

Manizales, 08 de febrero de 2021

Señores:

JUZGADO SEXTO ADMINISTRATIVO DEL CURCUTO
E.S.D.

MEDIO DE CONTROL: NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO
DEMANDANTE: ADMINISTRADORA COLOMBINA DE PENSIONES
(COLPENSIONES)

DEMANDANDO: CARLOS ALBERTO FLOREZ TAFUR

RADICADO: 17-001-33-39-006-2018+00312-00

ASUNTO: CONTESTACIÓN DE DEMANDA

MATEO OSORIO RAMIREZ, mayor de edad y vecino de Manizales, identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma, en calidad de representante legal de **CONFUTURO LABORAL INTEGRAL S.A.S con NIT 900.439.434-3**, actuando conforme a poder **ESPECIAL, AMPLIO y SUFICIENTE** otorgado por el señor **CARLOS FLÓREZ TAFUR**, mayor de edad y vecino de Norcasia -Caldas, me permito presentar **CONTESTACIÓN DE DEMANDA DE NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO**, presentada por la **ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES – COLPENSIONES**, mandato que permito responder en la siguiente forma:

A LOS HECHOS

1. **NO ES CIERTO:** Es una información de **RODRIGO DE JESUS HIGUITA** que no guarda ninguna relación con mi prohijado el señor **CARLOS FLÓREZ TAFUR**
2. **CIERTO PARCIALMENTE Y EXPLICO:** Mi poderdante el señor **CARLOS ALBERTO FLOREZ TAFUR**, padeció un accidente laboral el 20 de julio de 2009, inicio su proceso de valoración por medicina laboral con la **ARL SURA**, el día 17 de agosto de 2009, y recibió una calificación en primera oportunidad de pérdida de la capacidad laboral del 21.13%, según el Manual de Calificación de Invalidez (Decreto 917 de 1999), éste dictamen fue controvertido por mi poderdante, razón por la cual fue enviado a la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE CALDAS**, en donde mediante dictamen Nro 5292 del 19 de junio de 2012, recibió como calificación una pérdida de capacidad laboral del 54.77%, con fecha de estructuración de la invalidez a partir del julio de 2009, de origen **ACCIDENTÉ LABORAL**; pero la **ARL SURA**,interpuso **RECURSO DE REPOSICIÓN Y EN SUBSIDIO EL APELACION** en contra del dictamen Proferido por la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE CALDAS**, y en consecuencia la **JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ**, mediante dictamen Nro 10184939 del 19 de junio de 2013, decidió modificar el porcentaje otorgándole una pérdida de capacidad laboral del 24.04%, del **ORIGEN ACCIDENTE LABORAL**, y fecha de estructuración de la Invalidez a partir del 05 de abril de 2013, teniendo como diagnóstico motivo de la calificación definitiva las siguientes:

- **OTRAS COXARTROSIS POSTRAUMATICA**

- **FRACTURA QUE AFECTAN MULTIPLES REGIONES DE UN MIEMBRO INFERIOR**
- **SINDROME POSTCOCUNSIONAL**
- **HERIDAS DE OTRAS PARTES Y DE LAS ESPECIFICADAS EN EL ABDOMEN**

El 17 de febrero de 2015, mediante derecho de petición, elevado ante la **ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES-COLPENSIONES**, fue **SOLICITADO CALIFICACIÓN DE PRIMERA OPORTUNIDAD**, documento que fue suscrito por un cuñada de mi poderdante llamada **MARIA ANGELICA DIAS HERRERA**, solicito calificación de primera oportune y sustento claramente a **COLPENSIONES**, que el señor **CARLOS FLOREZ TAFUR**, había sido víctima de un accidente laboral, que ya había sido calificado en las diferentes instancias, pero que no fueron calificadas otras enfermedades por no ser consideradas como derivadas del accidente laboral, y por lo tanto era necesario obtener una calificación integral, por la secuelas derivadas del accidente laboral, como por las enfermedades de origen común, como lo establece el artículo 52 del Decreto 1352 de 2012, compilado en el Decreto ley 1072 de 2015, por lo tanto se adjuntó como prueba todas y cada uno de los dictamen de calificación emitidos en todas las instancias, por lo tanto se deduce que **COLPENSIONES**, no puede por este medio distorsionar la información y desconocer el debido proceso decantado anteriormente

De otra parte, es cierto que mi poderte en respuesta a dicha solicitud, recibió por parte de **COLPENSIONES**, una calificación mediante el dictamen Nro 2015108534VW, expedido el 25 de agosto de 2015 por **ASALUD LTMA**, en donde le fue otorgado una PCL del 91% de origen común, dictamen que hasta la fecha se encuentra en firme, y no ha sido sometido a revisión por parte de la **ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES**, como lo manda el artículo 55 del Decreto 1352 de 2013, compilado por el Decreto ley 1072 de 2015

3. ES CIERTO

4. ES CIERTO

5. ES CIERTO

6. ES CIERTO en cuanto a la dicho del contenido del oficio BZ2016_3936440-09900724 del 21 de abril de 2016

7. ES CIERTO PARCIALMENTE Y EXPLICO: Mi poderdante dio respuesta al oficio BZ2016_3936440-09900724 del 21 de abril de 2016, mediante oficio radicado en las instalaciones de la **ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES- COLPENSIONES**, manifestando que la patología calificada por **COLPENSIONES**, no fue calificada por la **JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION**, por lo tanto la noxa **DEFICIENCIA POR ALTERACION DE LA CONCIENCIA POR PERDIDA DE CONCIENCIA EPISODICA, POR TRASTORNO DEL SUEÑO Y VIGILIS, DEBIDO A ALTERACIONES MENTALES, COGNITIVAS Y DE LA FUNCION INTEGRADORA Y POR AFSIA Y DISFSIA,**

debe considerarse de **ORIGEN COMUN**, por lo que no aceptó revocar la **RESOLUCION GNR66189 del 29 de febrero de 2019.**

Durante el proceso de calificación tanto en el primer trámite rendido para la determinación de la pérdida de capacidad laboral realizado por la **ARL SURA, la JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE CALDAS** y la **JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ**, estos diagnósticos ya estaban presentes, por lo tanto, estas entidades, como **COLPENSIONES** y la **ARL**, tuvieron la oportunidad para definir cual era la ETIOLOGÍA de esta enfermedad, para así establecer a través de su pertinente controversia cual era el origen de la enfermedad, como la fecha de estructuración, pero **COLPENSIONES**, no lo hizo.

Debe tenerse en cuenta que la patología **ALTERACION DE LA CONCIENCIA POR PERDIDA DE CONCIENCIA EPISODICA, POR TRASTORNO DEL SUEÑO Y VIGILIS, DEBIDO A ALTERACIONES MENTALES, COGNITIVAS Y DE LA FUNCION INTEGRADORA Y POR AFASIA Y DISFASIA**, fue la que determinó que mi poderdante alcanzará el 50 % de discapacidad, por lo tanto fue la de mayor peso dentro de la calificación de deficiencia, lo que permitiría concluir que el origen final del dictamen fue demostrado por la enfermedad de origen general y no por las secuelas del accidente laboral, por lo tanto la pérdida de la capacidad laboral tuvo soporte final un origen **COMUN**.

8.

9. ES CIERTO

10. ES CIERTO

11. ES CIERTO

12. NO ES CIERTO y explico el demandado únicamente ha tenido cotizaciones al Régimen de Prima Media con Prestación Definida

13. ES CIERTO

14. NO LE CONSTA

A LAS PRETENSIONES

- 1.** Me opongo a la pretensión por cuanto la parte demandante no ha cumplido con sus deberes de realizar la revisión pensional por parte de su propio departamento de Medicina laboral o en su defecto de la Juntas, la que será procedente a solicitud de la correspondiente Administradora de Riesgos Laborales o Administradora del Sistema General de Pensiones cada tres (3) años, aportando las pruebas que permitan demostrar cambios en el estado de salud y a solicitud del pensionado en cualquier tiempo.
- 2.** Me opongo por cuanto el reconocimiento se realizó en virtud de un dictamen que cumplió con los principios de legalidad y debido proceso contemplados para este tipo litigios, en cual tiene su fundamento en un dictamen que se encuentra en firme.
- 3.** Me opongo por cuanto su sustento no tiene soporte jurídico, dado que la fecha de estructuración, fue establecida con base en la historia clínica y soportes entregados por mi poderdante, pero el porcentaje esta compuesta

por la sumatoria de las secuelas del accidente laboral y las enfermedades de origen común, la que más ponderé de las dos lleva a que la sumatoria final permita establecer el 50%, y con ello se establezca el origen; en este caso el origen fue establecido porque la DEFICIENCIA POR ALTERACION DE LA CONCIENCIA POR PERDIDA DE CONCIENCIA EPISODICA, POR TRASTORNO DEL SUEÑO Y VIGILIS, DEBIDO A ALTERACIONES MENTALES, COGNITIVAS Y DE LA FUNCION INTEGRADORA Y POR AFASIA Y DISFASIA, fue la que permitió superar el 50%

4. Me opongo, por cuanto durante todo el proceso de calificación que fuera tramitado desde la ARL, LA JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE CALDAS y LA JUNTA NACIONAL, mi poderdante insistió que tanto la enfermedad psiquiátrica, como las limitaciones presentes en la esferas superiores mentales, fueran tenidas en cuenta como secuelas de la accidente laboral y la JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION , decidió no incluirlas, cuando en la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE CALDAS, las había calificado y otorgado porcentaje como TRASTORNO DEPRESIVO MODERADO y TRASTORNO COGNITIVO MODERADO.
5. Me opongo a la prosperidad de esta pretensión, por cuanto no se compadece con la realidad jurídica por lo expresado anteriormente.
6. Me opongo a la prosperidad de esta pretensión, por cuanto no se compadece con la realidad jurídica por lo expresado anteriormente.
7. Me opongo a la prosperidad de esta pretensión, por cuanto no se compadece con la realidad jurídica por lo expresado anteriormente.
8. Me opongo a la prosperidad de esta pretensión, por cuanto no se compadece con la realidad jurídica por lo expresado anteriormente.
9. Me opongo a la prosperidad de esta pretensión, por cuanto no se compadece con la realidad jurídica por lo expresado anteriormente.

EXCEPCIONES

PRESCRIPCIÓN

Por cuanto desde que fue emitido el dictamen Nro 2015108534VW, expedido el 25 de agosto de 2015 por ASALUD LTMA , COLPENSIONES, estaba en la obligación de oponerse o presentar inconformidad en contra del mismo, dado que **ASALUD LTDA**, en virtud de contratista de la última tiene la obligación de notificar al Fondo de pensiones, para que también audite o en su defecto presente la inconformidad dentro de los 10 hábiles siguientes a su notificación, pero Colpensiones nunca hizo uso de su facultad, por lo que se considera prescrita y por lo tanto el dictamen en firme.

También se encuentra prescrita el Medio de Control de **NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DE DERECHO**, por cuanto desde que fue notificado el dictamen y en este caso la resolución GNR 66189 del 29 de febrero de 2016, han transcurrido más de dos años, para que la entidad hubiese llevado a cabo la presente acción.

REGLA GENERAL DE LA BUENA FE

Por cuanto a la fecha el dictamen no ha sido revocado, modificado o dejado sin efecto por parte de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES-COLPENSIONES, por lo tanto el derecho de mi poderdante nace a la vida jurídica, con la emisión del dictamen emitido por la JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION , donde se determina el porcentaje de pérdida de capacidad laboral de las secuelas

del accidente laboral que padeció, el que además se encuentra debidamente ejecutoriado; y de otro lado por el dictamen Nro 2015108534VW, expedido el 25 de agosto de 2015 por ASALUD LTMA de COLPENSIONES, donde le fue calificado su pérdida de capacidad laboral, bajo el PRINCIPIO DE LA INTEGRALIDAD, tal y como lo concibe el Decreto 1352 de 2013, una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50% de ORIGEN COMUN, dictamen que aún se encuentra debidamente ejecutoriado, en consecuencia no es la con la resolución por medio de la cual se le reconoció del derecho a la PENSIÓN DE INVALIDEZ y posteriormente con la resolución que le reconoce en virtud de fallo laboral ordinario un retroactivo pensional de la pensión de invalidez que se adquirió el derecho, se debe tener claro que la suerte de lo accesorio, sigue la suerte de lo principal.

EL PRINCIPIO DE LA INTEGRALIDAD DE LA NORMA

El proceso de calificación llevado a cabo cumplió a cabalidad con el principio de legalidad e integralidad, puesto que la ARL, fue quien en primera oportunidad determinó la pérdida de la capacidad de las secuelas del accidente laboral, cumpliendo con lo establecido en el artículo 41 y 42 de la ley 100 de 1993, que luego fue modificado por el artículo 142 del Decreto 019 de 2012, posteriormente se surtieron las diferentes instancias de calificación, conforme lo establecido en el artículo 2, 30, 40 y demás artículos concordantes del Decreto 1352 de 2013, la ARL llevo a cabo el tratamiento de rehabilitación de las secuelas establecidas en el ley 776 de 2002 y el ley 1562 de 2012.

Una vez quedó en firme el dictamen proferido por parte de la **JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION**, mi poderdante tenía derecho a que se le calificara la patología que no fue tenida en cuenta por la JUNTA NACIONAL, y procedió legalmente a solicitar la calificación de la pérdida de la capacidad laboral, haciendo uso del artículo 52 del Decreto 1352 de 2013.

Así las cosas, tanto el dictamen como la resolución están amparados en el debido proceso, principio de la integralidad de la norma y el principio de legalidad.

