a bilaterales. Continúa con latero pulsión, EF: septum nasal central, cornetes eutróficos. Dx POP septoturbinoplastia, mareo post traumático. Nota: Se decide suspender ENG por que este paciente no debe suspender su medicación psiquiátrica. SS PEA para umbral y sitio de lesión y potencial evocado estable

Evaluación Audiológica 04-06-2017: Se le dificulta comprender la instrucción evidenciando respuestas inconsistentes, variables y lentificadas que no concuerdan entre si PTP OD 53 dB PTP OI 50dB (promedio de tonos puros)

PAE 12-02-2018: Estudio compatible con normalidad bilateral

Potenciales de estado estables 12-02-2018: OD: 35 dB Hipoacusia leve, OI: 28 dB Hipoacusia leve (promedio auditivo 500, 1000 y 2000 Hz.

MMPI 11/02/2017: Interpretación de resultados: teniendo en cuenta que las escalas de validez del mmpi-2 tienen como objetivo determinar si el protocolo es aceptable para su correcta interpretación y poder inferir dimensiones esenciales de la personalidad del sujeto o realizar hipótesis diagnósticas, se decide anular la prueba, puesto que la puntuación obtenida en la escala f (incoherencia) evidencia un pensamiento concreto, con rasgos psicopatológicos y el factor de corrección k (30) reafirma lo dicho, mostrando confusión en el pensamiento. Este resultado es coherente con el déficit cognitivo que presenta el paciente.

Evaluación neuropsicológica 13/02/2017: Conclusiones y recomendaciones: el resultado de la evaluación permite establecer, de acuerdo a los criterios del DSM V, trastorno neurocognitivo mayor, debido a un traumatismo cerebral, con pérdida de conciencia, amnesia postraumática, desorientación y confusión y signos neurológicos (comprobados por imagen radiológica que demuestra la lesión). El trastorno neurocognitivo se presenta inmediatamente después de sufrir el TCE y persiste pasado el período agudo postraumático. Presenta adicionalmente cambios comportamentales (descritos en el cuerpo de este informe). Se encontró: Evidencia de un declive cognitivo moderado comparado con el nivel previo de rendimiento en más de un dominio cognitivo (atención, memoria y función ejecutiva) basada en: 1. preocupación manifiesta del informante (esposa). 2. deterioro sustancial del rendimiento cognitivo, documentado con pruebas neuropsicológicas estandarizadas, cuyos resultados se describen en el cuerpo de este informe. Existe evidencia clara de declive en la memoria y el aprendizaje. b- los déficit cognitivos interfieren con su autonomía en las actividades cotidianas. c- los déficit cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un síndrome confusional. d- los déficit cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental. Al comparar los resultados de esta evaluación con la anterior, realizada en septiembre 30 de 2016, se observa mayor deterioro cognitivo. El deterioro cognitivo es progresivo, por lo cual su pronóstico es desfavorable.

Traumatólogo 07-02-2017: Dice que tiene fracturas cervicales y fractura de los dedos de la mano derecha, tiene RNM y TAC de CL que no muestra fracturas, medula de aspecto normal sin compresiones pero tiene movilidad limitada en las manos, deformidad en 3 y 4 dedos de la mano derecha anquilosados con dolor y disminución de fuerza. EF: dolor en proceso espinoso C7, dolor en los movimientos del cuello, disminución de fuerza muscular, deformidad en 3 y 4 dedos mano derecha. Ordena Rx hombro izq. 25-02-2017: discreta disminución en la densidad mineral ósea de manera difusa, sin evidencia de lesiones óseas expansivas ni trazos de fractura. Leve disminución en la amplitud del espacio articular acromio clavicular, conservándose la regularidad de sus superficies articulares. El espacio acromio humera se encuentra conservado. Las relaciones articulares gleno humerales se encuentran conservadas y sus superficies articulares son regulares. Tejidos blandos de aspecto normal. Rx de dedos en mano derecha 25-02-2017: Disminución en la densidad mineral ósea de manera difusa, sin evidencia de lesiones de aspecto expansivo. Deformidad en flexión de la articulación interfalangica proximal del cuarto dedo. Las superficies articulares son regulares. Tejidos blando sin alteraciones. TF, EMG + NC MMSS 27-02-2017: No evidencia de radiculopatía, plexopatía, neuropatía y otros compromisos de neurona motora inferior.

