



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO

TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLÍN

SALA SEXTA DE DECISIÓN LABORAL

Medellín, diecinueve (19) de abril de dos mil veinticuatro (2024)

REFERENCIA: PROCESO ORDINARIO LABORAL
DEMANDANTE: JAIME DE JESÚS VARGAS LONDOÑO
DEMANDADO: COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR Y OTROS
RADICADO: 0050013105 019 2014 00826 01

Atendiendo a la respuesta brindada por la Facultad Nacional de Salud Pública, se pone en traslado de las partes por el término de **tres (3) días**, el dictamen pericial de pérdida de capacidad laboral y ocupacional allegado por la entidad.

Lo anterior se notifica por ESTADOS.

La Magistrada,

ANA MARÍA ZAPATA PÉREZ

**EL SUSCRITO SECRETARIO DEL TRIBUNAL
SUPERIOR DE MEDELLÍN – SALA LABORAL - HACE
CONSTAR**

Que la presente providencia se notificó por estados N ° 068 del 22 de abril de 2024.

consultable aquí:

<https://www.ramajudicial.gov.co/web/tribunal-superior-de-medellin-sala-laboral/161>

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

Otro - 05001310501920140082601

1. Información general del dictamen

Fecha de dictamen: 01/04/2024	Motivo de calificación: PCL (Dec 1507 /2014)	Nº Dictamen: 70412802 - 58
Tipo de calificación: Dictamen pericial		
Instancia actual: Otra		
Tipo solicitante: Rama judicial	Nombre solicitante: Tribunal Superior de Medellín Sala Sexta de Decisión Laboral	Identificación: NIT
Teléfono:	Ciudad:	Dirección:
Correo electrónico:		

2. Información general de la entidad calificadora

Nombre: Universidad de Antioquia	Identificación: 890980040-8	Dirección: Laboratorio de Salud Pública Cl. 62 #52-59 Int. 122
Teléfono: 6042196880	Correo electrónico: laboratorio.fnspp@udea.edu.co	Ciudad: Medellín - Antioquia

3. Datos generales de la persona calificada

Nombres y apellidos: Jaime De Jesus Vargas Londoño	Identificación: CC - 70412802 - Ciudad Bolívar - Antioquia	Dirección: Carrera 42 C No. 109 - 29
Ciudad: Medellín - Antioquia	Teléfonos: - 3145585806	Fecha nacimiento: 24/11/1960
Lugar: Ciudad bolívar - Antioquia	Edad: 63 año(s) 4 mes(es)	Genero: Masculino
Etapas del ciclo vital: Adulto mayor	Estado civil: Soltero	Escolaridad: No escolarizado
Correo electrónico: rcataño@raulcatano.com	Tipo usuario SGSS: Contributivo (Cotizante)	EPS: EPS Salud Total
AFP: Protección	ARL:	Compañía de seguros:

4. Antecedentes laborales del calificado

No aplica

Información ocupacional

Persona económicamente no activa

Observaciones: Empresa productora de cuidados, Laboró por espacio de 7 años como coterero en cargue y descarga de insumos para cuidados y cuidados para animales laboró inicialmente 4 años en otra empresa de cuidados y luego paso a Italcol

5. Relación de documentos y examen físico (Descripción)

Relación de documentos

- Análisis de exposición al factor de riesgo al que se encuentra asociado la patología, lo cual podrá estar en el análisis o evaluación de puestos de trabajo relacionado con la enfermedad en estudio.
- Formulario de solicitud de dictamen diligenciado.
- Fotocopia simple del documento de identidad de la persona objeto de dictamen o en su defecto el número correspondiente.
- Calificación del origen y pérdida de la capacidad laboral junto con su fecha de estructuración si el porcentaje de este último es mayor a 0.
- Copia completa de la historia clínica de las diferentes IPS, incluyendo la historia clínica ocupacional, de EPS, medicina prepagada o médicos generales o especialistas que lo han atendido.
- Versión de los hechos por parte del usuario al momento de recibir la atención derivada del evento.
- Comprobante pago de honorarios

Información clínica y conceptos

Resumen del caso:

Enviado por el Tribunal Superior de Medellín para realizar una calificación integral de las patologías tanto comunes como de origen laboral

Resumen de información clínica:

Comenta que cuando laboraba en Itacol, el trabajo era muy duro, comenzaban a descargar carros y a cargar, bultaba todo el día y mas tiempo de las 8 horas, un día en el año 2011, comenzaron a bajar una planchita y alimentar una banda y a cargar un producto de harina de maíz de 80 kilos cada bulto, uno de ellos venía pegado a otro bulto que estaba cargando, el cual se cayó y lo golpeó en la espalda, se sintió maluco pero continuó con su labor y después bajaron unos bultos de calcio alimentando una banda transportadora, los bultos de eran 50 kg, se desprendieron unos bultos encima que lo acabnaron de molestar, no reportó el incidente, poque no consultaba con frecuencia, no había enfermado que lo motivara a ir al médico, siguió laborando así enfermo, en la empresa lo cambiaban de oficio, a lo último, lo enviaron a que consultara por el seguro, lo atendian SaludCoop y después pasó a Medimas hasta que se liquidó esta EPS. fue a la EPS, le enviaron unos Rx y lo incapacitaron uno días, al terminar la incapacidad se fue a trabajar, pero no aguantó y debió consultar nuevamente, llevó los resultados de los RX y le enviaron a hacer una resonancia, lo incapacitanan inicialmente por unos días y luego porque no mejoraba de sus problemas de salud le daban de a 15 a 20 días, así duro 12 años, refiere que nunca se las pagaron, un hermano es el que le colabora económicamente. Le dijeron que tenía desviación y desgaste de la columna, le hicieron 2 infiltraciones en la columna, con poca mejoría, comenta que lo estaba perjudicando mas, luego fue remitido a la Clínica del Dolor y nuevamente infiltraciones, terapia física, inicialmente 20 sesiones de las cuales solo aguantó 3 sesiones, después le enviaron hidroterapia le ordenaron 13 sesiones las cual las hizo todas, con poca mejoría, no es candidato a cirugía según staff médico, aunque inicialmente le había propuesto operarlo. No ha sido estudiado para conocer el origen de la enfermedad. Tiene varias calificaciones una de ellas en la IPS Universitaria que le dio el 50.13%, otra la Junta Regional con el 50.27% y el Fondo de Pensiones apeló ante la Junta Nacional pero no conoce cual fue el resultado, cree que le bajaron el porcentaje y no le dió para pensionarse. Ahora sigue en manejo con la EPS con medicamentos para el dolor, pastillas para dormir, para controla el azucar, hipertensión arterial. Utiliza muletas por propia decisión regaladas por un amigo, inicialmente utilizaba un bordón, que le ayuda a caminar, ahora asocia artrosis de la rodilla izquierda. Toma Metformina, Losartan, Acetaminofen + Hidrocodona, Atorvastatina

Antecedentes Personales: Diabetes Mellitus, Hipertensión arteria, Cataratas ambos ojos con uso de corrección visual. Quirúrgicos: No

Antecedentes familiares: Diabetes y Presión alta en la madre, fallecida, Padre sufrió de la Presión arteria y asfixia, ya fallecido

Historia socio laboral. No está vinculado a la empresa desde el 2021, vive en casa propia, solo, un hermano y las hermanas, que viven cerca a el, le ayuda económicamente

Conceptos médicos

Fecha: 02/02/2012

Especialidad: Saludcoop. Concepto especialista tratante rehabilitación integral

Resumen:

Diagnósticos. Enfermedad discal. Hernia núcleo pulposo. El dolor crónico. Abombamientos discales L5 S1. Listesis de L5 S1. Inestabilidad L5 S1. Paciente con enfermedad discal multinivel importante. Pobre mejoría con los diferentes tratamientos. Pobre recuperación a largo plazo. Restricciones funcionales permanentes.

