

REPÚBLICA DE COLOMBIA



**RAMA JUDICIAL
JUZGADO CIVIL DEL CIRCUITO DE LA MESA, CUNDINAMARCA
CÓDIGO 253863103001
CALLE 8 # 19-88 OFICINA 206 EDIFICIO JÁBACO
jccmesa@cendoj.ramajudicial.gov.co**

La Mesa, Cundinamarca, septiembre 15 de 2022.

CLASE DE PROCESO	ORDINARIO LABORAL
RADICACIÓN	253863103001-2016-00180-00
DEMANDANTE	VÍCTOR HUGO CASTIBLANCO Y OTROS.
DEMANDADO	HEINZ ROBERT ZULUAGA Y OTROS.

Visto el informe secretarial que antecede y, conforme lo solicitado en la fecha y vía correo electrónico por el apoderado judicial de la parte demandada, se fijará nueva fecha para audiencia.

Ahora bien, se tendrá en cuenta que al plenario fue aportado por el apoderado judicial de la parte actora el dictamen emanado por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez. Sin embargo, de la trazabilidad de los correos remitidos, no se observa que el mismo haya sido puesto en conocimiento de su contraparte en los términos previstos por la Ley 2213 de 2022, razón por la cual, por analogía y, conforme lo previsto en el artículo 228 del C.G.P., se dispone poner en conocimiento de las demandadas, el dictamen arriba enunciado para lo que fuere del caso dentro del término de Ley.

Una vez vencido el término anterior, por Secretaría ingrésense las diligencias al Despacho para fijar la respectiva audiencia prevista en el artículo 80 del C.P.T y de la S.S.

NOTIFÍQUESE,

**ANGÉLICA MARÍA SABIO LOZANO
JUEZA**

ESRS

Firmado Por:
Angelica Maria Sabio Lozano

**Juez Circuito
Juzgado De Circuito
Civil 001
La Mesa - Cundinamarca**

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **ac13688dd70dc420472bc661349003e790bac6de8b475d11d86751de46e34163**

Documento generado en 15/09/2022 03:56:45 PM

**Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**



JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ

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

1. Información general del dictamen pericial

Fecha de dictamen: 27/09/2017	Motivo de calificación: PCL (Dec 1507 /2014)	Nº Dictamen: 11318066 - 13359
Instancia actual: Segunda Instancia	Primera oportunidad: COLPATRIA	Primera instancia: Junta Regional de Bogotá
Solicitante: ARL	Nombre solicitante: COLPATRIA	Identificación: NIT 860002183
Teléfono: 6538400 Ext 309	Ciudad: Bogotá, D.C. - Cundinamarca	Dirección: Av. 15 No. 104 33 Piso 6
Correo electrónico: luis.delgado@ui.colpatria.com		

2. Información general de la entidad calificadora

Nombre: Junta Nacional de Calificación de Invalidez - Sala 1	Identificación: 830.026.324-5	Dirección: Diagonal 36 bis # 20 - 74
Teléfono: 7440737	Correo electrónico:	Ciudad: Bogotá, D.C. - Cundinamarca

3. Datos generales de la persona calificada

Nombres y apellidos: VICTOR HUGO CASTIBLANCO DELGADO	Identificación: CC - 11318066 - Girardot	Dirección: CRA 12A No. 33-55 PRIMER SECTOR ROSA BLANCA
Ciudad: Girardot - Cundinamarca	Teléfonos: 8305515 - 3145345929	Fecha nacimiento: 14/05/1968
Lugar: Villa de san diego de ubaté - Cundinamarca	Edad: 49 año(s) 4 mes(es)	Genero: Masculino
Etapas del ciclo vital: Población en edad económicamente activa	Estado civil: Casado	Escolaridad: Básica secundaria
Correo electrónico:	Tipo usuario SGSS: Contributivo (Cotizante)	EPS: Famisanar EPS
AFP: Colpensiones	ARL: Seguros de vida colpatria S.A.	Compañía de seguros:

4. Antecedentes laborales del calificado

Tipo vinculación: Dependiente	Trabajo/Empleo: OFICIAL DE CONSTRUCCION	Ocupación:
Código CIUO:	Actividad económica:	Dirección:
Empresa:	Identificación:	Fecha ingreso:
Ciudad:	Teléfono:	
Antigüedad: 1 Años		
Descripción de los cargos desempeñados y duración:		

DE ACUERDO INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR EL PACIENTE PINTAR, REVOCAR, PAÑETE, HACER ESTRUCTURAS DE CONCRETO

5. Relación de documentos y examen físico (Descripción)

Relación de documentos

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

RESUMEN DEL CASO:

Calificación en primera oportunidad:

La Administradora de Riesgos Laborales Colpatria le calificó Pérdida de Capacidad Laboral (PCL) de 12.85%, Diagnósticos Otras Hipoacusias, Traumatismo de la cabeza no especificado, Fractura de otro dedo de la mano, Fractura de otros huesos metacarpianos, Fractura de la epifisis inferior del cubito y del radio, Otros trastornos del nervio facial, Traumatismo de tendón del manguito rotatorio del hombro y contusión del tórax de origen Accidente de trabajo. Los diagnósticos: Tumor benigno de los bronquios y del pulmón, Deformidad congénita de la columna vertebral y Otros trastornos del disco cervical de origen Enfermedad Común, con Fecha de Estructuración 17/05/2016. La calificación de PCL emitida se desglosa así: Deficiencia Final Ponderada 5.05 %, Rol ocupacional/Laboral 7.80 %. Las Deficiencias (sin Ponderar) Calificadas fueron: Deficiencia por pérdida de audición 1.0% (Tabla 9.2 , 9.3), Deficiencia por movilidad de los dedos 2 a 5 mano derecha 5.87% (Tabla 14.2, Deficiencia por restricción de la movilidad de la muñeca derecha 2.00% (Tabla 14.3), Dominancia 1.525% y Sin deficiencia por lesión distal moderada de los nervios mediano cubital y radial derecho. Reinervación sin evidencia edx actual de lesión tce leve resuelto conjuntivitis ao secundaria a caída de polvo resuelta, cefalea postrauma resuelta, ruptura traumática supraespinoso derecho resuelta sin restricción de la movilidad pasiva 0.0%.

El señor Víctor Hugo Castiblanco Delgado no estuvo de acuerdo y fue enviado a la Junta Regional de Calificación de Invalidez

Calificación Junta Regional de calificación de Invalidez:

La Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá mediante dictamen N° 11318066-231 de fecha 10/02/2017 establece:

Diagnóstico(s):

Enfermedad de meniere
Fractura de otras partes y de las no especificadas de la muñeca y de la mano
Hipoacusia neurosensorial, bilateral
Tinnitus
Traumatismo de la cabeza, no especificado
Traumatismo de plexo braquial
Traumatismo de tendón del manguito rotatorio del hombro
Traumatismo del nervio facial [vii par]
Origen: Accidente de trabajo
Pérdida de capacidad Laboral: 38.27%
Fecha de Estructuración: 17/05/2016

La calificación de PCL emitida se desglosa así: Deficiencia: 20.07%; Rol laboral/ocupacional: 18.20%. Las Deficiencias Calificadas fueron: Deficiencia por pérdida de la agudeza auditiva (no ponderada) 14.00% (Tabla 9.1, 9.2,9.3), Deficiencia por vértigo 6.00% (Tabla 9.4), Deficiencia por tinnitus 3.00% , Deficiencia por disestesia secundaria a neuropatía periférica o lesión de médula espinal y dolor crónico somático 10.00% (Tabla 12.5, Deficiencia por plexo braquial derecha 0.0% (Tabla 12.12) y Deficiencias por alteración de miembro superior derecho + dominancia 14.54% /Tabla 14.5,14.3,14.2).

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

"...ARL Colpatria el 03-08-2016 calificó los Dxs. Otras hipoacusias; traumatismo de la cabeza, no especificado; fractura de otro dedo de la mano; fractura de huesos metacarpianos: Fractura de la epifisis inferior del cubito y del radio; Otros trastornos del nervio facial;

Traumatismo de tendón del manguito rotatorio del hombro; contusión del tórax como de origen Accidente de trabajo con una PCL: 12.85% y FE: 17-05-2016. Y los Dxs. Tumor benigno de los bronquios y del pulmón; Deformidad congénita de la columna vertebral; Otros trastornos del disco cervical como de origen enfermedad común; el paciente presenta inconformidad con el Origen y porcentaje de pérdida de capacidad laboral asignado.

; Se revisa y se califica pérdida de capacidad laboral de acuerdo con los antecedentes clínicos, paraclínicos y hallazgos del examen físico, de deficiencias por título primero: Hipoacusia neurosensorial bilateral de predominio izquierdo, tinnitus + alteración vestibular clase I; restricción movilidad hombro derecho, muñeca derecha, y del segundo al quinto dedos de la mano derecha; dolor en hombro, mano derecha, por dolor crónico somático clase I; lesión piejo braquial leve y de mediano, cubital, y radial resueltos. Por título segundo su repercusión en el rol laboral y otras áreas ocupacionales.

En cuanto al origen, se ratifica el origen común de los diagnósticos Tumor benigno de los bronquios y del pulmón; deformidad congénita de la columna vertebral; y otros trastornos del disco cervical, por tratarse de lesiones crónicas, sin nexo causal con trauma agudo, ocurrido en el accidente de trabajo en estudio actual...

Motivación de la controversia: La Administradora de Riesgos Laborales Colpatria controvierte el dictamen con base en:

“...Atentamente estamos solicitando a la honorable Junta Regional de Calificación de Invalidez, la revisión de la Calificación del Dictamen del señor Castiblanco, recibida por nosotros el 22 de Febrero 2017 por cuanto asigna deficiencias por deficiencia auditiva, no correspondiente a la evaluación adelantada con la aplicación del Decreto 1507 de 2014, la evaluación clínica por la especialidad de otorrino y los análisis audiológicos completos, también hay desacuerdo en deficiencias por disminución de arcos de movilidad de hombro, de la muñeca y de los dedos del miembro superior derecho, por cuanto son muy diferentes a los hallados en valoración de goniometría realizada por parte de la administradora de riesgo AXACOLPATRIA, así mismo hay controversia en la asignación de dolor crónico somático, por cuanto la última valoración realizada por el trabajador es de fecha 17/05/2016 cuando se brinda analgésico por un periodo corto de tiempo.

AXACOLPATRIA también presenta inconformidad frente a la restricción de rol laboral asignada pues luego del proceso de rehabilitación exitoso adelantado y de un periodo de incapacidad por 16 meses se envían recomendaciones con rol laboral recortado donde puede realizar las tareas básicas, sin limitación en el 80% de acuerdo a su jornada de trabajo. Se aclara que por terminación de obra el contrato llevo a su término.

Por lo anterior existe desacuerdo ...”

Respuesta al Recurso de Reposición:

“...Esta sala define que analizados en forma pormenorizada tanto el dictamen como los documentos aportados, los antecedentes médicos y la situación táctica que sirvieron de base para calificar, así como el recurso interpuesto esta Sala encuentra que: Los argumentos planteados por el recurrente no son válidos para un cambio en los criterios. Se considera que la calificación otorgada se ajusta a los criterios exigidos para la asignación de puntaje por el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional, Decreto 1507 de 2014.

Por lo tanto. Se Ratifica en su totalidad el dictamen No. 11318066-231 del 10 de Febrero de 2017...”

Otros aspectos tenidos en cuenta:

El día 14 de septiembre 2017 el paciente aporta pruebas, se pueden observar en conceptos médicos y pruebas específicas.

Conceptos médicos

Fecha: 31/10/2014

Especialidad: Epicrisis – Dr Rafael Antonio Godoy Garcia (folio 148)

Resumen:

“Motivo de consulta traído en ambulancia por accidente laboral. 1 enfermedad actual pte traído en ambulancia por sufrir accidente laboral al caerse una placa de concreto donde estaba laborando. Refiere dolor en lengua y de cabeza. Además parestesias en msd. Antecedentes; personales - personales: niega. Examen físico FC. 87 FR. 16 TA. 110 / 70 T. 0 SA02. 0 Ambiente Glasgow: 15 Cabeza y oral: pte decaído álgido y en estado confusional dado por ideas repetitivas de los hechos. Además amnesia del, suceso. Cabeza. Se aprecia herida de bordes regulares en región parietal alta derecha. Cara sin deformidades no asimétricas en el momento del examen. Ojos: se aprecia entrada de ! concreto en ambos ojos. Orí: se aprecian 2 heridas pequeñas en dorso de la lengua. Cuello: Se aprecia dolor leve a la movilización del cuello c/p: RsRS bien timbrados sin soplos ventilación pulmonar me parece disminuida en base de hti. GI: rsis presentes, abdomen blando depresible en el momento sin dolor a la palpación no peritonismo. OA: Se aprecian escoriaciones múltiples en región dorsal y de hombros. Además dolor a la palpación en toda la columna. Dolor a la presión de la pelvis. Dolor en mano derecha con limitación funcional. Neurológico: pte en el momento confuso desorientado, con ideas repetitivas y amnesia de los hechos. Pares: pupilas simétricas de 3 mm diámetro reactivas a la luz. Resto pares normales. No focalizado en el momento del examen. No meningismo. Dx. Hemorragia subdural traumática; fractura de otras vértebras cervicales especificadas; fractura de vertebra torácica; neumotorax traumático; fractura de vértebra lumbar; fractura de otras partes y de las no especificadas de la columna lumbar y de la pie. Análisis pte con problema de politx en accidente laboral, con probable hematoma subdural, tx cervical, dorsal lumbar y de pelvis. Además posible neumotorax y tx ocular con cemento. Por

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

Calificado: VICTOR HUGO CASTIBLANCO DELGADO

Dictamen: 11318066 - 13359

Página 3 de 18

esto ordeno lev, analgesia iv, profilaxis antitetanica, curaciones, lavado exhaustivos del cuerpo con ssn y agua. Lavado exhaustivo de los ojos con ssn, laboratorios, rx y tac cerebral. Además valoración por oftalmología. Plan collar cervical.”

Fecha: 08/11/2014 **Especialidad:** Valoración otorrinolaringología – Dr. Carlos Alfonso Delgado Nieto (folio 89)

Resumen:

“Motivo de consulta: Paciente con antecedente de trauma craneoencefálico leve a I caerse de 7 piso con vértigo postraumático y parálisis facia; periférica derecha. Enfermedad actual: el día de hoy se realiza curación de oído izquierdo ya el paciente se encuentra en tratamiento indicado terapias con recuperaron significativa de la parálisis facial, vértigo relacionado con los cambios de posición. Examen físico: cabeza y oral: cerumen impactado izquierdo que se retira con parálisis derecha periférica en remisión, fenómeno de bell positivo, nistamus con la posición grado 1. Dx. Parálisis de Bell, Otros vértigos periféricos.”

Fecha: 14/11/2014 **Especialidad:** Valoración ortopedia – Dr. Luis Francisco Restrepo Suarez (folio 49)

Resumen:

“Motivo de consulta control enfermedad actual: paciente con antecedente de trauma por caída de una plancha de aproximadamente 6 metros de altura encontrándose múltiples contusiones tce con secuelas de parálisis facial v vértigo y por ortopedia fractura de la cabeza del 5to metacarpiano examen físico: columna cervical, dorsal y lumbar: dolor a la palpación en reja costal sin evidenciar excoriaciones puntos de hipersensibilidad u otras alteraciones análisis: evolución tórpida hacia el deterioro según manifiesta el paciente especialmente dolor en reja torácica y región lumbar plan y manejo: terapia física se da prorrog a la incapacidad se formula winadeine f cada 6 horas ss rx reja costal. Dx. Fractura de otros huesos metacarpianos. “

Fecha: 27/11/2014 **Especialidad:** Valoración otorrinolaringología Dr. Carlos Alfonso Delgado Nieto (folio 88)

Resumen:

“Motivo de consulta control parálisis facial derecha en remisión mejoría, vértigo postraumático en remisión. Enfermedad actual refiere , espiración oral, actualmente en terapia vestibular. Examen audiológico reporta hipoacusia leve a moderada derecha y moderada a severa ; izquierda, Logoaudiometria desplazada y reducida en intensidad, se explica la naturaleza irreversible de la audición, vértigo en remisión examen físico cabeza y oral: oídos otoscópicamente normales mejora de la parálisis facial, todavía leve parresia izquierda, orofaringe normal desviación del septum nasal izquierda, con trazo de fractura derecho con pellizcamiento de mucosa. Dx. Hipoacusia neurosensorial bilateral; Otros vértigos periféricos; Desviación del tabique nasal.”

Fecha: 31/03/2015 **Especialidad:** Cirugía de la mano - Referenciado Arl Colpatria (folio 151)

Resumen:

“Cirugía de mano Dr. Gómez Prada. 46 años. a.t. 31/10/2014 caída de altura, presento politraumatismo, atendido en Girardot. Tuvo fractura de radio y cubito distal, fractura de 5 metacarpiano y falange proximal del índice izquierdo, trauma craneoencefálico leve a moderado con pérdida de conciencia, síndrome vertiginoso, actualmente acusa rigidez de mano y puño derecho, disminución de la sensibilidad del área cubital. Tuvo 20 sesiones de fisioterapia en Girardot. Dx. Fractura de la epífisis inferior del radio; Fracturas de otros huesos metacarpianos; Fractura de otro dedo de la mano. Examen físico: puño derecho: movilización sin crepitación, faltan 10° de dorsiflexion, 10° de palmiflexion finales, rigidez para la flexión final en las metacarpofalángicas de todos los dedos de mano izquierda y en la interfalángica proximal del meñique. Hipoestesia al tacto del área cubital, paresia de aductor del meñique y aductor corto del pulgar, disminución de la apertura de la primera comisura. Plan manejo: rx actual muestra fractura de radio distal consolidada sin desplazamientos, así como la de la base de falange proximal del índice y fx del cuello del 5o metacarpiano con angulación residual de 20°, tolerable, se indica terapia física para recuperar grados finales de las pequeñas articulaciones. Ss// férula de tracción dinámica para flexión de las mf y joint-jack. Prorrogo incapacidad 15 días.”

Fecha: 29/05/2015 **Especialidad:** Valoración Psiquiatría – Dra. Lorena Sanchez Tovar (Folio 76)

Resumen:

“Se trata de un hombre de 47 años quien presentó accidente laboral el 31 de octubre de 2014 al sufrir caída y posterior politraumatismo luego de colapsar placa de concreto sobre la cual estaba trabajando. Le produjo herida en región parietal derecha, fractura vértebra lumbar y de mano derecha. Tienen Realizaron TAC cerebral simple que reportó: aumento de espesos e irregularidad de cuero cabelludo a nivel de línea media región parietal asociado a presencia de aire”. Radiografía de columna simple: fusión de cuerpos vertebrales C2, C3 y C3, C4.

Fue valorado por ORL quien reportó parálisis facial derecha y vértigo postraumático. Como secuelas reporta disminución en la fuerza de mano derecha, dolor retroesternal tipo opresivo, tinnitus postraumático y síntomas vertiginosos. Trae reporte de electromiografía (febrero 2015) que reporta: demostrativo de una lesión distal moderada de los nervios mediano, cubital y radial derecho". Ha sido valorado por ORL quien en último control realizado el 27 de mayo solicitó electrococleografía, logaudiometría y potenciales evocados, dejando impresión diagnóstica de: "vértigo, hipoacusia y parálisis facial". Durante la valoración manifiesta que a partir del accidente ha presentado algunos síntomas de corte ansioso, que en mi concepto son reactivos y esperables a condición clínica descrita. Aunque no configuran un diagnóstico psiquiátrico en el eje I de la esfera mental, sí es pertinente que continúe recibiendo acompañamiento psicoterapéutico psicopedagogía para afianzar estrategias de afrontamiento. Por otro lado, teniendo en cuenta antecedente de TCE durante el accidente se decide solicitar RMN cerebral simple así como pruebas neuropsicológicas para determinar estado cognitivo actual. Por ahora no requiere medicación psicofarmacológica, entrego orden de 8 sesiones adicionales por psicología y cito a control de revisión en dos meses con resultados de exámenes solicitados."

Fecha: 30/05/2015

Especialidad: Valoración ortopedia - Dra. Ana Marcela Piña Quintero (folio 54)

Resumen:

"Motivo de consulta control accidente laboral. Enfermedad actual paciente con lesión del piejo braquial en accidente laboral fue valorada por cirugía de mano quien determinar que no requiere manejo quirúrgico. Persiste con dolor en talón izquierdo región dorsolumbar con irradiación hacia la cara anterior del tórax y sensación de opresión en la región laríngea. Al examen físico se observa atrofia de cintura escapular derecha con escapula alada leve. Dolor a la palpación de trapecio y romboides derecho. Movilidad conservada con limitación para la flexión de los dedos. Dolor a la palpación de esternón y de unión costocondral derecha. Trae emg de miembros inferiores que muestra radiculopatía L5 S1 bilateral leve crónico. Rx pie normal, a. paciente con secuelas de accidente de tránsito presenta lesión de piejo braquial derecho con escapula alada secundario, además presenta signos de costocondritis y radiculopatía lumbar, sin embargo no explica los síntomas pulmonares que presenta el paciente. Se solicita concepto de neumología. Por parte de ortopedia no requiere manejo quirúrgico se solicita concepto por cirugía de columna fisioterapia y medicina laboral para determinar condición laboral y reubicación. Dx. Trastorno del plexo braquial. Radiculopatía."

Fecha: 13/06/2015

Especialidad: Valoración fisiatría - Dr. Julio Ernesto Giraldo Valencia (folio 27)

Resumen:

"Paciente con antecedentes de politraumatismo en accidente de trabajo el 31.14.14, refiere dolor y limitación de los arcos de movimiento de la mano derecha, dolor en región lumbar irradiado a miembros inferiores y dolor en el talón izquierdo. Electromiografía 09.05.15 síndrome radicular L4-L5 y L5-S1 bilateral leve crónico. Electromiografía 15.4.15: lesión del plexo braquial derecho leve con compromiso de los troncos primario superior medio e inferior y del cordón posterior con signos de recuperación. Examen físico: Sistema nervioso central: paciente consciente - lucido- orientado, dolor a la flexión lateral izquierda de la columna cervical, ms derecho: hombro abd 170° rotación interna 50° externa 40° flexión 90° extensión 45°, codo flexión 120° extensión 0°, muñeca flexión 70' extensión 50° desviación cubital 30°; y radial 20°, fuerza al agarre a manos llenas 3/5, atrofia muscular de brazo y antebrazo derecho, hipoestesia en territorio de nervio cubital, paresia de add del 5 dedo. Arcos de movimiento de columna: flexión 90° extensión 30° flexión lateral izquierda y derecha 20°, marcha en punta de pie normal y en talones antalgica. Tobillo izquierdo: dorsiflexión 20° plantiflexión 50° eversión e inversión 5° add y abd 30°. Análisis paciente con secuelas de politraumatismo, lesión del plexo braquial, síndrome radicular lumbar, queda con dolor crónico limitación de los últimos grados de abd de hombro derecho disminución de la fuerza al agarre a manos llenas restricciones no levantar objetos mayores a 10 kg evitar trauma repetitivo de las manos no realizar actividades que requieran flexión de la columna no permanecer de pie o sentado por tiempo mayor a 2 horas. Dx. Secuelas de traumatismo intracraneal; Trastornos del plexo braquial; Trastorno de disco lumbar y otros con radiculopatía."

Fecha: 25/06/2015

Especialidad: Informe Neuropsicológico - Dra. Marybel Sinisterra M (folio 78)

Resumen:

"Victor Hugo se mostró amable y colaborador durante la evaluación, actitud que corroboran las puntuaciones en el test de simulación de problemas de memoria. El perfil neuropsicológico que resulta de las pruebas formales a la fecha de evaluación, ante la ausencia de hallazgos positivos en estudio de neuroimágenes y severidad del trauma según GCS descarta la presencia de alteraciones cognitivas significativas, sin embargo, dada la presencia de síntomas de características ansiosas (según reporte de psiquiatría), se encuentran deficiencias en procesos atencionales (selectividad y alternancia) que si bien no suponen repercuten significativa en su estilo de vida, sustentan deficiencias en procesos de aprendizaje de nueva información (recobro y reconocimiento), en las habilidades constructivas y en procesos de razonamiento matemático; en este orden de ideas, las fallas en funcionamiento ejecutivo (auto-monitoreo) también guardan relación con la manifestación de estos síntomas ansiosos y se esperaría que la disfunción cognitiva (atencional) merme en severidad a la vez que haya mejor manejo de los mismos (ansiedad)."

Fecha: 14/07/2015

Especialidad: Cirugía de la mano (folio 152)

Resumen:

"Cirugía de mano Dr gome Prada. Paciente en control de poli trauma con lesión del piejo braquial (mediano, cubital y radial) en reinervacion y fractura de radio distal y 5o metacarpiano derecho, en rehabilitación. Refiere disestesia del área cubital en las noches, con sensibilidad conservada en áreas medianas cubitales y radiales. Dx. Fractura de la epífisis inferior del radio; Fracturas de otros huesos metacarpianos; Traumatismo de plexo braquial; Rigidez articular, no clasificada en otra parte. Examen físico: mano derecha: falta cierre a mano llena, tiene mejor elasticidad de los dedos y puño, faltan 15° de supinación y 10° de pronación. 70° de dorsiflexion, 70° de palmiflexlon. Actividad de extensores de puño y dedos conservada, falta abductor del meñique, y hay froment (+)."

Fecha: 14/07/2015

Especialidad: Valoración neurocirugía - Referenciado Arl Colpatria (folio 153)

Resumen:

"Control politraumatismo tce leve. S: Rnm col cervical 11-06-15 Klipeer feil cervical, Protrusiones cervicales múltiples crónicas degenerativas, sin lesiones agudas. Tac cráneo simple: sin lesiones agudas. O: sin déficit. A: Se considera las lesiones de columna cervical no corresponden a accidente laboral P: Se cierra ic por neurocirugía."