TAC Senos paranasales 25-02-2017: cambios post quirúrgicos por fracturas faciales múltiples con material de osteosíntesis y signos de aflojamiento fractura. Fractura de huesos propios nasales. Engrosamiento del seno maxilar derecho sin evidencia de niveles hidroaéreos

Cirujano de mano 12/02/2018: Subjetivo: paciente que tiene dolor en la región dorsal y palmar de la muñeca izquierda. Dolor en los dedos de mano derecha. No ha sido calificado aun. Objetivo: al examen físico deformidad en flexión fija de la interfalangica proximal del IV dedo mano derecha 60°, limitación para la flexión de todos los dedos con distancia uña palma 03 cm. dolor a la palpación de la tabaquera anatómica izquierda. Imposibilidad de medición de fuerza. Análisis: paciente que requiere actualización de radiografías. Plan: radiografía IV dedo mano derecha. Radiografía mano bilateral comparativas. Cita de control en 04 semanas con resultados.

Evaluación terapia ocupacional 06/02/2018: Dominancia: derecha.

Ocupación: técnico en fibra óptica. Enfermedad actual: usuario quien ingresa en condiciones generales de salud, deambulando por sus propios medios con apoyo de bastón de un punto y ayuda externa desde uno de sus miembros superiores como guía por parte de su esposa a valoración integral con terapia ocupacional y fisioterapia de neurorrehabilitación con diagnóstico médico de secuelas de trauma craneoencefálico severo como consecuencia de accidente laboral en automóvil ocurrido el día 10 de junio del 2016 donde recibe politraumatismo y al parecer pérdida de memoria, no se sabe por cuánto tiempo, fue intervenido por cirugía maxilofacial y posteriormente refiere dificultad para dormir, temeroso, llanto fácil, sentimiento de minusvalía, temores frecuentes, olvidos, evaluado por neuropsicología se encuentra un deterioro cognoscitivo que se ha considerado progresivo. Aporta RNM de cerebro 22/12/16 normal, RNM de cerebro sin lesiones focales parenquimatosas 10/4/17, EEG normal. Fue valorado el 6/12/17 por médico psiquiatra el cual reporta "síndrome mental orgánico con síndrome frontal y déficit cognitivo, síndrome ansioso depresivo secundario a 1". Trae TAC simple muñeca izquierda del 16 de septiembre del 2017 con fractura incompleta del polo proximal del escafoide en avanzado estado de consolidación. radiografía mano derecha 16/9/16 donde se observa aumento del volumen de tejidos blando y deformidad en flexión de la IF proximales de III y IV dedos y fractura consolidada de falange medias de III y IV dedos. Actualmente se encuentra recibiendo los servicios de terapia ocupacional y fisioterapia dos veces por semana donde según su esposa el usuario se muestra temeroso y se torna enojando con resistencia a los ejercicios.