FALTA DE INTEGRACION DE LA LITIS NECESARIA

No es mi poderdante el que debe ser perjudicado por cualquier decisión que haya tomado la JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ, a dejar como origen común patología DEFICIENCIA POR ALTERACION DE LA CONCIENCIA POR PERDIDA DE CONCIENCIA EPISODICA, POR TRASTORNO DEL SUEÑO Y VIGILIS, DEBIDO A ALTERACIONES MENTALES, COGNITIVAS Y DE LA FUNCION INTEGRADORA Y POR AFASIA Y DISFASIA, pues es la autoridad competente para establecer el origen etiológico fue esta entidad, sería estos los llamados a explicar porque no le fue tenido encuentra como secuelas de enfermedad laboral, pero todo este proceso debe hacer sin perjuicio de la condiciones de vida digna de mi poderdante

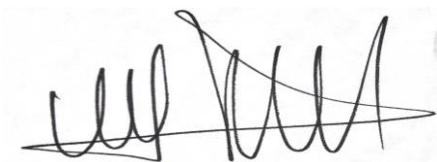
MEDIDA CAUTELAR

Por las razones expuestas anteriormente, solicito no dar cumplimiento a esta solicitud, toda vez que no es mi prohijado el que debe someterse a que sus condiciones de vida sean menguadas hasta las resultas de este proceso, se aporta las ultimas historias clínicas que dan cuenta de las limitaciones funcionales que actualmente presenta

PRUEBAS

1. Concepto de rehabilitación de la **E.P.S SALUDCOOP** a la **ARL SURA**, de febrero de 2012
2. Calificación de primera oportunidad de la **ARL SURA**, del 17 de agosto de 2010
3. Dictamen Nro 5292 del 19 junio de 2012, emitido por la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE CALDAS**
4. Dictamen de **JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ**, del 19 de junio de 2013
5. Copia del Derecho de petición enviado a **COLPENSIONES**, solicitando calificación de primera oportunidad, radicado el 17 de febrero de 2015
6. Respuesta al oficio de revocatoria del 24 de mayo de 2016
7. Historia Clínica de psiquiatría y de neuropsicología reciente

Atentamente

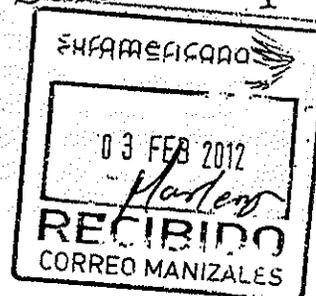


MATEO RAMIREZ OSORIO

C.C. No. 1.053.831.136 de Manizales (Caldas)

T.P No. 304.253 del C.S.J

Manizales, Febrero 03 de 2012



Señores
SURA
ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES
LC

REF: REMISION DICTAMEN INVALIDEZ

Nombre del Afiliado : Carlos Alberto Flórez Tafur
Numero Afiliación : CC 10184939 de Dorada
Diagnostico (s) : Politraumatismo fractura de fémur izquierdo, fractura de pierna derecha, fractura de cadera, probable fractura tipo III C5, Fractura de peroné izquierdo, fractura de cuello de pie izquierdo, Síndrome de estrés postraumático.
Dirección y Teléfono : La Dorada Calle 20 N° 8-59 , tel: 3112751982

El trabajador se encuentra afiliado a Saludcoop EPS presente Accidente laboral el día 20 de Julio 2009 generándose incapacidad permanente (parcial v.s total), basado en concepto Técnico-medico emitido por médicos tratantes, los que reposan en la historia clínica, dada la deficiencia, discapacidad y minusvalía del paciente, solicitamos se inicie el tramite de Calificación de Invalidez; valoración para determinar perdida de capacidad laboral y posible pensión por invalidez.

Concepto de origen : Accidente laboral
Concepto de rehabilitación : Desfavorable

Basados en el concepto de accidente de trabajo en Colombia: son accidentes de trabajo los ocurridos en las empresas con causa o con ocasión del trabajo, así se causen por fuerza mayor o caso fortuito o culpa del trabajador, por consiguiente, un terremoto, un secuestro o un atentado terrorista y cualquier accidente laboral originado por fuerza mayor o caso fortuito, la entidad Administradora de Riesgos Profesionales debe responder por las prestaciones económicas y asistenciales (Decreto 1295/94.)

Apoyamos esta solicitud en el cumplimiento del artículo 52, de la Ley 962/05, según el cual "Corresponde al Instituto de Seguros Sociales, a las Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, a las Compañías de Seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte y a las Entidades Promotoras de Salud, EPS, determinar en primera oportunidad la pérdida de capacidad laboral y calificar el grado de invalidez y el origen de las contingencias. En caso de que el interesado no esté de acuerdo con la calificación, dentro de los cinco (5) días siguientes a la manifestación que hiciere sobre su inconformidad, se acudirá a las Juntas de Calificación de Invalidez del orden regional, cuya decisión será apelable ante la Junta Nacional. Contra

dichas decisiones proceden las acciones legales”.

Los soportes clínicos, paraclínicos y conceptos Técnico-médico emitido por médicos tratantes, reposan en la historia clínica del paciente, con el fin de preservar la confidencialidad de esta, protegida por el decreto 1995 de 1999, la entidad SURA ARP debe citar al paciente y solicitar acceso a ella. El reporte de accidente laboral lo tiene el paciente, más sin embargo le corresponde a la ARP realizar las investigaciones pertinentes para determinar los factores del accidente de trabajo (decreto 1295 / 94 Art. 72m P c):

Atentamente

Lina María Estrada Gutiérrez
Médico General - U. de Manizales
Esp. Medicina Laboral
MÉDICA LABORAL
ÁREA TÉCNICA

Copia: Afiliado

Medellín, 17 de agosto de 2010

CE201022002276

Señor
CARLOS ALBERTO FLOREZ TAFUR
C.C. 10184939
Cl 10 5-19
Norcasia, Caldas

Asunto: Calificación de pérdida de la capacidad laboral

Nos permitimos informarle que a causa del Accidente de Trabajo ocurrido a usted el 20 de julio de 2009, el cual fue evaluado por parte de MEDICINA LABORAL ARP, se determinó que usted presenta una Incapacidad Permanente Parcial.

ARP SURA ha evaluado el caso y determinado un porcentaje de pérdida de la capacidad laboral del 21.13%, según el Manual Único de Calificación de Invalidez (Decreto 917 de 1999). (Anexamos copia del dictamen de pérdida de capacidad laboral)

En este sentido, usted tiene derecho a una indemnización de 10.07 ingresos base de liquidación (promedio de los seis meses anteriores a la fecha del accidente: \$1,380,602) de acuerdo con el Decreto 2644 de 1994, este valor le será pagado en la oficina Suramericana, CR 23 64 B-33 P 3 EDIF CTRO DE NEGOCIOS SIGLO XXI por un valor de TRECE MILLONES NOVECIENTOS DOS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS (\$13,902,662). En caso de presentarse alguna inquietud o controversia al respecto, por favor informarnos mediante comunicación escrita dirigida a la División de Medicina Laboral, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo de la presente comunicación, donde con gusto estaremos dispuestos a aclararla o en caso necesario, proceder de acuerdo con los recursos adicionales previstos en la Ley.

Para lo anterior, hemos habilitados varios canales por medio de los cuales la comunicación puede ser enviada: el fax número 8862965 , o a la dirección CR 23 64 B-33 P 3 EDIF CTRO DE NEGOCIOS SIGLO XXI.

IDENTIFICACION DEL AFILIADO		
Nombre: FLOREZ TAFUR CARLOS ALBERTO	Cédula: 10184939	Edad: 32
Dirección: CL 10 #5-19 NORCASIA - CEL: HERMANO 3122208509		
Ciudad: NORCASIA	Departamento: CALDAS	Teléfono: 3143702966
Empresa: CONSORCIO MANSO AMANI	Cargo:	
DATOS DEL SINIESTRO		
Expediente: 1220034825	Fecha de Ocurrencia: 20/07/2009 00:00:00	
DATOS DE LA EVALUACION		
Fecha realización de la evaluación: 03/08/2010 00:00:00		

DIAGNOSTICO:

1. FRACTURA DE FEMUR IZQUIERDO.
2. FRACTURA DE TIBIA Y PERONE BILATERAL
3. TRAUMA RENAL

MOTIVO CONSULTA:

EL 20.07.2010 SE ENCONTRABA CONDUCIENDO EL VEHICULO DE LA EMPRESA CUANDO LA DIRECCIÓN SE QUEDÓ RÍGIDA Y LA COLOCÓ AL BORDE DE LA CARRETERA Y AL MOMENTO DE BAJARSE, EL VEHICULO RODÓ POR EL ABISMO. EL PACIENTE NO TUVO PERDIDA DEL CONOCIMIENTO.

TRATAMIENTO REALIZADO:

ES LLEVADO AL SERVICIO DE URGENCIAS SE ENCUENTRA FRACTURA CABALGADA TERCIO MEDIO DIAFISIARIO DE FEMUR IZQUIERDO, FRACTURA DE RAMA ISQUIOPUBICA IZQUIERDA, FRACTURA DE TIBIA Y PERONE BILATERAL. SE REALIZA OSTEOSINTESIS DE FEMUR IZQUIERDO Y OSTEOSINTESIS DE TIBIA Y PERONE BILATERAL. POSTERIORMENTE #ACE CUADRO DE SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA Y FALLA RENAL LAS CUALES EVOLUCIONAN FAVORABLEMENTE SIN COMPLICACIONES. (SEGUN ULTIMO CONTROL DE UROLOGIA EL 9/6/2010).
SE REALIZO RETIRO DEL MATERIAL EL 19.01.2010.

DEFINICION DE SECUELAS:

EXAMEN FISICO: TALLA: 1.59 PESO: 60.7 MARCHA CON BASTON A EXPENSAS DE HEMICUERPO DERECHO. POSTURA: NO ESCOLIOSIS. AUMENTO DE LA LORDOSIS LUMBAR CON PROTRUSION ABDOMINAL. NO HAY HIPERTONIA MUSCULAR NI SIGNOS NEUROLOGICOS PATOLOGICOS. EXAMEN DE MMII: DIAMETROS DEL MUSLO DERECHO. 41 IZQUIERDO : 41. 5. ACORTAMIENTO APARENTE DE 0.6 CMS A EXPENSAS DE MID. DIAMETRO DE PIERNA A NIVEL DEL 1/3 MEDIO DERECHO: 34.5 IZQUIERDO 34.0. CADERA DERECHA: SOLAMENTE SE OBSERVA ROTACION INTERNA RETENIDA A 10 GRADOS. RESTO DE ARCOS DE MOVIMIENTO ARTICUALR DE CADERRA COMPLETOS, RODILLAS: SIN ALTERACIONES EN ARCOS DE MOVIMIENTO. TOBILLOS SIN RESTRICCIONES EN ARCOS DE MOVIMIENTO. MARCHA EN TALON Y PUNTAS NORMAL.
SE OBSERVA EN AMBOS MIEMBROS INFERIORES CICATICES QUIRURGICAS ANTIGUAS EN AMBOS MIEMBROS INFERIORES, CERRADAS, NO ADEHRIDAS, SIN SIGNOS DE INFECCION.

CONDUCTA:

CALIFICACION DE SECUELAS.



MARTHA LUCIA ARANGO GOMEZ
Firma

Mes 11 Día 11 Año 12

Manizales, siendo las 3:25pm le notifico personalmente a:
Monica Bedoya G con C.C. # 24.874.736 de
Nera, la calificación hecha por la Junta Regional de Calificación
de Invalidez de Caldas, relacionado con su pérdida de capacidad laboral, de
conformidad con la solicitud hecha por Carlo Alberto Flaca

Se hace entrega del documento que contiene el dictamen, advirtiéndole que
contra el procede el recurso de reposición ante esta Junta o en su defecto el
de apelación ante la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, en el acto de
la notificación o dentro de los (10) días hábiles siguientes a esta notificación,
exponiendo los motivos de inconformidad y acreditando las pruebas que
pretende hacer valer, por intermedio de la Secretaría de la Junta Regional.


JOSE FERNANDO JIMENEZ VELEZ

Secretario Junta Regional de Calificación de Invalidez de Caldas

NOTIFICADO:

Monica Lucia Bedoya
CC 2482728

**FORMULARIO DE DICTAMEN PARA CALIFICACION
DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL
Y DETERMINACION DE LA INVALIDEZ**

Hoja No.1

1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN

Fecha de recepción solicitud	27 de agosto de 2010	DICTAMEN No.	5292
Entidad remitente	ARP SURA		
Fecha de dictamen	Julio 3 de 2012		

2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Nombre de la entidad administradora	JUNTA DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE CALDAS		
Dirección	Cra 23 No 63 - 15 Edf. el Castillo Of. 803	Teléfono	8859930

3. DATOS PERSONALES DEL CALIFICADO

Apellidos	FLOREZ TAFFUR											
Nombres	CARLOS ALBERTO											
Doc. Identidad	C.C	<input checked="" type="checkbox"/>	T.I	<input type="checkbox"/>	C.E	<input type="checkbox"/>	Otro	10.184.939				
Fecha de nac.	30 de nov de 77			Edad	34 años							
Género	Masculino	<input checked="" type="checkbox"/>	Femenino	<input type="checkbox"/>								
Estado civil	Soltero	<input type="checkbox"/>	Casado	<input type="checkbox"/>	Viudo	<input type="checkbox"/>	Unión libre	<input type="checkbox"/>	Separado	<input checked="" type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>
Escolaridad	Primaria	<input checked="" type="checkbox"/>	Secund	<input type="checkbox"/>	Técnico	<input type="checkbox"/>	Universidad	<input type="checkbox"/>	Analfabeta	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>

4. ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO

4.1. DESCRIPCION DEL CARGO ACTUAL

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA	
DENOMINACION DEL CARGO ACTUAL	
ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA	
ANTIGÜEDAD EN EL CARGO	
DESCRIPCION TAREAS	LABORES DE LIMPIEZA EN EDIFICIOS VARIOS

4.2. ANTECEDENTES DE EXPOSICION LABORAL

EMPRESA	CARGO	RIESGOS	TIEMPO DE EXPOSICION

5. FUNDAMENTOS DE LA CALIFICACION:

5.1. RELACION DE DOCUMENTOS

DOCUMENTO	SE TUVO EN CUENTA
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	<input checked="" type="checkbox"/>
HISTORIA CLINICA COMPLETA	<input checked="" type="checkbox"/>
EPICRISIS O RESUMEN DE HISTORIA CLINICA	<input type="checkbox"/>
ACTA DE LEVANTAMIENTO DE CADAVER	<input type="checkbox"/>
CERTIFICADO DE DEFUNCION	<input type="checkbox"/>
ANALISIS PUESTO DE TRABAJO	<input type="checkbox"/>
EXAMENES PARACLINICOS	<input type="checkbox"/>
EXAMENES PRE-OCUPACIONALES	<input type="checkbox"/>
EXAMENES PERIODICOS OCUPACIONALES	<input type="checkbox"/>
EXAMENES POST - OCUPACIONALES	<input type="checkbox"/>
CONCEPTO DE SALUD OCUPACIONAL	<input type="checkbox"/>
OTROS	<input type="checkbox"/>

5.2 DIAGNOSTICO MOTIVO DE CALIFICACION:

1. POLITRAUMATISMO - FRACTURAS MULTIPLES	3. OBESIDAD
2. PSEUDOARTROSIS DE CADERA	

5.3 EXAMENES O DIAGNOSTICO E INTERCONSULTAS PERTINENTES PARA CALIFICAR

Tipo de examen o interconsulta	Resultado
1. PSIQUIATRIA - 23/03/12	Trastorno Depresivo Moderado.
2. NEUROPSICOLOGIA - Mayo/2012	Trastorno Cognitivo Moderadas
3.	
4.	