Fecha: 29/07/2015

Especialidad: Valoración neumología – Dr. Eduardo R (folio 42)

Resumen:

"Paciente conocido, refiere disnea, tos escasa, expectoración ausente, dolor torácico de características opresivas, en cuanto a su peso refiere ha subido de peso. Antecedentes: Exposición a materiales de construcción.; politrauma el 31-10-2014. Examen físico: Ruidos respiratorios normales Paciente conocido por el servicio de neumología, con cuadro clínico de disnea y dolor en tórax de tipo opresivo, las pruebas de la función pulmonar son normales excepto por una disminución no sostenida de la saturación de oxígeno en el ejercicio. Dada la persistencia de la disnea se solicita valoración por cardiología Difusión de monóxido de carbono Control con resultados. Dx. Dolor torax a estudio"

Fecha: 04/08/2015

Especialidad: Valoración psiquiatría -Dra. Adriana Castro (folio 82)

Resumen:

0"Se trata de un hombre de 47 años quien presentó accidente laboral el 31 de octubre de 2014 al sufrir calda y posterior politraumatismo luego : de colapsar placa de concreto sobre la cual estaba trabajando. Le produjo herida en región parietal derecha, fractura vértebra lumbar y de; mano derecha. Tiene Realzaron TAC cerebral simple que reportó: aumento de espesos e irregularidad de cuero cabelludo a nivel de línea media región parietal asociado a presencia de aire. Radiografía de columna simple: fusión de cuerpos vertebrales C2, C3 y C3, C4. Fue valorado por ORL quien reportó parálisis facial derecha y vértigo postraumático. Como secuelas reporta disminución en la fuerza de mano derecha, dolor retroesternal tipo opresivo, tinitus postraumático y síntomas vertiginosos. Trae reporte de electromiografía (febrero 2015) que reporta: demostrativo de una lesión distal moderada de los nervios mediano, cubital y radial derecho". Ha sido valorado por ORL quien en último control realizado el 27 de mayo solicitó electrococleograffa, Logoauidimetria y potenciales evocados, dejando impresión diagnóstica de: "vértigo, hipoacusia y parálisis facial". Durante nuestra primera valoración manifiesta que a partir del accidente ha ; presentado algunos síntomas de corte ansioso, que se consideraron reactivos y esperables a condición clínica descrita y que no configuran un diagnóstico psiquiátrico en el eje I de la esfera mental. Se dieron órdenes para 8 sesiones adicionales de psicoterapia y para RNM cerebral simple y pruebas neuropsicologicas, con el fin de evaluar rendimiento cognitivo. En esta oportunidad se revisan resultados de estudios, Pruebas neuropsicologicas de junio de 2015 "Víctor Hugo se mostró amable y colaborador durante la evaluación, actitud que corroboran las puntuaciones en el test de simulación de problemas de memoria. El perfil neuropsicológico que resulta de las pruebas ; formales a la fecha de evaluación, ante la ausencia de hallazgos positivos en estudio de neuroimagenes y severidad del trauma según GCS descarta la presencia de alteraciones cognitivas significativas, sin embargo, dada la presencia de síntomas de características ansiosas (según reporte de psiquiatría), se encuentran deficiencias en procesos atencionales (selectividad y alternancia) que si bien no suponen repercuten significativa en su estilo de vida, sustentan deficiencias en procesos de aprendizaje de nueva información (recobro y reconocimiento), en las habilidades construccionales y en procesos de razonamiento matemático; en este orden de ideas, las fallas en funcionamiento ejecutivo (auto-monitoreo) también guardan relación con la manifestación de estos síntomas ansiosos y se esperarla que la disfunción cognitiva: (atencional) merme en severidad a la vez que haya mejor manejo de los mismos (ansiedad)." RNM cerebral simple del 03 de junio de 2015- "Estudio normal". El día de hoy refiere que está preocupado por el aspecto laboral y económico, ya que tiene indicación de reintento bajo recomendaciones que emitió medicina laboral, sin embargo sus empleadores no lo han reintegrado. Se considera que según los estudios : realizados y lo evidenciado en la clínica, el paciente no presenta secuelas cognitivas asociadas al trauma, existen una fallas atencionales : leves que son atribuibles a la presencia de elementos de ansiedad. En el momento el paciente hace particular referencia a estresores de : índole laboral y económica, ya que no ha sido reintegrado a su trabajo con las recomendaciones laborales, situación que, como es de esperarse le genera preocupación y malestar. Al igual que en nuestra primera valoración no se identifica una sintomatología que configure un diagnóstico del EJE 1. No amerita otras intervencione por nuestro servicio en el momento. Se emite concepto y se cierra caso con recomendaciones generales y explicando signos de alarma para reconsultar."

Fecha: 13/11/2015

Especialidad: Ortopedia y traumatología – Dra. Ana Marcela Piña Quintero (folio 59)

Resumen:

“ Paciente bajo anestesia campos estériles cefazolina profiláctica en sillas de playa portal posterior visualización de hallazgos intraarticulares, por visión directa coloco portal anterior y lateral, realiza remodelación de la delaminación del supraespinoso con shaver verifico adecuada inserción del supraespinoso no hay defectos de cobertura. Hallazgos: Ruptura delaminar del supraespinoso a nivel articular cara bursal íntegra e inserción completa en la tuberosidad. Bursa con inflamación severa. Diagnóstico Síndrome de manguito rotatorio”

Fecha: 20/01/2016

Especialidad: Valoración fisiatría -Referenciado Arl Colpatria (folio 154)

Resumen:

“Paciente 48 años con at 31/10/14. Dx: fractura radio y cubito derechos, fractura 5 mtc, fractura falange proximal 2 dedo derecho. Tce leve. : Recibió manejo ortopédico, no tto qx tto con terapias, férula dinámica para flexión dedos y join Jack para 5 dedo. También tce leve, y manejo por orí por acufenos. Rnm de hombro agosto 19/2015: con ruptura del se completa tto pop de Mr por ruptura se, el día nov 12/15, hay emg y de mms que reporta lesión de piejo braquial? ef: paciente con disminución del trofismo muscular en cintura escapular con arcos limitados en hombros, mano con sinovitis en mcf, bilateral, con dolor en muñeca y arcos limitados en mcf del índice, Plan: Paciente que debe terminar rehabilitación de hombro ketopofeno gel, se recomienda emg y nc de mms en esta institución.”

Fecha: 17/05/2016

Especialidad: Valoración fisiatría (referenciado en ponencia Junta Regional)

Resumen:

“Dolor: Paciente 48 años con AT 31/10/14. DX: Paciente con politraumatismo, AT el 31-10-14 a las 12:10 h. estaba laborando cuando un , para l es cayó encima y cayó al piso golpeándose en partes múltiples. TCE Parálisis facial en remisión, vértigo postraumático Lesión del j plexo braquial derecho leve con compromiso de los troncos primario superior, medio e inferior y del cordón posterior con signos de recuperación. Nodulo calcificado pulmonar Enf, de Menlere Cirugía por Ruptura supraespinoso derecho Lesión de nervio radial cubital y mediano en fase de re inervación, Fractura de radio distal y V MTC derecho TCE leve, Sx klipper feil cervical, protrusiones cervicales múltiples crónicas. Hipoacusia n-s bilateral S: Remiten de mí para inicio de cierre - goniometris- refiere dolor 6/10 ev actual, que responde a la analgesia. Al ef: marcha normal, examen mental normal, mss.: msd: ama pasivos de hombros completos, activos: hombro; j extensión y aducción conservados, abd: 100 grados, flexión 100, re: 70, interna 50, codo ama conservados, muñeca: flexión 70, extensión 50, desv. Radial 20 y cubital 20, dedos: pulgar ama conservados, y del 2-5: mcf ama completos, peor en la ífp: extensión completa -flexión i 70, y fp completas, que limitan cierre total, hipoestesia territorios mediano y cubital con fm 4/5 en los miotomas de los territorios descritos, i A: el pte se formula acet. + Cd de 30 cada 12 hrs y aine tópico, ya que presenta edema residual en la mano y control 3m. Así mismo trae rx de muñeca que reportan como 6c no consolidad de cubito derecho, pero está en proceso. Se sugiere control con md tratante y seguir plan casero.”

Fecha: 04/08/2017

Especialidad: Historia Clínica - Folio 20-21

Resumen:

(Aportado en valoración a la JNCI) "...cuadro clínico de varios meses d evolución de disminución de agudeza visual en ojo derecho no fiebre no vomitio dolor ocular refiere que sufrió trauma craneoencefálico hace 2 años. Hallazgos: Cabeza: normocefalo.- Ojos: ojo derecho con opacidad del cristalino Otorrinolaringología: normal. - Boca: mucosas húmedas rosadas. - Cuello: no masas ni adenopatias. - Tórax: rs cs rítmicos sin soplos. - Cardio-respiratorio: ruidos respiratorios sin agregados, - Abdomen: blando, depresible, no doloroso. Descripción: se da recomendaciones en adherencia farmacológica (horarios y tiempo de tratamiento) indicaciones alimentarias (ingesta de frutas, verduras, proteínas, cereales, disminución en ingesta de grasas, sal y azúcares) se indican hábitos de vida saludable (actividad física diaria 40 minutos con buena hidratación), se explica condición y diagnóstico; se dan signos de alarma, paciente refiere comprender y entender se remite a oftalmología por catarata traumática..."

Fecha: 05/08/2017

Especialidad: Medicina General - Dra. Constanza Zuñiga - Folio 25-26

Resumen:

(Aportado en valoración a la JNCI) "...Cuadro clínico de más o menos 1 hora de evolución, consistente en vértigo con posterior caída de su propia altura que ocasiono escoriaciones en codo izquierdo rodilla y tobillo ipsilateral. Descripción: paciente masculino de 49 años de edad

el cual acude al servicio de urgencias por cuadro clínico de más o menos 1 hora de evolución, consistente en vértigo con posterior caída de su propia altura que ocasiono escoriaciones en codo izquierdo rodilla y tobillo ipsilateral. Paciente con múltiples escoriaciones superficiales, en extremidades izquierda, con dolor en rodilla y tobillo actualmente sin mareo ni vértigo, se indica diclofenaco 75 mg im ahora, dexametasona 8 mg im, curaciones se indica diclofenaco 75 mg im ahora, dexametasona 8 mg im, curaciones..."

Fecha: 31/08/2017

Especialidad: Medicina General - Folio 19

Resumen:

(Aportado en valoración a la JNCI) "...se dan recomendaciones sobre adecuados hábitos alimenticios con énfasis en control de grasas, harinas y azúcares, evitar el consumo de bebidas alcohólicas, evitar el estrés, se dan estilos de vida saludables, normas de aseo personal, se dan signos de alarma si presenta fiebre, diarreas, disnea acudir a urgencias. Lavado E Irrigación De Oídos Sod..."

Pruebas específicas

Fecha: 31/10/2014

Nombre de la prueba: Rx columna cervical (folio 104)

Resumen:

"Densidad ósea normal. Se observa fusión de los cuerpos vertebrales de C2 - C3 y C3 - C4. Rectificación de la lordosis cervical. La altura y alineación de los cuerpos vertebrales es normal. La amplitud de los demás espacios intervertebrales está conservada. No es posible evaluar C7 ni el aspecto posterior de C6. La relación atlanto-odontoidea está conservada. Tejidos blandos prevertebrales de espesor normal. Presencia de múltiples cuerpos extraños densos en los tejidos blandos del cuello."

Fecha: 31/10/2014

Nombre de la prueba: Rx tórax(folio 104)

Resumen:

) "Proyección única. Silueta cardíaca de tamaño normal. El mediastino y la vascularización pulmonar no demuestran alteraciones. No se observan lesiones parenquimatosas pulmonares ni pleurales. Cuerpos extraños densos que se proyectan sobre el aspecto superior del hemitórax izquierdo."

Fecha: 31/10/2014

Nombre de la prueba: Rx pelvis (folio 104)

Resumen:

"Múltiples cuerpos extraños densos en los tejidos blandos de la pelvis. No evidencio lesiones óseas de origen traumático. Superposición de estructuras de inmovilización."

Fecha: 31/10/2014

Nombre de la prueba: Rx columna torácica (folio 103)

Resumen:

"Proyección en AP y lateral. La altura y alineación de los cuerpos vertebrales y así como la amplitud de los espacios intervertebrales son normales. Pedículos sin alteraciones."

Fecha: 31/10/2014

Nombre de la prueba: Rx columna lumbar (folio 103)

Resumen:

"Proyección en AP y translateral. Múltiples cuerpos extraños densos en los tejidos blandos. La densidad ósea es normal. La altura y alineación de los cuerpos vertebrales y así como la amplitud de los espacios intervertebrales son normales. No hay signos de espondilolistesis. Interposición de aire en asas que limita la evaluación de las estructuras óseas."

Fecha: 31/10/2014

Nombre de la prueba: Rx mano derecha (folio 103)

Resumen:

"Fractura de la base de la falange proximal del segundo dedo. Fractura angulada de la cabeza del quinto metacarpiano. Relaciones articulares conservadas. También se observa fractura impactada de la metáfisis distal del radio con avulsión de la apófisis estiloides del cubito. Relaciones articulares conservadas."

Fecha: 31/10/2014 **Nombre de la prueba:** Tomografía cráneo (folio 102)

Resumen:

"Hallazgos: No se evidencian masas, áreas de isquemia ni hemorragia intraparenquimatosa. Las estructuras de la línea media no muestran desplazamiento. El sistema ventricular es de tamaño normal. Las cisternas basales y los surcos del espacio subaracnoideo tienen amplitud normal. No hay colecciones epi ni subdurales. En las imágenes con ventana para hueso no se identifican fracturas. Aumento en el espesor e irregularidad del cuero cabelludo a nivel de la línea media de la región parietal asociado a la presencia de aire."

Fecha: 18/11/2014 **Nombre de la prueba:** Rx mano derecha (folio 106)

Resumen:

"En el control practicado se observa aceptable eje de reducción del extremo distal de la diáfisis del quinto metacarpiano mantenida con vendaje de yeso. No hay compromiso articular."

Fecha: 18/11/2014 **Nombre de la prueba:** Rx reja costal derecha (folio 106)

Resumen:

"En las proyecciones practicadas no se observaron alteraciones osteoarticulares de tipo traumático."

Fecha: 12/12/2014 **Nombre de la prueba:** Tomografía columna cervical (folio 108)

Resumen:

"Hallazgos : No se identifican trazos de fractura. Se observa fusión de los elementos anteriores y posteriores de las vertebrae C2 y C3. También hay fusión parcial de los elementos anteriores y posteriores de las vertebrae C4 y C5. Leve disminución en la amplitud del espacio intervertebral C3/C4 asociado a esclerosis e irregularidad de los platillos vertebrales correspondientes. Los espacios intervertebrales en los niveles C5 - C6, C6 - C7 y C7 - T1 están preservados. Disminución en la amplitud del agujero de conjugación izquierdo en el nivel C3 - C4. La amplitud del canal raquídeo es normal. Adecuada orientación de las facetas articulares. No hay alteraciones aparentes en la densidad de la médula espinal, sin embargo la Resonancia Magnética es más sensible para evaluar patología a este nivel."

Fecha: 24/12/2014 **Nombre de la prueba:** Rx Mano derecha (folio 109)

Resumen:

"Se demuestra fractura antigua no consolidada del extremo distal del quinto metacarpiano. Presentan ligero grado de angulación. También se observa fractura conminuta de la metáfisis distal del radio parcialmente valorada con el presente estudio. No se demuestra angulación ni desplazamiento de los fragmentos óseos. Hay fractura completa ligeramente desplazada de la apófisis estiloides, del cubito. Tejidos blandos de apariencia usual."

Fecha: 24/12/2014 **Nombre de la prueba:** Rx Hombro derecho (folio 107)

Resumen:

"Existe ligero grado de esclerosis a nivel de la tuberosidad mayor de la cabeza humeral. No se demuestran lesiones óseas expansivas. Relaciones articulares conservadas. La amplitud de los espacios articulares es satisfactoria. Tejidos blandos de apariencia usual."

Fecha: 01/01/2015 **Nombre de la prueba:** Rx mano muñeca (folio 110)

Resumen:

Fecha: 13/07/2015

Nombre de la prueba: Informe Integral Audiología (folio 97)

Resumen:

"ANAMNESIS: Paciente quien asiste a valoración audiológica y vestibular por accidente laboral. Se desempeña como oficial de construcción en la empresa "HEINZ RONEL ZULUAGA" desde hace 3 años. Sufrió accidente durante jornada laboral en Octubre 31 de 2014, el paciente reporta: "Una placa se desplomó del séptimo piso y caímos al primer piso en los escombros. Perdí la conciencia, tuve un trauma en la cabeza en el lado izquierdo, parálisis facial y quedé con un zumbido en los oídos". De acuerdo con la historia médica, el paciente presentó trauma craneoencefálico severo con pérdida de conciencia. Actualmente refiere disminución auditiva bilateral, intolerancia a sonidos fuertes, acufeno permanente bilateral y vértigo objetivo de minutos de duración y frecuencia variable, asociado a fosfenos, náuseas y cefalea en el lado izquierdo. Factor de riesgo por alta ingesta de líquidos y cafeína. Ha recibido tratamiento farmacológico sin mejoría. RESULTADO DE PRUEBA AUDIOLOGICA ANTERIOR: (Médicos Asociados) 24/11/2014: Audiometría: Pérdida auditiva a partir de 3000 Hz de grado moderado en oído derecho. Hipoacusia neurosensorial de grado moderado - profundo en oído izquierdo. RESULTADOS DE PRUEBAS AUDIOLÓGICAS ACTUALES: Audiometría: Debido a las inconsistencias con respecto a la evaluación previa no es posible establecer un diagnóstico confiable. FECHA FRECUENCIAS (Hz) OÍDO DERECHO VIA AEREA FRECUENCIAS (Hz) OÍDO IZQUIERDO VIA AEREA (d-m-a) 250 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000 250 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000 24/31/2014 10 15 15 10 45 35 35 40 35 35 40 40 85 70 75 SR Actual 13/07/2015 25 35 30 30 55 50 55 55 50 45 45 50 90 95 95 105 FECHA FRECUENCIAS (Hz) OÍDO DERECHO VIA OSEA FRECUENCIAS (Hz) OÍDO IZQUIERDO VIA OSEA (d-m-a) 250 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000 250 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000 24/11/2014 0 5 10 10 40 30 20 35 25 35 65 35 Actual 13/07/2015 20 35 30 30 50 50 35 40 45 50 65 75 Logoaudiometría: Debido a las inconsistencias en la audiometría no es posible establecer un diagnóstico confiable. • Electrocoqueografía: Los resultados sugieren AUMENTO de la presión endolinfática en oído izquierdo, en el momento del examen. Las latencias acortadas son sugestivas de reclutamiento coclear, de predominio izquierdo. • Potenciales evocados auditivos tallo cerebral, técnica estado estable (PEATC ee): OÍDO DERECHO: Se obtienen respuestas por conducción aérea en las frecuencias 500Hz, 1000Hz, 2000Hz y 4000Hz a 5dB nHL, 5dB nHL, 15dB nHL y 40dB nHL, respectivamente. OÍDO IZQUIERDO: Se obtienen respuestas por conducción aérea en las frecuencias 500Hz, 1000Hz, 2000Hz y 4000Hz a 5dB nHL, 35dB nHL, 40dB nHL y 70dB nHL, respectivamente. • Potencial Evocado Auditivo Trasiente, Técnica Umbral Onda V, con estímulo click (CORTESÍA): Se registra el umbral de la onda V reproducible hasta 30dB nHL (20dB HL aprox.) en el oído derecho y hasta 50dB nHL (40dB HL) en el oído izquierdo (Estimación del umbral auditivo únicamente alrededor de los 3000Hz a partir de la sincronización neural), lo cual sugiere compromiso de los umbrales auditivos electrofisiológicos para frecuencias agudas de grado leve en el oído derecho y moderado en el oído izquierdo. A alta intensidad del estímulo, en el oído derecho se registran ondas I, III y V de morfología y reproducibilidad normal, con valores de latencias absolutas e interpicos dentro de límites normales y en el oído izquierdo se registran ondas III y V de morfología y reproducibilidad alterada, con valores de las latencias absolutas desplazadas e interpico 111-V dentro de límites normales. DIAGNOSTICO AUDIOLÓGICO: W Pérdida auditiva bilateral asimétrica para las frecuencias entre 500Hz y 4000Hz, de grado leve a moderado, a partir de 3000Hz en oído derecho y grado leve a severo, a partir de 1000Hz, en oído * izquierdo. CONCLUSIONES: • Se observan diferencias significativas entre la valoración audiológica comportamental actual, los umbrales reportados previamente y los registrados en los potenciales evocados auditivos de estado estable. • Se encuentra correlación entre las pruebas electrofisiológicas efectuadas. • Aunque el paciente es candidato a amplificación auditiva en el oído izquierdo debido que el PÍA es mayor a 30 dB, se sugiere inicialmente estudio de anormal de desplazamiento de ondas a alta intensidad."

Fecha: 21/07/2015

Nombre de la prueba: Potenciales evocados auditivos de tallo cerebral (folio 96)

Resumen:

"RESULTADOS PEATCee. OÍDO DERECHO: Se obtienen respuestas por conducción aérea en las frecuencias 500Hz, 1000Hz, 2000Hz y 4000Hz a 5dB nHL, 5dB nHL, 15dB nHL y 40dB nHL, respectivamente. OÍDO IZQUIERDO: Se obtienen respuestas por conducción aérea en las frecuencias 500Hz, 1000Hz, 2000Hz y 4000Hz a 5dB nHL, 35dB nHL, 40dB nHL y 70dB nHL, respectivamente. Potencial Evocado: Auditivo Trasiente, Técnica Umbral Onda V, con estímulo click (CORTESÍA): Se registra el umbral de la onda V reproducible hasta 30dB nHL (20dB HL aprox.) en el oído derecho y hasta 50dB nHL (40dB HL) en el oído izquierdo (Estimación del umbral auditivo únicamente alrededor de los 3000Hz a partir de la sincronización neural), lo cual sugiere compromiso de los umbrales auditivos electrofisiológicos para frecuencias agudas de grado leve en el oído derecho y moderado en el oído izquierdo. A alta intensidad del estímulo, en el oído derecho se registran ondas I, III y V de morfología y reproducibilidad normal, con valores de latencias absolutas e interpicos dentro de límites normales y en el oído izquierdo se registran ondas III y V de morfología y reproducibilidad alterada, con valores de las latencias absolutas desplazadas e interpico 111-V dentro de límites normales. INTERPRETACIÓN Los anteriores resultados sugieren compromiso de los umbrales auditivos electrofisiológicos para las frecuencias entre 1000Hz y 4000Hz de grado leve a severo en el oído izquierdo y de grado leve a moderado a partir de 3000Hz en el oído derecho. RECOMENDACIONES - Control con médico tratante ORI."

Fecha: 29/08/2015

Nombre de la prueba: Rm hombro derecho (folio 128)

Resumen:

"HALLAZGOS: No se observan lesiones óseas de origen traumático reciente. Las relaciones articulares están preservadas. Hay aumento en la intensidad de señal del tendón del supraespinoso, comprometiendo la superficie bursal y articular inmediatamente a la altura de su inserción en la tuberosidad mayor del húmero y extendiéndose en una longitud de 10 mm. Las demás estructuras que componen el"

manguito rotador están preservadas. El tendón de la porción larga del bíceps es de curso y trayecto usual. Líquido intraarticular discretamente aumentado de localización peritendinosa al tendón del supraespinoso. Los planos musculares y tejidos blandos son normales."

Fecha: 21/10/2015 Nombre de la prueba: Tac de tórax (folio 129)

Resumen:

"Hallazgos: Hay una imagen nodular calcificada en el lóbulo superior izquierdo de 0.3 cm de diámetro mayor de 262 UH. En los segmentos no hay lesiones nodulares. No hay evidencia de masas. El patrón de vascularización se encuentra conservado. El espacio aéreo alveolar es normal. La vía aérea principal, tráquea y bronquios principales son normales. El espacio pleural es normal. Las cavidades cardíacas son normales. El mediastino es normal. CONCLUSION: NÓDULO CALCIFICADO DE CARACTERÍSTICAS BENIGNAS SECUNDARIAS A GRANULOMA EN EL LÓBULO SUPERIOR IZQUIERDO."

Fecha: 03/03/2016 Nombre de la prueba: Radiografía De Muñeca Derecha - Dr. Federico Peñaloza - Folio 30

Resumen:

(Aportado en valoración a la JNCI) "...Se observan cambios por fractura antigua consolidada en la metafisis distal del radio. El alineamiento está preservado. Existe fractura antigua de la apófisis estiloides del cubito no consolidada. Relaciones articulares conservadas: Disminución en la densidad ósea distal. Tejidos blandos de apariencia usual..."

Fecha: 17/05/2016 Nombre de la prueba: Electrodiagnostico miembros superiores (referenciado en ponencia Junta Regional)

Resumen:

" No es concluyente para compromiso traumático o por atrapamiento de los nervios medianos y ulnares"

Concepto de rehabilitación

Proceso de rehabilitación: Sin información

Valoraciones del calificador o equipo interdisciplinario

Fecha: 14/09/2017 Especialidad: Valoración médica:

Motivo de Consulta-Enfermedad Actual: Paciente quien consulta por cuadro de AT el día 31/10/2014, estaba fundiendo placas y colapsó y cayeron del 7° al 1° piso quedando atrapados entre los escombros. Lo llevaron al médico después de media hora de estar atrapado. Le hicieron estudios con trauma Craneo encefálico con pérdida de conocimientos, tres días. Y quedó con vértigo con zumbido, edemas de la mano.

Le dijeron que tenía síndrome de Meniere que no tiene cura.

Además en la actualidad está con dolor de cabeza, vértigo, zumbido. además dice que por el ojo derecho "veo distornado" y le dijeron que tenía una catarata traumática. Dice que le cayó cemento en el ojo y tenía los ojos tapados al momento del accidente. La mano derecha no cierra bien, tuvo fractura de metacarpianos.

Está tomando HCTZ, betahistamina, acetaminifén.

Examen Físico: Aceptable estado general aparente. Marcha normal.

Dominancia: Diestra

FC:	78	FR:	17	TA:	NE	PESO:	86	TALLA:	1,76
-----	----	-----	----	-----	----	-------	----	--------	------

Cardio-Pulmonar: Ruidos Cardíacos rítmico, sin sobreagregados. Ventilación pulmonar adecuada. No sibilancias, no estertores.

Abdomen: Blando, depresible, no masas, no megalias.

Miembros Superiores: Dolor en mano derecha, aparente disminución de fuerza de 2/5 al agarre. 50° de extensión en muñeca. flexión 70°, desviaciones: Radial 20° y cubital 20°, dedos: pulgar ama conservados; Dedos 2° al 5°: se observa cierre incompleto de la mano: mcf completos; ifp: extensión completa: flexión 50°, y distal: completas. Dolor en los hombros de predominio derecho, con AMAs pasivos completos.

Miembros Inferiores: Sin alteraciones aparentes

Columna: Sin alteraciones aparentes

Neurológico: Ojos: No evidencio catarata en ojo derecho. Pterigión temporal en OI. Romberg negativo. movimientos finos conservados.

Resto no examinado.

Fecha: 14/09/2017 Especialidad: Valoración por Psicología:

DATOS PERSONALES: Hombre de 49 años, escolaridad secundaria, estado civil casado, tiene dos hijos, procedente de Girardot (Cundinamarca). Es diestro. Vive con la esposa, los hijos y la mamá.

HISTORIA OCUPACIONAL:

Se ha desempeñado como oficial de construcción por 15 años (mampostería, empañetar, armado de columnas, colocación de vigas y otras tareas). Actualmente está como independiente (vende agua en la casa y hace rifas). Manifiesta que no le dan trabajo porque temen que se vaya a caer o a accidentar.

SÍNTOMAS Y ESTADO ACTUAL:

Ingresa con marcha normal e independiente, comenta que tuvo accidente de trabajo el 31 de octubre de 2014 cuando hacían una placa y cayeron de un séptimo piso al primer piso. Sufrió trauma cráneo encefálico, fracturas de radio y cúbito derecho y del quinto metacarpiano de la mano derecha, además llexión del plexo braquial derecho, herida en oreja izquierda, además de otros traumas. Como secuelas actuales presente restricción del movimiento de los dedos de la mano derecha, siente cefalea, "zumbido en la cabeza", dice presentar vértigos ocasionales, el brazo derecho tiene restricción del movimiento para flexionar el hombro, tiene dificultad leve para escuchar el tono de conversación normal. Para los desplazamientos no tiene dificultad, puede subir y bajar escaleras. En la casa colabora en oficios, es independiente para realizar sus actividades de la vida diaria y básicas cotidianas, incluyendo higiene y arreglo personal.