Pruebas específicas

Fecha: 31/07/2011

Nombre de la prueba: Clínica Saludcoop. Rx columna lumbar.

Resumen:

Entidad calificador: Universidad de Antioquia

Calificado: Jaime De Jesus Vargas Londoño

Dictamen: 70412802 - 58

Página 2 de 14

Espondilolistesis grado I L5 - S1. Osteofitos anteriores posteriores laterales por fenómeno espondilósico generalizado. Pérdida del espacio intervertebral L5 - S1 T12 - L1. Incurvación escoliótica lumbar izquierda componente rotacional uno derecho.

Fecha: 10/09/2011 **Nombre de la prueba:** RMN Columna Lumbo sacra

Resumen:

Anterolistesis espondilótica grado I/IV de L5 sobre S1 Segmento en el que hay estrechez foraminal bilateral canal central estrecho degenerativo entre L1 - L2 y L4 - L5, estrechez concomitante de forámenes radiculares en L2 - L3 y L4 - L5.

Fecha: 12/07/2013 **Nombre de la prueba:** Escanografía. Resonancia magnética de columna lumbosacra simple.

Resumen:

Conclusiones. Osteocondrosis. Espondilosis. Osteoartrosis facetaria severa. Anterolistesis grado I/IV de L5 sobre S1 de tipo espondilolítica con disminución de la amplitud de los canales laterales y compresión de las raíces emergentes L4. Signos de canal estrecho multifactorial L4 - L5 y lipomatosis epidural desde L2. Enfermedad de Bastrup.

Tratamientos medicos y quirurgicos

Fecha: 19/10/2010 **Intervención o tratamiento:** CMF San Diego

Resumen:

Cuadro de 3 días de evolución de dolor en región lumbar que se exacerba a la flexión de la columna y al cargar objetos pesados, no antecedente de trauma. Diagnósticos. E669 obesidad no especificada. M779 Entesopatía no especificada.

Fecha: 17/08/2011 **Intervención o tratamiento:** Clínica Juan Luis Londoño.

Resumen:

Cuadro de 3 meses de dolor lumbar que se irradia a la cara posterior de los muslos, trabaja como coterero levantando cargas de más de 50 kg hace más de 6 años. Enfermedad discal posiblemente de origen laboral. Limitación importante para la movilidad lumbar. Aumento de la lordosis lumbar. Diagnósticos. M519 trastornos de los discos intervertebrales no especificado.

Fecha: 15/11/2011 **Intervención o tratamiento:** Ips Bolivia

Resumen:

Cuadro crónico de dolor lumbar multitratado. Exacerbación del dolor lumbar el cual se irradia a los pies. Diagnósticos. M431. M545.

Fecha: 05/05/2012 **Intervención o tratamiento:** Instituto Colombiano del Dolor.

Resumen:

Cuadro de 6 meses de evolución de dolor región lumbar, sin antecedentes de trauma, el dolor aumenta con las actividades, no se irradia a miembros inferiores. Diagnósticos. Dolor lumbar crónico por cuadro degenerativo.

Fecha: 05/05/2012 **Intervención o tratamiento:** Instituto Colombiano del Dolor.

Resumen:

Cuadro de 6 meses de evolución de dolor región lumbar, sin antecedentes de trauma, el dolor aumenta con las actividades, no se irradia a miembros inferiores. Resonancia magnética de columna lumbosacra muestra canal lumbar límite, listesis de L5 S1 con artrosis facetaria marcada multinivel, forámenes estrechos L5 S1.

Fecha: 09/07/2012

Intervención o tratamiento: Instituto Colombiano del Dolor.

Resumen:

Paciente con diagnóstico de dolor lumbar crónico a quien el 26 de mayo de 2012 le realizaron un bloqueo facetario lumbar bilateral con mejoría del dolor durante 2 días, luego nuevamente con dolor lumbar y radiado a región dorsal. El dolor lumbar es constante, empeora con la marcha, no interfiere con el sueño. Diagnósticos. Dolor dorsolumbar crónico.

Fecha: 29/01/2013

Intervención o tratamiento: Sura. Dictamen para calificación de pérdida. Dictamen No. 70412802.

Resumen:

Descripción de deficiencias. Hernia de disco lumbar inoperable 0% capítulo 1 tabla 1,16. Hipertensión arterial 7,4% capítulo 7 tabla 7,2. Diabetes mellitus 4,9%. Capítulo 9 tabla 9,7. Restricción en flexión columna lumbar 4% capítulo 1 tabla 1,7. Restricción rotación columna lumbar 2% capítulo 1 tabla 1,11. Restricción de extensión columna 1,5% capítulo 1 tabla 1,7. Restricción inclinación lateral columna 1,5% capítulo 1 tabla 1,9. Sumatoria 21,86%. Discapacidades. Conducta 0,8%. Comunicación 0,3%. Cuidado de la persona 0,2%. Locomoción 2%. Disposición del cuerpo 2%. Destreza 1%. Situación 0,4%. Sumatoria total 6,7%. Diagnóstico motivo de calificación. Hernia de disco lumbar inoperable. Hipertensión arterial. Diabetes mellitus. Restricción en flexión columna lumbar. Restricción rotación columna lumbar. Restricción de extensión columna lumbar.

Fecha: 23/03/2013

Intervención o tratamiento: clínica Medellín.

Resumen:

Paciente con osteocondrosis y osteoartrosis lumbar generalizada. Limitación motilidad lumbar en el arco extremo de movimiento. Claudicación neurológica. Diagnósticos. M159 osteoartrosis no especificada. M421 osteocondrosis de la columna vertebral. M480.

Fecha: 23/05/2013

Intervención o tratamiento: Junta Regional de Calificación de invalidez de Antioquia. Dictamen no. 43959.

Resumen:

Diagnóstico motivo de calificación. Otras degeneraciones especificadas de disco intervertebral. Hipertensión esencial (Primaria). Diabetes mellitus no especificada sin mención de complicación. Descripción del dictamen. Conducta 0,8%. Comunicación 0,2%. Cuidado personal 0,5%. Locomoción 1,4%. Disposición cuerpo 1,3%. Destreza 1,1%. Situación 0,6%. Total discapacidades 5,9%. Minusvalía. Orientación 0%. Independencia física 0,5%. Desplazamiento 1%. Ocupacional 7,5%. Integración social 1,5%. Autosuficiencia Económica 1%. En función de la edad 2,25%. Total minusvalía 13,75%. Deficiencias. Restricción ama de columna Lumbar 5,1% Capítulo 1 Tabla 1,7 1,9 1,11. Hipertensión arterial clase I 7,4% capítulo 12 Tabla 7,2. Diabetes Mellitus 9,9% capítulo 9 tabla 9,7. Trastorno degenerativo del disco lumbar no quirúrgico 15% capítulo 1 tabla 1,16. Total. 22,29%. Porcentaje de pérdida de capacidad laboral. Deficiencia. 22,29%. Discapacidad 5,9%. Minusvalía 13,75%. Total 41,94%.

Fecha: 08/07/2013

Intervención o tratamiento: Ips Argentina

Resumen:

Marcha antálgica ayudada con bastón, dificultad para movilizarse. Diagnósticos. E119 diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación. I10X hipertensión esencial primaria.

Fecha: 10/12/2013

Intervención o tratamiento: Junta Nacional de Calificación de Invalidez.

