



JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ

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

1. Información general del dictamen

Fecha de dictamen: 25/05/2022	Motivo de calificación: Origen	N° Dictamen: 66742651 - 10057
Tipo de calificación: Otro		
Instancia actual: Segunda Instancia	Primera oportunidad: Nueva EPS	Primera instancia: Junta Regional de Valle Del Cauca
Tipo solicitante: ARL	Nombre solicitante: SURA ARL	Identificación: NIT 800256161
Teléfono:	Ciudad: Bogotá, D.C. - Cundinamarca	Dirección: IPS PLAZA CENTRAL CRA 65 NRO 11-50 PISO 3 LC 3-63
Correo electrónico: asramirez@sura.com.co		

2. Información general de la entidad calificadora

Nombre: Junta Nacional de Calificación de Invalidez - Sala 4	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: SONIA AMPARO SERNA GIRALDO	Identificación: CC - 66742651 - BUENAVENTURA- VALLE DEL CAUCA	Dirección: CRA 36 A BIS No. 6 - 66 EDIFICIO TEMPLETE APTO 303
Ciudad: Santiago de cali - Valle del cauca	Teléfonos: 3704854 - 3206843048-3007661855	Fecha nacimiento: 21/02/1970
Lugar: Buenaventura - Valle del cauca	Edad: 52 año(s) 3 mes(es)	Genero: Femenino
Etapas del ciclo vital: Población en edad económicamente activa	Estado civil: Soltero	Escolaridad: Básica secundaria
Correo electrónico: soamsegi@hotmail.com	Tipo usuario SGSS:	EPS: SANITAS S.A
AFP: COLFONDOS	ARL: SURA ARL	Compañía de seguros: COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR SA-PRINCIPAL-BOGOTÁ

4. Antecedentes laborales del calificado

Tipo vinculación: Dependiente	Trabajo/Empleo: OPERARIA	Ocupación: Empleados de servicios de apoyo a la producción
Código CIUO: 4322	Actividad económica:	
Empresa: INGENIERIA EN MANUALIDADES-CALI	Identificación: NIT -	Dirección: TRANSV. 29 N° 16 - 57
Ciudad: Santiago de cali - Valle del cauca	Teléfono: 4442979-4857371-3113836919	Fecha ingreso:
Antigüedad: 8 Años		
Descripción de los cargos desempeñados y duración:		

LA PACIENTE LABORA COMO OPERARIA, SE ENCUENTRA LABORANDO CON RESTRICCIONES

Análisis de riesgo o estudio de puesto de trabajo

Fecha realización último análisis: 21/11/2018

Resumen análisis o estudio puesto de trabajo:

Empresa: Ingeniería de Manualidades SAS

Cargo: Operaria

Antigüedad: 4 años y 5 meses

Realizado por: AXA Colpatria. Jennifer Guerrero Pescador. Especialista en salud ocupacional.

Antecedentes ocupacionales

Empresa	Mes y año de inicio	Mes y año de finalización	Tiempo laborado (en meses)	Cargo
Transportadora cia	1990	1990	11 meses	Secretaria de vapores
Elevadores y equipos	1991	1992	12 meses	Auxiliar contable
Supervisa	N/a	N/a	5 años	Auditora
Biovida	N/a	N/a	12 meses	Recepcionista-ventas

Descripción del cargo:

18/06/2014 – 01/02/2018 Operaria sede planta de ingeniería en manualidades:

Revisión de material: Consiste en verificar, tamaños, pliegos, que el producto se encuentre en buen estado de impresión, debe trasladar de forma manual el producto desde la estiba hacia la mesa de trabajo (6 Kg aproximadamente), caminando unos 3 mts), ubica el material en la mesa; procede a revisar: una a una o en abanico, 2 horas hasta las 8 horas o días. Si encuentra una novedad en la revisión separa el producto y lo ubica en una parte de la mesa, (clasificación) Una vez el producto se encuentra revisado y aprobado, procede a trasladarlo desde a mesa hacia la estiba.

Limpieza de pliego: La tarea consiste en revisar varias unidades, levanta el pliego, lo coge desde la estiba hacia la mesa cargando unos 6 kg), procede a limpiarlo usando un trapo seco o semiseco, realizando movimientos de vaivén, cuando el producto se encuentra limpio, procede a ponerlo sobre la estiba.

Predoble: La tarea consiste en coger la pieza y doblarla en varias partes, sobre todo en los bordes, procede a colocarlo sobre una base, o sobre la misma cantidad de producto, para hacer el lineal.

Segunda forma de predoble: Consiste en doblar una hoja en varias partes usando ambas manos, se dobla entre 2 hasta 5 partes, luego procede a sostener unas 25 a 50 unidades en una mano izquierda y con la mano derecha procede a seguir redoblando.

Encauchar: consiste en coger el material predoblado y encaucha en cruz las unidades requerías por el cliente 25 a 50 unidades.

Pegado: consiste en cogér un tetero (que contiene pegante), se presiona sobre el producto para poder aplicar el pegante, · pasa el material a la compañera.

Pisado con pesa: una vez el material tiene pegante, (25 a 50 unidades), procede a ubicar una pesa (1 kg), sobre el material, con el fin de que pegue correctamente el material, deja el material unos 30 segundos, a 1 minuto, posteriormente lo retira y lo ubica en canastas o en los mismos corrugados.

Cierre automático de la caja: consiste en depositar las pestañas o puntos de goma, dentro del mismo material, se aplica goma y vuelve y se le coloca pesa, (12, 25 a 50 unidades).

Empaque: se coloca una faja (tira de papel), donde envuelve las unidades 12 a 15 unidades, de forma manual, se le coloca cinta a la faja, para empacarlo en los corrugados, 750 a 1200 unidades, en cada corrugado (caja de cartón), cierra con cinta, procede a marcarlo, y se procede a estibar cargando un peso entre (12Kg hasta 15 Kg).

01/02/2018 – 31/10/2018 Operaria en el área de belleza express:

Pega de código Pega de stikers: Consiste en tener un rollo, y sostener el producto, colocar de forma manual los códigos de barra a cada unidad, y procede a colocar el material sobre la banda.