Establece contacto verbal y visual adecuado, está orientado globalmente, sin alteraciones del lenguaje ni del pensamiento, dice que ha tenido cambios en su comportamiento, que ahora es irritable y de "mal genio". No se evidencia afectación de funciones mentales superiores ni síntomas patológicos del estado de ánimo y no ha requerido tratamiento psiquiátrico ni psicológico.

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 coma cinco (0,5). De manera tal que si el valor final fue de ochenta por ciento (80%) se multiplica por cero coma 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 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, establece que:

Resumen del Caso: Se trata de un paciente de 49 años, de ocupación Obrero, quien refiere ocurrencia d accidente de trabajo el día 31/10 /2014, el cual se describe así: al caerse una placa de concreto donde estaba laborando, cayendo desde un 7° piso y quedar atrapado entre los escombros. Lo llevan al servicio de urgencias y le encuentran: decaído, álgido y en estado confusional dado por ideas repetitivas de los hechos. Además amnesia del suceso. Se aprecia herida de bordes regulares en región parietal alta derecha. Se aprecia entrada de concreto en ambos ojos. 2 heridas pequeñas en dorso de la lengua. Se aprecia dolor leve a la movilización del cuello. Se aprecian escoriaciones múltiples en región dorsal y de hombros. Además dolor a la palpación en toda la columna. Dolor a la presión de la pelvis. Dolor en mano derecha con limitación funcional. No focalizado en el momento del examen. No meningismo. Diagnóstico: Hemorragia subdural traumática; fractura de otras vértebras cervicales especificadas; fractura de vertebra torácica; neumotorax traumático; fractura de vértebra lumbar; fractura de otras partes y de las no especificadas de la columna lumbar y de la pie.

Le hicieron múltiples estudios imagenológicos que mostraron como positivo: 31/10/2014 Rx columna cervical : fusión de los cuerpos vertebrales de C2 - C3 y C3 - C4. Rectificación de la lordosis cervical. Presencia de múltiples cuerpos extraños densos en los tejidos blandos del cuello; Rx pelvis: Múltiples cuerpos extraños densos en los tejidos blandos de la pelvis; Rx mano derecha: Fractura de la base de la falange proximal del segundo dedo. Fractura angulada de la cabeza del quinto metacarpiano. Fractura impactada de la metáfisis distal del radio con avulsión de la apófisis estiloides del cubito.

Valorado por Cirugía general quien descarta patología o lesión para manejo por el servicio.

Oftalmología: Pterigios congestivo. AV: OD: 20/40 y OI: 20/25. Diagnóstico: cuerpo extraño polvo en ojos.

Ortopedia: ordena manejo ortopédico para fracturas no desplazadas en la mano derecha con férula.

Durante la hospitalización paciente manifiesta vértigo posicoma, cefalea, tinnitus OI, disestesias en lengua.

Se tomó TAC de cráneo que descarta fractura o lesión intracraneal.

En Historia Clínica se evidencia las siguientes consultas y paraclínicos pertinentes para calificar:

En valoración por Otorrinolaringología : parálisis derecha periférica en remisión, fenómeno de bell positivo, nistamus con la posición grado I- Dx. Parálisis de Bell, Otros vértigos periféricos.

17/02/2015. TAC columna cervical (folio 111): Hallazgos: fusión de los elementos anteriores y posteriores de las vértebras C2 y C3, y de las vértebras C4 y C5 se evidencia además disminución en la amplitud del espacio intervertebral C3-C4 asociado a esclerosis de los platillos vertebrales correspondientes. Disminución en la amplitud del agujero de conjugación izquierdo en el nivel C3-C4.

18/02/2015. Electromiografía (folio 115): estudio demostrativo de una lesión distal moderada de los nervios mediano, cubital y radial derecho.

31/03/2015 Cirugía de la mano (folio 151): acusa rigidez de mano y puño derecho, disminución de la sensibilidad del área cubital. Examen físico: puño derecho: movilización sin crepitación, faltan 10° de dorsiflexión, 10° de palmiflexión finales, rigidez para la flexión final en las metacarpofalángicas de todos los dedos de mano izquierda y en la interfalángica proximal del meñique. Hipoestesia al tacto del área cubital, paresia de aductor del meñique y aductor corto del pulgar, disminución de la apertura de la primera comisura.

15/04/2015 Electromiografía (folio 120): estudio demostrativo de una lesión del plexo braquial derecho leve con compromiso de los troncos primario superior medio e inferior y del cordón posterior con signos de recuperación.

09/05/2015 Electrodiagnostico MMII (folio 125): estudio es demostrativo de un síndrome radicular L4-L5, L5-S1 bilateral leve crónico.

29/05/2015 Valoración Psiquiatría : Durante la valoración manifiesta que a partir del accidente ha presentado algunos síntomas de corte ansioso, que en mi concepto son reactivos y esperables a condición clínica descrita. Aunque no configuran un diagnóstico psiquiátrico en el eje I, de la esfera mental, sí es pertinente que continúe recibiendo acompañamiento psicoterapéutico.

25/06/2015 Informe Neuropsicológico : las fallas en funcionamiento ejecutivo (auto-monitoreo) también guardan relación con la manifestación de síntomas ansiosos y se esperaría que la disfunción cognitiva (atencional) merme en severidad a la vez que haya mejor manejo de los mismos (ansiedad).

13/07/2015. Informe Integral Audiología (folio 97): Diagnóstico Audiológico: Pérdida auditiva bilateral asimétrica para las frecuencias entre 500Hz y 4000Hz, de grado leve a moderado, a partir de 3000Hz en oído derecho y grado leve a severo, a partir de 1000Hz, en oído * izquierdo. Conclusiones: • Se observan diferencias significativas entre la valoración audiológica comportamental actual, los umbrales reportados previamente y los registrados en los potenciales evocados auditivos de estado estable. • Se encuentra correlación entre las pruebas electrofisiológicas efectuadas. .

14/07/2015. Cirugía de la mano (folio 152): en control de politrauma con lesión del plejo braquial (mediano, cubital y radial) en reinervación y fractura de radio distal y 5o metacarpiano derecho, en rehabilitación. Refiere disestesia del área cubital en las noches, con sensibilidad conservada en áreas medianas cubitales y radiales. Dx. Fractura de la epífisis inferior del radio; Fracturas de otros huesos metacarpianos; Traumatismo de plexo braquial; Rigidez articular, no clasificada en otra parte. Examen físico: mano derecha: falta cierre a mano llena, tiene mejor elasticidad de los dedos y puño, faltan 15° de supinación y 10° de pronación. 70° de dorsiflexión, 70° de palmiflexión. Actividad de extensores de puño y dedos conservada, falta abductor del meñique, y hay froment (+).

14/07/2015. Valoración neurocirugía (folio 153): Se considera las lesiones de columna cervical no corresponden a accidente laboral.

21/07/2015 Potenciales evocados auditivos de tallo cerebral (folio 96) Estudio sugiere compromiso de los umbrales auditivos electrofisiológicos para las frecuencias entre 1000Hz y 4000Hz de grado leve a severo en el oído izquierdo y de grado leve a moderado a partir de 3000Hz en el oído derecho.

04/08/2015 Valoración psiquiatría: No se identifica una sintomatología que configure un diagnóstico del Eje I. No amerita otras intervenciones por nuestro servicio en el momento. Se emite concepto y se cierra caso

29/08/2015. RNM hombro derecho (folio 128) : Hay aumento en la intensidad de señal del tendón del supraespinoso, comprometiendo la superficie bursal y articular inmediatamente a la altura de su inserción en la tuberosidad mayor del húmero y extendiéndose en una longitud de 10 mm. Las demás estructuras que componen el manguito rotador están preservadas. El tendón de la porción larga del bíceps es de curso y trayecto usual. Líquido intraarticular discretamente aumentado de localización peritendinosa al tendón del supraespinoso. Los planos musculares y tejidos blandos son normales.

El día 13/11/2015 Ortopedia y traumatología interviene quirúrgicamente en Hombro: Ruptura delaminar del supraespinoso a nivel articular cara bursal íntegra e inserción completa en la tuberosidad. Bursa con inflamación severa. Diagnóstico Síndrome de manguito rotatorio

17/05/2016 Valoración fisiatría: TCE Parálisis facial en remisión, vértigo postraumático Lesión del plexo braquial derecho leve con compromiso de los troncos primario superior, medio e inferior y del cordón posterior con signos de recuperación. Nódulo calcificado pulmonar Enfermedad de Meniere. Cirugía por Ruptura supraespinoso derecha. Lesión de nervio radial cubital y mediano en fase de re-inervación, Fractura de radio distal y V MTC derecho TCE leve, Síndrome de klipper feil cervical, protrusiones cervicales múltiples crónicas. Hipoacusia n-s bilateral. Al ef: marcha normal, examen mental normal, mss.: msd: ama pasivos de hombros completos, activos: hombro; extensión y aducción conservados, abducción: 100°, flexión 100°, re: 70°, interna 50°, codo ama conservados, muñeca: flexión 70°, extensión 50°, desv. Radial 20° y cubital 20°, dedos: pulgar ama conservados, y del 2-5: mcf ama completos, peor en la ifp: extensión completa -flexión i 70°, y fp completas, que limitan cierre total, hipoestesia territorios mediano y cubital con fm 4/5 en los miotomas de los territorios descritos.

Estudio del caso: En aras de desatar el recurso interpuesto, se estudia la Historia Clínica aportada, se tiene en cuenta la valoración realizada por los integrantes de la Sala Uno de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez y se contrasta los hallazgos en la Historia Clínica con lo estipulado en el MUCPCLO.

Deficiencias: Al revisar el dictamen emitido por la Junta Regional de calificación de invalidez, a la luz de los argumentos expuestos en la apelación, se considera que se le calificó las siguientes Deficiencias, sin ponderar: Deficiencia por pérdida de la agudeza auditiva (no ponderada), 14.0% (Tabla 9.1, 9.2,9.3); Deficiencia por vértigo, 6.00% (Tabla 9.4); Deficiencia por tinnitus 3.0%; Deficiencia por disestesia secundaria a neuropatía periférica o lesión de médula espinal y dolor crónico somático, 10.0% (Tabla 12.5); Deficiencia por plexo braquial derecha, 0.0% (Tabla 12.12) y Deficiencias por alteración de miembro superior derecho + dominancia 14.54% (Tabla 14.5, 14.3, 14.2).

Respecto a las calificaciones asignadas y que fueron controvertidas por la ARL Colpatria:

Los movimientos del hombro se encuentran completos en forma pasiva, razón por la cual la calificación que le corresponde es de 0.0%; no obstante, se aclara que el paciente tiene restricción de AMAs en muñeca derecha y en dedos que se califican con 9.18%

Respecto a la asignación de porcentaje por Dolor crónico somático, efectivamente se considera que hay sobrevaloración, no aplica calificar por este ítem, pero si aplica calificar por nervio periférico por dolor y se califica con 2.0%.

En relación a la calificación por Disminución de la percepción auditiva, se considera que la calificación que le corresponde es de: 4.0% por SDU de OD: 100dB y de OI: 160dB. (Tabla 9.1, 9.2,9.3).

En razón a lo anterior, se decide que la calificación de deficiencia sin ponderar, que le corresponde al paciente es de 22.35%, que equivale a Deficiencia Final Ponderada de 11.18%.

En cuanto al rol laboral y otras áreas ocupacionales: El rol laboral se encuentra sobrevalorado, de acuerdo con el criterio técnico de esta Junta Nacional corresponde asignar rol laboral recortado, pues puede realizar las tareas principales y se le dificultan algunas tareas secundarias de su labor habitual, por lo cual puede laborar con adaptación de tareas. Los demás puntos no fueron controvertidos y se transcriben. Se califica con: 13.2%

Así las cosas, la calificación de pérdida de capacidad laboral que le corresponde al paciente a consecuencia del Accidente de Trabajo, es de: 24.38%.

Por lo anterior, esta junta decide **MODIFICAR** el dictamen emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá.

MJV

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

Título I - Calificación / Valoración de las deficiencias

Diagnósticos y origen

CIE-10	Diagnóstico	Diagnóstico específico	Origen
H810	Enfermedad de meniere		Accidente de trabajo
S628	Fractura de otras partes y de las no especificadas de la muñeca y de la mano		Accidente de trabajo
H903	Hipoacusia neurosensorial, bilateral		Accidente de trabajo

H931	Tinnitus	Accidente de trabajo
S099	Traumatismo de la cabeza, no especificado	Accidente de trabajo
S143	Traumatismo de plexo braquial	Accidente de trabajo
S460	Traumatismo de tendón del manguito rotatorio del hombro	Accidente de trabajo
S045	Traumatismo del nervio facial [vii par]	Accidente de trabajo

Deficiencias

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia por vertigo	9	9.4	1	0		NA	6,00%		6,00%
Deficiencia por pérdida de la agudeza auditiva (No ponderada)	9	9.1, 9.2, 9.3	NA	NA	NA	NA	4,00%		4,00%
Deficiencia por tinnitus	9	NA	NA	NA	NA	NA	3,00%		3,00%
Valor combinado									12,76%

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia global del nervio subescapular (Superior e inferior) Derecha	12	12.13	3		NA	NA	2,00%		2,00%
Valor combinado									2,00%

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia por alteración de miembro superior derecho + dominancia	14	14.2, 14.3	NA	NA	NA	NA	9,18%		9,18%
Valor combinado									9,18%

Capítulo	Valor deficiencia
Capítulo 9. Deficiencias por alteraciones del sistema auditivo y vestibular.	12,76%
Capítulo 12. Deficiencias del sistema nervioso central y periférico.	2,00%
Capítulo 14. Deficiencias por alteración de las extremidades superiores e inferiores.	9,18%
Valor final de la combinación de deficiencias sin ponderar	22,35%

CFP: Clase factor principal CFM: Clase factor modulador

Formula ajuste total de deficiencia por tabla: (CFM1 - CFP) + (CFM2 - CFP) + (CFM3 - CFP)

Formula de Baltazar: Obtiene el valor de las deficiencias sin ponderar.
$$\frac{A + (100 - A) * B}{100}$$

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

Calculo final de la deficiencia ponderada: % Total deficiencia (sin ponderar) x 0,5 **11,18%**

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

Rol laboral

Restricciones del rol laboral	5
Restricciones autosuficiencia económica	1.5
Restricciones en función de la edad cronológica	1.5
Sumatoria rol laboral, autosuficiencia económica y edad (30%)	8,00%

Calificación otras áreas ocupacionales (AVD)

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

d1	1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	Total
		d110	d115	d140-d145	d150	d163	d166	d170	d172	d175-d177	d1751	
		0	0.1	0	0	0	0	0	0	0.1	0.1	0.3

d3	2. Comunicación	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	2.9	2.10	Total
		d310	d315	d320	d325	d330	d335	d345	d350	d355	d360	
		0.1	0	0	0	0	0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.5
d4	3. Movilidad	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	3.9	3.10	Total
		d410	d415	d430	d440	d445	d455	d460	d465	d470	d475	
		0.1	0.1	0.2	0.2	0.2	0.3	0	0.3	0.3	0.3	2
d5	4. Autocuidado personal	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	4.6	4.7	4.8	4.9	4.10	Total
		d510	d520	d530	d540	d5401	d5402	d550	d560	d570	d5701	
		0.1	0.1	0	0.1	0.1	0.1	0	0	0.3	0.1	0.9
d6	5. Vida doméstica	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	5.7	5.8	5.9	5.10	Total
		d610	d620	d6200	d630	d640	d6402	d650	d660	d6504	d6506	
		0.1	0.3	0.1	0.2	0.3	0.2	0.1	0.1	0.1	0	1.5

Sumatoria total de otras áreas ocupacionales (20%)

5.2

Valor final título II

13,20%

7. Concepto final del dictamen pericial

Valor final de la deficiencia (Ponderado) - Título I	11,18%
Valor final rol laboral, ocupacional y otras áreas ocupacionales - Título II	13,20%
Pérdida de la capacidad laboral y ocupacional (Título I + Título II)	24,38%

Origen: Accidente

Riesgo: de trabajo

Fecha de estructuración: 17/05/2016

Fecha declaratoria: 27/09/2017

Sustentación fecha estructuración y otras observaciones:

Nivel de pérdida: Incapacidad permanente parcial

Muerte: No aplica

Ayuda de terceros para AVC: No aplica

Ayuda de terceros para toma de decisiones: No aplica

Requiere de dispositivos de apoyo: No aplica

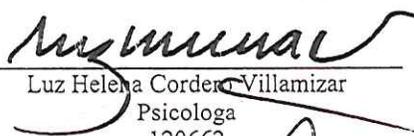
Enfermedad de alto costo/catastrófica: No aplica

Enfermedad degenerativa: No aplica

Enfermedad progresiva: No aplica

8. Grupo calificador


Emilio Luis Vargas Pajaro
Médico ponente
Médico
1223/1994


Luz Helena Cordero Villamizar
Psicóloga
120662


Edgar Humberto Velandia Bacca
Médico
118060/1992

JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL GUBERNATORIAL
FIEL COPIA DEL ORIGINAL

RE: DOCUMENTO CALIFICACIÓN - VICTOR H CASTIBLANCO D.

Juzgado 01 Civil Circuito - Cundinamarca - La Mesa <jccmesa@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Mar 28/06/2022 16:30

Para:

- victor hugo castiblanco delgado <victo1988@outlook.com>

Buenos días/Buenas tardes,

-
SE ACUSA RECIBIDO DE SU SOLICITUD, la misma se atenderá en el horario judicial establecido, en días hábiles de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 5:00 p.m.

Recuerde, que en el asunto del correo debe indicarse claramente si se trata de: memorial, solicitud, contestación, demanda, recurso, etc., y **el número de radicado, partes y clase de proceso al cual va dirigido**, con el fin de facilitar el trámite secretarial de los mismos; además que las peticiones deberán ser remitidas en formato PDF desde el correo que el apoderado tenga registrado ante la URNA.

Si el proceso está al Despacho, el memorial se agregará al expediente y una vez se profiera decisión de la Señora Jueza, se notificará por **estado electrónico** y podrá revisar el contenido de la providencia en la sección de **AUTOS** del micro sitio del Juzgado:

<https://www.ramajudicial.gov.co/web/juzgado-civil-del-circuito-de-la-mesa>

POR FAVOR NO RESPONDER ESTE CORREO

-

Cordialmente,

HENRY LÓPEZ MARTÍNEZ.

Escribiente

Juzgado Civil del Circuito

La Mesa-Cundinamarca

Calle 8 No. 19 - 88, Piso 3 Edificio Jabaco

Horario: L-V de 8am-1pm y de 2-5pm

3133884210

E-mail jccmesa@cendoj.ramajudicial.gov.co

De: victor hugo castiblanco delgado <victo1988@outlook.com>

Enviado: martes, 28 de junio de 2022 16:18

Para: Juzgado 01 Civil Circuito - Cundinamarca - La Mesa <jccmesa@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Asunto: DOCUMENTO CALIFICACIÓN - VICTOR H CASTIBLANCO D.

28 de junio del año 2.022

Señores

JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE LA MESA-CUNDINAMARCA

Atn. Angelica María Sabio Lozano

Juez

Vía electrónica

REF. ANEXO DE DICTAMEN DE DETERMINACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL.

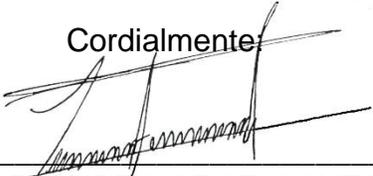
RADICADO: 2016-00180

DEMANDANTE: VICTOR HUGO CASTIBLANCO DELGADO Y OTRO

DEMANDADOS: HEINZ ROBERT ROHNER ZULUAGA Y OTROS

LUIS ALEJANDRO ARCE GONZALEZ, identificado civil y profesionalmente como aparece al pie de mi firma, actuando como abogado contractual de la parte demandante, siguiendo las instrucciones dadas por el despacho, me permito allegar el dictamen de determinación de pérdida de capacidad laboral del señor VICTOR HUGO CASTIBLANCO, en el que la Junta Nacional de Calificación de Invalidez lo calificó una pérdida de capacidad laboral del 24.38%.

Cordialmente



LUIS ALEJANDRO ARCE GONZALEZ
C.C 1.070.606.561 de Ibagué
T.P 281.763 C S de la J



JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ

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

1. Información general del dictamen pericial

Fecha de dictamen: 27/09/2017	Motivo de calificación: PCL (Dec 1507 /2014)	Nº Dictamen: 11318066 - 13359
Instancia actual: Segunda Instancia	Primera oportunidad: COLPATRIA	Primera instancia: Junta Regional de Bogotá
Solicitante: ARL	Nombre solicitante: COLPATRIA	Identificación: NIT 860002183
Teléfono: 6538400 Ext 309	Ciudad: Bogotá, D.C. - Cundinamarca	Dirección: Av. 15 No. 104 33 Piso 6
Correo electrónico: luis.delgado@ui.colpatria.com		

2. Información general de la entidad calificadora

Nombre: Junta Nacional de Calificación de Invalidez - Sala 1	Identificación: 830.026.324-5	Dirección: Diagonal 36 bis # 20 - 74
Teléfono: 7440737	Correo electrónico:	Ciudad: Bogotá, D.C. - Cundinamarca

3. Datos generales de la persona calificada

Nombres y apellidos: VICTOR HUGO CASTIBLANCO DELGADO	Identificación: CC - 11318066 - Girardot	Dirección: CRA 12A No. 33-55 PRIMER SECTOR ROSA BLANCA
Ciudad: Girardot - Cundinamarca	Teléfonos: 8305515 - 3145345929	Fecha nacimiento: 14/05/1968
Lugar: Villa de san diego de ubaté - Cundinamarca	Edad: 49 año(s) 4 mes(es)	Genero: Masculino
Etapas del ciclo vital: Población en edad económicamente activa	Estado civil: Casado	Escolaridad: Básica secundaria
Correo electrónico:	Tipo usuario SGSS: Contributivo (Cotizante)	EPS: Famisanar EPS
AFP: Colpensiones	ARL: Seguros de vida colpatria S.A.	Compañía de seguros:

4. Antecedentes laborales del calificado

Tipo vinculación: Dependiente	Trabajo/Empleo: OFICIAL DE CONSTRUCCION	Ocupación:
Código CIUO:	Actividad económica:	Dirección:
Empresa:	Identificación:	Fecha ingreso:
Ciudad:	Teléfono:	
Antigüedad: 1 Años		
Descripción de los cargos desempeñados y duración:		

DE ACUERDO INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR EL PACIENTE PINTAR, REVOCAR, PAÑETE, HACER ESTRUCTURAS DE CONCRETO

5. Relación de documentos y examen físico (Descripción)

Relación de documentos

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

RESUMEN DEL CASO:

Calificación en primera oportunidad:

La Administradora de Riesgos Laborales Colpatria le calificó Pérdida de Capacidad Laboral (PCL) de 12.85%, Diagnósticos Otras Hipoacusias, Traumatismo de la cabeza no especificado, Fractura de otro dedo de la mano, Fractura de otros huesos metacarpianos, Fractura de la epifisis inferior del cubito y del radio, Otros trastornos del nervio facial, Traumatismo de tendón del manguito rotatorio del hombro y contusión del tórax de origen Accidente de trabajo. Los diagnósticos: Tumor benigno de los bronquios y del pulmón, Deformidad congénita de la columna vertebral y Otros trastornos del disco cervical de origen Enfermedad Común, con Fecha de Estructuración 17/05/2016. La calificación de PCL emitida se desglosa así: Deficiencia Final Ponderada 5.05 %, Rol ocupacional/Laboral 7.80 %. Las Deficiencias (sin Ponderar) Calificadas fueron: Deficiencia por pérdida de audición 1.0% (Tabla 9.2 , 9.3), Deficiencia por movilidad de los dedos 2 a 5 mano derecha 5.87% (Tabla 14.2, Deficiencia por restricción de la movilidad de la muñeca derecha 2.00% (Tabla 14.3), Dominancia 1.525% y Sin deficiencia por lesión distal moderada de los nervios mediano cubital y radial derecho. Reinervación sin evidencia edx actual de lesión tce leve resuelto conjuntivitis ao secundaria a caída de polvo resuelta, cefalea postrauma resuelta, ruptura traumática supraespinoso derecho resuelta sin restricción de la movilidad pasiva 0.0%.

El señor Víctor Hugo Castiblanco Delgado no estuvo de acuerdo y fue enviado a la Junta Regional de Calificación de Invalidez

Calificación Junta Regional de calificación de Invalidez:

La Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá mediante dictamen N° 11318066-231 de fecha 10/02/2017 establece:

Diagnóstico(s):

Enfermedad de meniere
Fractura de otras partes y de las no especificadas de la muñeca y de la mano
Hipoacusia neurosensorial, bilateral
Tinnitus
Traumatismo de la cabeza, no especificado
Traumatismo de plexo braquial
Traumatismo de tendón del manguito rotatorio del hombro
Traumatismo del nervio facial [vii par]
Origen: Accidente de trabajo
Pérdida de capacidad Laboral: 38.27%
Fecha de Estructuración: 17/05/2016

La calificación de PCL emitida se desglosa así: Deficiencia: 20.07%; Rol laboral/ocupacional: 18.20%. Las Deficiencias Calificadas fueron: Deficiencia por pérdida de la agudeza auditiva (no ponderada) 14.00% (Tabla 9.1, 9.2,9.3), Deficiencia por vértigo 6.00% (Tabla 9.4), Deficiencia por tinnitus 3.00% , Deficiencia por disestesia secundaria a neuropatía periférica o lesión de médula espinal y dolor crónico somático 10.00% (Tabla 12.5, Deficiencia por plexo braquial derecha 0.0% (Tabla 12.12) y Deficiencias por alteración de miembro superior derecho + dominancia 14.54% /Tabla 14.5,14.3,14.2).

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

"...ARL Colpatria el 03-08-2016 calificó los Dxs. Otras hipoacusias; traumatismo de la cabeza, no especificado; fractura de otro dedo de la mano; fractura de huesos metacarpianos: Fractura de la epifisis inferior del cubito y del radio; Otros trastornos del nervio facial;

Traumatismo de tendón del manguito rotatorio del hombro; contusión del tórax como de origen Accidente de trabajo con una PCL: 12.85% y FE: 17-05-2016. Y los Dxs. Tumor benigno de los bronquios y del pulmón; Deformidad congénita de la columna vertebral; Otros trastornos del disco cervical como de origen enfermedad común; el paciente presenta inconformidad con el Origen y porcentaje de pérdida de capacidad laboral asignado.

; Se revisa y se califica pérdida de capacidad laboral de acuerdo con los antecedentes clínicos, paraclínicos y hallazgos del examen físico, de deficiencias por título primero: Hipoacusia neurosensorial bilateral de predominio izquierdo, tinnitus + alteración vestibular clase 1; restricción movilidad hombro derecho, muñeca derecha, y del segundo al quinto dedos de la mano derecha; dolor en hombro, mano derecha, por dolor crónico somático clase 1; lesión piejo braquial leve y de mediano, cubital, y radial resueltos. Por título segundo su repercusión en el rol laboral y otras áreas ocupacionales.

En cuanto al origen, se ratifica el origen común de los diagnósticos Tumor benigno de los bronquios y del pulmón; deformidad congénita de la columna vertebral; y otros trastornos del disco cervical, por tratarse de lesiones crónicas, sin nexo causal con trauma agudo, ocurrido en el accidente de trabajo en estudio actual...

