

ML 359.2021 José Alberto Sierra Montero CC 12552889

Medicina Laboral Facultad de Medicina <mlaboral_fmbog@unal.edu.co>

Vie 26/02/2021 10:44 AM

Para: Juzgado 01 Laboral - Arauca - Arauca <j1lbarau@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: Diego Julian Diaz Hurtado <djdiaz@hotmail.com>

 1 archivos adjuntos (6 MB)

ML 359.2021.pdf;



Medicina Laboral - Facultad de Medicina

Bogotá; 26-FEBRERO-2021

Atento saludo. El Proyecto de Medicina Laboral adjunta el oficio **ML 359.2021** en formato PDF, Se agradece habilitar la confirmación automática o **enviarnos el acuse de recibido.**

Por el cuidado del medio ambiente, si es necesario que este oficio sea radicado en físico, favor informar.

MEDICINA LABORAL

Facultad de Medicina

Universidad Nacional de Colombia

Cr 30 No. 45-03

Aviso legal: El contenido de este mensaje y los archivos adjuntos son confidenciales y de uso exclusivo de la Universidad Nacional de Colombia. Se encuentran dirigidos sólo para el uso del destinatario al cual van enviados. La reproducción, lectura y/o copia se encuentran prohibidas a cualquier persona diferente a este y puede ser ilegal. Si usted lo ha recibido por error, infórmenos y elimínelo de su correo. Los Datos Personales serán tratados conforme a la Ley 1581 de 2012 y a nuestra Política de Datos Personales que podrá consultar en la página web www.unal.edu.co. Las opiniones, informaciones, conclusiones y cualquier otro tipo de dato contenido en este correo electrónico, no relacionados con la actividad de la Universidad Nacional de Colombia, se entenderá como personales y de ninguna manera son avaladas por la Universidad.

[**ML 359.2021**]

Señora

CLAUDIA MARÍA BERMEJO MONRA

Secretaría

Juzgado Laboral del Circuito Distrito Judicial de Arauca

Dirección: Cl 21 No. 21 21 piso 2

Teléfono: (7) 8851780 Ext 131 – 130

J1lbarau@cendoj.ramajudicial.gov.co

Arauca

Asunto: Proceso Ordinario Laboral No. 2015-00282-00

Dte: José Alberto Sierra Montero CC 12552889

Ddo: Junta Nal de Calificación de Invalidez, Mecánicos Asociados S.A.S. EPS Saludcoop y
ARL Seguros Bolívar

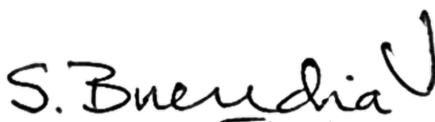
Respetada señora Claudia, reciba un atento saludo.

En respuesta a la solicitud JLCA-2572 recibida por la Decanatura de la Facultad el 04 febrero 2019 se efectuó la revisión de los documentos enviados del caso de la referencia gestionando respuesta en oficio ML 266.2019. Después de haber recibido la totalidad de los documentos (Historia Clínica completa y consignación) el pasado 26 de septiembre de 2019, además teniendo en cuenta que ya se estaba trabajando en varios procesos anteriores que requieren la emisión del respectivo concepto, trámite que se realiza de acuerdo al orden de llegada de los casos; me permito hacer entrega del CONCEPTO PERICIAL realizado por el proyecto de Medicina Laboral de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

Entrego inicialmente el concepto y su ponencia. El expediente completo y todos sus soportes respectivos se enviarán una vez se gestione el envío del documento a la Universidad para que pueda ser reclamado por ustedes.

Le agradezco la confianza que presenta en el proyecto de Medicina Laboral de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, cualquier duda o información que requiera adicional, puede escribir al correo mlaboral_fmbog@unal.edu.co.

Atentamente.



SANTIAGO BUENDÍA VÁSQUEZ

Director



CONCEPTO PERICIAL PARA CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ

1. INFORMACIÓN GENERAL

Concepto número	12,552,889
Fecha de recepción solicitud	26 de septiembre de 2019
Entidad remitente	Juzgado Laboral del Circuito Distrito Judicial de Arauca
Fecha de concepto	20 de enero de 2021

2. INFORMACIÓN GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Nombre de la entidad administradora		Universidad Nacional de Colombia - Facultad de Medicina - Medicina Laboral - Departamento de Microbiología	
Dirección	Cra 30 N° 45 - 03	Teléfono	3165000 Ext 15016

3. DATOS PERSONALES DEL EVALUADO

Apellidos	Sierra Montero														
Nombres	José Alberto														
Documento de Identidad	C.C	☒	T.I	☐	C.E	☐	Otro	☐	No.	12,552,889					
Fecha de Nacimiento	04 de julio de 1957					Edad	63 AÑOS								
Sexo	Masculino		☒	Femenino			☐								
Estado Civil	Soltero	☒	Casado	☐	Viudo	☐	U.L	☐	Separado	☐	Otro	☐			
Escolaridad	Primaria	☒	Secunda	☐	Técnico	☐	Unive	☐	Analfabeta	☐	Otro	☐			

4. ANTECEDENTES LABORALES

4.1 DESCRIPCIÓN DEL CARGO ACTUAL

ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA	Obras.
DENOMINACIÓN DEL CARGO ACTUAL	Obrero
ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA	15 años
ANTIGÜEDAD EN EL CARGO	15 años
DESCRIPCIÓN DE LAS TAREAS DEL CARGO	Incapacitado hace 11 años

4.2 ANTECEDENTES DE EXPOSICIÓN LABORAL

EMPRESA	CARGO	RIESGOS	TIEMPO DE EXPOSICIÓN
Mecánicos asociados	Obrero	Ruido, partículas, carga física, seguridad.	25 años



5. FUNDAMENTOS DE LA EVALUACIÓN

5.1 RELACIÓN DE DOCUMENTOS

DOCUMENTO	SE TUVO EN CUENTA
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	NA
HISTORIA CLÍNICA COMPLETA	si
EPICRISIS O RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA	no
ACTA DE LEVANTAMIENTO DEL CADÁVER	NA
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN	NA
ANÁLISIS DE PUESTO DE TRABAJO	no esta en expediente
EXÁMENES PARACLÍNICOS	si
EXÁMENES PRE-OCUPACIONALES	no se dispone de ellos
EXÁMENES PERIÓDICOS OCUPACIONALES	no se dispone de ellos
EXÁMENES POST-OCUPACIONALES	no se dispone de ellos
CONCEPTO DE SALUD OCUPACIONAL	no se dispone
OTROS	

5.2 DIAGNÓSTICO MOTIVO DE LA EVALUACIÓN

1	Discopatía: Lumbar POP fibrosis; cervical. Artrosis.	4	Glaucoma OD
2	HANS	5	T depresivo Mayor - TMAD.
3	STC bilateral, D recidivante		

5.3 EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO E INTERCONSULTAS PERTINENTES

	Tipo de examen o interconsulta	Fecha	Resultado
1	Medicina Laboral Saludcoop controla al paciente en octubre y noviembre de 2008.	18-09-08	Continúa lumbalgia que ha aumentado. Neurocx en 10/2008 ordenó bloqueo que se hizo sin mejoría del dolor. RM discopatías degenerativas L4L5S1. EF: Espasmo muscular moderado lumbar, marcha punta talón dolorosa, retracciones musculares. Dx T de los discos IV no especificado. En valoraciones de mayo, septiembre y noviembre de 2009 ratifica lumbalgia y por venida a tierra (AL no reportado?) dolor intenso e inflamación (sic) lumbar. Ultimamente se le inflama la rodilla (3 Dx) y fisioterapia pidió RX. Se anota posible Atep. Pendiente junta Neurocx para definir conducta porque no mejora. En enero 2010 ordena cx pendiente y lo programa para marzo 2010, en junio, julio controles POP: Leve dolor lumbar, marcha punta talón dolorosa, usa bastón. RM col LS controles en junio, julio, agosto y sept 2010 Discopatía L3L4 y L4L5 disminución de recesos laterales y estenosis del agujero de conjunción derecho - también en L5S1 - y puede existir compresión de la raíz derecha/laminectomía izquierda con cambios qx en receso lateral, escoliosis de vértice lzq. Muy claro, NO mejoró con la cirugía.

2	Neurocx Saludcoop 09/10/2008, 03/06/09	09-10-08	Lumbago irradiado a MII desde hace 15 meses, se vio en Junta Médica y se consideró No Qx en septiembre 2008. Actualmente mucho dolor, reubicado y se siente bien. Resonancia M abril 2008 Col LS: Discopatía L4L5 y L5S1, pequeño disco protruido L5S1 izq. Dx Lumbago No esp. 22/12/2009 Junta de NeuroCx: Paciente con dx discopatía degenerativa lumbar con radiculopatía. 10/05/2010 Cx el 26/03/2010, refiere sentirse bien, espasmo muscular en toda la columna. 03/08/2010 Control cx L4L5 con buena evolución, dolor lumbar sin irradiación a MMII, RM cambios por qx. Control (fecha?) POP cx 26/03/2010 de hernia discal L4L5 que presenta dolor lumbar con irradiación a MMII, lleva 6 m de incapacidad. Pronóstico reservado, enviar al paciente a Junta de calificación ya que el dolor persiste. 10/11/2010 Dolor cervical de más de un mes, POP hernia discal lumbar (laminectomía) Dr Mustafa el 26/03/2010 en clínica norte, persisten parestesias y dolor MII, EMG post cx radiculopatía L4L5 izq. RM cervical con Protrusión C3C4 y C7D1. Poca mejoría lumbar y ahora se asocia a cervical. Continuar FT. 7/12/10 Control 07/12/2010 POP discopatía lumbar. Ahora discopatía cervical sin radiculopatía. Pendiente valoración por Medicina Laboral. 09/04/2012 Discopatía multiple cervical no Qx.
3	Saludcoop, Psiquiatría, Servicios Integrales en Salud Mental 12/03, 06/06, 29/07, 29/08, 29/10, 24/12/2013.	12-03-13	Saludcoop, Psiquiatría, Servicios Integrales en Salud Mental 12/03, 06/06, 29/07, 29/08, 29/10, 24/12/2013. Tristeza, patología de columna que provoca dolor crónico, hace 3 meses murió esposa, crisis de llanto e insomnio. Constructor, incapacitado desde hace 3 años. STC. Insomnio terminal. Dx: T depresivo recurrente, episodio grave sin síntomas psicóticos. Esperando definición de ARL. 23/05, 23/07, 24/09, 23/10, 22/12/2014. T de adaptación, preocupado por calificación de la junta, la regional puso puntaje mayor a 50. La junta nacional le disminuyo el porcentaje de discapacidad a 48. 25/02/2016 TMAD, preocupación por situación laboral. Perseverante en el tema de discapacidad.
4	Junta Regional de Calificación de Invalidez de Norte de Santander evalúa al paciente el 29 de mayo de 2014, dictamen 5478.	29-05-14	Diagnósticos motivo de calificación: Trastorno de disco lumbar y otros con radiculopatía, otros trastornos especificados de los discos intervertebrales, otras artrosis especificadas, trastorno de disco cervical con radiculopatía, síndrome del túnel carpiano, episodio depresivo no especificado. Paciente masculino, soltero, primaria, 56 años, obrero en Mecánicos Asociados. Descripción de las deficiencias: Hernia de disco operada con secuelas severas radiculopatía y fibrosis 20% T 1.16, restricción movilidad de columna 12% T 1.16, episodio depresivo 10%, síndrome del túnel carpiano derecho recidivante, síndrome del túnel carpiano izquierdo moderado 7,68%, radiculopatía cervical c5c6 7,25. Total deficiencias: 29,66%, Total discapacidades: 64,00% (?) {conducta 6, comunicación 0, cuidado personal 10, locomoción 18, disposición del cuerpo 12, destreza 11, situación 7}, minusvalía: 15%. PCL 51,06% (con discapacidad 6,4%) FE: 05/11/2013. Origen: Enfermedad profesional. Dec 917/99. Por solicitud de Bolívar remite a la Junta Nacional.

