

Medellín, febrero 22 de 2023

Señores
HONORABLE TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLÍN – SALA TERCERA DE DECISIÓN LABORAL
E. S. D.

REFERENCIA:	ORDINARIO LABORAL / RADICADO 2020-00021-01 M.P. LUZ AMPARO GÓMEZ ARISTIZÁBAL
DEMANDANTE:	FRANCISCO ORLANDO ARROYAVE DUQUE
DEMANDADO:	COLPENSIONES
ASUNTO:	ENTREGA ACLARACIÓN A DICTAMEN MÉDICO PERICIAL

Honorable Magistrada,

De manera atenta hacemos entrega de la aclaración al dictamen médico pericial solicitado por usted en días anteriores.

Con toda atención,


LEON MARIO TORO CORTES
Coordinador CENDES

Medellín, febrero 22 de 2023

Señores

HONORABLE TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLÍN – SALA TERCERA DE DECISIÓN LABORAL

E. S. D.

REFERENCIA: ORDINARIO LABORAL / RADICADO 2020-00021-01
M.P. LUZ AMPARO GÓMEZ ARISTIZÁBAL
DEMANDANTE: FRANCISCO ORLANDO ARROYAVE DUQUE
DEMANDADO: COLPENSIONES
ASUNTO: ACLARACIÓN A DICTAMEN MÉDICO PERICIAL

Honorable Magistrada,

De manera resuelvo la aclaración requerida frente al dictamen pericial rendido en el presente proceso,

1. Se precise si dentro del historial clínico del señor FRANCISCO ORLANDO ARROYAVE DUQUE, que es el factor principal de la tabla 14.15 del Manual Único de Calificación de Invalidez, y en relación con el diagnóstico de *GONARTROSIS* y *OSTEOARTROSIS* se evidencia *rigideces matinales, artralgias migratorias, poliartritis simétrica o migratoria, sinovitis, deformaciones, desviaciones articulares, o manifestaciones extra-articulares*.

RESPUESTA: El suscrito no evidenció referenciaciones sintomáticas registradas en el historial clínico aportado como consecuencia de una artrosis inflamatoria la cual es mediada por fenómenos de autoinmunidad.

Todas las referenciaciones del historial clínico por los tratantes y por los distintos calificadores, hablan de una artrosis degenerativa, cuyo comportamiento clínico sintomático no se relaciona con rigideces matinales, artralgias migratorias, desviaciones articulares, ni extra articulares. Como se referenció estas solo se presentan en artritis inflamatorias por enfermedades del tejido conectivo, que no es el caso del señor Francisco ya que no se le ha diagnosticado (numeral 14.6 del capítulo 14 del manual de calificación): Artritis Reumatoide, espondilo artritis anquilosante, enfermedades del colágeno, Lupus eritematoso sistémico, Esclerosis sistémica progresiva, Dermatomiositis, Vasculitis degenerativas, Gota, Condrocálcinosis, Osteoporosis y otras como periartritis, etc.

2. Se precise si en el examen clínico realizado al señor FRANCISCO ORLANDO ARROYAVE DUQUE el 25 de enero de 2022, se evidenció alguna característica de *poliartritis simétrica o migratoria, sinovitis, deformaciones, desviaciones articulares, o manifestaciones extraarticulares*.

RESPUESTA: A nuestro examen clínico, Colpensiones, distintos calificadores y la U de A., no se evidenciaron signos clínicos característicos de las artritis inflamatorias como son en las manos y/o muñecas, tampoco signos de sinovitis en dedos, sin deformidades en dedos o muñecas, sin síntomas de rigidez articular matutinos, no edemas articulares. Con arcos de movilidad articular (Ama) conservados, hace oposición con todos sus dedos, agarre a mano llena y tubular, pinza conservada. Piel sana.

3. Se precise si dentro de los estudios clínicos o resultados de pruebas objetivas, que es el factor modulador de la tabla 14.15 del Manual Único de Calificación de Invalidez, y en relación con el diagnóstico de *GONARTROSIS* y *OSTEOARTROSIS* se evidencia *osteoporosis yuxtaarticular, pinzamiento articular, o pequeñas erosiones articulares*.