Pega de alarma: consiste en despegar de forma manual unidades de alarma (pin plástico que tiene los productos), las desprende de fa tira y las pega en los productos (2000 hasta 5000), esto lo realizaba en posición mixta.

Empaque y desempaques de unidades: consiste en desmantelar; sacar el producto inicia desde unas bolsas o vaciarlas sobre la banda, cuando el producto ya tiene el stiker lo coge y lo deposita en bolsas, y lo pone sobre una banda.

Noviembre 2018 – Actualmente Lafrancol:

Pega de bandas: consiste en colocar la banda (es un stiker), en la caja del producto terminado, coloca el producto sobre la mesa.

Pega de alarmas consiste en despegar de forma manual unidades de alarma (pin plástico que tiene los productos) las desprende de la lira y las pega en los productos, esto lo realizaba en posición sedente.

Estuchar: consiste en meter blíster: Una tableta donde vienen las pastillas) en una caja, y tapar de forma manual la caja.

Análisis Biomecánico de las tareas

1.Revisión de material: consiste en verificar, tamaños, pliegos, que el producto se encuentre en buen estado de impresión, debe trasladar de forma manual el producto desde la estiba hacia la mesa de trabajo caminando unos 3 mts), ubica el material en la mesa; procede a revisar: una a una o en abanico.

Postura sedente. Columna cervical en flexión entre 0° -60° combinado con rotación de 0° a 50°, MMSS: Flexión de hombros de 0° a 50° bilateral, abducción de hombros de 0° a 50°, rotación interna de 0° a 90°, rotación externa de 0° a 50°. flexión de codos de 0° a 100°. pronación de ambos antebrazos de 0° a 90°, supinación de 0° a 90° Flexión bilateral de muñecas de 0° a 50°, extensión de 0° a 10° desviación radio ulnar derecha de 0° a 5° Cadera en extensión, rodillas en extensión, tobillos en posición neutra.

2.Limpieza de pliego: levanta de forma manual el pliego, lo coge desde la estiba hacia la mesa cargando unos 6 kg), procede a limpiarlo usando un trapo seco o semiseco, realizando movimientos de vaivén, cuando el producto se encuentra limpio, procede a ponerlo en la estiba.

Postura bipedestación y sedestación Columna cervical en flexión entre 0°-60° combinado con rotación de 0° a 40°, ocasional al observar el piso. MMSS: Flexión ocasional de hombros de 0° a 20° bilateral, abducción de hombros de 0° a 40°, rotación interna de 0° a 90°, rotación externa de 0° a 50°, flexión de codos de 0° a 90°, pronación de ambos antebrazos de 0° a 90°, supinación de 0° a 90° Flexión bilateral de muñecas de 0° a 50°, extensión de 0° a 10° desviación radio ulnar derecha de 0° a 5° Cadera en extensión, rodillas en extensión, tobillos en posición neutra.

3.Predoble: coger la pieza y doblarla en varias partes, procede a colocarlo sobre una base, o sobre la misma cantidad de producto, Consiste en doblar una hoja en varias partes usando ambas manos, se dobla entre 2 hasta 5 partes, luego procede a sostener unas 25 a 50 unidades en una mano izquierda y con la mano derecha procede a seguir predoblando.

Postura sedente. Columna cervical en flexión entre 0°-60° combinado con rotación de 0° a 20°, ocasional MMSS: Flexión de hombros de 0° a 20°, abducción de hombro de 0° a 40°, rotación interna de 0° a 60°, rotación externa de 0° a 20°, flexión de codos de 0° a 90° pronación de ambos antebrazos de 0° a 90°, supinación de 0° a 90°, Muñecas en flexión a 30°, extensión de 0° a 10°, Tipo de agarre: Palmar oblicuo Cadera en posición neutra, rodillas en extensión a 0°, tobillos en posición neutra

4.Pegado: Consiste en coger un tetero (que contiene pegante), se presiona sobre el producto para poder aplicar el pegante, pasa el material a la compañera.

Postura sedente. Columna cervical en flexión entre 0°-60° combinado con rotación de 0° a 20°, ocasional MMSS: Flexión de hombros de 0° a 20°, abducción de hombro de 0° a 40°, rotación interna de 0° a 60°, rotación externa de 0° a 20°, flexión de codos de 0° a 90° pronación de ambos antebrazos de 0° a 90° supinación de 0° a 90°, Muñecas en flexión 30°, extensión de 0° a 10°, Tipo de agarre: palmar oblicuo Cadera en posición neutra, rodillas en extensión a 0°, tobillos en posición neutra.

5.Pisado con pesa: una vez el material tiene pegante procede a ubicar una pesa sobre el material, con el fin de que pegue correctamente el material, deja el material unos 30 segundos. a 1 minuto, posteriormente lo retira y lo ubica en canastas o en los mismos corrugados

Postura sedente. Columna cervical en flexión entre 0°-60° combinado con rotación de 0° a 20°, ocasional MMSS: Flexión de hombros de 0° a 20°, abducción de hombro de 0° a 40°, rotación interna de 0° a 60°, rotación externa de 0° a 20°. flexión de codos de 0° a 90° pronación de ambos antebrazos de 0° a 90°, supinación de 0° a 90°, Muñecas en flexión a 30°, extensión de 0° a 10°, Tipo de agarre: palmar oblicuo Cadera en posición neutra, rodillas en extensión a 0°, tobillos en posición neutra.

6.Cierre automático de la caja: consiste en depositar las pestañas o puntos de goma, dentro del mismo material, se aplica goma y vuelve y se le coloca pesa. Postura sedente Columna cervical en flexión entre 0°-60° combinado con rotación de 0° a 20°, ocasional MMSS: Flexión de hombros de 0° a 20°, abducción de hombro de 0° a 40°, rotación interna de 0° a 60°, rotación externa de 0° a 20°, flexión de codos de 0° a 90° pronación de ambos antebrazos de 0° a 90°, supinación de 0° a 90°, Muñecas en flexión a 30°, extensión de 0° a 10°, Tipo de agarre: palmar oblicuo Cadera en posición neutra, rodillas en extensión a 0°, tobillos en posición neutra.