Valoración desde terapia ocupacional y fisioterapia

Usuario de 40 años de edad de ocupacional técnico en fibra óptica, vive con su esposa e hijo menor de cuatro años de edad y su madre quien colabora en cuidados del usuario, actualmente se encuentra incapacitado. durante la valoración se observó que hace uso de lentes oscuros por foto sensibilidad, callado, ausente, desorientado en las tres esfera mentales, al realizarle algunas preguntas realiza pobre contacto visual y no logra mantenerlo con el evaluador, responde después de unos minutos de manera concreta y de forma incoherente con tono de voz bajo, evidenciando dificultades para comprender lo preguntado. la esposa es quien aporta la información donde refiere que el usuario es dependiente en las actividades básicas de la vida diaria, participa de forma esporádica en algunas de ellas como vestido y desvestidos miembros superiores, se le dificultad vestido y desvestido miembros inferiores. No participa en actividades de la casa, no realiza ningún tipo de deportes o actividades que ocupen su tiempo libre. La rutina del usuario según su esposa está dada en permanecer en cama realizando actividad de dormir, cree su acompañante que esto es debido a los medicamentos, refiere que en ocasiones le pide al usuario realizar recomendaciones dejadas en terapia, sin embargo no lo realiza y se enoja. Refiere que la necesidad de alimentarse la comunica a través de tocado de su estómago o señalamientos para ir al baño. Actualmente se encuentra desarrollando el rol de padre, esposo e hijo, presenta dificultades en la interacción con el otro.

Durante la valoración se observa que a nivel de componente neuromuscular, se encuentra que su fuerza muscular en manos 3/5, en miembros inferiores 3/5, presenta retracciones musculares moderados por cadenas musculares, su postura es hombros protruidos cabeza adelantada pelvis en retroversión, miembros inferiores en rotación externa, sus patrones de movimiento funcionales (mano-cabeza, mano-boca, mano-rodilla, mano-pie) logra hacerlos sin dificultad, los patrones integrales con mano derecha (agarres digitales, pinza trípode, agarres cilíndricos) son semifuncionales debido a que presenta limitación en interfalangicas de tercero y cuarto dedo de la mano derecha, deformidad en flexión, tercer dedo -50° interfalangica proximal, en mano izquierda son funcionales. El componente sensorial se encuentra conservado.

A nivel cognitivo se observa alteraciones en cuanto a orientación en tiempo, lugar y persona, dificultades en atención y concentración, memoria, reconocimiento, secuenciación, clasificación, iniciación, mantenerse y finalizar una actividad, juicio, resolución de problemas, entre otros.

Con base a lo anterior la ejecución y participación en las actividades de naturaleza ocupacional se ven afectadas generando dependencia en todas las actividades de autocuidado, actividades productivas y de tiempo libre ya que presenta mayor limitación a nivel cognitivo, afectando así la autonomía y funcionalidad del usuario, lo cual genera desequilibrio ocupacional. Plan de tratamiento: Favorecer fuerza muscular generalizada, ganar estabilidad estática y dinámica que le permita realizar desplazamientos más seguros dentro de sus actividades de la vida diaria Favorecer estimulación cognitiva que permita al usuario participar en actividades de la vida diaria. Realizar una estructuración de actividades tiempo libre, contando con los intereses propios del usuario.

Evaluación neuropsicológica 01-02-2018: la esposa manifiesta: "con la medicación está tranquilo, pero permanece muy somnoliento. Con el bastón tiene un poco

más de estabilidad. Mucho dolor en hombro, la espalda, las manos y el maxilar derecho. ha mejorado con terapia ocupacional el decidir entre una ropa y otra. está empezando a cucharear con la mano izquierda. si se le explica despacio y de forma fácil puede comprender las instrucciones. no estamos llevando vida de pareja. reconoce a quienes lo rodeamos pero si se van muchos días ya no los reconoce". Informe terapia física paciente quien por condición neurológica presenta limitación funcional para la realización de la mayoría de actividades de la vida cotidiana, es totalmente dependiente para la realización de sus actividades de autocuidado lo cual limita la participación en diferentes entornos.

