

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

1. Información general del dictamen

Fecha de dictamen: 22/06/2023	Motivo de calificación: PCL (Dec 1507 /2014)	Nº Dictamen: JN202316126
Tipo de calificación: Otro		
Instancia actual: Segunda Instancia	Primera oportunidad: COLPENSIONES	Primera instancia: Junta Regional de Valle Del Cauca
Tipo solicitante: AFP	Nombre solicitante: COLPENSIONES	Identificación: NIT 900336004
Teléfono: 2170100 ext 4617	Ciudad: Bogotá, D.C. - Cundinamarca	Dirección: Cl 73 No. 11 12
Correo electrónico: juntascalpensiones@asaludltda.com.co		

2. Información general de la entidad calificadora

Nombre: Junta Nacional de Calificación de Invalidez - Sala 1	Identificación: 830.026.324-5	Dirección: Dirección AK 19 Nro. 102 - 53 Clínica la Sabana
Teléfono: 7440737	Correo electrónico: servicioalusuario@juntanacional.com	Ciudad: Bogotá, D.C. - Cundinamarca

3. Datos generales de la persona calificada

Nombres y apellidos: REINEL SANCHEZ CAMPO	Identificación: CC - 16827187 - JAMUNDI, VALLE DEL CAUCA	Dirección: CRA 49A N° 43 - 47 B/ MARIANO RAMOS
Ciudad: Santiago de cali - Valle del cauca	Teléfonos: 3145239973-3218743012 32118743012 - 3136695299-3145239973	Fecha nacimiento: 21/09/1968
Lugar: Santiago de cali - Valle del cauca	Edad: 54 año(s) 9 mes(es)	Genero: Masculino
Etapas del ciclo vital: Población en edad económicamente activa	Estado civil: Unión Libre	Escolaridad: Básica secundaria
Correo electrónico: reynelofficial@outlook.es	Tipo usuario SGSS: Contributivo (Cotizante)	EPS: SOS EPS
AFP: COLPENSIONES	ARL: EQUIDAD	Compañía de seguros:

4. Antecedentes laborales del calificado

Tipo vinculación: Dependiente	Trabajo/Empleo: AUXILIAR DE BODEGA	Ocupación:
Código CIUO:	Actividad económica:	
Empresa: Temporales Unidos LTDA	Identificación: NIT -	Dirección: Cl 10 No. 22 20
Ciudad: Santiago de cali - Valle del cauca	Teléfono: 3746688	Fecha ingreso: 02/02/2015
Antigüedad: 8 Años		
Descripción de los cargos desempeñados y duración:		

DE ACUERDO CON LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR EL(A) PACIENTE: AUXILIAR DE BODEGA. TEMPORALES UNIDOS LTDA EN MISION PARA LA EMPRESA SELECCIONADORA PAPAS SUPER. 8 AÑOS: LABORANDO EN ESTÁ EMPRESA. 30 AÑOS: LABORANDO EN TODA SU VIDA. ESTA ACTIVO(A) CON LA EMPRESA. LE ESTAN PAGANDO SEGURIDAD SOCIAL POR MEDIO DE LA COOPERATIVA.

5. Relación de documentos y examen físico (Descripción)

Relación de documentos

- 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 por parte 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.

Información clínica y conceptos

Resumen del caso:

Calificación en primera oportunidad: Folio 291

Colpensiones, mediante dictamen N° 4511682 de fecha 20/01/2022 establece:

Diagnóstico(s):

Epilepsia, tipo no especificado

Colelitiasis

Origen: Enfermedad común

Pérdida de capacidad laboral: 40.25%

Fecha de estructuración: 19/01/2022

La pérdida de capacidad laboral emitida se desglosa así: Deficiencia ponderada: 26.25%; Rol laboral/ocupacional: 14.00%. Las Deficiencias calificadas (no ponderadas) fueron: epilepsia (tabla: 12.1, 50.0%); Colectomía (tabla: 4.11, 5.00%).

El señor Reinel Sanchez Ocampo, no estuvo de acuerdo con la pérdida de capacidad laboral y fue enviado a la Junta Regional de Calificación de Invalidez. Folio 309

Calificación Junta Regional de calificación de Invalidez: Folio 326

La Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca mediante dictamen N° 16827187 - 2889 de fecha 08/07/2022 establece:

Diagnóstico(s):

Epilepsia, tipo no especificado

Otras coleditiasis

Origen: Enfermedad común

Pérdida de capacidad laboral: 42.15%

Fecha de estructuración: 29/10/2021

La pérdida de capacidad laboral emitida se desglosa así: Deficiencia ponderada: 26.25%; Rol laboral/ocupacional: 15.90%. Las Deficiencias calificadas (no ponderadas) fueron: Deficiencias por enfermedad del tracto biliar (tabla: 4.11, 5.00%); Deficiencia por alteraciones de la conciencia, por pérdidas de conciencia episódicas, por trastornos del sueño y vigilia, debida a alteraciones mentales, cognitivas y de la función integradora y por afasia o disfasia (tabla: 12.1, 50.00%).

La Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca, fundamenta su dictamen, especialmente, en los siguientes términos:

“...Valoraciones del calificador o equipo interdisciplinario

Fecha: 16/06/2022 Especialidad: Medicina del Trabajo

Importante:

En el presente caso, no se ha podido contactar al trabajador a los números celulares anotados en su Expediente, se le envió a su dirección electrónica copia del Comunicado de la Jrci-Valle para informarle que se resolvería su caso con las pruebas existentes y que podría aportar en el transcurso de los días previos a la Audiencia Virtual de la Sala 1, todos los documentos, conceptos y paraclínicos que aún no reposen en el Expediente.

Fecha: 16/06/2022 especialidad: psicólogo jrciv

Hombre de 53 años, residente en cali, labora para Temporales Unidos Ltda., con base en la anamnesis y examen físico descrito por las evaluaciones de los médicos tratantes, se procede a calificar el título II, capítulos II- III de la calificación del rol laboral y otras actividades ocupacionales como lo indica el decreto 1507/2014 ante la contingencia sanitaria actual en el país (covid-19) y existiendo suficiente historia clínica, se procede calificar pcl por expediente.

Análisis y conclusiones:

Importante: Paciente sin valoraciones aportadas desde hace 4 años por un trastorno del humor, por lo cual esta Junta no encuentra sustento técnico-científico suficiente para atribuir deficiencia por esta patología dado que no existe certeza de si ésta persiste en la actualidad...”

Motivación de la controversia: El señor Reinel Sanchez Ocampo, no estuvo de acuerdo con la pérdida de capacidad laboral y controvierte el dictamen con base en: **Folio 336**

“...Primero: La calificación emitida por Colpensiones, se aparta de la realidad, siendo esta, atroz, por cuanto solo se está teniendo en cuenta 2 Diagnósticos, los cuales hago mención:

G409 epilepsia, tipo no especificado

K80 coleditiasis (...)

No se están teniendo en cuenta las demás enfermedades que padezco y que están consignadas en la Historia Clínica de mi EPS, las cuales relaciono a continuación:

Incontinencia urinaria, no especificada.

Secuelas de traumatismo de la medula espinal

Otros trastornos de la refracción

Otras disfunciones neuromusculares de la vejiga.

Traumatismo nervios simpático lumbar, sacro y pélvico

Trastorno mixto de ansiedad y depresión

Traumatismo de la cabeza.

Sincope y colapso

Trastornos de discos intervertebrales lumbares y otros, mielopatía.

Trastorno mental no especificado debido a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad física.

Trastornos del humor (afectivos), orgánicos

Lumbago no especificado

Entesopatía no especificada

Dolor crónico intratable

Incontinencia fecal

Otras convulsiones y las no especificadas

Dolor en la columna dorsal

Trastornos de discos intervertebrales lumbares, mielopatía

(...) Se equivoca Colpensiones al señalar como fecha de estructuración a partir del 19 de enero de 2022, teniendo en cuenta que los diagnósticos indicados en esta inconformidad con de aproximadamente desde el año 2018 toda vez que se encuentra consignada en la historia clínica, es así que se puede observar que Colpensiones está obrando de mala fe, sin tener en cuenta la fecha real de mis patologías, de mis enfermedades.

Se equivoca Colpensiones al no tener en cuenta que no he superado mi mejoría médica máxima, ya que continúo con tratamientos pendientes, continuo con terapias, las patologías que padezco tienen control, pero no desaparecen, me siguen causando demasiado dolor. No puedo trabajar, no puedo hacer mis quehaceres de mi casa, necesito ayuda para caminar, no me puedo agachar, son ene mil cosas que tengo que hacer para vivir una vida en condiciones dignas. Debo usar pañales porque no soy capaz de aguantar las ganas de orinar.

Se considera que la calificación tiene una pérdida de capacidad laboral que supera las exigencias de las labores habituales y que incluso afectan el desarrollo de mi vida diaria, por lo tanto, se considera que la calificación de mi PCL es mayor al 50%. Teniendo en cuenta todas mis patologías.

Colpensiones me está perjudicando gravemente al no calificarme con la totalidad de mis diagnósticos, así mismo no tener en cuenta todas las enfermedades que padezco, toda vez que a mi edad tampoco me dan trabajo, algunos familiares me ayudan poco, pero yo en realidad necesito mi pensión de invalidez, teniendo en cuenta que no puedo trabajar para seguir cotizando debido a mis enfermedades y que no puedo agacharme ni siquiera puedo caminar solo.

Debe tenerse en cuenta que las incapacidades ya no me las están pagando, y esta ayuda económica era la que me podía suplir mis tratamientos de todas las enfermedades que padezco.

Todas las enfermedades que padezco me hacen tener un porcentaje de pérdida de capacidad laboral mayor al 50% haciéndome acreedor al reconocimiento de la pensión de invalidez al cumplir con todos los requisitos que exige la norma.

Dicha prestación se caracteriza porque protege a quienes han cotizado al sistema o que se encuentran realizando aportes y sufren una pérdida de su capacidad laboral en la proporción que la ley establece, para que tengan derecho a acceder a una fuente de ingresos que les permita solventar sus necesidades vitales.
En consecuencia, solicito se les remita a la Junta Regional de Calificación de Invalidez...”

Respuesta al recurso de reposición: Folio 353

“...En el presente caso, no se ha podido contactar al trabajador a los números celulares anotados en su Expediente (3218743012), se le envió a su dirección electrónica copia del Comunicado de la JRCI-VALLE para informarle que se resolvería su caso con las pruebas existentes y que podría aportar en el transcurso de los días previos a la Audiencia Virtual de la Sala 1, todos los documentos, conceptos y paraclínicos que aún no reposen en el Expediente.

Concepto:
Se procede a calificar Pérdida de Capacidad Laboral según Manual Único de Calificación de Invalidez vigente.
Nota: origen común previamente calificado por la AFP (no por la Junta), por lo cual se transcribe al presente dictamen según lo dispuesto en del Decreto 1072 de 2015.

Importante: Paciente sin valoraciones aportadas desde hace 4 años por un trastorno del humor, por lo cual esta Junta no encuentra sustento técnico-científico suficiente para atribuir deficiencia por esta patología dado que no existe certeza de si ésta persiste en la actualidad.
Fecha de Estructuración: 29/10/2021, Corresponde a la valoración por Concepto de Neurología donde se reporta el estado clínico secular del paciente, el cual persiste hasta la fecha de acuerdo con la historia clínica aportada...”.

El recurrente no aporta elementos de juicio legales o científicos que permitan desvirtuar los fundamentos en que se apoya el dictamen cuestionado.

Por lo anterior, No Se Modifica el dictamen emitido el día 08 de julio de 2022.

En mérito de lo expuesto se Resuelve: No Reponer, Según audiencia celebrada por la Sala Uno de la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca el día 02 de agosto de 2022...”

Otros aspectos tenidos en cuenta:

Calificación anterior Junta Nacional – Sala # (3)
Dictamen No. 16827187-5977
Fecha de dictamen: 02/05/2019
Diagnóstico: Síndrome del túnel carpiano- bilateral
Origen: Enfermedad laboral

El día 12 y 29 de mayo de 2023 el señor Reinel Sánchez, allega a la Junta Nacional de Calificación de Invalidez historia clínica (Ver en conceptos médicos y/o pruebas específicas)

El paciente el día 31 de mayo de 2023 radica en la Junta Nacional de Calificación de Invalidez historia clínica (Ver en conceptos médicos y/o pruebas específicas).

El paciente el día 1 de junio de 2023 remite correo electrónico a la Junta Nacional de Calificación de Invalidez anexando historia clínica ya obrante en el expediente.

El paciente el día 6 de junio de 2023 remite correo electrónico a la Junta Nacional de Calificación de Invalidez anexando historia clínica ya obrante en el expediente.

El paciente el día 13 de junio de 2023 remite correo electrónico a la Junta Nacional de Calificación de Invalidez anexando historia clínica (Ver en conceptos médicos y/o pruebas específicas).