7. Empaque: se coloca una faja (tira de papel), envuelve las unidades de forma manual, se le coloca cinta a la faja, para empacarlo en los corrugados, en cada corrugado (caja de cartón), cierra con cinta, procede a marcarlo, y se procede a estibar cargando un peso entre.

Postura sedente. Columna cervical en flexión entre 0°-60° combinado con rotación de 0° a 20°, ocasional MMSS: Flexión de hombros de 0° a 20°, abducción de hombro de 0° a 40°, rotación interna de 0° a 60°, rotación externa de 0° a 20°, flexión de codos de 0° a 90° pronación de ambos antebrazos de 0° a 90°, supinación de 0° a 90°, Muñecas en flexión a 30°, extensión de 0° a 10°, Tipo de agarre: palmar oblicuo Cadera en posición neutra, rodillas en extensión a 0°, tobillos en posición neutra.

5. Relación de documentos y examen físico (Descripción)

Información clínica y conceptos

Resumen del caso:

Calificación en primera oportunidad:

La Entidad Prestadora de Salud NUEVA EPS calificó las patologías: Cervicalgia secundaria a protrusión discal C2-C3, abombamiento del disco central C3-C4, protrusión discal central que contactan el cordón medular C4-C5, C5-C6, como de origen enfermedad Común. Tendinosis hombro bilateral, como de origen enfermedad Laboral

La Señora Sonia Amparo Serna Giraldo no estuvo de acuerdo y el caso fue enviado a la Junta Regional de Calificación de Invalidez

La Administradora de Riesgos Laborales no estuvo de acuerdo y el caso fue enviado a la Junta Regional de Calificación de Invalidez

Calificación Junta Regional de calificación de Invalidez: La Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca mediante dictamen N°66742651 - 19 de fecha 12/01/2021 establece:

DIAGNÓSTICO(S):

1. CERVICALGIA.
2. SÍNDROME DE MANGUITO ROTATORIO BILATERAL.

ORIGEN: ENFERMEDAD COMÚN.

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

“...Fecha: 26/11/2020 Especialidad: MÉDICO PONENTE Valoración Médica: Entrevista video llamada Mediante Decreto No. 417 del 17 de marzo de 2020, se declara un Estado de emergencia económica, social y ecológica en todo el territorio Nacional, con el fin de contener la propagación del COVID 19. Prorroga Resolución 0844 del 26 de mayo de 2020 Decreto 749 del 28 de mayo de 2020. Prorroga Decreto 1076 del 28 de julio de 2020. Prorroga Decreto 1297 de 2020. Prorroga Decreto 1408 del 30 de octubre de 2020 Por contingencia. Sanitaria, cuarentena, riesgo sanitario, se realiza entrevista video llamada, previa autorización del paciente.

Enfermedad actual: “ Refiere dolor en el cuello de dos años de evolución, y en el hombro dolor desde 2016 que se me irradia al seno izquierdo, adicionalmente me dan dolores de cabeza “ Examen físico: Dominancia derecha, Orientado en las tres esferas. Buenas condiciones generales Peso: ND (74 kilos). Talla: ND(1, 67cm.) Tensión Arterial: ND Cuello amas limitados por dolor Extremidades superiores Hombro derecho flexión a 120 grados , limitado por dolor, hombro izquierdo, flexión a 120 grados limitado por dolor Espalda flexión de columna grado III.

Análisis y conclusiones: Criterios clínicos: Existen signos y síntomas de las patologías, Los resultados de la Ecografía de hombros, resonancia nuclear magnética de hombros, y columna cervical soportan los diagnósticos, el concepto de Fisiatría, Criterio Técnico: GUÍA TÉCNICA PARA ANÁLISIS DE EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGO OCUPACIONAL PARA EL PROCESO DE EVALUACIÓN EN LA CALIFICACIÓN DE ORIGEN DE LA ENFERMEDAD 2011 MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL.

Criterio Ocupacional: Se recibe estudio de puesto de trabajo realizado el 29/11/2018, cargo operario. Revisión del material columna cervical en flexión entre 0-60° combinada con rotación de 0 a 50°. Miembros Superiores flexión de hombro de 0 a 50° bilateral, abducción de hombro de 0 a 50°, rotación interna de 0 a 90°, rotación externa de 0 a 50°. Limpieza de pliego columna cervical en flexión entre 0-60° combinada con rotación de 0 a 40°, ocasional al observar el piso. Miembros Superiores flexión ocasional de hombros de 0 a 20° bilateral, abducción de hombro de 0-40°, rotación interna de 0 a 90°, rotación externa de 0 a 50°. predoble columna cervical en flexión entre 0-60° combinado con rotación de 0 a 20° ocasional. Miembros superiores flexión ocasional de hombros de 0 a 20°, abducción de hombro de 0-40°, rotación interna de 0 a 60°, rotación externa de 0 a 20°.

Pegado columna cervical en flexión entre 0-60° combinado con rotación de 0 a 20 ocasional. Miembros superiores flexión de hombros de 0 a 20°, abducción de hombro de 0-40°, rotación interna de 0 a 60°, rotación externa de 0 a 20°. Pisado con pesas: columna cervical en flexión entre 0-60° combinado con rotación de 0 a 20 ocasional. Miembros superiores flexión de hombros de 0 a 20°, abducción de hombro de 0-40°, rotación interna de 0 a 60°, rotación externa de 0 a 20°. Cierre automático: columna cervical en flexión entre 0-60° combinado con rotación de 0 a 20 ocasional. Miembros superiores flexión de hombros de 0 a 20°, abducción de hombro de 0-40°, rotación interna de 0 a 60°, rotación externa de 0 a 20°. Empaque columna cervical en flexión entre 0-60° combinado con rotación de 0 a 20 ocasional. Miembros superiores flexión de hombros de 0 a 20°, abducción de hombro de 0-40°, rotación interna de 0 a 60°, rotación externa de 0 a 20°.