Motivación de la controversia: La Administradora de Riesgos Laborales Colpatria controvierte el dictamen con base en:

“...Atentamente estamos solicitando a la honorable Junta Regional de Calificación de Invalidez, la revisión de la Calificación del Dictamen del señor Castiblanco, recibida por nosotros el 22 de Febrero 2017 por cuanto asigna deficiencias por deficiencia auditiva, no correspondiente a la evaluación adelantada con la aplicación del Decreto 1507 de 2014, la evaluación clínica por la especialidad de otorrino y los análisis audiológicos completos, también hay desacuerdo en deficiencias por disminución de arcos de movilidad de hombro, de la muñeca y de los dedos del miembro superior derecho, por cuanto son muy diferentes a los hallados en valoración de goniometría realizada por parte de la administradora de riesgo AXACOLPatria, así mismo hay controversia en la asignación de dolor crónico somático, por cuanto la última valoración realizada por el trabajador es de fecha 17/05/2016 cuando se brinda analgésico por un periodo corto de tiempo.

AXACOLPatria también presenta inconformidad frente a la restricción de rol laboral asignada pues luego del proceso de rehabilitación exitoso adelantado y de un periodo de incapacidad por 16 meses se envían recomendaciones con rol laboral recortado donde puede realizar las tareas básicas, sin limitación en el 80% de acuerdo a su jornada de trabajo. Se aclara que por terminación de obra el contrato llevo a su término.

Por lo anterior existe desacuerdo ...”

Respuesta al Recurso de Reposición:

“...Esta sala define que analizados en forma pormenorizada tanto el dictamen como los documentos aportados, los antecedentes médicos y la situación táctica que sirvieron de base para calificar, así como el recurso interpuesto esta Sala encuentra que: Los argumentos planteados por el recurrente no son válidos para un cambio en los criterios. Se considera que la calificación otorgada se ajusta a los criterios exigidos para la asignación de puntaje por el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional, Decreto 1507 de 2014.

Por lo tanto. Se Ratifica en su totalidad el dictamen No. 11318066-231 del 10 de Febrero de 2017...”

Otros aspectos tenidos en cuenta:

El día 14 de septiembre 2017 el paciente aporta pruebas, se pueden observar en conceptos médicos y pruebas específicas.

Conceptos médicos

Fecha: 31/10/2014

Especialidad: Epicrisis – Dr Rafael Antonio Godoy Garcia (folio 148)

Resumen:

“Motivo de consulta traído en ambulancia por accidente laboral. 1 enfermedad actual pte traído en ambulancia por sufrir accidente laboral al caer una placa de concreto donde estaba laborando. Refiere dolor en lengua y de cabeza. Además parestesias en msd. Antecedentes; personales - personales: niega. Examen físico FC. 87 FR. 16 TA. 110 / 70 T. 0 SA02. 0 Ambiente Glasgow: 15 Cabeza y oral: pte decaído y en estado confusional dado por ideas repetitivas de los hechos. Además amnesia del, suceso. Cabeza. Se aprecia herida de bordes regulares en región parietal alta derecha. Cara sin deformidades no asimétricas en el momento del examen. Ojos: se aprecia entrada de ! concreto en ambos ojos. Orí: se aprecian 2 heridas pequeñas en dorso de la lengua. Cuello: Se aprecia dolor leve a la movilización del cuello c/p: RsRS bien timbrados sin soplos ventilación pulmonar me parece disminuida en base de hti. GI: rsis presentes, abdomen blando depresible en el momento sin dolor a la palpación no peritonismo. OA: Se aprecian escoriaciones múltiples en región dorsal y de hombros. Además dolor a la palpación en toda la columna. Dolor a la presión de la pelvis. Dolor en mano derecha con limitación funcional. Neurológico: pte en el momento confuso desorientado, con ideas repetitivas y amnesia de los hechos. Pares: pupilas simétricas de 3 mm diámetro reactivas a la luz. Resto pares normales. No focalizado en el momento del examen. No meningismo. Dx. Hemorragia subdural traumática; fractura de otras vértebras cervicales especificadas; fractura de vertebra torácica; neumotorax traumático; fractura de vértebra lumbar; fractura de otras partes y de las no especificadas de la columna lumbar y de la pie. Análisis pte con problema de politx en accidente laboral, con probable hematoma subdural, tx cervical, dorsal lumbar y de pelvis. Además posible neumotorax y tx ocular con cemento. Por

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

Calificado: VICTOR HUGO CASTIBLANCO DELGADO

Dictamen: 11318066 - 13359

Página 3 de 18

esto ordeno lev, analgesia iv, profilaxis antitetanica, curaciones, lavado exhaustivos del cuerpo con ssn y agua. Lavado exhaustivo de los ojos con ssn, laboratorios, rx y tac cerebral. Además valoración por oftalmología. Plan collar cervical.”

Fecha: 08/11/2014 **Especialidad:** Valoración otorrinolaringología – Dr. Carlos Alfonso Delgado Nieto (folio 89)

Resumen:

“Motivo de consulta: Paciente con antecedente de trauma craneoencefálico leve a I caerse de 7 piso con vértigo postraumático y parálisis facia; periférica derecha. Enfermedad actual: el día de hoy se realiza curación de oído izquierdo ya el paciente se encuentra en tratamiento indicado terapias con recuperaron significativa de la parálisis facial, vértigo relacionado con los cambios de posición. Examen físico: cabeza y oral: cerumen impactado izquierdo que se retira con parálisis derecha periférica en remisión, fenómeno de bell positivo, nistamus con la posición grado 1. Dx. Parálisis de Bell, Otros vértigos periféricos.”

Fecha: 14/11/2014 **Especialidad:** Valoración ortopedia – Dr. Luis Francisco Restrepo Suarez (folio 49)

Resumen:

“Motivo de consulta control enfermedad actual: paciente con antecedente de trauma por caída de una plancha de aproximadamente 6 metros de altura encontrándose múltiples contusiones tce con secuelas de parálisis facial v vértigo y por ortopedia fractura de la cabeza del 5to metacarpiano examen físico: columna cervical, dorsal y lumbar: dolor a la palpación en reja costal sin evidenciar excoriaciones puntos de hipersensibilidad u otras alteraciones análisis: evolución tórpida hacia el deterioro según manifiesta el paciente especialmente dolor en reja torácica y región lumbar plan y manejo: terapia física se da prorrog a la incapacidad se formula winadeine f cada 6 horas ss rx reja costal. Dx. Fractura de otros huesos metacarpianos. “

Fecha: 27/11/2014 **Especialidad:** Valoración otorrinolaringología Dr. Carlos Alfonso Delgado Nieto (folio 88)

Resumen:

“Motivo de consulta control parálisis facial derecha en remisión mejoría, vértigo postraumático en remisión. Enfermedad actual refiere , espiración oral, actualmente en terapia vestibular. Examen audiológico reporta hipoacusia leve a moderada derecha y moderada a severa ; izquierda, Logoaudiometria desplazada y reducida en intensidad, se explica la naturaleza irreversible de la audición, vértigo en remisión examen físico cabeza y oral: oídos otoscópicamente normales mejora de la parálisis facial, todavía leve parresia izquierda, orofaringe normal desviación del septum nasal izquierda, con trazo de fractura derecho con pellizcamiento de mucosa. Dx. Hipoacusia neurosensorial bilateral; Otros vértigos periféricos; Desviación del tabique nasal.”

Fecha: 31/03/2015 **Especialidad:** Cirugía de la mano - Referenciado Arl Colpatria (folio 151)

Resumen:

“Cirugía de mano Dr. Gómez Prada. 46 años. a.t. 31/10/2014 caída de altura, presento politraumatismo, atendido en Girardot. Tuvo fractura de radio y cubito distal, fractura de 5 metacarpiano y falange proximal del índice izquierdo, trauma craneoencefálico leve a moderado con pérdida de conciencia, síndrome vertiginoso, actualmente acusa rigidez de mano y puño derecho, disminución de la sensibilidad del área cubital. Tuvo 20 sesiones de fisioterapia en Girardot. Dx. Fractura de la epífisis inferior del radio; Fracturas de otros huesos metacarpianos; Fractura de otro dedo de la mano. Examen físico: puño derecho: movilización sin crepitación, faltan 10° de dorsiflexion, 10° de palmiflexion finales, rigidez para la flexión final en las metacarpofalángicas de todos los dedos de mano izquierda y en la interfalángica proximal del meñique. Hipoestesia al tacto del área cubital, paresia de aductor del meñique y aductor corto del pulgar, disminución de la apertura de la primera comisura. Plan manejo: rx actual muestra fractura de radio distal consolidada sin desplazamientos, así como la de la base de falange proximal del índice y fx del cuello del 5o metacarpiano con angulación residual de 20°, tolerable, se indica terapia física para recuperar grados finales de las pequeñas articulaciones. Ss// férula de tracción dinámica para flexión de las mf y joint-jack. Prorrogo incapacidad 15 días.”

Fecha: 29/05/2015 **Especialidad:** Valoración Psiquiatría – Dra. Lorena Sanchez Tovar (Folio 76)

Resumen:

“Se trata de un hombre de 47 años quien presentó accidente laboral el 31 de octubre de 2014 al sufrir caída y posterior politraumatismo luego de colapsar placa de concreto sobre la cual estaba trabajando. Le produjo herida en región parietal derecha, fractura vértebra lumbar y de mano derecha. Tienen Realizaron TAC cerebral simple que reportó: aumento de espesos e irregularidad de cuero cabelludo a nivel de línea media región parietal asociado a presencia de aire”. Radiografía de columna simple: fusión de cuerpos vertebrales C2, C3 y C3, C4.

Fue valorado por ORL quien reportó parálisis facial derecha y vértigo postraumático. Como secuelas reporta disminución en la fuerza de mano derecha, dolor retroesternal tipo opresivo, tinnitus postraumático y síntomas vertiginosos. Trae reporte de electromiografía (febrero 2015) que reporta: demostrativo de una lesión distal moderada de los nervios mediano, cubital y radial derecho". Ha sido valorado por ORL quien en último control realizado el 27 de mayo solicitó electrococleografía, logaudiometría y potenciales evocados, dejando impresión diagnóstica de: "vértigo, hipoacusia y parálisis facial". Durante la valoración manifiesta que a partir del accidente ha presentado algunos síntomas de corte ansioso, que en mi concepto son reactivos y esperables a condición clínica descrita. Aunque no configuran un diagnóstico psiquiátrico en el eje I de la esfera mental, sí es pertinente que continúe recibiendo acompañamiento psicoterapéutico psicopedagogía para afianzar estrategias de afrontamiento. Por otro lado, teniendo en cuenta antecedente de TCE durante el accidente se decide solicitar RMN cerebral simple así como pruebas neuropsicológicas para determinar estado cognitivo actual. Por ahora no requiere medicación psicofarmacológica, entrego orden de 8 sesiones adicionales por psicología y cito a control de revisión en dos meses con resultados de exámenes solicitados."

Fecha: 30/05/2015

Especialidad: Valoración ortopedia - Dra. Ana Marcela Piña Quintero (folio 54)

Resumen:

"Motivo de consulta control accidente laboral. Enfermedad actual paciente con lesión del piejo braquial en accidente laboral fue valorada por cirugía de mano quien determinar que no requiere manejo quirúrgico. Persiste con dolor en talón izquierdo región dorsolumbar con irradiación hacia la cara anterior del tórax y sensación de opresión en la región laríngea. Al examen físico se observa atrofia de cintura escapular derecha con escapula alada leve. Dolor a la palpación de trapecio y romboides derecho. Movilidad conservada con limitación para la flexión de los dedos. Dolor a la palpación de esternón y de unión costocondral derecha. Trae emg de miembros inferiores que muestra radiculopatía L4 L5 S1 bilateral leve crónico. Rx pie normal, a. paciente con secuelas de accidente de tránsito presenta lesión de piejo braquial derecho con escapula alada secundario, además presenta signos de costocondritis y radiculopatía lumbar, sin embargo no explica los síntomas pulmonares que presenta el paciente. Se solicita concepto de neumología. Por parte de ortopedia no requiere manejo quirúrgico se solicita concepto por cirugía de columna fisioterapia y medicina laboral para determinar condición laboral y reubicación. Dx. Trastorno del plexo braquial. Radiculopatía."

Fecha: 13/06/2015

Especialidad: Valoración fisiatría - Dr. Julio Ernesto Giraldo Valencia (folio 27)

Resumen:

"Paciente con antecedentes de politraumatismo en accidente de trabajo el 31.14.14, refiere dolor y limitación de los arcos de movimiento de la mano derecha, dolor en región lumbar irradiado a miembros inferiores y dolor en el talón izquierdo. Electromiografía 09.05.15 síndrome radicular L4-L5 y L5-S1 bilateral leve crónico. Electromiografía 15.4.15: lesión del plexo braquial derecho leve con compromiso de los troncos primario superior medio e inferior y del cordón posterior con signos de recuperación. Examen físico: Sistema nervioso central: paciente consciente - lucido- orientado, dolor a la flexión lateral izquierda de la columna cervical, ms derecho: hombro abd 170° rotación interna 50° externa 40° flexión 90° extensión 45°, codo flexión 120° extensión 0°, muñeca flexión 70' extensión 50° desviación cubital 30°; y radial 20°, fuerza al agarre a manos llenas 3/5, atrofia muscular de brazo y antebrazo derecho, hipoestesia en territorio de nervio cubital, paresia de add del 5 dedo. Arcos de movimiento de columna: flexión 90° extensión 30° flexión lateral izquierda y derecha 20°, marcha en punta de pie normal y en talones antalgica. Tobillo izquierdo: dorsiflexión 20° plantiflexión 50° eversión e inversión 5° add y abd 30°. Análisis paciente con secuelas de politraumatismo, lesión del plexo braquial, síndrome radicular lumbar, queda con dolor crónico limitación de los últimos grados de abd de hombro derecho disminución de la fuerza al agarre a manos llenas restricciones no levantar objetos mayores a 10 kg evitar trauma repetitivo de las manos no realizar actividades que requieran flexión de la columna no permanecer de pie o sentado por tiempo mayor a 2 horas. Dx. Secuelas de traumatismo intracraneal; Trastornos del plexo braquial; Trastorno de disco lumbar y otros con radiculopatía."

Fecha: 25/06/2015

Especialidad: Informe Neuropsicológico - Dra. Marybel Sinisterra M (folio 78)

Resumen:

"Victor Hugo se mostró amable y colaborador durante la evaluación, actitud que corroboran las puntuaciones en el test de simulación de problemas de memoria. El perfil neuropsicológico que resulta de las pruebas formales a la fecha de evaluación, ante la ausencia de hallazgos positivos en estudio de neuroimágenes y severidad del trauma según GCS descarta la presencia de alteraciones cognitivas significativas, sin embargo, dada la presencia de síntomas de características ansiosas (según reporte de psiquiatría), se encuentran deficiencias en procesos atencionales (selectividad y alternancia) que si bien no suponen repercuten significativa en su estilo de vida, sustentan deficiencias en procesos de aprendizaje de nueva información (recobro y reconocimiento), en las habilidades constructivas y en procesos de razonamiento matemático; en este orden de ideas, las fallas en funcionamiento ejecutivo (auto-monitoreo) también guardan relación con la manifestación de estos síntomas ansiosos y se esperaría que la disfunción cognitiva (atencional) merme en severidad a la vez que haya mejor manejo de los mismos (ansiedad)."

Fecha: 14/07/2015

Especialidad: Cirugía de la mano (folio 152)

Resumen:

"Cirugía de mano Dr gome Prada. Paciente en control de poli trauma con lesión del piejo braquial (mediano, cubital y radial) en reinervacion y fractura de radio distal y 5o metacarpiano derecho, en rehabilitación. Refiere disestesia del área cubital en las noches, con sensibilidad conservada en áreas medianas cubitales y radiales. Dx. Fractura de la epifisis inferior del radio; Fracturas de otros huesos metacarpianos; Traumatismo de plexo braquial; Rigidez articular, no clasificada en otra parte. Examen físico: mano derecha: falta cierre a mano llena, tiene mejor elasticidad de los dedos y puño, faltan 15° de supinación y 10° de pronación. 70° de dorsiflexion, 70° de palmiflexlon. Actividad de extensores de puño y dedos conservada, falta abductor del meñique, y hay froment (+)."

Fecha: 14/07/2015

Especialidad: Valoración neurocirugía - Referenciado Arl Colpatria (folio 153)

Resumen:

"Control politraumatismo tce leve. S: Rnm col cervical 11-06-15 Klipeer feil cervical, Protrusiones cervicales múltiples crónicas degenerativas, sin lesiones agudas. Tac cráneo simple: sin lesiones agudas. O: sin déficit. A: Se considera las lesiones de columna cervical no corresponden a accidente laboral P: Se cierra ic por neurocirugía."

Fecha: 29/07/2015

Especialidad: Valoración neumología – Dr. Eduardo R (folio 42)

Resumen:

"Paciente conocido, refiere disnea, tos escasa, expectoración ausente, dolor torácico de características opresivas, en cuanto a su peso refiere ha subido de peso. Antecedentes: Exposición a materiales de construcción.; politrauma el 31-10-2014. Examen físico: Ruidos respiratorios normales Paciente conocido por el servicio de neumología, con cuadro clínico de disnea y dolor en tórax de tipo opresivo, las pruebas de la función pulmonar son normales excepto por una disminución no sostenida de la saturación de oxígeno en el ejercicio. Dada la persistencia de la disnea se solicita valoración por cardiología Difusión de monóxido de carbono Control con resultados. Dx. Dolor torax a estudio"

Fecha: 04/08/2015

Especialidad: Valoración psiquiatría -Dra. Adriana Castro (folio 82)

Resumen:

0"Se trata de un hombre de 47 años quien presentó accidente laboral el 31 de octubre de 2014 al sufrir calda y posterior politraumatismo luego : de colapsar placa de concreto sobre la cual estaba trabajando. Le produjo herida en región parietal derecha, fractura vértebra lumbar y de; mano derecha. Tiene Realzaron TAC cerebral simple que reportó: aumento de espesos e irregularidad de cuero cabelludo a nivel de línea media región parietal asociado a presencia de aire. Radiografía de columna simple: fusión de cuerpos vertebrales C2, C3 y C3, C4. Fue valorado por ORL quien reportó parálisis facial derecha y vértigo postraumático. Como secuelas reporta disminución en la fuerza de mano derecha, dolor retroesternal tipo opresivo, tinitus postraumático y síntomas vertiginosos. Trae reporte de electromiografía (febrero 2015) que reporta: demostrativo de una lesión distal moderada de los nervios mediano, cubital y radial derecho". Ha sido valorado por ORL quien en último control realizado el 27 de mayo solicitó electrococleograffa, Logoaudimetria y potenciales evocados, dejando impresión diagnóstica de: "vértigo, hipoacusia y parálisis facial". Durante nuestra primera valoración manifiesta que a partir del accidente ha ; presentado algunos síntomas de corte ansioso, que se consideraron reactivos y esperables a condición clínica descrita y que no configuran un diagnóstico psiquiátrico en el eje I de la esfera mental. Se dieron órdenes para 8 sesiones adicionales de psicoterapia y para RNM cerebral simple y pruebas neuropsicologicas, con el fin de evaluar rendimiento cognitivo. En esta oportunidad se revisan resultados de estudios, Pruebas neuropsicologicas de junio de 2015 "Víctor Hugo se mostró amable y colaborador durante la evaluación, actitud que corroboran las puntuaciones en el test de simulación de problemas de memoria. El perfil neuropsicológico que resulta de las pruebas : formales a la fecha de evaluación, ante la ausencia de hallazgos positivos en estudio de neuroimagenes y severidad del trauma según GCS descarta la presencia de alteraciones cognitivas significativas, sin embargo, dada la presencia de síntomas de características ansiosas (según reporte de psiquiatría), se encuentran deficiencias en procesos atencionales (selectividad y alternancia) que si bien no suponen repercuten significativa en su estilo de vida, sustentan deficiencias en procesos de aprendizaje de nueva información (recobro y reconocimiento), en las habilidades construccionales y en procesos de razonamiento matemático; en este orden de ideas, las fallas en funcionamiento ejecutivo (auto-monitoreo) también guardan relación con la manifestación de estos síntomas ansiosos y se esperarla que la disfunción cognitiva: (atencional) merme en severidad a la vez que haya mejor manejo de los mismos (ansiedad)." RNM cerebral simple del 03 de junio de 2015- "Estudio normal". El día de hoy refiere que está preocupado por el aspecto laboral y económico, ya que tiene indicación de reintento bajo recomendaciones que emitió medicina laboral, sin embargo sus empleadores no lo han reintegrado. Se considera que según los estudios : realizados y lo evidenciado en la clínica, el paciente no presenta secuelas cognitivas asociadas al trauma, existen una fallas atencionales : leves que son atribuibles a la presencia de elementos de ansiedad. En el momento el paciente hace particular referencia a estresores de : índole laboral y económica, ya que no ha sido reintegrado a su trabajo con las recomendaciones laborales, situación que, como es de esperarse le genera preocupación y malestar. Al igual que en nuestra primera valoración no se identifica una sintomatología que configure un diagnóstico del EJE 1. No amerita otras intervencione por nuestro servicio en el momento. Se emite concepto y se cierra caso con recomendaciones generales y explicando signos de alarma para reconsultar."

Fecha: 13/11/2015

Especialidad: Ortopedia y traumatología – Dra. Ana Marcela Piña Quintero (folio 59)

Resumen:

“ Paciente bajo anestesia campos estériles cefazolina profiláctica en sillas de playa portal posterior visualización de hallazgos intraarticulares, por visión directa coloco portal anterior y lateral, realiza remodelación de la delaminación del supraespinoso con shaver verifico adecuada inserción del supraespinoso no hay defectos de cobertura. Hallazgos: Ruptura delaminar del supraespinoso a nivel articular cara bursal íntegra e inserción completa en la tuberosidad. Bursa con inflamación severa. Diagnóstico Síndrome de manguito rotatorio”

Fecha: 20/01/2016

Especialidad: Valoración fisiatría -Referenciado Arl Colpatria (folio 154)

Resumen:

“Paciente 48 años con at 31/10/14. Dx: fractura radio y cubito derechos, fractura 5 mtc, fractura falange proximal 2 dedo derecho. Tce leve. : Recibió manejo ortopédico, no tto qx tto con terapias, férula dinámica para flexión dedos y join Jack para 5 dedo. También tce leve, y manejo por orí por acufenos. Rnm de hombro agosto 19/2015: con ruptura del se completa tto pop de Mr por ruptura se, el día nov 12/15, hay emg y de mms que reporta lesión de piejo braquial? ef: paciente con disminución del trofismo muscular en cintura escapular con arcos limitados en hombros, mano con sinovitis en mcf, bilateral, con dolor en muñeca y arcos limitados en mcf del índice, Plan: Paciente que debe terminar rehabilitación de hombro ketopofeno gel, se recomienda emg y nc de mms en esta institución.”

Fecha: 17/05/2016

Especialidad: Valoración fisiatría (referenciado en ponencia Junta Regional)

Resumen:

“Dolor: Paciente 48 años con AT 31/10/14. DX: Paciente con politraumatismo, AT el 31-10-14 a las 12:10 h. estaba laborando cuando un , para l es cayó encima y cayó al piso golpeándose en partes múltiples. TCE Parálisis facial en remisión, vértigo postraumático Lesión del j plexo braquial derecho leve con compromiso de los troncos primario superior, medio e inferior y del cordón posterior con signos de recuperación. Nodulo calcificado pulmonar Enf, de Menlere Cirugía por Ruptura supraespinoso derecho Lesión de nervio radial cubital y mediano en fase de re inervación, Fractura de radio distal y V MTC derecho TCE leve, Sx klipper feil cervical, protrusiones cervicales múltiples crónicas. Hipoacusia n-s bilateral S: Remiten de mí para inicio de cierre - goniometris- refiere dolron 6/10 ev actual, que responde a la analgesia. Al ef: marcha normal, examen mental normal, mss.: msd: ama pasivos de hombros completos, activos: hombro; j extensión y aducción conservados, abd: 100 grados, flexión 100, re: 70, interna 50, codo ama conservados, muñeca: flexión 70, extensión 50, desv. Radial 20 y cubital 20, dedos: pulgar ama conservados, y del 2-5: mcf ama completos, peor en la ifp: extensión completa -flexión i 70, y fp completas, que limitan cierre total, hipoestesia territorios mediano y cubital con fm 4/5 en los miotomas de los territorios descritos, i A: el pte se formula acet. + Cd de 30 cada 12 hrs y aine tópico, ya que presenta edema residual en la mano y control 3m. Así mismo trae rx de muñeca que reportan como 6c no consolidad de cubito derecho, pero está en proceso. Se sugiere control con md tratante y seguir plan casero.”

Fecha: 04/08/2017

Especialidad: Historia Clínica - Folio 20-21

Resumen:

(Aportado en valoración a la JNCI) "...cuadro clínico de varios meses d evolución de disminución de agudeza visual en ojo derecho no fiebre no vomitio dolor ocular refiere que sufrió trauma craneoencefálico hace 2 años. Hallazgos: Cabeza: normocefalo.- Ojos: ojo derecho con opacidad del cristalino Otorrinolaringología: normal. - Boca: mucosas húmedas rosadas. - Cuello: no masas ni adenopatias. - Tórax: rs cs rítmicos sin soplos. - Cardio-respiratorio: ruidos respiratorios sin agregados, - Abdomen: blando, depresible, no doloroso. Descripción: se da recomendaciones en adherencia farmacológica (horarios y tiempo de tratamiento) indicaciones alimentarias (ingesta de frutas, verduras, proteínas, cereales, disminución en ingesta de grasas, sal y azúcares) se indican hábitos de vida saludable (actividad física diaria 40 minutos con buena hidratación), se explica condición y diagnóstico; se dan signos de alarma, paciente refiere comprender y entender se remite a oftalmología por catarata traumática..."

Fecha: 05/08/2017

Especialidad: Medicina General - Dra. Constanza Zuñiga - Folio 25-26

Resumen:

(Aportado en valoración a la JNCI) "...Cuadro clínico de más o menos 1 hora de evolución, consistente en vértigo con posterior caída de su propia altura que ocasiono escoriaciones en codo izquierdo rodilla y tobillo ipsilateral. Descripción: paciente masculino de 49 años de edad

el cual acude al servicio de urgencias por cuadro clínico de más o menos 1 hora de evolución, consistente en vértigo con posterior caída de su propia altura que ocasiono escoriaciones en codo izquierdo rodilla y tobillo ipsilateral. Paciente con múltiples escoriaciones superficiales, en extremidades izquierda, con dolor en rodilla y tobillo actualmente sin mareo ni vértigo, se indica diclofenaco 75 mg im ahora, dexametasona 8 mg im, curaciones se indica diclofenaco 75 mg im ahora, dexametasona 8 mg im, curaciones..."

Fecha: 31/08/2017

Especialidad: Medicina General - Folio 19

Resumen:

(Aportado en valoración a la JNCI) "...se dan recomendaciones sobre adecuados hábitos alimenticios con énfasis en control de grasas, harinas y azúcares, evitar el consumo de bebidas alcohólicas, evitar el estrés, se dan estilos de vida saludables, normas de aseo personal, se dan signos de alarma si presenta fiebre, diarreas, disnea acudir a urgencias. Lavado E Irrigación De Oídos Sod..."