Conceptos médicos

Fecha: 18/11/2015 **Especialidad:** Medicina General Dra. Vanessa Cano

Resumen:

"...Motivo de consulta : "ultimamente mucho mareo"Enfermedad actual: 47 años de edad, viene solo a consulta, refiere cuadro de 15 días de evolución caracterizado por sensación vertiginosa rotacional tras cambios de posición, asociado al cuadro clínico cefalea tipo lancinante generalizado, afirma mialgias, artralgias, afirma polidipsia, poliaquiuria, niega fiebre, niega vómito, afirma heces líquidas en moderada

cantidad sin moco con sangre, en promedio 3 episodios por día, no otras alteraciones, niega uso de medicación, no otros motivos de consulta. *a personales: patológicos: sd convulsivo / ac valproico 250 mg cada 8 horas alérgicos: negativos quirúrgicos: trauma craneoencefálico severo *a familiares: madre dm tipo 2 'labora en bodega papa / carga y descarga'. Análisis y conducta: 'historia de epilepsia, suspendio hace un apo medicación, refiere cefalea crónica, en septiembre se indicó electroencefalograma que no ha realizado se envío con neurología, aun no tiene cita, pues tiene que reclamar orden en diciembre. Tiene reportes de glicemia perfil lipídico hemograma normal coprológico con parásitos indicado metronidazol. DX. Epilepsia , tipo no especificado ..." (Aportado 12/05/2023 Folio 202)

Fecha: 18/06/2016 **Especialidad:** Medicina General

Resumen:

"...Motivo de consulta: dolor abdominal. Enfermedad actual: paciente con cuadro que inicio a las 00+00 consistente en dolor tipo urente en Epigastrio irradiado hipocondrio derecho y a espalda sin otros síntomas asociados que se instauro luego de comer. Paciente comenta que no es la primera vez que presenta estos síntomas ultimo 'episodio hace mas de 1 mes donde recibió manejo sintomático con mejoría triage paciente aligido consulta por cuadro clínico de dolor abdominal a epigastrio e hipocondrio derecho que le irradia a la espalda niega náuseas ant: niega alérgico; niega antecedentes patológicos : niega farmacológicos: niega quirúrgicos : craneotomía por tce severo alérgicos: niega tóxicos: niega ocupa: oficios varios. Análisis y conducta: paciente con cuadro de dolor abdominal súbito en epigastrio irradiado a hipocondrio derecho y región dorsal sin otros síntomas asociados quien al ef presenta signos compatibles con patología biliar en el momento muy sintomático plan dejar en observación, nada vía oral, lev de mantenimiento iniciar hioscina comp cada 8 hrs, tramadol 50sub, omeprazol ev ss hemograma, cre, pcr, transaminasas, lipasa eco hvb revalorar con reporete de paraclínicos. DX. Dolor abdominal localizado en parte superior. Dolor abdominal localizado en parte superior..." (Aportado 29/05/2023 Folio 194)

Fecha: 09/08/2016 **Especialidad:** Cirugía general. Dr. Henry Francisco Baptiste

Resumen:

"...Control postquirúrgico. Enfermedad Actual: paciente pop de colecistectomía por laparoscopia del 18 julio, refiere dolor moderado en incisiones. Trae reporte de patología que indica colecistitis crónica con colelitiasis...se da de alta con recomendaciones...Dx. Otros estados postquirúrgicos especificados..." (Folio 88)

Fecha: 15/09/2016 **Especialidad:** Medicina familiar. Dr. Ricardo Julio Erazo

Resumen:

"...Análisis y Conducta: Eje III: riesgo cardiovascular riesgo psicosocial riesgo laboral eje IV incontinencia urinaria y fecal . Paciente con historia de 16 años de tce en accidente laboral que requirió varios procedimientos quirúrgicos por parte de neurocirugía. No trae información sobre secuelas presentadas al respecto solo informa que presento un síndrome convulsivo y que incluso el retiro los medicamentos porque lo ponían mal. Hace 2 años incontinencia fecal v urinaria progresiva no sabemos si es una complicación asociada al tce o a los procedimientos que se le realizaron o si se trata de una enfermedad nueva que está afectando al paciente...Dx. Incontinencia urinaria, no especificada. Incontinencia fecal. Síndrome del túnel carpiano. Trastorno neurótico, no especificado..." (Folio 120)

Fecha: 21/12/2016 **Especialidad:** Medicina general. Dr. Julián David Camacho

Resumen:

"...Hoy convulsionó. Paciente Remitido de ciclo vital con la siguiente historia motivo de consulta por la agresividad enfermedad actual: antes de poder comunicarse el paciente presenta una convulsión tónica de 2 minutos al despertar. En el postictal se torna agresivo. Intenta golpear a las personas con el bastón logra recuperar la conciencia expresando que convulsiona desde hace 20 años. Toma hepamin 25cmo 1-0-1. Relato que desde hace varios meses presenta alteraciones del comportamiento. Se torna hostil. Agresivo. Ha intentado agredir a la esposa y así mismo. Expresa dificultades económicas siendo esto lo que le está generando mayor compromiso emocional. Manifiesto que presento lumbago de levantar un bulto las incapacidades que se están suministrando con de tipo laboral. Relata que necesita la incapacidad debido a que tiene múltiples problemas económicos niega sintomatología psicótica. Evolución: ambulante hipoquinético, se desplaza con ayuda de un bastón hostil irritable. El discurso es coherente. Relevante con ideas de desesperanza. Ideas de muerte y sumidad sin estructuración. Sin delirios. Sin alucinaciones. Orientado. Paciente que presento evento convulsivo - pseudocrisis? a quien se observa muy afectado emocionalmente predominando la depresión, la irritabilidad y las conductas agresivas el paciente es valorado en clínica de los remedios. Antecedentes patológicos secuelas de tce severo hace 20 años, sd convulsivo secundario. Lumbago crónico hace 4 meses...Dx. Otras convulsiones y las no especificadas..." (Folio 81)

Fecha: 08/02/2017 **Especialidad:** Medicina General Dra. Jennyfer Camayo

Entidad calificadora: Junta Nacional de Calificación de Invalidez - Sala 1

Calificado: REINEL SANCHEZ CAMPO

Dictamen: JN202316126

Página 5 de 21

Resumen:

"... Motivo de Consulta : dolor lumbar. Enfermedad Actual : Acompañado por conyuge. Paciente con antecedente de lumbago mecanico hernia discal L5 S1, se encuentra pendiente valoracion por cirugía de columna y neurologia. Paciente refiere accidente laboral el 23 de agosto 2016 al realizar un esfuerzo fisicoal levantar un bulto. En valoracion de historia clinica 2 febrero 2017 de equidad en riesgos laborales que en analisis registran que la patologiaque lo tiene incapacitado en el momento es hernia discal que es una patologia degenerativa por lo que paciente se le indico consultar a su EPSpara manejo de dicha enfermedad. Paciente fue valorado por fisioterapia en clinica de occidente que envio a ARL para concepto, envioincapacidad . Se encuentra en manejo con acetaminofen, imipramina. Se encuentra pendiente valoracion psicologia. Paciente ha recibidofisioterapia en piscina. Análisis y Conducta: Paciente con cuadro de lumbago mecanico, hernia L5-S1, en manejo con acetaminofen, imipramina,antecedente de ATEP en agosto 2016 posterior a lo cual ha presentado dolor, ha recibido manejo analgesico, se encuentra pendiente valoracion cx de columna, neurologia, ya fue valorado por ARL que refiere que patologia de hernia L5-S1 no corresponde a ATEP, se decide manejo por UPI osteomuscular, ya tiene cita con Dr Villegas. Continuar con manejo analgesico, se dan recomendaciones generales y signos de alarma CONSULTA DE INMEDIATO POR URGENCIAS SI: - Fiebre que persiste por más de 3 días - Dolor abdominal intenso y continuo - Vomito persistente que no tolera la vía oral - Sangrado de mucosas - Irritabilidad, somnolencia - Mareo persistente - Dolor articular intenso incapacitante por más de cinco días - Extremidades frías# - Disminución en la producción de orina - Sangrado por cualquier orificio - Ojos hundidos - Boca seca.# - Empeoramiento de la diarrea. - Dolor torácico ## - Dificultad respiratoria. DX. Lumbago no especificado..."(Aportado 12/05/2023 Folio 111)

Fecha: 11/04/2017**Especialidad:** Neurocirugía. Dr. Miguel Velasquez Vera**Resumen:**

"...Enfermedad Actual: paciente de 46 años con cuadro de aproximadamente a meses de evolucion de dolor lumbar que se irradia a miembros inferiores ce características neuríticas claudicación a 2 cuadras refiere que el dolor inicio posterior a accidente laboral (sobreesfuerzo) el dolor refiere es diario, constante. Lo exacerban las marchas prolongadas y la bipedestacion. Es bilateral, pero de predominio derecho. Refiere parestesias y edema ocasional, manejo tramadol, mejoría parcial, acetaminofén. Mejoría parcial, imipramina. Mejoría parcial " terapia hídrica sin mejoría (20 sesiones) terapia física. Sin mejoría (20 sesiones) Con exacerbación de dolor. Estudio. Rmn de cls de oct de 2016: discopatía lumbar múltiple con cambios artrósicos apofisiarios lumbares inferiores rectificación de la lordosis fisiológica lumbar... Otros Hallazgos. dolor facetario L4-L5-L5-S1 derecho, limitación a la flexo extensión de columna lumbar por dolor...Dx. Lumbago no especificado..." (Folio 124)

Fecha: 20/06/2017**Especialidad:** Neurocirugía Dr. Miguel Velasquez**Resumen:**

"...Motivo de consulta: control neurocx. Enfermedad actual: paciente de 48 años, con cuadro de aproximadamente 8 meses de evolucion de dolor. Lumbar que se irradia a miembros inferiores de características neuríticas. Claudiacion a 2 cuadras. Refiere que el dolor inicio posterior a accidente laboral (sobreesfuerzo). El dolor refiere es diario, constante, lo exacerban las marchas prolongadas y la bipedestacion. Es bilateral pero de predominio derecho. Refiere parestesias y edema ocasional ocupacion. Aux de bodega. Manejo: * tramadol, mejoría parcial * acetaminofen, mejoría parcial * imipramina, mejoría parcial * terapia hidrica, sin mejoría (20 sesiones) * terapia física, sin mejoría (8 sesiones), con exacerbacion de dolor. Estudio: * rmn de cls de oct de 2016: discopatía lumbar multiple con cambios artrosicos apofisiarios lumbares inferiores. Rectificacion de la lordosis fisiologica lumbar. * refiere tener emg + nc de mmii que reportó normal. 20/06 /2017: paciente asiste a control hoy refiriendo persistencia de dolor, con limitacion a la marcha. No le han autorizado realizacion de bloqueo facetario lumbar ordenado en anterior control. Manifiesta estar en controles con med laboral, está en proceso de reintegro laboral pero paciente refiere que no puede por el dolor. Análisis y conducta: paciente con cuadro de dolor lumbar cronico, con clinica de dolor facetarioLumbar, que no ha tenido mejoría con terapia física e hidrica, mejoría parcial con analgesia de primera linea. Se considera es candidato a manejo con bloqueo facaetario lumbar para control de dolor. Resonancia magnetica que muestra discopatía degenerativa, hernia discal l5-s1 central con desgarró anular que contacta saco dural, pero sin indicacion ahora de manejo qx. Componente supratentorial asociado. Tiene pendiente realizacion de bloqueo ordenado en anterior control. Refiere que no puede trabajar por el dolor, pero que med laboral planea iniciarle reintegro. Se considera paciente requiere complementar manejo en clinica del dolor para definir manejos adicionales. Cta: * valoracion por clinica del dolor: neurocx cld, fisioterapia cld, psiquiatria cld * pendiente bloqueo facetario * control posterior a bloqueo - se dan recomendaciones y signos de alarma. DX. Lumbago no especificado. ..." (Aportado 12/05/2023 Folio 144)

Fecha: 11/07/2017**Especialidad:** Neurocirugía Dr. Miguel Velasquez**Resumen:**

"...Motivo de consulta: control neurocx.Enfermedad actual: paciente de 48 años, con cuadro de larga data de dolor lumbar que se irradia a miembros inferiores de características neuríticas. Claudiacion a 2 cuadras. Refiere que el dolor inicio posterior a accidente laboral (sobreesfuerzo). El dolor refiere es diario, constante, lo exacerban las marchas prolongadas y la bipedestacion. Es bilateral pero de

predominio derecho. Refiere parestesias y edema ocasional ocupacion. Aux de bodega. Incapacitado manejo: * tramadol, mejoría parcial * acetaminofen, mejoría parcial * imipramina, mejoría parcial * terapia hidrica, sin mejoría (20 sesiones) * terapia fisica, sin mejoría (8 sesiones), con exacerbacion de dolor. Estudio: * rmn de cls de oct de 2016: discopatía lumbar múltiple con cambios artrosicos apofisiarios lumbares inferiores. Rectificación de la lordosis fisiologica lumbar. * refiere tener emg + nc de mmii que reportó normal. 20/06/2017: paciente asiste a control hoy refiriendo persistencia de dolor, con limitación a la marcha. No le han autorizado realización de bloqueo facetario lumbar ordenado en anterior control. Manifiesta estar en controles con med laboral, está en proceso de reintegro laboral pero paciente refiere que no puede por el dolor. 11/07/2017: paciente asiste a control hoy con persistencia de dolor. No le han autorizado bloqueo facetario. Refiere que puso tutela para los pagos de la incapacidad laboral, está en proceso con medico laboral para definir su estado actual. Análisis y conducta: paciente con cuadro de dolor lumbar crónico, con clínica de dolor facetarioLumbar, que no ha tenido mejoría con terapia física e hidrica, ni mejoría con analgesia de primera línea. Se consideró es candidato a manejo con bloqueo facetaario lumbar para control de dolor pero no se lo han autorizado aún. Tiene resonancia magnetica que muestra discopatía degenerativa, hernia discal l5-s1 central con desgarró anular que contacta saco dural, pero sin indicación ahora de manejo qx. Componente supratentorial asociado. Tiene pendiente realización de bloqueo ordenado en anteriores controles, adelantó esta cita, pero aún no se le ha hecho el prcodeimiento. Se explica que es importante valorar qué respuesta tendrá con el bloqueo para ayudarlo en el control de dolor. Está pendiente iniciar manejo en clínica del dolor. Insiste en que no puede trabajar por el dolor. Cta: *contro neurocx despues de bloqueo facetario * pendiente iniciar manejo en cld. DX. Lumbago no especificado. ..." (Aportado 29/05/2023 Folio 120-121)