DECISIÓN:

Una vez presentada por el médico ponente, se aprueba con el voto favorable de todos los integrantes y se firma por quienes intervinieron, en la audiencia privada.

La sala 2 de Junta Regional de Calificación de invalidez del Valle, de acuerdo con la documentación aportada, la evaluación y el análisis realizado de acuerdo a los fundamentos de hecho y de derecho consideramos que según el estudio de puesto de trabajo aportado para riesgo biomecánico para hombros no se evidencia movimientos por fuera de los ángulos de confort, adicionalmente existe presencia de acromion tipo II, que favorece el pinzamiento, para columna cervical consideramos que no se evidencia exposición a factor de riesgo biomecánico para columna cervical, no cumple los criterios de causalidad. Los diagnósticos, CERVICALGIA SECUNDARIA A PROTRUSIÓN DISCAL C2-C3, ABOMBAMIENTO DEL DISCO CENTRAL C3-C4, PROTRUSIÓN DISCAL CENTRO QUE CONTACTAN EL CORDÓN MEDULAR C4-C5, C5-C6, TENDINOSIS HOMBRO BILATERAL, se califican: ORIGEN ENFERMEDAD COMÚN...”

Motivación de la inconformidad: La Señora Sonia Amparo Serna Giraldo manifiesta su inconformidad frente al dictamen el dictamen con base en:

“...Me permito interponer recurso de reposición y en subsidio apelación en contra del Dictamen 66742651-19 del 12 de enero de 2021, notificado mediante correo electrónico el día 14 de mayo de 2021; por cuanto considero que:

La Junta no tuvo en cuenta mi historia clínica completa y los padecimientos de origen laboral que vengo presentando aproximadamente desde el año 2016, tales como túnel carpiano bilateral y epicondilitis bilateral media lateral.

No tuvo en cuenta estudios de puesto de trabajo, así como la descripción de las labores que desarrolló con mi empleador, a partir de las cuales, debido a que se trata de acciones repetitivas y posturas prolongadas, mantenidas y forzadas de hombros, manos y brazos, que han generado en mí las patologías descritas como CERVICALGIA y TENDINITIS CALCIFICANTE DEL HOMBRO.

Frente a la segunda patología nombrada, la Junta solamente refiere: “Todavía no se ha identificado la causa que determina el depósito de calcio sobre el manguito de los tendones rotatorios, aunque se barajan diferentes hipótesis, entre las que se incluyen causas genéticas, microtraumatismos de repetición, alteraciones del metabolismo, degeneración celular, etc.” Lo que deja ver que aun sin existir certeza del origen de mi enfermedad, deliberadamente deciden calificarla como común, cuando claramente se trata de una enfermedad de origen laboral, si se tiene en cuenta las labores típicas que debo desarrollar en virtud de mi trabajo, tal como determinó en un primer momento la NUEVA EPS.

Lo mismo ocurre con la CERVICALGIA, frente a la que simplemente se toman la molestia de indicar que se trata de un problema común del que “dos tercios de la población sufre dolor en el cuello en algún momento de sus vidas”, sin determinar con claridad la causa que origina ese dolor, las que claramente son las labores forzadas y repetitivas, incluidas las posturas mantenidas en mi puesto de trabajo.

Al respecto, anexo al presente recurso diferentes derechos de petición dirigidos a mi empleador en los que solicité cambio de puesto de trabajo, debido a las labores que desarrollaba, en los que se determina claramente cada una de ellas.

Entre esas labores, muchas posturas implican mantenerme de pie, en banda durante ocho horas, con una postura agachada, debido a que la banda no es alta.

Situación que me generó y sigue generando fuertes dolores en los hombros, cuello y cabeza.

Actualmente, sigo trabajando con labores repetitivas de brazos y hombros, flexo extensión de brazos, y trabajo en frío que ocasionan hinchazón en dichas extremidades, así como en las manos y clavícula.

PETICIÓN

Por las razones anteriores, solicitó se revoque el Dictamen de la referencia y se procedan a calificarlas patologías como de origen laboral...”

Respuesta al recurso de reposición:

“...resuelve, NO REPONER. El expediente será remitido a la Junta Nacional para la decisión del recurso de apelación presentado de manera subsidiaria, por SONIA AMPARO SERNA GIRALDO...”

Otros aspectos tenidos en cuenta:**Antecedentes**

Tiene antecedente de calificación por parte de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez mediante dictamen No 66742651-14273 de fecha 21/09/2016 calificó el diagnóstico síndrome del túnel del carpo bilateral, PCL 20.21%, origen Enfermedad Laboral y FE 06/06/2015

Tiene antecedente de calificación por parte de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez mediante dictamen No 66742651-1766 de fecha 23/02/2018 calificó el diagnóstico Epicondilitis lateral bilateral. Epicondilitis medía bilateral, origen Enfermedad Laboral

Conceptos médicos**Fecha:** 23/10/2017**Especialidad:** ECOGRAFÍA DE HOMBRO IZQUIERDO**Resumen:**

Técnica: Con transductor lineal de alta resolución se practica exploración multiplanar de las estructuras del manguito rotador en el hombro izquierdo, haciendo comparativa con el hombro contralateral, observándose: Hallazgos. El tendón del bíceps muestra ecotextura homogénea, sin zonas de disrupción. Tanto el tendón del subescapular como el supraespinoso incorporan focos hiperecogénicos compatibles con tendinosis. No hay zonas de disrupción. Escaso líquido en la bursa subacromial-subdeltoidea. En la exploración dinámica se observa fenómeno de pinzamiento. Conclusión: Tendinosis del subescapular y supraespinoso. Fenómeno de pinzamiento. En el hombro derecho no se observan signos de desgarro. Dr. Gerardo Sarmiento