Resumen:

Diagnóstico motivo de calificación. Otras degeneraciones especificadas de disco intervertebral. Hipertensión esencial (Primaria). Diabetes mellitus no especificada sin mención de complicación. Descripción del dictamen. Conducta 0,8%. Comunicación 0,2%. Cuidado personal 0,5%. Locomoción 1,4%. Disposición cuerpo 1,3%. Destreza 1,1%. Situación 0,6%. Total discapacidades 5,9%. Minusvalía. Orientación 0%. Independencia física 0,5%. Desplazamiento 1%. Ocupacional 7,5%. Integración social 1,5%. Autosuficiencia Económica 1%. En función de la edad 2,25%. Total minusvalía 13,75%. Deficiencias. Restricción ama de columna Lumbar 5,1% Capítulo 1 Tabla 1,7 1,9 1,11. Hipertensión arterial clase I 7,4% capítulo 12 Tabla 7,2. Diabetes Mellitus 9,9% capítulo 9 tabla 9,7. Trastorno degenerativo del disco lumbar no quirúrgico 15% capítulo 1 tabla 1,16. Total. 22,29%. Porcentaje de pérdida de capacidad laboral. Deficiencia. 22,29%. Discapacidad 5,9%. Minusvalía 13,75%. Total 41,94%. 05/05/2012 Neurocirugía cuadro de 6 meses de evolución de dolor en región lumbar, sin antecedentes de trauma, el dolor aumenta con las actividades, mejora parcialmente con el reposo aunque persiste, no se irradia a

miembros inferiores. 19/11/2011 resonancia magnética columna lumbosacra. Anterolistesis espondilolítica grado IV de L5 sobre S1. Segmento en el que hay estrechez foraminal bilateral. Canal central estrechos degenerativo entre L1 L2 y L4 L5. Estrechez concomitante de forámenes radicales en L2 L3 y L4 L5, lipomatosis epidural lumbar. 01/02/2012 enfermedad general. Refiere persistir con dolor. Valoración interdisciplinaria Junta nacional de calificación de invalidez. Deambula con apoyo de bastón, patrón de marcha antálgica, manifiesta dolor lumbar. Refiere dolor a la palpación de apófisis espinosas lumbares y músculos paravertebrales bilateral. Valoración fisioterapeuta. Diagnósticos de hipertensión arterial, diabetes mellitus, anterolistesis espondilolítica grado IV de L5 sobre S1, Estrechez foraminal bilateral, canal estrecho degenerativo entre L1 L2 y L4 L5. Estrechez concomitante de forámenes radicales en L2 L3 y L4 L5, lipomatosis epidural lumbar. Con adormecimiento desde la región lumbar irradiado a miembros inferiores, movilidad articular limitada en flexión de columna lumbar y retracción severa de isquiotibiales. Paciente lábil emocional, álgido, deprimido, que no ha sido diagnosticada por psiquiatría. Está incapacitado hace 2 años. Análisis y conclusión. La sala cuatro revisó todos los elementos obrantes en el expediente encontrando que las patologías lumbares que presenta el paciente están todas incluidas en las secuelas calificadas pese a que no se mencione el diagnóstico en sí, pero las secuelas funcionales las abarcan todas. Respecto a la solicitud de calificar EPOC, solo se encontró en la historia clínica única valoración por medicina general que hace solo mención de esta patología pese a tener controles por su hipertensión y diabetes por Medicina Interna, por lo cual no se califica. Respecto a la fecha de estructuración, La Junta regional toma el 25 de abril del 2013, fecha en la que le realizan el examen físico y reúnen todas sus patologías para la calificación. Teniendo en cuenta que son múltiples de sus patologías esta sabe la considera acertada esta fecha al ser esta la que reúne sus patologías en la misma calificación. La sala cuatro revisó la aplicación de las calificaciones dadas en deficiencias, discapacidades y minusvalías por la Junta regional de calificación de invalidez y se encontró que están ajustadas a las disposiciones del manual único de calificación de invalidez, en concordancia con las patologías que presenta el paciente, por lo tanto se ratifica el dictamen emitido por la Junta regional de calificación de invalidez. En virtud de lo expuesto se decide confirmar el dictamen No. 43959 del 23 de mayo de 2013 emitido por la Junta regional de calificación de invalidez de Antioquia.

Fecha: 22/03/2014 **Intervención o tratamiento:** Ips Argentina

Resumen:

Refiere marcado dolor en área lumbar bilateral asociado a parestesias permanentes, disestesias en dicha área, dificultad para la marcha, limitación funcional marcada. Diagnósticos. M510 trastornos de discos intervertebrales lumbares y otros, con mielopatía.

Fecha: 07/07/2014 **Intervención o tratamiento:** psicóloga Claudia Inés Salazar Aguirre.

Resumen:

Paciente con actitud derrotista, su introspección es pobre, su prospección es desesperanzada y poco ilusoria, pensamientos minusválidos, relato circunstancial, llanto fácil y continuo. Diagnósticos. F321.

Fecha: 04/08/2014 **Intervención o tratamiento:** San Vicente fundación.

Resumen:

Marcha lateralizada, apoyado en bastón, lento, cuadros doloroso crónico, depende económicamente de las incapacidades, tendencia al llanto, ideas pasivas de muerte, rumiación de pensamiento, parcial introspección. Diagnósticos. F322 episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

Fecha: 05/08/2014 **Intervención o tratamiento:** instituto colombiano del dolor.

Resumen:

Paciente con cuadros de dolor lumbar, de predominio axial que se irradia a miembros inferiores. Se realizó bloqueo facetario lumbar sin mejoría. Camina con bastón, dolor a la palpación lumbar, dolor para flexo extensión, lleva 3 años incapacitado.

Fecha: 16/01/2015 **Intervención o tratamiento:** instituto colombiano del dolor.

Resumen:

Cuadros de dolor lumbar crónico. Camina con bastón desde hace 2 años. Dolor no controlado. Diagnósticos. M545 lumbago no especificado.

Fecha: 31/03/2016

Intervención o tratamiento: corporación génesis salud.

Resumen:

Antecedentes de Dolor lumbar crónico grado I de L5 S1. Marcha con bastón, persistencia del dolor lumbar irradiado a miembros inferiores con limitación para la actividad física. Diagnósticos. M519 trastornos de los discos intervertebrales no especificado.

Fecha: 26/04/2016

Intervención o tratamiento: Instituto Colombiano del Dolor.

Resumen:

Canal lumbar estrecho con diámetro AP reducido desde L1 hasta L5 S1 más lista tesis con espondilólisis L4 L5 con estenosis canal. Recesos con compresiones de la cola de caballo y raíces L4 más OA facetaria. Con empeoramiento de síntomas lumbares, con bloqueo facetario lumbar y caudal. Dolor axial lumbar gran hipersensibilidad lumbar, dolor en transversas lumbares bilaterales, postura en flexión de columna. Paciente obseo. Diagnósticos. M545 Lumbago no especificado.

Fecha: 04/10/2016

Intervención o tratamiento: instituto colombiano del dolor.

Resumen:

Dolor axial lumbar, gran hipersensibilidad lumbar, dolor en transversas lumbares bilaterales, postura en flexión de columna. Paciente obseo. Marcha con bastón. Diagnósticos. M545 lumbago no especificado.

Fecha: 19/08/2017

Intervención o tratamiento: corporación génesis salud.

Resumen:

Antecedente de discopatía lumbar crónica, espondilolistesis grado I de L5- S1. Continúa con dolor lumbar y limitación. Diagnósticos. M519 trastornos de los discos intervertebrales no especificado.

