Junta Regional de Calificación
de Invalidez de Antioquia

REPÚBLICA DE COLOMBIA
JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ
DE ANTIOQUIA

JRCIA N°00177- 20

Medellín, 02 de Enero de 2020

Señor
WILLINGTON MOSQUERA MORENO
83333
San Felipe Manzana J Casa 5
3148950611
Carepa, Antioquia

Cordialmente, nos permitimos comunicarle que, en audiencia privada celebrada el día **27 DE DICIEMBRE DE 2019**, la sala tercera de decisión de la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia emitió el dictamen.

Contra los dictámenes proceden los recursos de reposición que resolverá esta misma Junta y/o en subsidio el de apelación que decidirá la Junta Nacional de Calificación con sede en Bogotá, los que deben ser presentados en el mismo escrito a esta Junta Regional, dentro de los diez hábiles siguientes a la notificación personal o por aviso.

Se anexa dictamen original.

Atentamente,

SAMUEL ROBERTO VASQUEZ ARIAS
Director Administrativo y Financiero
B.G

Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia

NIT 811044203-1

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

1. Información general del dictamen

Fecha de dictamen: 27/12/2019	**Motivo de calificación:** Origen	**Nº Dictamen:** 083333-2019
Tipo de calificación: Beneficio		
Instancia actual: No aplica		
Solicitante: EPS	**Nombre solicitante:** NUEVA EPS	**Identificación:** NIT
Teléfono:	**Ciudad:** Medellín - Antioquia	**Dirección:** CALLE 9 C NO.50 FF – 116 LA AGUACATALA
Correo eletrónico:		

2. Información general de la entidad calificadora

Nombre: Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia - Sala 3	**Identificación:** 811044203-1	**Dirección:** Calle 27 Nro 46-70 L-225, Punto Clave
Teléfono: (4) 444 94 48	**Correo electrónico:** recepcion@jrciantioquia.com	**Ciudad:** Medellín - Antioquia

3. Datos generales de la persona calificada

Nombres y apellidos: WILLINGTON MOSQUERA MORENO	**Identificación:** CC - 71257195	**Dirección:** san felipe manzana j casa 5
Ciudad: Carepa - Antioquia	**Teléfonos:** 3148950611	**Fecha nacimiento:** 05/08/1984
Lugar:	**Edad:** 35 año(s) 4 mes(es)	**Genero:** Masculino
Etapas del ciclo vital: Población en edad economicamente activa	**Estado civil:** Soltero	**Escolaridad:** No definida
Correo electrónico:	**Tipo usuario SGSS:** Contributivo (Cotizante)	**EPS:** Nueva EPS
AFP: Porvenir S.A.	**ARL:** ARL SURA	**Compañía de seguros:** Seguros de vida Alfa

4. Antecedentes laborales del calificado

Tipo vinculación:	**Trabajo/Empleo:**	**Ocupación:**
Código CIUO:	**Actividad economica:**	
Empresa:	**Identificación:**	**Dirección:**
Ciudad:	**Teléfono:**	**Fecha ingreso:**
Antigüedad:		
Descripción de los cargos desempeñados y duración:		

Empleos anteriores

Empresa	Área o sección	Cargo	Duración	Riesgos
Agrícola Santa Maria.		Oficios varios en empresa bananera.	10.8 Años	Carga física y ergonómicos, Físico

5. Relación de documentos y examen físico (Descripción)

Información clínica y conceptos

Resumen del caso:

MOTIVO DE LA VALORACIOM Dirimir controversia por la calificación de la perdida de la capacidad laboral del 0%. Manifiesta el recursante entre otros aspectos no estar de acuerdo con la calificación emitida porque considera no se tuvo en cuenta el estado de salud rezi, solicita una nueva valoración.
Paciente de 29 años de edad, trabajador de la empresa AGRICOLA SANTA MARIA desde hace 5 años y medio, desempeñando el cargo de oficios varios en bananera, y quien de acuerdo a la documentación aportada el 19 de Junio de 2012 presento accidente laboral cuando: «se encontraba desmanando, al momento de halar el viaje, de repente se resbala en la rampla del desmane, golpeándose la cintura generándole dolor e inflamación.' Folio 9 El 29 de Junio de 2012 le fue practicada Rx de columna lumbar que reportó. «Impresión diagnostica: columna iumbosacra: se descartan anomalías congénitas o fracturas. Rectificación del eje. Espasmo muscular? tisis ni listesis. Sacro normal." Folio 10a
En consulta por fisiatría del 06 de febrero de 2014 se registró: «EA: Paciente que sufre.% accidente de trabajo el día .19 de Junio de 2012, presento caída desde su propia altura cayendo sentado sobre la cadera izquierda con posterior dolor en la región lumbar, con limitación para la movilización del tronco, se ha realizado manejo con terapia ftsica, ultimo control por ortopedia 4/07/ 2012 dio de /ata. Refiere dolor crónico persistente, había tenido mejoría con analgésicos. Ha presentado exacerbación de dolor hace 2 .meses, no ha sido calificado PCL. EF: Buen estado general, marcha independiente, columna flexión 90, extensión 30, inclinación es 45, rotaciones 90, no déficit neurológico, sensibilidad normal, lasagué negativo, fuerza 5/ 5, sensibilidad normal. Diagnóstico: contusión lumbar. Concepto: Caso crónico aun no calificado, había estado controlado con analgésicos, exacerbación de síntomas hace 2 meses, ahora con parestesias en miembros inferiores, tiene buena movilidad, la radiografía 29/ 612012 es completamente_ normal. Se hará resonancia y EMG para determinar origen del dolor que tiene hace 2 meses. Se envía a valoración por ortopedia de columna, está en capacidad de trabajar con recomendaciones." Folio 15a
En valoración por ortopedia del 20 de marzo de 2014 se registró: "MC: dolor lumbar crónico. EA: paciente de 29 años, cuadro clínico crónico de dolor lumbar asociado a claudicación neurológica. Refiere parestesias y debilidad de las piernas cuando está caminando, en consulta anterior no se evidencia alteración en Rx. Se indica terapia fazica. Ha realizado 15 sesiones de terapia física en. el Último mes, el paciente refiere poca mejoría, dice que no ha podido trabajar desde el mes de diciembre 2.013. EF: Buen patrón de marcha, no déficit neurológico distal de miembros inferior, trofismo muscular adecuado. Ida: Lumbalgia." Le fue practicada RNM de CLS el 10 de abril de 2014 , que reporto: Rectificación de la lordosis lumbar osteocondrosis y osteoartrosis facetaría en 115-S1, Canal lumbar estrecho en L5-S1 de ti yo multifactorial, estenosis de los canales laterales en L5-S1.
29/06/2012 RX DE COLUMNA LUMBAR: columna •lumbosacra: se descartan anomalías congénitas o fracturas. Rectificación del eje. Espasmo muscular? Sin lisis ni listesis. Sacro normal. 06/02/2014 FISIATRÍA: "EA: Paciente que sufrió accidente de trabajo el día 19 de Junio de 2012, presento caída desde su propia altura cayendo sentado sobre la cadera izquierda con posterior dolor en la región lumbar, con limitación para la movilización del tronco, se ha realizado manejo con terapia física, ultimo control por ortopedia 4/07/2012 dio de lata. Refiere dolor crónico persistente, había tenido mejoría con analgésicos. Ha presentado exacerbación de dolor hace 2 meses, no ha sido calificado PCL. EF: Buen estado general, marcha independiente, columna flexión 90, extensión 30, inclinación es 45, rotaciones 90, no déficit neurológico, sensibilidad normal, lasagué negativo, fuerza 5/5, sensibilidad normal. Diagnóstico: contusión lumbar. Concepto: Caso crónico aun no calificado, había estado controlado con analgésicos, exacerbación de síntomas hace 2 meses, ahora con parestesias en miembros inferiores, tiene buena movilidad, la radiografía 29/6/2012 es completamente normal. Se hará resonancia y EMG para determinar origen del dolor que tiene hace 2 meses. Se envía a valoración por ortopedia,de columna, está en capacidad de trabajar con recomendaciones."
20/03/2014 ORTOPEDIA: "MC: dolor lumbar crónico. EA: paciente de 29 años, cuadro clínico crónico de dolor lumbar asociado a claudicación neurológica. Refiere parestesias y debilidad de las piernas cuando está caminando, en consulta anterior no se evidencia alteración en Rx. Se indica terapia física. Ha realizado 15 sesiones de terapia física en el último mes, el paciente refiere poca mejoría, dice que no ha podido trabajar desde el mes de diciembre 2013. EF: Buen patrón de marcha, no déficit neurológico distal de miembros inferior, trofismo muscular adecuado. Idx: Lumbalgia."
RNM DE CLS 10/042014: Rectificación de la lordosis lumbar, osteocondrosis y osteoartrosis facetaría en L5-S1, Canal lumbar estrecho en L5-S1 de tipo multifactorial, estenosis de los canales laterales en L5-S1. VALORACIÓN INTERDISCIPLINARIA EN LA JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ:
La Sala 4 de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, atendiendo a las disposiciones de los numerales 8 y 15 del artículo 10°; numeral 2. Del artículo 11 y literal b, del artículo 38 del 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"), citó a valoración al paciente el día 21 de noviembre de 2014. Enfermedad Actual: paciente quien sufrió accidente de trabajo el 19 de junio del 2012 se resbaló cayendo sentado sobre la cadera izquierda sufriendo trauma lumbar que requirió tratamiento médico con aines, fisioterapia no requirió tratamiento quirúrgico. Se encuentra incapacitado. Antecedentes Patológicos: niega. Quirúrgicos: niega. Familiares: niega. Tabaquismo/alcohol: niega Extra laborales: Jugó futbol. Accidente de trabajo y/o Enfermedad Profesional previo: niega. Examen físico: Buen estado general, deambula sin apoyo, se desviste sin dificultad, abdomen globoso, patrón de marcha normal, realiza marcha punta talón normal, presenta simetría de la cintura escapular y