**FORMULARIO DE DICTAMEN PARA CALIFICACION
DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL
Y DETERMINACION DE LA INVALIDEZ**

I. Descripción de deficiencias:

# orden	Descripción	% Asignado	Cap	Num	Lit	Tabla No.
1	TRASTORNO DEPRESIVO MODERADO	20,00	XII			12.4.5
2	TRASTORNO COGNITIVO MODERADO	20,00	XII			12.4.1
3	PSEUDOARTROSIS DE CADERA	8,00	I	1.4		1.49, 1.51, 1.53,
4						
5						
6						

SUMATORIA

$A+(B*(50-A)/100)$

Calificación máxima posible 50%

SUMA COMBINADA

27,92

II. Descripción de discapacidades:

Asigne el valor de discapacidad según su gravedad, así:

0,0 No discapacitado

0,2 Dificultad en la ejecución

0,2 Ejecución Ayudada

0,3 Ejecución asistida

0 Discapacidad

Número de la discapacidad

%

#	Descripción	Número de la discapacidad										%
		10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
1	Conducta	0	0,1	0,2	0,2	0,1	0,3	0	0,3	0,3	0,3	1,80
2	Comunicación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
3	Cuidado de la persona	0	0	0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0	0,2	0,80
4	Locomoción	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0	0,3	0,2	0,2	2,00
5	Disposición del cuerpo	0,3	0,3	0,2	0	0	0,2	0,2	0	0	0	1,20
6	Destreza	0,2	0,2	0	0	0	0	0	0,2	0	0	0,60
7	Situación	0,2	0,2	0	0	0	0	0,3	0	0	0	0,70
Sumatoria total (calificación máxima posible 20%)											7,10	

III. Descripción de minusvalías:

Asigne únicamente el máximo valor de cada categoría que corresponda al individuo evaluado

#	Minusvalía	Número de la minusvalía							%	
		10	11	12	13	14	15			
1	Orientación							12	1,00	
2	Independencia física	20	21	22	23	24	25	21	0,50	
3	Desplazamiento	30	31	32	33	34	35	32	1,00	
4	Ocupacional	40	41	42	43	44	45	46	43	12,50
5	Integración social	50	51	52	53	54	55	53	1,50	
6	Autosuficiencia económica	60	61	62	63	64	65	63	1,50	
7	en función de la edad	70	71	72	73	74	75	76	73	1,75
Sumatoria total (calificación máxima posible: 30%)									19,75	

7. PORCENTAJE DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL

Descripción

I. DEFICIENCIA 27,92

II. DISCAPACIDAD 7,10

III. MINUSVALIA 19,75

TOTAL 54,77

Estado de la PCL	<5%	Incapac. Permanente	Parcial	X	Invalidez
Fecha de estructuración de la invalidez	20 de julio de 2009				
Observaciones (DICTAMEN NO. 5292):					

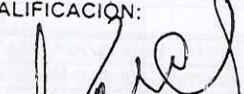
8. CALIFICACION DEL ORIGEN

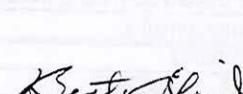
Fecha del Accidente	20/07/2009		Fecha de la Enfermedad	
ORIGEN	Común	Profesional	X	
	Accidente	X	Enfermedad	
Requiere ayuda de terceros?	NO			

Es fiel copia tomada de su original, el cual reposa en esta junta.

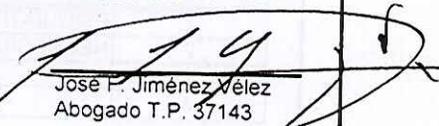
9. RESPONSABLE(S) DE LA CALIFICACION:


Mauricio Mejía Mejía MD
cc 10.266.738 Mzles


Juan Mauricio Cortes L MD
cc 10.116.289 Pereira


Beatriz Elena López T.O.
cc 30.304.349 Mzles

- Secretario Junta -


José P. Jiménez Vélez
Abogado T.P. 37143

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE CALDAS

PONENCIA

Dictamen N°: 5292
Fecha: Junio 19 de 2012.
Nombre: CARLOS ALBERTO FLOREZ TAFUR
Cédula: 10.184.939
Edad: 34 años -
Oficio Habitual: Conductor/Tracto Volqueta/ 1 Mes.
Empresa: CONSORCIO MANSO AMANI
Estudios: Secundaria (7)
Estado Civil: Separado
Dirección: Norcasia.
Teléfono: 3133492468 - 3118688804
FAT: 20/07/2009
Entidad: ARP SURA & Saludcoop EPS.
Motivo: Calificación Integral.

Resumen de Historia Clínica:

Paciente quien refiere que mientras conducía volqueta esta se quedo sin dirección rodando por abismo sufriendo politraumatismo TEC, fractura de fémur izquierdo, tibia y peroné derecho e izquierdo, fractura de pelvis y trauma cerrado de tórax y abdomen con lesión de riñón. Estuvo 15 días en UCI. Viene acompañado de hermano, quien refiere cambios de conducta, no sale solo., agresividad, grita en las noches, se come la uñas. La mujer lo dejo por sus cambios de conducta. Antes del accidente era muy sociable, compartía con la familia y los amigos. Rodo por un abismo 90 mts.

Refiere dolor en espalda y el tobillo izquierdo y no soporte posturas sostenidas.

Examen Físico: Paciente quien viene por sus propios medios, en compañía de hermano y apoya de bastón.

Osteomuscular: Dolor al a palpación y movilización de pierna derecha.

Mental: Paciente parco, pasivo poco expresivo en la consulta no mira durante la entrevista; se come las uñas.

Diagnósticos: **Politraumatismo.**
Pseudoartrosis de Cadera.
Trastorno Depresivo Moderado.
Trastorno Cognitivo Moderado.

Fecha de Estructuración: 20/07/2009

Dictamen: Posterior a la valoración del paciente, revisión de la historia clínica y demás documentos adjuntos se puede concluir que el paciente presenta secuelas de accidente de trabajo, por lo tanto se procede de acuerdo al Decreto 917 de 1999 a la calificación del grado de pérdida de capacidad laboral.

JUAN MAURICIO CORTES LOPEZ
Médico Ponente.

Carrera 23 No 63 - 15
Edificio el Castillo Of. 803
Tel. / Fax 6-8859930
Manizales - Caldas

JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ
FORMULARIO DE DICTAMEN PARA CALIFICACION DE LA PÉRDIDA DE LA
CAPACIDAD LABORAL Y DETERMINACION DE LA INVALIDEZ

1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN

Numero Dictamen: 10184939	Entidad Remitente: ARL
Fecha Dictamen: 19/06/2013	SURA

2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Nombre de la entidad Calificadora: JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ	
Dirección: Calle 32A No 19 - 35 Barrio Teusaquillo	Telefonos: 7440737

3. DATOS PERSONALES DEL CALIFICADO

Nombre: CARLOS ALBERTO FLOREZ TAFUR
Identificación: Cédula No: 10184939 Fecha Nacimiento: 30/11/1977 Edad: 35,59 Años
Sexo: M Estado Civil: No informa Escolaridad: Primaria

4. ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO

4.1 ANTECEDENTES DE EXPOSICION LABORAL	Riesgos:		
Ocupación: No identificada			
Nombre Empresa	Cargo	A	M
CONSORCIO MANI	CONDUCTOR		

5. FUNDAMENTOS DE LA CALIFICACION

<p>5.1 RELACION DE DOCUMENTOS</p> <p>Epicrisis o resumen de la historia clínica</p> <p>Exámenes o pruebas paraclinicas</p>	<p>Valoraciones por especialistas</p> <p>Historia Clínica</p>
<p>5.2 DIAGNOSTICO MOTIVO DE CALIFICACION</p> <p>OTRA COXARTROSIS POSTRAUMATICA</p> <p>FRACTURAS QUE AFECTAN MÚLTIPLES REGIONES DE UN MIEMBRO INFERIOR</p> <p>SINDROME POSTCONCUSIONAL</p> <p>HERIDAS DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL ABDOMEN</p>	

31174834

CARLOS ALBERTO FLOREZ TAFUR

JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ
FORMULARIO DE DICTAMEN PARA CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA
CAPACIDAD LABORAL Y DETERMINACION DE LA INVALIDEZ

5.3 EXAMENES O DIAGNOSTICO E INTERCONSULTAS PERTINENTES PARA CALIFICAR

Examen	Resultado	Fecha
VER PONENCIA ANEXA		00/00/0000

6. DESCRIPCION DEL DICTAMEN

Sumatoria $A+(B(50-A)/100)$ | Calificación máxima posible 50%

I. Descripción de Discapacidades

0.0 No discapacitado 0.1 Dificultad en la ejecución 0.2 Ejecución Ayudada 0.3 Ejecución Asistida, dependiente o incremental

#	Discapacidad	Numero de la Discapacidad										%
		10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
1.	Conducta :	0	0,10	0,20	0,20	0,10	0,10	0,10	0,20	0,20	0,20	1,40
2.	Comunicación :	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
3.	Cuidado Pers. :	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
4.	Locomoción :	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,20	1,10
5.	Disp. Cuerpo :	0	0	0	0	0	0,10	0	0	0	0	0,10
6.	Destreza :	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
7.	Situación :	0	0	0	0	0	0	0,30	0	0	0	0,30
Total Discapacidades :											2,90	

Sumatoria total posible (Calificación máxima posible: 20%)

JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ
FORMULARIO DE DICTAMEN PARA CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA
CAPACIDAD LABORAL Y DETERMINACION DE LA INVALIDEZ

II. Descripción de Minusvalía

Descripción	Numero	%
Orientación :	10	0
Independencia Física :	21	0,50
Desplazamiento :	31	0,50
Ocupacional :	42	5,00
Integración Social :	51	0,50
Autosuficiencia Económica :	63	1,50
En Funcion de la Edad :	73	1,75
Total Minusvalía:		9,75

Sumatoria total (Calificación máxima posible: 30%)

III. Descripción de Deficiencias

% Asignado Capítulo, Numeral, Tabla

Cicatricas en Miembros Inferiores	2,00 Numeral 10.5
RESTRICCION DE MOVIMIENTOS DE LA CADERA	1,50 Tabla 1.55 y 1.83
Síndrome Postconcusional (Homologación a Alteraciones de las funciones complejas e integradas del cerebro - Necesita supervisión)	10,00 TAB 11,2
Total Deficiencia: 11,39	

JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ
FORMULARIO DE DICTAMEN PARA CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA
CAPACIDAD LABORAL Y DETERMINACION DE LA INVALIDEZ

7. PORCENTAJE DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL

Calificación:	%	Estado PCL:	Incapacidad Permanente Parcial
Deficiencia:	11,39	Fecha Estructuración PCL:	05/04/2013
Discapacidad:	2,90	Requiere Ayuda de Terceros:	No
Minusvalía:	9,75	Manual:	Decreto 917 de 1999
% Total:	24,04		

Esta calificación se basa en lo establecido en el decreto 917 de Mayo de 1999

8. CALIFICACION DEL ORIGEN

Enfermedad:	Accidente:	Trabajo	Muerte:
-------------	------------	---------	---------

9. RESPONSABLES DE LA CALIFICACION

[Signature]
EDGAR HUMBERTO VELANDIA BACCA
 MEDICO

[Signature]
EMILIO LUIS VARGAS PABARO
 MEDICO

[Signature]
LUZ HELENA CORDERO VILLAMIZAR
 PSICOLOGA

[Signature]
DIANA NELLY GUZMAN LARA
 ABOGADA

JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ
 ORIGINAL DEL COPIA DEL ORIGINAL

MEDICO PONENTE	EMILIO LUIS VARGAS PAJARO
PACIENTE	CARLOS ALBERTO FLOREZ TAFUR
CEDULA	10.184.939
ENTIDAD REMITENTE	ARL SURA
JUNTA QUE REMITE	CALDAS
RADICADO JNCI	No. RAD. 045665 FECHA: 14/02/2013

I. FUNDAMENTOS DE HECHO:

a. Antecedentes:

Paciente de 34 años, de ocupación conductor de Tracto Voiqueta, en el consorcio Manso Amani.