Fecha: 15/05/2018

Intervención o tratamiento: Universidad Ces. Dictamen médico Pericial.

Resumen:

20/02/2011 evaluación puesto de trabajo. Diagnóstico de anterolistesis espondilolítica grado 1 de L5 S1. Cumple jornada laboral lunes a viernes 6 AM a 10 PM y sábados 6 AM a 2 PM. Descansos para desayunar 15 minutos y para almorzar 15 minutos. Ha desarrollado sus actividades laborales en 1973 abonando sembrando y cogiendo café en el campo. 2004 estibador cooperativa costinol. 2009 estibador servicoop. Nombre del oficio estibador. Área donde labora bodega. Riesgos del proceso. Manejo inadecuado de columna. Posturas prolongadas en bípedo, movimientos repetitivos de tronco cuello y miembros superiores. Las tareas del oficio requieren patrones de movimiento funcionales, agarres a manos llenas de ambas manos, con aplicación de fuerza extrema para levantar los bultos de cuido. La jornada inicia descargando cargando y desplazando Los bultos de cuido según programación de coordinador. Para efectuar la tarea ejecuta movimientos columna cervical extensión de 20 a 30° y lateralización izquierda de 30° a 0°. Columna dorso lumbar flexión de 50 a 60°, rotación de 30 a 40° y lateralización derecha de 20° a 30° aproximadamente. MSD hombro flexión de 70° a 80° RI de 30° a 40° ADD de 30° a 40°. Codo flexión de 50° a 60° y pronación de 30° a 40°. Muñecas extensión de 20° a 30° y DR dorso a 10°. Los dedos y la mano realizan una garra de fuerza formando una abrazadera que sujeta el bulto, mientras que el dedo pulgar aplica una presión opuesta. Msi hombro flexión 90° a 100° RI de 30° a 40° ADD de 20° a 30°. Codo flexión de 60° a 70° y pronación de 30° a 40°. Muñeca extensión de 20° a 30°. Los movimientos varían dependiendo del tamaño del bulto y de la altura del camión o la banda transportadora que estén utilizando. Cuando se realiza el cargue del camión, dos estibadores levantan los bultos desde la carreta hacia la banda transportadora ubicada cerca del camión. Para efectuar la tarea ejecuta movimientos como columna cervical extensión de 20° a 30° y lateralización derecha de 20° a 30°. MSD hombro flexión de 70° a 80° RT de 30° a 40° ADD de 30° a 40°. Codo flexión de solo a 60° y pronunciación de 30° a 40°. Muñeca extensión de 20° a 30°. MSI hombro flexión de 90° a 100°. RI de 30° a 40° ADD de 20° a 30°. Codo flexión de 60° a 70° y pronación de 30° a 40°. Muñeca extensión de 20° a 30°. Muñeca extensión de 30° a 40° Y DR de 20° a 30°, los dedos y la mano realizan un agarre de fuerza formando una abrazadera que sujeta el palo de escoba. MSI hombro flexión de 20° a 30°. RI de 50° a 60°. ADD de 20° a 30°. Codo flexión de 40° a 50° y pronación de 30° a 40°. Muñeca extensión de 30° a 40° y DR de 10° a 20°. Se adopta posición bípeda dinámica al 100% de la jornada laboral acompañada de desplazamientos en la bodega y los camiones. Realiza movimientos repetitivos frecuentes continuos y constantes. Los ciclos de trabajo son diversos una vez que la duración de cada tarea depende de la entrada y salida de camiones. Conclusiones de movimiento dentro de las demandas de movimiento concentración de movimientos alta mayor a 50% del ciclo de trabajo. Tipo de trabajo pesado. Requiere manipular pesos superiores a 26 kg. 10/09/2011 RNM columna lumbosacra. Anterolistesis Espondilolítica grado I/IV de L5 sobre S1. Espondilólisis bilateral de L5. Espondilosis y osteocondrosis lumbar de carácter difuso. Disrupción del plato terminal superior del cuerpo vertebral L1. Prominencia del tejido adiposo epidural posterior lumbar. Entre L1 L2 L4 L5 hay complejos discos osteofitarios de ubicación central, grados variables osteoartritis facetaria bilateral y elongación de ligamentos amarillos así como

Entidad calificador: Universidad de Antioquia

Calificado: Jaime De Jesus Vargas Londoño

Dictamen: 70412802 - 58

Página 6 de 14

lipomatosis. Disminución en la amplitud del canal central. En L6 S1 hay configuración de canal central limítrofe y estenosis foraminal bilateral. También hay estrechez de forámenes radicales en L2 L3 del lado izquierdo, así como en L4 L5 del lado derecho. 18/05/2012 calificación origen. Enfermedad de origen profesional. El estudio de puestos de trabajo determina que el paciente tiene alta repetitividad en sus funciones y levanta peso por encima de 25 kg, su jornada laboral es extensa y el segmento osteo muscular empleado es columna lumbar, toda su función requiere posición bípeda lo que le distribuye esa carga al eje axial. 05/05/2012 Instituto del dolor. Cuadro de 6 meses de evolución de dolor región lumbar sin antecedentes de trauma, el dolor incrementa con las actividades, no se irradia a miembros inferiores. 22/09/2015 anestesiología. Presenta excarbación del dolor, dolor axial lumbar, gran hipersensibilidad lumbar, dolor en transversas. 26/04/2016 anestesiología bloqueo facetario lumbar sin mejoría. 21/08/2012 determinación de origen. No existen los elementos mínimos para entrar a estudiar o considerar una posible EP. 14/09/2012 dictamen PCL Junta regional total PCL 41,82%. Fecha de estructuración 28 de diciembre de 2012. Origen enfermedad común. 23/05/2013 dictamen Junta regional de calificación de invalidez de Antioquia. PCL total 41,94%. Fecha de estructuración 25 de abril de 2013. Origen enfermedad común. 10/12/2013 dictamen Junta nacional de calificación de invalidez. PCL total 41,94%. Fecha de estructuración 25 de abril de 2013. Origen enfermedad común. 22/03/2014 dictando particular PCL. Total pcl 52,27%. Fecha de estructuración 18 de mayo de 2012. Origen profesional. 07/05/2018 Valoración del daño del cend. Impresión diagnóstica. Osteoartrosis degenerativa multinivel de columna. Restricción AMA columna lumbar. Hipertensión arterial sin daño de órgano blanco. Diabetes mellitus no insulino dependiente. Obesidad. Enfermedad de bastrup artrosis interespinosa. Descripción de las deficiencias. Restricción ama columna lumbar 5,14% capítulo 1 tabla 1,7 1,9 1,11. Hipertensión arterial clase 1 7,4% capítulo 7 tabla 7,2. Síndrome doloroso de columna por trastornos degenerativos disco lumbar no quirúrgico 15% capítulo 1 tabla 1,16. Diabetes mellitus tipo 2 no ID 9,9% capítulo 9 tabla 9,7. Total de eficiencia 22,29%. Discapacidades. Conducta 0,6%. Comunicación 0%. Cuidados de la persona 0,9%. Locomoción 1,9%. Disposición del cuerpo 1,5%. Destreza 0,3%. Situación 0,7%. Total discapacidades 5,9%. Minusvalías 0%. Independencia física 0,5%. Desplazamiento 1%. Ocupación reducida 10%. Integración social inhibida 1%. Autosuficiencia económica 1,5%. En función de la edad 2,5%. Total minusvalías 16,5%. Porcentaje de pérdida de capacidad laboral. Deficiencia 22,29%. Discapacidad 5,9%. Minusvalía 16,5%. Total 44,69%. Fecha de estructuración. 12/07/2013 fecha en la cual la resonancia de control 2 años después de la primera no hay cambios sustanciales en los hallazgos iniciales osteoarticulares degenerativos de columna.

