

JUZGADO DIEZ LABORAL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

Bogotá D.C., junio de diecisiete (17) dos mil veintidós (2022)

Visto el informe secretarial que antecede el Despacho dispone:

Una vez allegado el Dictamen Pericial emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá y Cundinamarca, obrante en documento 01 del expediente digital, es por lo que se procede a correr traslado del mismo a las partes de conformidad al artículo 228 del C.G.P., para que se pronuncien en el término de tres (3) días.

Link del expediente [11001310501020150027200](https://expediente11001310501020150027200) en aras de garantizar la celeridad del mismo, se fija audiencia del artículo 80 del C.P.T.S.S., para el **OCHO (8) DE SEPTIEMBRE DE DOS MIL VEINTIDOS (2022) a la hora de las NUEVE (9:00) A.M.**

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.

MARIA DOLORES CARVAJAL NIÑO

Juez

A.A.

Firmado Por:

Maria Dolores Carvajal Niño

Juez

Juzgado De Circuito

Laboral 010

Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

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

Código de verificación: **96fe9fa1134266fbe6fd32dea82c959ce898e25a35f31cd8f65f6a06f4bcb759**

Documento generado en 17/06/2022 05:08:01 PM

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

**RV: NOTIFICACION DE DICTAMEN JRCI ROBINSON ANDRES ANDRADE C.C: 80.777.726
AUDIENCIA DE 23 DE OCTUBRE DE 2020**

Andrea Salazar <yudy.salazar@juntaregionalbogota.co>

Mié 18/11/2020 16:23

Para: Juzgado 10 Laboral - Bogota - Bogota D.C. <jlato10@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 2 archivos adjuntos (268 KB)

image001.wmz; 80777726 ROBINSON ANDRES ANDRADE CRUZ - Calificación perdida capacidad laboral y ocupacional (1).pdf;

Buenas tardes, Reenvió dictamen por favor conformar recibido.

Cordialmente,



Andrea Salazar

Área de Notificaciones

☎PBX: (571) 795 31 60 Ext. 1102

//mail: yudy.salazar@juntaregionalbogota.co

**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE BOGOTÁ Y
CUNDINAMARCA**

Calle 50 No. 25 – 37, Bogotá D.C. Página Web: www.juntaregionalbogota.co

De: Juzgado 10 Laboral - Bogota - Bogota D.C. [mailto:jlato10@cendoj.ramajudicial.gov.co]

Enviado el: miércoles, 18 de noviembre de 2020 03:09 p.m.

Para: Andrea Salazar

Asunto: RE: NOTIFICACION DE DICTAMEN JRCI ROBINSON ANDRES ANDRADE C.C: 80.777.726 AUDIENCIA DE 23 DE OCTUBRE DE 2020

JUZGADO 10 LABORAL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

CALLE 14 No. 7-34 Piso 20

CORREO ELECTRÓNICO

jlato10@cendoj.ramajudicial.gov.co

Buenas tardes.

Comedidamente solicitamos enviar el archivo en punto JPG. ya que la extensión actual del archivo no permite su visualización.

Cordialmente,

JUZGADO 10 LABORAL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ



Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

De: Andrea Salazar <yudy.salazar@juntaregionalbogota.co>

Enviado: miércoles, 18 de noviembre de 2020 12:57

Para: Juzgado 10 Laboral - Bogota - Bogota D.C. <jlato10@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Asunto: NOTIFICACION DE DICTAMEN JRCI ROBINSON ANDRES ANDRADE C.C: 80.777.726 AUDIENCIA DE 23 DE OCTUBRE DE 2020

Bogotá D.C., 18 de Noviembre de 2020

Señores

JUZGADO DIEZ LABORAL DEL CIRCUITO DE BOGOTA

REFERENCIA: ORDINARIO LABORAL No 2015-00272

DEMANDANTE: ROBINSON ANDRES ANDRADE C.C: 80.777.726

DEMANDADO: WALTER STIV MATEUS Y OTROS

Dando cumplimiento a lo solicitado dentro del proceso de la referencia me permito remitir fiel copia del dictamen No 80.777.726 de fecha 23/10/2020

NOTIFICACION DE DICTAMEN JRCI ROBINSON ANDRES ANDRADE C.C: 80.777.726 AUDIENCIA DE 23 DE OCTUBRE DE 2020

La Dirección de Riesgos Laborales del Ministerio del Trabajo, en memorando del 19 de marzo de 2020 estableció directrices de carácter temporal, excepcional y transitorias para la prevención y disminución del riesgo de exposición a COVID-19, indicando, entre otros temas, que: *"En aras de mitigar el riesgo de exposición de contagio por COVID19, se autoriza a las Juntas de Calificación de Invalidez, notificar dictámenes vía correo electrónico a las partes interesadas que así lo autoricen"*.

A su turno, mediante decreto legislativo 491 del 28 de marzo de 2020, el Gobierno Nacional adoptó medidas de urgencia para garantizar la atención y la prestación de los servicios por parte de las autoridades públicas y los particulares que cumplan funciones públicas y se toman medidas para la protección laboral y de los contratistas de prestación de servicios de las entidades públicas, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica, y dispuso, entre otros aspectos, que: *"...Artículo 4. La notificación o comunicación... se hará por medios electrónicos. Para el efecto en todo trámite, proceso o procedimiento que se inicie será obligatorio indicar la dirección electrónica para recibir notificaciones, y con la sola radicación se entenderá que se ha dado la autorización..."* *"...Artículo 7. Bastará con la remisión de la copia simple de los documentos por vía electrónica..."*

Se advierte que, proceden los Recurso de Reposición y/o Apelación, presentados por cualquiera de los interesados ante la Junta Regional de Calificación de Invalidez, directamente o por intermedio de sus apoderados dentro de los diez (10) días siguientes al

recibo del presente correo electrónico, sin que requiera de formalidades especiales, exponiendo los motivos de inconformidad.

En caso de que se interponga el recurso de apelación, se remitirá el expediente una vez se reciba la respectiva consignación de los honorarios a Junta Nacional por parte de la entidad remitente.

Acorde con lo dispuesto por la Dirección de Riesgos Laborales del Ministerio del Trabajo en el aludido memorando, se admite que durante la vigencia de estas medidas, se alleguen los recursos al siguiente correo electrónico institucional: fanny.alfonso@juntaregionalbogota.co.

Es importante aclarar que, ÚNICAMENTE, no procederán los recursos mencionados anteriormente, en los casos en que el dictamen se haya proferido en virtud de una solicitud personal en el que se tenga como objeto reclamar un derecho o para aportarlo como prueba en procesos judiciales o administrativos, entidades bancarias o compañía de seguros, personas con derecho a las prestaciones y beneficios contemplados en la Ley 418 de 1997.

Adjunto se remite fiel copia del dictamen.