Calificación Junta Regional de calificación de invalidez:

La Junta Regional de Calificación de Invalidez de Caldas mediante dictamen N° 5292 de fecha 27/08/2010, establece:

Diagnóstico(s): Politraumatismo
Pseudoartrosis de cadera
Trastorno depresivo moderado
Trastorno cognitivo moderado

Origen: Accidente de Trabajo
Pérdida de la Capacidad Laboral: 54.77%
Fecha De Estructuración: 20/07/2009

Deficiencias:
Trastorno depresivo moderado.....20.00%
Trastorno cognitivo moderado.....20.00%
Pseudoartrosis de cadera..... 8.00%
Total deficiencias.....27.92%

En Reposición.
Deficiencias: 31.52%
Discapacidades: 7.10%
Minusvalías: 19.75%
Total Pérdida de la Capacidad Laboral: 58.37%

Reposición y/o apelación: ARL SURA interpuso recurso de reposición y en subsidio de apelación por controversia con la Pérdida de la Capacidad Laboral determinada. En resolución del recurso de reposición, la Junta Regional de Caldas, repone el dictamen y remite el caso a la Junta Nacional de Calificación de Invalidez.

b. Información relevante para resolver el recurso de apelación:

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

(...)Resumen de Historia Clínica:

Paciente quien refiere que mientras conducía voiqueta esta se quedo sin dirección rodando por abismo sufriendo politraumatismo TEC, fractura de fémur izquierdo, tibia y peroné derecho e izquierdo, fractura de pelvis y trauma cerrado de tórax y abdomen con lesión de riñón. Estuvo 15 días en UCI. Viene acompañado de hermano, quien refiere cambios de conducta, no sala solo, agresividad, grita en las noches, se come la uñas. La mujer lo dejo por sus cambios de conducta.

Antes del accidente era muy sociable, compartía con la familia y los amigos. Rodo por un abismo 90 mts.

Refiere dolor en espalda y el tobillo izquierdo y no soporte posturas sostenidas.

Examen Físico: Paciente quien viene por sus propios medios, en compañía de hermano y apoya de bastón.

Osteomuscular: Dolor al a palpación y movilización de pierna derecha.

Mental: Paciente parco, pasivo poco expresivo en la consulta no mira durante la entrevista, se come las uñas.

Diagnósticos: Politraumatismo.
Pseudoartrosis de Cadera.
Trastorno Depresivo Moderado.
Trastorno Cognitivo Moderado.
Fecha de Estructuración: 20/07/2009.

Dictamen: Posterior a la valoración del paciente, revisión de la historia clínica y demás documentos adjuntos se puede concluir que el paciente presenta secuelas de accidente de trabajo... ()"

Motivación de la controversia: ARL SURA, controvierte el dictamen con base en:

"()... 1. En la calificación de deficiencias se le asigna 20% de deficiencia por trastorno depresivo moderado (tabla 12.4.5 - trastornos mayores del humor (afectivos) asociados o no con alteraciones menores del humor) y 20% por trastorno cognitivo moderado (tabla 12.4.1 - demencia y síndrome amnésico). Conviene aclarar que la clasificación multiaxial DSM IV propone dos ejes: El eje I comprende los síndromes clínicos y el eje II los trastornos de la personalidad. El Decreto 917/99 ha acogido esta clasificación para la calificación de las deficiencias pero la norma taxativamente establece que: "para la calificación de la deficiencia resultante del eje clínico (eje I) se tendrá en cuenta solamente el trastorno que produce la deficiencia mayor y este se cuantificará (numeral 12.3.1).

2. Por considerar entonces que la junta regional de calificación de invalidez omitió la aplicación de lo establecido en el numeral 12.3.1 del Decreto 917 de 1999, solicitamos a ustedes la revisión del caso o su envío a la Junta Nacional de Calificación de Invalidez... ()".

Respuesta a la reposición:

"()... La JUNTA, al revisar nuevamente el caso a fin de desatar el recurso encuentra: Que existe error en la calificación del Trastorno Cognitivo Moderado, encontrado en la valoración de neurociología que se le practicó al señor. Flórez Tafur, en el mes de Mayo del presente año, el cual concluye "En las pruebas de evaluación Neuropsicológica, se podría decir que el paciente se encuentra ante serias alteraciones neurocognitivas cuya área más afectada es la prefrontal y frontal que le compromete su capacidad de monitoreo del comportamiento", ajustándose está al Capítulo XI Sistema Nervioso Central, Tabla N°. 11.2 Deficiencia Global por Alteraciones de las Funciones Complejas e Integradas del Cerebro por lo que repondrá el dictamen el cual quedará de manera definitiva así:

Deficiencias, 31.52%, Discapacidades, 7.10, Minusvalías, 19.75%, pérdida de la Capacidad laboral 58.37%, accidente profesional, por lo tanto:

La JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE CALDAS
RESUELVE:

PRIMERO: Reponer el dictamen 5292, de fecha 21 de agosto de 2012, correspondiente al señor CARLOS ALBERTO FLOREZ TAFFUR, con cédula de ciudadanía número 10,184,939... ()"

c. Otros aspectos tenidos en cuenta:

- 23-03-2012 - Informe Actualizado sobre estado de salud: "...Diagnósticos definitivos: Trastorno de estrés postraumático. Trastorno mental orgánico. T. Depresivo. Secuelas politraumatismo..."
- Mayo/2012 - Informe de Evaluación Neuropsicología (Dra. Claudia Margarita Cataño - Psicóloga): "...Apreciación: Dado el perfil Cognitivo y Comportamental premórbido presentado por el señor Carlos y teniendo en cuenta como punto referencia la información obtenida a través de los familiares, del propio paciente y junto con la observación objetiva y cualitativa de su desempeño en las pruebas de evaluación Neuropsicológica, se podría decir que el paciente se encuentra ante serias alteraciones neurocognitivas cuya área más afectada es la prefrontal y frontal que le compromete su capacidad de monitoreo del comportamiento. Sin embargo desde el DSMIV y la CIE10 se propone como período de tiempo de resolución espontánea de un estrés postrauma un máximo de un año y un mínimo de 6 meses después de ocurrido un hecho relevante..."

VALORACIÓN INTERDISCIPLINARIA LA JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ

FECHA: 08 DE ABRIL DE 2013

VALORACIÓN MÉDICA:

Paciente en regulares condiciones generales, desorientado en tiempo y espacio y orientado en persona. No mantiene contacto visual ni verbal, se muerde continuamente las uñas. Se hizo menester tomar información por parte de un hermano. En la casa no realiza ninguna actividad y permanece aislado en un rincón, mordiendo las uñas. Independiente para las actividades básicas cotidianas, aunque para bañarse y vestirse necesita supervisión. Tiene control esfinteriano adecuado y se alimenta solo.

VALORACIÓN PSICOLÓGICA:

Aspectos relevantes del examen físico/mental (ABC y AVD): Ingresó con marcha lenta, apoyado en bastón, no establece contacto verbal ni visual, tiene conducta estereotipada (se muerde las uñas y mantiene la mirada sin atención fija), como no es posible establecer diálogo con el paciente se invita al hermano para que suministre la información. Comenta que en julio de 2009 tuvo un accidente de tránsito que le ocasionó múltiples traumas, tuvo

pérdida de conocimiento, no le hicieron craneotomía. Meses después del accidente empezó a manifestar conductas extrañas, llanto, quería irse de la casa, y desde esa época lo vienen tratando por psiquiatría. Toma múltiples medicamentos. En la casa no hace ninguna actividad, requiere supervisión constante para su autocuidado y la higiene personal. La conducta alimentaria no se ha afectado.

Aspecto Psico-Emocionales: La evaluación neuropsicológica de mayo de 2012 tiene resultados muy controversiales porque habla de "alteraciones neurocognitivas" en el área prefrontal y frontal "que compromete su capacidad de monitoreo del comportamiento" y concluye sobre síntomas de un Estudio de Puesto de Trabajo, que "no es secundario al accidente". No es posible establecer estado de orientación, tiene síntomas psicóticos y aparente deterioro cognitivo.

Contexto Socio-Familiar: Vive con los padres, tuvo separación conyugal y tiene dos hijos que no viven con él. La empresa le paga el subsidio de incapacidad temporal.

El día 12/04/2013 el paciente aporta historia clínica (13 folios), entre los que se encuentra:

- 26/09/2010 – Resonancia magnética columna lumbosacra: "...Conclusiones: 1. Mínima acentuación de la lordosis. 2. Leve protrusión discal L4-L5 sin compromiso nervioso. 3. Mínima sinovitis facetaria en los dos últimos segmentos..."
- 24/05/2012 – Historia Clínica: "...Paciente quien se observa nervioso durante la consulta camina por sus propios medios resto de EF impresión normal..."
- 21/06/2012 – Historia Clínica: "...Paciente distraído en ocasiones impresión con períodos de lúcidos y en otros no distraído no responde a todo el interrogatorio solo a unos cuantos camina por sus propios medios conciente. Paciente quien se ha permanecido en ICP porque no tiene calificación por parte de la JRCI el paciente tiene al parecer componente psiquiátrico posterior a AT. se deja cita abierta se prolonga incapacidad se le explica que debe de traer reporte de calificación ante la JRCI..."
- 29/06/2012 – Historia Clínica: "...Paciente con cuadro de problemas mentales a raíz de politraumatismo, se sospecha estrés postraumático secuelas de politraumatismo difícil manejo con afecto y comportamiento fluctuante en ocasiones agresivo tendencia a aislarse esta tomando ácido valproico trazodona y fluxetina se cita en 3 meses con valoración neuropsicológica..."
- 06/07/2012 – Historia Clínica: "...Paciente camina con ayuda de bastón distraído durante la consulta conciente resto de EF sin cambios. Paciente a quien se le ha estado generando incapacidad continua y prolongada hasta tener calificación se describan todas las patologías por las cuales fue calificado según el concepto de rehabilitación de medicina laboral se le explica que de confirmarse esta calificación su empleador deberá generar reubicación laboral y no requiere continuar en ICP..."
- 19/07/2012 – Historia Clínica: "...Paciente con mirada perdida durante la consulta no habla se come las uñas no hay cambios al examen físico..."
- 24/10/2012 – Historia Clínica: "...paciente con secuelas de politraumatismo y TEC cambios importantes en su comportamiento cuadro depresivo estrés postraumático – T mental orgánico en incapacidad generada por las secuelas de trauma al examen mental paciente inestable no se centra en el interrogatorio disperso inatento afecto mal modulado, depresivo, memoria comprometida; juicio y raciocinio comprometidos prospección inadecuada con recordaciones angustiosas del accidente se ordena fluxetina trazodona ácido valproico se cita en 4 meses debe seguir en incapacidad debe añadirse a la historia clínica la valoración neuropsicológica..."

El día 15/04/2013 el paciente aporta historia clínica (1 folio), que contiene:

- 12/04/2013 – Historia Clínica: "...Enfermedad Actual: paciente con historia de cuadro depresivo con alteraciones neurocognitivas como secuela de accidente de trabajo no hay cambios en su estado mental se cita en 4 meses debe seguir igual esquema terapéutico..."

Citado para audiencia el día 17/04/2013 y aplazado en espera de Evaluación por Junta de Psiquiatría.

El día 29/05/2013 ARL SURA remite las pruebas requeridas:

- 05/04/2013 – Hospital Universitario San Ignacio – Evaluación psiquiátrica, neuropsicológica y psicológica – Especialistas: Dr. Juan González Pacheco Mejía (Médico Psiquiatra), Dr. Javier Auli Carrasco (Médico Psiquiatra), Dr. Carlos Filizzola Donado (Médico Psiquiatra), Dra. Adriana C. Castro Angulo (Médico residente psiquiatría), Dra. Margarita Benito Cuadrado (Neuropsicología), Dra. Carmen González Ortega (Psicóloga):
Impresiones Diagnósticas Psiquiátricas

Los diagnósticos se formulan con los ejes DSM-IV y el código diagnóstico corresponde a la CIE 10

- EJE I Síndrome Postconcusional (F07.2)
- EJE II Diferido
- EJE III Sin diagnóstico
- EJE IV Red de apoyo por establecer
- EJE V GAF 35

Análisis y concepto

Se trata de un hombre de 35 años de edad quien sufrió en 2009 trauma cráneo-encefálico y quien desde entonces presenta pérdida de su funcionalidad y marcados cambios comportamentales, caracterizados principalmente por apatía, poca iniciativa y pobre interés por el medio. En la presente evaluación clínica la observación realizada por psiquiatría, psicología clínica y neuropsicología no fue concluyente, debido a la falta de información dada por el acompañante y a la imposibilidad para practicar las pruebas neuropsicológicas y psicológicas. Junto a los hallazgos de la RMN cerebral, existen dudas respecto a la observación clínica hecha para la presente evaluación, la cual sí muestra un individuo con alteraciones provenientes de un déficit cognitivo. Ante esta circunstancia y sin los suficientes criterios para confirmar ni descartar la presencia de un déficit cognoscitivo, proponemos volver a valorarlo en unos 6 meses, con un informante que conviva con el interesado y conozca en detalle su comportamiento. Por el momento se recomienda optimizar manejo farmacológico iniciando antipsicótico y suspendiendo los medicamentos antidepressivos..”

II. FUNDAMENTOS DE DERECHO:

Para el caso que nos ocupa debe tenerse en cuenta que de acuerdo al artículo 8, del decreto 917 de 1999 la distribución porcentual de los criterios para la calificación total de la invalidez debe hacerse así:

“Para realizar la calificación integral de la invalidez, se otorga un puntaje a cada uno de los criterios descritos en el artículo anterior (Deficiencia, discapacidad y minusvalía), cuya sumatoria equivale al 100% del total de la pérdida de la capacidad laboral, dentro de los siguientes rangos máximos de puntaje”:

CRITERIO	PORCENTAJE (%)
Deficiencia	50
Discapacidad	20
Minusvalía	30

a) Para las deficiencias: El grado de deficiencia a que se refiere el Libro Primero y que se relaciona con los sistemas orgánicos, se expresa en porcentajes de pérdida funcional (deficiencia global). Para facilitar el ejercicio del calificador o de las Juntas Calificadoras, contiene una serie de tablas de valores por órganos o sistemas, de las cuales se pueden sustraer los valores correspondientes a este componente. Sin embargo, en aquellos casos en que se encuentren afectados dos o más órganos o sistemas, los valores parciales de las respectivas deficiencias globales deben ser combinados según la siguiente fórmula:

$$A + \frac{(50-A)B}{100}$$

Donde A y B corresponden a las diferentes deficiencias. Siendo A la de mayor valor y B la de menor valor. De esta forma se combinan los valores correspondientes A y B. Este procedimiento se denomina "suma combinada". En caso de que existan más de dos valores, éstos deben ser previamente ordenados de mayor a menor valor, para proceder a combinarlos sucesivamente aplicando la fórmula.