Fecha: 09/05/2018**Especialidad:** RM HOMBRO DERECHO**Resumen:**

Estudio realizado en el plano coronal oblicuo en secuencias de T2 y supresión de grasa, axiales en T1 y densidad de protones con supresión de grasa y sagitales oblicuos en T2 observando: Prominencia leve de la cápsula articular acromioclavicular. Acromion tipo II. Tendinopatía del supraespinoso. Tendinopatía significativa del subescapular. Los demás tendones del manguito rotador están íntegros. Bursitis subacromio-subdeltoidea. La relación articular glenohumeral está conservada, el labrum está íntegro, no hay derrame articular y la corredera bicipital es normal. CONCLUSIÓN: Tendinopatía del supraespinoso. Tendinopatía significativa del subescapular. Bursitis subacromio-subdeltoidea. Dra. Ayda Maritza Orjuela Murcia

Fecha: 09/05/2018**Especialidad:** RM COLUMNA CERVICAL**Resumen:**

El examen se practicó en secuencias sagital de T1 y T2 y axial de T2, gradiente de eco y sagital con supresión de grasa. Hallazgos: Rectificación de la lordosis. Limbus vértebra en C5 como variante. La altura de los demás cuerpos vertebrales está conservada. Disminución de la altura de los espacios intervertebrales C4-C5 y C5-C6 con disminución de la intensidad de la señal de los discos por incipiente discopatía. En C2-C3 hay protrusión discal central que indenta el saco dural. En C3-C4 hay abombamiento del disco intervertebral que indenta el saco dural. En C4-C5 y C5-C6 hay protrusiones discales centrales que contactan el cordón medular. La médula espinal tiene una morfología e intensidad de señal conservada. No hay lesiones focales que sugieran la presencia de proceso vascular, inflamatorio o tumoral establecido. La unión craneocervical es normal. Conclusión: Rectificación de la lordosis. Limbus vértebra en C5 como variante. Incipiente discopatía cervical. En C2-C3 hay protrusión discal central que indenta el saco dural. En C3-C4 hay abombamiento del disco intervertebral que indenta el saco dural. En C4-C5 y C5-C6 hay protrusiones discales centrales que contactan el cordón medular. Dra. Mónica Esguerra

Fecha: 20/12/2018**Especialidad:** MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**Resumen:**

4 años evolución dolor crónico cervicobraquial bilateral, referido región occipital y pectoral, eva: 8/10, calificada con enfermedades laborales túnel carpo bilateral -, epicondilitis medial y lateral bilateral, adicionalmente con manguito rotador bilateral y artrosis cervical en manejo por su eps, toma celecoxib y dolex forte. Al examen buen trofismo, masas completas, no signos vasomotores ni sudomotores. Evolución: Recibió atención integral mes de dolor programada entre el 25/sept/2018 y hoy: junta médica, se propuso bloqueo epidural cervical guiado por fluoroscopia (realizado por otro proveedor clínica versalles nov/2018); medicina tradicional china y acupuntura # 5 sesiones, psicología #2 sesión (trastorno adaptación), infiltración # - bloqueo local #, neural terapia # 5 sesiones, y evaluación final. Al

Fecha: 10/07/2020 **Especialidad:** RM HOMBRO IZQUIERDO

Resumen:

Estudio realizado en el plano coronal oblicuo en secuencias de T2 y supresión de grasa, axiales en T1 y densidad de protones con supresión grasa y sagitales oblicuos en T2, observando Artrosis acromioclavicular leve con prominencia de la cápsula articular y cambios inflamatorios que contactan la crasa inferior Acromion tipo II Quistes entesopáticos en la tuberosidad mayor del húmero Tendinopatía del supraespinoso, infraespinoso y subescapular El redondo menor está integro Bursitis leve subacromio-subdeltoidea La relación articular glenohumeral está conservada. El labrum está íntegro. No hay derrame articular. La corredera bicipital es normal Conclusión: Artrosis acromioclavicular leve con cambios inflamatorios. Tendinopatía del supraespinoso, infraespinoso y subescapular. Bursitis leve subacromio sudeltoidea Dr. Jesús Camilo Forero Hernández

Fecha: 10/07/2020 **Especialidad:** RM HOMBRO DERECHO

Resumen:

Estudio realizado en el plano coronal oblicuo en secuencias de T2 y supresión de grasa, axiales en T1 y densidad de protones con supresión grasa y sagitales oblicuos en T2, observando Artrosis acromioclavicular con prominencia de la cápsula articular que comprime la grasa inferior Acromion tipo II Tendinopatía leve del subescapular Los demás tendones del manguito rotador se reconocen sin alteraciones La relación articular glenohumeral está conservada. El labrum está Integro. No hay derrame articular. La corredera bicipital es normal. Conclusión Artrosis acromioclavicular Dr. Jesús Camilo Forero Hernández

Fecha: 30/03/2021 **Especialidad:** RM BILATERAL DEL HOMBRO SIMPLE

Resumen:

Técnica: se practicaron secuencias sagitales, axial y coronal dp con saturación grasa, coronal dp, Hombro derecho: Estructuras óseas: intensidad normal. Tendón del supraespinoso: aumento de la intensidad por cambios moderados de tendinosis. No hay signos de ruptura. Tendón del infraespinoso: normal. Tendón del redondo menor: normal. Tendón del subescapular: normal. Tendón del bicipital: normal. Articulación glenohumeral: normal. Labrum articular: cambios degenerativos en el labrum superior con pérdida del borde libre en la parte central. Articulación acromioclavicular: cambios artrósicos moderados, hay edema en los extremos de la clavícula y el acromion. Acromion: tipo II. Bursas: hay líquido en las bursas por bursitis. Estructuras musculares periarticulares: normales. Opinión: Líquido en las bursas por bursitis. Tendinosis moderada del supraespinoso, no hay signos de ruptura del manguito rotador. Cambios artrósicos moderados en la articulación acromioclavicular. Cambios degenerativos en el labrum superior. Hombro izquierdo: Este resultado debe ser entregado a su médico tratante Estructuras óseas: pequeños quistes subcorticales en el troquíter humeral. Tendón del supraespinoso: aumento de la intensidad por cambios moderados de tendinosis, no hay signos de ruptura. Tendón del infraespinoso: normal. Tendón del redondo menor: normal. Tendón del subescapular: normal. Tendón del bicipital: normal. Articulación glenohumeral: normal. Labrum articular: normal. Articulación acromioclavicular: cambios artrósicos moderados, hay edema en los extremos de la clavícula y el acromion, leve derrame articular. Acromion: tipo II. Bursas: líquido en las bursas por bursitis. Estructuras musculares periarticulares: normales. Opinión: Hay líquido en las bursas por bursitis. Tendinosis moderada del supraespinoso, no hay signos de ruptura del manguito rotador. Artrosis moderada de la articulación acromioclavicular. Dr. Javier Burbano Pabón