Cordialmente,



Andrea Salazar

Área de Notificaciones

☎PBX: (571) 795 31 60 Ext. 1102

//mail: yudy.salazar@juntaregionalbogota.co

**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE BOGOTÁ Y
CUNDINAMARCA**

Calle 50 No. 25 – 37, Bogotá D.C. Página Web: www.juntaregionalbogota.co



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

1. Información general del dictamen

Fecha de dictamen: 23/10/2020	Motivo de calificación: PCL (Dec 1507 /2014)	Nº Dictamen: 80777726 - 7394
Tipo de calificación:		
Instancia actual: No aplica		
Tipo solicitante: Rama judicial	Nombre solicitante: JUZGADO 10 LABORAL DEL CIRCUITO DE BOGOTA D.C	Identificación: NIT
Teléfono:	Ciudad: Bogotá, D.C. - Cundinamarca	Dirección: CALLE 14 7 - 36 PISO 20
Correo electrónico:		

2. Información general de la entidad calificadora

Nombre: Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá y Cundinamarca - Sala 3	Identificación: 830.106.999--1	Dirección: Calle 50 # 25-37
Teléfono: 795 3160	Correo electrónico:	Ciudad: Bogotá, D.C. - Cundinamarca

3. Datos generales de la persona calificada

Nombres y apellidos: ROBINSON ANDRES ANDRADE CRUZ	Identificación: CC - 80777726	Dirección: CARRERA 6 A ESTE Nº 89 - 64 SUR ALFONSO LOPEZ LA REFORMA ZONA 5 DE USME
Ciudad: Bogotá, D.C. - Bogotá, d.c.	Teléfonos: 7169886 - 3186281384	Fecha nacimiento: 01/09/1981
Lugar:	Edad: 39 año(s) 1 mes(es)	Genero: Masculino
Etapas del ciclo vital: Población en edad económicamente activa	Estado civil: Unión Libre	Escolaridad: Básica secundaria
Correo electrónico: robinhonda36@hotmail. com	Tipo usuario SGSS: Contributivo (Cotizante)	EPS:
AFP:	ARL:	Compañía de seguros:

4. Antecedentes laborales del calificado

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

5. Relación de documentos y examen físico (Descripción)

Relación de documentos

- Fotocopia simple del documento de identidad de la persona objeto de dictamen o en su defecto el número correspondiente.
- Copia completa de la historia clínica de las diferentes instituciones prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la historia clínica ocupacional, Entidades Promotoras de Salud, Medicina Prepagada o Médicos Generales o Especialistas que lo hayan atendido, que incluya la información antes, durante y después del acto médico, parte de la información por ejemplo debe ser la versión de los hechos por parte del usuario al momento de recibir la atención derivada del evento. En caso de muerte la historia clínica o epicrisis de acuerdo con cada caso. Si las instituciones prestadoras de servicios de salud NO hubiesen tenido la historia clínica, o la misma NO esté completa, deberá reposar en el expediente certificado o constancia de este hecho, caso en el cual, la entidad de seguridad social debió informar esta anomalía a los entes territoriales de salud, para la investigación e imposición de sanciones el que hubiese lugar.

Información clínica y conceptos

Resumen del caso:

CONCEPTO DE LAS ENTIDADES:

No obra en el expediente.

ARL Positiva el 26.12.2017 calificó los Dx trauma craneoencefálico moderado, heridas en rostro región ciliar derecha y labio, fractura del pedículo derecho cuerpo vertebral L5, fractura pelvis, fractura de radio y cubito distal derecho, luxofractura de 4to y 5to dedo de la mano derecha, PCL 27.27. Indemnizado por la ARL.

MOTIVO DE CONTROVERSIA Y/O REMISIÓN: Remitido por Juzgado 10 Laboral del Circuito de Bogotá, para determinar origen, fecha de estructuración y pérdida de capacidad laboral.

SOLICITUD DEL JUZGADO:

*Por medio del presente me permito comunicarle que mediante auto de fecha ó de Mayo del año dos mil diecinueve (2019) se ordenó: "LIBRAR OFICIO solicitando a la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE BOGOTÁ Y CUNDINAMARCA**, para que rinda la siguiente expticia:*

Determinar cuál es el origen de la condición médica del demandante, de conformidad con los hechos relacionados en la demanda.

Cuando se estructuró la condición médica o enfermedad.

Si se trata de una enfermedad profesional o común.

Si la enfermedad se provocó directamente por la relación laboral que tuvo con la demandada.

Determinar si hay secuelas.

Señalar el origen de la enfermedad o accidente, fecha de estructuración y la pérdida de capacidad laboral.

*Lo anterior con relación al demandante señor **RORINSON ANDRES ANDRADE**, identificada con C.C. No 80.777.726"*

Se anexa copia de la historia clínica y copla de los hechos de la demanda

Resumen de información clínica:

En virtud de emergencia global por pandemia Covid19, y acorde a las directrices del gobierno nacional, se realiza la presente calificación con base en la documentación aportada, y teleconsulta del 4 de agosto de 2020.

Paciente de 38 años. Laboró como soldador en constructora estructuras metálicas, durante 6 meses hasta finalizar incapacidad el 15 de febrero de 2014. Anteriormente en el mismo cargo en empresa de ascensores durante 2 años. Actualmente cesante. Escolaridad: Bachiller, curso de soldadura. EC: U libre.

Presentó accidente el 4 de julio de 2013 por caída desde un segundo piso, aproximadamente 8 metros de altura, con pérdida del estado de conciencia aprox 3 min, es atendido en la Clínica San Rafael, donde estuvo casi 25 días hospitalizado, se realizan estudios, con imágenes diagnósticas donde se observa fractura bilateral de rama iliopubica esquiopubica derecha, trazo de fractura en acetábulo, compromete zona de carga, asociado en región sacra no es claro trazo e segmento derecho razón por la cual se solicita tac de pelvis, fractura inestable de sacro, manejado quirúrgicamente el 12.07.2013 reducción abierta y fijación con tornillo en la articulación ilio-sacra derecha, persistiendo dolor intenso en miembro inferior izquierdo asociado a limitación funcional y dolor quemante en planta y dedos de miembro inferior derecho; Rx de caderas de control de set de 2013 se reporta: material de osteosíntesis en adecuada posición fractura de ramas isquio e ilopública con signos de consolidación con cayo óseo. Igualmente se realiza reducción de luxación falángica mano derecha del IV y III dedo se solicita radiografía control de dedos. El 16.07.2013 Reducción abierta de fractura del cúbito y radio derechos en segmento distal fijación con clavos de kirschner más injerto óseo de cresta iliaca. Emg y neuroconducción de mmii 05/10/2016 dentro de límites normales. Continuando en fisioterapia, refiere disminución fuerza muscular en mano derecha.

En valoración de Fisiatría del 20 de dic de 2017 anota " La fractura lumbar no requirió de manejo en especial. Paraclínicos: 1 estudio electrodiagnostico de miembros superiores 14/enero/2014 "estudio normal, negativo para lesión di nervio periférico" 2 estudio electrodiagnostico de miembros inferiores 5/10/2016: "estudio normal, que no evidencia lesión radicu1 ar lumbosacra ni lesión de nervio periférico en miembros inferiores". Intervenciones: 1 recibió multitud de fisioterapia para el miembro superior derecho, la cadera y la