3	Seguros Bolívar, Medicina Laboral Valoración	12-02-19	Vive en Arauca Nació el 4 de julio de 1957, viudo, secundaria, Eps Cafesalud - Medimas, Fondo de pensiones porvenir. Diagnósticos de dictamen de Junta Nacional de 30/09/2014, Trastorno de disco lumbar y otros con radiculopatía, otros trastornos especificados de los discos intervertebrales, otras artrosis especificadas, trastorno de disco cervical con radiculopatía, síndrome del túnel carpiano, episodio depresivo no especificado. El 26 de mayo no ha laborado desde que fue realizada la cirugía por discopatía lumbar, dicho manejo se ha realizado por la Eps Medimás por fisioterapia Doctor Wilson Picón quien en su última valoración del 8 de enero del 2019 emite concepto de dolor crónico generalizado, enfermedad laboral, antecedente de cirugía columna lumbar, dolor residual de difícil manejo. Se documentan además discopatía cervical, trastorno interno de rodilla, artroscopia rodilla izquierda, antecedentes de liberación del carpo izquierdo. Examen físico, dolor a la palpación cervical, dorsal y lumbar, limitación de movimiento de cuello y tronco, dolor a la movilización de rodilla izquierda, marcha antálgica, cicatriz carpo izquierdo, Tinel y Phalen positivos. Análisis: Paciente con más de 10 años de no laborar por incapacidad continua de Eps por secuelas de patología región lumbar, se encuentra en litigio por demanda ordinaria de la calificación de la Junta Nacional, pendiente definir recurso de apelación de la patología de hombro de origen laboral por Eps. Plan: Alta por medicina laboral, recomendaciones laborales. Doctor G Mandón.
---	--	----------	---

6. DESCRIPCIÓN DEL DICTAMEN

I. Descripción de deficiencias:

# orden	Descripción	% Asignado	Capítulo, Numeral, Literal, Tabla
1	Discopatía: Lumbar POP fibrosis; cervical. Artrosis.	25.1%	T 1.16, 15%; T 1.16, 10%. T 3.2 17,5%: 25,14%
2	HANS	12.5%	T 11.6
3	STC bilateral, D recidivante	8.2%	T 2.7, 6%; T 2.7 5%: 8,2%
4	Glaucoma OD	4.5%	T 13.4
5	T depresivo Mayor - TMAD.	20%	T 12.4.5
SUMATORIA	$A + (B * (50 - A) / 100)$		34.72 % Calificación máxima posible 50%

II. Descripción de discapacidades:

Asigne el valor de discapacidad según su gravedad así:

0.0	No discapacitado					0.2	Ejecución Ayudada					
0.1	Dificultad en la ejecución					0.3	Ejecución Asistida, dependiente o incrementada					
#	Discapacidad	Número de la discapacidad										%
1	Conducta	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	0.8
					0.2				0.2	0.2	0.2	
2	Comunicación	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	0.4
					0.2					0.2		
3	Cuidado de la persona	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	0.8
				0.2	0.2		0.2		0.2			
4	Locomoción	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	1.3
		0.2	0.2	0.2		0.2		0.2	0.2	0.1		
5	Disposición del cuerpo	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	1.4
		0.2	0.2	0.2	0.2		0.2	0.2		0.2		



6	Destreza	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	1
		0.2		0.2	0.2	0.2	0.2					
7	Situación	70	71	72	73	74	75	76	77	78		0.6
		0.2	0.2					0.2				
Sumatoria Total (Calificación máxima Posible: 20%)												6.3%

III. Descripción de minusvalías:

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

#	Minusvalía	Número de la Minusvalía												%
1	Orientación	10		11		12		13		14		15		0
2	Independencia Física	20		21		22		23		24	x	25		1
3	Desplazamiento	30		31		32		33	x	34		35		1.5
4	Ocupacional	40		41		42		43		44		45	x	12.5
5	Integración Social	50		51		52		53		54	x	55		2
6	Autosuficiencia Económica	60		61		62		63		64	x	65		2
7	En función de la edad	70		71		72		73		74		75		0
Sumatoria Total (Calificación máxima Posible: 30%)														19

7. PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL

Descripción	Porcentaje	SE ANEXA PONENCIA
I. DEFICIENCIA	34.72%	
II. DISCAPACIDAD	6.30%	
III. MINUSVALÍA	19.00%	
	60.02%	

Estado de la PCL: < 5% Incapacidad Permanente Parcial Invalidez **X**

Fecha de estructuración: 05/11/2013.

8. CALIFICACIÓN DEL ORIGEN

Origen Enf Común **X** Profesional **X**

9. RESPONSABLE(S) DE LA CALIFICACIÓN

MEDICO	NOMBRE	CÉDULA	REGISTRO MÉDICO	FIRMA
	Santiago Buendia Vásquez	3,227,065	MD. Esp. Salud Ocupacional, Mr Sc SST RM 7486/81 LIC. SO 1574/2011	S. Buendia



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MICROBIOLOGÍA - MEDICINA LABORAL
CONCEPTO PERICIAL

Bogotá 20 de enero de 2021

Nombre del Médico:	Santiago Buendía Vásquez		
Nombre del Paciente:	José Alberto Sierra Montero		
Remitido(a) por:	Juzgado Laboral del Circuito Distrito Judicial de Arauca		
Identificación:	CC 12552889	Teléfono:	8855146
Expediente N°:	2015-00282-00	Dirección:	Calle 21 No. 21-21
Correo electrónico:	djddiaz@hotmail.com	Ciudad:	Bogotá

Señora

CLAUDIA MARÍA BERMEJO MONRA

Secretaría

Juzgado Laboral del Circuito Distrito Judicial de Arauca

Dirección: Cl 21 No. 21 21 piso 2

Teléfono: (7) 8851780 Ext 131 – 130

J1lbarau@cendoj.ramajudicial.gov.co

Arauca

Asunto: Proceso Ordinario Laboral No. 2015-00282-00

Dte: José Alberto Sierra Montero CC 12552889

Ddo: Junta Nal de Calificación de Invalidez, Mecánicos Asociados S.A.S. EPS Saludcoop y ARL Seguros Bolívar

Cordial saludo. Después de hacer una nueva y cuidadosa revisión de los documentos disponibles en el expediente del Sr Sierra, se hacen las siguientes observaciones:

Empresa: Mecánicos Asociados.

Cargo: Auxiliar - obrero.

Solicitan: Concepto pericial con PCL, origen y FE.

EPS: Saludcoop, FP: Porvenir, ARL: Seguros Bolívar.

FN: 04/07/1957

1. No hay evidencia en el expediente de exámenes médicos de ingreso, periódicos ni de egreso del Sr Sierra.
2. Resonancia San José 21/04/2008 RM Col LS: Hernia discal central izq L4L5, protrusión central. Discopatías degenerativas L4L5S1.
3. Centro de Dx y RHB auditiva Audiosalud 27/06/2008 HANS bilateral moderada a severa. Exposición a ruido no industriales (?)

Elaboró: Santiago Buendía

309040024048
Proyecto de Extensión – Medicina Laboral
Facultad de Medicina
Bogotá, Colombia
mlaboral_fmbog@unal.edu.co
Carrera 30 No. 45-03 Piso 3 Oficina 304A

**Patrimonio
de todos
los colombianos**



4. Fisiatría, Saludcoop 07/11/2008 Dolor lumbar irradiado a MII, 8 meses de evol. Se documentó hernia discal L4/5 y L5/S1. EF: Dolor lumbosacro izq, retracción isquiotibiales, Lasegue izq dudoso, RMT simétricos, parestesias MI Izq. Estado actual: Dolor y limitación de movimientos del tronco.

Pronóstico: Malo.

Secuelas: Dolor y limitación funcional.

Recomendaciones: Analgésicos, SS EMG, pendiente definir conducta, qx incapacidad control de Medicina Laboral.

5. Medicina Laboral Saludcoop Cúcuta, 18/09, 09/10/2008, 51 años (FN: 04/07/1957), soltero. Control por continuar con dolor lumbar que se ha incrementado notoriamente. Valorado por Neurocx (09/10/2008), que ordeno bloqueo que se le hizo ayer pero el dolor hoy se hizo insoportable irradiándose (sic) a las piernas con adormecimiento (sic) de la izq. RM mostraba discopatías degenerativas L4L5S1. EF: OM: En región lumbar espasmo muscular moderado, marcha punta talón funcional pero dolorosa, retracciones musculares. Dx T de los discos IV no especificados (M519). En 15/05, 08/09, 10/11 y 25/11/2009. Mucho dolor de espalda por venida a tierra le lastimó la espalda con dolor intenso e inflamación (sic) en región lumbar e irradiación y adormecimiento (sic) a piernas. Ultimamente se le inflama la rodilla y fisiatría pidió RX. EF: OM: En región lumbar espasmo muscular moderado, marcha punta talón funcional pero dolorosa, retracciones musculares. Punto glúteo doloroso Dx T de los discos IV no especificados (M519). Posible Atep. Pendiente junta Neurocx para definir conducta porque no mejora. 12/01/2010 Neurocx ordena manejo Qx que está pendiente. 09/03/2010 Neurocx lo programa para el 26/03/2010. 16/06, 08/07, 16/06/2010 POP Cx leve dolor lumbar, marcha punta talón dolorosa. Persiste dolor lumbar que irradia a MMII. Marcha con bastón. RM col LS (Idime 15/06/2010) 15/07, 04/08, 07/09/2010 Discopatía L3L4 y L4L5 disminución de recesos laterales y estenosis del agujero de conjunción derecho - también en L5S1 - y puede existir compresión de la raíz derecha/laminectomía izquierda con cambios qx en receso lateral, escoliosis de vértice Izq.