pélvica, pliegues glúteos y poplíteos simétricos. Examen de Columna Lumbar: columna centrada, presenta buena complexión muscular realiza movimientos de flexo extensión, rotación e inclinación lateral de columna completos, no manifiesta dolor al realizarlos. Reflejos, fuerza, tono y sensibilidad de miembros inferiores conservados, signos de Lassegue y Bragard negativo bilateral. Refiere dolor a la palpación de apófisis espinosas lumbares y músculos paravertebrales bilateral.
Valoración Fisioterapeuta: Ingresa a valoración con diagnóstico de contusión de región lumbosacra, desde hace 2 años y 5 meses aproximadamente, en el cual el paciente refiere dolor intermitente 4/5 según escala análoga verbal localizado en la columna lumbar que aumenta con la actividad física y el frío, y aumenta con el reposo, interfiere en la calidad del sueño, en la resistencia a la manutención de postura de pie y sentado que lo obligan a hacer alternancia postural, la resistencia para los desplazamientos, rendimiento en las tares laborales, la ejecución de las AVD. Además se valora fuerza en 3+/5 según escala de daniel's en abdominales y glúteos bilateral 4/5; movilidad articular limitada en flexión del de columna lumbar y retracción leve de isquiotibiales, no se evidencia inflamación. Está incapacitado desde hace 11 meses.