Fecha: 18/07/2017

Especialidad: Psiquiatría. Da. Juliana Galindo Alvarez

Resumen:

“...Análisis y Conducta: es un paciente con antecedente de trauma craneo encefálico de más de 20 años de evolución (severo) con posterior so convulsivo tcg y cambios de comportamiento como impulsividad. irritabilidad, hostilidad. Además, síntomas psicóticos con pobres interpretaciones delirantes. Ahora con disfunción familiar por el comportamiento e ideas depresivas. Sin ideas suicidas.... No toma ácido valproico hace 1 año con empeoramiento de crisis especialmente parciales complejas se da cita en 2 meses se fo6mula antipsicoticos anticolimergico. Anticonvulsivante y antidepressivo es impulsivo y agresivo por patología de base. Se espera contención con la medicación dx: sd mental orgánico - tce severo hace 20 años sd convulsivo secundario - crisis parciales complejas?. Trastorno afectivo orgánico...Dx. Trastornos del humor (afectivos), orgánicos. Epilepsia, tipo no especificado. Trastorno mental no especificado debido a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad...” (Folio 148)

Fecha: 15/08/2017

Especialidad: Medicina General Dra. Lilian Guerrero

Resumen:

"...Motivo de Consulta : "problema en los oídos". Enfermedad Actual : Paciente consulta con cuadro clínico de aproximadamente 2 años de evolución consistente en presencia desensación de disminución de la audición bilateral, otalgia intermitente, tinitus bilateral, no otro síntoma asociado. EF: Tórax/Mamas : Tórax simétrico, con expansibilidad normal, no hay retracciones ni tirajes intercostales, murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, no hay ruidos sobreagregados, no sibilancias, no estertores, no crepitos. Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos. Abdomen : Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, no hay signos de irritación peritoneal, peristaltismo positivo Genitourinario : Se omiteExtremidades : Extremidades móviles, simétricas, sin edema, pulsos periféricos positivos presentes, llenado capilar menor a 2 segundos. Sist. Nev. Central : Alerta, activo, sin evidencia de signos de dificultad respiratoria, orientado en las tres esferas mentales, fuerza y sensibilidad conservada. Análisis y Conducta : Paciente con referencia de hipoacusia, tinitus, otalgia intermitente, otoscopia bilateral normal, decido toma de audiometría, impedanciometría, control seguimiento con reporte, refiere entender. DX. Hipoacusia, no especificada ..." (Aportado 12/05/2023 Folio 5)

Fecha: 11/09/2017

Especialidad: Fisiatria Dr. Jaime García

Resumen:

"...MC: Primer vez fisiatría cld. Enfermedad actual: **dc dc dc ** cali-mariano ramos. Diestro. Bachiler incompleto. Incapacitado desdeHace 1 año-previamente auxiliar bodega. Vive con: madre. Antecedentes: colecistectomía. Tce/drenaje de hematoma/craneoplastia /hace 20 años/sd convulsivo secundario. Medicamentos para dolor: tramadol, acetaminofen, aines, sin alivio de dolor. Paciente quien refiere cuadro clínico de 1 año de evolución de lumbalgia de características inespecíficas que inicio por un accidente laboral sin embargo su caso fue cerrado ya que se considero de origen común su partología lumbar. El dolor es de tipo inespecifico, permanenete sin atenuantes de dolor, se exagera con todos los movimientos de espalda, ha realizado múltiples manejos farmacologicos sin alivio de dolor, ha realziado múltiples manejos rehabilitadores multimodales con empeoramiento del dolor, se le han realizado manejos percutaneo lumbares con empeoramiento del dolor. Es funcional e independiente para sus actividades de vida diaria. Estudio: * rmn de cls de oct de 2016: discopatía lumbar múltiple con cambios artrosicos apofisiarios lumbares inferiores. Rectificación de la lordosis fisiologica lumbar. * refiere tener emg + nc de mmii que reportó normal. ****refiere que este estudio empeoro su dolor en miembros inferiores. Análisis y conducta: paciente en quien los hallazgos clínicos objetivos no evidencian una lesiónEstructural activa que se correlacione con su sintomatología ni con los hallazgos paraclínicos imaginologicos, no hay evidencia de deficiencia neuromusculosqueletica que condicione limitación funcional para

sus actividades de vida diaria, ha sido refractario a todos los manejos medicos ofrecidos por persistencia de dolor sin embargo hay un componente de magnificacion algica y supratentorial del dolor, no hay indicacion medica para el uso de dispositivos de asistencia para la marcha. Considero que los sintomas predominan en el paciente por una patologia mental que por las patologias musculoesqueleticas ni neurologicas. Sin idniaccion de otros manejos por fisiatria en el momento y se da de alta por esta especilaidad. Se le explica al paciente. DX. Dolor no especificado ..." (Aportado 12/05/2023 Folio 64)

Fecha: 30/09/2017

Especialidad: Medicina General Dra. Diana Castro

Resumen:

"... Motivo de consulta: "tengo dolor ". Enfermedad actual: paciente con historia de hernia discal, esta en seguimiento por fisiatria, medicina laboral y clinica del dolor. Refiere que cooperativa para la que trabaja envia a concepto por medico particular quien determina que el paciente no esta apto para trabajar, el paciente consulta hoy por limitacion funcional y dolor lumbar que se irradia a ambas piernas, region cervical y parestesias en ambos pies, no tolera bipedestacion ni sedestacion prolongadas. Tiene cita con medicina laboral el 11.10.2017 hace 2 semanas realizan bloqueo fascetario. EF: dolor a la palpaicon en region lumbar bilateral, lasegue positivo, parestesias en miembros inferiores. Análisis y conducta: paciente con dolor lumbar que se irradia a ambas piernas, parestesias en ambos Miembros inferiores, dolor lo refiere tanto en cara anterior como posterior, dolor se irradia ademas a region dorsal y cervical. Múltiples sintomas, no hay un trayecto claro de dolor, no es claro con sintomatologia. Marcha antalgica se dan 2 dias de incapacidad, se remite a su ips primaria morichal para determinacion de asignacion o no de incapacidad prolongada por su lumbalgia (historia clinica de fisiatria donde hay reporte de rmn con discopatía lumbarmúltiple con cambios artrosicos apofisiarios lumbares inferiores). Asistir el lunes temprano para cita al dia. Paciente ademas con trastorno mental organico, seguimiento por psiquiatria en manejo con antipsicoticos. Se torna demandante en la consulta por solicitud de incapacidad prolongada. DX. Lumbago no especificado ..." (Aportado 12/05/2023 Folio 72)

Fecha: 19/04/2018

Especialidad: Medicina General Dr. Enith López

Resumen:

"...Enfermedad actual : refiere que en agosto del 2016 sufrió accidente laboral mientras laboraba en una seleccionadora de papas, papas super. Refiere que mientras levantaba un bulto de papas que segun refiere pesaba aproximadamente 55kg presento fuerte dolor lumbar "sentí un tirón" estudios: ***rmn de cls de oct de 2016: discopatía lumbar múltiple con cambios artrosicos apofisiarios lumbares inferiores. Rectificacion de la lordosis fisiologica lumbar. ***refiere tener emg + nc de mmii que reportó normal. Medicina del dolor lo valoro en enero /2018 consideran paciente con dolor supratentorial que no responde a ningun esquema de manejo planteados hasta el momento y con tendencia a empeorar con mal pronostico de recuperacion que ya tiene calificación como enfermedad laboral, pero todavia no ha iniciado un manejo formal por la arl. No se da cita de control por la eps....no es una enfermedad comun... Trae nota de anestesiologia y algologia clinica med del 07.03.2018 ...paciente en litigio por origen para pension de discapacidad con pobre pronostico para el alivio del dolor y probables criteriso de wadel, no existen opciones de manejo que se puedan ofertar por esta clinica dada la amplificación central del dolor, por lo tanto se da concepto para que medicina laboral defina situacion del paciente, se da de alta y se sugiere tratamiento con relajante muscular y cox2 selectivo y no requiere mas controles programados por esta especialidad paciente con cuadro de dolro cronico lumbar que se irradia a la region dorsal y miembros inferiores "como punzadas como picadas" se me encalambran las piernas" viene para prorroga de incapacidad manejos: * tramadol, mejoría parcial * acetaminofen, mejoría parcial * imipramina, mejoría parcial * terapia hidrica, sin mejoría (20 sesiones) * terapia fisica, sin mejoría (8 sesiones), con exacerbacion de dolor. * bloqueo facetario s1 y sacroiliaco bilateral. Con empeoramiento de dolor refiere tener cita con fisiatra/seguridad y salud en el trabajo de arl el 21.04.2018 para valorar calificación. EF: Examen físico:Extremidades: : marcha con baston, no hay asimetria en hombros nicaderas, se torna quejumbroso al examen fisico sobreapoyando con el mil fuerza 5/5 refiere dolor intenso a la palpación de cualquier punto en region dorsolumbar y sacra todas las maniobras semiologicas según refiere le desencadenan intenso dolor, tranquilo sin signos de algidez sentado durante la entrevista. Sist. Nev. Central: alerta glasgow 15/15. Análisis y conducta: paciente en buenas condiciones generales, reconsultante, dolor cronico de difícil manejo, conceptos anotados, en manejoj omultidisciplinario, debe ocntinuar manejo por arl, refiere tener formulacion de acetaminofen, sertralina, biperideno, acido valproico, quetiapina, refiere adherencia a su medicacion, refiere ya tener cita con medico de arl, doy tres dias de incapacidad. DX. Dolor crónico intratable. Entesopatía, no especificada. Lumbago no especificado ..." (Aportado 29/05/2023 Folio 57-58)

Fecha: 15/09/2018

Especialidad: Psiquiatría. Dra. Juliana Galindo Alvarez

Resumen:

"...Paciente con antecedente de so mental orgánico y sd convulsivo secundarios a trauma ce. Se evidencia mejoría de la irritabilidad e impulsividad. Con menos ideas de muerte, pero persisten presenta 1 crisis en los últimos 4 meses. Es adherente al acido valproico se formuló sertralina. Haloperidol por sintomas psicóticos y afectivos que persisten aún. Menciona que la eps no se los despacha. Se insiste en la importancia de recibir esta medicacion. Se explica el objetivo terapéutico se reformulan medicamentos se explica la necesidad e

importancia de recibir el antipsicótico se cita en 2 meses se permite catarsis. Plan: se formula para 4 meses acido... Diagnostico trastorno mental, no especificado debido a lesion y disfunción cerebral y a enfermedad física. Trastorno del humor (afectivos), orgánicos. Epilepsia y síndromes epilépticos idiopáticos generalizados..." (Folio 233)

Fecha: 20/12/2018 **Especialidad:** Urología. Dr. Enrique Carlos Bula

Resumen:

"...Enfermedad Actual: paciente que en consulta anterior. Se le solicito urodinamia por incontinencia urinaria y antecedente de trauma en columna lumbar (accidente de accidente laboral) no se ha realizado urodinamia refiere que desde ayer no ha orinado...EF: Genitourinario : no palpo globo vesical-bolsa escrotal izquierda vacía testículo y epidídimo derecho de características normales a la palpacion no se observa incontinencia urinaria...Dx. Disfunción neuromuscular de la vejiga, no especificada..." (Folio 201)

Fecha: 23/04/2019 **Especialidad:** Medicina general. Dr. Luz Dennys Herrera

Resumen:

"...Paciente quien refiere que hace aproximadamente 1 hora el paciente presenta episodio sincopal con traumatismo a nivel de la cabeza y perdida de conocimiento con duración de aproximadamente 1 hora. Luego se torna desorientado con cefalea, somnoliento y con amnesia del evento, niega vomito. Refiere paciente que desde hace aproximadamente 1 mes cursa con dolor torácico que el día de hoy se exacerbo. Ser irradia a region escapular y se asocia a sensación de dificultad para respirar paciente con duelo por el reciente fallecimiento del padre. Refiere que el día de hoy cuando le paso esto venia de recibir las cenizas de su padre. Antecedentes personales patológicos epilepsia prediabetes trastorno de la columna lumbar por accidente laboral artrosis // túnel del carpo manguito rotador, qx colelap craneotomía osteosíntesis de pierna izquierda...Dx. Traumatismo de la cabeza, no especificado. Sincopa y colapso..." (Folio 250)

Fecha: 15/10/2019 **Especialidad:** Concepto (Tomado de dictamen Junta Regional)

Resumen:

"... Le tomaron estudio de urodinamia el 13 de junio para estudio de euresis y también sufre de encompresis usa pañales y se le termino la formulación por mipres urodinamia, conclusiones uroflujometria libre normal capacidad vesical baja detrusor hiperactivo sensibilidad normal adaptabilidad vesical normal alteración de la contractilidad del detrusor no evidenciada obstrucción del tracto urinario inferior no evidenciada incontinencia urinaria no demostrada residuo urinario no significativo. Examen físico: torax ruidos cardiacos rítmicos no soplos murmullo vesícula normal, abdomen peristaltismo positivo no masa no dolor, no déficit motor ni sensitivo examen mental sensorio integro no alucinaciones no. Diagnostico. Trastorno de discos intervertebrales lumbares y otra mielopatía..."