6. Unineuro San Jose, EMG MMII 09/12/08 (fecha ¿?). Irritación radicular S1 izq sin cumplir criterios para radiculopatía. Anormal.

04/02/2011 EMG y NC: **STC derecho moderado**, estudio compatible con radiculopatía C5/C6 derecha.

7. Salud Ocupacional 10/12/08 Paciente con dolor lumbar irradiado (sic) a las piernas que ha sido manejado en esta institución con analgésicos y se le ordenó EMG con NC que evidencia radiculopatía. Fue valorado por NeuroCx y Fisiatría que concluyeron que en el momento no es Qx y dan recomendaciones. EF: OM, dolor lumbar, espasmo muscular, marcha punta talón funcional pero dolorosa. Dxs: Hernias discales, Protrusiones discales, discopatía degenerativa, radiculopatía. Se envía a la ARP, oficio a la empresa. 09/02/2010 Pendiente manejo Qx ordenado por la Junta Neurocx.

8. EMG MMII Dr Albarracin 01/06/2009. Normal.

9. Neurocx Saludcoop 09/10/2008, 03/06/09 Lumbago irradiado a MII desde hace 15 meses, se vio en Junta Médica y se consideró No Qx en septiembre 2008. Actualmente mucho dolor, reubicado y se siente bien. Resonancia M abril 2008 Col LS: Discopatía L4L5 y L5S1, pequeño disco protruido L5S1 izq. Dx Lumbago No esp. 22/12/2009 Junta de NeuroCx: Paciente con dx discopatía degenerativa lumbar con radiculopatía. 10/05/2010 Cx el 26/03/2010, refiere sentirse bien, espasmo muscular en



toda la columna. 03/08/2010 Control cx L4L5 con buena evolución, dolor lumbar sin irradiación a MMII, RM cambios por qx.

Control (fecha?) **POP Cx 26/03/2010** de hernia discal L4L5 que presenta dolor lumbar con irradiación a MMII, lleva 6 m de incapacidad. Pronóstico reservado, enviar al paciente a Junta de calificación ya que el dolor persiste. 10/11/2010 Dolor cervical de más de un mes, POP hernia discal lumbar (laminectomía) Dr Mustafa el 26/03/2010 en clínica norte, persisten parestesias y dolor MII, EMG post cx radiculopatía L4L5 izq. RM cervical con Protrusión C3C4 y C7D1. Poca mejoría lumbar y ahora se asocia a cervical. Continuar FT. 7/12/10 Control 07/12/2010 POP discopatía lumbar. Ahora discopatía cervical sin radiculopatía. Pendiente valoración por Medicina Laboral. 09/04/2012 Discopatía multiple cervical no Qx.

10. Clínica Santa Ana 30/09/2009 RM Col LS: Discopatía L4L5 y L5S1, con hernias medianas, espondiloartrosis.

11. Neurocirugía 04/08/2010 Dr A Ochoa. Dolor lumbar crónico de 3 a evolución. Accidente laboral un sobreesfuerzo, enfermedad profesional, obrero de la construcción. Operado laminectomía izq L4L5, 4 meses de operado. Continúa con dolor tipo radicular. Lasegue + izq, reflejo aquiliano presente, no déficit motor. RM lumbar, artrosis lumbar, discopatía degenerativa L3L4L5S1, estenosis agujeros de conjugación L5S1. EMG radiculopatía L5 izq aguda. Dx: Artrosis lumbar, discopatía degenerativa lumbar múltiple, estenosis canal vertebral, radiculopatía L5 izq. Reposo tto MD, terapia pasiva. No cargas pesadas. 13/12/2010 Lumbociática y cervicalgia. RM cervical, discopatía degenerativa, espondiloartrosis, discopatía múltiple. SS RM lumbar contrastada.

03/02/2011 Control. Accidente de trabajo. Enfermedad profesional 3 años de evolución de dolor lumbar crónico. RM Col LS contrastada, laminectomía L4L5 fibrosis postquirúrgica, discopatía y protrusión L4L5, L5S1, estenosis canal vertebral. Signos de déficit radicular L4L5 izq, se le sugiere al paciente tto Qx con foraminotomía y resección de fibrosis.

28/06/2011 Lumbago, discopatía degenerativa múltiple, Espondiloartrosis, Estenorraquia L4L5, L5S1 intraforaminal izq. EMG Radiculopatía 5S1 izq. No Lasegue.

12. Fisiatría, Saludcoop 06/10/2010 Concepto médico, paciente con dolor MII de 2 años de evolución, RM Col LS con hernia discal por lo cual se realiza laminectomía izq. Una EMG Radiculopatía L5 izq, refiere que el dolor disminuyó pero persiste y adormecimiento (sic). EF: dolor espinal lumbar lumbar que irradia (sic), Lasegue +, punta talón dolorosa, marcha con bastón. Pronóstico: (No lo establece).

Secuelas: Dolor lumbar MII y limitación para la marcha.

Conducta: Manejo del dolor, recomendaciones: Evitar permanecer de pie o caminando, empujar, halar, levantar peso superior a 10 kg y planos irregulares.

09/12/2010 Control, sigue con dolor, POP 26/03/10, EMG radiculopatía L5. Incapacitado por Neurocx.

02/03, 05/04, 03/05, 30/06, 08/07, 30/08, 03/11, 01/12/2011 Dolor de columna, paciente con POP de cx col lumbar el 26/03/2010, refiere dolor y dormimiento (sic) en MII. RM Col LS, laminectomía L4L5 fibrosis postquirúrgica, discopatía y protrusión L4L5, L5S1, compresión S1 izq, estenosis canal vertebral. Dolor cervical que irradia a MMSS, hormigueo (sic) de manos. Discopatías cervical y lumbar. EMG MMSS discopatía múltiple con radiculopatía C5C6. Marcha con bastón, dolor a flexión y rotación tronco. Lasegue ++. Pendiente PCL.



05/01, 30/01, 29/02, 29/03, 07/05, 26/05, 27/07, 23/08, 26/09, 24/10, 26/11/2012 Control de discopatía múltiple cervical, dorsal y lumbar. EMG MMSS e II 28/02/2012: Radiculopatía C5C6 D activa y **STC severo D**. Radiculopatía S1 izq. Thinel y Phalen + derechos. **Cita a Cx mano y NeuroCx**. (Incapacidad desde 2010). Pendiente calificación ARP.

En noviembre/12 Pronóstico funcional: Independiente abc y avd, (8 días después semindependiente)

Pronóstico ocupacional: Reintegro,

Conducta: Manejo paliativo del dolor.

Incapacidad (desde hace 3 años).

26/06, 30/07, 28/08, 25/09, 24/10, 22/11/2013 Dolor cervical por hernia discal qx, **dolor mano D por STC severo POP 6 meses**, en TF. NeuroCx sugiere manejo qx de hernia cervical, **Fisiatría de la ARL ordena tto médico y TE**. Brace en muñeca. Pendiente pcl. El 23/12/2013 calificado como enfermedad profesional se encuentra incapacitado. Paciente en fase de secuelas calificar PCL por la ARL.

23/01, 25/03, 24/04, 22/05, 24/06, 22/07, 25/08, 25/09, 22/12/2014 Control cervicalgia, discopatía compresiva, mano D cx ok. Pendiente pcl arl. Cicatriz qx mano D buenas condiciones, disminución fuerza. Dxs: Discopatía cervical con radiculopatía M501, STC G560. Fue calificado (29/05/2014) por la junta regional con 51,06 pcl, actualmente incapacitado pendiente notificación. Pendiente calificación de la J Nacional.

24/01, 21/03, 28/04, 25/05, 22/06, 23/07, 22/08, 22/09, 24/12/2015 Dolor cervical y MMSS. Discopatías cervicales stc agudización del dolor, limitación de movimientos del cuello, limitación de la destreza manual. Antecedente de liberación de carpo D, cx lumbar limitación funcional. Limitación de movimientos de hombro izq o der (?). Disminución del dolor en el **hombro** con infiltración. Dr Picón. Thinel y Phalen +, no atrofas. Dr Becerra. Reporte doppler mmii (resultado?), limitación de la destreza manual. Pendiente definir situación laboral. Enfermedad laboral. **Dolor hombros**. Retracción paraespinales, hipercifosis. Dolor crónico.

01/02/2016 igual cuadro y manejo. Cervicalgia crónica, hipoacusia bilateral, POP liberación STC y POP hernia discal, en proceso de PCL. Parestesias en punta talón por radiculopatía.

13. Idime 08/10/2010 Col Cervical. Discopatía cervical múltiple, C3C4 y C6C7 osteofitos centrales que indentan el cordón medular sin compresión ni mielopatía. En C5C6 abombamiento no compresivo del disco, disminución de agujeros de conjugación C3C4, C5C6 y C6C7 secundaria a artrosis uncal y apofisiaria.

02/02/2011 RM Col LS contrastada, leve escoliosis lumbar leve, rectificación de lordosis, discopatía lumbar múltiple, artrosis apofisiaria y degenerativa. En L4L5 abombamiento del disco y laminectomía izq con fibrosis que ocupa el receso rodeando la raíz de L5. Osteofitos en L5S1 que desplaza o probablemente comprime la raíz S1 izq. Disminución de agujeros de conjugación L5.

14. Nicolet Biomedical 14/07/2010 EMG MMII Radiculopatía L5 izq aguda. 08/10/2010 EMG MMII Radiculopatía L5 izq aguda.

15. Salud Ocupacional 06/10/10 Paciente que fue operado de Hernia discal con persistencia del dolor en MII, RM mostró radiculopatía L5 izq. Neurocx y Fisiatría dan de alta con recomendaciones. EF: Dolor lumbar irradiado a MII, Lasegue +, dolor cervical. Dx: Discopatía lumbar, radiculopatía, Cervicalgia.

16. Resonancia San José 09/12/10 Discopatía lumbar múltiple, osteoartrosis facetaria.



17. Medicina Laboral 10/12/2010 remitido por coordinador de Arauca, obrero de construcción con antigüedad en el cargo de 28 años y en la empresa Mecánicos Asociados, 5 años. Batir mezcla, armar andamios, hacer sardineles, hacer caja, fundir placas, postura de cubiertas. Discopatía cervical múltiple, artrosis.