RESPUESTA: En columna se evidenció únicamente cambios artrósicos degenerativos (Rayos x columna lumbosacra 6/06/2017/ Esimed/radióloga (folio 25). En caderas también cambios artrósicos degenerativos por desgaste (Rayos x caderas comparativas 6/06/2017/Esimed/radióloga(pág. 37/130)

En rodillas rayos x de febrero de 2017: artrosis de rodillas (signos de desgaste en la derecha), con reemplazó total de rodilla izquierda en el 2013 con movilidad de 0 hasta 120°.

4. Se precise, cual fue el criterio técnico para valorar el diagnóstico de *GONARTROSIS* y *OSTEOARTROSIS* en clase 2A de la tabla 14.15 ibidem con un porcentaje del 12% y por qué es diametralmente opuesto a la clasificación entregada por la Dra. Martha Lucia Escobar Pérez quien le asignara la clase 3A.


RESPUESTA: Se consideró utilizar la tabla 14.15 solo por el criterio definido en el numeral 14.6.2.6 que define que si la artrosis compromete dos o más articulaciones (en este caso 2 rodillas y caderas) se califica con la tabla 14.15, pero de origen Degenerativo NO Inflamatorio.

Se calificó en grado 2 por lo del compromiso de 4 articulaciones y dolor crónico como factor principal el grado A, se corresponde con la clase 1 de las pruebas objetivas (estudios radiológicos) de las articulaciones comprometidas, con reemplazo por material de osteosíntesis de rodilla izquierda, por tanto al aplicar la fórmula del ajuste total por la deficiencia (numeral 5 ordinal C del título preliminar del manual, página 10 de 152 de la publicación en diario oficial del decreto 1507/2014), de donde:

CFM1- CFP es igual a: $(1 - 2) = - 1$; donde el menos 1 significa que el valor intermedio de la clase 2 de la tabla 14.15 que es 24 se desplaza a la izqda pasando de 24 a 12, es decir del B al A.

Se ilustra en la tabla a continuación:

Tabla 14.15 Deficiencia por enfermedades del tejido conectivo que involucran el sistema osteomuscular.

CLASE		CLASE 0	CLASE 1	CLASE 2	CLASE 3	CLASE 4
DEFICIENCIA GLOBAL (%)		0	1 - 10%	11 - 36%	37 - 60%	61 - 90%
GRADO SEVERIDAD			(A B C) 1 5 10	(A B C) 12 24 36	(A B C) 37 49 60	(A B C) 61 75 90
Historial clínico (Factor principal)	Signos y Síntomas (para elegir la clase por esta variable se deben reunir más del 50% de los síntomas y signos)	No aplica o asintomático	Rigidez matinal Artralgias migratorias (> o igual a 3 meses)	 Rigidez matinal (> o igual a 1 hora) Artralgias migratorias (> o igual a 3 meses) Sinovitis	Rigidez matinal (> o igual a 1 hora) Artralgias migratorias (> o igual a 3 meses) Poliartritis simétrica o migratoria Sinovitis Deformaciones Desviaciones Articulares Manifestaciones Extra - articulares *1	Rigidez matinal (> o igual a 1 hora) Artralgias migratorias (> o igual a 3 meses) Poliartritis simétrica o migratoria Sinovitis Deformaciones Desviaciones Articulares Compromiso estado general Manifestaciones Extra - articulares *1
Estudios clínicos o resultados de pruebas objetiva. (Factor modulador).	Imagenología diagnóstica (Rx gamagrafía)	Normales	Sin alteración significativa	Osteoporosis yuxtaarticular, pinzamiento articular, pequeñas erosiones articulares.	Osteoporosis yuxtaarticular, pinzamiento articular, pequeñas erosiones articulares.	Artrosis, subluxación, anquilosis fibrosa u ósea

El concepto de la Dra. Martha Lucia Escobar Pérez (U de A) quien le asignara la clase 3ª, está sobrevalorado, toda vez que dicha clase como se puede apreciar en la tabla 14.15 (precedente) el factor principal se corresponde con deformaciones y desviaciones articulares y manifestaciones extraarticulares, las cuales no ha presentado. Las manifestaciones extraarticulares por enfermedades del colágeno que no ha tenido el señor Francisco afectan casi todos los órganos del cuerpo (situación que no es la del señor Francisco.

El sistema respiratorio es uno de los más frecuentemente afectados. Cualquier estructura del aparato respiratorio puede estar afectada. Quizá lo más frecuente sea la enfermedad del parénquima pulmonar en forma de neumonitis, que puede manifestarse como cualquiera de los patrones de neumonitis intersticiales idiopáticas. Pero también pueden afectarse la pleura, los vasos pulmonares, la vía aérea y la musculatura respiratoria. Se reitera no es la condición del señor Arroyave.