Ejemplo: A = 20%

B = 10% Suma combinada = $20 + \frac{(50-20) \times 10}{100} = 23\%$

Teniendo en cuenta que el valor de la deficiencia de extremidad puede alcanzar el 100%, se deberá utilizar la siguiente fórmula cuando haya que combinar deficiencias de extremidad:

$$A + \frac{(100-A)B}{100}$$

Se deberá calcular la deficiencia global correspondiente a cada capítulo y solo después se hará combinación de valores de deficiencia global entre capítulos para hallar la deficiencia global final.

Quienes legalmente pueden o deben determinar la pérdida de la capacidad laboral de una persona, deben tener en cuenta que la deficiencia debe ser demostrable anatómica, fisiológica y psicológicamente, o en forma combinada. Tales anomalías podrán ser determinadas por pruebas de ayuda diagnóstica del afiliado, referidas a sus signos y síntomas.

Las patologías que sólo se manifiestan con síntomas, no son posibles de definir fácilmente por quien califica. Por tanto, las decisiones sobre los porcentajes de deficiencia deben ser respaldadas con la historia clínica del paciente y las pruebas de ayuda diagnóstica, complementando así el criterio clínico. Los resultados obtenidos con las pruebas complementarias de diagnóstico deben corresponder a las alteraciones anatómicas, fisiológicas y/o psíquicas detectables por tales pruebas, y confirmar los signos encontrados durante el examen médico. Las afirmaciones del paciente que sólo consideran la descripción de sus molestias sin respaldo de signos o exámenes complementarios, no tienen valor para establecer una deficiencia.

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.
- Ley 962 de 2005, Ley antitrámite.
- Decreto 1295 de 1994 y Ley 776 de 2002, reglamentan el Sistema General de Riesgos Profesionales (SGRP)
- Decreto 917 de 1999, determina el Manual Único de Calificación de Invalidez.
- Decreto 2463 de 2001, reglamenta el funcionamiento y competencia de las Juntas de Calificación.

III. ANÁLISIS Y CONCLUSIÓN:

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

- El señor Carlos Alberto Flórez Tafur presenta como diagnósticos: Politraumatismo, Pseudoartrosis de cadera, Trastorno depresivo moderado y Trastorno cognitivo moderado
- Se trata de un paciente de 34 años, de ocupación habitual conductor de Tracto Volqueta, en el consorcio Manso Amari, quien sufre accidente mientras conducía Volqueta y según documentos en el expediente- esta se quedó sin dirección rodando por abismo sufriendo politraumatismo, TEC, fractura de fémur izquierdo, tibia y peroné derecho e izquierdo, fractura de pelvis y trauma cerrado de tórax y abdomen con lesión de riñón. Estuvo 15 días en UCI.
- La Junta Regional en Reposición le otorgó una calificación de Pérdida de la Capacidad Laboral del 54.77% de origen Accidente de Trabajo, calificándole los siguientes diagnósticos: Politraumatismo, Pseudoartrosis de cadera, Trastorno depresivo moderado y Trastorno cognitivo moderado con Fecha de Estructuración: 20/07/2009 y siendo las deficiencias calificadas las siguientes: trastorno depresivo moderado (tabla 12.4.5 - trastornos mayores del humor (afectivos) asociados o no con alteraciones menores del humor) y trastorno cognitivo moderado (tabla 12.4.1 - demencia y síndrome amnésico), otorgándole a cada una de ellas 20%.
- ARL SURA, interpuso recurso de apelación de Pérdida de la Capacidad Laboral por considerar, entre otras, que: "(...) 1. En la calificación de deficiencias se le asigna 20% de deficiencia por trastorno depresivo moderado (tabla 12.4.5 - trastornos mayores del humor (afectivos) asociados o no con alteraciones menores del humor) y 20 por trastorno cognitivo moderado (tabla 12.4.1 - demencia y síndrome amnésico). Conviene aclarar que la clasificación multiaxial DSM IV propone dos ejes: El eje I comprende los síndromas clínicos y el eje II los trastornos de la personalidad. El Decreto 917/99 ha acogido esta clasificación para la calificación de las deficiencias pero la norma taxativamente establece que: "para la calificación de la deficiencia resultante del eje clínico (eje I) se tendrá en cuenta solamente el trastorno que produce la deficiencia mayor y este se cuantificará (numeral 12.3.1)"
- 2. Por considerar entonces que la junta regional de calificación de invalidez omitió la aplicación de lo establecido en el numeral 12.3.1 del Decreto 917 de 1999, solicitamos a ustedes la revisión del caso o su envío a la Junta Nacional de Calificación de Invalidez... ()".
- En respuesta a la reposición la JRCI modifica el porcentaje sustentando en cambio de la deficiencia calificada, utilizando ahora: Alteraciones de las Funciones Complejas e Integradas del Cerebro, Trastorno depresivo moderado y Pseudoartrosis de cadera, da 31.52%, con discapacidades de 7.10% y Minusvalías de 19.75%, para un total de 58.37%
- Una vez revisada la historia clínica y documentación aportada, la sala uno de calificación toma en cuenta los siguientes considerandos para desatar el recurso:
 - ✓ El caso fue recibido en la JRCI de Caldas el día 27 de agosto de 2010 y el dictamen fue emitido en Julio 3 de 2012, es decir, después de 22 meses de haberlo solicitado la ARL SURA.
 - Lo anterior trae un conflicto técnico en cuanto a que prácticamente son dos pacientes diferentes, uno el del 2010 y otro el del 2012, teniendo presente la evolución del caso y en particular este paciente que ha tenido una evolución bizarra, difícil de encasillar en un cuadro patológico.
 - Ante la calificación emitida de 54.77% de PCL por parte de la JRCI, la ARL SURA interpone recurso de reposición y apelación el día 30 de julio de 2012, sustentado en un error técnico, que es resuelto el día 21 de

agosto de 2012.

Hay en el expediente dos sustentaciones a la respuesta del recurso: una fechada el día 19 de junio de 2012, fecha que se interpreta como un error de digitación; y la otra, es de fecha 20 de noviembre de 2012 (tres meses después de emitido el dictamen).

Ambas sustentaciones versan sobre lo mismo: "... se observa un error en la calificación del trastorno cognitivo moderado...". Y reponen con un aumento de la calificación, pasando de 54.77% a 58.37%.

Esta reposición con aumento, es un claro error técnico legal, por el principio jurídico de "No reformatio in peius", que imposibilita reformar en peor cuando es un único apelante.

El caso tiene una evolución bizarra, que es difícil de explicar médicamente, pues el trabajador efectivamente presentó un accidente de características graves en la parte orgánica y en particular ósea; esquelética con fracturas múltiples que el mismo paciente en un escrito de febrero de 2012 menciona: Fractura de tibia y peroné miembro inferior derecho, fractura de tibia de miembro inferior izquierdo, fractura de peroné tercio medio, Fractura oblicua tercio distal con desplazamiento postero-lateral, con secuela de tejidos blandos aumentados de volumen, Fractura rama iléopúbica izquierda y comminuta de alerón derecho. Además presentó Trauma severo entre el riñón y pulmón con secuela de efecto de masa sobre el sistema conector, contenida en la capsula renal.

Tal como se observa, en el expediente no hay diagnóstico de Trauma Encefálico y hasta el mismo paciente no hace mención de existencia del mismo, el cual fue descartado por TAC y por RMN (Resonancia magnética). Lo único que había era lesión de cuero cabelludo de pequeña proporción y es más, se menciona que en el evento accidental no hubo pérdida de conocimiento, que es una de las manifestaciones del trauma encefálico, (aunque también puede ser producido por dolor), pero en conclusión no lo hubo, y no hay en el expediente nada relacionado con tratamiento para tal.

Lo llamativo del caso del señor Flórez Tafur, es que del trauma óseo múltiple y del trauma de víscera abdominal evoluciona hacia la mejoría de una manera impresionante, hasta tal punto que prácticamente no es perceptible secuela; en tanto que por el trauma encefálico que no existió, se están presentando unas aparentes secuelas graves de carácter cognitivo y con un trastorno psiquiátrico, depresivo, sin motivante orgánico.

Los casos de Depresión postrauma, son generados o tienen su gatillo generalmente, en una pésima evolución del estado orgánico, de tal forma que el paciente al verse con la persistencia de un dolor, de una alteración orgánica que no le permite llevar una adecuada calidad de vida, que no le permita desempeñarse en los roles, sociales, familiar y laboral, se deprime. Este caso tiene una evolución inversa: el trabajador comienza a evolucionar muy bien en su parte orgánica y se deteriora drásticamente en la parte mental.

El cuadro bizarro que se ha descrito, queda perfectamente retratado en varias consulta con psiquiatría, pero se cita en particular la llevada a cabo con el Dr. Jorge Hernán Calderón, el día 21 de diciembre de 2011:

"Paciente con cuadro que presenta luego de politraumatismo en accidente de trabajo, presentó cuadro ansioso depresivo luego aprécio cuadro depresivo que hacía parte de un trastorno mental orgánico, presentó al parecer cuadro de estrés postraumático, en la actualidad paciente inestable, afecto labil, depresivo con cuadro conductuales bizarros y de gran agresividad que dificultan su funcionamiento personal y social."

Es importante resaltar que los médicos para hacer un diagnóstico, toman como base la anamnesis y el examen físico. Se considera que el 70% del diagnóstico está soportado por la anamnesis, es decir, relato del mismo paciente o de sus acompañantes. Si la información surgida por la anamnesis no es adecuada, es obvio que el diagnóstico no será adecuado.

Se resalta lo anterior porque se observa que, por ejemplo, el Psiquiatra, Dr. Calderón, en el concepto emitido en la valoración antes citada, consideró que el paciente presentó en algún momento de la evolución "... cuadro depresivo que hacía parte de un trastorno mental orgánico..."; diagnóstico que seguramente surgió después de habersele brindado información que lo orientara (al médico) a pensar que el trabajador en el accidente sufrió trauma cerebral, o mejor, trauma encefálico, lo cual no es cierto, como ya se ha citado.

Y ello es así porque según la Asociación Americana de Psiquiatría, el Síndrome Cerebral orgánico es una condición mental característica resultante de un deterioro difuso del tejido cerebral, debido a cualquier causa: congénita, degenerativa, inflamatoria, tóxica, metabólica, traumática, vascular o neoplásica. Y ninguna de las anteriores causas es evidente en el expediente del paciente y de todas, la única posible es la traumática. Por tanto, sólo el médico pudo pensar en un trastorno mental orgánico si se le informó que sufrió trauma cerebral.

Dada la evolución bizarra (extraña, atípica, anormal); la Sala unió de la JNCL, en aras de aclarar el cuadro clínico y para destar el recurso interpuesto por la ARL SURA, solicitó valoración por Junta de profesionales del área mental, que en este caso se efectuó en el Hospital San Ignacio, con profesionales de reconocida trayectoria en el ámbito, a saber: Dr. Juan González Pacheco Mejía (Médico Psiquiatra), Dr. Javier Auli Carrasco (Médico Psiquiatra), Dr. Carlos Filizzola Donado (Médico Psiquiatra), Dra. Adriana C. Castro Angulo (Médico residente psiquiatría), Dra. Margarita Benito Cuadrado (Neuropsicología), Dra. Carmen González Ortega (Psicóloga);

El concepto se transcribe a continuación:

Identificación

Se trata de un hombre de 35 años de edad, natural y procedente de Norcasia (Caldas). Escolaridad secundaria incompleta. Se desempeña como conductor, actualmente está incapacitado. Ha separado y Padre de dos hijos. Reside con sus Padres. El informante su hermano, Jaime Florez. La confiabilidad de la información es baja dado que el acompañante no vive con el paciente.

Sufrió trauma cráneo-encefálico y politraumatismos el 20 de julio de 2009 en accidente de tránsito, requirió

hospitalización en UCI y luego en piso general, con una duración total de cerca a un mes. Después del alta no se evidenciaron inicialmente alteraciones mentales ni secuelas cognitivas; sin embargo luego de 3 meses; empezó a presentar deterioro progresivo de su funcionalidad psicosocial y síntomas cognitivo ya efectivos, que progresan rápidamente y desde entonces no han variado.

Las alteraciones en el comportamiento consisten en aislamiento, mutismo, con respuestas en lacónicas, apatía, falta de iniciativa, y marcada clinofilia. Las actividades de cuidado personal deben ser supervisadas por sus familiares, algunas tareas domésticas sencillas, como barrer o doblar la ropa, las inicia pero las abandona sin terminarlas. Además desconoce la fecha y presenta comportamientos estereotipados como morderse sus uñas. Tiene buen patrón de sueño y alimentación. Al inicio del cuadro presentó conductas heteroagresivas que desaparecieron con manejo farmacológico con trazodone, fluoxetina y ácido valproico. No refiere otros antecedentes patológicos pertinentes. Acerca de la personalidad premórbida es descrito como activo y ansioso, con mucha destreza para conducir.

En la entrevista y el examen mental se encuentra un hombre con edad aparente concordante con la edad cronológica, con presentación personal acorde al medio, quien ingresa al consultorio por sus propios medios, apoyándose en un bastón, en compañía de familiar. No establece contacto visual en ningún momento y su actitud es evasiva. En permanentemente mira hacia el piso o hacia los lados, muerde sus uñas durante toda la entrevista, es lacónico y sólo habla cuando se le pregunta algo, con respuestas muy breves. Está parcialmente orientado en persona el lugar, en desorientado en tiempo, con aumento de la latencia pregunta-respuesta. No verbaliza ideas delirantes, tampoco ideas de corte depresivo ni de auto o heteroagresión. Afecto hiporesectivo de fondo ansioso, sin actitud alucinatoria, juicio y raciocinio débiles, introspección y prospección no valorable fin, conducta motora.

El informe de la RMN Cerebral del 03/04/13 refiere que no se encuentra lesiones focales ni difusas. El espacio subaracnoideo es normal para la edad. El sistema ventricular se encuentra localizado en la línea media y es de tamaño normal. No hay colecciones intra o extraxiales. Las estructuras de la fosa posterior y de la unión bulbo medular son normales. No se identifican alteraciones mayores orbitarias en la base del cráneo. La opinión del radiólogo es que se trata de un estudio dentro de los límites normales.