18. Neurocx Saludcoop 02/02/2011 Dolor lumbar, antecedente de discoidectomía lumbar en marzo de 2010. También dolor cervical, RM Cervical con múltiples discopatías no compresivas. Pendiente EMG de MMSS. EF: Fuerza 5/5, reflejos 2/5. IDx: Cervicalgia, POP Hernia discal lumbar. S Postlaminectomía.

19. Fundación Hospital San Antonio de Tárriba (Tachira) 01/06/2011 RM Col C, hiperlordosis, cervicoartrosis, discopatía degenerativa, protrusión C3C4, C5C6.

RM Col LS Lordosis rectificada, espondiloartrosis, discopatía degenerativa, protrusión L5S1, estenorraquia L4L5. Idem RM Col Dorsal.

20. Saludcoop Medicina General 02/08/2012 Control por Hipoacusia, Audiometría 31/07/2012 HANS bilateral. Hiperuricemia 7,0 en tto con Alopurinol y Colchicina. Remisión a ORL.

21. Saludcoop Ortopedia 28/03, 28/05, 03/10/2012 Paciente con dolor cervical, operado por Dr Mustafá de L4L5, no mejoría. Radiculopatía C5C6, parestesias, Thinel y Phalen +, ligera atrofia tenariana D. EMG con STC moderado Izq a severo D, discopatía cervical. Por la grave lesión cervical se discute con el paciente la cx del STC. Se le propone liberación del Tc y sinovectomía de flexores del carpo. Se le efectuaron FT sin mejoría. Se deciden Cxs.

22. Saludcoop oftalmología 13/08/2012 Remite optometría (17/07/2012) por sospecha de glaucoma H 400.

C Oftalmología San Diego Cucuta 23/08/2012 Campimetría ocular. OD defecto del polo inferior de alta significancia insinuando escotoma arqueado inferior. OI normal. Sospecha de glaucoma.

23. Saludcoop ORL 31/07/2012 HANS leve a moderada. Candidato a audífonos.

24. Saludcoop, Psiquiatría, Servicios Integrales en Salud Mental 12/03, 06/06, 29/07, 29/08, 29/10, 24/12/2013. Tristeza, patología de columna que provoca dolor crónico, hace 3 meses murió esposa, crisis de llanto e insomnio. Constructor, incapacitado desde hace 3 años. STC. Insomnio terminal. Dx: T depresivo recurrente, episodio grave sin síntomas psicóticos. Esperando definición de ARL.

23/05, 23/07, 24/09, 23/10, 22/12/2014. T de adaptación, preocupado por calificación de la junta, la regional puso puntaje mayor a 50. La junta nacional le disminuyo el porcentaje de discapacidad a 48. 25/02/2016 TMAD, preocupación por situación laboral. Perseverante en el tema de discapacidad.

25. Nicolet Biomedical 13/03/2013 EMG MMSS: anormal STC moderado D.

26. Contacto 13/03/2013 (Especialidad? Ortopedia?) **POP STC, enero 18/2013**, disminuyeron parestesias, persiste dolor en mano. EF: Dedo en gatillo pulgar, Finkelstein +, Phalen -, cicatriz POP túnel. IDx: STC, dedo en gatillo, Tenosinovitis de estiloides radial (De Quervain), S cervicobraquial. Neurocx Dolor en mano POP ST enero 2013 Dr Sanchez, gatillo DEMG nueva compresión del mediano, en el momento no qx.



14/04, 23/04, 20/05/2014 Cervicalgia, no trajo RM. Desde 2010 RM muestra discopatía C3C4 y C6C7. Cervicalgia M542. Dr Fandiño. Junta NeuroCx Discopatía degenerativa cervical múltiple sin compresión. NO QX. A Medicina Laboral. Dr Mustafá Saleh.

27. Rodríguez, Cúcuta. Seguros Bolívar 14/03/2013 Col C: Espondilosis, disminución de espacio entre C6C7. Col LS Espondilosis, disminución de espacios entre L4L5, L5S1. Pelvis: Artrosis y discopatías lumbares, art sacroilíacas normales.

28. ARP Bolívar. Neurocx 15/03/2013 Cúcuta. **Cx Tunel del carpo hace 2 meses** (Dr Sanchez) Cx de columna hace 2 años (Dr Mustafa). MC: Dolor cervical de 2 años de evol. Trae RX de col C y L, espondiloartrosis y discopatía. Dxs: Espondiloartrosis cervical y lumbar, a descartar disco duro cervical, epicondilitis y epitrocleitis D. 01/10/2013 Remitido por discopatía cervical múltiple con discos duros C3C4C5C6. SS PESS, RM col C, posible mielopatía?

05/11/2013 Control PESS (Somefyr) descartan mielopatía, RM Col C sin cambios respecto a estudios previos (mayo 2013), se comenta posibilidad Qx, paciente difiere a manejo médico. Se comentan riesgos y beneficios. Control en un año.

29. Fisioterapia, 20/08/2013. Goniometría Col C y lumbar. Limitación en todos los arcos de movimiento de ambos segmentos de Col C y L. FT A Cárdenas.

30. Fisiatría, Seguros Bolívar 30/09/2013. Paciente con discopatía cervical múltiple y persiste con dolor, no mejora con las estrategias de manejo médico y de RHB. Se le explica nuevamente al paciente que posiblemente su cuadro requiere manejo Qx. IC Neurocx. Dr OJ Albarracín.

31. La Junta Regional de Calificación de Invalidez de Norte de Santander evalúa al paciente el 29 de mayo de 2014, dictamen 5478, con Diagnósticos motivo de calificación: Trastorno de disco lumbar y otros con radiculopatía, otros trastornos especificados de los discos intervertebrales, otras artrosis especificadas, trastorno de disco cervical con radiculopatía, síndrome del túnel carpiano, episodio depresivo no especificado. Paciente masculino, soltero, primaria, 56 años, obrero en Mecánicos Asociados. Descripción de las deficiencias: Hernia de disco operada con secuelas severas radiculopatía y fibrosis 20% T 1.16, restricción movilidad de columna 12% T 1.16, episodio depresivo 10%, síndrome del túnel carpiano derecho recidivante, síndrome del túnel carpiano izquierdo moderado 7,68%, radiculopatía cervical c5c6 7,25. Total deficiencias: 29,66%, Total discapacidades: 64,00% (?) {conducta 6, comunicación 0, cuidado personal 10, locomoción 18, disposición del cuerpo 12, destreza 11, situación 7}, minusvalía: 15%. PCL 51,06% (con discapacidad 6,4%) FE: 05/11/2013. Origen: Enfermedad profesional. Dec 917/99. Por solicitud de Bolívar remite a la Junta Nacional.

32. Luria d.n.a. Neuropsicología. 06/08/2014 Obrero, 4 Bachillerato, viudo hace 1 ½ año. MC: Solicitud de pruebas NS, usuario en incapacidad desde Cx de columna lumbar y túnel del carpo. Deterioro cognitivo. F06.9 (Trastorno mental no especificado debido a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad física), HANS bilateral moderada a severa.

33. La Junta Nacional de Calificación de Invalidez evalúa al paciente el 30 de septiembre de 2014, Remite ARL Bolívar, Paciente: 57 años, Empresa: Mecánicos asociados, obrero por 9 años. Dictamen 1255288 con Diagnósticos motivo de calificación: Trastorno de disco lumbar y otros con radiculopatía, otros trastornos especificados de los discos intervertebrales, otras artrosis



especificadas, trastorno de disco cervical con radiculopatía, síndrome del túnel carpiano. Descripción de deficiencias: Hernia de disco operada con secuelas severas radiculopatía y fibrosis 20% T 1.16, restricción movilidad de columna 12% T 1.16, síndrome del túnel carpiano derecho recidivante, síndrome del túnel carpiano izquierdo moderado 7,68%, radiculopatía cervical c5c6 7,25%. Total deficiencias: 27,39%, Total discapacidades: 6,40% y minusvalía 15% PCL: 48,79% Origen: Enfermedad profesional, FE: 05/11/2013. Modifica el dictamen 5478 del 29 de mayo de 2014, de la Junta Regional del Norte de Santander. En la ponencia la junta escribe: "... la calificación de PCL deberá realizarse una vez se conozca el diagnóstico definitivo de la patología, se termine el tratamiento y se hayan (sic) realizado los procesos de RHB integral o cuando aún sin terminar los mismos exista un concepto médico desfavorable de recuperación o mejoría. Art 9 Dec 917/99". Por eso NO califican el episodio depresivo!! El concepto de la Junta Nacional es exacto al de la Junta Regional de Norte de Santander pero NO incluye el diagnóstico de Psiquiatría, coincide en discapacidades y minusvalías, en el origen y en la fecha de estructuración.

34. Saludcoop Consultorio médico Especializado 12/06/2015 Doppler venoso MMII sin alteraciones aparentes.

35. Idime 26/02/2016 Discopatía cervical múltiple, osteofitos, sin mielopatía por compresión.

36. Somefyr, 25/02/2016 EMG MMSS, STC moderado bilateral.

37. Saludcoop Fisiatría 28/03, 20/04, 21/06, 21/07, 19/09, 19/11, 12/12/2016 Múltiples patologías de tipo profesional, discopatía cervical múltiple, discopatía lumbar y túnel del carpo confirmados con RM y EMG MMSS. Neurocx solicitó en 2 oportunidades cx de cuello. Ingresó solo caminando, marcha independiente, dolor a la palpación y movilización del cuello, rotaciones dolorosas, dolor en mano D, Tinnel -, Phalen +, dolor lumbar espinal bajo, flexión de 45° dolorosa, no déficit motor. Dolor hombro D. Dolor crónico de difícil manejo, refractario. Recomendaciones: Control fisiatría, pendiente definir conducta (¿?), incapacidad. Dx M 509, M519, M755, G560. Dres Becerra, Picón.

El 22/10/2016 el Dr Picón establece Dx: Discopatías cervicales y lumbares, STC con liberación de carpos (¿?), bursitis de hombros, HA bilateral, S Depresivo - TMAD. Recomendaciones: Calificación de enfermedad laboral.

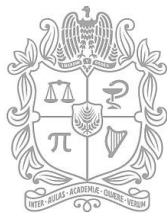
19/01, 14/02, 20/04, 13/05, 12/06, 12/07, 16/08, 13/09, 20/10/2017 Causa externa: Enfermedad profesional, requiere asistencia en aseo, dxs: STC G560, Bursitis M755.