columna lumbar 2, en control de ortopedia del 6/abril/2017 le solicitaron rx de muñeca derecha, mano derecha y columna lumbosacra (no reportes). 3, en control de ortopedia del 27/abril/2017 anotaron "osteosíntesis de fractura del sacro y del radio. Paciente Polifracturado de 4 años de evolución, fractura de radio distal derecho consolidada con pérdida definitiva de movilidad con cambios artrósicos asociados a la fractura, artrodesis de la articulación lumbosacra derecha en posición que no genera limitación para movilidad. Se descarta por el momento intervención quirúrgica por parte de ortopedia". Registra como hallazgos del examen " EF: extremidades superiores miembro superior derecho, cicatriz vertical de 10 cms en el dorso del tercio distal del antebrazo, limitación funcional para dorsiflexión de muñeca extensión 30° flexión 20° desviaciones 15° de cada una fuerza 4/5 movilidad completa del 1ero, 2do y 3er dedo, 4to dedo: mf flexión 80° extensión completa, ifp flexión 90° extensión completa, ifd flexión 20° extensión completa 5to dedo mf flexión 80° extensión completa, ifp flexión 90° extensión completa, ifd flexión 40° extensión completa .cierre incompleto de 4 y 5 dedo de mano derecha. No se registran déficits neurológicos en m superiores. Columna cervical, dorsal y lumbar: columna lumbar movilidad dorsolumbar completa, imbalance por abdomen abultado palpación de columna lumbar. Apófisis espinosa y paravertebrales negativa. No déficit neurológico en m inferiores. Pruebas de tracción radicular negativas. Marcha simétrica. Extremidades inferiores; cadera flexión 90° extensión completa bilateral. Dolor a la movilización de cadera derecha, retracción de isquiotibiales. Rodilla flexión extensión completa. No dolor. No roce. Pruebas de estabilidad negativas cuello de pie normal. Análisis: secuelas de dolor postraumático de la muñeca y cadera en hemicuerpo derecha y restricción de movilidad de la muñeca derecha. Fase de secuelas. Plan de manejo por dolor crónico. Se reitera alta por rehabilitación.". Refiere secuelas de restricción movilidad muñeca derecha, con dolor con el esfuerzo, limitación funcional, igualmente restricción movilidad cadera derecha, para subir, bajar escaleras, edema en sitio de cirugía, actualmente no medicado; inestabilidad en MID, para la marcha, con caída fácil en terrenos irregulares, lo cual le produce mucha ansiedad.

Antecedentes: Personales: No refiere.

Conceptos médicos

Fecha: 04/07/2013

Especialidad: Urgencias – Clínica San Rafael

Resumen:

MC: Se cayó de un segundo piso. EA: traído en movil 5245, refiere personal paramédico que le hallan a las 16+00h en una obra en construcción, refiere caída desde un segundo piso con pérdida del estado de conciencia aprox 3 min, posterior al mismo desorientación, heridas en rostro y dolor en miembro superior derecho y cadera derecha. Refiere un episodio emético durante la atención inicial, refiere personal que inmovilizaron el miembro superior derecho pero que el mismo paciente se lo retira. EF: herida ciliar derecha, hay deformidad del reborde superior de la órbita idem; hay herida del tercio medio de labio inferior. Otorragia derecha, se realiza otoscopia que no es óptima por abundante sangrado. No hay sdr; ruidos cardíacos rítmicos, campos pulmonares limpios sin masas, megalias ni peritonismo; hay dolor a la palpación de pelvis del lado derecho edema y limitación funcional de la muñeca derecha. Comentarios: paciente masculino de 31 años que presenta caída en su lugar de trabajo con pérdida del estado de conciencia y trauma facial, del antebrazo derecho y la cadera idem, con hallazgo de Otorragia, al examen físico desorientado, con herida ciliar derecha y deformidad de dicha zona, limitación funcional de la muñeca derecha y dolor en cadera derecha, se interpreta como tce moderado-severo, traumatismo facial, del miembro superior derecho y de la cadera derecha, se decide traslado a observación para vigilancia neurológica. lev, oxígeno suplementario, analgesia, gastroprotección, prokinético, toma de tac de cráneo simple y estudios radiológicos complementarios, nueva valoración con resultados. seguimiento: Paciente joven de 31 años con cuadro clínico de caída de 2 piso (6 m) con politraumatismo, con múltiples heridas en cara, se evidencia en Rx fracturas de falanges intermedia de 4-5 dedo de mano derecha, con Fractura de apófisis estiloides de cubito y radio, fx de isquion derecho, no es claro si hay fractura de isquion izquierdo, se comenta caso a ortopedia quienes posteriormente valoraran, por el momento se solicita hemograma, control, tiempos de coagulación, se reservan 3 UGRE, LEV, analgesia, vigilancia estricta de lesiones, Se solicita valoración por ORL, Cx plástica, Ortopedia, se coloca inmovilización tipo pinza de azúcar, continuar manejo y vigilancia en reanimación IDx: Politraumatismo. TCE moderado – Otorragia. Heridas en cara. Evolución: Paciente con imágenes diagnósticas donde se observa fractura bilateral de rama iliopública esquibica derecha se observa trazo en acetabulo de rechoqueo compromete zona de carga, asociado en regio sacra no es claro trazo e segmento derecho razón por la cual se solicita tac de pelvis. El 12.07.2013 se realiza reducción de luxación falángica mano derecha del IV y III dedo se solicita radiografía control de dedos. Se realiza reducción abierta y fijación interna de fractura de sacro. El 16.07.2013 Reducción abierta de fractura en segmento distal de cubito o radio (colles otros) con fijación interna [dispositivos de fijación u osteosíntesis]. Salida 17.07.2017 con adecuada evolución posoperatoria, se dan recomendaciones incapacidad 30 días.

Fecha: 02/08/2013

Especialidad: Cirugía de mano - Clínica San Rafael

Resumen:

MC: Control EA: paciente con antecedente de caída de un segundo piso con trauma a nivel del antebrazo derecho craneoencefálico y cadera luxofractura de falanges y fractura de radio distal quien el 16 de julio realizaron reducción abierta más fijación interna con placa de stricker de titanio bloqueada y fijación de inestabilidad radiocarpiana con clavos de kirschner mas injerto óseo de cresta iliaca asiste a control refiere dolor leve no picos febriles al examen físico paciente en silla de ruedas herida quirúrgica en cresta iliaca en buen estado miembro superior derecho inmovilizado con férula palmar y férula digital de 3-4 dedo adecuado llenado capilar no déficit neurovascular distal sin secreción ni sangrado. Paciente con evolución adecuada en el momento estable se ordena reposicionamiento de férula retiro de puntos rx de control y cica control con resultados en 15 días se explica al paciente refiere entender y aceptar.

Fecha: 09/09/2013 **Especialidad:** Ortopedia - Clínica San Rafael

Resumen:

Mc: paciente con antecedente de fractura de rama isquio e iliopúbica derecha derecha + fractura de falanges mano derecha + fractura de radio distal derecho + fractura insertable de sacro del 04.07.2013 manejado quirúrgicamente el 12.07.2013 con tornillo en la articulación ilio-sacra derecha quien asiste a control actualmente refiere dolor intenso en miembro inferior izquierdo asociado a limitación funcional y dolor quemante en planta y dedos de miembro inferior derecho. Paciente refiere no haber iniciado terapia física hasta el momento. Rx de caderas; material de osteosíntesis en adecuada posición fractura de ramas isquio e ilopúbica con signos de consolidación con cayo óseo. EF: extremidad superior derecha inmovilizada con yeso con limitación funcional, paciente refiere no poderse poner de pie por intenso dolor, reflejos conservados ++/++++ bilateral, hipoestesia en L1 izquierdo hipoestesia en S1 derecho hiperqueratosis por desuso en plantas de ambos pies. Análisis: se enfatiza en la importancia de iniciar terapia física, cita de control en 2 meses con nuevas rxs , se considera valoración por ORL por persistencia de trastorno en la audición referido por el paciente.