Por su parte en las artritis reumatoide (AR) la cual es una enfermedad autoinmune y de evolución crónica más comunes dentro de las enfermedades del colágeno, afecta fundamentalmente a las articulaciones provocando una sinovitis erosiva crónica y simétrica. Las manifestaciones extraarticulares, como nódulos subcutáneos, vasculitis, pericarditis, neuropatías, epiescleritis y afectación pleuropulmonar. De las manifestaciones extraarticulares de la AR, la afectación pulmonar y la vasculitis cutánea son las 2 más frecuentes. Ninguna de las cuales ha tenido ni tiene el señor Francisco.

5. Se precise, cual fue el criterio técnico para valorar el diagnostico de *HIPERTENSION ARTERIAL* en clase 1C de la tabla 2.6 del Manual Único de

Calificación con un porcentaje del 8% y por qué no considerar la clase 1E que posibilita un 14% y que fuera estimado por la Dra. Martha Lucia Escobar Pérez.

RESPUESTA: La Clase 1 C de la tabla 2.6 describe objetivamente la condición clínica del señor Francisco en la cronología del tiempo, toda vez que el factor principal y el factor modulador 1 se clasifican en clase 1, esto porque el factor principal de la tabla para asignar clase 1 es sin anormalidades de órganos blanco (riñón, corazón o cerebro). No es clase E por lo que los factores moduladores de la tabla tendrían que asignarse en 2 que no cumple para la fundoscopia (fondo de ojo normal) y la tensión arterial se ha manejado con un solo medicamento (Losartán), NO terapia medicamentosa múltiple para la hipertensión, ni uso de diuréticos, sin hospitalizaciones por descompensación cardiovascular (emergencias hipertensivas), sin consultas por urgencias hipertensivas. La Dra. Escobar tampoco midió el nivel de tensión arterial (no lo transcribe), las consultas de control periódico por hipertensión en su IPS en valores límites de normalidad, sin atención por complicaciones por hipertensión arterial en órganos blanco. Por todo ello no cumple el criterio de elevar al mayor valor posible de la clase 1 que sería el ordinal E. Es una sobrevaloración no objetiva.

6. Se precise cual fue la consideración técnica para calificar el diagnostico de *SINDROME DE TUNEL DEL CARPO DERECHO* con los criterios de las tablas 12.13 y 12.14 del Manual Único de Calificación.

RESPUESTA: Para calificar las deficiencias por síndrome de túnel del carpo el manual es claro que primero se debe determinar cuál es el nervio afectado y su magnitud acorde con la electromiografía (tabla 12.13: deficiencia de extremidad superior por deterioro de nervio periférico) a nivel del carpo, sitio anatómico donde pasan 3 nervios (el radial, el mediano y el cubital) que pueden afectarse a este nivel. Por tanto, lo primero para evaluar un nervio periférico es ubicar su nivel de compromiso en la extremidad superior, toda vez que cualquiera de estos nervios puede comprometerse a nivel del carpo, por debajo del antebrazo o por encima del antebrazo y a su vez si el compromiso de acuerdo con la electromiografía es de tipo sensitivo (sensorial), motor o ambos y en rangos que pueden ser leve, moderado severo o muy severo.

Esto es esencial para poder aplicar la tabla 12.14, que es la que gradúa la severidad de la neuropatía.

Lo anterior está claramente determinado en el capítulo 12, numeral 12.4.3 Metodología de calificación para las neuropatías por atrapamiento (muy específicamente ordinales a y d: Página 100 de 152 de la publicación en diario oficial del decreto 1507/2014)

Entonces, una vez ubicada la afectación del nervio periférico acorde con la electromiografía (tabla 12.13) en coherencia con la severidad informada, se procede a llevar el porcentaje allí reseñado a la graduación de la severidad que ofrece la tabla 12.14

En esta tabla se puede observar que para cada una de las clases (1, 2, 3 o 4) se discrimina un valor porcentual para cada clase, esto:

Para la clase 1 entre 10 y 24%,

La Clase 2 entre 25 y 49%

La Clase 3 entre 50 y 74%

La clase 4 entre 75 y 100%

El ordinal d de la metodología de la calificación, aclara:

Determinar el valor de la deficiencia global: se calcula, tomando el mayor valor deficiencia global de la tabla correspondiente al nervio afectado (literal a – tabla 12.13); al valor obtenido, se le aplica el rango de porcentaje descrito en la Tabla 12.14 de acuerdo con el literal c. (ejemplo: el valor del nervio peroneo en la Tabla 12.15 corresponde a un 3% de deficiencia global; y el valor obtenido en la Tabla 12.14 es del 50% de severidad (valor “A” clase 3) por lo tanto el valor final es $3\% \times 50\% = 1,5\%$ de deficiencia global).