En la valoración del 12/12/2017 el Dr Picón entre los dxs incluye Fx de vértebra lumbar (No hay ninguna otra información sobre este diagnóstico).

En 2018 siguen las valoraciones de fisiatría. 10/01, 02/03, 07/04, 12/05, 16/06, 10/07, 14/08, 09/10, 06/11/2018 con los mismos diagnósticos. En noviembre de 2018 agrega Dx: S Cx fallida y S post laminectomía, dolor de difícil manejo, limitación funcional. Pendiente calificación PCL.

En 2019, 08/01, 12/02, 05/03/2019 agrega Dx: T Interno de rodilla, artroscopia. Movilización dolorosa. Dolor cervical, de hombros, lumbar y de manos. Fase de Secuelas. Manejo paliativo del dolor.

38. Seguros Bolívar, Fisiatría 06/04/2016 Valoración - Revisión calificación PCL. Causa externa: Enfermedad profesional. Copio los diagnósticos de dictamen de Junta Nacional de 30/09/2014, Hernia de disco con radiculopatía (sic), discopatía lumbar múltiple, espondiloartrosis lumbar, discopatía



cervical + radiculopatía C5C6, STC bilateral, porcentaje 48,79%, corrige dictamen de la JRCI que había otorgado puntaje de 51,06%. Descartó de deficiencia el “episodio depresivo no especificado” que sí tuvo la JTCI de Norte de Santander, La junta Nacional de calificación de invalidez toma como deficiencias restricción de arcos de movilidad de columna, síndrome del túnel del carpo derecho recidivante, síndrome del túnel del carpo izquierdo moderado, radiculopatía cervical c5 c6 u ocupación reducida. Cuadro de columna lumbar desde marzo de 2008 operado en el 2010 persiste dolor irradiado a miembros inferiores, lo ven en la EPS porque el MD tratante de la ARP lo citó a control en un año, está en manejo por la Eps por Fisiatría. Comenta que le propusieron cirugía de columna cervical, síndrome del túnel del carpo también de larga evolución cirugía única en mano derecha. Electromiografía y neuroconducciones de miembros superiores el 25 de febrero del 2016 síndrome del túnel del carpo moderado bilateral, no exploraron para espinales cervicales no tiene electrodiagnóstico reciente refiere que sigue mal de dolor lumbar y cervical y de las parestesias en manos. Manejo para el dolor con imipramina. Resonancia magnética de columna cervical de Febrero 26 de 2016 C3 C4 osteofito central c5 c6 abombamiento de disco intervertebral que contacta cordón c6c7 hernia discal protruida central que contacta el cordón medular sin franca compresión. Sólo aporta una valoración por psiquiatría del 25 de febrero de 2016, diagnóstica trastorno de ansiedad y depresión severo, historia sin mayor información en cambios y manifestaciones clínicas. Consigna “se encuentra consciente vigil, lúcido y quejumbroso con hipertimia (sic) displacentera, pensamientos de ruina e infravaloración, perseverante con el tema de su discapacidad”. En plan de manejo sólo escribe “se fórmula” pero no escribe que formuló. No hace precisión etiológica ni anota, siguiente control. Trabajó en Mecánicos asociados como obrero desde el 5/11/2008, desvinculado 11/02/2015. Desde la cirugía (lumbar) está incapacitado por la EPS. Comenta que la incapacidad se la ha dado la EPS. Está con tto por hipoacusia, no le han realizado estudio. Fecha 06 de abril del 2016. Diagnóstico: Otras degeneraciones especificadas de disco intervertebral. Hallazgos marcha lenta antálgica, no usa apoyo externo, no usa soporte lumbar. En miembros superiores arco conservados así como en columna cervical (hay que vencer resistencia voluntaria) dolor a la movilización en miembros inferiores, arcos conservados resistencia voluntaria. Dolor lumbar a la flexión de rodillas, dolor a la presión lumbar difusa ósea y muscular, se logran arcos de 30 grados de flexión y de inclinación, gran resistencia la exploración, carga axial positiva. Neurológico sin déficit motor, muy buenos reflejos, hipoestesia miembro inferior derecho, no signos radiculares. Persisten secuelas de dictamen previo de Junta Nacional (?). Pendiente revisar caso con el grupo. Vive en arauca Nació el 4 de julio de 1957, viudo, grado 9, Eps Cafesalud, Fondo de pensiones porvenir. Dr M Rodríguez N (sin firma).

39. Idime 16/08/2016 Eco Hombro Izq y D. Izq, normal integridad del manguito rotador, D, bursitis del tendón del bíceps.

22/02/2017 RM Col C, discopatía , artrosis, osteofitos sin compresión ni mielopatía C3C4C5C6C7.

RM Col LS, discopatía , artrosis, osteofitos, compresión L3L4L5S1. L5 Laminectomía izq, discreta fibrosis.

40. Fisiatría Somefyr EMG MMSS, 21/02/17 STC moderado bilateral.

Paciente con signos y síntomas que evidencian STC bilateral, lesión radicular crónica post quirúrgica en fase de secuelas y hernia discal cervical. Valoración por Medicina Laboral para definir la situación laboral, en éste momento sin tratamiento pendiente por Fisiatría.

41. Ortopedia Saludcoop 17/11/2017 Dr Angarita establece: Control de POP de osteosíntesis de la vértebra lumbar L4 L5 operado en la clínica Norte por el doctor Fandiño por la ARL Seguros Bolívar,



síndrome del túnel del carpo bilateral POP de liberación del túnel del carpo derecho operado por el doctor Sánchez en la clínica La Salle. Discopatía múltiple de la columna cervical C3 c4 c5 c6 y c7, discopatía múltiple la columna lumbar y radiculopatía de la columna lumbar y cervical. Bursitis de los hombros. Enfermedad actual: Manifiesta el paciente que el dolor es muy intenso en la región de la columna cervical y de la nuca, que se le irradia hacia ambos miembros superiores con una sensación de hormigueo y de adormecimiento, la pérdida de la masa muscular y de la fuerza en las manos es notoria. El paciente labora como trabajador en obras civiles, labor que no ha podido volver a ejercer a pesar de que ha intentado en varias oportunidades el retorno debido a que no es capaz de sostener elementos de trabajo como la pala y la pica. Está pendiente de ser nuevamente valorado por medicina laboral para que le defina su situación de trabajo. Diagnóstico principal trastorno de los discos intervertebrales M519, diagnósticos secundarios: Artrosis no especificada M199, otros trastornos del disco cervical M508, otros trastornos especificados de los discos intervertebrales M518 y M519. Se da incapacidad. Enfermedad Profesional

42. Inversiones en Seguridad y Salud VIL N de S/der 16/06/2018 Paciente en trámite de licencia de conducción C2, se remite a valoración por Audiología (Audiometría clínica + gráfica) si requiere o no audífono, como concepto o conclusión más no recomendación. Dra Y Castro.

43. Audiomedical, Audiometría 30/06/2018 HANS Bilateral moderada a severa, apto para conducir con audífono bilateral.

44. Seguros Bolívar, Fisiatría 24/10/2018 Valoración – Revisión calificación PCL. Causa externa: Enfermedad profesional. Copio los diagnósticos de dictamen de Junta Nacional de 30/09/2014, Hernia de disco con radiculopatía (sic), discopatía lumbar múltiple, espondiloartrosis lumbar, dicopatía cervical + radiculopatía C5C6, STC bilateral, porcentaje 48,79%, corrige dictamen de la JRCI que había otorgado puntaje de 51,06%. Descartó de deficiencia el “episodio depresivo no especificado” que sí tuvo la JTCI de Norte de Santander, La junta Nacional de calificación de invalidez toma como deficiencias restricción de arcos de movilidad de columna, síndrome del túnel del carpo derecho recidivante, síndrome del túnel del carpo izquierdo moderado, radiculopatía cervical c5 c6 u ocupación reducida. Cuadro de columna lumbar desde marzo de 2008 operado en el 2010 persiste dolor irradiado a miembros inferiores, lo ven en la EPS porque el MD tratante de la ARP lo citó a control en un año, está en manejo por la Eps por Fisiatría. Comenta que le propusieron cirugía de columna cervical, síndrome del túnel del carpo también de larga evolución cirugía única en mano derecha. Electromiografía y neuroconducciones de miembros superiores el 25 de febrero del 2016 síndrome del túnel del carpo moderado bilateral, no exploraron para espinales cervicales no tiene electrodiagnóstico reciente refiere que sigue mal de dolor lumbar y cervical y de las parestesias en manos. Manejo para el dolor con imipramina. Resonancia magnética de columna cervical de Febrero 26 de 2016 C3 C4 osteofito central c5 c6 abombamiento de disco intervertebral que contacta cordón c6c7 hernia discal protruida central que contacta el cordón medular sin franca compresión. Sólo aporta una valoración por psiquiatría del 25 de febrero de 2016, diagnóstica trastorno de ansiedad y depresión severo, historia sin mayor información en cambios y manifestaciones clínicas. Consigna “se encuentra consciente vigil, lúcido y quejumbroso con hipertimia (sic) displacentera, pensamientos de ruina e infravaloración, perseverante con el tema de su discapacidad”. En plan de manejo sólo escribe “se fórmula” pero no escribe que formuló. No hace precisión etiológica ni anota, siguiente control. Trabajó en Mecánicos asociados como obrero desde el 5/11/2008, desvinculado 11/02/2015. Desde la cirugía (lumbar) está incapacitado por la EPS. Comenta que la incapacidad se la ha dado la EPS. Está



con tto por hipoacusia, no le han realizado estudio. Fecha 06 de abril del 2016. Diagnóstico: Otras degeneraciones especificadas de disco intervertebral. Hallazgos marcha lenta antálgica, no usa apoyo externo, no usa soporte lumbar. En miembros superiores arco conservados así como en columna cervical (hay que vencer resistencia voluntaria) dolor a la movilización en miembros inferiores, arcos conservados resistencia voluntaria. Dolor lumbar a la flexión de rodillas, dolor a la presión lumbar difusa ósea y muscular, se logran arcos de 30 grados de flexión y de inclinación, gran resistencia la exploración, carga axial positiva. Neurológico sin déficit motor, muy buenos reflejos, hipoestesia miembro inferior derecho, no signos radiculares. Persisten secuelas de dictamen previo de Junta Nacional (?). Pendiente revisar caso con el grupo. Vive en arauca Nació el 4 de julio de 1957, viudo, grado 9, Eps Cafesalud, Fondo de pensiones porvenir. Dr M Rodríguez N (sin firma). Es copia exacta de la Valoración de Fisiatría Seguros Bolívar, del 06 de abril de **2016**.