Fecha: 24/10/2019 **Especialidad:** Urología. Dr. Enrique Carlos Bula

Resumen:

"...Enfermedad Actual: paciente con antecedente de trauma raquimedular, incontinencia urinaria de urgencias, polaquiuria en urodinamia del 13-6-2019: uroflujometria libre normal, capacidad vesical baja detrusor hiperactivo, sensibilidad normal, adaptabilidad vesical normal incontinencia urinaria no demostrada...Dx. Disfunción neuromuscular de la vejiga, no especificada..." (Folio 259)

Fecha: 11/04/2020 **Especialidad:** Medicina General Dra. Juliana Vasquez

Resumen:

"... Motivo de consulta: "se cayo".Enfermedad actual: acompañante maria narvaez esposa hace 1 hora sufre caída de escaleras aprox 3 escalones sufre trauma con baranda de hierro en brazo derecho cara posterior sangrado moderado. Refiere dolor intenso. Ingresa camiendo por sus propios medios a sala de procedimientos. Niega tce antecedentes patológicos: secuals trm sd convulsivo farmacológicos:acido valproico c8h alérgicos: niegaquirúrgicos:colelap ocupación:incapacidad permanente. EF: extremidades.brazo derecho cara posterior tercio medio herdia de 10cm sangrado escaso no penetra musculo dedos moviles, sin edemas, pulsos periférico. Análisis y conducta: paciente sufre caída de escalera, con trauma en brazo derecho con barra de hierro, herdia de 10 cm que requiere sutura. se ordena analgesia tetanol. DX. Herida de brazo ..." (Aportado 12/05/2023 Folio 26)

Fecha: 20/04/2020 **Especialidad:** Medicina General Dr. Diego Villegas

Resumen:

"...Refiere desde octubre de 2019 le dieron orden de terapia de piso pélvico por incontinencia urinaria y fecal por secuelas de lesión medular luego de accidente de trabajo. Refiere solo le dieron un sola y solicita mas terapias. No refiere fiebre, ni vomito, ni tos, ni le silva el pecho, ni dolor del cuerpo, no tiene contacto con enfermos respiratorios, ni ha viajado, esta cumpliendo el aislamiento, no fuma. Fue calificado por su ARL con 46% de perdida de capacidad laboral y esta en controversia con abogado dicha calificación. Se indica que debe ser comentado para definir conducta que por el origen de la lesión medular la terapia debería ser ordenada con contingencia de accidente laboral y le correspondería a la ARL dicha atención. Refiere enternderse le indica se volverá a llamar. Se dan signos de alarma y recomendaciones por contingencia como lavado de manos frecuentemente acatar aislamiento cumplir con cuarentena nacional, se dan signos de alarma como fiebre tos seca dolor de garganta malestar general para consultar por prioritaria. DX. Otras consultas especificadas. Secuelas de traumatismo de la medula espinal. Otras disfunciones neuromusculares de la vejiga ..." (Aportado 29/05/2023 Folio 18-20)

Fecha: 11/09/2020**Especialidad:** Psicología Dr. Diego Villegas**Resumen:**

"...MC: : Solicita cita para el psicólogo. EA: Refiere esta en proceso de reclamación de la pensión por la ARL por secuelas de accidente laboral ya con calificación dada por la ARL y pendiente de la calificación de la junta regional con concepto no favorable de rehabilitación. Refiere no le están pagando y tiene problemas económicos y en casa ademas de problemas médicos que están pendientes de tratamiento como la incontinencia fecal y urinaria. Refiere llanto constante, no duerme, perdió el apetito, le dan ganas de acabar con todo y con su vida ante tantos problemas, por lo cual solicita ayuda medica, dice en la ARL no le dan cita por estar el caso cerrado. EF: Sist. Nerv. Central : Secuelas de lesión lumbar por accidente de trabajo, con incontinencia fecal urinaria secundaria a daño neurológico. Extremidades : Secuelas de lesión lumbar en accidente laboral dolor crónico paresia perdida de trofismo muscular miembro inferior derecho. Análisis y Conducta: Refiere esta en proceso de reclamación de la pensión por la ARL por secuelas de accidente laboral ya con calificación dada por la ARL y pendiente de la calificación de la junta regional con concepto no favorable de rehabilitación. Refiere no le están pagando y tiene problemas económicos y en casa ademas de problemas médicos que están pendientes de tratamiento como la incontinencia fecal y urinaria. Refiere llanto constante, no duerme, perdió el apetito, le dan ganas de acabar con todo y con su vida ante tantos problemas, por lo cual solicita ayuda medica, dice en la ARL no le dan cita por estar el caso cerrado. Paciente con Llanto durante la consulta al explicar motivos de consultas, Atrofia muscular miembro inferior derecho paresia y dolor con maniobra al examen medico Uso de pañal por incontinencia fecal y urinaria Sin medicación ácido valproico y acetaminofen Se envía a control medico prioritario por psiquiatría psicología, se da formula de ácido valproico y acetaminofén. DX. Secuelas de traumatismo de la medula espinal. Examen y observación consecutivos a accidente de trabajo. Trastornos mixto de ansiedad y depresión ..." (Aportado 29/05/2023 Folio 31)

Fecha: 09/03/2021**Especialidad:** Medicina General Dra. Martha Cecilia Pasaje**Resumen:**

"...Motivo de Consulta: Enfermedad Actual: vengo por 3 motivos. : refiere tene problemas de incontinencia urinaria y fecal además problemas de la vista refiere que le mandaron terapias de piso pelvico necesita orden de piso pelvico además problemas problemas visuales dice que lo van a operar de glaucoma pero la orden se le vencio se revisa historia clinicas previas ultima que muestra de oftamologia es orden de control por alteraciones subjetivas de la visio n y optometria diagnositica hipermetropia desea además ordenes de pañales presenta dolor lumbar cronico refiere presento accidente columna hace 5 años al levantar un bulto de papas en su sitio de trabajo se llama a encargada de salud laboral de sos refiere que la patologia es dado por un accidente de trabajo por ende los tratamientos que se den por esta patologia deben ser cubiertos por la arl sele explica al paciente por ende en esta ocsulta solo se enviara a optometria. Análisis y conducta: paciente con un accidente laboral que dejo secuelas se llama a soporte de medicina laboral refiere que todo esto debe ser cubierto por la arl se da orden hoy por todo lo que consulta de valoración por optometría por problemas visuales causados pro la edad presbicia se formula acetaminofén. DX. Otros trastornos de la refracción. Secuelas de traumatismo de la medula espinal ..." (Aportado 29/05/2023 Folio 5-6)

Fecha: 27/05/2021**Especialidad:** Neurología. Dra. Luz Adriana Trujillo**Resumen:**

"...Paciente con antecedente de tce de larga data con epilepsia focal estructural, refiere que necesita valoracion por medicina del trabajo por patologías comunes, refiere que persiste con crisis 1-2 mes, queja de memoria de trabajo, antecedentes depresión incontinencia. Examen físico: sistema nervioso central alerta, pares craneales conservados, fuerza no colabora para pruebas contra resistencia, rot ++/++++, deambula con muletas no meníngeos. Análisis: paciente con antecedente de tce hace varios años con epilepsia focal estructural en terapia con valproico, refiere persistencia de crisis, además, quejas neurocognitivas, incontinencia artrosis, inicio estudio rm cerebral simple vtm 6 horas, perfil químico valoracion medicina del trabajo para concepto rehabilitación control neurología con resultados. Diagnostico epilepsia y síndromes epilépticos sintomáticos relacionados con localizaciones (focales) (parciales) y con ataques parciales... (Folio 41 y 45)

Fecha: 11/06/2021

Especialidad: Medicina laboral. Dr. Hansel Castro

Resumen:

“...Estado actual: Paciente de 52 años quien laboraba en bodega de papas descargando bultos y canastilla. Refiere accidente laboral el 23 de agosto de 2016 al levantar el bulto con hernia de disco lumbar con manejo médico, diagnostico m518 otros trastornos especificados de los discos intervertebrales, columna lumbar síndrome de túnel de carpo calificado con pclo 23.02% fecha de estructuración: 10/09/2019. Paciente manejado en su eps por historia de tce y síndrome convulsivo e incontinencia urinaria y fecal. Viene solicitando los pañales, terapias de piso pélvico recomendado por médicos de la eps. Fue valorado el 13/03/2021 por la Dra. Melba Florez quien ordeno valoracion por fisioterapia. Examen físico: no se realiza (atención por telemedicina). Dx. Otros trastornos especificados de los discos intervertebrales, columna lumbar. Síndrome de túnel carpiano (bilateral) neuropatía por atrapamiento...” (Folio 4)

Fecha: 09/07/2021

Especialidad: Medicina general. Dr. Jhon Helbert Arboleda

Resumen:

“...Paciente de 52 años. quien tiene historia al parecer de incontinencia de esfínteres, secundario accidente laboral trauma raquimedular. no le han entregado pañales hace casi 2 años. En la eps le habían argumentado que su patología fue calificada como laboral y que la arl debía hacerse cargo de esto aún no se le define origen común o laboral de la incontinencia. Además, desea calificación global. Examen físico tórax simétrico abdomen blando depresible, no megalias no dolor peristalis, buen estado general alerta, análisis paciente con múltiples patología comunes y laborales quien desea calificación global pero no es claro si ya se hizo proceso de calificación de origen del mismo para la dispensación de pañales. Tiene además incontinencia urinaria y fecal que fue asociado a su patología laboral...Diagnóstico: Secuelas de traumatismo de la medula espinal...” (Folio 39)

Fecha: 24/08/2021

Especialidad: Fisiatría. Dra. Herlinda María Ramírez

Resumen:

“...Enfermedad actual: paciente masculino de 54 años de edad, que acude a control para revisión del estudio solicitados en la Consulta anterior. Refiere que el medicamento indicado no lo ayudo con el dolor. Paciente con diagnóstico de sx del túnel del carpo bilateral, quien re refiere que el dolor es persistente en la cara ventral de muñeca y antebrazo bilateral, que se acompaña de sensación de hormigueo y de corrientazo, que aumenta con la movilidad repetitiva, de predominio nocturno. Examen físico: paciente que ingresa al consultorio por sus propios medios, con marcha de patrón claudicante asistida por una muleta axilar por indicación propia segun refiere por otro evento, con uso de férula de reposo a muñeca en el lado izquierdo, con fascie álgida, con dolor a la palpacion ya la movilidad de la muñeca bilateral, sin edemas ni deformidades, con rangos articulares de muenga bilateral: flexión 70, extensión 60, desviación radial 20, desviación cubital 25, fuerza mus cular prensil 3+/5 para flexo extensores de muñeca, realiza puno y pinzas sin lograr sostenerlos, sensibilidad conservada, signo de tinel positivo y maniobra de phalen negativa...Dx. Sx del tunel del carpo bilateral...” (Folio 20)

Fecha: 29/10/2021

Especialidad: Neurología. Dra. Luz Adriana Trujillo

Resumen:

“... EA: Dx Epilepsia focal. TCE medicaciones valproico 250 x4, lamotrigina 100x3, vtm 6 horas sin actividad epiléptica, julio 2021 normal. RM cerebral simple malacia frontal izquierda, cambios postquirúrgicos el paciente manifiesta que persiste con crisis, es muy mal informante. Refiere ansiedad frecuente y preocupación por situación, hay incontinencia de esfínteres. Examen físico: Alerta, discurso fluido y coherente, pares craneales sin alteración. Fuerza simétrica, rot ++/++++, al deambular se apoya en conyugue, no signos meníngeos. Análisis: Paciente con epilepsia focal estructural antecedente de trauma craneal, gliosis frontal izquierda, manifiesta continuar con crisis, aunque el interrogatorio no es muy conclusivo de actividad epiléptica, estudios de rm con hallazgos descritos, vtm y eeg negativos para actividad epiléptica. Por neurología continuar terapia anticonvulsivante, control en 6 meses. Diagnóstico: Epilepsia y síndrome epilépticos sintomáticos relacionados con localizaciones focales (parciales) y con ataques parciales...” (Folio 47)

Fecha: 30/08/2022

Especialidad: Neurología. Dra Valentina Batozhergalova

Resumen:

“Enfermedad actual: paciente refiere que en agosto 2016 tuvo accidente laboral por "mala fuerza", desde entonces presenta no control de esfínteres vesical y fecal, debilidad en los miembros inferiores, cuenta con la rnm columna lumbosacra del 01-2022 abombamientos difusos del anillo fibroso en L3-L4 y L4-L5 contactando al saco tecal sin generar la compresión radicular ni canal estrecho, artrosis facetaria leve, hernia central tipo protrusión central en L5-S1 indentando el saco tecal con estenosis leve de los neuroforamenes, vnc y emg de los mmii del 02-2022: normal. Tiene pendiente valoración por urología con resultado de urodinamia. Además-presenta tunel carpiano bilateral. Paciente al final de consulta informa que sugre de epilepsia, epilepsia focal por el antecedente de tce 1990 con requerimiento de la

craneotomía, paciente refiere frecuencia ictal una-dos veces al mes, según la nota de dra. Trujillo del 10-2021 paciente cuenta con vtm 6 horas sin actividad epiléptica, eeg julio 2021 normal, rnm cerebral simple con malacia frontal izquierda, cambios postquirúrgicos, paciente el día de hoy no los aporta. Manejo actual: avp 250 mg cada 8 hs, lmt 100 mg cada 8 hs... análisis y conducta: alerta, orientado/a en el tiempo, espacio y persona, lenguaje fluido, sin disartria, pares craneales sin alteración, fuerza muscular 5/5 In los miembros superiores, 4/5 proximal y 5/5 distal en los miembros inferiores, leve aumento del tono muscular en los miembros inferiores, reflejos simétricos disminuidos, coordinación normal en los mmss, marcha con la muleta. Paciente cursa con parapresia inferior leve, incontinencia urinaria y fecal mas dolor neuropático crónico por la enfermedad degenerativa de columna, por neurología no se puede dar el concepto dado que la patología corresponde a Neurocirugía, doy remisión a Neurocirugía. Para manejo de dolor crónico en los mmii remito a algología. Paciente con secuelas de tce severo 1990 dadas por la epilepsia focal postraumatica y cefalea postraumática crónica, indico realizar la grabación de las convulsiones para objetivar la semiología ictal y llevar el registro de las fechas cuando convulsiona para objetivar la frecuencia ictal, continuo igual el tratamiento anticonvulsivante, formulo acetaminofén 500 mg 30 tab/mes para manejo de agudo de dolor. Control neurología en 6 meses... diagnósticos: trastornos de discos intervertebrales lumbares y otros, mielopatía (g99.2*, epilepsia y síndromes epilépticos sintomáticos relacionados con localizaciones (focales) (parciales) y con ataques par y cefalea postraumática crónica" (Folio 9 - Aportado 31/05/2023)

Fecha: 30/08/2022

Especialidad: Neurología. Dra Valentina Batozhergalova

Resumen:

“Enfermedad actual: paciente refiere que en agosto 2016 tuvo accidente laboral por "mala fuerza", desde entonces presenta no control de esfínteres vesical y fecal, debilidad en los miembros inferiores, cuenta con la rnm columna lumbosacra del 01-2022 abombamientos difusos del anillo fibroso en L3-L4 y L4-L5 contactando al saco tecal sin generar la compresión radicular ni canal estrecho, artrosis facetaria leve, hernia central tipo protrusión central en L5-S1 indentando el saco tecal con estenosis leve de los neuroforamenes, vnc y emg de los mmii del 02-2022: normal. Tiene pendiente valoración por urología con resultado de urodinamia. Además-presenta tunel carpiano bilateral. Paciente al final de consulta informa que sugre de epilepsia, epilepsia focal por el antecedente de tce 1990 con requerimiento de la craneotomía, paciente refiere frecuencia ictal una-dos veces al mes, según la nota de dra. Trujillo del 10-2021 paciente cuenta con vtm 6 horas sin actividad epiléptica, eeg julio 2021 normal, rnm cerebral simple con malacia frontal izquierda, cambios postquirúrgicos, paciente el día de hoy no los aporta. Manejo actual: avp 250 mg cada 8 hs, lmt 100 mg cada 8 hs... análisis y conducta: alerta, orientado/a en el tiempo, espacio y persona, lenguaje fluido, sin disartria, pares craneales sin alteración, fuerza muscular 5/5 In los miembros superiores, 4/5 proximal y 5/5 distal en los miembros inferiores, leve aumento del tono muscular en los miembros inferiores, reflejos simétricos disminuidos, coordinación normal en los mmss, marcha con la muleta. Paciente cursa con parapresia inferior leve, incontinencia urinaria y fecal mas dolor neuropático crónico por la enfermedad degenerativa de columna, por neurología no se puede dar el concepto dado que la patología corresponde a Neurocirugía, doy remisión a Neurocirugía. Para manejo de dolor crónico en los mmii remito a algología. Paciente con secuelas de tce severo 1990 dadas por la epilepsia focal postraumatica y cefalea postraumática crónica, indico realizar la grabación de las convulsiones para objetivar la semiología ictal y llevar el registro de las fechas cuando convulsiona para objetivar la frecuencia ictal, continuo igual el tratamiento anticonvulsivante, formulo acetaminofén 500 mg 30 tab/mes para manejo de agudo de dolor. Control neurología en 6 meses... diagnósticos: trastornos de discos intervertebrales lumbares y otros, mielopatía (g99.2*, epilepsia y síndromes epilépticos sintomáticos relacionados con localizaciones (focales) (parciales) y con ataques par y cefalea postraumática crónica" (Folio 9 - Aportado 31/05/2023)

Fecha: 06/09/2022

Especialidad: Medicina familiar. Dr Ricardo Julio Erazo Varela

Resumen:

“Enfermedad Actual: Remitido por medicina general para aclaración de situación respecto a patologías referidas por el paciente. El paciente presentó accidente laboral el 23 de Agosto de 2016 (Levantando peso de 60 kg sintió dolor en región lumbar y al día siguiente debió consultar por urgencias a fundación valle del Lili en donde se estableció hernia discal). Sin embargo en 1990 sufrió un primer episodio convulsivo con caída desde un tercer piso con TCE severo (20 días en coma) requirió intervención neuroquirurgica. Desde entonces en manejo para epilepsia con acido Valproico. Sin embargo refiere que nunca presento incontinencia fecal ni urinaria antes del accidente laboral. Actualmente refiere que no logra retener y que la deposición sale por rebosamiento durante el día En cuanto a la orina no logra contener esfínter. Fue valorado por Urología el 14 de Julio de 2022 quien solicito Urodinamia que se realizo el 23 de Agosto de 2022 Vejiga normosensitiva y normocontractil Capacidad vesical normal Adaptabilidad vesical normal Incontinencia urinaria no demostrada Sin hiperactividad vesical Patrón miccional normal (Uroflujo) Residuo miccional fisiológico. Fue valorado por Neurología el 30 de Agosto de 2022 quien estableció: "cursa con paraparesia inferior leve, incontinencia urinaria y fecal mas dolor neuropático crónico por la enfermedad degenerativa de columna, por neurología no se puede dar el concepto dado que la patología corresponde a neurocirugía se da remisión a neurocirugía. Para manejo de dolor crónico en miembros inferiores se remitió a algología Se dio continuidad al tratamiento para Epilepsia con Acido Valproico 250 mg/8 horas y Lamotrigina 100 mg/8 horas. Para el dolor formuló acetaminofén Citó a control en 6 meses. Pendientes citas por Neurocirugía y Algología... Análisis y Conducta: 1. Epilepsia crónica. Continuar manejo establecido por Neurología. Acido Valproico y Lamotrigina. 2. Dolor abdominal en hoipocondrio derecho. Solicito hemograma y transaminasas 3. Incontinencia fecal y Urinaria en estudio. 4. Enfermedades laborales en gestión con ARL. y Medicina Laboral SOS. Cito a control con resultados.” (Folio 17- Aportado 31/05/2023)

Entidad calificador: Junta Nacional de Calificación de Invalidez - Sala 1

Calificado: REINEL SANCHEZ CAMPO

Dictamen: JN202316126

Página 12 de 21

Fecha: 06/09/2022

Especialidad: Medicina familiar. Dr Ricardo Julio Erazo Varela

Resumen:

“Enfermedad Actual: Remitido por medicina general para aclaración de situación respecto a patologías referidas por el paciente. El paciente presentó accidente laboral el 23 de Agosto de 2016 (Levantando peso de 60 kg sintió dolor en región lumbar y al día siguiente debió consultar por urgencias a fundación valle del Lili en donde se estableció hernia discal). Sin embargo en 1990 sufrió un primer episodio convulsivo con caída desde un tercer piso con TCE severo (20 días en coma) requirió intervención neuroquirúrgica. Desde entonces en manejo para epilepsia con ácido Valproico. Sin embargo refiere que nunca presentó incontinencia fecal ni urinaria antes del accidente laboral. Actualmente refiere que no logra retener y que la deposición sale por rebosamiento durante el día. En cuanto a la orina no logra contener esfínter. Fue valorado por Urología el 14 de Julio de 2022 quien solicitó Urodinamia que se realizó el 23 de Agosto de 2022. Vejiga normosensitiva y normocontractil. Capacidad vesical normal. Adaptabilidad vesical normal. Incontinencia urinaria no demostrada. Sin hiperactividad vesical. Patrón miccional normal (Uroflujo). Residuo miccional fisiológico. Fue valorado por Neurología el 30 de Agosto de 2022 quien estableció: "curso con paraparesia inferior leve, incontinencia urinaria y fecal más dolor neuropático crónico por la enfermedad degenerativa de columna, por neurología no se puede dar el concepto dado que la patología corresponde a neurocirugía se da remisión a neurocirugía. Para manejo de dolor crónico en miembros inferiores se remitió a algología. Se dio continuidad al tratamiento para Epilepsia con Ácido Valproico 250 mg/8 horas y Lamotrigina 100 mg/8 horas. Para el dolor formuló acetaminofén. Cito a control en 6 meses. Pendientes citas por Neurocirugía y Algología... Análisis y Conducta: 1. Epilepsia crónica. Continuar manejo establecido por Neurología. Ácido Valproico y Lamotrigina. 2. Dolor abdominal en hipocondrio derecho. Solicito hemograma y transaminasas. 3. Incontinencia fecal y Urinaria en estudio. 4. Enfermedades laborales en gestión con ARL y Medicina Laboral SOS. Cito a control con resultados." (Folio 17-Aportado 31/05/2023)

Fecha: 11/04/2023

Especialidad: Urología. Dr Enrique Carlos Bula

Resumen:

“Enfermedad actual: paciente que refiere que presenta polaquiuria. Incontinencia urinaria. Refiere buen chorro miccional sin esfuerzo, si enuresis. Concomitantemente refiere incontinencia fecal. Refiere que posterior a cargar un bulto de 60kg presentó dolor lumbar. Refiere que le diagnosticaron hernia discal. Tiene urodinamia del 13-6-2019 realizada en la Clínica Versalles: uroflujometría libre normal-capacidad vesical baja- detrusor hiperactivo-sensibilidad normal-adaptabilidad vesical normal- incontinencia urinaria no demostrada-residuo urinario significativo. Acude con nueva urodinamia realizada el 23.8.2022 realizada en la Clínica Versalles con los siguientes hallazgos: vejiga normosensitiva normocontractil. Capacidad vesical normal. Adaptabilidad vesical normal. Incontinencia urinaria no demostrada. Sin hiperactividad vesical, patrón miccional normal (uroflujo) - residuo miccional fisiológico... genitourinario: no palpo globo vesical. Genitales externos ok. tr próstata adenomatosa de 30gs. se observa y palpa ropa interior seca. No tiene pañal en el momento de la evaluación... análisis y conducta: según los hallazgos al examen físico y en dos urodinamias no veo motivo para incapacidad desde el punto de vista urológico. Se recomienda control urológico anual. Diagnósticos: hiperplasia de la próstata.” (Folio 11 - Aportado 31/05/2023)

Fecha: 11/04/2023

Especialidad: Urología. Dr Enrique Carlos Bula

Resumen:

“Enfermedad actual: paciente que refiere que presenta polaquiuria. Incontinencia urinaria. Refiere buen chorro miccional sin esfuerzo, si enuresis. Concomitantemente refiere incontinencia fecal. Refiere que posterior a cargar un bulto de 60kg presentó dolor lumbar. Refiere que le diagnosticaron hernia discal. Tiene urodinamia del 13-6-2019 realizada en la Clínica Versalles: uroflujometría libre normal-capacidad vesical baja- detrusor hiperactivo-sensibilidad normal-adaptabilidad vesical normal- incontinencia urinaria no demostrada-residuo urinario significativo. Acude con nueva urodinamia realizada el 23.8.2022 realizada en la Clínica Versalles con los siguientes hallazgos: vejiga normosensitiva normocontractil. Capacidad vesical normal. Adaptabilidad vesical normal. Incontinencia urinaria no demostrada. Sin hiperactividad vesical, patrón miccional normal (uroflujo) - residuo miccional fisiológico... genitourinario: no palpo globo vesical. Genitales externos ok. tr próstata adenomatosa de 30gs. se observa y palpa ropa interior seca. No tiene pañal en el momento de la evaluación... análisis y conducta: según los hallazgos al examen físico y en dos urodinamias no veo motivo para incapacidad desde el punto de vista urológico. Se recomienda control urológico anual. Diagnósticos: hiperplasia de la próstata.” (Folio 11 - Aportado 31/05/2023)

Fecha: 13/06/2023

Especialidad: Fisiatría. Dr Freddy M. Londoño

Resumen:

“Enfermedad actual: Paciente de 54 años de edad con cuadro clínico de 2 años de evolución consistente en dolor generalizado, ahora con hombros de predominio izquierdo de intensidad 10/10 por Escala Numérica verbal, dolor irradiado a codo ipsilateral, sin síntomas asociados, exacerbación del dolor con movimientos de hombro, al levantar objetos y al dormir, al adoptar decúbito lateral izquierdo, niega contusiones recientes. Esta en controles con ARL por síndrome túnel del carpo/artrosis. Refiere tiene pendiente respuesta con junta nacional en marzo 2023 para calificación de invalidez... Examen Físico: Ingresa paciente a consultorio por sus propios medios sin ayudas

ortopédicas, alerta, consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, marcha funcional. A la exploración se evidencia arcos de movilidad articular de hombro izquierdo flexión 180° con dolor, abducción 180°, extensión 60°, rotación interna 80° rotación externa 90°, fuerza muscular no valorable por dolor, a la palpación dolor en corredera bicipital, dolor en tendón infra espinoso, dolor en bíceps braquial cabeza larga, pruebas semiológicas no valorables por dolor, no déficit de la sensibilidad... Dx: Síndrome de abducción dolorosa del hombro.” (Folio 9 - Aportado 13/06/2023)

Pruebas específicas

Fecha: 06/07/2021 **Nombre de la prueba:** Electroencefalograma (Tomado de dictamen Junta Regional)

Resumen:

“...Trazado de EEG digital en equipo Nicolett, versión 5.5 de 2011. Sistema internacional 10-20 para colocación de electrodos de superficie. Derivaciones bipolares y de referencia al vértex y a orejas. hasta 32 canales simultáneos. EKG derivación DII. Durante vigilia la actividad de fondo estuvo conformada por un ritmo alfa a 9 Hz, amplitud de 20-40 uV, simétrico, el cual se atenúa con la apertura ocular. En las áreas anteriores y centrales se observa una actividad beta de baja amplitud. Durante la somnolencia, el ritmo alfa es atenuado con incremento en actividad theta central y anterior. El trazado no se modifica con la foto estimulación en frecuencias de 1-60 Hz ni con la hiperventilación practicada durante 4 minutos. No se observan descargas epileptiformes ni asimetrías significativas. Registro EKG rítmico. Interpretación: trazado de vigilia y somnolencia normal...” (Folio 293)

Fecha: 03/08/2021 **Nombre de la prueba:** Electromiografía. Dra. Herlinda Ramirez

Resumen:

“...El potencial sensitivo del nervio mediano bilateral, está moderadamente disminuido y la latencia motora del lado izquierdo, esta levemente prolongada. Los demás parámetros de los nervios estudiados están dentro de límites normales. Al estudio con aguja monopolar a los músculos deltoides, bíceps, extensor común de los dedos, abductor corto del pulgar y del quinto dedo bilateral, no se encontraron datos de inestabilidad de membrana. PUMs de llenado escaso por dolor. Conclusiones: Estudio compatible con neuropatía bilateral del nervio mediano, leve del lado derecho y moderado del lado izquierdo, mielínica, al nivel del túnel carpiano. Estudio negativo lesión radicular, a la fecha...” (Folio 16-17)

Fecha: 06/08/2021 **Nombre de la prueba:** RM de cerebro. Dr. no informa

Resumen:

“...Hallazgos: Zona malacica en el giro recto y orbitario medio izquierdo asociado a un borde hiperintensa secuencias FLAIR por gliosis. Prominencia de surcos cerebrales y espacio subaracnoideo por perdida volumen del parénquima cerebral. Hay retracción del asa frontal del ventrículo lateral izquierdo. Adecuada diferenciación de la sustancia blanca y gris. Hiperintensificación puntiformes subcorticales de predominio frontal en las secuencias potenciales en T2 y FLAIR sin representación en las secuencias de difusión de tipo inespecífico, no hay signos de infarto agudo, cuerpo calloso de morfología e intensidad normal, no lesiones selares ni para selares, IV ventrículo central, sin aparentes lesiones en fosa posterior, cisternas de la base libres la unión craneocervical es normal, complejos vestíbulo cocleares simétricos, no colecciones epi o subdurales o signos de hemorragia subaracnoidea, cambios post quirúrgicos por craneoplastia frontal, permeabilidad de vasos del polígono y senos venosos, orbitas y mastoides de aspecto normal crecimientos mucosos polipoideos al interior del seno frontal izquierdo, escasa efusión mastoidea bilateral...” (Incompleta) (Folio 64)

Fecha: 17/05/2023 **Nombre de la prueba:** Ecografía articular de hombro derecho. Dr Alfredo Altuzarra Noriega

Resumen:

“Tendón de la cabeza larga del bíceps de calibre, contornos y textura normales. Presencia de líquido en su vaina sinovial. Localizado anatómicamente en el surco intertuberositario, sin señales de luxación con maniobras de rotación externa. Tendón del subescapular y supraespinoso se encuentran engrosados, heterogéneos, sin signos de ruptura agudos en el presente examen. Restante del manguito rotador de configuración anatómica. Ausencia de señales de ruptura o derrame articular. Musculatura adyacente sin alteraciones ecográficas. Articulación acromioclavicular de apariencia ecográfica usual. Con las maniobras dinámicas. No hay signos ecográficos de pinzamiento tendinoso. Impresión diagnóstica: 1. Tenosinovitis bicipital. 2. Tendinopatía del subescapular y supraespinoso.” (Folio 11 - Aportado 13/06 /2023)

Fecha: 17/05/2023 **Nombre de la prueba:** Ecografía articular de hombro izquierdo. Dr Alfredo Altuzarra Noriega

Resumen:

“Tendón de la cabeza larga del bíceps de calibre, contornos y textura normales. Localizado anatómicamente en el surco intertuberositario, sin señales de luxación con maniobras de rotación externa. Tendón del subescapular y supraespinoso se encuentran engrosados, heterogéneos, sin signos de ruptura agudos en el presente examen. Restante del manguito rotador de configuración anatómica. Ausencia de señales de ruptura o derrame articular. Musculatura adyacente sin alteraciones ecográficas. Articulación acromioclavicular de apariencia ecográfica usual. Con las maniobras dinámicas. No hay signos ecográficos de pinzamiento tendinoso. Impresión diagnóstica: 1. Tendinopatía del subescapular y supraespinoso.” (Folio 12 - Aportado 13/06/2023)

Concepto de rehabilitación

Proceso de rehabilitación: En curso

Valoraciones del calificador o equipo interdisciplinario

Fecha: **Especialidad:**

Paciente a quien se realizó citación a valoración por Junta Nacional de Calificación de Invalidez el día 02 de marzo de 2023, no asiste, por este motivo se vuelve a citar para el día 12 de mayo de 2023, no asiste, por lo que se vuelve a citar por Tercera y Ultima vez para el día 31 de mayo de 2023.

Fecha: 31/05/2023 **Especialidad:** Valoración Médica

Edad: 54 años. Cargo: Auxiliar de Bodega. Empresa: Seleccionadora de papa - súper.

La JNCI le calificó de origen laboral por STC.

Además dice que tiene artrosis, "en todo el cuerpo". Sufre de incontinencia urinaria y fecal que comenzó después de accidente en el año 2016 (23/08). Dice que por una mala fuerza por un bulto de papa.

Dice que incapacitado por el problema.

Paciente informa que fue calificado por la las patología como accidente de trabajo y se le calificó 23.2% aunque dice que no fue indemnizado.

Dice que tiene incontinencia urinaria fecal, artrosis.

Paciente dice que la mamá es la que le ayuda para el cambio de pañal y "todas esas cosas"

Paciente informa de antecedentes de epilepsia desde el accidente, por lo cual se le interroga y se le señala que no parece tener relación, con el accidente según lo comentado y cambia la versión a que tiene la epilepsia desde el año 1990.

Dice recibir Ac valproico.

Hace un mes la última epilepsia, y "me da de vez en cuando", se le insiste en la frecuencia dice que por ahí cada dos meses, cada tres meses. Dice perder la conciencia cuando le da la epilepsia.

Paciente dice que no tiene indicación quirúrgica. Pero que él si se quiere operar ahora igualmente que de las manos.

EF: Paciente ingresa solo hace marcha con dos muletas.

Se sienta y se queja, no obstante, cuando se hace maniobras distractivas y se comunica por celular con la abogada preguntando por la HC, el paciente no se queja durante ese período.

Al acostarse en la camilla otra vez comienza a quejarse.

Paciente hace marcha con uso de dos muletas (según él, indicada por médico de la EPS).

Usa pañal.

Hay limitación al parecer voluntaria de movimientos de hombros, hasta 140° de flexión y abducción).

Palpación de abdomen manifiesta dolor.

Movimientos de cadera limitada a 100° de flexión.

Movimientos de rodillas a 130° de flexión y opone resistencia desde 90° por aparente dolor.

Fecha: 31/05/2023 **Especialidad:** Valoración Terapia Ocupacional

Paciente de 54 años de edad, soltero con un hija de 33 años y una nieta de 7 años. Actualmente se encuentra vinculado con empresa sin actividades asignadas - en casa con pago de SG SS en la empresa Temporales Unidos Ltda, vinculado desde el año 2015 en el cargo de Auxiliar de Bodega. Sufre accidente laboral en 08/2016 por sobre esfuerzo al manipular bulto de papa que le ocasiona desgarró y luego evidencian hernias discales, refiere incapacidad hasta el año 2019. Tiene controles con Psicología, Psiquiatría (desde el Accidente laboral), Medicina laboral, Fisiatría, Medicina familiar (Refiere incontinencia fecal y urinaria). refiere tiene artrosis, problemas visuales; menciona tiene STC bilateral y que la ARL es la que hace los controles recurrentes. Práctica deportiva previa: Fútbol. Niega actividades de tipo artesanal o artístico. Refiere recibe ayuda en actividades de baño y vestido por parte de la mamá . Desde el ámbito económico refiere depende económicamente de la mamá. Niega ejecutar cualquier actividad durante el día. Se levanta sin dificultad, con ayudas externas - Muletas axilares, refiere fueron prescritas por el médico de la ARL, se evidencia alteración de patrón de marcha. Logra posición empuinado y talones con apoyo. Columna cervical con arcos conservados; Columna Lumbar Flexión 40°, Rotaciones 20°, Extensión 10°. MMII

Entidad calificadora: Junta Nacional de Calificación de Invalidez - Sala 1

Calificado: REINEL SANCHEZ CAMPO

Dictamen: JN202316126

Página 15 de 21

Caderas 120° de flexión bilateral; Flexión rodillas 120° en bípedo. MMSS Hombros Flexión 140°, extensión 30°, codos Flexión 120°, Extensión arcos completos y muñecas arcos funcionales, refiere dolor a la movilización.

Fundamentos de derecho:

Para el caso que nos ocupa debe tenerse en cuenta que de acuerdo al capítulo preliminar numeral 3 principios de ponderación.

3, Principios de ponderación. Para efectos de calificación, el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional, se distribuye porcentualmente de la siguiente manera: El rango de calificación oscila entre un mínimo de cero por ciento (0%) y un máximo de cien por ciento (100%), correspondiendo, cincuenta por ciento (50%) al Título Primero (Valoración de las deficiencias) y cincuenta por ciento (50%) al Título Segundo (Valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales) del Anexo Técnico.

Tabla 1. Ponderación usada en el Anexo Técnico del Manual

	Ponderación
Título Primero. Valoración de las deficiencias	50%
Título Segundo. Valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales.	50%

Cálculo del Valor Final de la Deficiencia: El valor final de la deficiencia será el valor obtenido por la secuela calificable de cada una de las patologías de la persona; si tiene varias secuelas calificables de diferentes capítulos, estas se combinan mediante la fórmula de valores combinados. Una vez combinadas todas, la deficiencia del resultado final se debe ponderar al cincuenta por ciento (50%), es decir se debe multiplicar por cero comas cinco (0,5). De manera tal que si el valor final fue de ochenta por ciento (80%) se multiplica por cero comas cinco (0,5) obteniendo como resultado o Valor Final de la Deficiencia, cuarenta por ciento (40%).

El valor de la pérdida de capacidad ocupacional para niños, niñas (mayores de 3 años) y adolescentes será: valor final de la deficiencia + valor final del Título Segundo

Pérdida de Capacidad Ocupacional = (mayores de 3 años.)	+	Valor Final de la Título Primero (ponderado al 50%)	+	Valor Final del Título Segundo bebés, niños, niñas (mayores de 3 años)
---	---	---	---	--

OTROS FUNDAMENTOS DE DERECHO

Otros fundamentos de derecho que se tuvieron en cuenta para el presente dictamen se encuentran en las siguientes normas:

- Ley 100 de 1993, crea las Juntas de Calificación.
- Decreto Ley 19/2012 Art. 142
- Decreto 1295 de 1994 y Ley 776 de 2002, reglamentan el Sistema General de Riesgos Profesionales (SGRP)
- Decreto 1507 de 2014, determina el Manual Único de Calificación de Invalidez.
- Decreto 1352 DE 2013, reglamenta el funcionamiento y competencia de las Juntas de Calificación.
- Ley 1562 de 2012

Análisis y conclusiones:

La Sala Uno (1) de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, con base en los fundamentos de hecho y derecho expuestos anteriormente y, teniendo en cuenta que, una vez revisada la documentación aportada y la valoración practicada presencialmente, establece que:

Resumen del caso: Se trata de un hombre de 54 años, de ocupación auxiliar de bodega la empresa Temporales Unidos Ltda desde el día 02 /02/2015.