Fecha: 27/12/2018

Intervención o tratamiento: Corporación Génesis Salud.

Resumen:

Antecedente de hipertensión arterial antes de 2012, diabetes desde 2012, dislipidemia, alteración del sueño en la actualidad. RX de rodilla izquierda del 7 de diciembre 2018 insipiente afilamiento de las espinas tibiales y esclerosis de las superficies articulares de las patelas. Diagnósticos. E119 diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación. E784 otra hiperlipidemia. I10X hipertensión esencial primaria. M519 trastornos de los discos intervertebrales no especificado.

Fecha: 27/04/2019

Intervención o tratamiento: Corporación Génesis Salud.

Resumen:

Paciente 8 años claro, dolor persistente, presenta dificultad para la marcha, usa bastón sin formulación. Diagnósticos. M519 trastornos de los discos intervertebrales no especificado.

Fecha: 24/09/2019

Intervención o tratamiento: Corporación Génesis Salud.

Resumen:

Diagnóstico de trastornos de los discos intervertebrales hace 8 años. Lo sordo y continuo en área paralumbar bilateral, irradiado a ambas piernas, con parestesias tipo calambre asociadas. 03/09/2019 concepto de rehabilitación De Medicina laboral desfavorable. Diagnósticos. M519 trastornos de los discos intervertebrales no especificado.

Fecha: 13/11/2019

Intervención o tratamiento: Corporación Génesis Salud.

Resumen:

Paciente quien tuvo accidente laboral hace 10 años, refiere que ha tomado desde entonces diferentes medicamentos para el dolor y no ha tenido mejoría. Marcar irritabilidad, es agresivo verbalmente, inquietud motora. Diagnósticos. F321 episodio depresivo moderado. F411 trastorno de ansiedad generalizada.

Fecha: 14/11/2019

Intervención o tratamiento: Corporación Génesis Salud.

Resumen:

Entidad calificador: Universidad de Antioquia

Calificado: Jaime De Jesus Vargas Londoño

Dictamen: 70412802 - 58

Página 7 de 14

Dolor lumbar en aumento desde hace 3 meses con irradiación a los miembros inferiores tipo parestesia. Usa bastón de marcha desde hace 4 años por su lumbalgia crónica, múltiples manejos y valoraciones por neurocirujanos y ortopedistas. Diagnósticos. M511 trastornos de disco lumbar y otros con radiculopatía.

Fecha: 20/08/2020 **Intervención o tratamiento:** Medimas.

Resumen:

Diagnósticos. M519 trastornos de los discos intervertebrales no especificado. Etiología osteomuscular. Secuelas compromiso osteomuscular. Tratamiento farmacológico terapia física. Finalidad del tratamiento paliativo. Concepto desfavorable. Origen común.

Fecha: 11/11/2020 **Intervención o tratamiento:** Hemoplifesa.

Resumen:

Dolor lumbar de 9 años de evolución y radiado a miembros inferiores, concomitantes parestesias a predominio derecho, refiere que se ha deteriorado rápidamente, actualmente tiene muletas para poder caminar. Diagnósticos. M513 otras degeneraciones especificadas de disco intervertebral.

Fecha: 27/11/2020 **Intervención o tratamiento:** Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia. Dictamen No. 090847-2020

Resumen:

el paciente no está de acuerdo con el porcentaje de pérdida de capacidad laboral ya que no es acorde con la realidad ni mucho menos la fecha de estructuración de la invalidez. 28/12/2012 dictamen calificación suramericana. Total PCL 41,82%. Fecha de estructuración 28/12/2012. Origen común. 20/08/2020 concepto de rehabilitación. Con el diagnóstico trastorno de los discos intervertebrales no especificado, pronóstico regular, tratamiento fisioterapia y medicamentos, con intención paliativa, concepto desfavorable de origen común. 13/11/2020 grupo ID sala dos Junta regional de calificación de invalidez. Diagnósticos de trastorno del disco lumbar, hipertensión arterial, diabetes mellitus no insulino dependiente, trastorno depresivo. Persiste con dolor lumbar, que se encuentra muy limitado para las actividades tanto laborales como cotidianas. No trabaja hace varios años, aún la empresa en donde laboro 7 años le pagan. Ansioso, obeso, abundante panículo adiposo, dolor a la percusión de AE, arcos restringidos, leve edema maleolar bilateral, marcha con apoyo externo. Título I. E119 diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación. F329 episodio depresivo no especificado. I10X hipertensión esencial primaria. M519 trastornos de los discos intervertebrales no especificado. Deficiencias. Deficiencia por enfermedad cardiovascular hipertensiva capítulo 2 tabla 2,6 11%. Deficiencias por diabetes mellitus capítulo 8 tabla 8,1 5%. Deficiencia por trastornos del humor (Eje I) capítulo 13 tabla 13,2 20%. Lesión de segmentos móviles de la columna lumbar. Capítulo 15 tabla 15,3 18%. Capítulo. Capítulo 2 deficiencias por alteraciones del sistema cardiovascular 11%. Capítulo 8 deficiencias por alteraciones del sistema endocrino 5%. Capítulo 13 deficiencias por trastornos mentales y de comportamiento 20%. Capítulo 15 deficiencias por alteraciones de la columna vertebral y la pelvis 18%. Valor final de la combinación de deficiencias sin ponderar 44,54%. Cálculo final de la deficiencia ponderada 22,27%. Título II. Restricciones del rol laboral 20%. Restricciones autosuficiencia económica 2%. Restricciones en función de la edad cronológica 2%. Sumatoria rol laboral autosuficiencia económica y edad (30%). 24%. Sumatoria total de otras áreas ocupacionales (20%). 4,3%. Valor final título II. 28,3%. Concepto final del dictamen. Valor final de la deficiencia ponderado título I. 22,27%. Valor final rodadura ocupacional y otras áreas ocupacionales título II 28,3%. Pérdida de la capacidad laboral y ocupacional (título I+ título II) 50,57%. Origen enfermedad común. Fecha de estructuración 20/08/2020. Sustentación fecha de estructuración. Concepto de rehabilitación desfavorable EPS. No es posible asignar la fecha de estructuración propuesta por el apoderado en la controversia ante el fondo de pensiones del 18 de mayo de 2012, en razón a que para esta fecha de acuerdo con los dictámenes 43959 del 23/05/2013 de la Junta regional de calificación de invalidez de Antioquia y dictamen 70412802 del 10/12/2013 de la Junta nacional, el trabajador no era invalido.

Fecha: 28/12/2020 **Intervención o tratamiento:** Fisiova.

Resumen:

Dolor lumbar con evolución de 9 años. Muy obeso, con abdomen globoso. Marcha antálgica con muletas como ayuda externa. Radiografía con proceso artrósico lumbar y disminución de los espacios L4 L5 y L5 S1, discopatía. Diagnósticos. M478 otras espondilosis. R521 dolor crónico intratable.

Fecha: 16/06/2021 **Intervención o tratamiento:** Clínica Antioquia.

Resumen:

Entidad calificador: Universidad de Antioquia

Calificado: Jaime De Jesus Vargas Londoño

Dictamen: 70412802 - 58

Página 8 de 14

Paciente con dolor lumbar axial y síntomas radiculares en miembros inferiores, al parecer con discopatía y canal lumbar estrecho. Diagnósticos. M545 lumbago no especificado. M431 espondilolistesis. M480 estenosis espinal.