Pruebas específicas

Fecha: 31/10/2014

Nombre de la prueba: Rx columna cervical (folio 104)

Resumen:

"Densidad ósea normal. Se observa fusión de los cuerpos vertebrales de C2 - C3 y C3 - C4. Rectificación de la lordosis cervical. La altura y alineación de los cuerpos vertebrales es normal. La amplitud de los demás espacios intervertebrales está conservada. No es posible evaluar C7 ni el aspecto posterior de C6. La relación atlanto-odontoidea está conservada. Tejidos blandos prevertebrales de espesor normal. Presencia de múltiples cuerpos extraños densos en los tejidos blandos del cuello."

Fecha: 31/10/2014

Nombre de la prueba: Rx tórax(folio 104)

Resumen:

) "Proyección única. Silueta cardíaca de tamaño normal. El mediastino y la vascularización pulmonar no demuestran alteraciones. No se observan lesiones parenquimatosas pulmonares ni pleurales. Cuerpos extraños densos que se proyectan sobre el aspecto superior del hemitórax izquierdo."

Fecha: 31/10/2014

Nombre de la prueba: Rx pelvis (folio 104)

Resumen:

"Múltiples cuerpos extraños densos en los tejidos blandos de la pelvis. No evidencio lesiones óseas de origen traumático. Superposición de estructuras de inmovilización."

Fecha: 31/10/2014

Nombre de la prueba: Rx columna torácica (folio 103)

Resumen:

"Proyección en AP y lateral. La altura y alineación de los cuerpos vertebrales y así como la amplitud de los espacios intervertebrales son normales. Pedículos sin alteraciones."

Fecha: 31/10/2014

Nombre de la prueba: Rx columna lumbar (folio 103)

Resumen:

"Proyección en AP y translateral. Múltiples cuerpos extraños densos en los tejidos blandos. La densidad ósea es normal. La altura y alineación de los cuerpos vertebrales y así como la amplitud de los espacios intervertebrales son normales. No hay signos de espondilolistesis. Interposición de aire en asas que limita la evaluación de las estructuras óseas."

Fecha: 31/10/2014

Nombre de la prueba: Rx mano derecha (folio 103)

Resumen:

"Fractura de la base de la falange proximal del segundo dedo. Fractura angulada de la cabeza del quinto metacarpiano. Relaciones articulares conservadas. También se observa fractura impactada de la metáfisis distal del radio con avulsión de la apófisis estiloides del cubito. Relaciones articulares conservadas."

Fecha: 31/10/2014 **Nombre de la prueba:** Tomografía cráneo (folio 102)

Resumen:

"Hallazgos: No se evidencian masas, áreas de isquemia ni hemorragia intraparenquimatosa. Las estructuras de la línea media no muestran desplazamiento. El sistema ventricular es de tamaño normal. Las cisternas basales y los surcos del espacio subaracnoideo tienen amplitud normal. No hay colecciones epi ni subdurales. En las imágenes con ventana para hueso no se identifican fracturas. Aumento en el espesor e irregularidad del cuero cabelludo a nivel de la línea media de la región parietal asociado a la presencia de aire."

Fecha: 18/11/2014 **Nombre de la prueba:** Rx mano derecha (folio 106)

Resumen:

"En el control practicado se observa aceptable eje de reducción del extremo distal de la diáfisis del quinto metacarpiano mantenida con vendaje de yeso. No hay compromiso articular."

Fecha: 18/11/2014 **Nombre de la prueba:** Rx reja costal derecha (folio 106)

Resumen:

"En las proyecciones practicadas no se observaron alteraciones osteoarticulares de tipo traumático."

Fecha: 12/12/2014 **Nombre de la prueba:** Tomografía columna cervical (folio 108)

Resumen:

"Hallazgos : No se identifican trazos de fractura. Se observa fusión de los elementos anteriores y posteriores de las vertebrae C2 y C3. También hay fusión parcial de los elementos anteriores y posteriores de las vertebrae C4 y C5. Leve disminución en la amplitud del espacio intervertebral C3/C4 asociado a esclerosis e irregularidad de los platillos vertebrales correspondientes. Los espacios intervertebrales en los niveles C5 - C6, C6 - C7 y C7 - T1 están preservados. Disminución en la amplitud del agujero de conjugación izquierdo en el nivel C3 - C4. La amplitud del canal raquídeo es normal. Adecuada orientación de las facetas articulares. No hay alteraciones aparentes en la densidad de la médula espinal, sin embargo la Resonancia Magnética es más sensible para evaluar patología a este nivel."

Fecha: 24/12/2014 **Nombre de la prueba:** Rx Mano derecha (folio 109)

Resumen:

"Se demuestra fractura antigua no consolidada del extremo distal del quinto metacarpiano. Presentan ligero grado de angulación. También se observa fractura conminuta de la metáfisis distal del radio parcialmente valorada con el presente estudio. No se demuestra angulación ni desplazamiento de los fragmentos óseos. Hay fractura completa ligeramente desplazada de la apófisis estiloides, del cubito. Tejidos blandos de apariencia usual."

Fecha: 24/12/2014 **Nombre de la prueba:** Rx Hombro derecho (folio 107)

Resumen:

"Existe ligero grado de esclerosis a nivel de la tuberosidad mayor de la cabeza humeral. No se demuestran lesiones óseas expansivas. Relaciones articulares conservadas. La amplitud de los espacios articulares es satisfactoria. Tejidos blandos de apariencia usual."

Fecha: 01/01/2015 **Nombre de la prueba:** Rx mano muñeca (folio 110)

Resumen:

Fecha: 13/07/2015

Nombre de la prueba: Informe Integral Audiología (folio 97)

Resumen:

"ANAMNESIS: Paciente quien asiste a valoración audiológica y vestibular por accidente laboral. Se desempeña como oficial de construcción en la empresa "HEINZ RONEL ZULUAGA" desde hace 3 años. Sufrió accidente durante jornada laboral en Octubre 31 de 2014, el paciente reporta: "Una placa se desplomó del séptimo piso y caímos al primer piso en los escombros. Perdí la conciencia, tuve un trauma en la cabeza en el lado izquierdo, parálisis facial y quedé con un zumbido en los oídos". De acuerdo con la historia médica, el paciente presentó trauma craneoencefálico severo con pérdida de conciencia. Actualmente refiere disminución auditiva bilateral, intolerancia a sonidos fuertes, acufeno permanente bilateral y vértigo objetivo de minutos de duración y frecuencia variable, asociado a fosfenos, náuseas y cefalea en el lado izquierdo. Factor de riesgo por alta ingesta de líquidos y cafeína. Ha recibido tratamiento farmacológico sin mejoría. RESULTADO DE PRUEBA AUDIOLOGICA ANTERIOR: (Médicos Asociados) 24/11/2014: Audiometría: Pérdida auditiva a partir de 3000 Hz de grado moderado en oído derecho. Hipoacusia neurosensorial de grado moderado - profundo en oído izquierdo. RESULTADOS DE PRUEBAS AUDIOLÓGICAS ACTUALES: Audiometría: Debido a las inconsistencias con respecto a la evaluación previa no es posible establecer un diagnóstico confiable. FECHA FRECUENCIAS (Hz) OÍDO DERECHO VIA AEREA FRECUENCIAS (Hz) OÍDO IZQUIERDO VIA AEREA (d-m-a) 250 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000 250 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000 24/31/2014 10 15 15 10 45 35 35 40 35 35 40 40 85 70 75 SR Actual 13/07/2015 25 35 30 30 55 50 55 55 50 45 45 50 90 95 95 105 FECHA FRECUENCIAS (Hz) OÍDO DERECHO VIA OSEA FRECUENCIAS (Hz) OÍDO IZQUIERDO VIA OSEA (d-m-a) 250 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000 250 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000 24/11/2014 0 5 10 10 40 30 20 35 25 35 65 35 Actual 13/07/2015 20 35 30 30 50 50 35 40 45 50 65 75 Logoaudiometría: Debido a las inconsistencias en la audiometría no es posible establecer un diagnóstico confiable. • Electrocoqueografía: Los resultados sugieren AUMENTO de la presión endolinfática en oído izquierdo, en el momento del examen. Las latencias acortadas son sugestivas de reclutamiento coclear, de predominio izquierdo. • Potenciales evocados auditivos tallo cerebral, técnica estado estable (PEATC ee): OÍDO DERECHO: Se obtienen respuestas por conducción aérea en las frecuencias 500Hz, 1000Hz, 2000Hz y 4000Hz a 5dB nHL, 5dB nHL, 15dB nHL y 40dB nHL, respectivamente. OÍDO IZQUIERDO: Se obtienen respuestas por conducción aérea en las frecuencias 500Hz, 1000Hz, 2000Hz y 4000Hz a 5dB nHL, 35dB nHL, 40dB nHL y 70dB nHL, respectivamente. • Potencial Evocado Auditivo Trasiente, Técnica Umbral Onda V, con estímulo click (CORTESÍA): Se registra el umbral de la onda V reproducible hasta 30dB nHL (20dB HL aprox.) en el oído derecho y hasta 50dB nHL (40dB HL) en el oído izquierdo (Estimación del umbral auditivo únicamente alrededor de los 3000Hz a partir de la sincronización neural), lo cual sugiere compromiso de los umbrales auditivos electrofisiológicos para frecuencias agudas de grado leve en el oído derecho y moderado en el oído izquierdo. A alta intensidad del estímulo, en el oído derecho se registran ondas I, III y V de morfología y reproducibilidad normal, con valores de latencias absolutas e interpicos dentro de límites normales y en el oído izquierdo se registran ondas III y V de morfología y reproducibilidad alterada, con valores de las latencias absolutas desplazadas e interpico 111-V dentro de límites normales. DIAGNOSTICO AUDIOLÓGICO: W Pérdida auditiva bilateral asimétrica para las frecuencias entre 500Hz y 4000Hz, de grado leve a moderado, a partir de 3000Hz en oído derecho y grado leve a severo, a partir de 1000Hz, en oído * izquierdo. CONCLUSIONES: • Se observan diferencias significativas entre la valoración audiológica comportamental actual, los umbrales reportados previamente y los registrados en los potenciales evocados auditivos de estado estable. • Se encuentra correlación entre las pruebas electrofisiológicas efectuadas. • Aunque el paciente es candidato a amplificación auditiva en el oído izquierdo debido que el PÍA es mayor a 30 dB, se sugiere inicialmente estudio de anormal de desplazamiento de ondas a alta intensidad."

Fecha: 21/07/2015

Nombre de la prueba: Potenciales evocados auditivos de tallo cerebral (folio 96)

Resumen:

"RESULTADOS PEATCee. OÍDO DERECHO: Se obtienen respuestas por conducción aérea en las frecuencias 500Hz, 1000Hz, 2000Hz y 4000Hz a 5dB nHL, 5dB nHL, 15dB nHL y 40dB nHL, respectivamente. OÍDO IZQUIERDO: Se obtienen respuestas por conducción aérea en las frecuencias 500Hz, 1000Hz, 2000Hz y 4000Hz a 5dB nHL, 35dB nHL, 40dB nHL y 70dB nHL, respectivamente. Potencial Evocado: Auditivo Trasiente, Técnica Umbral Onda V, con estímulo click (CORTESÍA): Se registra el umbral de la onda V reproducible hasta 30dB nHL (20dB HL aprox.) en el oído derecho y hasta 50dB nHL (40dB HL) en el oído izquierdo (Estimación del umbral auditivo únicamente alrededor de los 3000Hz a partir de la sincronización neural), lo cual sugiere compromiso de los umbrales auditivos electrofisiológicos para frecuencias agudas de grado leve en el oído derecho y moderado en el oído izquierdo. A alta intensidad del estímulo, en el oído derecho se registran ondas I, III y V de morfología y reproducibilidad normal, con valores de latencias absolutas e interpicos dentro de límites normales y en el oído izquierdo se registran ondas III y V de morfología y reproducibilidad alterada, con valores de las latencias absolutas desplazadas e interpico 111-V dentro de límites normales. INTERPRETACIÓN Los anteriores resultados sugieren compromiso de los umbrales auditivos electrofisiológicos para las frecuencias entre 1000Hz y 4000Hz de grado leve a severo en el oído izquierdo y de grado leve a moderado a partir de 3000Hz en el oído derecho. RECOMENDACIONES - Control con médico tratante ORI."

Fecha: 29/08/2015

Nombre de la prueba: Rm hombro derecho (folio 128)

Resumen:

"HALLAZGOS: No se observan lesiones óseas de origen traumático reciente. Las relaciones articulares están preservadas. Hay aumento en la intensidad de señal del tendón del supraespinoso, comprometiendo la superficie bursal y articular inmediatamente a la altura de su inserción en la tuberosidad mayor del húmero y extendiéndose en una longitud de 10 mm. Las demás estructuras que componen el"

manguito rotador están preservadas. El tendón de la porción larga del bíceps es de curso y trayecto usual. Líquido intraarticular discretamente aumentado de localización peritendinosa al tendón del supraespinoso. Los planos musculares y tejidos blandos son normales."

Fecha: 21/10/2015 Nombre de la prueba: Tac de tórax (folio 129)

Resumen:

"Hallazgos: Hay una imagen nodular calcificada en el lóbulo superior izquierdo de 0.3 cm de diámetro mayor de 262 UH. En los segmentos no hay lesiones nodulares. No hay evidencia de masas. El patrón de vascularización se encuentra conservado. El espacio aéreo alveolar es normal. La vía aérea principal, tráquea y bronquios principales son normales. El espacio pleural es normal. Las cavidades cardíacas son normales. El mediastino es normal. CONCLUSION: NÓDULO CALCIFICADO DE CARACTERÍSTICAS BENIGNAS SECUNDARIAS A GRANULOMA EN EL LÓBULO SUPERIOR IZQUIERDO."

Fecha: 03/03/2016 Nombre de la prueba: Radiografía De Muñeca Derecha - Dr. Federico Peñaloza - Folio 30

Resumen:

(Aportado en valoración a la JNCI) "...Se observan cambios por fractura antigua consolidada en la metafisis distal del radio. El alineamiento está preservado. Existe fractura antigua de la apófisis estiloides del cubito no consolidada. Relaciones articulares conservadas: Disminución en la densidad ósea distal. Tejidos blandos de apariencia usual..."

Fecha: 17/05/2016 Nombre de la prueba: Electrodiagnostico miembros superiores (referenciado en ponencia Junta Regional)

Resumen:

"No es concluyente para compromiso traumático o por atrapamiento de los nervios medianos y ulnares"

Concepto de rehabilitación

Proceso de rehabilitación: Sin información

Valoraciones del calificador o equipo interdisciplinario

Fecha: 14/09/2017 Especialidad: Valoración médica:

Motivo de Consulta-Enfermedad Actual: Paciente quien consulta por cuadro de AT el día 31/10/2014, estaba fundiendo placas y colapsó y cayeron del 7° al 1° piso quedando atrapados entre los escombros. Lo llevaron al médico después de media hora de estar atrapado. Le hicieron estudios con trauma Craneo encefálico con pérdida de conocimientos, tres días. Y quedó con vértigo con zumbido, edemas de la mano.

Le dijeron que tenía síndrome de Meniere que no tiene cura.

Además en la actualidad está con dolor de cabeza, vértigo, zumbido. además dice que por el ojo derecho "veo distornado" y le dijeron que tenía una catarata traumática. Dice que le cayó cemento en el ojo y tenía los ojos tapados al momento del accidente. La mano derecha no cierra bien, tuvo fractura de metacarpianos.

Está tomando HCTZ, betahistamina, acetaminifén.

Examen Físico: Aceptable estado general aparente. Marcha normal.

Dominancia: Diestra

FC:	78	FR:	17	TA:	NE	PESO:	86	TALLA:	1,76
-----	----	-----	----	-----	----	-------	----	--------	------

Cardio-Pulmonar: Ruidos Cardíacos rítmico, sin sobreagregados. Ventilación pulmonar adecuada. No sibilancias, no estertores.

Abdomen: Blando, depresible, no masas, no megalias.

Miembros Superiores: Dolor en mano derecha, aparente disminución de fuerza de 2/5 al agarre. 50° de extensión en muñeca. flexión 70°, desviaciones: Radial 20° y cubital 20°, dedos: pulgar ama conservados; Dedos 2° al 5°: se observa cierre incompleto de la mano: mcf completos; ifp: extensión completa: flexión 50°, y distal: completas. Dolor en los hombros de predominio derecho, con AMAs pasivos completos.

Miembros Inferiores: Sin alteraciones aparentes

Columna: Sin alteraciones aparentes

Neurológico: Ojos: No evidencio catarata en ojo derecho. Pterigión temporal en OI. Romberg negativo. movimientos finos conservados.

Resto no examinado.

Fecha: 14/09/2017 Especialidad: Valoración por Psicología:

DATOS PERSONALES: Hombre de 49 años, escolaridad secundaria, estado civil casado, tiene dos hijos, procedente de Girardot (Cundinamarca). Es diestro. Vive con la esposa, los hijos y la mamá.

HISTORIA OCUPACIONAL:

Se ha desempeñado como oficial de construcción por 15 años (mampostería, empañetar, armado de columnas, colocación de vigas y otras tareas). Actualmente está como independiente (vende agua en la casa y hace rifas). Manifiesta que no le dan trabajo porque temen que se vaya a caer o a accidentar.

SÍNTOMAS Y ESTADO ACTUAL:

Ingresa con marcha normal e independiente, comenta que tuvo accidente de trabajo el 31 de octubre de 2014 cuando hacían una placa y cayeron de un séptimo piso al primer piso. Sufrió trauma cráneo encefálico, fracturas de radio y cúbito derecho y del quinto metacarpiano de la mano derecha, además llexión del plexo braquial derecho, herida en oreja izquierda, además de otros traumas. Como secuelas actuales presente restricción del movimiento de los dedos de la mano derecha, siente cefalea, "zumbido en la cabeza", dice presentar vértigos ocasionales, el brazo derecho tiene restricción del movimiento para flexionar el hombro, tiene dificultad leve para escuchar el tono de conversación normal. Para los desplazamientos no tiene dificultad, puede subir y bajar escaleras. En la casa colabora en oficios, es independiente para realizar sus actividades de la vida diaria y básicas cotidianas, incluyendo higiene y arreglo personal. Establece contacto verbal y visual adecuado, está orientado globalmente, sin alteraciones del lenguaje ni del pensamiento, dice que ha tenido cambios en su comportamiento, que ahora es irritable y de "mal genio". No se evidencia afectación de funciones mentales superiores ni síntomas patológicos del estado de ánimo y no ha requerido tratamiento psiquiátrico ni psicológico.

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 coma cinco (0,5). De manera tal que si el valor final fue de ochenta por ciento (80%) se multiplica por cero coma 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 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, establece que:

Resumen del Caso: Se trata de un paciente de 49 años, de ocupación Obrero, quien refiere ocurrencia de accidente de trabajo el día 31/10/2014, el cual se describe así: al caerse una placa de concreto donde estaba laborando, cayendo desde un 7° piso y quedar atrapado entre los escombros. Lo llevan al servicio de urgencias y le encuentran: decaído, álgido y en estado confusional dado por ideas repetitivas de los hechos. Además amnesia del suceso. Se aprecia herida de bordes regulares en región parietal alta derecha. Se aprecia entrada de concreto en ambos ojos. 2 heridas pequeñas en dorso de la lengua. Se aprecia dolor leve a la movilización del cuello. Se aprecian escoriaciones múltiples en región dorsal y de hombros. Además dolor a la palpación en toda la columna. Dolor a la presión de la pelvis. Dolor en mano derecha con limitación funcional. No focalizado en el momento del examen. No meningismo. Diagnóstico: Hemorragia subdural traumática; fractura de otras vértebras cervicales especificadas; fractura de vertebra torácica; neumotorax traumático; fractura de vértebra lumbar; fractura de otras partes y de las no especificadas de la columna lumbar y de la pie.

Le hicieron múltiples estudios imagenológicos que mostraron como positivo: 31/10/2014 Rx columna cervical : fusión de los cuerpos vertebrales de C2 - C3 y C3 - C4. Rectificación de la lordosis cervical. Presencia de múltiples cuerpos extraños densos en los tejidos blandos del cuello; Rx pelvis: Múltiples cuerpos extraños densos en los tejidos blandos de la pelvis; Rx mano derecha: Fractura de la base de la falange proximal del segundo dedo. Fractura angulada de la cabeza del quinto metacarpiano. Fractura impactada de la metáfisis distal del radio con avulsión de la apófisis estiloides del cubito.

Valorado por Cirugía general quien descarta patología o lesión para manejo por el servicio.

Oftalmología: Pterigios congestivo. AV: OD: 20/40 y OI: 20/25. Diagnóstico: cuerpo extraño polvo en ojos.

Ortopedia: ordena manejo ortopédico para fracturas no desplazadas en la mano derecha con férula.

Durante la hospitalización paciente manifiesta vértigo posicoma, cefalea, tinnitus OI, disestesias en lengua.

Se tomó TAC de cráneo que descarta fractura o lesión intracraneal.

En Historia Clínica se evidencia las siguientes consultas y paraclínicos pertinentes para calificar:

En valoración por Otorrinolaringología : parálisis derecha periférica en remisión, fenómeno de bell positivo, nistamus con la posición grado I- Dx. Parálisis de Bell, Otros vértigos periféricos.

17/02/2015. TAC columna cervical (folio 111): Hallazgos: fusión de los elementos anteriores y posteriores de las vértebras C2 y C3, y de las vértebras C4 y C5 se evidencia además disminución en la amplitud del espacio intervertebral C3-C4 asociado a esclerosis de los platillos vertebrales correspondientes. Disminución en la amplitud del agujero de conjugación izquierdo en el nivel C3-C4.

18/02/2015. Electromiografía (folio 115): estudio demostrativo de una lesión distal moderada de los nervios mediano, cubital y radial derecho.

31/03/2015 Cirugía de la mano (folio 151): acusa rigidez de mano y puño derecho, disminución de la sensibilidad del área cubital. Examen físico: puño derecho: movilización sin crepitación, faltan 10° de dorsiflexión, 10° de palmiflexión finales, rigidez para la flexión final en las metacarpofalángicas de todos los dedos de mano izquierda y en la interfalángica proximal del meñique. Hipoestesia al tacto del área cubital, paresia de aductor del meñique y aductor corto del pulgar, disminución de la apertura de la primera comisura.

15/04/2015 Electromiografía (folio 120): estudio demostrativo de una lesión del plexo braquial derecho leve con compromiso de los troncos primario superior medio e inferior y del cordón posterior con signos de recuperación.

09/05/2015 Electrodiagnóstico MMII (folio 125): estudio es demostrativo de un síndrome radicular L4-L5, L5-S1 bilateral leve crónico.

29/05/2015 Valoración Psiquiatría : Durante la valoración manifiesta que a partir del accidente ha presentado algunos síntomas de corte ansioso, que en mi concepto son reactivos y esperables a condición clínica descrita. Aunque no configuran un diagnóstico psiquiátrico en el eje I, de la esfera mental, sí es pertinente que continúe recibiendo acompañamiento psicoterapéutico.

25/06/2015 Informe Neuropsicológico : las fallas en funcionamiento ejecutivo (auto-monitoreo) también guardan relación con la manifestación de síntomas ansiosos y se espera que la disfunción cognitiva (atencional) merme en severidad a la vez que haya mejor manejo de los mismos (ansiedad).

13/07/2015. Informe Integral Audiología (folio 97): Diagnóstico Audiológico: Pérdida auditiva bilateral asimétrica para las frecuencias entre 500Hz y 4000Hz, de grado leve a moderado, a partir de 3000Hz en oído derecho y grado leve a severo, a partir de 1000Hz, en oído * izquierdo. Conclusiones: • Se observan diferencias significativas entre la valoración audiológica comportamental actual, los umbrales reportados previamente y los registrados en los potenciales evocados auditivos de estado estable. • Se encuentra correlación entre las pruebas electrofisiológicas efectuadas. .

14/07/2015. Cirugía de la mano (folio 152): en control de politrauma con lesión del plexo braquial (mediano, cubital y radial) en reinervación y fractura de radio distal y 5o metacarpiano derecho, en rehabilitación. Refiere disestesia del área cubital en las noches, con sensibilidad conservada en áreas medianas cubitales y radiales. Dx. Fractura de la epífisis inferior del radio; Fracturas de otros huesos metacarpianos; Traumatismo de plexo braquial; Rigidez articular, no clasificada en otra parte. Examen físico: mano derecha: falta cierre a mano llena, tiene mejor elasticidad de los dedos y puño, faltan 15° de supinación y 10° de pronación. 70° de dorsiflexión, 70° de palmiflexión. Actividad de extensores de puño y dedos conservada, falta abductor del meñique, y hay froment (+).

14/07/2015. Valoración neurocirugía (folio 153): Se considera las lesiones de columna cervical no corresponden a accidente laboral.

21/07/2015 Potenciales evocados auditivos de tallo cerebral (folio 96) Estudio sugiere compromiso de los umbrales auditivos electrofisiológicos para las frecuencias entre 1000Hz y 4000Hz de grado leve a severo en el oído izquierdo y de grado leve a moderado a partir de 3000Hz en el oído derecho.

04/08/2015 Valoración psiquiatría: No se identifica una sintomatología que configure un diagnóstico del Eje I. No amerita otras intervenciones por nuestro servicio en el momento. Se emite concepto y se cierra caso

29/08/2015. RNM hombro derecho (folio 128) : Hay aumento en la intensidad de señal del tendón del supraespinoso, comprometiendo la superficie bursal y articular inmediatamente a la altura de su inserción en la tuberosidad mayor del húmero y extendiéndose en una longitud de 10 mm. Las demás estructuras que componen el manguito rotador están preservadas. El tendón de la porción larga del bíceps es de curso y trayecto usual. Líquido intraarticular discretamente aumentado de localización peritendinosa al tendón del supraespinoso. Los planos musculares y tejidos blandos son normales.

El día 13/11/2015 Ortopedia y traumatología interviene quirúrgicamente en Hombro: Ruptura delaminar del supraespinoso a nivel articular cara bursal íntegra e inserción completa en la tuberosidad. Bursa con inflamación severa. Diagnóstico Síndrome de manguito rotatorio

17/05/2016 Valoración fisiatría: TCE Parálisis facial en remisión, vértigo postraumático Lesión del plexo braquial derecho leve con compromiso de los troncos primario superior, medio e inferior y del cordón posterior con signos de recuperación. Nódulo calcificado pulmonar Enfermedad de Meniere. Cirugía por Ruptura supraespinoso derecha. Lesión de nervio radial cubital y mediano en fase de re-inervación, Fractura de radio distal y V MTC derecho TCE leve, Síndrome de klipper feil cervical, protrusiones cervicales múltiples crónicas. Hipoacusia n-s bilateral. Al ef: marcha normal, examen mental normal, mss.: msd: ama pasivos de hombros completos, activos: hombro; extensión y aducción conservados, abducción: 100°, flexión 100°, re: 70°, interna 50°, codo ama conservados, muñeca: flexión 70°, extensión 50°, desv. Radial 20° y cubital 20°, dedos: pulgar ama conservados, y del 2-5: mcf ama completos, peor en la ifp: extensión completa -flexión i 70°, y fp completas, que limitan cierre total, hipoestesia territorios mediano y cubital con fm 4/5 en los miotomas de los territorios descritos.

Estudio del caso: En aras de desatar el recurso interpuesto, se estudia la Historia Clínica aportada, se tiene en cuenta la valoración realizada por los integrantes de la Sala Uno de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez y se contrasta los hallazgos en la Historia Clínica con lo estipulado en el MUCPCLO.