En la valoración por neuropsicología fue imposible la aplicación de pruebas formales debido al fin componente comportamental que dificultó la exploración, y en sus respuestas se evidenció fluctuación del conocimiento semántico que involucraban.

En la valoración por psicología clínica no fue posible la administración de pruebas de personalidad, dado el estado del interesado, el cual, durante la sesión de evaluación se caracterizó por mutismo y ausencia de contacto visual con el entrevistador.

Impresiones diagnósticas psiquiátricas:

* Los diagnósticos se formulan con los ejes DSM-IV y el código diagnóstico corresponde a la CIE 10

EJE I Síndrome Postconcusional (F07.2)

EJE II Diferido

EJE III Sin diagnóstico

EJE IV Red de apoyo por establecer

EJE V GAF 35

Análisis y concepto

Se trata de un hombre de 35 años de edad quien sufrió en 2009 trauma craneo-encefálico y quien desde entonces presenta pérdida de su funcionalidad y marcados cambios comportamentales, caracterizados principalmente por apatía, poca iniciativa y pobre interés por el medio. En la presente evaluación clínica la observación realizada por psiquiatría, psicología clínica y neuropsicología no fue concluyente, debido a la falta de información dada por el acompañante y a la imposibilidad para practicar las pruebas neuropsicológicas y psicológicas. Junto a los hallazgos de la RMN cerebral, existen dudas respecto a la observación clínica hecha para la presente evaluación, la cual sí muestra un individuo con alteraciones provenientes de un déficit cognitivo.

Ante esta circunstancia y sin los suficientes criterios para confirmar ni descartar la presencia de un déficit cognoscitivo, proponemos volver a valorarlo en unos 5 meses, con un informante que conviva con el interesado y conozca en detalle su comportamiento.

Por el momento se recomienda optimizar manejo farmacológico iniciando antipsicótico y suspendiendo los medicamentos antidepressivos..

Se puede observar que este concepto comienza erradamente y es por la información errada que se brindó en la anamnesis acorde con la información dada por parte del acompañante (el hermano) a los profesionales de la salud, ellos inician diciendo que "... Sufrió trauma craneo - encefálico...". lo cual no es cierto y está corroborado por la TAC tomada en la valoración inicial de urgencias y que se evidencia adicionalmente en la RMN cerebral del 03 de abril de 2013, a la cual ellos tuvieron acceso.

Precisamente por los datos de la anamnesis obtenidos, con los del examen médico clínico realizado, la aparente imposibilidad de que el señor Flórez Tafur desarrollara pruebas y al contrastarla con los hallazgos de la Resonancia Magnética Cerebral que es NORMAL ("... no se encuentran lesiones focales ni difusas..."), los Especialistas emiten un concepto contundente: "... existen dudas respecto a la observación clínica hecha para la presente evaluación...".

Lo anterior se interpreta entonces en que no hay un cuadro clínico típico de una enfermedad que se pueda explicar medicamente.

De este concepto se extrae, que en la anualidad el trabajador no tiene DEPRESIÓN; se extrae que no se pudo... confirmar ni descartar la presencia de un déficit cognitivo.; se extrae que el único diagnóstico realizado es un Síndrome Postconvulsional y además que se aplaza en seis meses la decisión de la existencia o ausencia del trastorno cognitivo.

Así las cosas, para desatar el recurso interpuesto por la ARL SURA ante la calificación emitida por la JRCI de calificación de invalidez de Caltas, se tiene como hechos inequívocos:

1. Coxartrosis, limitación leve del movimiento en la cadera.
2. Cicatrices en Miembros Inferiores
3. Síndrome Postconvulsional.
4. Cuadro evolutivo inexplicable, extraño que no estructura una enfermedad o diagnóstico a calificar, condición "sine qua non" para poderlo calificar acorde con el proceso técnico médico laboral. Se requiere de un diagnóstico para calificar. Este diagnóstico médico debe estar soportado por paraclínicos.
5. No presenta Depresión actualmente.

En conclusión las Deficiencias son:

Restricción de movimientos cadera	1.50%	Tabla 1.55 y 1.83
Cicatrices en Miembros inferiores	2.00%	Numeral 10.5
Síndrome Postconvulsional (Homologación a Alteraciones de las funciones complejas e Integradas del cerebro - Necesita supervisión)	10.00%	Tabla 11.2
Total	11.39%	

Las discapacidades y minusvalías deben reajustarse de acuerdo con estas deficiencias y con los hallazgos clínicos objetivos y no con la manifestación subjetiva o con la observación del comportamiento del paciente, el cual no corresponde con las secuelas médicas del accidente de trabajo.

Por lo anterior, esta junta decide MODIFICAR el dictamen emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Caltas y en consecuencia define:

Diagnóstico (s):

- Fracturas Que Afectan Múltiples Regiones De Un Miembro Inferior (T023)
- Pseudoartrosis de cadera (M165)
- Síndrome postconvulsional
- Heridas De Otras Partes Y De Las No Especificadas Del Abdomen (S318)

Origen: Accidente de Trabajo

Porcentaje de Pérdida de Capacidad Laboral: 05 de abril de 2013

Deficiencias	11.29	
Discapacidades	2.90	
Minusvalías	9.75	
TOTAL	24.04	%

Fecha de estructuración: 05 de Abril de 2013.

Nota: Se fija la fecha de estructuración con la fecha de valoración del Grupo interdisciplinario de Hospital San Ignacio.

Una vez leída y aprobada la presente decisión se firma por quienes Intervinieron a los diecinueve (19) días del mes de Junio de dos mil trece (2013)

Edgar Humberto Velandía Bacca
Médico Principal

Genito Luis Vargas Bajaró
Médico Principal

Luz Helena Cordero Villamizar
Psicóloga principal

Diana Nelly Guzmán Lara
Secretaria principal sala 1

JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ
 DEL COLOMBIA DEL ORIGINAL

17 FEB. 2015

Manizales, 17 de febrero de 2015

DEPARTAMENTO DE
TRABAJO Y PREVISIÓN
SOCIAL - MANIZALES
COTEAJADO

Señores
ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES
SURA ARL
Manizales

Referencia: **SOLICITUD DE CALIFICACION DE PERDIDA DE LA
CAPACIDAD LABORAL**

MARIA ANGELICA DIAZ HERRERA, mayor de edad y vecina de la ciudad de Manizales, actuando como representante de mi cuñado **CARLOS ALBERTO FLOREZ TAFUR**, me permito presentar derecho de petición conforme lo establece el artículo 23 de la Constitución Política, con el lleno de todos los requisitos establecidos en el artículo 5 del C.P.A.C.A, a fin de que se lleve a cabo nueva calificación de Perdida de la Capacidad Laboral, con base en los siguientes hecho:

HECHOS:

PRIMERO: CARLOS ALBERTO FLOREZ TAFUR, trabajaba para la empresa **MANSO AMANI** desde el 14 de julio de 2009.

SEGUNDO: El día 20 de julio de 2009, sufrió un accidente laboral, cuando al manejar una volqueta ésta se quedó sin dirección por lo que rodó aproximadamente 90 metros por un abismo del municipio de Norcasia, Caldas.

TERCERO: A raíz de dicho accidente, mi cuñado quedó con secuelas tales como: **DOLOR CRONICO DE COLUMNA Y MIEMBROS INFERIORES, PSEUDOARTOSIS DE CADERA y TRASTORNOS DEPRESIVOS Y COGNOSITIVOS IRREMEDIABLES.**

CUARTO: El día 25 de mayo de 2010, nos vimos obligados a llevarlo al hospital Sagrado Corazón a la especialidad de Medicina General, en donde mi cuñado manifestó lo siguiente:

"...Manifiesta alteración de sueño, episodio de insomnio, depresión, vomito continuo..."

QUINTO: Desde esa fecha, **CARLOS ALBERTO** comenzó tratamientos psiquiátricos y psicológicos, en búsqueda de una mejoría.

SEXTO: Por todo lo anterior y al ver que en vez de mejorar se empeoraba la situación, se inició proceso de calificación de pérdida de la capacidad laboral en

donde SURA ARL lo calificó en primera instancia el 17 de agosto de 2010, brindándole un porcentaje de pérdida de la capacidad laboral del 21.13%

SEPTIMO: El 19 de junio de 2012, mediante dictamen número 5292 del 3 de julio de 2012 la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE CALDAS le otorgó una pérdida de la capacidad laboral del 54.77% y una fecha de estructuración de la invalidez del 20 de julio de 2009, como ACCIDENTE LABORAL.

OCTAVO: Por lo anterior, SURA ARL apeló el dictamen emitido por la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE CALDAS por lo que la JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ le otorgó a mi cuñado en dictamen del 19 de junio de 2013 una pérdida de la capacidad laboral del 24.04%.

NOVENO: Dado que CARLOS ALBERTO se encuentra en un estado de depresión y ansiedad muy severos, hemos estado consultando diferentes especialidades como lo son NEUROPSICOLOGIA, PSICOLOGIA, PSIQUIATRIA, los cuales le diagnostican un pronóstico no favorable, en donde las enfermedades mentales que él padece van a ir aumentando sin poderse pronosticar hasta qué punto.

DECIMO: En las últimas epicrisis de PSIQUIATRIA, del año 2014, no se evidencia ninguna mejoría por parte de CARLOS, en donde el PSIQUIATRA tratante manifiesta "...se continua con igual manejo, no hay mejoría, alucinaciones, introspección nula..."

DECIMO PRIMERO: Debido a la desesperación por parte de todos los integrantes de la familia y al ver que a mi cuñado no se le ha brindado ninguna solución respecto a su Pensión de Invalidez, el día 16 de febrero de 2015 tuvo cita con la especialidad de NEUROPSICOLOGIA nuevamente, en donde el doctor JHON JAIRO MANRIQUE le diagnosticó lo siguiente:

"De acuerdo con el resultado de la evaluación al usuario, este presenta alteración en las funciones cognoscitivas, actividades bradipsíquicas, hiporexicas, bradilálicas y aspectos tales como: Déficit de memoria de corto y largo plazo. Alteración de las funciones ejecutivas, alteración en actividades básicas de la cotidianidad, ansiedad y depresión.

Podemos concluir que en Carlos Alberto Flórez Tafur se evidencia deterioro de las funciones cognoscitivas superiores asociado a la posible presencia de alteración funcional del lóbulo frontal y temporooccipital derecho por conmoción cerebral, trastorno depresivo y de ansiedad. Asociados a la presencia trastorno de stress postraumático."

DECIMO PRIMERO: El día 15 de julio de 2014, estuvimos en Medicina Laboral de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES, en donde ordenaron realizársele a mí cuñado exámenes complementarios de FISIATRIA, RADIOGRADIA COMPARATIVA DE CADERA, RADIOGRAFIA COMPARATIVA DE RODILLA, RADIOGRAFIA DINAMICA DE COLUMNA LUMBO SACRA y

ELECTROMIOGRAFIA MAS NEUROCONDUCCION, a fin de calificarle su pérdida de la capacidad laboral nuevamente.

DECIMO SEGUNDO: Después de realizarse todos los exámenes solicitados por el fondo de pensiones, se solicitó radicado número 2015_539758 del 23 de enero de 2015 para allegar los exámenes complementarios solicitados por dicha entidad.

DECIMO TERCERO: Para gran sorpresa, el Medico Laboral de **COLPENSIONES** nos manifestó que no podía llevar a cabo Calificación a mi cuñado, dado que las enfermedades y secuelas que él padece fueron derivadas del **ACCIDENTE LABORAL** ocurrido en el año 2009, por lo que el competente para realizar dicha calificación es la respectiva **ARL** en este caso **SURA**.

Por lo anterior,

PETICION.

Solicito respetuosamente se sirvan dirimir el conflicto existente respecto al origen de las **SECUELAS**, dado que **COLPENSIONES** manifiesta que son de origen Laboral por lo que me debería calificar **SURA**.

En consecuencia a ello, solicito realizarle nueva calificación de perdida de la capacidad laboral a mi cuñado **CARLOS ALBERTO FLOREZ TAFUR** ya sea por parte de **COLPENSIONES** o por parte de **SURA ARL**, a fin de que se le resuelva su situación.

ANEXOS.

- Copia de epicrisis del 25 de mayo de 2010.
- Copia de calificación del 17 de agosto de 2010 realizada por **SURA ARL**
- Copia de dictamen de la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE CALDAS**.
- Copia de la ponencia de la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE CALDAS** en donde resuelve el recurso de reposición realizado por **SURA ARL**.
- Copia del dictamen emitido por la **JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ**.
- Copia de historia clínica de 2014 de **PSIQUIATRIA**
- Copia de examen de **NEUROPSICOLOGIA**.
- Copia de exámenes complementarios solicitados por **COLPENSIONES**.
- Copia del radicado expedido ante **COLPENSIONES** el día 23 de enero de 2015 para allegar exámenes complementarios.
- Copia de la cédula de ciudadanía de **CARLOS ALBERTO FLOREZ TAFUR**.

NOTIFICACIONES

Calle 22 número 23-23. Edificio Concha López oficina 305. Teléfono: 3143702966.

Atentamente,

Maria Angélica Díaz Herrera

MARIA ANGELICA DIAZ HERRERA
C.C. 1.022.413.235 de Bogotá, Cundinamarca.