Fecha: 05/01/2022

Intervención o tratamiento: Virrey Solís.

Resumen:

Antecedente de lumbago crónico, canal estrecho, secundario a esto presenta dolor de gran intensidad en miembros inferiores, parestesia, hormigueo, pérdida de fuerza muscular. Diagnósticos. M510 trastornos de discos intervertebrales lumbares y otros. G992 mielopatía.

Fecha: 19/01/2022

Intervención o tratamiento: Junta Nacional de Calificación de Invalidez. Dictamen No. 70412802-971.

Resumen:

Protección no estuvo de acuerdo con la pérdida de capacidad laboral emitida por la Junta regional de calificación de invalidez, dado que se considera que la deficiencia por lesión de segmentos móviles de la columna lumbar se está sobrevalorando al asignarle el 18% ya que se considera que no tiene criterios para factor modulador clase 3. En cuanto a las restricciones por el rol laboral no se está de acuerdo con que se le haya asignado el 20% correspondiente a cambio de rol laboral o de puesto de trabajo con actividades recortadas, consideramos que se le debe asignar máximo el 15% por este ítem. Hay sobrevaloración en los porcentajes asignados en las otras áreas ocupacionales, maxime que no hay registros de exámenes que comprueben signos radiculares. Tampoco se está de acuerdo con la fecha de estructuración del 20/08/2020 debido a que se considera que el paciente hasta esta fecha no tiene criterios claros de invalidez. 05/10/2011 consulta externa. Dolor lumbar de 3 meses de evolución no asociado a trauma con limitación funcional. 14/10/2011 neurocirugía dolor lumbar desde hace varios días incapacitado y sin poder laborar por dolor. Dolor al elevar piernas, limitación de movimientos espasmo lumbar. Diagnósticos. Trastornos de los discos intervertebrales no especificados. 02/02/2012 fisiatría. Lumbalgia crónica, rmn de columna muestra gran protrusión discal de L5 S1 Liz tesis y signos de inestabilidad. Diagnósticos. Trastornos de los discos intervertebrales no especificado. 05/05/2012 neurocirugía. Cuadros de 6 meses de evolución de dolor región lumbar, el dolor aumenta con las actividades, no se irradia a miembros inferiores. Diagnósticos. Dolor lumbar crónico por cuadros degenerativo. 12/02/2013 neurocirugía. Dolor axial mecánico lumbar. No paresias. Diagnósticos. Trastornos de los discos intervertebrales no especificado. 29/04/2013 medicina general. Antecedente del diagnóstico de lumbalgia mecánica crónica. Diagnósticos. Lumbago no especificado. 25/03/2014 medicina del dolor. Cuadros de dolor lumbar, dolor de predominio axial que se irradia a miembros inferiores. Persistencia de dolor lumbar. Dolor a la flexión extensión, dolor a la palpación paravertebral a nivel lumbar, dolor a la rotación. 07/07/2014 Psicología. Paciente con actitud derrotista, su introspección es pobre, su prospección es desesperanzada y poco ilusoria, pensamientos minusválidos, relato circunstancial, llanto fácil y continuo. 22/10/2014 psiquiatría. Paciente con dolor lumbar bajo crónico. Enfermedad discal multinivel, canal estrecho multifactorial, canal estrecho L4 L5. Espondilolistesis HTA Diabetes mellitus. Diagnósticos. Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos. Diabetes mellitus no insulino dependiente con complicaciones no especificadas. 10/02/2016 anestesiología. Se realizó bloqueo caudal con mejoría del 50%. 10/02/2016 Neurocirugía. Paciente con dolor lumbar de 4 años de evolución, ppr región posterior hasta fosa poplítea. Diagnósticos. Trastorno de disco lumbar y otros con radiulopatía. 19/08/2017 Medicina General. Continúa con dolor lumbar y limitación funcional. Antecedente de discopatía lumbar crónica, espondilolistesis grado I de L5 a S1. 27/09/2019 Dolor y cuidados paliativos. Varios años de dolor en región baja de espalda, referido a región glúteo, intermitente. Dolor bajo de espalda crónico primario. No candidato a cirugía. Diagnósticos. Otro dolor crónico. 14/11/2019 Ortopedia y traumatología. Dolor lumbar en aumento desde hace 3 meses con irradiación a los miembros inferiores tipo parestesia. Usa bastón de marcha desde hace 4 años por su lumbalgia crónica. Diagnósticos. Trastorno de disco lumbar y otros con radiculopatía. Diagnósticos. Trastorno de disco lumbar y otros con radiculopatía. 11/11/2020 Neurocirugía. Paciente que refiere dolor de 9 años de evolución y radiado a miembros inferiores, concomitantes parestesias a predominio derecho, refiere que se ha deteriorado rápidamente, actualmente requin de muletas para poder caminar, sería realizado en filtraciones sin éxito. Diagnósticos. Otras degeneraciones especificadas de discos intervertebrales. 28/12/2020 consulta médica. Muy obeso con abdomen muy globoso. Marcha antálgica con muletas como ayuda externa. 16/06/2021 neurocirugía. Paciente con dolor lumbar axial y síntomas radiculares en miembros inferiores, al parecer con discopatías y canal lumbar estrecho, rx que muestra anterolistesis. Diagnósticos. Lumbago no especificado. Espondilolistesis. Estenosis espinal. 15/10/2021 electrofisiología. Asintomático cardiovascular, ECG muestra ritmo sinusal con bloqueo incompleto de rama derecha y mala progresión de onda R anterseptal. 21/07/2021 rx de columna lumbar. Espondilolistesis grado I L5 S1. Osteofitos anteriores posteriores laterales por fenómeno espondilósico generalizado. Pérdida del espacio intervertebral L5 S1 T12 L1. Incurvación escoliótica lumbar izquierda componente rotacional unoderecho. 10/09/2021 resonancia magnética de columna lumbosacra. Anterolistesis espondilolítica grado I/IV de L5 sobre S1, segmento en el que hay estrechez foraminal bilateral. Canal central estrecho degenerativo entre L1 L2 y L4 L5. Estreché es concomitante de forámenes radiculares en L2 L3 y L4 L5. Lipomatosis epidural lumbar. 12/07/2013 Resonancia magnética de columna lumbosacra. Osteocondrosis, espondilosis, osteoartritis facetaria severa. Anterolistesis grado I/IV de L5 sobre S1 de tipo espondilolítica con disminución de la amplitud de los canales laterales y compresión de las raíces emergente L4. Signos de canal estrecho multifactorial L4 L5 y Lipomatosis epidural desde L2. Enfermedad de Bastrup. 29/11/2021 Valoración Médica. Usuario de muletas. Dolor fuerte. Sobre peso. Le hicieron bloqueos sin mejoría. 29/11/2021 Terapia Ocupacional. Bajo incapacidad desde hace 11 años. Diagnóstico de diabetes, espondilosis y osteocondrosis, muletas auxiliares para deambular. Análisis y conclusiones. Deficiencia por lesión de segmentos móviles de la columna lumbar 18% tabla 15,3, calificación que se considera sobrevalorada teniendo en cuenta que paciente presenta patología en columna vertebral no intervenida quirúrgicamente porque no hay indicación quirúrgica según neurociencia, con restricción severa de movimientos de la columna vertebral, que lo clasifica en factor