Deficiencias: Al revisar el dictamen emitido por la Junta Regional de calificación de invalidez, a la luz de los argumentos expuestos en la apelación, se considera que se le calificó las siguientes Deficiencias, sin ponderar: Deficiencia por pérdida de la agudeza auditiva (no ponderada), 14.0% (Tabla 9.1, 9.2,9.3); Deficiencia por vértigo, 6.00% (Tabla 9.4); Deficiencia por tinnitus 3.0%; Deficiencia por disestesia secundaria a neuropatía periférica o lesión de médula espinal y dolor crónico somático, 10.0% (Tabla 12.5); Deficiencia por plexo braquial derecha, 0.0% (Tabla 12.12) y Deficiencias por alteración de miembro superior derecho + dominancia 14.54% (Tabla 14.5, 14.3, 14.2).

Respecto a las calificaciones asignadas y que fueron controvertidas por la ARL Colpatria:

Los movimientos del hombro se encuentran completos en forma pasiva, razón por la cual la calificación que le corresponde es de 0.0%; no obstante, se aclara que el paciente tiene restricción de AMAs en muñeca derecha y en dedos que se califican con 9.18%

Respecto a la asignación de porcentaje por Dolor crónico somático, efectivamente se considera que hay sobrevaloración, no aplica calificar por este ítem, pero si aplica calificar por nervio periférico por dolor y se califica con 2.0%.

En relación a la calificación por Disminución de la percepción auditiva, se considera que la calificación que le corresponde es de: 4.0% por SDU de OD: 100dB y de OI: 160dB. (Tabla 9.1, 9.2,9.3).

En razón a lo anterior, se decide que la calificación de deficiencia sin ponderar, que le corresponde al paciente es de 22.35%, que equivale a Deficiencia Final Ponderada de 11.18%.

En cuanto al rol laboral y otras áreas ocupacionales: El rol laboral se encuentra sobrevalorado, de acuerdo con el criterio técnico de esta Junta Nacional corresponde asignar rol laboral recortado, pues puede realizar las tareas principales y se le dificultan algunas tareas secundarias de su labor habitual, por lo cual puede laborar con adaptación de tareas. Los demás puntos no fueron controvertidos y se transcriben. Se califica con: 13.2%

Así las cosas, la calificación de pérdida de capacidad laboral que le corresponde al paciente a consecuencia del Accidente de Trabajo, es de: 24.38%.

Por lo anterior, esta junta decide **MODIFICAR** el dictamen emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá.

MJV

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

Título I - Calificación / Valoración de las deficiencias

Diagnósticos y origen

CIE-10	Diagnóstico	Diagnóstico específico	Origen
H810	Enfermedad de meniere		Accidente de trabajo
S628	Fractura de otras partes y de las no especificadas de la muñeca y de la mano		Accidente de trabajo
H903	Hipoacusia neurosensorial, bilateral		Accidente de trabajo

H931	Tinnitus	Accidente de trabajo
S099	Traumatismo de la cabeza, no especificado	Accidente de trabajo
S143	Traumatismo de plexo braquial	Accidente de trabajo
S460	Traumatismo de tendón del manguito rotatorio del hombro	Accidente de trabajo
S045	Traumatismo del nervio facial [vii par]	Accidente de trabajo

Deficiencias

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia por vertigo	9	9.4	1	0		NA	6,00%		6,00%
Deficiencia por pérdida de la agudeza auditiva (No ponderada)	9	9.1, 9.2, 9.3	NA	NA	NA	NA	4,00%		4,00%
Deficiencia por tinnitus	9	NA	NA	NA	NA	NA	3,00%		3,00%
Valor combinado									12,76%

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia global del nervio subescapular (Superior e inferior) Derecha	12	12.13	3		NA	NA	2,00%		2,00%
Valor combinado									2,00%

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia por alteración de miembro superior derecho + dominancia	14	14.2, 14.3	NA	NA	NA	NA	9,18%		9,18%
Valor combinado									9,18%

Capítulo	Valor deficiencia
Capítulo 9. Deficiencias por alteraciones del sistema auditivo y vestibular.	12,76%
Capítulo 12. Deficiencias del sistema nervioso central y periférico.	2,00%
Capítulo 14. Deficiencias por alteración de las extremidades superiores e inferiores.	9,18%
Valor final de la combinación de deficiencias sin ponderar	22,35%

CFP: Clase factor principal CFM: Clase factor modulador

Formula ajuste total de deficiencia por tabla: (CFM1 - CFP) + (CFM2 - CFP) + (CFM3 - CFP)

Formula de Baltazar: Obtiene el valor de las deficiencias sin ponderar.
$$\frac{A + (100 - A) * B}{100}$$

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

Calculo final de la deficiencia ponderada: % Total deficiencia (sin ponderar) x 0,5 **11,18%**

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

Rol laboral

Restricciones del rol laboral	5
Restricciones autosuficiencia económica	1.5
Restricciones en función de la edad cronológica	1.5
Sumatoria rol laboral, autosuficiencia económica y edad (30%)	8,00%

Calificación otras áreas ocupacionales (AVD)

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

d1	1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	Total
		d110	d115	d140-d145	d150	d163	d166	d170	d172	d175-d177	d1751	
		0	0.1	0	0	0	0	0	0	0.1	0.1	0.3

d3	2. Comunicación	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	2.9	2.10	Total
		d310	d315	d320	d325	d330	d335	d345	d350	d355	d360	
		0.1	0	0	0	0	0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.5
d4	3. Movilidad	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	3.9	3.10	Total
		d410	d415	d430	d440	d445	d455	d460	d465	d470	d475	
		0.1	0.1	0.2	0.2	0.2	0.3	0	0.3	0.3	0.3	2
d5	4. Autocuidado personal	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	4.6	4.7	4.8	4.9	4.10	Total
		d510	d520	d530	d540	d5401	d5402	d550	d560	d570	d5701	
		0.1	0.1	0	0.1	0.1	0.1	0	0	0.3	0.1	0.9
d6	5. Vida doméstica	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	5.7	5.8	5.9	5.10	Total
		d610	d620	d6200	d630	d640	d6402	d650	d660	d6504	d6506	
		0.1	0.3	0.1	0.2	0.3	0.2	0.1	0.1	0.1	0	1.5

Sumatoria total de otras áreas ocupacionales (20%)

5.2

Valor final título II

13,20%

7. Concepto final del dictamen pericial

Valor final de la deficiencia (Ponderado) - Título I	11,18%
Valor final rol laboral, ocupacional y otras áreas ocupacionales - Título II	13,20%
Pérdida de la capacidad laboral y ocupacional (Título I + Título II)	24,38%

Origen: Accidente

Riesgo: de trabajo

Fecha de estructuración: 17/05/2016

Fecha declaratoria: 27/09/2017

Sustentación fecha estructuración y otras observaciones:

Nivel de pérdida: Incapacidad permanente parcial

Muerte: No aplica

Ayuda de terceros para AVC: No aplica

Ayuda de terceros para toma de decisiones: No aplica

Requiere de dispositivos de apoyo: No aplica

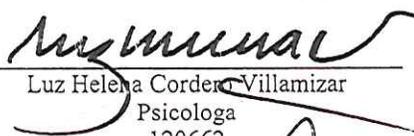
Enfermedad de alto costo/catastrófica: No aplica

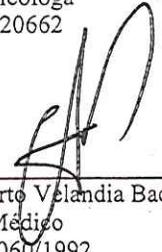
Enfermedad degenerativa: No aplica

Enfermedad progresiva: No aplica

8. Grupo calificador


Emilio Luis Vargas Pajaro
Médico ponente
Médico
1223/1994


Luz Helena Cordero Villamizar
Psicóloga
120662


Edgar Humberto Velandia Bacca
Médico
118060/1992

JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL GUBERNATORIAL
FIEL COPIA DEL ORIGINAL

RE: ANEXO DE DICTAMEN DE DETERMINACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL
Juzgado 01 Civil Circuito - Cundinamarca - La Mesa <jccmesa@cendoj.ramajudicial.gov.co>
Mié 29/06/2022 8:48
Para:

- Arce y Troncoso abogados asociados Arce y Troncoso abogados <arceytroncosoabogadosasociados@outlook.com>

Buenos días/Buenas tardes,

SE ACUSA RECIBIDO DE SU SOLICITUD, la misma se atenderá en el horario judicial establecido, en días hábiles de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 5:00 p.m.

Recuerde, que en el asunto del correo debe indicarse claramente si se trata de: memorial, solicitud, contestación, demanda, recurso, etc., y **el número de radicado, partes y clase de proceso al cual va dirigido**, con el fin de facilitar el trámite secretarial de los mismos; además que las peticiones deberán ser remitidas en formato PDF desde el correo que el apoderado tenga registrado ante la URNA.

Si el proceso está al Despacho, el memorial se agregará al expediente y una vez se profiera decisión de la Señora Jueza, se notificará por **estado electrónico** y podrá revisar el contenido de la providencia en la sección de **AUTOS** del micro sitio del Juzgado:

<https://www.ramajudicial.gov.co/web/juzgado-civil-del-circuito-de-la-mesa>

POR FAVOR NO RESPONDER ESTE CORREO

Cordialmente,

HENRY LÓPEZ MARTÍNEZ.
Escribiente

Juzgado Civil del Circuito
La Mesa-Cundinamarca
Calle 8 No. 19 - 88, Piso 3 Edificio Jabaco
Horario: L-V de 8am-1pm y de 2-5pm
3133884210
E-mail jccmesa@cendoj.ramajudicial.gov.co

De: Arce y Troncoso abogados asociados Arce y Troncoso abogados <arceytroncosoabogadosasociados@outlook.com>

Enviado: martes, 28 de junio de 2022 17:22

Para: Juzgado 01 Civil Circuito - Cundinamarca - La Mesa <jccmesa@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Asunto: ANEXO DE DICTAMEN DE DETERMINACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL

Siguiendo las instrucciones dadas por el despacho dentro del proceso con referencia 2016-00180, me permito allegar el dictamen de determinación de pérdida de capacidad laboral del señor VICTOR HUGO CASTIBLANCO, en el que la Junta Nacional de Calificación de Invalidez lo calificó una pérdida de capacidad laboral del 24.38%.

Enviado desde [Outlook](#)



JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ

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

1. Información general del dictamen pericial

Fecha de dictamen: 27/09/2017	Motivo de calificación: PCL (Dec 1507 /2014)	Nº Dictamen: 11318066 - 13359
Instancia actual: Segunda Instancia	Primera oportunidad: COLPATRIA	Primera instancia: Junta Regional de Bogotá
Solicitante: ARL	Nombre solicitante: COLPATRIA	Identificación: NIT 860002183
Teléfono: 6538400 Ext 309	Ciudad: Bogotá, D.C. - Cundinamarca	Dirección: Av. 15 No. 104 33 Piso 6
Correo electrónico: luis.delgado@ui.colpatria.com		

2. Información general de la entidad calificadora

Nombre: Junta Nacional de Calificación de Invalidez - Sala 1	Identificación: 830.026.324-5	Dirección: Diagonal 36 bis # 20 - 74
Teléfono: 7440737	Correo electrónico:	Ciudad: Bogotá, D.C. - Cundinamarca

3. Datos generales de la persona calificada

Nombres y apellidos: VICTOR HUGO CASTIBLANCO DELGADO	Identificación: CC - 11318066 - Girardot	Dirección: CRA 12A No. 33-55 PRIMER SECTOR ROSA BLANCA
Ciudad: Girardot - Cundinamarca	Teléfonos: 8305515 - 3145345929	Fecha nacimiento: 14/05/1968
Lugar: Villa de san diego de ubaté - Cundinamarca	Edad: 49 año(s) 4 mes(es)	Genero: Masculino
Etapas del ciclo vital: Población en edad económicamente activa	Estado civil: Casado	Escolaridad: Básica secundaria
Correo electrónico:	Tipo usuario SGSS: Contributivo (Cotizante)	EPS: Famisanar EPS
AFP: Colpensiones	ARL: Seguros de vida colpatria S.A.	Compañía de seguros:

4. Antecedentes laborales del calificado

Tipo vinculación: Dependiente	Trabajo/Empleo: OFICIAL DE CONSTRUCCION	Ocupación:
Código CIUO:	Actividad económica:	Dirección:
Empresa:	Identificación:	Fecha ingreso:
Ciudad:	Teléfono:	
Antigüedad: 1 Años		
Descripción de los cargos desempeñados y duración:		

DE ACUERDO INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR EL PACIENTE PINTAR, REVOCAR, PAÑETE, HACER ESTRUCTURAS DE CONCRETO

5. Relación de documentos y examen físico (Descripción)

Relación de documentos

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

RESUMEN DEL CASO:

Calificación en primera oportunidad:

La Administradora de Riesgos Laborales Colpatria le calificó Pérdida de Capacidad Laboral (PCL) de 12.85%, Diagnósticos Otras Hipoacusias, Traumatismo de la cabeza no especificado, Fractura de otro dedo de la mano, Fractura de otros huesos metacarpianos, Fractura de la epifisis inferior del cubito y del radio, Otros trastornos del nervio facial, Traumatismo de tendón del manguito rotatorio del hombro y contusión del tórax de origen Accidente de trabajo. Los diagnósticos: Tumor benigno de los bronquios y del pulmón, Deformidad congénita de la columna vertebral y Otros trastornos del disco cervical de origen Enfermedad Común, con Fecha de Estructuración 17/05/2016. La calificación de PCL emitida se desglosa así: Deficiencia Final Ponderada 5.05 %, Rol ocupacional/Laboral 7.80 %. Las Deficiencias (sin Ponderar) Calificadas fueron: Deficiencia por pérdida de audición 1.0% (Tabla 9.2 , 9.3), Deficiencia por movilidad de los dedos 2 a 5 mano derecha 5.87% (Tabla 14.2, Deficiencia por restricción de la movilidad de la muñeca derecha 2.00% (Tabla 14.3), Dominancia 1.525% y Sin deficiencia por lesión distal moderada de los nervios mediano cubital y radial derecho. Reinervación sin evidencia edx actual de lesión tce leve resuelto conjuntivitis ao secundaria a caída de polvo resuelta, cefalea postrauma resuelta, ruptura traumática supraespinoso derecho resuelta sin restricción de la movilidad pasiva 0.0%.

El señor Víctor Hugo Castiblanco Delgado no estuvo de acuerdo y fue enviado a la Junta Regional de Calificación de Invalidez

Calificación Junta Regional de calificación de Invalidez:

La Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá mediante dictamen N° 11318066-231 de fecha 10/02/2017 establece:

Diagnóstico(s):

Enfermedad de meniere
Fractura de otras partes y de las no especificadas de la muñeca y de la mano
Hipoacusia neurosensorial, bilateral
Tinnitus
Traumatismo de la cabeza, no especificado
Traumatismo de plexo braquial
Traumatismo de tendón del manguito rotatorio del hombro
Traumatismo del nervio facial [vii par]
Origen: Accidente de trabajo
Pérdida de capacidad Laboral: 38.27%
Fecha de Estructuración: 17/05/2016

La calificación de PCL emitida se desglosa así: Deficiencia: 20.07%; Rol laboral/ocupacional: 18.20%. Las Deficiencias Calificadas fueron: Deficiencia por pérdida de la agudeza auditiva (no ponderada) 14.00% (Tabla 9.1, 9.2,9.3), Deficiencia por vértigo 6.00% (Tabla 9.4), Deficiencia por tinnitus 3.00% , Deficiencia por disestesia secundaria a neuropatía periférica o lesión de médula espinal y dolor crónico somático 10.00% (Tabla 12.5, Deficiencia por plexo braquial derecha 0.0% (Tabla 12.12) y Deficiencias por alteración de miembro superior derecho + dominancia 14.54% /Tabla 14.5,14.3,14.2).

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

"...ARL Colpatria el 03-08-2016 calificó los Dxs. Otras hipoacusias; traumatismo de la cabeza, no especificado; fractura de otro dedo de la mano; fractura de huesos metacarpianos: Fractura de la epifisis inferior del cubito y del radio; Otros trastornos del nervio facial;

Traumatismo de tendón del manguito rotatorio del hombro; contusión del tórax como de origen Accidente de trabajo con una PCL: 12.85% y FE: 17-05-2016. Y los Dxs. Tumor benigno de los bronquios y del pulmón; Deformidad congénita de la columna vertebral; Otros trastornos del disco cervical como de origen enfermedad común; el paciente presenta inconformidad con el Origen y porcentaje de pérdida de capacidad laboral asignado.

; Se revisa y se califica pérdida de capacidad laboral de acuerdo con los antecedentes clínicos, paraclínicos y hallazgos del examen físico, de deficiencias por título primero: Hipoacusia neurosensorial bilateral de predominio izquierdo, tinnitus + alteración vestibular clase I; restricción movilidad hombro derecho, muñeca derecha, y del segundo al quinto dedos de la mano derecha; dolor en hombro, mano derecha, por dolor crónico somático clase I; lesión piejo braquial leve y de mediano, cubital, y radial resueltos. Por título segundo su repercusión en el rol laboral y otras áreas ocupacionales.

En cuanto al origen, se ratifica el origen común de los diagnósticos Tumor benigno de los bronquios y del pulmón; deformidad congénita de la columna vertebral; y otros trastornos del disco cervical, por tratarse de lesiones crónicas, sin nexo causal con trauma agudo, ocurrido en el accidente de trabajo en estudio actual...

Motivación de la controversia: La Administradora de Riesgos Laborales Colpatria controvierte el dictamen con base en:

“...Atentamente estamos solicitando a la honorable Junta Regional de Calificación de Invalidez, la revisión de la Calificación del Dictamen del señor Castiblanco, recibida por nosotros el 22 de Febrero 2017 por cuanto asigna deficiencias por deficiencia auditiva, no correspondiente a la evaluación adelantada con la aplicación del Decreto 1507 de 2014, la evaluación clínica por la especialidad de otorrino y los análisis audiológicos completos, también hay desacuerdo en deficiencias por disminución de arcos de movilidad de hombro, de la muñeca y de los dedos del miembro superior derecho, por cuanto son muy diferentes a los hallados en valoración de goniometría realizada por parte de la administradora de riesgo AXACOLPATRIA, así mismo hay controversia en la asignación de dolor crónico somático, por cuanto la última valoración realizada por el trabajador es de fecha 17/05/2016 cuando se brinda analgésico por un periodo corto de tiempo.

AXACOLPATRIA también presenta inconformidad frente a la restricción de rol laboral asignada pues luego del proceso de rehabilitación exitoso adelantado y de un periodo de incapacidad por 16 meses se envían recomendaciones con rol laboral recortado donde puede realizar las tareas básicas, sin limitación en el 80% de acuerdo a su jornada de trabajo. Se aclara que por terminación de obra el contrato llevo a su término.

Por lo anterior existe desacuerdo ...”

Respuesta al Recurso de Reposición:

“...Esta sala define que analizados en forma pormenorizada tanto el dictamen como los documentos aportados, los antecedentes médicos y la situación táctica que sirvieron de base para calificar, así como el recurso interpuesto esta Sala encuentra que: Los argumentos planteados por el recurrente no son válidos para un cambio en los criterios. Se considera que la calificación otorgada se ajusta a los criterios exigidos para la asignación de puntaje por el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional, Decreto 1507 de 2014.

Por lo tanto. Se Ratifica en su totalidad el dictamen No. 11318066-231 del 10 de Febrero de 2017...”

Otros aspectos tenidos en cuenta:

El día 14 de septiembre 2017 el paciente aporta pruebas, se pueden observar en conceptos médicos y pruebas específicas.

Conceptos médicos

Fecha: 31/10/2014

Especialidad: Epicrisis – Dr Rafael Antonio Godoy Garcia (folio 148)

Resumen:

“Motivo de consulta traído en ambulancia por accidente laboral. 1 enfermedad actual pte traído en ambulancia por sufrir accidente laboral al caerse una placa de concreto donde estaba laborando. Refiere dolor en lengua y de cabeza. Además parestesias en msd. Antecedentes; personales - personales: niega. Examen físico FC. 87 FR. 16 TA. 110 / 70 T. 0 SA02. 0 Ambiente Glasgow: 15 Cabeza y oral: pte decaído álgido y en estado confusional dado por ideas repetitivas de los hechos. Además amnesia del, suceso. Cabeza. Se aprecia herida de bordes regulares en región parietal alta derecha. Cara sin deformidades no asimétricas en el momento del examen. Ojos: se aprecia entrada de ! concreto en ambos ojos. Orí: se aprecian 2 heridas pequeñas en dorso de la lengua. Cuello: Se aprecia dolor leve a la movilización del cuello c/p: RsRS bien timbrados sin soplos ventilación pulmonar me parece disminuida en base de hti. GI: rsis presentes, abdomen blando depresible en el momento sin dolor a la palpación no peritonismo. OA: Se aprecian escoriaciones múltiples en región dorsal y de hombros. Además dolor a la palpación en toda la columna. Dolor a la presión de la pelvis. Dolor en mano derecha con limitación funcional. Neurológico: pte en el momento confuso desorientado, con ideas repetitivas y amnesia de los hechos. Pares: pupilas simétricas de 3 mm diámetro reactivas a la luz. Resto pares normales. No focalizado en el momento del examen. No meningismo. Dx. Hemorragia subdural traumática; fractura de otras vértebras cervicales especificadas; fractura de vertebra torácica; neumotorax traumático; fractura de vértebra lumbar; fractura de otras partes y de las no especificadas de la columna lumbar y de la pie. Análisis pte con problema de politx en accidente laboral, con probable hematoma subdural, tx cervical, dorsal lumbar y de pelvis. Además posible neumotorax y tx ocular con cemento. Por

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

Calificado: VICTOR HUGO CASTIBLANCO DELGADO

Dictamen: 11318066 - 13359

Página 3 de 18

esto ordeno lev, analgesia iv, profilaxis antitetanica, curaciones, lavado exhaustivos del cuerpo con ssn y agua. Lavado exhaustivo de los ojos con ssn, laboratorios, rx y tac cerebral. Además valoración por oftalmología. Plan collar cervical.”

Fecha: 08/11/2014 **Especialidad:** Valoración otorrinolaringología – Dr. Carlos Alfonso Delgado Nieto (folio 89)

Resumen:

“Motivo de consulta: Paciente con antecedente de trauma craneoencefálico leve a I caerse de 7 piso con vértigo postraumático y parálisis facia; periférica derecha. Enfermedad actual: el día de hoy se realiza curación de oído izquierdo ya el paciente se encuentra en tratamiento indicado terapias con recuperaron significativa de la parálisis facial, vértigo relacionado con los cambios de posición. Examen físico: cabeza y oral: cerumen impactado izquierdo que se retira con parálisis derecha periférica en remisión, fenómeno de bell positivo, nistamus con la posición grado 1. Dx. Parálisis de Bell, Otros vértigos periféricos.”

Fecha: 14/11/2014 **Especialidad:** Valoración ortopedia – Dr. Luis Francisco Restrepo Suarez (folio 49)

Resumen:

“Motivo de consulta control enfermedad actual: paciente con antecedente de trauma por caída de una plancha de aproximadamente 6 metros de altura encontrándose múltiples contusiones tce con secuelas de parálisis facial v vértigo y por ortopedia fractura de la cabeza del 5to metacarpiano examen físico: columna cervical, dorsal y lumbar: dolor a la palpación en reja costal sin evidenciar excoriaciones puntos de hipersensibilidad u otras alteraciones análisis: evolución tórpida hacia el deterioro según manifiesta el paciente especialmente dolor en reja torácica y región lumbar plan y manejo: terapia física se da prorrog a la incapacidad se formula winadeine f cada 6 horas ss rx reja costal. Dx. Fractura de otros huesos metacarpianos. “

Fecha: 27/11/2014 **Especialidad:** Valoración otorrinolaringología Dr. Carlos Alfonso Delgado Nieto (folio 88)

Resumen:

“Motivo de consulta control parálisis facial derecha en remisión mejoría, vértigo postraumático en remisión. Enfermedad actual refiere , espiración oral, actualmente en terapia vestibular. Examen audiológico reporta hipoacusia leve a moderada derecha y moderada a severa ; izquierda, Logoaudiometria desplazada y reducida en intensidad, se explica la naturaleza irreversible de la audición, vértigo en remisión examen físico cabeza y oral: oídos otoscópicamente normales mejora de la parálisis facial, todavía leve parresia izquierda, orofaringe normal desviación del septum nasal izquierda, con trazo de fractura derecho con pellizcamiento de mucosa. Dx. Hipoacusia neurosensorial bilateral; Otros vértigos periféricos; Desviación del tabique nasal.”

Fecha: 31/03/2015 **Especialidad:** Cirugía de la mano - Referenciado Arl Colpatria (folio 151)

Resumen:

“Cirugía de mano Dr. Gómez Prada. 46 años. a.t. 31/10/2014 caída de altura, presento politraumatismo, atendido en Girardot. Tuvo fractura de radio y cubito distal, fractura de 5 metacarpiano y falange proximal del índice izquierdo, trauma craneoencefálico leve a moderado con pérdida de conciencia, síndrome vertiginoso, actualmente acusa rigidez de mano y puño derecho, disminución de la sensibilidad del área cubital. Tuvo 20 sesiones de fisioterapia en Girardot. Dx. Fractura de la epífisis inferior del radio; Fracturas de otros huesos metacarpianos; Fractura de otro dedo de la mano. Examen físico: puño derecho: movilización sin crepitación, faltan 10° de dorsiflexion, 10° de palmiflexion finales, rigidez para la flexión final en las metacarpofalángicas de todos los dedos de mano izquierda y en la interfalángica proximal del meñique. Hipoestesia al tacto del área cubital, paresia de aductor del meñique y aductor corto del pulgar, disminución de la apertura de la primera comisura. Plan manejo: rx actual muestra fractura de radio distal consolidada sin desplazamientos, así como la de la base de falange proximal del índice y fx del cuello del 5o metacarpiano con angulación residual de 20°, tolerable, se indica terapia física para recuperar grados finales de las pequeñas articulaciones. Ss// férula de tracción dinámica para flexión de las mf y joint-jack. Prorrogo incapacidad 15 días.”

Fecha: 29/05/2015 **Especialidad:** Valoración Psiquiatría – Dra. Lorena Sanchez Tovar (Folio 76)

Resumen:

“Se trata de un hombre de 47 años quien presentó accidente laboral el 31 de octubre de 2014 al sufrir caída y posterior politraumatismo luego de colapsar placa de concreto sobre la cual estaba trabajando. Le produjo herida en región parietal derecha, fractura vértebra lumbar y de mano derecha. Tienen Realizaron TAC cerebral simple que reportó: aumento de espesos e irregularidad de cuero cabelludo a nivel de línea media región parietal asociado a presencia de aire”. Radiografía de columna simple: fusión de cuerpos vertebrales C2, C3 y C3, C4.

Fue valorado por ORL quien reportó parálisis facial derecha y vértigo postraumático. Como secuelas reporta disminución en la fuerza de mano derecha, dolor retroesternal tipo opresivo, tinnitus postraumático y síntomas vertiginosos. Trae reporte de electromiografía (febrero 2015) que reporta: demostrativo de una lesión distal moderada de los nervios mediano, cubital y radial derecho". Ha sido valorado por ORL quien en último control realizado el 27 de mayo solicitó electrococcografía, logaudiometría y potenciales evocados, dejando impresión diagnóstica de: "vértigo, hipoacusia y parálisis facial". Durante la valoración manifiesta que a partir del accidente ha presentado algunos síntomas de corte ansioso, que en mi concepto son reactivos y esperables a condición clínica descrita. Aunque no configuran un diagnóstico psiquiátrico en el eje I de la esfera mental, sí es pertinente que continúe recibiendo acompañamiento psicoterapéutico psicopedagogía para afianzar estrategias de afrontamiento. Por otro lado, teniendo en cuenta antecedente de TCE durante el accidente se decide solicitar RMN cerebral simple así como pruebas neuropsicológicas para determinar estado cognitivo actual. Por ahora no requiere medicación psicofarmacológica, entrego orden de 8 sesiones adicionales por psicología y cito a control de revisión en dos meses con resultados de exámenes solicitados."