Conclusiones y recomendaciones: los resultados obtenidos en la evaluación confirman el diagnóstico de trastorno neurocognitivo mayor debido a traumatismo cerebral, de acuerdo a los criterios del DSM - V, con alteración del comportamiento, teniendo en cuenta lo reportado en historia clínica (TCE con pérdida de consciencia, amnesia posttraumática, desorientación y confusión) y la información obtenida de la esposa. El perfil neuropsicológico, como se describe en el cuerpo de este informe, muestra alteración en: los procesos atencionales (básicos y superiores), funciones ejecutivas mostrando dificultades a la hora de iniciar, planificar, organizar y secuenciar en un orden lógico y correcto los pasos necesarios para resolver problemas, en la flexibilidad cognitiva, dificultad para autocorregirse y generar nuevas estrategias y, déficit en el razonamiento abstracto y perceptivo. Memoria; lenguaje: se evidencia anomia; fallas en lenguaje comprensivo y expresivo, como se mencionó anteriormente, existe un retroceso en su proceso de lecto-escritura; Cálculo.

Asociado se encontró ansiedad y depresión, que requieren manejo farmacológico, con efectos secundarios que impactan aún más el funcionamiento cognitivo. Existe mejor desempeño en cuanto a funciones visoperceptivas y visoconstruccionales. Es necesario continuar en el proceso de buscar la mayor adaptación al medio, por lo cual se recomienda brindar terapia ocupacional y terapia del lenguaje.

Peritaje Psiquiátrico 08-02-2018: Se trata de un hombre adulto, con escolaridad secundaria, asiste con la esposa. Ya había sido evaluado, tal como se mencionó previamente. Sin historia de enfermedad mental o de atención por psiquiatría previa. Así mismo historia de politraumatismo con fractura facial severa que requirió manejo intrahospitalario y quirúrgico. Continúa en manejo por psiquiatría y recibe antidepresivos, moduladores del estado de ánimo y anti psicóticos. La evaluación neuropsicológica de control reporta deterioro del compromiso cognitivo en relación al reportado en la evaluación previa. Según reporta la esposa, ha evolucionado al aislamiento, al mutismo y ahora requiere asistencia para actividades de la vida diaria. A la exploración actual al examen mental el compromiso cognoscitivo es mayor al reportado en la evaluación previa de hace un año, al punto que no es posible completar la evaluación del sensorio en el examen mental, dada la restricción en el lenguaje y la pobre interacción que tiene con el evaluador. Es importante resaltar que es usual que haya un progreso a la mejoría, pero en el caso del señor Márquez, ha ocurrido lo contrario, un proceso hacia el deterioro cognitivo y en la interacción interpersonal. Según su evolución en el tiempo, el cuadro de compromiso cognitivo encontrado es de carácter permanente. Se sugiere que continúe tratamiento en rehabilitación integral.

Dx: Trastorno Neuro-cognitivo secundario a trauma craneoencefálico

Neurocirugía 10/10/2017: EA: paciente quien consultó a médicos de ARL dice que tiene fracturas cervicales y fractura de los dedos de la mano derecha tiene RNM y TAC de columna lumbar que no muestra fracturas médula de aspecto normal sin compresiones pero tiene movilidad limitada en las manos deformidad en 3 y 4 dedos de la mano derecha anquilosadas con dolor disminución de la fuerza. Rx de columna dorso lumbar: acuña miento lateral izq. T-10 30%, actitud escoliótica de la columna lumbar a la izquierda. TAC cerebral dentro de límites normales. Debe continuar con controles de neurología clínica y psiquiatría

Médico Psiquiatra 09/02/2018: Subjetivo: informa la esposa que está más callado que antes y lo siente triste. Antes preguntaba algo, ahora ya nada. Está yendo a terapia ocupacional y fisioterapia desde octubre, está un poco más independiente con el bastón, más equilibrio, está empezando a comer solo con la izquierda. No se viste, ni se baña solo, solo se ayuda como asentar el pie para que le coloquen el zapato. Algo así como más iniciativa... sale muy adolorido de terapia los brazos el cuello.

En el día duerme y en la noche no. toma solo un cuarto de quetiapina cada 12 horas, y los demás medicamentos como se indico

Está en proceso de calificación.