modulador de clase 3, con factor modulador de clase cero por electromiografía normal. Se califica con 13% de deficiencia sin ponderar. Deficiencia por enfermedad cardiovascular 11% tabla 2,6, deficiencias por diabetes mellitus 5% tabla 8,1. Deficiencia por trastornos del humor (Eje I) 20% (tabla 13.2), calificaciones que no fueron controvertidas y se transcriben. Por lo tanto, la calificación de deficiencias sin ponderar, que le corresponde es de 41,15%, equivale a deficiencia final ponderada 20,58%. En cuanto al título II. Rol laboral 15%. Se califica con dicho porcentaje teniendo en cuenta su lugar como coter y las deficiencias encontradas se configuran limitaciones severas para el desarrollo de sus funciones en el cargo, las cuales requieren implementar cambio de puesto de trabajo. Autosuficiencia económica 2%. Teniendo en cuenta que no recibe ingresos derivados de su labor se cataloga económicamente leve débil. En función de la edad 2,5%. La calificación del título II es de 23,7%. La calificación de pérdida de capacidad laboral integral que le corresponde es de 44,28%. Por lo anterior esta Junta decide modificar el dictamen emitido por la Junta regional de calificación de invalidez de Antioquia. Título I. Diagnósticos. E119 diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación. F329 episodio depresivo no especificado. I10X hipertensión esencial primaria. M519 trastornos de los discos intervertebrales no especificados. Deficiencias. Deficiencia por enfermedad cardiovascular hipertensiva. Capítulo 2 tabla 2,6 11%. Deficiencias por diabetes mellitus capítulo 8 tabla 8,1 5%. Deficiencia por trastornos del humor (Eje I) capítulo 13 tabla 13,2 20%. Lesión de segmentos móviles de la columna lumbar. Capítulo 15 tabla 15,3 13%. Capítulo. Capítulo dos deficiencias por alteraciones del sistema cardiovascular 11%. Capítulo 8 deficiencias por alteraciones del sistema endocrino 5%. Capítulo 13 deficiencias por trastornos mentales y de comportamiento 20%. Capítulo 15 deficiencias por alteraciones de la columna vertebral y la pelvis 13%. Valor final de la combinación de deficiencias sin ponderar. 41,15%. Cálculo final de la deficiencia ponderada 20,58%. Título II. Restricciones del rol laboral 15%. Restricciones autosuficiencia económica 2%. Restricciones en función de la edad cronológica 2,5%. Sumatoria rol laboral autosuficiencia económica y edad (30%). 19,5%. Sumatoria total de otras áreas ocupacionales (20%). 4,2%. Valor final título II. 23,7%. Concepto final del dictamen. Valor final de la deficiencia ponderada título I. 20,58%. Valor final rol laboral ocupacional y otras áreas ocupacionales Título II 23,7%. Pérdida de la capacidad laboral y ocupacional (título I+título II) 44,28%. Fecha de estructuración. 20/08/2020. Origen enfermedad común. Fecha declaratoria 19/01/2022.

Fecha: 07/09/2023 **Intervención o tratamiento:** Clínica de Especialidades Oftalmológicas.

Resumen:

Agudeza visual AV lejos con Fx 20/70. Ojo izquierdo 20/70. AV cerca con Fx ojo derecho 1.5 m ojo izquierdo 1,5 m. Agujero estenopeico ojo derecho 20/70 ojo izquierdo 20/70. Biomicroscopia VH 3 por alteración de borde palpebral. Alteración a prueba de regilla de amsler AO. Ojo izquierdo VH3 alteración de borde palpebral. Ojo derecho mácula con alteración EPR. Ojo izquierdo mácula con alteración EPR. Diagnósticos. H526 otros trastornos de la refracción.

Concepto de rehabilitación

Proceso de rehabilitación: Sin información

Valoraciones del calificador o equipo interdisciplinario

Fecha: 01/04/2024 **Especialidad:** Saludi Ocupacional

PA 160/100 Talla 1,65 Peso 98 kg, IMC 36.02 Dominancia Diestro

Cuiello: Arcos de movimiento normales

Organos de los sentidos uso de corrección visual

Corazón Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos audibles

Pulmones: Limpíos sin ruidos sobreagregados

Abdomen Globuloso sin masas palpables

Neurológico sin déficit motor ni sensitivo ROT aquiliano ausente MID presente en MII

Extremidades superiores: Normales

Extremidades Inferiores Lasege positivo bilateral a 30 grados, Rodilla izquierda con leve bostezo externo no cajon, no Mac Murray

Columna: Limitaciones para los movimiento: a la flexión a 10 grados, Extensión a 2 grados, laterales a 5 grados, rotaciones a 10 grados, no logra caminar en puntas ni talones, posición antálgica, dolor a la palpación y a los movimientos de la columna lumbar. Uso de muletas (2) para deambular

Mental: Animo triste, ideas de minusvalía, lenguaje claro, fluido y coherente, orientado en todos los planos

Otros sietmas: no evaluados

Otros conceptos técnicos:

Los desórdenes de la columna lumbar están considerados en el Decreto 1447 del 2014 como GRUPO XII – ENFERMEDADES DEL SISTEMA MÚSCULO ESQUELETICO Y TEJIDO CONJUNTIVO. (ver la tabla)

ENFERMEDAD	CODIGO CIE -10	AGENTES ETIOLÓGICOS/ FACTORES DE RIESGO OCUPACIONAL	OCUPACIONES /INDUSTRIAS
------------	----------------	-----------------------------------------------------	-------------------------

Dorsalgia	M54		
Cervicalgia	M54.		
Ciática	2	Movimientos de región lumbar, repetidos con carga y esfuerzo; operación de maquinaria en asientos antiergonómicos por largo tiempo y posiciones forzadas en bipedestación, que predominen sobre cualquier otro factor causal.	
Lumbago con ciática	M54.		
Lumbago	3		
n o especificado	M54.		
	4		
	M54.		
	5		Choferes, repartidores, operadores de maquinaria pesada, cargadores y vigilantes, entre otros.

Artículo 3. Determinación de la causalidad. Para determinar la relación causa-efecto, se deberá identificar: 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. La presencia de una enfermedad diagnosticada médicamente relacionada causalmente con ese factor de riesgo.