23 MAYO 2016

SERVIENTREGA
VIDEO CENTRO
NORMAN CASTELLANOS
C.C. 10.297.665
CONTRATISTA
COTEJADO

Manizales, mayo 23 de 2016

Señores
ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES – COLPENSIONES
Manizales

REFERENCIA: RESPUESTA OFICIO BZ2016_3936440-0990724

CARLOS ALBERTO FLORZ TAFUR, mayor de edad e identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma, vecino del municipio de la Dorada, Caldas, actuando en nombre propio, de la manera más respetuosa, me permito dar respuesta al oficio BZ2016_3936440-0990724 en los siguientes términos:

1. Por medio del oficio BZ2016_3936440-0990724, del 21 de abril de la presente anualidad, COLPENSIONES, solicita autorización para revocar el acto Administrativo GNR66189 del 29 de febrero de 2016, por lo siguiente:

“Una vez revisado el expediente pensional, se evidencio que mediante la Resolución GNR 66189 de 29 de febrero de 2016 se le reconoció una pensión de invalidez a favor del señor **CARLOS ALBERTO FLOREZ TAFUR**, identificado con cedula de ciudadanía número 10.194.939. Igualmente se comprobó que esta Administradora de Pensiones COLPENSIONES, no es la competente para el reconocimiento de dicha prestación, que a quien le corresponde es a su ARL (Administradora de Riesgos Laborales) como lo señala la Ley 776 señalo en su artículo 11 de disponer “que si como consecuencia del accidente de trabajo o de la enfermedad profesional sobreviene a la pensión de sobreviviente las personas descrita en el artículo 47 de la Ley 100 de 1993, y su reglamentario, para efectos de los cuales deberá acudirse a la respectiva Administradora de Riesgos”

(...)

En virtud de lo anterior, se solicita autorización de manera expresa para revocar el Acto Administrativo GNR 66189 de 29 de febrero de 2016, toda vez que se encuentra incurso en la causal establecida el numeral 1 artículo 93 de la norma antes citada”.

2. Así las, cosas no me encuentro conforme con que sea la ARL, la encargada de continuar pagando la prestación económica de la pensión, si bien es cierto que la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE CALDAS, otorgo una pérdida de la capacidad laboral del 54.77, como origen, accidente profesional, téngase en cuenta que fue la JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, revoco dicha calificación y en consecuencia solo tomo como de origen de accidente laboral las siguientes:
 - Restricción movimiento de cadera
 - Cicatriz de miembros inferiores
 - Síndrome postconcucional

Dando como porcentaje sólo el 24.04%. Teniendo en cuenta lo anterior, significa que la patología denominada:

- Deficiencia por alteración de la conciencia por pérdida de conciencia episódicas, por trastorno del sueño y vigilia, debido a alteraciones mentales, cognitivas y de la función integradora y por afasia y disfasia.

Debe ser considerada como de origen común y no laboral teniendo en cuenta las calificaciones a mi realizadas.

Es como consecuencia de lo anterior, que **NO AUTORIZO**, a la Administradora Colombiana de Pensiones – COLPENSIONES, para revocar el Acto Administrativo GNR 66189 del 29 de febrero de 2016, por cuanto son ustedes como entidad los encargados de pagarme prestación de la pensión de invalidez, por cuanto la patología por la que fui calificado por Asalud LTDA, no tiene la connotación de laboral.

Por la atención prestada, gracias

Atentamente



CARLOS ALBERTO FLOREZ TAFUR

C.C 10.184.939 de la Dorada - Caldas



Enrique Montes
Neuropsiquiatra
Reg. 15740

Cel. Whatsapp: 310 395 7500
E-Mail: emontes303@gmail.com

Nombre: Carlos Alberto Flores Jofre Fecha: 13-03-2019
CC. 10184939 - 41 años

R./

HC/ES = Paciente con antecedente de trauma craneano severo en 2009; presente cambios a partir de este trauma traumático, consistentes en alteración comportamental, de personalidad, en las funciones cognitivas. En el momento refiere persistencia de los síntomas y los cambios que han hecho reformatear su vida. Ahora ya ha perdido su independencia, pues debido al trauma descrito: no te ubica ni de orientar adecuadamente, no puede salir solo ni valerse por sí mismo.

- API: DM?

- AF: Niega

- RxSI no otros.

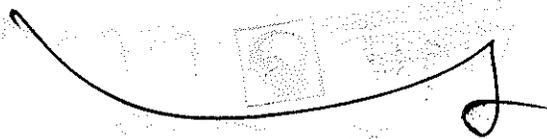
- Examen: Vigil, hipoprotéxico, desorientado, hipomnésico, con funciones ejecutivas alteradas, working memory comprometida, humor hipotímico, ansioso, Pensamientos concretos →

→ Sin ideas patológicas ni tácticas en el momento, Insight deficiente, juicio comprometido/Debilitado; Neurologías sin déficit focal agudo.

Dx: - Secuelas de Trauma Craneoencefálico severo.

- Síndrome Frontal por trauma craneoencefálico.

- Análisis: Paciente con cambios permanentes en funcionalidad, Capacidad de autovalidez, compromiso de funciones corticales superiores (permanente); todas son secuelas irreversibles, y debe brindarse seguimiento especializado permanente, junto con tratamiento farmacológico, se puede beneficiar de intervenciones terapéuticas ocupacionales para estimular funciones men gradas (aunque no se pueda volver a la normalidad).



INFORME DE EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

I. DATOS GENERALES

Nombre: CARLOS ALBERTO FLORES TAFUR

Cédula: 10 184 939

Edad: 40 años

Fecha de Nacimiento: 30 11/1977 Samaná (Caldas)

Escolaridad: BACHILLER

Profesión: Cesante

Estado Civil: Separado

Procedencia: Norcasia

Teléfono: 3125381107

Lateralidad: diestra

Fecha de Evaluación: 12/03/2019

II. MOTIVO DE CONSULTA:

Paciente remitido por CONFUTURO, solicita concepto de valoración neuropsicológica, como parte de trámites de proceso pensional.

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

Paciente de 40 años, asiste solo a consulta. Laboró como conductor por varios años, en 2009 sufre TEC severo, por accidente Laboral, documenta en el historial médico clínico, "síndrome cognitivo de afectación frontal; Trastorno neurocognitivo mayor asociado a DCA (daño cerebral adquirido), Trastorno mental no especificado; trastorno depresivo Moderado y de Ansiedad secundario a TEC, artrosis de cadera (10/04/2014), Trastorno de estrés postraumático; múltiples reportes de calificación y criterios para invalidez".

Según cuidadora, "desde el último año ha empeorado en todo", presencia de amnesia anterógrada y retrógrada (sin posibilidad de hacer nuevos aprendizajes, a veces no reconocer a los hijos, pérdida del manejo del dinero, desubicación espacio temporal), no sale solo porque se pierde", los síntomas afectivo emocionales a pesar de estar controlados con la medicación, según informante "porque no tiene reacciones extrañas", notan la mayor parte del tiempo, su afecto depresivo, labilidad emocional, estereotipias motoras, conductas bizarras, onicofagia persistente; a nivel cognitivo "cada vez habla menos, olvida todo, es como un adulto mayor, dice incoherencias, tiene dificultades para expresarse no encuentra las palabras". necesita asistencia en AIVD y ABC. Hay alteración en el patrón de sueño de tipo conciliatorio e intermitente y aumento del apetito.

IV. HISTORIA PERSONAL Y DE SALUD

Paciente natural de Samaná Caldas, vive con sus padres, separado actualmente, tiene dos hijos, 4 hermanos.

Personalidad Previa: “trabajador, inteligente, aprendía con facilidad, responsable, deportista, alegre, amoroso, activo, emprendedor, antes era muy pijo y lleno de vida, dedicado a sus hijos”, adecuadas habilidades sociales.

Salud: niega alteraciones neuropsiquiátricas previas.

Escolaridad: estudió bachillerato y estudios virtuales complementarios.

Medicación: actualmente, Acido valproico 2 diarias, Fluoxetina 1 al día; Trazadona 1 en la noche.

Estudios y exámenes: politraumatismo referido: fractura de tibia, peroné, fémur, pelvis. RM 03/04/2013, “dentro de los parámetros de normalidad”.

Antecedentes Familiares: Problemas en el neurodesarrollo por parte de hermana.

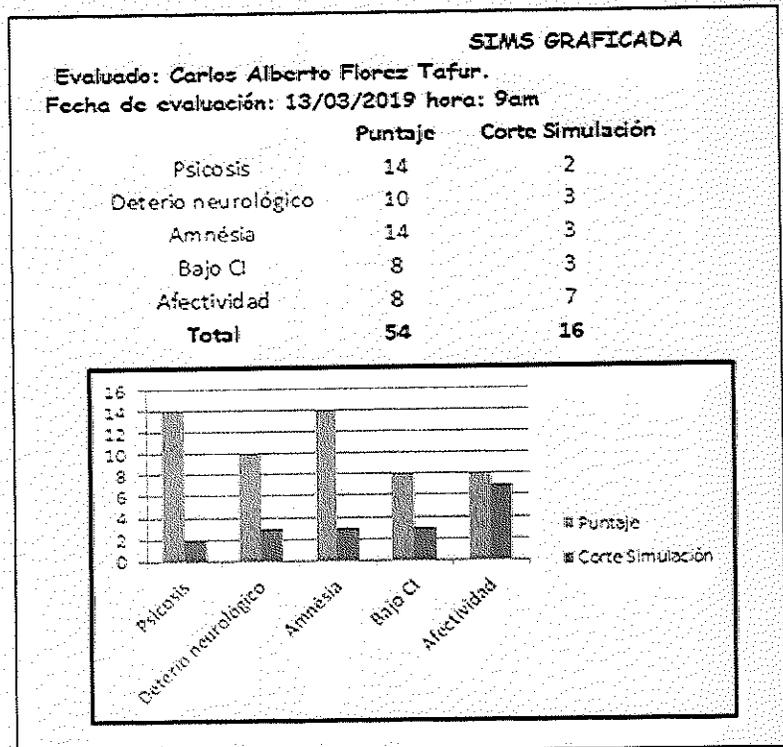
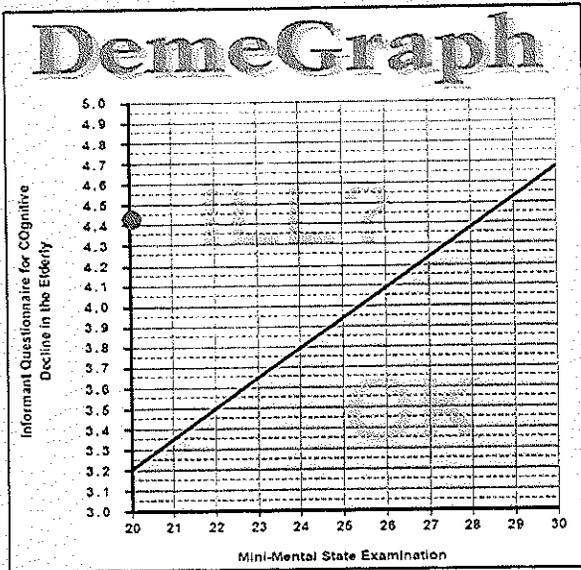
V. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

Escalas de tamizajes: MOCA, Minimental (MMSE) e INECO. Prueba de Denominación (Boston). Copia de una figura compleja (CFCR). Test de Fluidez verbal. Escala de Aprendizaje verbal (RAVLT). Test de ejecución continua (CPT). TMT A y B. Retención de dígitos (WAIS-IV), laberintos (BANFE); Wisconsin, Stroop (Golden). Test de discriminación visual (BENTON). Praxias del CERAD; Cuestionario de praxias, Test del reloj (copia y orden). Escalas del afecto: Escala de depresión (BECK). Inventario neuropsiquiátrico de síntomas (NPI-Q Cummings, 1947). Escala de trastorno de memoria paciente y test del informante (S-IQCODE) y DEMEGRAPH, Escala modificada de LAWTON. Prueba de simulación síntomas (SIMS graficada).

Observación clínica/comportamental: Se observó paciente alerta, orientado en persona, desorientado en tiempo espacio y lugar, afecto depresivo, anhedónico, lábil, anérgico, conductas bizarras y estereotipadas, onicofagia permanente, pobre motivación, apático, mutista y bradilálico. Pensamiento concreto, bradipsíquico, fatigabilidad e hipoprosexia; en prueba de cribado para la depresión menciona ideas de muerte estructuradas “colgarme con un lazo en la finca”; no establece contacto visual con evaluadora; escaso nivel de respuesta en la ejecución de tareas. Se apreció un deterioro significativo global, esto interfirió para evaluar a cabalidad todas sus funciones mentales. En las sesiones de valoración, familiar lo deja solo en consultorio, (entrega teléfono de la señora Angélica, se establece contacto telefónico con ella para ampliar información).

Resultados del perfil Neuropsicológico:

En los resultados del tamizaje obtiene un puntaje en Minimental de **6/30**, **MOCA 8/30**, **INECO 4/30**, evidenciándose gran compromiso a nivel cognitivo global, para edad y nivel de escolaridad del paciente. Esta evaluación es coherente con los hallazgos encontrados en el minimental y en la encuesta al informante (S-IQCODE), cuyos puntajes se incorporan en la escala Demograph, la cual ubica al paciente en el rango de un trastorno neurocognitivo Mayor, en un nivel de deterioro de 4.4/5, mostrando síntomas claros de alteración en memoria episódica, semántica, prospectiva, lo anterior concuerda con las escalas del afecto las cuales superan los puntos de corte en sintomatología depresiva (BECK) reflejando nivel de severidad grave y presencia de síntomas neuropsiquiátricos (NPI), significativos, con mayor predominio en la escala de gravedad vrs afectación. Para corroborar o discrepar de los hallazgos clínicos en el paciente, se aplicó una SIMS graficada (Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas) en este instrumento, se valoraron escalas específicas (psicosis, deterioro neurológico, trastornos amnésicos, baja inteligencia y trastornos afectivos), documentando un perfil de trastornos psicopatológicos y neuropsicológicos genuinos, asociados a patología de base, sin contemplar posibilidad de simulación de síntomas. (ver gráficos y cuadro adjunto).



En correlato con los hallazgos neuropsicológicos, y de acuerdo al estudio longitudinal realizado en 09/09/2014 y 16/02/2015, se encuentra en el paciente un decremento progresivo y vertiginoso en el tiempo de sus funciones mentales y estado funcional. A valoración reciente su estado actual muestra indicadores de deterioro severo, observándose rendimientos deficitarios en la capacidad para operar, abstraer, mantener y manipular la información en la memoria operativa, inhibición de estímulos no importantes, alternancia entre distintas acciones, generación y utilización de estrategias sin mantener un control atencional en tareas de atención ejecutiva compleja, perdiendo la persistencia cognitiva, nula capacidad para el razonamiento matemático, analogías verbales e interpretación de refranes y marcada lentificación psicomotora en procesos ejecutivos atencionales y conceptuales.