Resumen de información clínica:
Paciente de 34 años de edad, oficios varios en empresa bananera; remitido por Seguros Alfa, debido a controversia, calificación de la P.C.L., de 21%, en relación a secuelas en su estado de salud actual.
En documentación aportada a la Junta se encuentra, antecedente de lumbalgia crónica desde el año 2013; la RNM de columna lumbosacra del 24/05/2016, que concluye: incipientes cambios espondilosicos, cambios osteocondrosicos y osteoartrosicos en L5-S1, en L5-S1 protrusión central que contacta la raíz S1 en los recesos laterales de forma bilateral, adicionalmente disminución de la amplitud de los forámenes principalmente en el lado derecho contactando la raíz L5 condicionando canal lumbar estrecho, se observa canal raquídeo estructural limítrofe en L2-L3, L3-L4, L4-L5. Neurocirugía: 19 /04/2017, señala: labora como operario en finca, con cuadro de 4 años de dolor lumbar de características mixtas, tarro axiales como radiculares, con pseudoirradiación a ambos miembros inferiores, esta reubicado en su labor, tiene resonancia magnética de columna lumbar en donde se observa protrusión discal L5-S1 central, sin generar compresión radicular y con mínima estenosis foraminal, se realiza bloqueo facetario multinivel y bloqueo foraminal L5-S1 izquierdo sin respuesta al manejo, refiere que está en junta de calificación, al examen físico: marcha normal, fuerza 5/5, reflejos osteotendinosos ++/+++ simétricos, Lasegue negativo, Wadell 4/5. Análisis: paciente con dolor lumbar de difícil control, sin respuesta al manejo medico ni al manejo percutáneo del dolor, se descarta manejo quirúrgico, ya que no hay compresión radicular, no tiene tratamientos pendientes, como secuelas neurológicas, dolor crónico, intratable, con bajo pronóstico de recuperación, ordena que deba continuar tratamiento con medicina del dolor. Ortopedia: 13/02/2018. Dolor en miembro inferior izquierdo, refiere que hace 4 semanas no labora, dice que el dolor es intenso, fue valorado por neurocirugía hace 1 año, quien descarta manejo quirúrgico, remitido a medicina del dolor, quien considero bloqueo, pero nunca lo llamaron, refiere que la betametasona con diclofenaco no le quita el dolor, al examen físico: buen estado general, región lumbar: dolor disminución de la movilidad, Lasegue izquierdo, claudicación al caminar en punta de pie. Prorroga de incapacidad por 30 días, más valoración por medicina del dolor. Medicina del dolor: 20/04/2018. Visita de seguimiento luego de procedimiento, en marzo/2018, realizo bloqueo de ramos rnediales lumbares, refiere alivio de su dolor axial en un 50%, ahora refiere disestesias e hipoestesias que se agudizan con la bipedestación y sedestación, al examen físico: marcha normal, fuerza 4/5, hipoestesia plantar, reflejos osteotendinosos +1- I+++ simétricos, arreflexia aquíliana, dolor a la palpación paraxial, limitación de arcos de movimiento. Diagnóstico: dolor lumbar bajo crónico mixto. Análisis: paciente con dolor lumbar de difícil control, mejoría de su dolor axial seguido de intervencionismo, persiste con dolor de distribución radicular L5 izquierdo, lo programa para bloqueo interlaminar L5-S1 izquierdo más bloqueo de músculos paravertebrales guiado por fluoroscopia, requiere transporte aéreo con acompañante para el día del procedimiento, en caso de no mejoría requiere nueva imagen. No mejoro con los bloqueos; el 20/11/18, algesiología ordeno: pregabalina, celecoxib, además lo remite a fisiatría y neurocirugía. F.:1 09/01/19, fisiatría conceptúa que presenta dolor lumbar crónico mixto, con persistencia del dolor, a pesar de los tratamientos analgésicos, T.F, bloqueos, menciona que el paciente es independiente para el cuidado de si, no encuentra alteraciones en la funcionalidad en actividades de vida diaria, no se beneficia de alguna intervención en el momento, lo da de alta. El 28/03/19, neurocirugía, analiza la RNM y la EMG, conceptúa: que no se beneficia de cirugía, y que sigue en tratamiento por• la clínica del dolor, ordena carbamazepina. RNM de c. lumbar, del 27/09/18, concluye: abombamiento discal L41L5, con protrusión central izquierda y reducción en la amplitud de los recesos laterales, abombamiento discal L4/L5, con protrusión central, hipertrofia facetaria L3-L4, L4- L5 y L5-31; la EMG y VC de Ms- Is, del 21/02/19, reporta: estudio compatible con radiculopatia L5 izquierda Concepto de rehabilitación Proceso de rehabilitación: Sin información Valoraciones del calificador o equipo interdisciplinario Fecha: 16 /04/2019 Especialidad: GRUPO INTERDISCIPLINARIO SALA DOS JRCI T.A.: 160/100, afebril; P: 78. Cardiopulmonar: C/N, camina independiente, marcha conservada, tolera la posición sedente, se observa columna centrada, no espasmo muscular paravertebral, lasegue (+) bil, a 50°, ROT patelares: arreflexico bil, refiere lumbalgia, al flexo extender parcialmente la c. dorsolumbar. PSICOLOGÍA 3,1 AÑOS SOLTERO SIN HIJOS 6 GRADO DIESTRO AGRICOLA SANTAMARIA OFICIOS VARIOS BANANERA 10 AÑOS 8 MESES DX DEFICIENCIA DE COLUMNA LUMBAR CALIFICADO POR SEGUROS ALFA CON 21.0 ORIGEN COMÚN CON FE20 ABRIL 2018

Concepto de rehabilitación

Proceso de rehabilitación: Sin información

Valoraciónes del calificador o equipo interdisciplinario

Fecha: 30/10/2019 **Especialidad:** Medicina Laboral

35 años, un IMC 26.9 sobrepeso, con antecedentes de caída sobre su propia altura sobre concreto, en el 2012 inicialmente reconocido como evento laboral con PCL del 0% que entro a controversia ante juntas, aporta dictámenes. Calificado por fondo de pensiones con el 21% ratificado por esta junta y apelado ante la nacional como enfermedad común sobre la misma patológica, trastorno de disco lumbar con inicio de síntomas posterior al evento señalado Vinculado laboralmente con Grupo Agrícola Santamaría, desde el 4 de agosto del 2008, para un total de 11 años, en oficios varios agrícolas, con historia laboral de 10 años mas en el oficio, en las operaciones de papeletizar, empacar, sellar, desmanar, selecciónar y armar caja.

DICTAMEN DE JUNTA NACIONAL SE ENCUENTRA EN FIRME EL ORIGEN.