Fecha: 15/11/2013 **Especialidad:** Cirujano de mano

Resumen:

MC: Control EA: paciente masculino con antecedente de caída de un segundo piso con trauma a nivel del antebrazo derecho craneoencefálico y cadera luxofractura de falanges y fractura de radio distal quien el 16 de julio realizaron reducción abierta mas fijación interna con placa bloqueada y fijación de inestabilidad radiocarpiana con clavos de kischner mas injerto óseo de cresta iliaca. Refiere dolor ocasional con limitación para los movimientos de muñeca. Examen físico: paciente en buenas condiciones generales ingresa caminando miembro superior derecho: herida cicatrizada sin signos de infección local estado neurovascular distal conservado. Radiografías de control: se observa fractura en proceso de consolidación material quirúrgico en posición. Paciente en pop osteosíntesis de fractura de radio distal derecho. Actualmente con limitación para la movilidad de muñeca. Se indica continuar plan de terapia física integral y se citara a control en 3 meses.

Fecha: 28/07/2015 **Especialidad:** Fisiatría - Constanza González

Resumen:

Motivo de consulta y enfermedad actual: Control at 04/07/2013 paciente con antecedente de caída aproximada de 6mts presentando pérdida de conocimiento trauma antebrazo derecho cadera derecha. Herida abierta región ciliar derecha, rx evidencia luxofractura articulación sacro iliaca derecha. 12 de julio realizan reducción y fijación de fx de pelvis. Rx puño derecho fx conminuta estiloides radio y cubito, realizan cx el 16 de julio del 2013. Rx fx de falange media 4to 5to dedo mano derecha. Tac de cráneo simple dentro de límites normales. Inmovilizado con férula palmar por 2 meses. Pop 16 de julio reducción abierta + fijación interna con placa de stricker y fijación de inestabilidad radiocarpiana con clavo de kishner + injerto óseo de cresta iliaca por rx observan en proceso de consolidación con material de osteosíntesis en posición. Estudio electrodiagnostico de 14/1/2014: estudio normal. Examen externo beg, alerta, sin sdr, obeso, orientado en sus 3 esferas no signos de focalización neurológica. Herida en arco superciliar derecho no adherida, no retraída, no genera déficit funcional. msd: tono y trofismo conservado simétrico puño derecho cicatriz en dorso en buen estado, no adherida, OA. Puño: flexión 30 grados extensión 45 grados. Desviación radial 15 grados, cubital 30 grados dedos: rangos de movilidad de 1 a 5 dedos mcf e if conservados, tono y trofismo conservados. No déficit funcional. Fuerza muscular 5/5 de msd. Codo y hombro rangos completos. MID: Tono y trofismo conservado. De alta por fisiatría.

Fecha: 11/04/2016 **Especialidad:** Fisiatría – Cuidarte tu salud

Resumen:

Motivo de consulta: paciente quien fue citado para completar la goniometría del 5 dedo de mano derecha. Enfermedad actual: DX traumatismo de la cabeza, fractura de vértebra lumbar, fractura de dedo de la mano, fractura de la columna lumbar y de la pelvis, herida de la cabeza parte no especificada. Paciente quien estaba siendo valorado en Constanza González SAS Dr. Fernando González ultimo control 3 de marzo 14 anota caída de 6 metros presentando pérdida de conocimiento trauma de antebrazo derecho rx luxofractura de articulación sacroiliaca esquinado derecho 12 de julio 13 realiza fijación de fx de pelvis, r derecho fx conminuta de estiloides de radio y cubito realizan cx el 16 de julio 13, rx de mano fx de falange y 5 dedo mano de derecha, tac cráneo simple normal. Nc y emg de 14 de enero 14 normal. Concepto paciente q presenta déficit cognitivo limitación para completar arcos de movilidad de puño derecho asociado a hip pierna derecha no presenta déficit funcional, reintegro laboral por 6 semanas. EF: extremidades superiores: al examen físico presenta 3 y 4 dedo de mano derecha con posicionamiento en 20° que extiende completamente de forma pasiva, movilidad mtc flexión 80° ext 0° ifp flexión 80° ext -20° ifd 30° ext 0°, 5° dedo posicionamiento en flexión de ifp 10° que extiende completamente de forma pasiva. Fuerza de extensión 4-/5, mtc flexión 90° ext 0 ifp flexión 90° ext -10 ifd flexión 40° ext 0. Compensación d gitopalmar para agarres cilíndricos delgados, pero inclusión de 4 y 5 dedo en estos a fuerza de 4-/5 pinzas funcionales 4-/5, oposición con 4 y 5° dedo 4-/5 con dificultad para el 5o dedo.

Sensibilidad hipoestesia territorio cubital y del radial. carpo derecho movilidad ext 30° flexión 20° desvío ulnar 15° rad pronación 90° supinación 30° cicatriz sobre dorso de tercio distal de antebrazo de 7 cm no adherida no al columna cervical, dorsal y lumbar: columna vertebral sin escoliosis, rectificación de la lordosis lumbar retracción de isquiotibiales y rectos femorales retracción de isquiotibiales y rectos femorales bilaterales, movilidad de cadera derecha flexión 100° extensión 30° abd 30° add 30° re 20° rl 50°, cicatriz en región lumbar de 6 cm no adherida no dolorosa, cadera izquierda flexión 100° extensión 30° abd 45° add 30° re 20° fu 60°, fuerza msis 4+/5, lasegue negativo, rmt ++/++++, flexión de columna lumbar 70° inclinaciones 40° cada lado, marcha independiente no antalgica, marcha en puntas y en talones normal. Análisis: paciente con secuelas de traumas múltiples con mayor compromiso a nivel de cadera y miembro superior limitación en mano para agarres y pinzas. Marcha independiente con dolor residual. Plan y manejo: no requiere procedimiento adicional por RHB. Continuar plan casero. Se da alta por fisiatría, para calificación de PCL.

Fecha: 10/10/2016 **Especialidad:** Neurocirugía - Clínica de Occidente

Resumen:

Motivo de consulta y enfermedad actual: accidente que refiere el 04 de julio 2013 presentar accidente laboral con dx posterior de enfermedad discal lumbar realizan emg y neuroconducción de mmii 05/10/2016 dentro de límites normales 2014 14 de enero dentro de límites normales (EMG y neuroconducción). Revisión por sistemas: persistencia de dolor consulta, es necesario realizar rm de columna lumbar para estudio de enfermedad discal debe corregir factor de riesgo. Neurológico consiente alerta orientado en las 3 esferas pares normal fuerza 5/5 en las 4 extremidades obesidad centrípeta.

Fecha: 13/03/2017 **Especialidad:** Neurocirugía - Clínica de Occidente

Resumen:

MC: "Positiva me envía a controles" EA: paciente quien en 2013 sufre accidente laboral manejo quirúrgico ortopedia en clínica san Rafael posterior dolor articular y lumbar axial sin mejoría. Ap: traumáticos laborales escritos. Ef: gcs 15/15 isocoria reactiva fuerza 5/5 RMT ++/++++. Paciente con cuadro de dolor mecánico sobre procesos degenerativo lumbar con factores de riesgo modif1cables como obesidad-sobrepeso, de momento no requiere de manejo quirúrgico alguno, debe ser valorado por grupo tratante quirúrgico y/o ortopedia de cadera para cuadro de dolor descrito. Alta por neurocirugía.