Pruebas específicas

Fecha: 09/05/2018 **Nombre de la prueba:** RESONANCIA MAGNÉTICA COLUMNA CERVICAL

Resumen:

Rectificación de lordosis, limbus vertebra en C5 como variante, incipiente discopatía cervical, en C2- C3 hay protrusión discal central que indenta el saco dual, en C3-C4 hay abombamiento del disco intervertebral que indenta el saco dural, en C4-C5 y C5-C6 hay protrusiones discales centrales que contactan el cordón medular. Dra. Mónica Esguerra. Folio 104.

Fecha: 09/05/2018**Nombre de la prueba:** RESONANCIA MAGNÉTICA DE HOMBRO DERECHO**Resumen:**

Conclusión: Tendinopatía del supraespinoso, tendinopatía significativa del subescapular, bursitis subacromio subdeltoidea. Dra. Ayda Maritza Orjuela. Folio 102.

Fecha: 09/05/2018**Nombre de la prueba:** RESONANCIA MAGNÉTICA DE HOMBRO IZQUIERDO**Resumen:**

Conclusión: Cambios degenerativos acromioclaviculares, tendinopatía del supraespinoso infraespinoso y el subescapular, bursitis subacromio subdeltoidea. Dra. Ayda Maritza Orjuela. Folio 103

Fecha: 27/06/2018**Nombre de la prueba:** MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN**Resumen:**

Historia de cervicobraquial axial y omalgia bilateral. RMN de cuello discreta enfermedad discal cervical de zona de C. RMN de hombro con acromion tipo 2 bilateral entesopatía de subescapular no rupturas. Dx: bursitis del hombro, dolor en articulación y síndrome cervicobraquial. Dr. José Antonio Avendaño Sinisterra Folio 56

Fecha: 27/06/2018**Nombre de la prueba:** MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN**Resumen:**

Historia de cervicobraquialgia axial y omalgia bilateral. Factor ocupacional positivo, RMN de cuello discreta enfermedad discal cervical desde zona de C3 RMN de hombro con acromion tipo 2 bilateral entesopatía de SE y de subescapular, no rupturas no derrames. Dx. Síndrome cervicobraquial. Bursitis del hombro y dolor en articulación. Dr. Jose Antonio Avendaño Sinisterra. Folio 57

Fecha: 10/08/2018**Nombre de la prueba:** CONCEPTO DE REHABILITACIÓN NUEVA EPS**Resumen:**

Dx. Síndrome cervico braquial. Bursitis del hombro. Epicondilitis lateral. Síndrome del túnel carpiano. Pronostico: Favorable. Dra. Angelica Paola Parada Baez. Folio 50

Fecha: 15/08/2018**Nombre de la prueba:** MEDICINA GENERAL**Resumen:**

Dolor en codos, hombro y cervical. Paciente cuadro de 48 años con dolor de codos, hombro y cervical. Trae reporte de resonancia de hombros solicitada por fisiatría. Tendinopatía del Supraespinosos. Tendinopatía de subescapular bursitis Subacromio subdeltoidea en ambos hombros Resonancia de columna cervical. Limbus vertebra en C5 como variante incipiente discopatía cervical. En C2-C3 protrusión discal central que indenta el saco sural, en C3 y C4 abombamiento de disco intervertebral que identa el saco sural. C4 -C5-C6 protrusiones discales centrales Pte informa que se intensifica el dolor con el trabajo. Dx. Cervicalgia. Dra. Libia Mercedes Rojas Goyes. Folio 80.

Fecha: 12/09/2018**Nombre de la prueba:** MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN**Resumen:**

Paciente con dolor crónico en manos hombros y los codos, parestesias en las manos al adoptar posturas fijas, utiliza ortesis en las noches, intensidad del dolor 10/10 en ocasiones refiere ultima EMG NC normal, pero no la trae, ha realizado terapia física múltiples sesiones, esta realizando terapia física en el momento para dolor en hombros y región cervical. Eco hombro izquierdo tendnosis y supraespinoso, pinzamiento. RMN hombro izquierdo cambios degenerativos AAC, tendinopatía del supraespinoso, infraespinoso y sunescapular, bursitis subacromio, subdeltoidea. RMN columna cervical, protrusión discal C2-3, C4-5, C5-6, Discopatía C3-4. Dx. Síndrome cervicobraquial. Bursitis del hombro y dolor en articulación. Dra. Yolima Alvarez Pareja. Folio 65.

Concepto de rehabilitación

Proceso de rehabilitación: En curso

Valoraciones del calificador o equipo interdisciplinario

Fecha: 23/05/2022 **Especialidad:** VALORACIÓN MEDICO PONENTE

La Sala 4 de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, atendiendo a las disposiciones de los numerales 8 y 15 del artículo 10°; numeral 2. Del artículo 11 y literal b, del artículo 38 del Decreto 1352 de 2013 ("Por el cual se reglamenta la organización y funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez, y se dictan otras disposiciones") aunado a los pronunciamientos del Gobierno Nacional, Gobierno Departamental, el Gobierno Distrital y Local por medio de sus autoridades y las autoridades sanitarias del país, la Junta Nacional el 18 de marzo del 2020 mediante un comunicado tomo medidas para prevenir el coronavirus COVID-19 donde por la contingencia presentada ante la **pandemia del coronavirus** se toma la decisión de prescindir del examen médico presencial para evitar el desplazamiento de los pacientes y su posible exposición al riesgo, la sala 4 resuelve citar a valoración virtual al paciente para el día 23 de mayo de 2022.