Esto es lo que no hacen los peritos, ya que se olvidan de primero ubicar el porcentaje de la deficiencia del nervio específico, tabla 12.13 y luego si y solo si la tabla 12.14.

Las asignaciones realizadas por todos los peritos, incluidos los de las Juntas, no aplican la tabla 12.13, error grave por lo que magnifican los porcentajes y por ello asignan valores tan altos al solo utilizar una de las 2 tablas que se deben aplicar de manera conjunta para determinar un valor objetivo.

El asunto es simple y a manera de ejemplo, si la electromiografía realizadas al señor Francisco reportó el 18/07/2017 hallazgos de retardo en la latencia distal de la conducción sensitiva de ambos nervios medianos a través del carpo y en la motora del derecho. Los demás nervios evaluados son normales. **No hay signos de denervación en los músculos explorados y los potenciales de acción de las unidades motoras son de características normales.** Conclusión: es una alteración bilateral de la conducción del nervio mediano a través del carpo moderado del lado derecho y leve izquierdo.

El tema es que ninguno de los peritos se a detenido a analizar el verdadero contexto del informe de la electromiografía del 18/07/2017, explico:

El retardo en la latencia significa la velocidad con que se transmite un impulso nervioso. El tiempo que tarda un impulso en atravesar una longitud medida del nervio determina la velocidad de conducción. El tiempo necesario para atravesar el segmento más cercano al músculo se denomina latencia distal.

Cuando las neuropatías afectan solo las pequeñas fibras amielínicas o finamente mielinizadas (o cuando la debilidad se debe a un trastorno muscular), las velocidades de conducción nerviosa suelen ser normales.

Por tanto, se analiza que los hallazgos electromiográficos del carpo de ambos nervios medianos, No significa atrapamiento en forma categórica y persé. Si hubiera atrapamiento del nervio se informaría daño axonal, signos de denervación y afectación de potenciales de acción de las unidades motoras. El cuadro clínico del señor Francisco corresponde a un trastorno neuromuscular por desmielinización del nervio muy posiblemente y esperable asociado a su edad y que clínicamente a las pruebas y signos funcionales se aprecia normal, con funcionalidad completa de ambas manos y dedos, como se puede verificar en las imágenes aportadas de manera complementaria al dictamen.

Las asignaciones de la Dra Pérez de STC moderado derecho más la dominancia en 19,82% y para el STC izqdo leve de 10%, son equívocos y magnifican una condición clínica que no tiene.

Me explico: Tiene más relevancia o importancia para los miembros o las extremidades si los trastornos o patologías ocurren en un nivel proximal, es decir es más importante una afectación para el miembro superior una afectación del hombro (por sus repercusiones funcionales distales a todo el miembro) que una afectación local

DISTAL sensitiva o motora por retardo de la latencia distal en el carpo, sin daño orgánico.

Ejemplo para una afectación por patología el hombro tabla 14.5 si una afectación MUY SEVERA para la movilidad del hombro (grado 4: valor asignable para por ejemplo una ruptura total de la articulación del hombro con limitaciones tan severas, que tan solo permiten separar el miembro en sus primeros grados del cuerpo (la extremidad superior del tórax) y cuyo valor máximo solo es posible asignarle 20%.

No es comprensible ni coherente o equiparable que una afectación de latencia distal en la muñeca tenga un valor de 19,82% y en aclaración del informe de electromiografía que informó que Los demás nervios evaluados son normales. **No hay signos de denervación en los músculos explorados y los potenciales de acción de las unidades motoras son de características normales.**

Esto se está magnificando por lo que no se está dando aplicación a los postulados y directrices del manual que determinan claramente que a las patologías de nervio periférico hay que primero ubicarlas en la tabla específica del nervio periférico comprometido (tabla 12.13)

Al aplicar dicha tabla los valores se ajustan en coherencia con lo que ese segmento anatómico representa (carpo) para la funcionalidad de toda la extremidad.