Fecha: 12/05/2017 **Especialidad:** Fisiatría – Cuidarte tu salud

Resumen:

EA: Antecedente de accidente laboral 4/julio/2013 sufrió politraumatismo por caída de altura aproximada de 9 metros. Diagnóstico de calificación: 1 secuela de trauma craneo encefálico moderado, heridas en rostro región ciliar derecha y labio inferior. 2. secuela de fractura de radio y cubito distal derecho. 3. secuela de luxofractura de 4to y 5to dedo de la mano derecha, 4 secuela de fractura del pedículo derecho cuerpo vertebral l5, fractura pelvis". Dolor en antebrazo derecho, características tipo picadas chuzadas, refiere que tiene una placa de material de osteosíntesis califica en 8/10 y se aumenta a 10/10 con esfuerzos de la mano dominante refiere dolor en la cadera derecha y la región lumbar especialmente cuando camina largo o rápido, y al subir escaleras. Además refiere dolor con posturas fijas prolongadas al incorporarse. Tratamientos previos; el 12/julio/2011 le realizaron cirugía "fijación de fractura sacro". El 16/julio/2013 le realizaron "fijación de fractura de radio+ injerto óseo". La luxofractura de 4to y 5to dedo de la mano derecha fue manejada con férula. La fractura lumbar no requirió de manejo en especial. Paraclínicos: 1 estudio electrodiagnostico de miembros superiores 14/enero/2014 "estudio normal, negativo para lesión de nervio periférico" 2 estudio electro diagnóstico de miembros inferiores 5/10/2016: "estudio normal, que no evidencia lesión radicular lumbosacra ni lesión de nervio periférico en miembros inferiores". Intervenciones: 1 recibió multitud de fisioterapia para el miembro superior derecho, la cadera y la columna lumbar 2, en control de ortopedia del 6/abril/2017 le solicitaron rx de muñeca derecha, mano derecha y columna lumbosacra (no reportes). 3, en control de ortopedia del 27/abril/2017 anotaron "osteosíntesis de fractura del sacro y del radio. Paciente Polifracturado de 4 años de evolución, fractura de radio distal derecho consolidada con pérdida definitiva de movilidad con cambios artrósicos asociados a la fractura, artrodesis de la articulación lumbosacra derecha en posición que no genera limitación para movilidad. Se descarta por el momento intervención quirúrgica por parte de ortopedia". 4, en valoración ocupacional del 27/feb/2017 se definió realizar carta de recomendaciones laborales dirigida al afiliado por estar desvinculado . EF: extremidades superiores: Miembro superior derecho. Cicatriz vertical de 10 cms en el dorso del tercio distal del antebrazo y que llega hasta la muñeca. Muñeca: extensión 30°, flexión 10° desviaciones 15° de cada una, fuerza 4/4 hay dolor con los movimientos. Movilidad completa del 1ero, 2do y 3er dedo. 4to dedo: MF flexión 80° extensión completa, IFP flexión 90° extensión completa, IFD flexión 20° extensión completa. 5to dedo: MF flexión 80° extensión completa, IFP flexión 90° extensión completa, IFD flexión 40° extensión completa. El paciente no manifiesta dolor en la movilidad de los dedos. No se encuentran déficits neurológicos, los patrones integrales de la mano son adecuados aunque no involucra por completo del 4to dedo en los agarres a mano llena. Columna cervical, dorsal y lumbar: Movilidad dorsolumbar completa no dolorosa; se anotan abdomen prominente y cicatriz vertical en región paravertebral derecha hacia lateral, Hay dolor al palpar sobre Si. Extremidades Inferiores: Miembro Inferior derecho. Cadera: movilidad completa, hay dolor en los grados finales de flexión,

fuerza 4+/5, palpación dolorosa de la región inguinal y el glúteo. No se encuentran déficits neurológicos. Marcha simétrica. Análisis: Historia anotada, paciente próximo a cumplir 4 años del accidente, presenta secuelas de dolor pos traumático de la muñeca y cadera derechas y restricción de movilidad de la muñeca derecha. Fase de secuelas. Se sostiene alta por rehabilitación.

Fecha: 20/12/2017

Especialidad: Fisiatría – Cuidarte tu salud

Resumen:

EA: Antecedente de accidente laboral 4/julio/2013 sufrió politraumatismo por caída de altura aproximada de 9 metros. Diagnóstico de calificación: 1 secuela de trauma cráneo encefálico moderado, heridas en rostro región ciliar derecha y labio inferior. 2. secuela de fractura de radio y cubito distal derecho. 3. secuela de luxofractura de 4to y 5to dedo de la mano derecha, 4 secuela de fractura del pedículo derecho cuerpo vertebral L5, fractura pelvis". Dolor en antebrazo derecho, características tipo picadas chuzadas, refiere que tiene una placa de material de osteosíntesis califica en 8/10 y se aumenta a 10/10 con esfuerzos de la mano dominante refiere dolor en la cadera derecha y la región lumbar especialmente cuando camina largo o rápido, y al subir escaleras. Además refiere dolor con posturas fijas prolongadas al incorporarse. Tratamientos previos; el 12/julio/2011 le realizaron cirugía "fijación de fractura sacro". El 16/julio/2013 le realizaron "fijación de fractura de radio+ injerto óseo". La luxofractura de 4to y 5to dedo de la mano derecha fue manejada con férula. La fractura lumbar no requirió de manejo en especial. Paraclínicos: 1 estudio electrodiagnostico de miembros superiores 14/enero/2014 "estudio normal, negativo para lesión de nervio periférico" 2 estudio electro diagnóstico de miembros inferiores 5/10/2016: "estudio normal, que no evidencia lesión radicular lumbosacra ni lesión de nervio periférico en miembros inferiores". Intervenciones: 1 recibió multitud de fisioterapia para el miembro superior derecho, la cadera y la columna lumbar 2, en control de ortopedia del 6/abril/2017 le solicitaron rx de muñeca derecha, mano derecha y columna lumbosacra (no reportes). 3, en control de ortopedia del 27/abril/2017 anotaron "osteosíntesis de fractura del sacro y del radio. Paciente Polifracturado de 4 años de evolución, fractura de radio distal derecho consolidada con pérdida definitiva de movilidad con cambios artrósicos asociados a la fractura, artrodesis de la articulación lumbosacra derecha en posición que no genera limitación para movilidad. Se descarta por el momento intervención quirúrgica por parte de ortopedia". 4, en valoración ocupacional del 27/feb/2017 se definió realizar carta de recomendaciones laborales dirigida al afiliado por estar desvinculado. EF: extremidades superiores miembro superior derecho, cicatriz vertical de 10 cms en el dorso del tercio distal del antebrazo, limitación funcional para dorsiflexión de muñeca extensión 30° flexión 20° desviaciones 15° de cada una fuerza 4/5 movilidad completa del 1er, 2do y 3er dedo, 4to dedo: mf flexión 80° extensión completa, ifp flexión 90° extensión completa, ifd flexión 20° extensión completa 5to dedo mf flexión 80° extensión completa, ifp flexión 90° extensión completa, ifd flexión 40° extensión completa. cierre incompleto de 4 y 5 dedo de mano derecha. No se registran déficits neurológicos en miembros superiores. Columna cervical, dorsal y lumbar: columna lumbar movilidad dorsolumbar completa, imbalance por abdomen abultado palpación de columna lumbar. Apófisis espinosa y paravertebrales negativa. No déficit neurológico en miembros inferiores. Pruebas de tracción radicular negativas. Marcha simétrica. Extremidades inferiores; cadera flexión 90° extensión completa bilateral. Dolor a la movilización de cadera derecha, retracción de isquiotibiales. Rodilla flexión extensión completa. No dolor. No roce. Pruebas de estabilidad negativas cuello de pie normal. Análisis: secuela de dolor postraumático de la muñeca y cadera en hemitruco derecho y restricción de movilidad de la muñeca derecha. Fase de secuelas. Plan de manejo por dolor crónico. Se reitera alta por rehabilitación.