Fecha: 30/05/2015

Especialidad: Valoración ortopedia - Dra. Ana Marcela Piña Quintero (folio 54)

Resumen:

"Motivo de consulta control accidente laboral. Enfermedad actual paciente con lesión del piejo braquial en accidente laboral fue valorada por cirugía de mano quien determinar que no requiere manejo quirúrgico. Persiste con dolor en talón izquierdo región dorsolumbar con irradiación hacia la cara anterior del tórax y sensación de opresión en la región laríngea. Al examen físico se observa atrofia de cintura escapular derecha con escapula alada leve. Dolor a la palpación de trapecio y romboides derecho. Movilidad conservada con limitación para la flexión de los dedos. Dolor a la palpación de esternón y de unión costocondral derecha. Trae emg de miembros inferiores que muestra radiculopatía L4 L5 S1 bilateral leve crónico. Rx pie normal, a. paciente con secuelas de accidente de tránsito presenta lesión de piejo braquial derecho con escapula alada secundario, además presenta signos de costocondritis y radiculopatía lumbar, sin embargo no explica los síntomas pulmonares que presenta el paciente. Se solicita concepto de neumología. Por parte de ortopedia no requiere manejo quirúrgico se solicita concepto por cirugía de columna fisioterapia y medicina laboral para determinar condición laboral y reubicación. Dx. Trastorno del plexo braquial. Radiculopatía."

Fecha: 13/06/2015

Especialidad: Valoración fisiatría - Dr. Julio Ernesto Giraldo Valencia (folio 27)

Resumen:

"Paciente con antecedentes de politraumatismo en accidente de trabajo el 31.14.14, refiere dolor y limitación de los arcos de movimiento de la mano derecha, dolor en región lumbar irradiado a miembros inferiores y dolor en el talón izquierdo. Electromiografía 09.05.15 síndrome radicular L4-L5 y L5-S1 bilateral leve crónico. Electromiografía 15.4.15: lesión del plexo braquial derecho leve con compromiso de los troncos primario superior medio e inferior y del cordón posterior con signos de recuperación. Examen físico: Sistema nervioso central: paciente consciente - lucido- orientado, dolor a la flexión lateral izquierda de la columna cervical, ms derecho: hombro abd 170° rotación interna 50° externa 40° flexión 90° extensión 45°, codo flexión 120° extensión 0°, muñeca flexión 70' extensión 50° desviación cubital 30°; y radial 20°, fuerza al agarre a manos llenas 3/5, atrofia muscular de brazo y antebrazo derecho, hipoestesia en territorio de nervio cubital, paresia de add del 5 dedo. Arcos de movimiento de columna: flexión 90° extensión 30° flexión lateral izquierda y derecha 20°, marcha en punta de pie normal y en talones antalgica. Tobillo izquierdo: dorsiflexión 20° plantiflexión 50° eversión e inversión 5° add y abd 30°. Análisis paciente con secuelas de politraumatismo, lesión del plexo braquial, síndrome radicular lumbar, queda con dolor crónico limitación de los últimos grados de abd de hombro derecho disminución de la fuerza al agarre a manos llenas restricciones no levantar objetos mayores a 10 kg evitar trauma repetitivo de las manos no realizar actividades que requieran flexión de la columna no permanecer de pie o sentado por tiempo mayor a 2 horas. Dx. Secuelas de traumatismo intracraneal; Trastornos del plexo braquial; Trastorno de disco lumbar y otros con radiculopatía."

Fecha: 25/06/2015

Especialidad: Informe Neuropsicológico - Dra. Marybel Sinisterra M (folio 78)

Resumen:

"Victor Hugo se mostró amable y colaborador durante la evaluación, actitud que corroboran las puntuaciones en el test de simulación de problemas de memoria. El perfil neuropsicológico que resulta de las pruebas formales a la fecha de evaluación, ante la ausencia de hallazgos positivos en estudio de neuroimágenes y severidad del trauma según GCS descarta la presencia de alteraciones cognitivas significativas, sin embargo, dada la presencia de síntomas de características ansiosas (según reporte de psiquiatría), se encuentran deficiencias en procesos atencionales (selectividad y alternancia) que si bien no suponen repercuten significativa en su estilo de vida, sustentan deficiencias en procesos de aprendizaje de nueva información (recobro y reconocimiento), en las habilidades constructivas y en procesos de razonamiento matemático; en este orden de ideas, las fallas en funcionamiento ejecutivo (auto-monitoreo) también guardan relación con la manifestación de estos síntomas ansiosos y se esperaría que la disfunción cognitiva (atencional) merme en severidad a la vez que haya mejor manejo de los mismos (ansiedad)."

Fecha: 14/07/2015

Especialidad: Cirugía de la mano (folio 152)

Resumen:

"Cirugía de mano Dr gome Prada. Paciente en control de poli trauma con lesión del piejo braquial (mediano, cubital y radial) en reinervacion y fractura de radio distal y 5o metacarpiano derecho, en rehabilitación. Refiere disestesia del área cubital en las noches, con sensibilidad conservada en áreas medianas cubitales y radiales. Dx. Fractura de la epífisis inferior del radio; Fracturas de otros huesos metacarpianos; Traumatismo de plexo braquial; Rigidez articular, no clasificada en otra parte. Examen físico: mano derecha: falta cierre a mano llena, tiene mejor elasticidad de los dedos y puño, faltan 15° de supinación y 10° de pronación. 70° de dorsiflexion, 70° de palmiflexlon. Actividad de extensores de puño y dedos conservada, falta abductor del meñique, y hay froment (+)."

Fecha: 14/07/2015

Especialidad: Valoración neurocirugía - Referenciado Arl Colpatria (folio 153)

Resumen:

"Control politraumatismo tce leve. S: Rnm col cervical 11-06-15 Klipeer feil cervical, Protrusiones cervicales múltiples crónicas degenerativas, sin lesiones agudas. Tac cráneo simple: sin lesiones agudas. O: sin déficit. A: Se considera las lesiones de columna cervical no corresponden a accidente laboral P: Se cierra ic por neurocirugía."

Fecha: 29/07/2015

Especialidad: Valoración neumología – Dr. Eduardo R (folio 42)

Resumen:

"Paciente conocido, refiere disnea, tos escasa, expectoración ausente, dolor torácico de características opresivas, en cuanto a su peso refiere ha subido de peso. Antecedentes: Exposición a materiales de construcción.; politrauma el 31-10-2014. Examen físico: Ruidos respiratorios normales Paciente conocido por el servicio de neumología, con cuadro clínico de disnea y dolor en tórax de tipo opresivo, las pruebas de la función pulmonar son normales excepto por una disminución no sostenida de la saturación de oxígeno en el ejercicio. Dada la persistencia de la disnea se solicita valoración por cardiología Difusión de monóxido de carbono Control con resultados. Dx. Dolor torax a estudio"

Fecha: 04/08/2015

Especialidad: Valoración psiquiatría -Dra. Adriana Castro (folio 82)

Resumen:

0"Se trata de un hombre de 47 años quien presentó accidente laboral el 31 de octubre de 2014 al sufrir calda y posterior politraumatismo luego : de colapsar placa de concreto sobre la cual estaba trabajando. Le produjo herida en región parietal derecha, fractura vértebra lumbar y de; mano derecha. Tiene Realzaron TAC cerebral simple que reportó: aumento de espesos e irregularidad de cuero cabelludo a nivel de línea media región parietal asociado a presencia de aire. Radiografía de columna simple: fusión de cuerpos vertebrales C2, C3 y C3, C4. Fue valorado por ORL quien reportó parálisis facial derecha y vértigo postraumático. Como secuelas reporta disminución en la fuerza de mano derecha, dolor retroesternal tipo opresivo, tinitus postraumático y síntomas vertiginosos. Trae reporte de electromiografía (febrero 2015) que reporta: demostrativo de una lesión distal moderada de los nervios mediano, cubital y radial derecho". Ha sido valorado por ORL quien en último control realizado el 27 de mayo solicitó electrococleograffa, Logoauidimetria y potenciales evocados, dejando impresión diagnóstica de: "vértigo, hipoacusia y parálisis facial". Durante nuestra primera valoración manifiesta que a partir del accidente ha ; presentado algunos síntomas de corte ansioso, que se consideraron reactivos y esperables a condición clínica descrita y que no configuran un diagnóstico psiquiátrico en el eje I de la esfera mental. Se dieron órdenes para 8 sesiones adicionales de psicoterapia y para RNM cerebral simple y pruebas neuropsicologicas, con el fin de evaluar rendimiento cognitivo. En esta oportunidad se revisan resultados de estudios, Pruebas neuropsicologicas de junio de 2015 "Víctor Hugo se mostró amable y colaborador durante la evaluación, actitud que corroboran las puntuaciones en el test de simulación de problemas de memoria. El perfil neuropsicológico que resulta de las pruebas : formales a la fecha de evaluación, ante la ausencia de hallazgos positivos en estudio de neuroimagenes y severidad del trauma según GCS descarta la presencia de alteraciones cognitivas significativas, sin embargo, dada la presencia de síntomas de características ansiosas (según reporte de psiquiatría), se encuentran deficiencias en procesos atencionales (selectividad y alternancia) que si bien no suponen repercuten significativa en su estilo de vida, sustentan deficiencias en procesos de aprendizaje de nueva información (recobro y reconocimiento), en las habilidades construccionales y en procesos de razonamiento matemático; en este orden de ideas, las fallas en funcionamiento ejecutivo (auto-monitoreo) también guardan relación con la manifestación de estos síntomas ansiosos y se esperarla que la disfunción cognitiva: (atencional) merme en severidad a la vez que haya mejor manejo de los mismos (ansiedad)." RNM cerebral simple del 03 de junio de 2015- "Estudio normal". El día de hoy refiere que está preocupado por el aspecto laboral y económico, ya que tiene indicación de reintento bajo recomendaciones que emitió medicina laboral, sin embargo sus empleadores no lo han reintegrado. Se considera que según los estudios : realizados y lo evidenciado en la clínica, el paciente no presenta secuelas cognitivas asociadas al trauma, existen una fallas atencionales : leves que son atribuibles a la presencia de elementos de ansiedad. En el momento el paciente hace particular referencia a estresores de : índole laboral y económica, ya que no ha sido reintegrado a su trabajo con las recomendaciones laborales, situación que, como es de esperarse le genera preocupación y malestar. Al igual que en nuestra primera valoración no se identifica una sintomatología que configure un diagnóstico del EJE 1. No amerita otras intervencione por nuestro servicio en el momento. Se emite concepto y se cierra caso con recomendaciones generales y explicando signos de alarma para reconsultar."

Fecha: 13/11/2015

Especialidad: Ortopedia y traumatología – Dra. Ana Marcela Piña Quintero (folio 59)

Resumen:

“ Paciente bajo anestesia campos estériles cefazolina profiláctica en sillas de playa portal posterior visualización de hallazgos intraarticulares, por visión directa coloco portal anterior y lateral, realiza remodelación de la delaminación del supraespinoso con shaver verifico adecuada inserción del supraespinoso no hay defectos de cobertura. Hallazgos: Ruptura delaminar del supraespinoso a nivel articular cara bursal íntegra e inserción completa en la tuberosidad. Bursa con inflamación severa. Diagnóstico Síndrome de manguito rotatorio”

Fecha: 20/01/2016

Especialidad: Valoración fisiatría -Referenciado Arl Colpatria (folio 154)

Resumen:

“Paciente 48 años con at 31/10/14. Dx: fractura radio y cubito derechos, fractura 5 mtc, fractura falange proximal 2 dedo derecho. Tce leve. : Recibió manejo ortopédico, no tto qx tto con terapias, férula dinámica para flexión dedos y join Jack para 5 dedo. También tce leve, y manejo por orí por acufenos. Rnm de hombro agosto 19/2015: con ruptura del se completa tto pop de Mr por ruptura se, el día nov 12/15, hay emg y de mms que reporta lesión de piejo braquial? ef: paciente con disminución del trofismo muscular en cintura escapular con arcos limitados en hombros, mano con sinovitis en mcf, bilateral, con dolor en muñeca y arcos limitados en mcf del índice, Plan: Paciente que debe terminar rehabilitación de hombro ketopofeno gel, se recomienda emg y nc de mms en esta institución.”

Fecha: 17/05/2016

Especialidad: Valoración fisiatría (referenciado en ponencia Junta Regional)

Resumen:

“Dolor: Paciente 48 años con AT 31/10/14. DX: Paciente con politraumatismo, AT el 31-10-14 a las 12:10 h. estaba laborando cuando un , para les cayó encima y cayó al piso golpeándose en partes múltiples. TCE Parálisis facial en remisión, vértigo postraumático Lesión del j plexo braquial derecho leve con compromiso de los troncos primario superior, medio e inferior y del cordón posterior con signos de recuperación. Nodulo calcificado pulmonar Enf, de Menlere Cirugía por Ruptura supraespinoso derecho Lesión de nervio radial cubital y mediano en fase de re inervación, Fractura de radio distal y V MTC derecho TCE leve, Sx klipper feil cervical, protrusiones cervicales múltiples crónicas. Hipoacusia n-s bilateral S: Remiten de mí para inicio de cierre - goniometris- refiere dolor 6/10 ev actual, que responde a la analgesia. Al ef: marcha normal, examen mental normal, mss.: msd: ama pasivos de hombros completos, activos: hombro; j extensión y aducción conservados, abd: 100 grados, flexión 100, re: 70, interna 50, codo ama conservados, muñeca: flexión 70, extensión 50, desv. Radial 20 y cubital 20, dedos: pulgar ama conservados, y del 2-5: mcf ama completos, peor en la ífp: extensión completa -flexión i 70, y fp completas, que limitan cierre total, hipoestesia territorios mediano y cubital con fm 4/5 en los miotomas de los territorios descritos, i A: el pte se formula acet. + Cd de 30 cada 12 hrs y aine tópico, ya que presenta edema residual en la mano y control 3m. Así mismo trae rx de muñeca que reportan como 6c no consolidación de cubito derecho, pero está en proceso. Se sugiere control con md tratante y seguir plan casero.”

Fecha: 04/08/2017

Especialidad: Historia Clínica - Folio 20-21

Resumen:

(Aportado en valoración a la JNCI) "...cuadro clínico de varios meses d evolución de disminución de agudeza visual en ojo derecho no fiebre no vomitio dolor ocular refiere que sufrió trauma craneoencefálico hace 2 años. Hallazgos: Cabeza: normocefalo.- Ojos: ojo derecho con opacidad del cristalino Otorrinolaringología: normal. - Boca: mucosas húmedas rosadas. - Cuello: no masas ni adenopatías. - Tórax: rs cs rítmicos sin soplos. - Cardio-respiratorio: ruidos respiratorios sin agregados, - Abdomen: blando, depresible, no doloroso. Descripción: se da recomendaciones en adherencia farmacológica (horarios y tiempo de tratamiento) indicaciones alimentarias (ingesta de frutas, verduras, proteínas, cereales, disminución en ingesta de grasas, sal y azúcares) se indican hábitos de vida saludable (actividad física diaria 40 minutos con buena hidratación), se explica condición y diagnóstico; se dan signos de alarma, paciente refiere comprender y entender se remite a oftalmología por catarata traumática..."

Fecha: 05/08/2017

Especialidad: Medicina General - Dra. Constanza Zuñiga - Folio 25-26

Resumen:

(Aportado en valoración a la JNCI) "...Cuadro clínico de más o menos 1 hora de evolución, consistente en vértigo con posterior caída de su propia altura que ocasiono escoriaciones en codo izquierdo rodilla y tobillo ipsilateral. Descripción: paciente masculino de 49 años de edad

el cual acude al servicio de urgencias por cuadro clínico de más o menos 1 hora de evolución, consistente en vértigo con posterior caída de su propia altura que ocasiono escoriaciones en codo izquierdo rodilla y tobillo ipsilateral. Paciente con múltiples escoriaciones superficiales, en extremidades izquierda, con dolor en rodilla y tobillo actualmente sin mareo ni vértigo, se indica diclofenaco 75 mg im ahora, dexametasona 8 mg im, curaciones se indica diclofenaco 75 mg im ahora, dexametasona 8 mg im, curaciones..."

Fecha: 31/08/2017

Especialidad: Medicina General - Folio 19

Resumen:

(Aportado en valoración a la JNCI) "...se dan recomendaciones sobre adecuados hábitos alimenticios con énfasis en control de grasas, harinas y azúcares, evitar el consumo de bebidas alcohólicas, evitar el estrés, se dan estilos de vida saludables, normas de aseo personal, se dan signos de alarma si presenta fiebre, diarreas, disnea acudir a urgencias. Lavado E Irrigación De Oídos Sod..."

Pruebas específicas

Fecha: 31/10/2014

Nombre de la prueba: Rx columna cervical (folio 104)

Resumen:

"Densidad ósea normal. Se observa fusión de los cuerpos vertebrales de C2 - C3 y C3 - C4. Rectificación de la lordosis cervical. La altura y alineación de los cuerpos vertebrales es normal. La amplitud de los demás espacios intervertebrales está conservada. No es posible evaluar C7 ni el aspecto posterior de C6. La relación atlanto-odontoidea está conservada. Tejidos blandos prevertebrales de espesor normal. Presencia de múltiples cuerpos extraños densos en los tejidos blandos del cuello."

Fecha: 31/10/2014

Nombre de la prueba: Rx tórax(folio 104)

Resumen:

) "Proyección única. Silueta cardíaca de tamaño normal. El mediastino y la vascularización pulmonar no demuestran alteraciones. No se observan lesiones parenquimatosas pulmonares ni pleurales. Cuerpos extraños densos que se proyectan sobre el aspecto superior del hemitórax izquierdo."

Fecha: 31/10/2014

Nombre de la prueba: Rx pelvis (folio 104)

Resumen:

"Múltiples cuerpos extraños densos en los tejidos blandos de la pelvis. No evidencio lesiones óseas de origen traumático. Superposición de estructuras de inmovilización."

Fecha: 31/10/2014

Nombre de la prueba: Rx columna torácica (folio 103)

Resumen:

"Proyección en AP y lateral. La altura y alineación de los cuerpos vertebrales y así como la amplitud de los espacios intervertebrales son normales. Pedículos sin alteraciones."

Fecha: 31/10/2014

Nombre de la prueba: Rx columna lumbar (folio 103)

Resumen:

"Proyección en AP y translateral. Múltiples cuerpos extraños densos en los tejidos blandos. La densidad ósea es normal. La altura y alineación de los cuerpos vertebrales y así como la amplitud de los espacios intervertebrales son normales. No hay signos de espondilolistesis. Interposición de aire en asas que limita la evaluación de las estructuras óseas."

Fecha: 31/10/2014

Nombre de la prueba: Rx mano derecha (folio 103)

Resumen:

"Fractura de la base de la falange proximal del segundo dedo. Fractura angulada de la cabeza del quinto metacarpiano. Relaciones articulares conservadas. También se observa fractura impactada de la metáfisis distal del radio con avulsión de la apófisis estiloides del cubito. Relaciones articulares conservadas."

Fecha: 31/10/2014 **Nombre de la prueba:** Tomografía cráneo (folio 102)

Resumen:

"Hallazgos: No se evidencian masas, áreas de isquemia ni hemorragia intraparenquimatosa. Las estructuras de la línea media no muestran desplazamiento. El sistema ventricular es de tamaño normal. Las cisternas basales y los surcos del espacio subaracnoideo tienen amplitud normal. No hay colecciones epi ni subdurales. En las imágenes con ventana para hueso no se identifican fracturas. Aumento en el espesor e irregularidad del cuero cabelludo a nivel de la línea media de la región parietal asociado a la presencia de aire."

Fecha: 18/11/2014 **Nombre de la prueba:** Rx mano derecha (folio 106)

Resumen:

"En el control practicado se observa aceptable eje de reducción del extremo distal de la diáfisis del quinto metacarpiano mantenida con vendaje de yeso. No hay compromiso articular."

Fecha: 18/11/2014 **Nombre de la prueba:** Rx reja costal derecha (folio 106)

Resumen:

"En las proyecciones practicadas no se observaron alteraciones osteoarticulares de tipo traumático."

Fecha: 12/12/2014 **Nombre de la prueba:** Tomografía columna cervical (folio 108)

Resumen:

"Hallazgos : No se identifican trazos de fractura. Se observa fusión de los elementos anteriores y posteriores de las vertebrae C2 y C3. También hay fusión parcial de los elementos anteriores y posteriores de las vertebrae C4 y C5. Leve disminución en la amplitud del espacio intervertebral C3/C4 asociado a esclerosis e irregularidad de los platillos vertebrales correspondientes. Los espacios intervertebrales en los niveles C5 - C6, C6 - C7 y C7 - T1 están preservados. Disminución en la amplitud del agujero de conjugación izquierdo en el nivel C3 - C4. La amplitud del canal raquídeo es normal. Adecuada orientación de las facetas articulares. No hay alteraciones aparentes en la densidad de la médula espinal, sin embargo la Resonancia Magnética es más sensible para evaluar patología a este nivel."

Fecha: 24/12/2014 **Nombre de la prueba:** Rx Mano derecha (folio 109)

Resumen:

"Se demuestra fractura antigua no consolidada del extremo distal del quinto metacarpiano. Presentan ligero grado de angulación. También se observa fractura conminuta de la metáfisis distal del radio parcialmente valorada con el presente estudio. No se demuestra angulación ni desplazamiento de los fragmentos óseos. Hay fractura completa ligeramente desplazada de la apófisis estiloides, del cubito. Tejidos blandos de apariencia usual."

Fecha: 24/12/2014 **Nombre de la prueba:** Rx Hombro derecho (folio 107)

Resumen:

"Existe ligero grado de esclerosis a nivel de la tuberosidad mayor de la cabeza humeral. No se demuestran lesiones óseas expansivas. Relaciones articulares conservadas. La amplitud de los espacios articulares es satisfactoria. Tejidos blandos de apariencia usual."

Fecha: 01/01/2015 **Nombre de la prueba:** Rx mano muñeca (folio 110)

Resumen:

Fecha: 13/07/2015

Nombre de la prueba: Informe Integral Audiología (folio 97)

Resumen:

"ANAMNESIS: Paciente quien asiste a valoración audiológica y vestibular por accidente laboral. Se desempeña como oficial de construcción en la empresa "HEINZ RONEL ZULUAGA" desde hace 3 años. Sufrió accidente durante jornada laboral en Octubre 31 de 2014, el paciente reporta: "Una placa se desplomó del séptimo piso y caímos al primer piso en los escombros. Perdí la conciencia, tuve un trauma en la cabeza en el lado izquierdo, parálisis facial y quedé con un zumbido en los oídos". De acuerdo con la historia médica, el paciente presentó trauma craneoencefálico severo con pérdida de conciencia. Actualmente refiere disminución auditiva bilateral, intolerancia a sonidos fuertes, acufeno permanente bilateral y vértigo objetivo de minutos de duración y frecuencia variable, asociado a fosfenos, náuseas y cefalea en el lado izquierdo. Factor de riesgo por alta ingesta de líquidos y cafeína. Ha recibido tratamiento farmacológico sin mejoría. RESULTADO DE PRUEBA AUDIOLOGICA ANTERIOR: (Médicos Asociados) 24/11/2014: Audiometría: Pérdida auditiva a partir de 3000 Hz de grado moderado en oído derecho. Hipoacusia neurosensorial de grado moderado - profundo en oído izquierdo. RESULTADOS DE PRUEBAS AUDIOLÓGICAS ACTUALES: Audiometría: Debido a las inconsistencias con respecto a la evaluación previa no es posible establecer un diagnóstico confiable. FECHA FRECUENCIAS (Hz) OÍDO DERECHO VIA AEREA FRECUENCIAS (Hz) OÍDO IZQUIERDO VIA AEREA (d-m-a) 250 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000 250 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000 24/31/2014 10 15 15 10 45 35 35 40 35 35 40 40 85 70 75 SR Actual 13/07/2015 25 35 30 30 55 50 55 55 50 45 45 50 90 95 95 105 FECHA FRECUENCIAS (Hz) OÍDO DERECHO VIA OSEA FRECUENCIAS (Hz) OÍDO IZQUIERDO VIA OSEA (d-m-a) 250 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000 250 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000 24/11/2014 0 5 10 10 40 30 20 35 25 35 65 35 Actual 13/07/2015 20 35 30 30 50 50 35 40 45 50 65 75 Logoaudiometría: Debido a las inconsistencias en la audiometría no es posible establecer un diagnóstico confiable. • Electrocoqueografía: Los resultados sugieren AUMENTO de la presión endolinfática en oído izquierdo, en el momento del examen. Las latencias acortadas son sugestivas de reclutamiento coclear, de predominio izquierdo. • Potenciales evocados auditivos tallo cerebral, técnica estado estable (PEATC ee): OÍDO DERECHO: Se obtienen respuestas por conducción aérea en las frecuencias 500Hz, 1000Hz, 2000Hz y 4000Hz a 5dB nHL, 5dB nHL, 15dB nHL y 40dB nHL, respectivamente. OÍDO IZQUIERDO: Se obtienen respuestas por conducción aérea en las frecuencias 500Hz, 1000Hz, 2000Hz y 4000Hz a 5dB nHL, 35dB nHL, 40dB nHL y 70dB nHL, respectivamente. • Potencial Evocado Auditivo Trasiente, Técnica Umbral Onda V, con estímulo click (CORTESÍA): Se registra el umbral de la onda V reproducible hasta 30dB nHL (20dB HL aprox.) en el oído derecho y hasta 50dB nHL (40dB HL) en el oído izquierdo (Estimación del umbral auditivo únicamente alrededor de los 3000Hz a partir de la sincronización neural), lo cual sugiere compromiso de los umbrales auditivos electrofisiológicos para frecuencias agudas de grado leve en el oído derecho y moderado en el oído izquierdo. A alta intensidad del estímulo, en el oído derecho se registran ondas I, III y V de morfología y reproducibilidad normal, con valores de latencias absolutas e interpicos dentro de límites normales y en el oído izquierdo se registran ondas III y V de morfología y reproducibilidad alterada, con valores de las latencias absolutas desplazadas e interpico 111-V dentro de límites normales. DIAGNOSTICO AUDIOLÓGICO: W Pérdida auditiva bilateral asimétrica para las frecuencias entre 500Hz y 4000Hz, de grado leve a moderado, a partir de 3000Hz en oído derecho y grado leve a severo, a partir de 1000Hz, en oído * izquierdo. CONCLUSIONES: • Se observan diferencias significativas entre la valoración audiológica comportamental actual, los umbrales reportados previamente y los registrados en los potenciales evocados auditivos de estado estable. • Se encuentra correlación entre las pruebas electrofisiológicas efectuadas. • Aunque el paciente es candidato a amplificación auditiva en el oído izquierdo debido que el PÍA es mayor a 30 dB, se sugiere inicialmente estudio de anormal de desplazamiento de ondas a alta intensidad."