Objetivo: examen mental sin mayores cambios: paciente alerta, ensimismado, casi ausente del entorno, orientado en persona, no en lugar, ni tiempo, alteración de gnosias y praxias. Se le dificulta entender órdenes, musita palabras, cognición global alterada, actitud igual de pasiva, responde muy elementalmente preguntas muy sencillas pero se demora mucho procesando mentalmente.

Ya no presenta prurito, si no le da la hidroxicina le da prurito

Impresión diagnóstica

1. síndrome mental orgánico con síndrome frontal y déficit cognitivo

2. síndrome ansioso depresivo secundario a 1.

3. traumas múltiples de cara y contusión de la muñeca y mano.

3. traumatismo cerebral difuso (diagnóstico neurológico. 10 julio 2017).

Tratamiento: 1. valcote tab 250 mgs 1-1-1. 2. escitalopran mk tab 20mgs 0-0-1. 3. quetiapina tab 100 mgs 0-0-1y ¼. 4. Incapacidad medica el día 10 de febrero 2018 hasta el día 11 marzo 2018 inclusive ,30 días. 5. hidroxicina tab 25 mgs 0-0-1. 6. cita en un mes, el día viernes 09 marzo 2018. horas 2:30 pm

Cirujana Maxilofacial 10-07-2017: POP 6 meses de retiro de MOT y corrección de secuelas de fractura malar derecha, corrección de enoftalmos derecho. El paciente en compañía de su esposa, no se comunica mucho con el examinador, por su Dx de SI, con Síndrome frontal y déficit cognitivo. O: Buenas condiciones generales. Análisis por tercio de la cara: tercio superior: sin alteraciones. Tercio medio: se observa ojos, pupilas IR, reflejo foto motor y consensual presente, mejoría notable de enoftalmos derecho, mejoría notable de la distopia derecha. Abordaje blefaroplastia superior derecho con adecuado proceso de cicatrización, abordajes subciliare bilateral con adecuado proceso de cicatrización, mejoría en la proyección del malar derecho, hipostesia infraorbitaria derecha. Tercio inferior sin alteraciones, no asimetría mandibular, intra oral: se observa abordaje intra oral vestibular superior con puntos en posición, no signos de infección, no dehiscencias, oclusión estable. TAC de cara POP: adecuado contorno de la órbita derecha y adecuada reposición del malar derecho, órbita derecha con restablecimiento de piso de la órbita.

Paciente con POP favorable, con mejoría en la proyección ocular, no enoftalmos, paciente que no requiere manejo quirúrgico por cirugía maxilofacial.

Medico Fisiatra 27/02/2018: Tx cervical, Tx arcos costales, fractura lefort 2 reducida. Presenta trastorno cognitivo por secuelas trauma cerebral frontal, cuenta con concepto de neurología 10 07 2017 que reporta: paciente con mal pronóstico laboral y de recuperación después de un año de trauma." dx traumatismo cerebral difuso y de MD Psiquiatra 06 12 de 2017 con diagnóstico de trastorno mental orgánico con síndrome frontal y déficit cognitivo, síndrome ansioso depresivos secundario. Prueba neuropsicológica reciente 1 02 2017 describe "al comparar los resultados de esta evaluación con la anterior, realizada en septiembre 30 de 2016, se observa mayor deterioro cognitivo. el deterioro cognitivo es progresivo, por lo cual su pronóstico es desfavorable."

No ha mostrado signos de recuperación. tto qetiapina y escitalopram.

En la entrevista autista no responde preguntas si atiende a la esposa, entiende órdenes sencillas, juicio y raciocinio no valorable en el momento. ingres apoyada en bastón, visión y audición aparentemente normales no hay déficit focal motor ni sensitivo. AMAS de columna conservados en mano derecha deformidad en flexión dedo 4 mano d en IFP. Marcha con bastón aumento de base de sustentación. IDx: Secuelas TCE, Síndrome C Orgánico descrito por siquiatria. Se considera en fase de secuelas, por rehabilitación no hay y ttos pendientes, es pertinente continuar proceso con medicina laboral y calificación PCL.