45. Seguros Bolívar, Medicina Laboral 12/02/2019 Valoración. Vive en Arauca Nació el 4 de julio de 1957, viudo, secundaria, Eps Cafesalud - Medimas, Fondo de pensiones porvenir. Diagnósticos de dictamen de Junta Nacional de 30/09/2014, Trastorno de disco lumbar y otros con radiculopatía, otros trastornos especificados de los discos intervertebrales, otras artrosis especificadas, trastorno de disco cervical con radiculopatía, síndrome del túnel carpiano, episodio depresivo no especificado. El trabajador presentó demanda ordinaria ante el Juzgado laboral de Arauca, refiere que el 23 de octubre de 2018 se realizó primera audiencia donde se estableció por el juzgado realizar evaluación laboral de calificación por un perito establecido por el juez en la Universidad Nacional, refiere el paciente que se envió toda la documentación por intermedio de un abogado a la Universidad Nacional el 19 de febrero de 2019 se realizará la segunda audiencia. El 26 de mayo no ha laborado desde que fue realizada la cirugía por discopatía lumbar, dicho manejo se ha realizado por la Eps Medimás por fisiatría Doctor Wilson Picón quien en su última valoración del 8 de enero del 2019 emite concepto de dolor crónico generalizado, enfermedad laboral, antecedente de cirugía columna lumbar, dolor residual de difícil manejo. Se documentan además discopatía cervical, trastorno interno de rodilla, artroscopia rodilla izquierda, antecedentes de liberación del carpo izquierdo. Examen físico, dolor a la palpación cervical, dorsal y lumbar, limitación de movimiento de cuello y tronco, dolor a la movilización de rodilla izquierda, marcha antálgica, cicatriz carpo izquierdo, Tinel y Phalen positivos. Análisis: Paciente con más de 10 años de no laborar por incapacidad continúa de Eps por secuelas de patología región lumbar, se encuentra en litigio por demanda ordinaria de la calificación de la Junta Nacional tiene pendiente valoración por la Universidad Nacional como perito establecido por el juzgado, pendiente definir recurso de apelación de la patología de hombro de origen laboral por Eps. Plan: Alta por medicina laboral, recomendaciones laborales. Doctor G Mandón.

46. ESE Hospital Erasmo Meoz 04/04/2019 Ortopedia Dr Angarita. MC: Me duele mucho la rodilla derecha. EA: Paciente masculino de 59 años que ingresa a consulta por primera vez por presentar cuadro clínico de dos meses caracterizado por dolor progresivo en rodilla derecha que empeora con la marcha, que lo limita para las actividades diarias, el dolor aumenta al pasar de reposo a reiniciar una actividad. RxS: Refiere antecedentes de cirugía en columna lumbar L4 L5 por discopatía con radiculopatía hace 9 años, cirugía de Túnel del carpo derecho Hace 4 años. Examen físico: Dolor a la palpación en región medial de rodilla derecha con limitación del arco de flexión, con afectación de la marcha y de la calidad de vida. Estado general, en regulares condiciones generales, con dolor a la movilización, talla 168, peso 84 kg, índice de masa corporal 30. Diagnóstico: trastorno de disco



cervical con radiculopatía, control por ortopedia en un mes . Resonancia de articulaciones de pie y cuello de pie, rodilla derecha, cadera, hombro y temporomandibular.

Control. Resonancia magnética columna lumbosacra reporta escoliosis lumbar de convexidad izquierda con rectificación de la lordosis fisiológica, discopatía múltiple L3 L4 L5 S1 con artrosis apofisiaria, en L3 L4 hay protrusión discal, en L4 L5 abombamiento del disco y laminectomía izquierda con fibrosis que rodea la raíz de L5, disminución de los agujeros de conjunción con compresión de la raíz L4, en L5 S si hay formación osteofítica distal asimétrica que desplaza y comprime la raíz de L5, disminución del agujero de conjugación donde puede haber compresión de la raíz de L5. Dolor tipo neuralgia, no mejora, se exacerba en las horas de la noche alterando el patrón del sueño. Revisión por sistemas: Control del posoperatorio de laminectomía de la columna lumbosacra L4 L5 se opera de la clínica Norte por el doctor Fandiño por orden de Arl Bolívar. El paciente refiere que el dolor en la región de la columna lumbosacra es muy fuerte y se le irradia hacia MMII, sensación de hormigueo muy fuerte. El paciente labora como obrero y refiere que no ha podido volver a laborar por la intensidad dolor lumbar, que en ocasiones se ha caído por la pérdida de la fuerza y la estabilidad de la marcha. El paciente debe ser valorado por medicina laboral para determinar la conducta a seguir en este caso clínico, definir el manejo para este paciente. Enfermedad profesional, diagnósticos trastorno de discos cervicales con radiculopatía, trastorno de los discos intervertebrales no especificados. Conducta valoración y manejo por neurocirugía.

28/06/2019 Control. Reporta RM de rodilla. Se insiste en que a este paciente se le debe resolver su situación de trabajo por parte de Medicina Laboral que no se falla y remite todo a su tratante. Enfermedad profesional.

47. Idime 01/06/2019 Resonancia magnética rodilla derecha: Cambios degenerativos tricompartmentales, lesión ósea focal intramedular metafisiaria distal del fémur de bordes definidos con mayor aspecto condroide por sus características corresponde a encondroma, cambios inflamatorios periligamentario del colateral medial por lesión grado 1, bursitis del semimembranoso y pes anserina, sinovitis, desplazamiento periférico del menisco medial con desgarro radial del cuerno posterior.

Consideraciones.

Tenemos un paciente de 63 años (FN: 04/07/1957), viudo, escolaridad primaria, obrero, que trabaja (trabajó?) en la **empresa Mecánicos asociados**, a la que ingresó en 2005 (No hay fecha exacta) está incapacitado desde hace 10 años. Se asume que se le hizo examen de ingreso, normal (no se encuentra en el expediente pero entró a trabajar) no hay evidencia de exámenes médicos, periódicos ni de egreso y menos aún de que el paciente (Sr Sierra) haya sido reubicado.

En abril de 2008 con RM Col LS se dx Hernia discal central izq L4L5, protrusión central. Discopatías degenerativas L4L5S1. **1Dx**

En junio de 2008 se dx HANS bilateral moderada a severa. Exposición a ruido no industrial (?) **2Dx**

Fisiatría en noviembre de 2008 establece: Lumbalgia de 8 meses de evol, se documentó hernia discal L4/5 y L5/S1. EF: Lumbalgia izq, retracción isquiotibiales, Lasegue izq dudoso, RMT simétricos, parestesias MI Izq.



Pronóstico: Malo. Secuelas: Dolor y limitación funcional.

Recomendaciones: Pendiente definir conducta, control de Medicina Laboral.

Medicina Laboral Saludcoop controla al paciente en octubre y noviembre de 2008 por continuar lumbalgia que ha aumentado. Neurocx en 10/2008 ordenó bloqueo que se hizo sin mejoría del dolor. RM discopatías degenerativas L4L5S1. EF: Espasmo muscular moderado lumbar, marcha punta talón dolorosa, retracciones musculares. Dx T de los discos IV no especificado. En valoraciones de mayo, septiembre y noviembre de 2009 ratifica lumbalgia y por venida a tierra (AL no reportado?) dolor intenso e inflamación (sic) lumbar. Ultimamente se le inflama la rodilla (3 Dx) y fisiatría pidió RX. Se anota posible Atep. Pendiente junta Neurocx para definir conducta porque no mejora. En enero 2010 ordena cx pendiente y **lo programa para marzo 2010**, en junio, julio controles POP: Leve dolor lumbar, marcha punta talón dolorosa, usa bastón. RM col LS controles en junio, julio, agosto y sept 2010 Discopatía L3L4 y L4L5 disminución de recesos laterales y estenosis del agujero de conjunción derecho - también en L5S1 - y puede existir compresión de la raíz derecha/laminectomía izquierda con cambios qx en receso lateral, escoliosis de vértice Izq. **Muy claro, NO mejoró con la cirugía.**

En 02/2011 EMG y NC: STC derecho moderado, estudio compatible con radiculopatía C5/C6 derecha. Es un STC o una radiculopatía? **4Dx.**

Salud Ocupacional EPS en 12/08. Paciente con lumbalgia irradiado (sic) a MMII manejo con analgésicos, EMG con NC radiculopatía. Nueva valoración por NeuroCx y Fisiatría que concluyeron que DISCOPATIA LUMBAR no es Qx. Dxs: Hernias discales, Protrusiones discales, discopatía degenerativa, radiculopatía. Se envía a la ARP.

Curiosamente en junio de 2009 una EMG MMII 2009 es normal. INCOMPRENSIBLE!

Neurocx de Saludcoop en 10/2008 y 06/09 Lumbago irradiado a MII desde hace 15 meses (es decir desde 2008), **se vio en Junta Médica y se consideró No Qx** en septiembre 2008 y en 12/2009 nuevamente Junta de NeuroCx: Discopatía degenerativa lumbar con radiculopatía, en 26/03/2010 laminectomía L4L5, control, buena evolución, dolor lumbar sin irradiación a MMII, lleva 6 m de incapacidad. Pronóstico reservado, enviarlo a Junta de calificación ya que el dolor persiste. EMG post cx radiculopatía L4L5 izq.

En noviembre de 2010 comienzan las consultas por dolor cervical de más de un mes. RM cervical con discopatía sin radiculopatía. En 04/2012 Discopatía multiple cervical no Qx. Poca mejoría lumbar y ahora cervicalgia. **Dx5** Pendiente valoración por Medicina Laboral.

Neurocirugía en agosto y diciembre 2010 Dolor lumbar crónico de 3 a evolución. Accidente laboral un sobreesfuerzo (?), enfermedad profesional (?), obrero de la construcción. Laminectomía izq L4L5, fibrosis, hace 4 meses. Reposo, no cargas pesadas. Se le sugiere al paciente tto Qx con foraminotomía y resección de fibrosis.

Fisiatría, Saludcoop 10/2010 Concepto médico, paciente con dolor MII de 2 años de evolución, RM Col LS con hernia discal por lo cual se realiza laminectomía izq, radiculopatía, marcha con bastón. No establece pronóstico. Secuelas: Dolor lumbar, MII y limitación para la marcha. Recomendaciones: Evitar permanecer de pie o caminando, empujar, halar, levantar peso superior a 10 kg y planos irregulares. Incapacitado por Neurocx. Estas recomendaciones son INCUMPLIBLES por un obrero de



construcción. Pendiente PCL. En 12/2013 calificado como enfermedad profesional se encuentra incapacitado. Paciente en fase de secuelas calificar PCL por la ARL. En 2014 Pendiente PCL ARL. Calificado en 05/2014 por la JRCI 51,06% pcl. Pendiente calificación J Nacional.