Fecha: 21/07/2015

Nombre de la prueba: Potenciales evocados auditivos de tallo cerebral (folio 96)

Resumen:

"RESULTADOS PEATCee. OÍDO DERECHO: Se obtienen respuestas por conducción aérea en las frecuencias 500Hz, 1000Hz, 2000Hz y 4000Hz a 5dB nHL, 5dB nHL, 15dB nHL y 40dB nHL, respectivamente. OÍDO IZQUIERDO: Se obtienen respuestas por conducción aérea en las frecuencias 500Hz, 1000Hz, 2000Hz y 4000Hz a 5dB nHL, 35dB nHL, 40dB nHL y 70dB nHL, respectivamente. Potencial Evocado: Auditivo Trasiente, Técnica Umbral Onda V, con estímulo click (CORTESÍA): Se registra el umbral de la onda V reproducible hasta 30dB nHL (20dB HL aprox.) en el oído derecho y hasta 50dB nHL (40dB HL) en el oído izquierdo (Estimación del umbral auditivo únicamente alrededor de los 3000Hz a partir de la sincronización neural), lo cual sugiere compromiso de los umbrales auditivos electrofisiológicos para frecuencias agudas de grado leve en el oído derecho y moderado en el oído izquierdo. A alta intensidad del estímulo, en el oído derecho se registran ondas I, III y V de morfología y reproducibilidad normal, con valores de latencias absolutas e interpicos dentro de límites normales y en el oído izquierdo se registran ondas III y V de morfología y reproducibilidad alterada, con valores de las latencias absolutas desplazadas e interpico 111-V dentro de límites normales. INTERPRETACIÓN Los anteriores resultados sugieren compromiso de los umbrales auditivos electrofisiológicos para las frecuencias entre 1000Hz y 4000Hz de grado leve a severo en el oído izquierdo y de grado leve a moderado a partir de 3000Hz en el oído derecho. RECOMENDACIONES - Control con médico tratante ORI."

Fecha: 29/08/2015

Nombre de la prueba: Rm hombro derecho (folio 128)

Resumen:

"HALLAZGOS: No se observan lesiones óseas de origen traumático reciente. Las relaciones articulares están preservadas. Hay aumento en la intensidad de señal del tendón del supraespinoso, comprometiendo la superficie bursal y articular inmediatamente a la altura de su inserción en la tuberosidad mayor del húmero y extendiéndose en una longitud de 10 mm. Las demás estructuras que componen el"

manguito rotador están preservadas. El tendón de la porción larga del bíceps es de curso y trayecto usual. Líquido intraarticular discretamente aumentado de localización peritendinosa al tendón del supraespinoso. Los planos musculares y tejidos blandos son normales."

Fecha: 21/10/2015 Nombre de la prueba: Tac de tórax (folio 129)

Resumen:

"Hallazgos: Hay una imagen nodular calcificada en el lóbulo superior izquierdo de 0.3 cm de diámetro mayor de 262 UH. En los segmentos no hay lesiones nodulares. No hay evidencia de masas. El patrón de vascularización se encuentra conservado. El espacio aéreo alveolar es normal. La vía aérea principal, tráquea y bronquios principales son normales. El espacio pleural es normal. Las cavidades cardíacas son normales. El mediastino es normal. CONCLUSION: NÓDULO CALCIFICADO DE CARACTERÍSTICAS BENIGNAS SECUNDARIAS A GRANULOMA EN EL LÓBULO SUPERIOR IZQUIERDO."

Fecha: 03/03/2016 Nombre de la prueba: Radiografía De Muñeca Derecha - Dr. Federico Peñaloza - Folio 30

Resumen:

(Aportado en valoración a la JNCI) "...Se observan cambios por fractura antigua consolidada en la metafisis distal del radio. El alineamiento está preservado. Existe fractura antigua de la apófisis estiloides del cubito no consolidada. Relaciones articulares conservadas: Disminución en la densidad ósea distal. Tejidos blandos de apariencia usual..."

Fecha: 17/05/2016 Nombre de la prueba: Electrodiagnostico miembros superiores (referenciado en ponencia Junta Regional)

Resumen:

"No es concluyente para compromiso traumático o por atrapamiento de los nervios medianos y ulnares"

Concepto de rehabilitación

Proceso de rehabilitación: Sin información

Valoraciones del calificador o equipo interdisciplinario

Fecha: 14/09/2017 Especialidad: Valoración médica:

Motivo de Consulta-Enfermedad Actual: Paciente quien consulta por cuadro de AT el día 31/10/2014, estaba fundiendo placas y colapsó y cayeron del 7° al 1° piso quedando atrapados entre los escombros. Lo llevaron al médico después de media hora de estar atrapado. Le hicieron estudios con trauma Craneo encefálico con pérdida de conocimientos, tres días. Y quedó con vértigo con zumbido, edemas de la mano.

Le dijeron que tenía síndrome de Meniere que no tiene cura.

Además en la actualidad está con dolor de cabeza, vértigo, zumbido. además dice que por el ojo derecho "veo distornado" y le dijeron que tenía una catarata traumática. Dice que le cayó cemento en el ojo y tenía los ojos tapados al momento del accidente. La mano derecha no cierra bien, tuvo fractura de metacarpianos.

Está tomando HCTZ, betahistamina, acetaminifén.

Examen Físico: Aceptable estado general aparente. Marcha normal.

Dominancia: Diestra

FC:	78	FR:	17	TA:	NE	PESO:	86	TALLA:	1,76
-----	----	-----	----	-----	----	-------	----	--------	------

Cardio-Pulmonar: Ruidos Cardíacos rítmico, sin sobreagregados. Ventilación pulmonar adecuada. No sibilancias, no estertores.

Abdomen: Blando, depresible, no masas, no megalias.

Miembros Superiores: Dolor en mano derecha, aparente disminución de fuerza de 2/5 al agarre. 50° de extensión en muñeca. flexión 70°, desviaciones: Radial 20° y cubital 20°, dedos: pulgar ama conservados; Dedos 2° al 5°: se observa cierre incompleto de la mano: mcf completos; ifp: extensión completa: flexión 50°, y distal: completas. Dolor en los hombros de predominio derecho, con AMAs pasivos completos.

Miembros Inferiores: Sin alteraciones aparentes

Columna: Sin alteraciones aparentes

Neurológico: Ojos: No evidencio catarata en ojo derecho. Pterigión temporal en OI. Romberg negativo. movimientos finos conservados.

Resto no examinado.

Fecha: 14/09/2017 Especialidad: Valoración por Psicología:

DATOS PERSONALES: Hombre de 49 años, escolaridad secundaria, estado civil casado, tiene dos hijos, procedente de Girardot (Cundinamarca). Es diestro. Vive con la esposa, los hijos y la mamá.

HISTORIA OCUPACIONAL:

Se ha desempeñado como oficial de construcción por 15 años (mampostería, empañetar, armado de columnas, colocación de vigas y otras tareas). Actualmente está como independiente (vende agua en la casa y hace rifas). Manifiesta que no le dan trabajo porque temen que se vaya a caer o a accidentar.

SÍNTOMAS Y ESTADO ACTUAL:

Ingresa con marcha normal e independiente, comenta que tuvo accidente de trabajo el 31 de octubre de 2014 cuando hacían una placa y cayeron de un séptimo piso al primer piso. Sufrió trauma cráneo encefálico, fracturas de radio y cúbito derecho y del quinto metacarpiano de la mano derecha, además llexión del plexo braquial derecho, herida en oreja izquierda, además de otros traumas. Como secuelas actuales presente restricción del movimiento de los dedos de la mano derecha, siente cefalea, "zumbido en la cabeza", dice presentar vértigos ocasionales, el brazo derecho tiene restricción del movimiento para flexionar el hombro, tiene dificultad leve para escuchar el tono de conversación normal. Para los desplazamientos no tiene dificultad, puede subir y bajar escaleras. En la casa colabora en oficios, es independiente para realizar sus actividades de la vida diaria y básicas cotidianas, incluyendo higiene y arreglo personal. Establece contacto verbal y visual adecuado, está orientado globalmente, sin alteraciones del lenguaje ni del pensamiento, dice que ha tenido cambios en su comportamiento, que ahora es irritable y de "mal genio". No se evidencia afectación de funciones mentales superiores ni síntomas patológicos del estado de ánimo y no ha requerido tratamiento psiquiátrico ni psicológico.

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 coma cinco (0,5). De manera tal que si el valor final fue de ochenta por ciento (80%) se multiplica por cero coma 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 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, establece que:

Resumen del Caso: Se trata de un paciente de 49 años, de ocupación Obrero, quien refiere ocurrencia de accidente de trabajo el día 31/10/2014, el cual se describe así: al caerse una placa de concreto donde estaba laborando, cayendo desde un 7° piso y quedar atrapado entre los escombros. Lo llevan al servicio de urgencias y le encuentran: decaído, álgido y en estado confusional dado por ideas repetitivas de los hechos. Además amnesia del suceso. Se aprecia herida de bordes regulares en región parietal alta derecha. Se aprecia entrada de concreto en ambos ojos. 2 heridas pequeñas en dorso de la lengua. Se aprecia dolor leve a la movilización del cuello. Se aprecian escoriaciones múltiples en región dorsal y de hombros. Además dolor a la palpación en toda la columna. Dolor a la presión de la pelvis. Dolor en mano derecha con limitación funcional. No focalizado en el momento del examen. No meningismo. Diagnóstico: Hemorragia subdural traumática; fractura de otras vértebras cervicales especificadas; fractura de vertebra torácica; neumotorax traumático; fractura de vértebra lumbar; fractura de otras partes y de las no especificadas de la columna lumbar y de la pie.

Le hicieron múltiples estudios imagenológicos que mostraron como positivo: 31/10/2014 Rx columna cervical : fusión de los cuerpos vertebrales de C2 - C3 y C3 - C4. Rectificación de la lordosis cervical. Presencia de múltiples cuerpos extraños densos en los tejidos blandos del cuello; Rx pelvis: Múltiples cuerpos extraños densos en los tejidos blandos de la pelvis; Rx mano derecha: Fractura de la base de la falange proximal del segundo dedo. Fractura angulada de la cabeza del quinto metacarpiano. Fractura impactada de la metáfisis distal del radio con avulsión de la apófisis estiloides del cubito.

Valorado por Cirugía general quien descarta patología o lesión para manejo por el servicio.

Oftalmología: Pterigios congestivo. AV: OD: 20/40 y OI: 20/25. Diagnóstico: cuerpo extraño polvo en ojos.

Ortopedia: ordena manejo ortopédico para fracturas no desplazadas en la mano derecha con férula.

Durante la hospitalización paciente manifiesta vértigo posicoma, cefalea, tinnitus OI, disestesias en lengua.

Se tomó TAC de cráneo que descarta fractura o lesión intracraneal.

En Historia Clínica se evidencia las siguientes consultas y paraclínicos pertinentes para calificar:

En valoración por Otorrinolaringología : parálisis derecha periférica en remisión, fenómeno de bell positivo, nistamus con la posición grado I- Dx. Parálisis de Bell, Otros vértigos periféricos.

17/02/2015. TAC columna cervical (folio 111): Hallazgos: fusión de los elementos anteriores y posteriores de las vértebras C2 y C3, y de las vértebras C4 y C5 se evidencia además disminución en la amplitud del espacio intervertebral C3-C4 asociado a esclerosis de los platillos vertebrales correspondientes. Disminución en la amplitud del agujero de conjugación izquierdo en el nivel C3-C4.

18/02/2015. Electromiografía (folio 115): estudio demostrativo de una lesión distal moderada de los nervios mediano, cubital y radial derecho.

31/03/2015 Cirugía de la mano (folio 151): acusa rigidez de mano y puño derecho, disminución de la sensibilidad del área cubital. Examen físico: puño derecho: movilización sin crepitación, faltan 10° de dorsiflexión, 10° de palmiflexión finales, rigidez para la flexión final en las metacarpofalángicas de todos los dedos de mano izquierda y en la interfalángica proximal del meñique. Hipoestesia al tacto del área cubital, paresia de aductor del meñique y aductor corto del pulgar, disminución de la apertura de la primera comisura.

15/04/2015 Electromiografía (folio 120): estudio demostrativo de una lesión del plexo braquial derecho leve con compromiso de los troncos primario superior medio e inferior y del cordón posterior con signos de recuperación.

09/05/2015 Electrodiagnóstico MMII (folio 125): estudio es demostrativo de un síndrome radicular L4-L5, L5-S1 bilateral leve crónico.

29/05/2015 Valoración Psiquiatría : Durante la valoración manifiesta que a partir del accidente ha presentado algunos síntomas de corte ansioso, que en mi concepto son reactivos y esperables a condición clínica descrita. Aunque no configuran un diagnóstico psiquiátrico en el eje I, de la esfera mental, sí es pertinente que continúe recibiendo acompañamiento psicoterapéutico.

25/06/2015 Informe Neuropsicológico : las fallas en funcionamiento ejecutivo (auto-monitoreo) también guardan relación con la manifestación de síntomas ansiosos y se esperaría que la disfunción cognitiva (atencional) merme en severidad a la vez que haya mejor manejo de los mismos (ansiedad).

13/07/2015. Informe Integral Audiología (folio 97): Diagnóstico Audiológico: Pérdida auditiva bilateral asimétrica para las frecuencias entre 500Hz y 4000Hz, de grado leve a moderado, a partir de 3000Hz en oído derecho y grado leve a severo, a partir de 1000Hz, en oído * izquierdo. Conclusiones: • Se observan diferencias significativas entre la valoración audiológica comportamental actual, los umbrales reportados previamente y los registrados en los potenciales evocados auditivos de estado estable. • Se encuentra correlación entre las pruebas electrofisiológicas efectuadas. .

14/07/2015. Cirugía de la mano (folio 152): en control de politrauma con lesión del plexo braquial (mediano, cubital y radial) en reinervación y fractura de radio distal y 5o metacarpiano derecho, en rehabilitación. Refiere disestesia del área cubital en las noches, con sensibilidad conservada en áreas medianas cubitales y radiales. Dx. Fractura de la epífisis inferior del radio; Fracturas de otros huesos metacarpianos; Traumatismo de plexo braquial; Rigidez articular, no clasificada en otra parte. Examen físico: mano derecha: falta cierre a mano llena, tiene mejor elasticidad de los dedos y puño, faltan 15° de supinación y 10° de pronación. 70° de dorsiflexión, 70° de palmiflexión. Actividad de extensores de puño y dedos conservada, falta abductor del meñique, y hay froment (+).

14/07/2015. Valoración neurocirugía (folio 153): Se considera las lesiones de columna cervical no corresponden a accidente laboral.

21/07/2015 Potenciales evocados auditivos de tallo cerebral (folio 96) Estudio sugiere compromiso de los umbrales auditivos electrofisiológicos para las frecuencias entre 1000Hz y 4000Hz de grado leve a severo en el oído izquierdo y de grado leve a moderado a partir de 3000Hz en el oído derecho.

04/08/2015 Valoración psiquiatría: No se identifica una sintomatología que configure un diagnóstico del Eje I. No amerita otras intervenciones por nuestro servicio en el momento. Se emite concepto y se cierra caso

29/08/2015. RNM hombro derecho (folio 128) : Hay aumento en la intensidad de señal del tendón del supraespinoso, comprometiendo la superficie bursal y articular inmediatamente a la altura de su inserción en la tuberosidad mayor del húmero y extendiéndose en una longitud de 10 mm. Las demás estructuras que componen el manguito rotador están preservadas. El tendón de la porción larga del bíceps es de curso y trayecto usual. Líquido intraarticular discretamente aumentado de localización peritendinosa al tendón del supraespinoso. Los planos musculares y tejidos blandos son normales.

El día 13/11/2015 Ortopedia y traumatología interviene quirúrgicamente en Hombro: Ruptura delaminar del supraespinoso a nivel articular cara bursal íntegra e inserción completa en la tuberosidad. Bursa con inflamación severa. Diagnóstico Síndrome de manguito rotatorio

17/05/2016 Valoración fisiatría: TCE Parálisis facial en remisión, vértigo postraumático Lesión del plexo braquial derecho leve con compromiso de los troncos primario superior, medio e inferior y del cordón posterior con signos de recuperación. Nódulo calcificado pulmonar Enfermedad de Meniere. Cirugía por Ruptura supraespinoso derecha. Lesión de nervio radial cubital y mediano en fase de re-inervación, Fractura de radio distal y V MTC derecho TCE leve, Síndrome de klipper feil cervical, protrusiones cervicales múltiples crónicas. Hipoacusia n-s bilateral. Al ef: marcha normal, examen mental normal, mss.: msd: ama pasivos de hombros completos, activos: hombro; extensión y aducción conservados, abducción: 100°, flexión 100°, re: 70°, interna 50°, codo ama conservados, muñeca: flexión 70°, extensión 50°, desv. Radial 20° y cubital 20°, dedos: pulgar ama conservados, y del 2-5: mcf ama completos, peor en la ifp: extensión completa -flexión i 70°, y fp completas, que limitan cierre total, hipoestesia territorios mediano y cubital con fm 4/5 en los miotomas de los territorios descritos.

Estudio del caso: En aras de desatar el recurso interpuesto, se estudia la Historia Clínica aportada, se tiene en cuenta la valoración realizada por los integrantes de la Sala Uno de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez y se contrasta los hallazgos en la Historia Clínica con lo estipulado en el MUCPCLO.

Deficiencias: Al revisar el dictamen emitido por la Junta Regional de calificación de invalidez, a la luz de los argumentos expuestos en la apelación, se considera que se le calificó las siguientes Deficiencias, sin ponderar: Deficiencia por pérdida de la agudeza auditiva (no ponderada), 14.0% (Tabla 9.1, 9.2,9.3); Deficiencia por vértigo, 6.00% (Tabla 9.4); Deficiencia por tinnitus 3.0%; Deficiencia por disestesia secundaria a neuropatía periférica o lesión de médula espinal y dolor crónico somático, 10.0% (Tabla 12.5); Deficiencia por plexo braquial derecha, 0.0% (Tabla 12.12) y Deficiencias por alteración de miembro superior derecho + dominancia 14.54% (Tabla 14.5, 14.3, 14.2).

Respecto a las calificaciones asignadas y que fueron controvertidas por la ARL Colpatria:

Los movimientos del hombro se encuentran completos en forma pasiva, razón por la cual la calificación que le corresponde es de 0.0%; no obstante, se aclara que el paciente tiene restricción de AMAs en muñeca derecha y en dedos que se califican con 9.18%

Respecto a la asignación de porcentaje por Dolor crónico somático, efectivamente se considera que hay sobrevaloración, no aplica calificar por este ítem, pero si aplica calificar por nervio periférico por dolor y se califica con 2.0%.

En relación a la calificación por Disminución de la percepción auditiva, se considera que la calificación que le corresponde es de: 4.0% por SDU de OD: 100dB y de OI: 160dB. (Tabla 9.1, 9.2,9.3).

En razón a lo anterior, se decide que la calificación de deficiencia sin ponderar, que le corresponde al paciente es de 22.35%, que equivale a Deficiencia Final Ponderada de 11.18%.

En cuanto al rol laboral y otras áreas ocupacionales: El rol laboral se encuentra sobrevalorado, de acuerdo con el criterio técnico de esta Junta Nacional corresponde asignar rol laboral recortado, pues puede realizar las tareas principales y se le dificultan algunas tareas secundarias de su labor habitual, por lo cual puede laborar con adaptación de tareas. Los demás puntos no fueron controvertidos y se transcriben. Se califica con: 13.2%

Así las cosas, la calificación de pérdida de capacidad laboral que le corresponde al paciente a consecuencia del Accidente de Trabajo, es de: 24.38%.

Por lo anterior, esta junta decide **MODIFICAR** el dictamen emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá.

MJV

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

Título I - Calificación / Valoración de las deficiencias

Diagnósticos y origen

CIE-10	Diagnóstico	Diagnóstico específico	Origen
H810	Enfermedad de meniere		Accidente de trabajo
S628	Fractura de otras partes y de las no especificadas de la muñeca y de la mano		Accidente de trabajo
H903	Hipoacusia neurosensorial, bilateral		Accidente de trabajo

H931	Tinnitus	Accidente de trabajo
S099	Traumatismo de la cabeza, no especificado	Accidente de trabajo
S143	Traumatismo de plexo braquial	Accidente de trabajo
S460	Traumatismo de tendón del manguito rotatorio del hombro	Accidente de trabajo
S045	Traumatismo del nervio facial [vii par]	Accidente de trabajo

Deficiencias

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia por vertigo	9	9.4	1	0		NA	6,00%		6,00%
Deficiencia por pérdida de la agudeza auditiva (No ponderada)	9	9.1, 9.2, 9.3	NA	NA	NA	NA	4,00%		4,00%
Deficiencia por tinnitus	9	NA	NA	NA	NA	NA	3,00%		3,00%
Valor combinado									12,76%

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia global del nervio subescapular (Superior e inferior) Derecha	12	12.13	3		NA	NA	2,00%		2,00%
Valor combinado									2,00%

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia por alteración de miembro superior derecho + dominancia	14	14.2, 14.3	NA	NA	NA	NA	9,18%		9,18%
Valor combinado									9,18%

Capítulo	Valor deficiencia
Capítulo 9. Deficiencias por alteraciones del sistema auditivo y vestibular.	12,76%
Capítulo 12. Deficiencias del sistema nervioso central y periférico.	2,00%
Capítulo 14. Deficiencias por alteración de las extremidades superiores e inferiores.	9,18%
Valor final de la combinación de deficiencias sin ponderar	22,35%

CFP: Clase factor principal CFM: Clase factor modulador

Formula ajuste total de deficiencia por tabla: (CFM1 - CFP) + (CFM2 - CFP) + (CFM3 - CFP)

Formula de Baltazar: Obtiene el valor de las deficiencias sin ponderar.
$$\frac{A + (100 - A) * B}{100}$$

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

Calculo final de la deficiencia ponderada: % Total deficiencia (sin ponderar) x 0,5 **11,18%**

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

Rol laboral

Restricciones del rol laboral	5
Restricciones autosuficiencia económica	1.5
Restricciones en función de la edad cronológica	1.5
Sumatoria rol laboral, autosuficiencia económica y edad (30%)	8,00%

Calificación otras áreas ocupacionales (AVD)

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

d1	1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	Total
		d110	d115	d140-d145	d150	d163	d166	d170	d172	d175-d177	d1751	
		0	0.1	0	0	0	0	0	0	0.1	0.1	0.3

d3	2. Comunicación	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	2.9	2.10	Total
		d310	d315	d320	d325	d330	d335	d345	d350	d355	d360	
		0.1	0	0	0	0	0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.5
d4	3. Movilidad	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	3.9	3.10	Total
		d410	d415	d430	d440	d445	d455	d460	d465	d470	d475	
		0.1	0.1	0.2	0.2	0.2	0.3	0	0.3	0.3	0.3	2
d5	4. Autocuidado personal	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	4.6	4.7	4.8	4.9	4.10	Total
		d510	d520	d530	d540	d5401	d5402	d550	d560	d570	d5701	
		0.1	0.1	0	0.1	0.1	0.1	0	0	0.3	0.1	0.9
d6	5. Vida doméstica	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	5.7	5.8	5.9	5.10	Total
		d610	d620	d6200	d630	d640	d6402	d650	d660	d6504	d6506	
		0.1	0.3	0.1	0.2	0.3	0.2	0.1	0.1	0.1	0	1.5

Sumatoria total de otras áreas ocupacionales (20%)

5.2

Valor final título II

13,20%

7. Concepto final del dictamen pericial

Valor final de la deficiencia (Ponderado) - Título I	11,18%
Valor final rol laboral, ocupacional y otras áreas ocupacionales - Título II	13,20%
Pérdida de la capacidad laboral y ocupacional (Título I + Título II)	24,38%

Origen: Accidente

Riesgo: de trabajo

Fecha de estructuración: 17/05/2016

Fecha declaratoria: 27/09/2017

Sustentación fecha estructuración y otras observaciones:

Nivel de pérdida: Incapacidad permanente parcial

Muerte: No aplica

Ayuda de terceros para AVC: No aplica

Ayuda de terceros para toma de decisiones: No aplica

Requiere de dispositivos de apoyo: No aplica

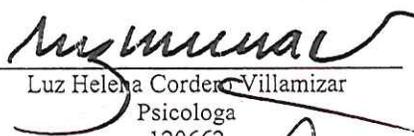
Enfermedad de alto costo/catastrófica: No aplica

Enfermedad degenerativa: No aplica

Enfermedad progresiva: No aplica

8. Grupo calificador


Emilio Luis Vargas Pajaro
Médico ponente
Médico
1223/1994


Luz Helena Cordero Villamizar
Psicóloga
120662


Edgar Humberto Velandia Bacca
Médico
118060/1992

JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL GUBERNATORIAL
FIEL COPIA DEL ORIGINAL

RE: CALIFICACIÓN VICTOR CASTIBLANCO D PROCESO LABORAL 25386310300120160018000

Juzgado 01 Civil Circuito - Cundinamarca - La Mesa <jccmesa@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Mié 29/06/2022 11:33

Para:

- victor hugo castiblanco delgado <victo1988@outlook.com>

Buenos días/Buenas tardes,

SE ACUSA RECIBIDO DE SU SOLICITUD, la misma se atenderá en el horario judicial establecido, en días hábiles de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 5:00 p.m.

SE HAN RECIBIDO 3 ARCHIVOS DEL DICTAMEN, POR FAVOR REVISAR SI SON DIFERENTES, TODO ARCHIVO QUE SEA ENVIADO AL JUZGADO SERÁ ANEXADO AL EXPEDIENTE, NO SE HACE NECESARIO EL REENVIO DEL MISMO DOCUMENTO. GRACIAS

Recuerde, que en el asunto del correo debe indicarse claramente si se trata de: memorial, solicitud, contestación, demanda, recurso, etc., y **el número de radicado, partes y clase de proceso al cual va dirigido**, con el fin de facilitar el trámite secretarial de los mismos; además que las peticiones deberán ser remitidas en formato PDF desde el correo que el apoderado tenga registrado ante la URNA.

Si el proceso está al Despacho, el memorial se agregará al expediente y una vez se profiera decisión de la Señora Jueza, se notificará por **estado electrónico** y podrá revisar el contenido de la providencia en la sección de **AUTOS** del micro sitio del Juzgado:

<https://www.ramajudicial.gov.co/web/juzgado-civil-del-circuito-de-la-mesa>

POR FAVOR NO RESPONDER ESTE CORREO

Cordialmente,

HENRY LÓPEZ MARTÍNEZ.

Escribiente

Juzgado Civil del Circuito

La Mesa-Cundinamarca

Calle 8 No. 19 - 88, Piso 3 Edificio Jabaco

Horario: L-V de 8am-1pm y de 2-5pm

3133884210

E-mail jccmesa@cendoj.ramajudicial.gov.co

De: victor hugo castiblanco delgado <victo1988@outlook.com>

Enviado: miércoles, 29 de junio de 2022 11:21

Para: Juzgado 01 Civil Circuito - Cundinamarca - La Mesa <jccmesa@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Asunto: CALIFICACIÓN VICTOR CASTIBLANCO D PROCESO LABORAL 25386310300120160018000

Buenos días

Adjunto calificación de Víctor Hugo Castiblanco Delgado, CC 11318066 Girardot, solicitada por la señora juez en el proceso laboral 25386310300120160018000 contra el señor Heinz Roberth Rhoner Zuluaga