Enfermedad Actual: trabajadora "operaria de empaque" quien presenta cervicalgia secundaria a protrusión discal C2-C3, abombamiento del disco central C3-C4, protrusión discal central que contactan el cordón medular C4-C5, C5-C6 síndrome de manguito rotatorio (Tendinosis hombro bilateral) que le fueron diagnosticados entre el año 2016 y 2017 que requirió tratamiento médico con fisioterapia, infiltraciones y aines, no requirió manejo quirúrgico. Tiene 52 años de edad con un histórico laboral total de 9 años con 6 años en su último cargo desempeñando tareas de operaria principalmente y otros cargos desempeñados previamente como secretaria de vapores, auxiliar contable, auditora, recepcionista ventas. Se encuentra actualmente laborando normalmente, hoy incapacitada por litotripicia.

Antecedentes Patológicos: litiasis renal. **Quirúrgicos:** histerectomía, STC bilateral. **Familiares:** niega. **Tabaquismo/alcohol:** niega. **Extra laborales:** niega practicar deportes. **Accidente de trabajo y/o Enfermedad Profesional previo:** STC bilateral, epicondilitis media y lateral bilateral EL

Examen físico: buen estado general. Exámen de cuello: Realiza movimientos de flexo- extensión, inclinación y rotación lateral completos, manifiesta dolor al realizarlos, hace contacto del cuello con el esternón normal. Examen de Hombros: dominancia diestra. No se evidencia atrofia muscular en miembros superiores, no se evidencia click articular, manifiesta dolor al realizar los movimientos del hombro, realiza flexo extensión, aducción y abducción completos en el derecho y limitados en los últimos grados.

Fue aportada historia clínica de manera virtual que se revisó para la calificación

Fecha: 23/05/2022 **Especialidad:** VALORACIÓN FISIOTERAPEUTA

Mujer de 52 años de edad, procedente de Santiago de Cali (Valle de Cauca), con escolaridad, técnica en auxiliar de enfermería y secretariado auxiliar contable, estado civil, soltera, tiene una hija de 26 años, vive en apto estudio en arriendo, con histórico laboral de 16 años, 8 años en el cargo operaria de empaque, en empresa INGENIERIA EN MANUALIDADES S.A.S., con diagnósticos cervicalgia secundaria a protrusión discal C2-C3, abombamiento del disco central C3-C4, protrusión discal central que contactan el cordón medular C4-C5, C5-C6 y síndrome de manguito rotatorio -tendinosis hombro bilateral, con inicio de sintomatología en 2017, ha recibido ttos de fisioterapia, infiltraciones y analgésicos, refiere dolor crónico 3/5 según escala análoga verbal localizado en sus hombros y la columna cervical que aumenta con la actividad física, el frío, con el reposo, interfiere en la calidad del sueño, en la resistencia a la manutención de postura de pie y sentado que lo obligan a hacer alternancia postural, la resistencia para los desplazamientos, rendimiento en las tareas laborales, la ejecución de las ABC, AVD. se valora fuerza en 3/5 según escala de Daniel's en flexores de columna cervical; movilidad articular limitada en flexión, inclinación y rotaciones de columna cervical, además de retracción moderada de espinales altos, trapecios superiores, esternocleidomastoideos. Se valora fuerza en hombros 3+/5 según escala de Daniel's en flexores de muñecas, flexores, extensores, rotadores y ABD de hombros; movilidad articular limitada en flexión a 90°, ABD 80°, rotación interna 45°, rotación externa 30°. Esta activa laboralmente, realizando las tareas de empaque comisionada para LAFRANCOL.

Fundamentos de derecho:

El presente caso se enmarca en la Ley 1562 de 2012, la cual define como Enfermedad Laboral:

"Artículo 4°. Enfermedad laboral. "Es enfermedad laboral la contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar. El Gobierno Nacional, determinará, en forma periódica,

las enfermedades que se consideran como laborales y en los casos en que una enfermedad no figure en la tabla de enfermedades laborales, pero se demuestre la relación de causalidad con los factores de riesgo ocupacional será reconocida como enfermedad laboral, conforme lo establecido en las normas legales vigentes.

Parágrafo 1°. El Gobierno Nacional, previo concepto del Consejo Nacional de Riesgos Laborales, determinará, en forma periódica, las enfermedades que se consideran como laborales...”

Por su parte el Decreto 1477 de 2014 ha establecido la tabla de enfermedades laborales señaladas en el anexo técnico conforme a los parámetros de los Artículos 1,2,3:

Artículo 1. Tabla de enfermedades laborales. El presente decreto tiene por objeto expedir la Tabla de Enfermedades Laborales, que tendrá doble entrada: i) agentes de riesgo, para facilitar la prevención de enfermedades en las actividades laborales y, ii) grupos de enfermedades, para determinar el diagnóstico médico en los trabajadores afectados.

La tabla de enfermedades laborales se establece en el anexo técnico que hace parte integral de este decreto.

Artículo 2. De la relación de causalidad. En los casos en que una enfermedad no figure en la tabla de enfermedades laborales, pero se demuestre la relación de causalidad con los factores de riesgo ocupacional, será reconocida como enfermedad laboral.

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

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

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

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

Análisis y conclusiones:

La sala 4 de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez evaluó el recurso de apelación presentado por la paciente encontrando que se trata de una trabajadora “operaria de empaque” quien presenta cervicalgia secundaria a protrusión discal C2-C3, abombamiento del disco central C3-C4, protrusión discal central que contactan el cordón medular C4-C5, C5-C6 síndrome de manguito rotatorio (Tendinosis hombro bilateral) calificados por la Junta Regional como enfermedad común.

Tiene antecedente de calificación por parte de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez mediante dictamen No 66742651-14273 de fecha 21/09/2016 calificó el diagnóstico síndrome del túnel del carpo bilateral, PCL 20.21%, origen Enfermedad Laboral y FE 06/06/2015

Tiene antecedente de calificación por parte de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez mediante dictamen No 66742651-1766 de fecha 23/02/2018 calificó el diagnóstico Epicondilitis lateral bilateral. Epicondilitis media bilateral, origen Enfermedad Laboral

Como parte del análisis del caso en calificación de origen por enfermedad la sala 4 se permite precisar que:

- El artículo 4 de la ley 1562 del 2012 define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.