Neurología 20-02-2018: no duerme, temeroso, depresivo. Neuropsicología: deterioro cognitivo más depresión RMN de cerebro OK, EEG OK, Psiquiatría le ordena Valcote 250, Escitalopran 20 mg por día. Clínicamente un poco mejor, quejándose de cefalea occipital y a lo largo de toda la columna. Examen Neurológico: Bradipsíquico, responde órdenes y preguntas sencillas, confuso, desorientado y tiende a estar autista, no colabora con el examen. Dx TCE severo, trastorno cognoscitivo moderado, Trastorno depresivo ansioso. Se deja con el tto paralelo con psiquiatría y debe continuar con terapia física y ocupacional. Control 6 meses. Dx Traumatismo cerebral difuso.

Nutricionista 19-02-2018: Paciente con aumento de peso de 2 Kg en 4 meses, con mejoría del apetito y la ingesta, menos limitación para masticar, rechaza

585 443

algunos alimentos sólidos y crocante, pero en general la variedad de alimentos tolerados y consumidos está siendo suficiente para su gasto energético diario, pues ha logrado aumentar de peso, sin necesidad de suplementación. Se da de alta por nutrición, debe retomar control nutricional en caso de que presente de nuevo dificultades en la masticación o deglución.

3. HALLAZGOS Valoracion Medicina Laboral

Paciente quien ingresa con marcha ayudada por bastón en mano izq. (refiere que el bastón le da estabilidad por presencia de mareo). Hay poca interacción con examinador, está acompañado de la esposa quien es la que responde y ayuda a vestirse, desvestirse y está pendiente de los cambios de posición que tiene el trabajador por que no tolera mucho tiempo sentado ni parado, en un momento solito acostarse en la camilla. Es imposible saber si está orientado por que no responde a interrogatorio, su queja principal es cefalea, dolor en nuca, dolor en hombro izq., dorso lumbalgia y dolor en manos bilateral.

Dorso: Dolor a la palpación en región lumbar con espasmo muscular. AMAS conservados. No signos radiculares.

Cara: buena simetría, no compromiso de párpados. Dolor al palpar maxilar superior y arcos cigomáticos. Buena apertura y oclusión de boca.

Cuello: gran espasmo muscular, dolor al movilizar, AMAS de cuello conservados.

MMSS: dolor a la palpación y movilización de hombro izq. AMAS conservados. Fuerza 3/5. Hombro derecho normal

Mano derecha: AMAS muñeca conservados, dedo medio: AMCF 90° Flex 0° ext. deformidad en flexión, Ext - 10° Flex 60°. AIFD Flex 20° Ext 0°. Dedo anular AMCF Flex 90° Ext 0°. AIFD Deformidad en flexión 90° anquilosado. AIFD anquilosado en neutro

Mano izq.: AMAS muñeca y dedos conservados, dolor a la palpación de muñeca zona de escafoides.

MMII: sin alteraciones.

Diagnóstico Motivo de Calificación

Secuela TCE, Traumatismo Cerebral Difuso, Trastorno Cognitivo secundario, Síndrome Mental Orgánico secundario, Trauma Cervical, Trauma Maxilo Facial, Fractura lefort 2 reducida, Fractura costal, Fractura escafoides muñeca izquierda, Secuela Fractura consolidadas Falange media de III y IV dedos mano derecha (deformidad en flexión AIFP)

4. DIAGNOSTICOS

f09x - trastorno mental organico o sintomatico no especificado

s022 - fractura de los huesos de la nariz

s627 - fracturas multiples de los dedos de la mano

s620 - fractura del hueso escafoides (navicular) de la mano

m542 - cervicalgia

m545 - lumbago no especificado

s062 - traumatismo cerebral difuso

5. CALIFICACION

586 449

Se califica PCL con Decreto 1507

CPCL 73.83%

TITULO I - DEFICIENCIA:

- DEFICIENCIA NEUROLOGICA DEBIDO A ALTERACIONES MENTALES, COGNITIVAS Y DE LAS FUNCIONES INTEGRADORAS Tabla 12,1
- DISMINUCION AMAS DEDO ANULAR MANO DERECHA Tabla 14,2
- DISMINUCION AMAS DEDO MEDIO MANO DERECHA Tabla 14,2
- CERVICALGIA POS TRAUMATICA Tabla 15,1
- LUMBALGIA POS TRAUMATICA Tabla 15,3
- MANO DERECHA DOMINANTE
- TRAUMA MAXILOFACIAL SIN SECUELAS OBJETIVAS 0.00 Tabla 4,5

TITULO II

CALIFICACIÓN DEL ROL LABORAL

Actualmente se encuentra incapacitado. Terapeuta ocupacional en evaluación de 06-02-2018 considera: la ejecución y participación en las actividades de naturaleza ocupacional se ven afectadas generando dependencia en todas las actividades de autocuidado, actividades productivas y de tiempo libre ya que presenta mayor limitación a nivel cognitivo, afectando así la autonomía y funcionalidad del usuario, lo cual genera desequilibrio ocupacional.

Rol laboral: en condiciones especiales o sin posibilidad de rol laboral- restricciones completas 25.00

Autosuficiencia Económica: Autosuficiencia reajustada 1.00

Edad Cronológica: 40 años. Mayor o igual a 40 años, menor de 50 años 1.50

CALIFICACIÓN DE OTRAS ÁREAS OCUPACIONALES:

En evaluación por Terapia ocupacional se evidencia: callado, ausente, desorientado en las tres esfera mentales, al realizarle algunas preguntas realiza pobre contacto visual y no logra mantenerlo con el evaluador, responde después de unos minutos de manera concreta y de forma incoherente con tono de voz bajo, evidenciando dificultades para comprender lo preguntado. la esposa es quien aporta la información donde refiere que el usuario es dependiente en las actividades básicas de la vida diaria, participa de forma esporádica en algunas de ellas como vestido y desvestidos miembros superiores, se le dificultad vestido y desvestido miembros inferiores. No participa en actividades de la casa, no realiza ningún tipo de deportes o actividades que ocupen su tiempo libre. La rutina del usuario según su esposa está dada en permanecer en cama realizando actividad de dormir, cree su acompañante que esto es debido a los medicamentos, refiere que en ocasiones le pide al usuario realizar recomendaciones dejadas en terapia, sin embargo no lo realiza y se enoja. Refiere que la necesidad de alimentarse la comunica a través de tocado de su estómago o señalamientos para ir al baño. Actualmente se encuentra desarrollando el rol de padre, esposo e hijo, presenta dificultades en la interacción con el otro.

APRENDIZAJE Y APLICACION DEL CONOCIMIENTO 1.60

COMUNICACION 1.30

CUIDADO PERSONAL 1.70

MOVILIDAD 2.10

VIDA DOMESTICA 0.30

6. ORIGEN

Laboral AT

7. FECHA DE ESTRUCTURACION

27-02-2018 CONCEPTO MEDICO FISIATRA

8. ARGUMENTOS DE DERECHO

Ley 100 de 1993

Decreto 1295 de 1994

Decreto 1507 de 2014

Decreto 2463 de 2001

Ley 776 de 2002 y Decreto 019 de 2012

Nombre: LAURA C. CORREDOR
Comisión Medicina Laboral

COLMENA Seguros

De no estar de acuerdo con el concepto de la presente comunicación, Usted contará con 10 días hábiles contados a partir de la fecha de notificación para expresar su inconformidad, caso en el cual dicha controversia se dirimirá a través de la Junta Regional de Calificación de Invalidez.