Tampoco es equiparable con la realidad material, que por examen físico (valoraciones hechas por todos los peritos, no informan signos clínicos de afectación por compromiso motor o sensitivo del nervio). Todos se han limitado a calificar un examen de ayuda diagnóstica sin correlacionar con la real funcionalidad de sus manos (se anexaron fotos y videos que permiten evidenciar en funcionamiento normal de dicho segmento, es más el señor Francisco no informa de síntomas clínicos relacionados claramente con lesiones de nervio periférico, lo que el señor francisco refiere de manera reiterada es la afectación de sus rodillas y parte baja de la espalda.

Los estudios de electromiografía hay que evaluarlos en su contexto para un momento determinado. Se considera que se trata de un hallazgo para julio de 2017, el cual, dado el real compromiso, es totalmente esperable y reversible en el tiempo dicha condición, máxime al no ejercer tarea alguna (últimos 10 años), Estamos seguros de que, por los hallazgos al examen físico, ha habido un recuperación funcional y sintomática del carpo.

En nuestro ejercicio se consideró:

Síndrome de túnel del carpo derecho compromiso sensitivo y motor moderado (T12.13: 2% - T 12.14: 49%) más dominancia (0,98 + 20% por dominancia en suma combinada, nos arrojó 1,17%

Para el Síndrome de túnel del carpo izquierdo compromiso sensitivo leve (1% x 24% = 0,24) se llevó a 1%

Para ambos se les asignó el valor más alto del rango (reseñados en verde y amarillo)

Se ilustra tabla resaltando lo valorado en tabla 12.14.

Tabla 12.14. Graduación de la Severidad de la Neuropatía por atrapamiento.

Clase de Severidad		CLASE 0	CLASE 1	CLASE 2	CLASE 3	CLASE 4
GRADO			A B C	A B C	A B C	A B C
Valor porcentual de la deficiencia global del nervio comprometido (DG%)		0	Leve	Moderado	Severo	Muy severo
			10 - 24%	25 - 49%	50 - 74%	75 a 100%
			10 17 24	25 37 49	50 64 74	75 88 100
Hallazgos en pruebas diagnósticas (Factor Principal)	Test de conducción nerviosa (latencia sensitiva y/ó motora) y	Normales	Sensitiva prolongada y motora normal.	Sensitiva y motora prologada	Sensitiva ausente y motora prolongada.	Ausentes (sensitiva y motora)
			Y	y	y	y
	Electromiografía de Aguja		Normal	Normal	denervación	denervación
Hallazgos físicos (Factor Modulador)	Sensibilidad o atrofia	Normal	Normal	Sensibilidad disminuida	Atrofia o debilidad	Atrofia o debilidad
	Discriminación de 2 puntos	Normal	Normal (< o igual 6mm)	Anormal (> 6mm)	Anormal (> 6mm)	Anormal (> 6mm)
Latencia normal de acuerdo con los valores de referencia para Colombia consignados en la Revista de Salud Pública de la Universidad Nacional. 11(5): 794-801, 2009.						
La referencia de valores normales solo aplica el atrapamiento del nervio mediano a nivel del túnel del carpo.						

7. Se precise cual fue el criterio técnico para valorar el diagnostico de *SINDROME DE TUNEL DEL CARPO DERECHO* con un porcentaje total del 1.17%.

RESPUESTA: El numeral 12.4.3 en la descripción de metodología de calificación, ordinal a) IDENTIFICAR el nervio lesionado, ver la tabla de lesión neurológica que corresponda (Tabla 12.13).

Ordinal d) Determinar el valor de la deficiencia global: Se calcula tomando el mayor valor de deficiencia global de la tabla correspondiente al nervio afectado (Tabla 12.13). Al valor obtenido se le aplica el porcentaje obtenido de la tabla 14.12. Por ejemplo: al valor del nervio peroneo en la tabla 12.15 corresponde a un 3% de deficiencia global y el valor obtenido en la tabla 12.14 es del 50% de severidad (valor A clase 3), por tanto el valor final es 3% x 50% = 1,5 de deficiencia global

Lo anterior hace que no se sobrevaloren las deficiencias de extremidad superior, en coherencia con lesiones de mayor significación funcional en segmentos más proximales que no permiten calificar en promedio más de un 20%

8. Se precise cuales fueron las pruebas diagnósticas sobre las que se soportó la valoración del 1.17% para el diagnóstico de *SINDROME DE TUNEL DEL CARPO DERECHO*.