SE EXPIDE EL PRESENTE DICTAMEN POR INSISTENCIA DE LAS PARTES RECLAMANTES: EPS Y USUARIO.

Fecha: 30/10/2019 **Especialidad:** Terapia Ocupacional

Trabajador de 35 años, soltero, reside en Carepa Antioquia, diestro, Bachiller, con 170 cms de estatura y 79 kg de peso, para un IMC 26.9 sobrepeso, con antecedentes de caída sobre su propia altura sobre concreto, en el 2012 inicialmente reconocido como evento laboral con PCL del 0% que entro a controversia ante juntas, aporta dictámenes. Calificado por fondo de pensiones con el 21% ratificado por esta junta y apelado ante la nacional como enfermedad común sobre la misma patológica, trastorno de disco lumbar con inicio de síntomas posterior al evento señalado Vinculado laboralmente con Grupo Agrícola Santamaría, desde el 4 de agosto del 2008, para un total de 11 años, en oficios varios agrícolas, con historia laboral de 10 años mas en el oficio, en las operaciones de papeletizar, empacar, sellar, desmanar, seleccionar y armar caja. Labora por producción, de lunes a sábado, jornadas de 10 horas de lunes a jueves y viernes 8 horas, con 90 minutos para la alimentación, para un total de 400 minutos de tiempo labora efectivo diario. Medico ponente ratifica concepto de origen que a la fecha esta en firme.

Fundamentos de derecho:

En el Sistema de Seguridad Social de nuestro país, existen unas instancias, términos y procedimientos reglamentados en la Ley 962 de 2005 y el Decreto 1352 de 2013 y compilado en el Decreto 1072 de 2015, para acceder al proceso de determinación del origen de enfermedad y/o accidente. Además de estas dos normas, es importante tener en cuenta el Decreto 2566 de 2009 y/o decreto 1477 de 2014 que reglamenta la Tabla de enfermedades consideradas como profesionales y las Resoluciones, 2844 de 2007 y 01013 de 2008, que adoptan de obligatoria referencia las Guías de Atención Integral en Salud Ocupacional, basadas en la evidencia(dolor lumbar inespecífico, desórdenes músculo-esqueléticos por movimiento repetitivo, hombro doloroso, neumoconiosis e hipoacusia neurosensorial), asma ocupacional, exposición a benceno, plaguicidas, inhibidores de colinesterasa, dermatitis de contacto y cáncer ocupacional); y el literal n del artículo 1° de la Decisión 584 de 2004 del instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Comunidad Andina de Naciones – CAN, y la Ley 1562 de 2012.

"Enfermedad laboral. Es enfermedad laboral la contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar. El Gobierno Nacional, determinará, en forma periódica, las enfermedades que se consideran como laborales y en los casos en que una enfermedad no figure en la tabla de enfermedades laborales, pero se demuestre la relación de causalidad con los factores de riesgo ocupacional será reconocida como enfermedad laboral, conforme a lo establecido en las normas legales vigentes.

Decreto 1477 de 2014 Artículo 3. Determinación de la causalidad. Para determinar la relación causa, efecto, se deberá identificar:

1. La presencia de un factor de riesgo en el sitio de trabajo en el cual estuvo expuesto el trabajador, de acuerdo con las condiciones de tiempo, modo y lugar, teniendo en cuenta criterios de medición, concentración o intensidad. En el caso de no existir dichas mediciones, el empleador deberá realizar la reconstrucción de la historia ocupacional y de la exposición del trabajador; en todo caso el trabajador podrá aportar las pruebas que considere pertinentes.
2. La presencia de una enfermedad diagnosticada médicamente relacionada causalmente con ese factor de riesgo".

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

Análisis y conclusiones:

DICTAMEN DE JUNTA NACIONAL SE ENCUENTRA EN FIRME EL ORIGEN.

SE EXPIDE EL PRESENTE DICTAMEN POR INSISTENCIA DE LAS PARTES RECLAMANTES: EPS Y USUARIO.

7. Concepto final del dictamen

Origen: Enfermedad **Riesgo:** Común

Diagnósticos y origen

CIE-10	Diagnóstico	Diagnóstico específico	Origen
M513	Otras degeneraciones especificadas de disco intervertebral		Enfermedad común

8. Grupo calificador

Edgar Augusto Correa Ochoa
Médico ponente
Médico laboral
LSO 103524

Juan Mauricio Rojas Garcia
Médico laboral
RM 656307

Maria Del Pilar Duque Botero
Terapeuta Ocupacional
LIC. 032515