Medicina General (19/04/2018): refiere que en agosto del 2016 sufrió accidente laboral mientras laboraba en una seleccionadora de papas, papas super. Refiere que mientras levantaba un bulto de papas que segun refiere pesaba aproximadamente 55kg presento fuerte dolor lumbar "sentí un tirón" estudios: ***rmn de cls de oct de 2016: discopatía lumbar múltiple con cambios artrosicos apofisiarios lumbares inferiores. Rectificación de la lordosis fisiológica lumbar. ***refiere tener emg + nc de mmii que reportó normal. Medicina del dolor lo valoro en enero/2018 consideran paciente con dolor supratentorial que no responde a ningún esquema de manejo planteados hasta el momento y con tendencia a empeorar con mal pronóstico de recuperación que ya tiene calificación como enfermedad laboral, pero todavía no ha iniciado un manejo formal por la arl. No se da cita de control por la eps....no es una enfermedad comun... Trae nota de anestesiología y algología clínica med del 07.03.2018 ...paciente en litigio por origen para pensión de discapacidad con pobre pronóstico para el alivio del

dolor y probables criterios de wadel, no existen opciones de manejo que se puedan ofertar por esta clínica dada la amplificación central del dolor, por lo tanto se da concepto para que medicina laboral defina situación del paciente, se da de alta y se sugiere tratamiento con relajante muscular y cox2 selectivo y no requiere más controles programados por esta especialidad paciente con cuadro de dolor crónico lumbar que se irradia a la región dorsal y miembros inferiores "como punzadas como picadas" se me encalambrian las piernas" viene para prórroga de incapacidad manejos: * tramadol, mejoría parcial * acetaminofén, mejoría parcial * imipramina, mejoría parcial * terapia hidrática, sin mejoría (20 sesiones) * terapia física, sin mejoría (8 sesiones), con exacerbación de dolor. * bloqueo facetario s1 y sacroiliaco bilateral. Con empeoramiento de dolor refiere tener cita con fisiatra/seguridad y salud en el trabajo de arl el 21.04.2018 para valorar calificación. EF: Examen físico: Extremidades: : marcha con bastón, no hay asimetría en hombros ni caderas, se torna quejumbroso al examen físico sobre apoyando con el mil fuerza 5/5 refiere dolor intenso a la palpación de cualquier punto en región dorsolumbar y sacra todas las maniobras semiológicas según refiere le desencadenan intenso dolor, tranquilo sin signos de algidez sentado durante la entrevista. Sist. Nev. Central: alerta glasgow 15/15. Análisis y conducta: paciente en buenas condiciones generales, reconsultante, dolor crónico de difícil manejo, conceptos anotados, en manejo multidisciplinario, debe continuar manejo por arl, refiere tener formulación de acetaminofén, sertralina, biperideno, ácido valproico, quetiapina, refiere adherencia a su medicación, refiere ya tener cita con médico de arl, doy tres días de incapacidad. DX. Dolor crónico intratable. Entesopatía, no especificada. Lumbago no especificado. (Aportado 29/05/2023 Folio 57-58)

Psiquiatría. (15/09/2018). Paciente con antecedente de síndrome mental orgánico y síndrome convulsivo secundarios a trauma craneal. Se evidencia mejoría de la irritabilidad e impulsividad. Con menos ideas de muerte, pero persisten presenta 1 crisis en los últimos 4 meses. Es adherente al ácido valproico se formuló sertralina. Haloperidol por síntomas psicóticos y afectivos que persisten aún. Menciona que la EPS no se los despacha. Se insiste en la importancia de recibir esta medicación. Se explica el objetivo terapéutico se reformulan medicamentos se explica la necesidad e importancia de recibir el antipsicótico se cita en 2 meses se permite catarsis. Plan: se formula para 4 meses ácido... Diagnóstico trastorno mental, no especificado debido a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad física. Trastorno del humor (afectivos), orgánicos. Epilepsia y síndromes epilépticos idiopáticos generalizados. (Folio 233)

Urología. (20/12/2018): paciente que en consulta anterior. Se le solicitó urodinamia por incontinencia urinaria y antecedente de trauma en columna lumbar (accidente de accidente laboral) no se ha realizado urodinamia refiere que desde ayer no ha orinado. EF: Genitourinario : no palpo globo vesical-bolsa escrotal izquierda vacía testículo y epidídimo derecho de características normales a la palpación no se observa incontinencia urinaria. Dx. Disfunción neuromuscular de la vejiga, no especificada. (Folio 201)

Medicina general. (23/04/2019) . Paciente quien refiere que hace aproximadamente 1 hora el paciente presenta episodio sincopal con traumatismo a nivel de la cabeza y pérdida de conocimiento con duración de aproximadamente 1 hora. Luego se torna desorientado con cefalea, somnoliento y con amnesia del evento, niega vómito. Refiere paciente que desde hace aproximadamente 1 mes cursa con dolor torácico que el día de hoy se exacerba. Se irradia a región escapular y se asocia a sensación de dificultad para respirar paciente con duelo por el reciente fallecimiento del padre. Refiere que el día de hoy cuando le paso esto venia de recibir las cenizas de su padre. Antecedentes personales patológicos epilepsia prediabetes trastorno de la columna lumbar por accidente laboral artrosis // túnel del carpo manguito rotador, qx coxal craneotomía osteosíntesis de pierna izquierda...Dx. Traumatismo de la cabeza, no especificado. Sincope y colapso..." (Folio 250)

Concepto (15/10/2019) (Tomado de dictamen Junta Regional). Le tomaron estudio de urodinamia el 13 de junio para estudio de euresis y también sufre de encompresis usa pañales y se le terminó la formulación por mipses urodinamia, conclusiones uroflujometría libre normal capacidad vesical baja detrusor hiperactivo sensibilidad normal adaptabilidad vesical normal alteración de la contractilidad del detrusor no evidenciada obstrucción del tracto urinario inferior no evidenciada incontinencia urinaria no demostrada residuo urinario no significativo. Examen físico: torax ruidos cardíacos rítmicos no soplos murmullo vesícula normal, abdomen peristaltismo positivo no masa no dolor, no déficit motor ni sensitivo examen mental sensorio íntegro no alucinaciones no. Diagnóstico. Trastorno de discos intervertebrales lumbares y otra mielopatía..."

Urología. (24/10/2019): paciente con antecedente de trauma raquímedular, incontinencia urinaria de urgencias, polaquiuria en urodinamia del 13-6-2019: uroflujometría libre normal, capacidad vesical baja detrusor hiperactivo, sensibilidad normal, adaptabilidad vesical normal incontinencia urinaria no demostrada...Dx. Disfunción neuromuscular de la vejiga, no especificada. (Folio 259)

Medicina General (20/04/2020). Refiere desde octubre de 2019 le dieron orden de terapia de piso pélvico por incontinencia urinaria y fecal por secuelas de lesión medular luego de accidente de trabajo. Refiere solo le dieron una sola y solicita más terapias. Fue calificado por su ARL con 46% de pérdida de capacidad laboral y esta en controversia con abogado dicha calificación. Se indica que debe ser comentado para definir conducta que por el origen de la lesión medular la terapia debería ser ordenada con contingencia de accidente laboral y le correspondería a la ARL dicha atención. Refiere entenderse le indica se volverá a llamar. Se dan signos de alarma y recomendaciones por contingencia como lavado de manos frecuentemente acatar aislamiento cumplir con cuarentena nacional, se dan signos de alarma como fiebre tos seca dolor de garganta malestar general para consultar por prioritaria. DX. Otras consultas especificadas. Secuelas de traumatismo de la médula espinal. Otras disfunciones neuromusculares de la vejiga. (Aportado 29/05/2023 Folio 18-20)

Psicología (11/09/2020) dada por la ARL y pendiente de la calificación de la junta regional con concepto no favorable de rehabilitación. Refiere no le están pagando y tiene problemas económicos y en casa además de problemas médicos que están pendientes de tratamiento como la incontinencia fecal y urinaria. Refiere llanto constante, no duerme, perdió el apetito, le dan ganas de acabar con todo y con su vida ante tantos problemas, por lo cual solicita ayuda médica, dice en la ARL no le dan cita por estar el caso cerrado. Paciente con llanto durante la consulta al explicar motivos de consultas, Atrofia muscular miembro inferior derecho paresia y dolor con maniobra al examen médico. Uso de pañal por incontinencia fecal y urinaria Sin medicación ácido valproico. DX. Sec

Neurología. (27/05/2021): paciente con antecedente de tce hace varios años con epilepsia focal estructural en terapia con valproico, refiere persistencia de crisis, además, quejas neurocognitivas, incontinencia artrosis, inicio estudio rm cerebral simple vtm 6 horas, perfil químico valoración medicina del trabajo para concepto rehabilitación control neurología con resultados. Diagnostico epilepsia y síndromes epilépticos sintomáticos relacionados con localizaciones (focales) (parciales) y con ataques parciales... (Folio 41 y 45)

Medicina laboral.(11/06/2021) Estado actual: Paciente de 52 años quien laboraba en bodega de papas descargando bultos y canastilla. Refiere accidente laboral el 23 de agosto de 2016 al levantar el bulto con hernia de disco lumbar con manejo médico, diagnostico m518 otros trastornos especificados de los discos intervertebrales, columna lumbar síndrome de túnel de carpo calificado con pclo 23.02% fecha de estructuración: 10/09/2019. Dx. Otros trastornos especificados de los discos intervertebrales, columna lumbar. Síndrome de túnel carpiano (bilateral) neuropatía por atrapamiento..." (Folio 4)

Electroencefalograma (06/07/2021) (Tomado de dictamen Junta Regional) Trazado de EEG digital en equipo Nicolett, versión 5.5 de 2011. Sistema internacional 10-20 para colocación de electrodos de superficie. Derivaciones bipolares y de referencia al vértex y a orejas. hasta 32 canales simultáneos. EKG derivación DII. Durante vigilia la actividad de fondo estuvo conformada por un ritmo alfa a 9 Hz, amplitud de 20-40 uV, simétrico, el cual se atenúa con la apertura ocular. En las áreas anteriores y centrales se observa una actividad beta de baja amplitud. Durante la somnolencia, el ritmo alfa es atenuado con incremento en actividad theta central y anterior. El trazado no se modifica con la foto estimulación en frecuencias de 1-60 Hz ni con la hiperventilación practicada durante 4 minutos. No se observan descargas epileptiformes ni asimetrías significativas. Registro EKG rítmico. Interpretación: trazado de vigilia y somnolencia normal..." (Folio 293)

Medicina general. (09/07/2021). Paciente de 52 años. quien tiene historia al parecer de incontinencia de esfínteres, secundario accidente laboral trauma raquimedular. no le han entregado pañales hace casi 2 años. En la eps le habían argumentado que su patología fue calificada como laboral y que la arl debía hacerse cargo de esto aún no se le define origen común o laboral de la incontinencia. Además, desea calificación global. Examen físico tórax simétrico abdomen blando depresible, no megalias no dolor peristalis, buen estado general alerta, análisis paciente con múltiples patología comunes y laborales quien desea calificación global pero no es claro si ya se hizo proceso de calificación de origen del mismo para la dispensación de pañales. Tiene además incontinencia urinaria y fecal que fue asociado a su patología laboral. Diagnóstico: Secuelas de traumatismo de la medula espinal. (Folio 39)

Electromiografía.(03/08/2021): Estudio compatible con neuropatía bilateral del nervio mediano, leve del lado derecho y moderado del lado izquierdo, mielínica, al nivel del túnel carpiano. Estudio negativo lesión radicular, a la fecha (Folio 16-17)

RM de cerebro. (06/08/2021): Zona malacica en el giro recto y orbitario medio izquierdo asociado a un borde hiperintensa secuencias FLAIR por gliosis. Prominencia de surcos cerebrales y espacio subaracnoideo por perdida volumen del parénquima cerebral. Hay retracción del asa frontal del ventrículo lateral izquierdo. Adecuada diferenciación de la sustancia blanca y gris. Hiperintensificación puntiformes subcorticales de predominio frontal en las secuencias potenciales en T2 y FLAIR sin representación en las secuencias de difusión de tipo inespecífico, no hay signos de infarto agudo, cuerpo calloso de morfología e intensidad normal, no lesiones selares ni para selares, IV ventrículo central, sin aparentes lesiones en fosa posterior, cisternas de la base libres la unión craneocervical es normal, complejos vestíbulo cocleares simétricos, no colecciones epi o subdurales o signos de hemorragia subaracnoidea, cambios post quirúrgicos por craneoplastia frontal, permeabilidad de vasos del polígono y senos venosos, orbitas y mastoides de aspecto normal crecimientos mucosos polipoideos al interior del seno frontal izquierdo, escasa efusión mastoidea bilateral. (Incompleta) (Folio 64)

Fisiatría. (24/08/2021): Paciente con diagnóstico de sx del túnel del carpo bilateral, quien refiere que el dolor es persistente en la cara ventral de muñeca y antebrazo bilateral, que se acompaña de sensación de hormigueo y de corrientazo, que aumenta con la movilidad repetitiva, de predominio nocturno. Examen físico: paciente que ingresa al consultorio por sus propios medios, con marcha de patrón claudicante asistida por una muleta axilar por indicación propia segun refiere por otro evento, con uso de férula de reposo a muñeca en el lado izquierdo, con fascie álgida, con dolor a la palpacion ya la movilidad de la muñeca bilateral, sin edemas ni deformidades, con rangos articulares de muñeca bilateral: flexión 70, extensión 60, desviación radial 20, desviación cubital 25, fuerza muscular prensil 3+/5 para flexo extensores de muñeca, realiza puño y pinzas sin lograr sostenerlos, sensibilidad conservada, signo de tinel positivo y maniobra de phalen negativa. Dx. Sx del tunel del carpo bilateral. (Folio 20)