De la misma manera se observa alto compromiso en todos los procesos mnémicos, mostrando valores significativamente descendidos en adquisición inicial, deficiente evocación a corto y largo plazo generando múltiples intrusiones y perseveraciones en la fase de codificación, tasa de olvido acelerada y fenómenos patológicos del recuerdo apreciándose en gran manera confabulaciones y contaminaciones. Los procesos genuinos de la memoria: aprendizaje y consolidación de huella mnémica son deficitarios. En modalidad visual muestra rendimiento bajo en evocación de figuras CERAD y Compleja de Rey, su un porcentaje de retención visual es de 33%.

Las funciones gnóstico/práxicas, están comprometidas evidenciando apraxia, rendimientos bajos y deficitarios en la construcción de figuras tridimensionales (Figura Compleja Rey) y en planos sencillos (CERAD) y test del reloj a la orden y copia, a pesar de que en el dibujo a la copia obtuvo rendimiento promedio al agrupar los números completos y correctamente secuenciados en esfera completa. Adecuada representación de gestos y secuencias motoras familiares aprendidas ideacionales, ideomotoras, secuenciales. Hay agnosia visual para la discriminación de objetos de rotación mayor y menor.

Las habilidades lingüísticas están comprometidas, en su expresión oral y fluente, lo mismo la comprensión de órdenes sencillas y complejas, disprosodia. Franca anomia y amplias latencias de respuesta, predominado errores visuales; escaso beneficio de la clave semántica y fonológica. Rendimiento deficiente en fluidez fonológica y semántica, (+2 Desviaciones estándar por debajo del rango en edad y escolaridad permitido, en general, ver cuadro adjunto).

EVALUACIÓN COMPORTAMENTAL Y FUNCIONAL:

Para realizar esta evaluación se utilizaron varias escalas, algunas de ellas desarrolladas por el paciente y otras por la cuidadora. Para el diagnóstico se establecieron los criterios definidos por el DSM-V y algunas escalas funcionales para evidenciar el grado de compromiso del paciente:

CRITERIOS DSM V – TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR	
A. Evidencia de un declive cognitivo sustancial desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de los dominios cognitivos referidos:	
1. Preocupación del individuo, de un tercero informado o del facultativo con respecto a un declive sustancial en las funciones cognitivas	SI
2. Declive en el desempeño neuropsicológico, implicando un desempeño en los test del rango de dos o más desviaciones estándares por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica reglada o ante una evaluación clínica equivalente	SI
B. Los déficits cognitivos son suficientes para interferir con la independencia (p. ej., requieren asistencia para las actividades instrumentales de la vida diaria, tareas complejas como manejo de medicación o dinero)	SI
C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium	SI
D. Los déficits cognitivos no son atribuibles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia)	SI
CRITERIOS DSM V – TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR, DEBIDO A TRAUMA CEREBRAL, CON ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO	
A. Se cumplen los criterios de un trastorno Neurocognitivo Mayor.	
B. Hay evidencia de un Traumatismo cerebral <u>con uno o más de los siguientes síntomas</u> :	SI
1. Pérdida de conciencia.	
2. Amnesia postraumática.	
3. Desorientación confusión.	
4. Signos neurológicos.	
5. El trastorno neurocognitivo se presenta inmediatamente después, de producirse el TEC, o inmediatamente después de recuperar la conciencia y persiste pasado el período agudo postraumático.	

Al revisar los criterios definidos por el DSM V, el paciente cumple con todos los ítems de trastorno neurocognitivo mayor, ya que se presenta declive cognitivo de varias funciones, especialmente memoria, atención, funciones ejecutivas y lenguaje, el cual se define con el interrogatorio al paciente y cuidadora, la evaluación clínica y los resultados de las pruebas neuropsicológicas; además los síntomas no responden a otros trastornos mentales.

La nueva clasificación definida por el DSM-V, en cuanto al trastorno cognitivo incluye la causa de los síntomas referidos por el paciente, ante lo cual se encuentra concordancia de los hallazgos clínicos con los criterios diagnósticos de un Trastorno Neurocognitivo mayor debido a trauma cerebral con Alteración del Comportamiento. Secundario a patología de base se aprecia una Demencia Postraumática, que para el caso es probable.

Con respecto a la funcionalidad del paciente se encuentra dificultad para realizar actividades instrumentales complejas de la vida cotidiana, como: planificar una comida, mantener sus propias finanzas, girar cheques, mercar, pagar cuentas"; estas últimas actividades han sido definidas por su cuidadora quien refiere que se ha visto afectadas algunas

de las tareas instrumentales complejas cotidianas del paciente. Por último, en la escala de Lawton se encuentra compromiso en las siguientes actividades:

1. No tiene capacidad para usar el teléfono, a lo cual su cuidadora refiere que ya el paciente no realiza llamadas telefónicas. Se establece que esta alteración se da por pérdida de la función y no por trastorno afectivo de base.
2. Necesita compañía para realizar cualquier compra ya que el paciente olvida fácilmente los artículos que debe adquirir.
3. No prepara alimentos, perdió los planes y secuencias cognitivas y motoras que requieren para ello. Su cuidadora refiere que ha ido olvidando como se preparan algunas comidas;
4. Para tomar su propio medicamento es necesario que se le recuerde como debe hacerlo
5. Encender y Apagar la radio: perdió la función de manejo de éstos objetos, lo mismo que manejo de llaves de la casa.
6. No hace trabajo liviano ni pesado en el hogar. Cuidadora refiere que el paciente ya no realiza ningún tipo de actividades en casa, necesita de cuidador permanente.

Conclusiones a Evaluación Neuropsicológica:

El perfil cognitivo del señor Carlos Alberto Flores, presenta un deterioro global de funciones mentales superiores, con mayor predominio en procesos ejecutivos, mnémicos y lingüísticos, cuyos resultados a la luz de datos cuantitativos y clínicos muestran un rendimiento deficitario que compromete su estado actual. Se aprecia en los resultados un rendimiento homogéneo en las pruebas neuropsicológicas, ya que no se observó disociación entre los test evaluados, corroborando el nivel de desempeño del paciente y el grado de severidad y compromiso encontrado en todas sus funciones mentales, afectivo/emocionales y funcionales (afectaciones en la calidad de vida expresadas en el orden personal, familiar y social). El perfil anterior es compatible con Trastorno Neurocognitivo Mayor, debido a Trauma Cerebral, con alteración del comportamiento y cuadro demencial secundario a patología de base.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

- F02.81. Trastorno Neurocognitivo Mayor, debido a Trauma Cerebral, con alteración del comportamiento.
- Demencia precoz protraumática, secundaria a daño cerebral adquirido

RECOMENDACIONES:

- Se sugiere seguimiento clínico por equipo interdisciplinario conformado por psiquiatría, neurología, trabajo social y neuropsicología.

NELIANETH OROZCO GARCIA
 Mag. en Neuropsicología
 Esp. en Neuropsicopedagogía
 Psicóloga
 R.F. 156127
 Neuropsicología Clínica
 Reg. 156127

RESULTADOS PSICOMÉTRICOS DE VALORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

Nombre: Carlos Alberto Tafur

Edad: 40 años

Escolaridad: Bachillerato

TAMIZAJE COGNITIVO GLOBAL	MOCA (Montreal)	P.Directa	INECO FRONTAL		P.Directa	Nivel de Desempeño
	Viso-espacial/5	1	Series Motoras/3		3	-----
	- Identificación /3	1	Instrucciones Conflictivas/3		1	-----
	- Atención/6	0	Control Inhibitorio Motor/3		0	-----
	- Lenguaje/3	0	Repetición Dígitos inversos/6		0	-----
	- Abstracción/2	0	Meses atrás/2		0	-----
	- Memoria Diferida /5	2	Memoria Trabajo Visual/4		0	-----
	- Orientación /6	3	Refranes/3		0	-----
	Total Punto corte/24	8/30	Control Inhibitorio Verbal/6		0	-----
MINIMENTAL /30 Punto corte/26	6/30	TOTAL P.Corte/25		4/30	-----	
SUBPRUEBA APLICADAS						
Atención/Memoria Operativa/ Velocidad de Procesamiento						
	P.Directa	P. escalar	media (D.Est.)	Punt.Z	N.Desempeño	
CPT test ejecución continua Auditiva /16	4	-----	48,10(16,21)	-2,72	Deficitario	
Amplitud Atencional dígitos directos	2	2	10(3)	-2,66	Deficitario	
Amplitud Atencional dígitos Inversos	2	2	10(3)	-2,66	Deficitario	
Memoria de trabajo						
Repetición Dígitos inversos+cubos corsi (INECO)	0	0	-----	-----	Deficitario	
Meses atrás (INECO)	0	0	-----	-----	Deficitario	
TMT Parte A Errores: Tiempo>peor desempeño	300	-----	50(10)	20-23	Deficitario	
TMT Parte B Errores: Tiempo>peor desempeño	-----	-----	-----	-----	No Evaluable	
Fluidez Fonológica	P.Directa	P.escalar	Media. D.Estan.			
- Fluidez fonológica /P/	3	3	10(3)	-2,33	Deficitario	
Stroop (Golden)						
Palabra	14	-----	104(14)	-6,43	Deficitario	
Color	12	-----	71(12)	-4,92	Deficitario	
Palabra /Color	1	-----	41(9)	-4,44	Deficitario	
Índice de Interferencia >0 alteración	0,96	-----	-0,61(6,70)	0,234	Deficitario	
Conceptuales (Abstracción) INECO,Planeación	P.Directa	P.escalar	Media. D.Estan.	Punt.Z		
Refranes (INECO)	0	-----	-----	-----	Deficitario	
Laberintos (BANFE)	0	-----	-----	-----	No Evaluable	
Wisconsin /64	16	-----	-----	-----	No Evaluable	
Control inhibitorio verbal (Iniciación/Inhibición)	0	-----	-----	-----	Deficitario	
FUNCIONES EJECUTIVAS						
Memoria y Aprendizaje Verbal/15 RAVLT	P.Directa	P.escalar	Media. D.Estan.	Punt.Z	Nivel.Desempeño	
- Recuerdo inmediato 1er ensayo	3	-----	6,4(1,8)	-1,88	Bajo	
- Total Codificación 5 ensayos	16	-----	47,5(8,3)	-3,7	Deficitario	
- Recuerdo inmediato (interferencia)	3	-----	6,1(2,1)	-1,4	Bajo	
- Recuerdo libre a corto plazo	2	-----	9,7(2,5)	-3	Deficitario	
Recuerdo libre a largo plazo (20")	3	-----	10,5(2,6)	-2,8	Deficitario	
- Almacenamiento Aciertos/75	13	-----	-----	-----	Deficitario	
- Total falsos positivos	49	-----	-----	-----	-----	
Perseveraciones> punt.peor desempeño	17	-----	-----	-----	Clínicamente Signifi	
Intrusiones> punt.peor desempeño	12	-----	-----	-----	Clínicamente Signifi	
Memoria Visual	P.Directa	Percentil	P.típica	Punt.Z	-----	
- Evocación inmediata/36 Fig.Rey	2	<5	32-34	-----	Bajo	
Porcentaje de retención visual	33%	-----	-----	-----	Clínicamente.sig.	
Praxias Constructivas evocación CERAD	5	-----	7,76(2,29)	-1,2	Bajo	
FUNCIONES MEMORIA						

GNOSICO-PRAXICAS	Copia figura compleja REY/36	6	<5	20-28	-----	Deficitario
	Tiempo>tiempo peor desempeño CFCR	300"	5	10(3)	-1,66	Bajo
	Praxias Constructivas CERAD Copia	3	-----	9,59(1,31)	-5,03	Deficitario
	Test del Reloj a la orden punto de corte/6	6	-----	-----	-----	Alterado
	Test del Reloj a la Copia punto de corte/8	9	-----	-----	-----	Promedio
	Test del Reloj orden+copia. Punto corte/15	15	-----	-----	-----	Alterado
	Praxias					
	Automáticas/50	38	-----	76%	-----	Promedio
	Instrumentales/50	40	-----	80%	-----	Promedio
	Ideomotoras, mano derecha/30	28	-----	93%	-----	Promedio
	Ideomotoras, mano Izquierda/30	25	-----	83%	-----	Promedio
	Test de Discriminación Benton	0	-----	0%	-----	Deficitario
LENGUAJE	Habilidades Lingüísticas	P.Directa	P.escalar	Media(D.Est.)	Punt.Z	
	Fluidez semántica (Animales)	6	3	10(3)	-2,33	Deficitario
	Denominación/60 (BOSTON)	12	-----	43,38(8,77)	-3,5	Deficitario
ESCALAS TAMIZAJE DEL AFECTO, COMPORTAMIENTO Y MEMORIA	Escala de Depresión (BECK)	38	Punto de Corte/17 rango:31-40 Depresion Grave			
	Escala Quejas de memoria/Subjetiva/45	33	P. Corte/19		Clínicamente.sig.	
	Escala Quejas de memoria/Objetiva/45	34	P. Corte/17		Clínicamente.sig.	
	Test del informante (S-IQCODE)/26	116/26=4,462			Clínicamente.sig.	
	Inventario Neuropsiquiátrico Cummings(cuidador)	Puntuacion directa >puntuacion >compromiso psiquiatrico				
	Nivel de Gravedad de síntomas/36	33	91%	-----	Clínicamente.sig.	
	Nivel de Afectación de síntomas/60	39	65%	-----	Clínicamente.sig.	
Escala Modificada de Lawton	Puntaje total: 0---1--0--0 pto corte/8			Clínicamente.sig.		
PRUEBAS SIMULACIÓN DE SÍNTOMAS	SIMS GRAFICADA	Punto de corte para simulacion >16				
		Puntuacion directa paciente: 14				