Lo que es sorprendente es que en noviembre de 2012 Fisiatría establece: Pronóstico funcional: Independiente ABC y AVD, 8 días después lo describe como semindependiente y ordena el reintegro. Conducta: Manejo paliativo del dolor de un paciente incapacitado desde hace 3 años. Como si lo anterior fuera poco Fisiatría de la ARL ordena tratamiento médico y TE, niega las cirugías propuestas por Neurocirugía y Ortopedia. Y nuevamente insta que está pendiente la PCL.

Antecedente de liberación de carpo D (Enero de 2013), pendiente definir situación laboral. Enfermedad laboral. Dolor hombros. Dolor crónico. Es decir que el Sr Sierra es un paciente incapacitado desde 2009, en 2012 Fisiatría de EPS Saludcoop y de ARL Bolívar NO se ponen de acuerdo, lo declaran, una independiente en ABV y AVD y la otra semiindependiente, manejo paliativo del dolor y la ARL Bolívar le niega cirugías y FT y ordena manejo médico.

Medicina Laboral en diciembre de 2010 establece: Obrero de construcción con antigüedad en el cargo de 28 años y en la empresa Mecánicos Asociados, 5 años (?). Aquí se conoce exactamente la historia laboral del Sr Sierra como obrero.

EPS Saludcoop Medicina General en 08/2012 Control por Hipoacusia, Audiometría 07/2012 HANS bilateral. Remisión a ORL.

Saludcoop Ortopedia en 03, 05 y 10/2012 Paciente con STC moderado Izq a severo D, discopatía cervical. **Se deciden Cxs**. Se hizo la del D en enero 2013.

Saludcoop oftalmología 13/08/2012 07/2012) sospecha de glaucoma **Dx6** H 400. En 08/2012 Campimetría ocular. OD defecto del polo inferior de alta significancia escotoma arqueado inferior. OI normal. Sospecha de glaucoma. NO hay ninguna otra referencia en la historia clínica confirmando el diagnóstico y describiendo el manejo médico.

Saludcoop ORL 31/07/2012 HANS leve a moderada. Candidato a audífonos. NO hay seguimiento a este diagnóstico ni constancia de manejo!

Saludcoop, Psiquiatría, 12/03, 06/06, 29/07, 29/08, 29/10, 24/12/2013. Incapacitado desde hace 3 años. Dx: T depresivo recurrente, episodio grave sin síntomas psicóticos. Esperando definición de ARL. En valoraciones de 05, 07, 09, 10 y 12/2014 expresa preocupación por calificación de las juntas, la regional puso puntaje mayor a 50, la nacional disminuyó el % de discapacidad a 48. En 02/2016 TMAD, preocupación por situación laboral. El mismo paciente RELACIONA su enfermedad mental con los problemas con la junta regional.

La JRC Invalidez N de Santander evalúa al paciente en mayo/2014, Deficiencias: 29,66%, discapacidades: 64,00% (??) {conducta 6, comunicación 0, cuidado personal 10, locomoción 18, disposición del cuerpo 12, destreza 11, situación 7}, minusvalía: 15%. PCL 51,06% (con discapacidad 6,4%) FE: 05/11/2013. **Origen: Profesional**. HAY UN GRAVE ERROR EN LA CALIFICACION y ninguna referencia al mismo en la valoración de la Junta Nacional, corrigieron y punto.

Neuropsicología en 08/2014. Deterioro cognitivo. F06.9 Trastorno mental no especificado debido a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad física. Este es un nuevo diagnóstico hecho por un



profesional de la salud NO médico y se refiere a una enfermedad mental de origen orgánico que NO corresponde al dx clínico de TM ansiedad y depresión

La Junta Nacional de Calificación de Invalidez evalúa al paciente en 09/2014, PCL: 48,79% Origen: profesional, FE: 05/11/2013. Modifica el dictamen de la JRN de Santander.

LO EXTRAORDINARIO es que en la ponencia la junta escribe UN DESATINO: "... la calificación de PCL deberá realizarse una vez se conozca el diagnóstico definitivo de la patología, se termine el tratamiento y se hayan (sic) realizado los procesos de RHB integral o cuando aún sin terminar los mismos exista un concepto médico desfavorable de recuperación o mejoría. Art 9 Dec 917/99". Por eso NO califican el episodio depresivo!! El concepto de la Junta Nacional es exacto al de la Junta Regional de Norte de Santander pero NO incluye el diagnóstico de Psiquiatría, coincide en discapacidades y minusvalías, en el origen y en la fecha de estructuración. Este INFUNDADO concepto médico convierte los problemas administrativos del SSSI en razones para NO calificar una enfermedad de un paciente. Realmente **ESTABLECE formalmente la falta de justicia con los pacientes**. A un paciente la EPS Saludcoop o la ARL Bolívar NO le dan cita con psiquiatría y por lo tanto no hay concepto médico de conclusión del tratamiento y rehabilitación y el resultado no es la SANCION de la institución sino que la Junta Nacional de Calificación de Invalidez NO califica su enfermedad mental. EXTRAORDINARIO NO?

Fisiatría EPS Saludcoop en 7 valoraciones en 2016 se refiere a múltiples patologías de tipo profesional: Discopatía cervical múltiple, discopatía lumbar y túnel del carpo confirmados. Dolor hombro D. Pendiente definir conducta (¿?). En 9 valoraciones de 2017, causa externa: Enfermedad profesional, en la valoración de 12/2017 incluyen Fx de vértebra lumbar (No hay ninguna otra información sobre este diagnóstico). En 9 valoraciones de 2018 con iguales diagnósticos agregan S Cx fallida y S post laminectomía, pendiente calificación PCL.

En 2019 agrega: T Interno de rodilla, dolor de hombros y de manos. Fase de Secuelas. Manejo paliativo del dolor.

Seguros Bolívar, Fisiatría 06/04/2016 Valoración – Revisión calificación PCL. Causa externa: Enfermedad profesional. Copia Dxs de dictamen de Junta Nacional de 30/09/2014, Hernia de disco con radiculopatía (sic), discopatía lumbar múltiple, espondiloartrosis lumbar, discopatía cervical + radiculopatía C5C6, STC bilateral, porcentaje 48,79%, corrige dictamen de la JRCI que había otorgado puntaje de 51,06%. Descartó de deficiencias el "episodio depresivo no especificado" que sí tuvo la JTCI de Norte de Santander. Trabajó en Mecánicos asociados como obrero desde el 5/11/2008, desvinculado 11/02/2015. Desde la cirugía (lumbar) está incapacitado por la EPS. Está con tto por hipoacusia, no le han realizado estudio. Persisten secuelas de dictamen previo de Junta Nacional (??). Pendiente revisar caso con el grupo. Eps Cafesalud, FP porvenir. Sin firma.

Fisiatría EMG MMSS, en 02/17 STC moderado bilateral. Paciente con STC bilateral, lesión radicular crónica post quirúrgica (POP STC enero 18/2013) en fase de secuelas y hernia discal cervical.

Ortopedia EPS en 11/2017 establece: Control POP osteosíntesis de L4 L5 operado por la ARL Seguros Bolívar, síndrome del túnel del carpo bilateral **POP de liberación del derecho (enero 18/2013)**. Discopatía múltiple cervical C3 C4 C5 C6 y C7, discopatía múltiple lumbar con radiculopatía, bursitis de los hombros, artrosis. No ha podido volver trabajar porque no puede sostener elementos de trabajo como pala y pica. Pendiente de nueva valoración medicina laboral



En octubre de 2018 Fisiatría de Seguros Bolívar, Valoración – Revisión calificación PCL. Causa externa: Enfermedad profesional. Copia exactamente la valoración de abril de 2016 con los diagnósticos de dictamen de Junta Nacional de 30/09/2014, Hernia de disco con radiculopatía (sic), discopatía lumbar múltiple, espondiloartrosis lumbar, discopatía cervical + radiculopatía C5C6, STC bilateral, porcentaje 48,79%, corrige dictamen de la JRCI que había otorgado puntaje de 51,06%. Descartó de deficiencia el “episodio depresivo no especificado” que sí tuvo la JTCI de Norte de Santander.

Seguros Bolívar, Medicina Laboral 12/02/2019 Valoración similar a las de Fisiatría. No trabaja desde cirugía por discopatía lumbar, discopatía cervical, trastorno interno de rodilla, antecedentes de liberación del carpo izquierdo (?), dolor crónico generalizado, residual, de difícil manejo, enfermedad laboral. Análisis: Paciente con **más de 10 años de incapacidad continúa** de Eps por secuelas de patología región lumbar. Plan: Alta por medicina laboral, recomendaciones laborales. QUE TAL EL COMPROMISO DE LA ARL Bolívar con un paciente al que las juntas, Regional de Santander y Nacional califican y declaran esos diagnósticos como laborales. DESINTERES TOTAL.

En, abril de 2019 el Hospital Erasmo Meoz Ortopedia. Paciente masculino de 59 años, dos meses de dolor en rodilla derecha (Medicina Laboral Saludcoop controla al paciente en octubre y noviembre de 2008 y establece un diagnóstico similar) que empeora con la marcha, lo limita para actividades diarias y aumenta al pasar de reposo a reiniciar una actividad. Lo sorprendente es el diagnóstico: trastorno de disco cervical con radiculopatía, SIENDO que consultó por dolor de la rodilla (?). El paciente debe ser valorado por medicina laboral y se le debe resolver su situación de trabajo porque no se falla y remite todo a su tratante. Enfermedad profesional.

Se puede hacer el **siguiente resumen**: El Sr Sierra es una persona con un examen de ingreso al trabajo (hace 14 años), normal – se asume que lo fue, incluyendo columna vertebral – que pocos años después consulta por lumbalgia. La empresa, con la asesoría de la ARP Bolívar no hizo, o no aporta, un **Panorama de Factores de Riesgo** en el que se describa la exposición a factores como: Ruido, carga física, dinámica y estática, posturas inadecuadas, sustancias químicas y a condiciones de seguridad, a lo largo de los 15 años de vinculación del Sr Sierra a Mecánicos Asociados.

El “manejo médico” de la EPS Saludcoop – Medimas y de la ARL Bolívar en consultas médicas y valoraciones se resume así:

- Fisiatría 80.
- Neurocirugía 18, 2 de ellas juntas.
- Salud Ocupacional o Medicina Laboral 18.
- Compromisos para calificación de PCL o tomas de conducta 17. (PENDIENTES)
- Ortopedia 5.
- Psiquiatría 3.
- Oftalmología 3.
- ORL 2.