Pruebas específicas

Fecha: 04/07/2013

Nombre de la prueba: Rx columna cervical - Clínica San Rafael

Resumen:

Incurvación escoliótica izquierda sin componente rotacional. Solo se logra despejar hasta C2 en la proyección lateral.

Fecha: 05/07/2013

Nombre de la prueba: Rx de fémur - Clínica San Rafael

Resumen:

Edema de tejidos blandos adyacentes al trocánter mayor y en el tercio medio del muslo de tipo inespecífico, correlacionar con antecedentes clínicos.

Fecha: 07/07/2013

Nombre de la prueba: Tac de pelvis – Clínica San Rafael

Resumen:

Se identifica imagen compatible con fractura que compromete el pedículo derecho del cuerpo vertebral de L5 la cual se extiende hasta la faceta articular superior de este cuerpo vertebral incluso compromete la apófisis espinosa sin existir compromiso del canal medular ni fragmentos óseos libres intramedulares, tampoco hay evidencia de compromiso del cuerpo vertebral. La fractura se extiende lateral e interiormente comprometiendo el margen derecho del saco sin compromiso de la articulación sacroiliaca excepto en su porción más inferior

Entidad calificador: Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá y Cundinamarca - Sala 3

Calificado: ROBINSON ANDRES ANDRADE CRUZ

Dictamen: 80777726 - 7394

Página 6 de 12

la cual tiene un componente intra-articular. Adicionalmente se observa fractura que compromete las ramas ilio e isquiopubicar en el lado derecho. No logro identificar fracturas en el cuello ni epífisis femorales. Tampoco hay evidencia de fracturas del techo acetabular. Se conserva las articulaciones sacroilíacas y coxofemorales.

Fecha: 07/07/2013

Nombre de la prueba: Tac de columna lumbosacra - Clínica San Rafael

Resumen:

Se aprecia imagen compatible con fractura que compromete la pars interarticulares derecha del cuerpo vertebral de L5 con extensión de la fractura a la faceta articular superior de este cuerpo vertebral. También hay compromiso de la lámina derecha y se extiende interiormente comprometiendo el cuerpo del sacro a la altura de S2 y S3 en sentido inferior. Hay compromiso de la articulación sacroiliaca derecha en su porción más inferior. No observo fractura de los cuerpos vertebrales. No hay evidencia de fragmentos óseos libres intramedulares. No hay signos de espondilolistesis. Espacios intervertebrales conservados. Agujeros neurales de amplitud normal.

Fecha: 15/07/2013

Nombre de la prueba: Rx de pelvis - Clínica San Rafael

Resumen:

Se obtienen proyecciones de pelvis en proyección neutra y angulación cefálica y caudal de rayo. Fijación de la articulación sacroiliaca derecha con dos tornillos. Fractura de las ramas ilio e isquiopubicar derechas. No hay compromiso de las articulaciones coxofemorales.

Fecha: 16/07/2013

Nombre de la prueba: Rx muñeca derecha - Clínica San Rafael

Resumen:

Se identifica huellas quirúrgicas con material de osteosíntesis, clavos y tornillos y placa por antecedente de fractura en el tercio distal del radio. También se identifica fractura de la apófisis estiloides con mínimo desplazamiento anterior y ventral de la apófisis estiloides del hueso cubital. También se identifica fractura de la apófisis estiloides del cúbito la cual se encuentra con mínimo desplazamiento ventral. Se identifica aumento de la atenuación de la densidad de las partes blandas. No se identifican otras alteraciones.

Fecha: 22/10/2013

Nombre de la prueba: Rx de puño derecho - Clínica San Rafael

Resumen:

Fractura diafisaria del tercio distal del radio con adecuado signos de consolidación con presencia de material de osteosíntesis Alineación del eje óseo. Relación articular radiocarpiana conservada. Disminución de la densidad mineral ósea. Los tejidos blandos conservados de densidad y volumen normal.

Fecha: 05/10/2016

Nombre de la prueba: Electrodiagnostico MMII

Resumen:

Estudio normal, que no evidencia lesión radicular lumbosacra, ni lesión de nervio periférico en miembros inferiores.

Tratamientos medicos y quirurgicos

Fecha: 12/07/2013

Intervención o tratamiento: Procedimiento - Clínica San Rafael

Resumen:

Reducción cerrada de luxación de sacro y cóccix. Hallazgos pelvis derecha: -luxofractura de articulación sacroiliaca. Diagnostico preoperatorio: S070 Traumatismo por aplastamiento de la cara, S099 Traumatismo de la cabeza, no especificado, S321 Fractura del sacro.

Fecha: 16/07/2013

Intervención o tratamiento: Procedimiento - Clínica San Rafael

Resumen:

Reducción abierta de fractura en segmento distal de cubito o radio (colles otros) con fijación interna [dispositivos de fijación u osteosíntesis]. Hallazgos: fractura conminuta con brazo cizallamiento con principal fragmento dorsal avulsión de estiloides radial avulsión de ligamento radiocubitales distales con fragmento óseo adecuada estabilidad de ligamento tri-radiado. Diagnostico preoperatorio: S070 Traumatismo por aplastamiento de la cara, S099 Traumatismo de la cabeza, no especificado, S321 Fractura del sacro.

Concepto de rehabilitación

Proceso de rehabilitación: Sin información

Valoraciones del calificador o equipo interdisciplinario

Fecha: 04/08/2020 **Especialidad:** JRCIB teleconsulta

Peso: 94 kg, talla: 166 cm, dominancia: diestra. (Referido por el paciente).

Atendido por Psicología a través de entrevista telefónica, se encuentra paciente de género masculino, de 38 años de edad, E.C unión libre, la esposa trabaja como operaria en empresa, tienen 2 hijos de 13 y 11 años (estudiantes); pte con nivel de escolaridad 11° de Educación Básica Secundaria, quien refiere haber laborado en la empresa Walter Mateus - Contratistas de obra, como Soldador entre Febrero del 2013 y el 04 de Julio de 2013 en que se accidenta, incapacitado hasta 2015 “en que la empresa no me volvió a recibir”.

En la fecha de atención, se encuentra alerta, colaborador al interrogatorio, memoria conservada, pensamiento y lenguaje coherente, relata que: “el 4 de Julio del 2013 a las 4:30 p.m. presenté fractura de cúbito, radio, muñeca derecha, trauma en columna y trauma en el cráneo, nariz, ceja, boca y oído derechos al caer de un tercer piso en la obra, por lo que fui atendido en el Hospital San Rafael”.

Refiere dificultad para agarrar, sujetar o apretar con mano derecha, para escribir, inestabilidad en la marcha por dolor en miembro inferior derecho, dificultad para agacharse o adoptar postura en cuclillas por dolor en cadera, reporta marcha sin apoyos.

En cuanto a su pensamiento y actitud, frente al accidente del que fue objeto, exterioriza preocupación por la dificultad para conseguir un trabajo.

Finalmente dice enfocar su proyecto de vida a generar un negocio que le permita ingresos y poder aportar al hogar.