RESPUESTA: La electromiografía del 18/07/2017

9. Se precise por qué la clase asignada en el diagnóstico de *SINDROME DE TUNEL DEL CARPO DERECHO* es la 2, la cual no se acompasa con el porcentaje final entregado de conformidad con la tabla 12.14.

RESPUESTA: Se revisó y se reconfirma que lo calificado está acorde con la realidad clínica y de la ayuda diagnóstica, ya explicado en pregunta 6 y precedentes.

10. Se precise, cual fue el criterio técnico para valorar el diagnóstico de *SINDROME DE TUNEL DEL CARPO DERECHO* con un porcentaje del 1.17% y por qué es diametralmente opuesto al porcentaje del 19.82% entregado por la Dra. Martha Lucia Escobar Pérez.

RESPUESTA: La diferencia radica en que solo se está aplicando la tabla 12.14

Es necesario al valor de la tabla 12.13 para el nervio periférico específico, ajustar a rango de los porcentajes contenidos en la tabla 12.14 según la clase acorde con los lineamientos y directrices del manual de calificación que determinan en el numeral 12.4.3 en la descripción de metodología de calificación, ordinal a) IDENTIFICAR el nervio lesionado, ver la tabla de lesión neurológica que corresponda (Tabla 12.13).

Ordinal d) Determinar el valor de la deficiencia global: Se calcula tomando el mayor valor de deficiencia global de la tabla correspondiente al nervio afectado (Tabla 12.13). Al valor obtenido se le aplica el porcentaje obtenido de la tabla 14.12. Por ejemplo: al valor del nervio peroneo en la tabla 12.15 corresponde a un 3% de deficiencia global y el valor obtenido en la tabla 12.14 es del 50% de severidad (valor A clase 3), por tanto el valor final es $3\% \times 50\% = 1,5$ de deficiencia global

11. Se precise cual fue la consideración técnica para calificar el diagnóstico de *SINDROME DE TUNEL DEL CARPO IZQUIERDO* con los criterios de las tablas 12.13 y 12.14 del Manual Único de Calificación.

RESPUESTA: Es simple, hay que aplicar las especificaciones del numeral 12.4.3, y muy específicamente las directrices de la metodología de la calificación, ordinales a y d.

La tabla 12.14 aplicada de manera aislada sobrevalora la condición clínica y la deficiencia real de un paciente para este segmento corporal. La tabla 12.14 hace referencia a la **GRADUACIÓN** de la severidad **a partir de la UBICACIÓN** y porcentaje asignado según el compromiso del nervio periférico afectado (Tabla 12.,13).

A manera de ejemplo, es un error llegar de buenas a primera entrar a calificar los resultados de una electromiografía que solo habla de **Retardo en la latencia** de ambos nervios medianos sensitivos y en la motora del nervio derecho, sin denervación, y con potenciales de acción de músculos explorados normales, asignándole 17% + 3,4% por dominancia lo que le da el resultado del 19,82% (suma combinada: formula de balthazar).

Primero hay como lo dice la metodología, ir a la tabla que identifica el nervio (mediano) y el nivel de compromiso (x encima o por debajo del antebrazo)

Una vez hecho esto hay que aplicarle para el nervio mediano derecho entre un 25 a un 49% (rango para la clase 2) de la tabla 12.14 y para el izquierdo entre 10 y 24% (rango de la clase1)

Se consideró igualmente que el señor Francisco refirió que hace 10 años no labora desde la fecha de su prótesis de rodilla, es decir sin factores de riesgo asociados (perpetuadores de la enfermedad) de 10 años y con examen físico sin signos de atrapamiento hoy del nervio mediano a las distintas pruebas funcionales (Tinnel, Phallen, circulo) y como se transcribió en nuestro examen físico del día de la valoración: Tinnel y Phalen negativos. Ama conservados, hace oposición con todos sus dedos, agarre a mano llena y tubular, pinza conservada. Piel sana , no hay nódulos

o signos de sinovitis en dedos, sin deformidades en dedos o muñecas, sin síntomas de rigidez articular matutinos, no edemas articulares.

El perito debe ser coherente entre lo que informa una prueba de ayuda diagnóstica (antigua) y la realidad clínica y funcional del paciente en el contexto del examen físico al momento del examen y los hallazgos de los demás tratantes y peritos.