En total 129 consultas médicas en 11 años lo que da un promedio de 12 valoraciones anuales o una mensual, PARA QUÉ?? Para NADA. El Sr Sierra es un paciente con artrosis en columna cervical; hombros; discopatía cervical, dorsal y lumbar – en POP tardío - múltiple; artrosis de rodillas; STC bilateral de moderado a severo, el D recidivante; Glaucoma del OD, HANS bilateral y T mixto de



ansiedad depresión, NINGUNA de sus ENFERMEDADES ha sido CURADA, ni siquiera controlada y menos aún rehabilitado!

Diagnósticos:

- Discopatía lumbar múltiple (POP Cx con fibrosis y radiculopatía), osteofitos.
- HANS bilateral
- Gonartrosis rodilla D con lesión meniscal.
- STC bilateral, D recidivante.
- Discopatía múltiple cervical, artrosis, osteofitos. Discopatía lumbar múltiple (POP Cx con fibrosis y radiculopatía), osteofitos.
- Glaucoma OD.
- Trastorno depresivo mayor - TMAD.

PCL: 60,02 %

Fecha de Estructuración: 05/11/2013.

La fecha de estructuración corresponde a la FE: 05/11/2013 de la Junta Regional de Calificación de Invalidez en la cual se encontraban establecidos los diagnósticos D1 Discopatía lumbar múltiple, D2 HANS moderada a severa bilateral, D3 Gonartrosis D, D4 STC D recidivante e izquierdo, D5 Discopatía cervical múltiple, D6 Glaucoma OD.

Es muy claro, el ARTÍCULO 3° del Decreto 917 de 1999, Manual Único de Calificación de Invalidez determina – con el que se califica al Sr Sierra - que “... la FECHA DE ESTRUCTURACIÓN O DECLARATORIA DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL, es la **fecha en que se genera en el individuo una pérdida en su capacidad laboral en forma permanente y definitiva**. Para cualquier contingencia, esta fecha debe documentarse con la historia clínica, los exámenes clínicos y de ayuda diagnóstica y puede ser anterior o corresponder a la fecha de calificación”.

Origen:

- | | |
|---|---------|
| ➤ Discopatía lumbar múltiple (POP Cx con fibrosis y radiculopatía), osteofitos. | Laboral |
| ➤ HANS bilateral. | Laboral |
| ➤ Gonartrosis rodilla D con lesión meniscal. | Común |
| ➤ STC bilateral, D recidivante. | Laboral |
| ➤ Discopatía múltiple cervical, artrosis, osteofitos. | Laboral |
| ➤ Glaucoma OD. | Común |
| ➤ Trastorno depresivo mayor - TMAD. | Común |

Sustentado con:

- Gatiso de dolor lumbar y enfermedad discal en la que aparece que una de las ocupaciones relacionadas con mayor riesgo son los operarios de producción.
- Bernard BP 1997. Musculoskeletal disorders and Workplace factors.



La Guía de Atención Integral Basada en la Evidencia para Dolor Lumbar Inespecífico y Enfermedad Discal Relacionados con la Manipulación Manual de Cargas y otros Factores de Riesgo en el Lugar de Trabajo (GATI- DLI- ED) 2006 en su página 38 expresa que: En muchos pacientes el envejecimiento fisiológico de los elementos espinales (vértebras, discos y ligamentos) es una fuente potencial de problemas. Este **proceso de envejecimiento “natural” puede ser acelerado e influido por factores externos presentes en el ambiente de trabajo**. Wickstrom en 1978 demostró radiológicamente que los sujetos sometidos a factores de riesgo por carga física **mostraban cambios degenerativos prematuramente**, hasta 10 años antes.

Gatisos de consecuencias de exposición a ruido y dolor hombros.

Además según el Decreto 1477/2014 en su Artículo 3:

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

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

Todos estos puntos se cumplen en el caso del Sr Sierra: Ha estado expuesto a condiciones de riesgo para lesiones osteomusculares, HANS y enfermedades depresivas en los 15 años de vinculación a Mecánicos Asociados en su cargo de obrero, TIEMPO SUFICIENTE para generar esas enfermedades como se explica en las GATISOs mencionadas.

Es importante mencionar que tanto la EPS Saludcoop como la ARL Seguros Bolívar **establecieron el origen laboral** de las discopatías múltiples cervical y lumbar, Hans y STC bilateral CALIFICACIONES RATIFICADAS tanto por la Junta Regional de Norte de Santander como por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez.

Uno de los aspectos más importantes en este caso es la AUSENCIA DE EXAMEN MEDICO DE INGRESO, de exámenes periódicos y de egreso, lo cual con base en la normatividad descrita RESPONSABILIZA A LA EMPRESA Y A LA ARL de lo ocurrido con la salud del señor Sierra. No hubo prevención de la enfermedad ni promoción de la salud y menos rehabilitación integral ni se determinó la presencia de posibles enfermedades laborales o comunes agravadas por el trabajo, en empleos anteriores.

Las normas relacionadas con los exámenes médicos ocupacionales instauran varios puntos¹:

¹ Resolución 1016 de 1989. Decreto 614 de 1984. Resolución 2346 de 2007. Ley 100 de 1993. Decreto 1295 de 1994. NORMA TÉCNICA COLOMBIANA 4115 Icontec 1997.



- La Resolución 1016 de 1989: Artículo 10 establece la realización de exámenes médicos, clínicos y paraclínicos para admisión... y otros relacionadas con los riesgos para la salud de los trabajadores.
- El Decreto 614 de 1984. Es obligación de los empleadores organizar y garantizar el funcionamiento de un programa de salud ocupacional.
- La Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 del Ministerio de la Protección Social, determina que es obligatoria la evaluación médica preocupacional... El ARTÍCULO 5°. Se realizan para monitorear la exposición a factores de riesgo e identificar en forma precoz, posibles alteraciones temporales, permanentes o agravadas del estado de salud del trabajador, ocasionadas por la labor o por la exposición al medio ambiente de trabajo ... con el fin de establecer un manejo preventivo.
- En éste caso en muy importante la participación de la ARL de la empresa Mecánicos Asociados. Las ARL se originan en la Ley 100 de 1993 que crea el Sistema General de Riesgos Profesionales y el Decreto 1295 de 1994 lo reglamenta. Su principal función es la de ofrecer a los trabajadores, prevenir, proteger y atender los efectos de las enfermedades laborales y comunes y los accidentes ocurridos durante el trabajo...También desarrollar programas regulares de prevención y control de riesgos laborales y de rehabilitación integral.
- La **Norma Técnica Colombiana 4115** de 1997, establecía que las responsabilidades del empleador incluían: ... Si el trabajador es nuevo, debe garantizar el seguimiento de posibles efectos generados por exposición en empleos anteriores...

MAS CLARO IMPOSIBLE!!. Tanto la empresa Mecánicos Asociados, como la ARL Bolívar tenían y tienen, la obligación de establecer un Sistema de Gestión en Salud y Seguridad en el Trabajo (antes Programa de Salud Ocupacional) con exámenes médicos de ingreso, egreso y periódicos dentro de **sistemas de vigilancia epidemiológica** de las consecuencias de exposición a ruido, sustancias químicas, carga física y condiciones de seguridad a los que se exponían los obreros de Mecánicos Asociados. El examen médico de ingreso es fundamental en los programas de prevención de la enfermedad porque permite descartar enfermedades en curso, ya sean de origen laboral o común agravadas por el trabajo. **En éste caso NO se hizo**, por lo tanto no se detectó una enfermedad laboral en curso, probablemente adquirida en los trabajos anteriores del paciente!!

Lo cierto es que la empresa y la ARP conocían los cargos y las condiciones de riesgo a las que estaba expuesto el paciente y que podían causar o agravar lesiones lumbares y otras enfermedades. Se establece así mismo la falta de gestión en Salud y Seguridad en el Trabajo, prevención de la enfermedad y promoción de la salud por parte de esta empresa y la ARL Bolívar.

Es ineludible considerar que las ARLs en casos como éste van en contra de la realidad vital de las personas y de sus derechos a la salud y al trabajo y las juntas, no siempre, cumplen con uno de sus objetivos misionales de resolver las controversias protegiendo los derechos de los colombianos.

Es inevitable que durante la vida, se presente la exposición a condiciones de riesgo laboral y común y el normal deterioro con desgaste en la salud de las personas por el paso del tiempo. Estos factores generan enfermedades profesionales y “comunes” **agravadas por el trabajo**. Por lo tanto la pretensión de las ARLs de encontrar enfermedades profesionales “puras” va en contra de la realidad vital de las personas y de sus derechos a la salud y al trabajo.



Si las instituciones mencionadas no asumen su responsabilidad frente a un empleado de la primera y un asegurado por la otra, se reafirman los graves problemas del Sistema de Seguridad Social Integral creado por la Ley 100 de 1993 dado que **éste trabajador no ha sido completa e integralmente tratado ni rehabilitado** al padecer enfermedades que lo limitan para desempeñar el cargo para el que fue contratado. NO ha debido ser – si lo fue - despedido por enfermedad!

Además de lo anterior el problema de fondo radica en que las instituciones del Sistema de Seguridad Social Integral, en éste caso las Administradoras del Sistema de Riesgos Profesionales, califican a los trabajadores de sus empresas afiliadas en primera oportunidad, establecen controversias en las juntas y pagan las prestaciones económicas derivadas de éstas calificaciones, **por lo tanto son juez y parte** en el proceso de reconocimiento de los derechos de los trabajadores colombianos cuando se trata de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo. Esa es la reflexión fundamental en éste caso y en otros similares.

Mientras no exista una **institución independiente** – un instituto creado por universidades que tengan profesores con formación y experiencia en Medicina Laboral - y sin relación con el SSSI y sus instituciones, EPS, ARL y Fondos de Pensiones, que haga la calificación de invalidez (Pérdida de Capacidad Laboral) de las personas que lo necesitan, NO HABRA objetividad, ética y justicia en los procesos.

De una vez – antes de que se presenten objeciones o solicitudes de correcciones - **el perito médico precisa** que no es su responsabilidad solicitar a la ARL ni a la empresa el Programa de Salud Ocupacional (ahora Sistema de Gestión en Salud y Seguridad en el Trabajo) de la empresa, sino que ésta y su ARL deben aportarlo en el expediente para estudio del perito.

Cualquier información adicional, estoy a su disposición para darla.

SANTIAGO BUENDÍA VÁSQUEZ

MD E SO, MSc SST. MD Laboral.

LSO 1574 de 2011

Profesor Asociado Facultad de Medicina. Teléfono 3165000 Extensión 15016