- Los diagnósticos de la paciente “cervicalgia y síndrome de manguito rotatorio” se encuentran contemplados en tabla de enfermedades laborales; Decreto 1477 del 5 de agosto del 2014. (1) no obstante este hecho por sí solo no es sinónimo de tener que calificar sus patologías como enfermedad laboral.

- La patología “síndrome de manguito rotatorio” se encuentra inmersa en las denominadas Guías de Atención Integral de Salud Ocupacional basadas en la evidencia para hombro doloroso relacionado con factores de riesgo en el trabajo (GATISO HD): *“El hombro doloroso es uno de los desórdenes músculo esqueléticos de los miembros superiores relacionados con el trabajo los cuales hacen parte de un grupo de condiciones que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como “Desórdenes relacionados con el trabajo”, porque ellos pueden ser causados tanto por exposiciones ocupacionales como por exposiciones no ocupacionales. Comprenden un grupo heterogéneo de diagnósticos que incluyen alteraciones de músculos, tendones, vainas tendinosas, síndromes de atrapamientos nerviosos, alteraciones articulares y neurovasculares. Dentro de este grupo de trastornos se encuentran las condiciones que originan Hombro Doloroso (HD). Otra denominación frecuente de estas entidades es la de lesiones por Trauma Acumulativo o LTA, definida por Vern Putz-Anderson (1994) como trauma acumulado. Esta nominación combina el concepto de “acumulación” que indica que la lesión se ha desarrollado gradualmente a través de un período de tiempo, como resultado de un esfuerzo repetido en alguna parte del cuerpo”.* (2)

- Las Guías de Atención Integral de Salud Ocupacional basadas en la evidencia para hombro doloroso relacionado con factores de riesgo en el trabajo (GATISO HD) reconoce que la etiología es multifactorial describiendo como factores de riesgo ocupacionales combinados: la carga física de trabajo (estático y dinámico) la postura del hombro (mantenida, prolongada, forzada o fuera de los ángulos de confort, antigravitacional, posturas sostenidas en flexión del codo), movimientos repetitivos (ciclos de trabajo cortos menor a 30 segundos o 1 minuto, o alta concentración de movimientos mayor del 50% que utilizan pocos músculos), el empleo de fuerza (relacionada con manipulación de cargas, movimientos forzados y cargas estáticas de miembros superiores), la exposición a vibración del miembro superior y factores psicosociales (2)

- Los diagnósticos “cervicalgia secundaria a protrusión discal C2-C3, abombamiento del disco central C3-C4, protrusión discal central que contactan el cordón medular C4-C5, C5-C6 síndrome de manguito rotatorio (Tendinosis hombro bilateral)” se encuentran soportados en la historia clínica de la paciente.

- Se trata de una paciente quien tiene un histórico laboral total de 9 años con 6 años en su último cargo desempeñando tareas de operaria principalmente y otros cargos desempeñados previamente como secretaria de vapores, auxiliar contable, auditora, recepcionista ventas.

-Tiene estudio de puesto de trabajo realizado el 29/11/2018 para el cargo de operaria que evidenció el desempeño de las tareas de revisión de material, predoble, encauchar, pegado, pisado con pesa, cierre automático de la caja (ver descripción biomecánica completa de cuello y hombros en el EPT) no evidenciando posturas o movimientos fuera de ángulos de confort ni movimientos repetitivos de estas articulaciones en más del 30% de la jornada laboral, no carga peso por encima de límites permitidos ni por encima de los hombros ni en más del 30% de la jornada laboral, no exposición a vibración segmentaria, si bien hay factores de riesgo en otras articulaciones y por eso se calificaron otras patologías como enfermedad laboral, no hay factores de riesgo en cuello ni hombros.

En conclusión, teniendo en cuenta que el Análisis de Puesto de Trabajo, **no** evidencia la existencia de factores de riesgo ocupacional, suficientes y necesarios para la generación de sus patologías; cervicalgia secundaria a protrusión discal C2-C3, abombamiento del disco central C3-C4, protrusión discal central que contactan el cordón medular C4-C5, C5-C6 síndrome de manguito rotatorio (Tendinosis hombro bilateral), se califica su origen como Enfermedad común; ratificando el dictamen emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez

[1] República de Colombia, Ministerio del Trabajo. Decreto número 1477 del 5 de agosto del 2014. Tabla de enfermedades laborales; 2014.

[2] República de Colombia, Ministerio de la Protección social. Guías de Atención Integral de Salud Ocupacional basadas en la evidencia para para hombro doloroso relacionado con factores de riesgo en el trabajo (GATISO HD): 2007.

En virtud de lo expuesto se decide **CONFIRMAR** el dictamen No. 66742651 – 19 de fecha 12/01/2021, emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Valle del Cauca, con el siguiente resultado:

DIAGNÓSTICO(S):

- 1. CERVICALGIA**
- 2. SÍNDROME DE MANGUITO ROTATORIO BILATERAL**

ORIGEN: ENFERMEDAD COMÚN

Una vez leída y aprobada la presente decisión se firma en acta, con aceptación unánime por los integrantes principales de la Sala cuarta de Decisión de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez.

En consecuencia, notifíquese el dictamen emitido a las partes interesadas en los términos del artículo 41 del Decreto 1352 de 2013.

IAVV

7. Concepto final del dictamen**Diagnósticos y origen**

CIE-10	Diagnóstico	Diagnóstico específico	Fecha	Origen
M542	Cervicalgia			Enfermedad común
M751	Síndrome de manguito rotatorio	Bilateral		Enfermedad común

8. Grupo calificador

Adriana del Pilar Enriquez Castillo

Médico ponente

Médico

014121

Manuel Humberto Amaya Moyano

Médico

Gloria Maria Maldonado Ramirez

Fisioterapeuta