No puede el perito quedarse con los resultados de una única prueba sin controles posteriores de 5 años de antigüedad.

Se sugiere realizar nueva electromiografía que permita aclarar entonces si lo informado en ese entonces persiste, se ha agravado o por el contrario tuvo una reversión (que desde la clínica a la valoración física es lo que ha pasado) y lo que sucede en la evolución natural de dicha afectación, cuando se tiene el reposo debido y sin los factores de riesgo presentes.

12. Se precise cual fue el criterio técnico para valorar el diagnóstico de *SINDROME DE TUNEL DEL CARPO IZQUIERDO* con un porcentaje total del 1%.

RESPUESTA: Respuesta que se considera ya aclarada con suficiencia desde la inquietud número 6 en adelante.

13. Se precise cuales fueron las pruebas diagnósticas sobre las que se soportó la valoración del 1% para el diagnóstico de *SINDROME DE TUNEL DEL CARPO IZQUIERDO*.

RESPUESTA: La electromiografía del 18/07/2017, ayuda diagnóstica tenida en cuenta en todos los dictámenes.

14. Se precise por qué la clase asignada en el diagnóstico de *SINDROME DE TUNEL DEL CARPO IZQUIERDO* es la 1, la cual no se acompaña con los porcentajes establecidos en la tabla 12.14.

RESPUESTA: Por el retardo de la latencia sensitiva evaluada en nervio mediano izquierdo informada en la electromiografía del 18/07/2017

Como se le ha reiterado, la sola aplicación de la tabla 12.14 es un error, hay que tener en cuenta la tabla 12.13 primero para obtener el porcentaje de la deficiencia del nervio afectado y luego si proceder a graduar la severidad ajustando el rango de porcentajes que contiene la tabla 12.14.

Aplicando el principio de favorabilidad se llevó de 0,24% que arroja de manera técnica a un 1%, dado lo cercano que se ha encontrado de obtener el porcentaje necesario igual o superior al 50% en las valoraciones de Junta regional y Nacional.

15. Se precise, cual fue el criterio técnico para valorar el diagnóstico de *SINDROME DE TUNEL DEL CARPO IZQUIERDO* con un porcentaje del 1% y por qué es diametralmente opuesto al porcentaje del 10% entregado por la Dra. Martha Lucia Escobar Pérez.

RESPUESTA: Pregunta ya aclarada, consideramos, con suficiencia. Ver respuestas anteriores.

16. Se precise desde el punto de vista técnico la afirmación realizada en cuanto a que “... el dictamen aportado y realizado por la U de A presenta sobrevaloración de las deficiencias” y se individualice cada una de ellas de manera puntual, teniendo

en cuenta los soportes clínicos del señor FRANCISCO ORLANDO ARROYAVE DUQUE.

RESPUESTA: Porque se asigna tablas y severidades que no corresponden a la realidad de la información de la historia clínica aportada.

No se tiene en cuenta otras tablas necesarias como se ha dicho para evaluar correctamente las afectaciones de nervio periférico (tabla 12.13)

Porque para el tema de la artrosis de manera contraria a los descriptores de la tabla 14.15 se asigna una severidad 3 que no corresponde para un origen degenerativo no por un origen autoinmune/inflamatorio.

Para el tema de hipertensión también sobrevalora en contravía de los informes y controles donde no hay, ni ha habido, compromiso de órganos blancos y cifras tensionales controladas con un solo medicamento.

REFERENCIAS ADICIONALES

1. Manifestaciones extra-articulares de las enfermedades del colágeno - Luis Gómez Carrera, Gema Bonilla Hernan - Servicio de Neumología, IdiPAZ, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España - Vol. 49. Issue 6. Pages 249-260 (June 2013)
2. Electromiografía y estudios de conducción nerviosa – Medline plus – Biblioteca nacional de medicina
3. Determinación de los valores de referencia en los estudios de neuroconducción de miembro superior e inferior en adultos - Dra. Maria Fernanda Nieto Garcia y otros – Trabajo de grado

Con toda la atención,



JAIME IGNACIO MEJÍA PELÁEZ

C.C.:70.516.984

Médico Especialista en Gerencia de la Salud Ocupacional

Especialista en Valoración del Daño Corporal

Especialista en Auditoría en Salud

Perito CENDES