Neurología. (29/10/2021). EA: Dx Epilepsia focal. TCE medicaciones valproico 250 x4, lamotrigina 100x3, vtm 6 horas sin actividad epiléptica, julio 2021 normal. RM cerebral simple malacia frontal izquierda, cambios postquirúrgicos el paciente manifiesta que persiste con crisis, es muy mal informante. Refiere ansiedad frecuente y preocupación por situación, hay incontinencia de esfínteres. Examen físico: Alerta, discurso fluido y coherente, pares craneales sin alteración. Fuerza simétrica, rot ++/++++, al deambular se apoya en conyugue, no signos meníngeos Diagnóstico: Epilepsia y síndrome epilépticos sintomáticos relacionados con localizaciones focales (parciales) y con ataques parciales (Folio 47)

Neurología. (30/08/2022): paciente refiere que en agosto 2016 tuvo accidente laboral por "mala fuerza", desde entonces presenta no control de esfínteres vesical y fecal, debilidad en los miembros inferiores, cuenta con la rnm columna lumbosacra del 01-2022 abombamientos difusos del anillo fibroso en L3-L4 y L4-L5 contactando al saco tecal sin generar la compresión radicular ni canal estrecho, artrosis facetaria leve, hernia central tipo protrusión central en L5-S1 indentando el saco tecal con estenosis leve de los neuroforámenes, vnc y emg de los mmii del 02-2022: normal. Tiene pendiente valoración por urología con resultado de urodinamia. Además-presenta tunel carpiano bilateral. Paciente al final de consulta informa que sugre de epilepsia, epilepsia focal por el antecedente de tce 1990 con requerimiento de la craneot

continuo igual el tratamiento anticonvulsivante, diagnósticos: trastornos de discos intervertebrales lumbares y otros, mielopatía (g99.2*, epilepsia y síndromes epilépticos sintomáticos relacionados con localizaciones (focales) (parciales) y con ataques par y cefalea postraumática crónica” (Folio 9 - Aportado 31/05/2023)

Medicina familiar. (06/09/2022): Remitido por medicina general para aclaración de situación respecto a patologías referidas por el paciente. El paciente presentó accidente laboral el 23 de Agosto de 2016 (Levantando peso de 60 kg sintió dolor en región lumbar y al día siguiente debió consultar por urgencias a fundación valle del Lili en donde se estableció hernia discal). Sin embargo en 1990 sufrió un primer episodio convulsivo con caída desde un tercer piso con TCE severo (20 días en coma) requirió intervención neuroquirúrgica. Desde entonces en manejo para epilepsia con ácido Valproico. Sin embargo refiere que nunca presentó incontinencia fecal ni urinaria antes del accidente laboral. Actualmente refiere que no logra retener y que la deposición sale por rebosamiento durante el día En cuanto a la orina no logra contener esfínter. Fue valorado por Urología el 14 de Julio de 2022 quien solicitó Urodinamia que se realizó el 23 de Agosto de 2022 Vejiga normosensitiva y normocontractil Capacidad vesical normal Adaptabilidad vesical normal Incontinencia urinaria no demostrada Sin hiperactividad vesical Patrón miccional normal (Uroflujo) Residuo miccional fisiológico. Fue valorado por Neurología el 30 de Agosto de 2022 quien estableció: "curso con paraparesia inferior leve, incontinencia urinaria y fecal mas dolor neuropático crónico por la enfermedad degenerativa de columna, por neurología no se puede dar el concepto dado que la patología corresponde a neurocirugía se da remisión a neurocirugía. Para manejo de dolor crónico en miembros inferiores se remitió a algología Análisis y Conducta: 1. Epilepsia crónica. Continuar manejo establecido por Neurología. Ácido Valproico y Lamotrigina. 2. Dolor abdominal en hipocondrio derecho.. (Folio 17- Aportado 31/05/2023)

Urología. (11/04/2023): paciente que refiere que presenta polaquiuria. Incontinencia urinaria. Refiere buen chorro miccional sin esfuerzo, si enuresis. Concomitantemente refiere incontinencia fecal. Refiere que posterior a cargar un bulto de 60kg presentó dolor lumbar. Refiere que le diagnosticaron hernia discal. Tiene urodinamia del 13-6-2019 realizada en la Clínica Versalles: Uroflujometría libre normal-capacidad vesical baja- detrusor hiperactivo-sensibilidad normal-adaptabilidad vesical normal- incontinencia urinaria no demostrada-residuo urinario significativo. Acude con nueva urodinamia realizada el 23.8.2022 realizada en la Clínica Versalles con los siguientes hallazgos: vejiga normosensitiva normocontractil. Capacidad vesical normal. Adaptabilidad vesical normal. Incontinencia urinaria no demostrada. Sin hiperactividad vesical, patrón miccional normal (uroflujo) - residuo miccional fisiológico... genitourinario: no palpo globo vesical. Genitales externos ok.tr próstata adenomatosa de 30gs.se observa y palpa ropa interior seca. No tiene pañal en el momento de la evaluación. Diagnósticos: hiperplasia de la próstata. (Folio 11 - Aportado 31/05/2023)

Ecografía articular de hombro derecho. (17/05/2023) “Tendón de la cabeza larga del bíceps de calibre, contornos y textura normales. Presencia de líquido en su vaina sinovial. Localizado anatómicamente en el surco intertuberositario, sin señales de luxación con maniobras de rotación externa. Tendón del subescapular y supraespinoso se encuentran engrosados, heterogéneos, sin signos de ruptura agudos en el presente examen. Restante del manguito rotador de configuración anatómica. Ausencia de señales de ruptura o derrame articular. Musculatura adyacente sin alteraciones ecográficas. Articulación acromioclavicular de apariencia ecográfica usual. Con las maniobras dinámicas. No hay signos ecográficos de pinzamiento tendinoso. Impresión diagnóstica: 1. Tenosinovitis bicipital. 2. Tendinopatía del subescapular y supraespinoso.” (Folio 11 - Aportado 13/06/2023)

Ecografía articular de hombro izquierdo. (17/05/2023). Tendón de la cabeza larga del bíceps de calibre, contornos y textura normales. Localizado anatómicamente en el surco intertuberositario, sin señales de luxación con maniobras de rotación externa. Tendón del subescapular y supraespinoso se encuentran engrosados, heterogéneos, sin signos de ruptura agudos en el presente examen. Restante del manguito rotador de configuración anatómica. Ausencia de señales de ruptura o derrame articular. Musculatura adyacente sin alteraciones ecográficas. Articulación acromioclavicular de apariencia ecográfica usual. Con las maniobras dinámicas. No hay signos ecográficos de pinzamiento tendinoso. Impresión diagnóstica: 1. Tendinopatía del subescapular y supraespinoso.” (Folio 12 - Aportado 13/06/2023)

Fisiatría. (13/06/2023): Paciente de 54 años de edad con cuadro clínico de 2 años de evolución consistente en dolor generalizado, ahora con hombros de predominio izquierdo de intensidad 10/10 por Escala Numérica verbal, dolor irradiado a codo ipsilateral, sin síntomas asociados, exacerbación del dolor con movimientos de hombro, al levantar objetos y al dormir, al adoptar decúbito lateral izquierdo, niega contusiones recientes. Esta en controles con ARL por síndrome túnel del carpo/artrosis. Refiere tiene pendiente respuesta con junta nacional en marzo 2023 para calificación de invalidez... Examen Físico: Ingresa paciente a consultorio por sus propios medios sin ayudas ortopédicas, alerta, consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, marcha funcional. A la exploración se evidencia arcos de movilidad articular de hombro izquierdo flexión 180° con dolor, abducción 180°, extensión 60°, rotación interna 80° rotación externa 90°, fuerza muscular no valorable por dolor, a la palpación dolor en corredera bicipital, dolor en tendón infraespinoso, dolor en bíceps braquial cabeza larga, pruebas semiológicas no valorables por dolor, no déficit de la sensibilidad... Dx: Síndrome de abducción dolorosa del hombro. (Folio 9 - Aportado 13/06/2023)

La Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca, calificó: Epilepsia, tipo no especificado y Otras coleditiasis, de origen: Enfermedad común, con pérdida de capacidad laboral: 42.15% y fecha de estructuración: 29/10/2021. La pérdida de capacidad laboral emitida se desglosa así: Deficiencia ponderada: 26.25%; Rol laboral/ocupacional: 15.90%.

El señor Reinel Sánchez Ocampo, no estuvo de acuerdo con la pérdida de capacidad laboral y controvierte el dictamen.

Resolución del caso:

En aras de desatar los recursos interpuestos, se estudia la Historia Clínica aportada y se contrasta los hallazgos en la Historia Clínica con lo estipulado en el MUCPLO.

Inicialmente se señala que al calificar la pérdida de capacidad laboral, no se califican enfermedades o diagnósticos hechos al paciente, sino las secuelas que las enfermedades o diagnósticos dejan.

Adicional a lo anterior, la secuela para ser calificable debe afectar la capacidad laboral de la persona en calificación y debe cumplir los criterios que establece el Manual de Calificación, entre otros, tener concepto de Mejoría Médica Máxima, es decir, las secuelas deben estar

documentadas en la Historia Clínica del paciente, con seguimiento y tratamiento adecuadamente llevado por médico por la especialidad respectiva, y que el(los) médico(a) tratante(s) haya(n), tras el seguimiento y tratamiento de rehabilitación integral, emitido el concepto de rehabilitación desfavorable, alta médica o su correspondiente.

Deficiencias:

- Deficiencias por enfermedad del tracto biliar (tabla: 4.11, 5.0%), calificación que no es posible incrementar teniendo en cuenta que paciente presenta antecedentes de colecistectomía, sin signos o síntomas actuales derivados.
- Deficiencia por alteraciones de la conciencia, por pérdidas de conciencia episódicas, por trastornos del sueño y vigilia, debida a alteraciones mentales, cognitivas y de la función integradora y por afasia o disfasia (tabla: 12.1, 50.0%), porcentaje de calificación que no es posible incrementar teniendo en cuenta antecedentes de epilepsia que el paciente informa desde el año 1990 tras una caída de un tercer piso según se anoten de historia clínica.
- Deficiencia por incontinencia urinaria y fecal, aunque el paciente se queja y es persistente en sus síntomas y signos, los exámenes presentes en la historia clínica dan cuenta que no hay alteración urológica: *“Uroflujometría libre normal-capacidad vesical baja-detrusor hiperactivo-sensibilidad normal-adaptabilidad vesical normal- incontinencia urinaria no demostrada-residuo urinario significativo. Acude con nueva urodinamia realizada el 23.8.2022 realizada en la Clínica Versalles con los siguientes hallazgos: vejiga normosensitiva normocontractil. Capacidad vesical normal. Adaptabilidad vesical normal. Incontinencia urinaria no demostrada.”* (Urología 11/04/2023).
- Deficiencia por restricción de movimientos derivados de síndrome del manguito rotatorio, se califica con cero acorde con las valoraciones realizadas por médico especialista tratante quien señala que paciente presenta movimientos completos (Fisiatría. 13/06 /2023).
- Deficiencia por patología mental, no se cumple criterios de mejoría médica máxima en el contexto de la historia clínica aportada a la Junta Nacional de Calificación de Invalidez. No se asigna calificación.

Así las cosas, la calificación de deficiencia final de: **26.25%**.

En cuanto al Título II: Teniendo en cuenta los diagnósticos aportados y las evidencias existentes en el expediente, se procede a revisar el Título II para validar y dar respuesta a la controversia existente interpuesta por el paciente. Se realiza verificación correspondiente de las calificaciones asignadas por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca mediante dictamen N° 16827187 - 2889 de fecha 08/07/2022, evidenciando que los porcentajes asignados están debidamente calificados, teniendo en cuenta la esfera ocupacional y las alteraciones derivadas de manera directa de las deficiencias encontradas, por lo que se procede a confirmar así: La calificación que le corresponde del Título II es de: **15.90%**

Así las cosas, la calificación de pérdida de capacidad laboral que le corresponde es de **42.15%**.

Se señala que al paciente se le hizo calificación integral teniendo en cuenta las patologías Síndrome del Túnel del Carpo bilateral y Trastorno de disco lumbar, sin radiculopatía, y la Pérdida de Capacidad Laboral obtenida fue inferior a 50.0%, por lo cual no cumple criterios de la Sentencia C-425 de 2005, es decir, no cumple criterios de ser materialmente inválido y por ello únicamente se califica las patologías de origen común.

Se somete a votación de la Sala Uno no presentándose objeción alguna por parte de los integrantes, en consecuencia, se aprueba la decisión por unanimidad.

Por lo anterior, esta junta decide **CONFIRMAR** el dictamen emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca.

Diagnóstico(s):
Epilepsia, tipo no especificado
Otras colelitiasis
Origen: Enfermedad común
Pérdida de capacidad laboral: 42.15%
Fecha de estructuración: 29/10/2021

RST

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

Diagnósticos y origen

CIE-10	Diagnóstico	Diagnóstico específico	Fecha	Origen
G409	Epilepsia, tipo no especificado			Enfermedad común
K808	Otras colelitiasis			Enfermedad común

7. Concepto final del dictamen