Fundamentos de derecho:

El presente Dictamen se fundamenta en:

Ley 100 de 1993, Sistema de seguridad social integral.

Decreto 1507 de 2014, Manual único de calificación.

Ley 776 de 2002, Normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales.

Decreto 1477 de 2014, Tablas Enfermedades Laborales.

Ley 1562 de 2012, Por la cual se modifica el Sistema De Riesgos Laborales.

Decreto 019 de 2012, Ley anti-trámites.

Decreto 1072 de 2015, Decreto Único sector Trabajo.

Decreto 1352 de 2013, Reglamenta el funcionamiento y competencia de las Juntas de Calificación.

Decreto Ley 491 de 2020 Por el cual se adoptan medidas de urgencia para garantizar la atención y la prestación de los servicios por parte de las autoridades públicas y los particulares que cumplan funciones públicas y se toman medidas para la protección laboral y de los contratistas de prestación de servicios de las entidades públicas, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

Análisis y conclusiones:

Se trata de paciente de 38 años, informa Peso: 94 kg, talla: 166 cm (Índice de Masa Corporal 34.11, obesidad tipo 1), dominancia: diestra. Laboró como soldador en constructora estructuras metálicas, durante 6 meses hasta finalizar incapacidad el 15 de febrero de 2014. Anteriormente en el mismo cargo en empresa de ascensores durante 2 años. Actualmente cesante. Escolaridad: Bachiller, curso de soldadura. Estado civil: U libre.

Presentó accidente el 4 de julio de 2013 caída desde un segundo piso, aproximadamente 8 metros de altura, con pérdida del estado de conciencia aprox 3 min, es atendido en la Clínica San Rafael, donde estuvo casi 25 días hospitalizado, se realizan estudios, con imágenes diagnósticas donde se observa fractura bilateral de rama iliopública esquiopública derecha, trazo de fractura en acetábulo, compromete zona de carga, asociado en región sacra no es claro trazo en segmento derecho razón por la cual se solicita tac de pelvis, fractura inestable de sacro, manejado quirúrgicamente el 12.07.2013 reducción abierta y fijación con tornillo en la articulación ilio-sacra derecha, persistiendo dolor intenso en miembro inferior izquierdo asociado a limitación funcional y dolor quemante en planta y dedos de miembro inferior derecho; Rx de caderas de control de set de 2013 se reporta: material de osteosíntesis en adecuada posición fractura de ramas isquio e ilopública con signos de consolidación con cayo óseo. Igualmente se realiza reducción de luxación falángica mano derecha del IV y III dedo

Entidad calificadora: Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá y Cundinamarca - Sala 3

Calificado: ROBINSON ANDRES ANDRADE CRUZ

Dictamen: 80777726 - 7394

Página 8 de 12

se solicita radiografía control de dedos. El 16.07.2013 Reducción abierta de fractura del cúbito y radio derechos en segmento distal fijación con clavos de kirschner más injerto óseo de cresta iliaca. Emg y neuroconducción de MMII del 05/10/2016 dentro de límites normales. Continuando en fisioterapia, refiere disminución fuerza muscular en mano derecha.

En valoración de Fisiatría del 20 de dic de 2017 anota "La fractura lumbar no requirió de manejo en especial. Paraclínicos: 1 estudio electrodiagnostico de miembros superiores 14/enero/2014 "estudio normal, negativo para lesión de nervio periférico" 2 estudio electrodiagnóstico de miembros inferiores 5/10/2016: "estudio normal, que no evidencia lesión radicular lumbosacra ni lesión de nervio periférico en miembros inferiores". Intervenciones: 1 recibió multitud de fisioterapia para el miembro superior derecho, la cadera y la columna lumbar 2, en control de ortopedia del 6/abril/2017 le solicitaron Rayos X de muñeca derecha, mano derecha y columna lumbosacra (no reportes). 3, en control de ortopedia del 27/abril/2017 anotaron "osteosíntesis de fractura del sacro y del radio. Paciente Polifracturado de 4 años de evolución, fractura de radio distal derecho consolidada con pérdida definitiva de movilidad con cambios artrósicos asociados a la fractura, artrodesis de la articulación lumbosacra derecha en posición que no genera limitación para movilidad. Se descarta por el momento intervención quirúrgica por parte de ortopedia". Registra como hallazgos del examen " EF: extremidades superiores miembro superior derecho, cicatriz vertical de 10 cms en el dorso del tercio distal del antebrazo, limitación funcional para dorsiflexión de muñeca extensión 30° flexión 20° desviaciones 15° de cada una fuerza 4/5 movilidad completa del 1ero, 2do y 3er dedo, 4to dedo: metacarpo falángica flexión 80° extensión completa, interfalángica proximal flexión 90° extensión completa, interfalángica distal flexión 20° extensión completa; 5to dedo metacarpo falángica flexión 80° extensión completa, interfalángica proximal flexión 90° extensión completa, interfalángica distal flexión 40° extensión completa, cierre incompleto de 4 y 5 dedo de mano derecha. No se registran déficits neurológicos en miembros superiores. Columna cervical, dorsal y lumbar: columna lumbar movilidad dorsolumbar completa, imbalance por abdomen abultado palpación de columna lumbar. Apófisis espinosa y paravertebrales negativa. No déficit neurológico en miembros inferiores. Pruebas de tracción radicular negativas. Marcha simétrica. Extremidades inferiores; cadera flexión 90° extensión completa bilateral. Dolor a la movilización de cadera derecha, retracción de isquiotibiales. Rodilla flexión extensión completa. No dolor. No roce. Pruebas de estabilidad negativas cuello de pie normal. Análisis: secuela de dolor postraumático de la muñeca y cadera en hemicuerpo derecha y restricción de movilidad de la muñeca derecha. Fase de secuelas. Plan de manejo por dolor crónico. Se reitera alta por rehabilitación." Refiere secuelas de restricción movilidad muñeca derecha, con dolor con el esfuerzo, limitación funcional, igualmente restricción movilidad cadera derecha, para subir, bajar escaleras, edema en sitio de cirugía, actualmente no medicado; inestabilidad en miembro inferior derecho para la marcha, con caída fácil en terrenos irregulares, lo cual le produce mucha ansiedad.

Antecedentes: Personales: No refiere.

La Junta Regional de Calificación de Bogotá y Cundinamarca procede a responder cada uno de los puntos solicitados por la autoridad judicial, en su orden:

1. Determinar el origen de la condición médica del demandante de conformidad con los hechos relacionados en la demanda: Accidente de trabajo ocurrido el 4 de julio de 2013.
2. Cuando se estructuró la condición médica o enfermedad: A criterio de la Junta Regional de Calificación se estructura en forma definitiva con la evaluación de ortopedia el 27 de abril de 2017, cuando describe en forma detallada las secuelas ya estabilizadas con los tratamientos médicos, quirúrgicos y de rehabilitación, que se deben calificar y tiene en cuenta todos los exámenes más recientemente realizados al paciente.
3. Si se trata de enfermedad laboral o común: No; se trata de una condición de salud derivada de Accidente de Trabajo ya citado.
4. Determinar si hay secuelas: Si, y se describen en la evaluación de ortopedia que citamos textualmente: "control de ortopedia del 27 /abril/2017 anotaron "osteosíntesis de fractura del sacro y del radio. Paciente Polifracturado de 4 años de evolución, fractura de radio distal derecho consolidada con pérdida definitiva de movilidad con cambios artrósicos asociados a la fractura, artrodesis de la articulación lumbosacra derecha en posición que no genera limitación para movilidad. Se descarta por el momento intervención quirúrgica por parte de ortopedia". Registra como hallazgos del examen " EF: extremidades superiores miembro superior derecho, cicatriz vertical de 10 cms en el dorso del tercio distal del antebrazo, limitación funcional para dorsiflexión de muñeca extensión 30° flexión 20° desviaciones 15° de cada una fuerza 4/5 movilidad completa del 1ero, 2do y 3er dedo, 4to dedo: metacarpo falángica flexión 80° extensión completa, interfalángica proximal flexión 90° extensión completa, interfalángica distal flexión 20° extensión completa; 5to dedo metacarpo falángica flexión 80° extensión completa, interfalángica proximal flexión 90° extensión completa, interfalángica distal flexión 40° extensión completa, cierre incompleto de 4 y 5 dedo de mano derecha. No se registran déficits neurológicos en miembros superiores. Columna cervical, dorsal y lumbar: columna lumbar movilidad dorsolumbar completa, imbalance por abdomen abultado palpación de columna lumbar. Apófisis espinosa y paravertebrales negativa. No déficit neurológico en miembros inferiores inferiores. Pruebas de tracción radicular negativas. Marcha simétrica. Extremidades inferiores; cadera flexión 90° extensión completa bilateral. Dolor a la movilización de cadera derecha, retracción de isquiotibiales. Rodilla flexión extensión completa. No dolor. No roce. Pruebas de estabilidad negativas cuello de pie normal. Análisis: secuelas de dolor postraumático de la muñeca y cadera en hemicuerpo derecha y restricción de movilidad de la muñeca derecha. Fase de secuelas. Plan de manejo por dolor crónico. Se reitera alta por rehabilitación."
5. Señalar el origen de la enfermedad o accidente, Fecha de Estructuración y la Pérdida de Capacidad Laboral: Origen, Accidente de Trabajo; Fecha de Estructuración: 27 de abril de 2017 con base en la valoración de ortopedia de esa fecha. Pérdida de Capacidad Laboral: 27.74%.

Con base en lo expuesto en el presente dictamen se discriminan los valores solicitados por la autoridad judicial, así:

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

Título I - Calificación / Valoración de las deficiencias

Diagnósticos y origen

CIE-10	Diagnóstico	Diagnóstico específico	Fecha	Origen
S525	Fractura de la epífisis inferior del radio	fractura de radio y cubito distal derecho		
S328	Fractura de otras partes y de las no especificadas de la columna lumbar y de la pelvis	fractura pelvis		
S626	Fractura de otro dedo de la mano	luxofractura de 4to y 5to dedo de la mano derecha		
S320	Fractura de vértebra lumbar	Fractura del pedículo derecho cuerpo vertebral L5		
S019	Herida de la cabeza, parte no especificada	heridas en rostro región ciliar derecha y labio		
S009	Traumatismo superficial de la cabeza, parte no especificada	trauma craneoencefálico moderado		

Deficiencias

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia por disestesia secundaria a neuropatía periférica o lesión de médula espinal y dolor crónico somático	12	12.5	1	NA	NA	NA	10,00%		10,00%
							Valor combinado		10,00%

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia por alteración de miembro superior derecho + dominancia	14	14.3, 14.2	NA	NA	NA	NA	9,87%		9,87%
Deficiencia por alteración de miembros inferiores	14	14.13, 14.12	NA	NA	NA	NA	2,00%		2,00%
							Valor combinado		11,67%

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Fracturas de la columna lumbar	15	15.3	1	0		NA	6,00%		6,00%
Lesión de tejidos blandos y condiciones no específicas de columna cervical	15	15.1	0			NA	0,00%		0,00%
Lesión de tejidos blandos y condiciones no específicas de la columna torácica	15	15.2	0			NA	0,00%		0,00%
							Valor combinado		6,00%

Capítulo	Valor deficiencia
Capítulo 12. Deficiencias del sistema nervioso central y periférico.	10,00%
Capítulo 14. Deficiencias por alteración de las extremidades superiores e inferiores.	11,67%
Capítulo 15. Deficiencias por alteraciones de la columna vertebral y la pelvis.	6,00%

Valor final de la combinación de deficiencias sin ponderar	25,27%
---	---------------

CFP: Clase factor principal CFM: Clase factor modulador

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

Formula de Baltazar: Obtiene el valor de las deficiencias sin ponderar.

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

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

Calculo final de la deficiencia ponderada: % Total deficiencia (sin ponderar) x 0,5	12,64%
--	---------------

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

Rol laboral

Restricciones del rol laboral	10
Restricciones autosuficiencia económica	1.5
Restricciones en función de la edad cronológica	1
Sumatoria rol laboral, autosuficiencia económica y edad (30%)	12,50%

Calificación otras áreas ocupacionales (AVD)

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

d1	1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	Total
		d110	d115	d140-d145	d150	d163	d166	d170	d172	d175-d177	d1751	
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.1	
d3	2. Comunicación	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	2.9	2.10	Total
		d310	d315	d320	d325	d330	d335	d345	d350	d355	d360	
		0	0	0	0	0	0	0.1	0	0	0.1	
d4	3. Movilidad	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	3.9	3.10	Total
		d410	d415	d430	d440	d445	d455	d460	d465	d470	d475	
		0.1	0.1	0.2	0.1	0.1	0.3	0	0.1	0.1	0.1	
d5	4. Autocuidado personal	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	4.6	4.7	4.8	4.9	4.10	Total
		d510	d520	d530	d540	d5401	d5402	d550	d560	d570	d5701	
		0	0.1	0	0.1	0	0.1	0	0	0.1	0.1	
d6	5. Vida doméstica	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	5.7	5.8	5.9	5.10	Total
		d610	d620	d6200	d630	d640	d6402	d650	d660	d6504	d6506	
		0	0.1	0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0	0	

Sumatoria total de otras áreas ocupacionales (20%)	2.6
--	-----

Valor final título II	15,10%
-----------------------	--------

7. Concepto final del dictamen

Valor final de la deficiencia (Ponderado) - Título I	12,64%
Valor final rol laboral, ocupacional y otras areas ocupacionales - Título II	15,10%
Pérdida de la capacidad laboral y ocupacional (Título I + Título II)	27,74%

Origen: Accidente

Riesgo: de trabajo

Fecha de estructuración: 27/04/2017

Fecha declaratoria: 23/10/2020

Sustentación fecha estructuración y otras observaciones:

Se estructura la pCL en la fecha en la cual se documenta por ortopedia, secuelas estabilizadas, con el tratamiento médico, quirúrgico y de rehabilitación.

Nivel de pérdida: Incapacidad permanente parcial

Muerte: No aplica

Fecha de defunción:

Ayuda de terceros para ABC y AVD: No aplica

Ayuda de terceros para toma de decisiones: Requiere de dispositivos de apoyo: No aplica

Enfermedad de alto costo/catastrófica: No aplica

Enfermedad degenerativa: No aplica

Enfermedad progresiva: No aplica

8. Grupo calificador



Ana Lucia Lopez Villegas

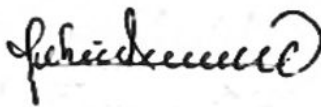
Médico ponente

Médica



Jorge Alberto Alvarez Lesmes

Médico



Nubiola Osorio de Zuluaga

Psicóloga