La GATISO para el dolor lumbar refiere que se trata de un problema de salud pública a nivel mundial. Es la principal causa de incapacidad laboral en trabajadores de entre los 15 y 59 años, población altamente expuesta al conjunto de factores de riesgo derivados de la carga física, trauma repetitivo, accidentes laborales; convirtiéndose en la segunda causa de morbilidad profesional reportada. En Colombia, tanto el dolor lumbar como la enfermedad degenerativa están incluidos entre las 10 primeras causas de diagnóstico reportadas por las EPS. Los efectos lumbares de la manipulación manual de cargas van desde molestias ligeras hasta la existencia de una incapacidad permanente. El dolor lumbar genera un elevado costo social y económico en términos de incapacidades, pérdidas de jornada de trabajo y gasto resultante de prestaciones asistenciales, pruebas complementarias y tratamientos. Los efectos de la patología lumbar han llegado a ser considerados como uno de los puntos de actuación más importantes en la prevención en el que hacer de la salud ocupacional y específicamente de la ergonomía. El dolor lumbar inespecífico (CIE 10: M545) se define como la sensación de dolor o molestia localizada entre el límite inferior de las costillas y el límite inferior de los glúteos, cuya intensidad varía en función de las posturas y la actividad física. Suele acompañarse de limitación dolorosa con el movimiento y puede asociarse o no a dolor referido o irradiado. El diagnóstico de lumbalgia inespecífica implica que el dolor no se debe a fracturas, traumatismos o enfermedades sistémicas (como espondilitis o afecciones infecciosas o vasculares, neurológicas, metabólicas, endocrinas o neoplásicas) y que no existe compresión radicular demostrada ni indicación de tratamiento quirúrgico. Clasificación del dolor lumbar Según el tiempo de evolución – 1. Dolor lumbar agudo: Dolor que dura menos de 6 semanas. 2. Dolor lumbar crónico: Dolor con duración que sobrepasa las 12 semanas (3 meses). - Dolor lumbar subagudo: Dolor con duración de un lapso de tiempo entre estos dos períodos. Según la estructura anatómica comprometida – 1. Dolor lumbar no radicular – 2. Dolor lumbar radicular (lumbociática) – 3. Lumbalgia compleja o potencialmente catastrófica. Según el origen, el dolor lumbar puede clasificarse dentro de dos grandes grupos 1. Dolor somático: originado en los músculos y fascias, discos intervertebrales, articulaciones facetarias, periostio, complejo ligamentario, duramadre y vasos sanguíneos. 2. Dolor radicular: que se origina en los nervios espinales. Etiología: Múltiples factores ocasionan la aparición de dolor lumbar. Aunque la causa exacta sólo es posible encontrarla entre un 12 y un 15% de los pacientes (hasta un 20% en alguna literatura). Frymoyer et al encontraron que aquellos que expresaban tener dolor lumbar severo, tenían trabajos como levantamiento repetitivo de cargas pesadas, uso de taladros hidráulicos y herramientas mecánicas y operadores de vehículos a motor. También notaron en su estudio que el síntoma era más frecuente y severo dentro de fumadores, especialmente en pacientes menores de 45 años. En estudios más recientes de Frymoyer y su equipo se ha demostrado que los pacientes con dolor lumbar presentaban más episodios de depresión y ansiedad que el control, y que éstos tenían trabajos más estresantes. Las mujeres con dolor de espalda tenían en su historial médico más embarazos que aquellas que no presentaban dolor. Algunos estudios sugieren cierta relación entre la presencia de dolor lumbar y obesidad mórbida pero no hay consenso con respecto a esto. Un factor que contribuye en la dificultad del estudio del origen del dolor en los pacientes, es la alta tasa de anomalías que demuestran los estudios imagenológicos en pacientes asintomático o en los grupos control, habiendo cambios hasta en un 76% en aquellos con factores de riesgo laborales, sin que esto implique la existencia de una patología de tipo laboral. Factores de riesgo 5.1. Ocupacionales De acuerdo con la revisión sistemática de NIOSH (1997), los factores de riesgo ocupacionales que han demostrado estar asociados con la aparición del dolor lumbar inespecífico son los siguientes: carga, manipulación manual, trabajo físico pesado, levantamiento de cargas y postura forzada a nivel de columna, movimientos de flexión y rotación de tronco, exposición a vibración del cuerpo entero y posturas estáticas. También se encuentran asociados los factores psicosociales y de organización del trabajo. Carga: Cualquier objeto animado o inanimado que se caracterice por un peso, una forma, un tamaño y un agarre. incluye personas, animales y materiales que requieran del esfuerzo humano para moverlos o colocarlos en su posición determinada (8) 8 - Carga física de trabajo: Conjunto de requerimientos físicos a los que está sometido el trabajador durante la jornada laboral. Se basa en el trabajo muscular estático y dinámico. La carga estática viene

determinada por las posturas, mientras que la carga dinámica está determinada por el esfuerzo muscular, los desplazamientos y el manejo de cargas (Fundación Mapfre, 1998) - Manipulación manual de cargas: Cualquier actividad en la que se necesite ejercer el uso de fuerza por parte de una o varias personas, mediante las manos o el cuerpo, con el fin de elevar, bajar, transportar o agarrar cualquier carga Trabajo estático: Hay contracción muscular continua y mantenida Trabajo dinámico: Hay contracciones y relajaciones de corta duración Postura: Relación de las diferentes partes del cuerpo en equilibrio (Keyserling, 1999) Fuerza: Tensión producida en los músculos por el esfuerzo requerido para el desempeño de una tarea. Existe riesgo derivado de la fuerza cuando: • Se superan las capacidades del individuo. • Se realiza el esfuerzo en carga estática • Se realiza el esfuerzo en forma repetida. • Los tiempos de descanso son insuficientes. Movimiento: Es la esencia del trabajo y se define por el desplazamiento de todo el cuerpo o de uno de sus segmentos en el espacio Factores psicosociales y de organización del trabajo: NIOSH concluye que el dolor lumbar es multifactorial en origen y puede estar asociado con factores y características tanto ocupacionales como no relacionadas con el trabajo. Estas últimas pueden incluir factores demográficos, actividades de ocio, historial de alteraciones en la espalda, cultura organizacional y características estructurales de la misma. No ocupacionales Incluyen los factores de riesgo individuales no modificables (edad, talla, somatotipo, genética, patologías sobreagregadas) o modificables (factores psicológicos, patrones de personalidad específicos, obesidad, actividad física extralaboral); los cuales pueden ser coadyuvantes en la aparición y posible cronificación del dolor lumbar inespecífico.

CONCLUSIÓN

Una vez evaluado el caso del señor JAIME DE JESUS VARGAS LONDOÑO, encontramos que si bien existen factores de riesgo en su labor para generar desórdenes osteomusculares, que se describen en el estudio de puesto de trabajo y en la descripción de los cargos y labores asignadas en la empresa, se identificó manejo de cargas superiores a los 25 kg, en forma repetitiva pero al ritmo del trabajador, labora que se hacía entre 2 trabajadores y ayuda mecánica por banda transportadora. También se identifican alteraciones osteomusculares a nivel de la columna lumbar reportadas en las imágenes diagnósticas y electromiografía (EMG) que pueden generar la aparición del dolor lumbar objeto de estudio en esta caso, como es la obesidad mórbida y alteraciones congénitas a nivel de las estructuras vertebrales lumbares (lipoma en L2), por lo cual podemos concluir que la patología M511 TRASTORNO DE DISCO LUMBAR CON RADICULOPATÍA, es de tipo multifactorial, no pudiéndose encontrar una relación causa/efecto para establecer que se trata de una patología de origen laboral, concluyendo que se trata de una patología de origen común. NOTA: Las patologías Hipertensión arterial esencial (primaria), Diabetes Mellitus, Alteraciones visuales por trastornos de la refracción y el trastorno de ansiedad, también son de origen común según el Decreto 1447 de 2014, por no estar en este caso relacionadas con la labor desempeñada

Fundamentos de derecho:

Se hace la valoración de la pérdida de capacidad laboral utilizando el MUCPCLO del Decreto 1507 de 2014 vigente al momento de evaluación física y la documentación aportada en el expediente remitido por el Tribunal Administrativo de Antioquia Sala Sexta de Decisión y el Decreto 1447 de 2014 Tabla de Enfermedades Laborales

Análisis y conclusiones:

Paciente en la séptima década de la vida, actualmente desempleado, laboró como coterero en empresa de alimentos para animales, con antecedentes de dolor lumbar que comenzó en el año 2013, con imágenes diagnósticas (RNM) que reportan enfermedad degenerativa de la columna lumbar a nivel de L4 - L5 con canal medular estrecho y artrosis facetaria, además de lipoma en L2, extenso, enfermedad de Bastrup. Tiene una EMG de miembros inferiores que reporta lesión de raíz nerviosa a nivel de L5 que permite asociar el síndrome doloroso de la columna lumbar con la irradiación a miembros inferiores del dolor. La patología degenerativa es de origen multifactorial, exacerbada por el trabajo. Asocia además trastorno depresivo en manejo por psiquiatría, Hipertensión arterial manejada con monomedicamento, diabetes mellitus no insulino requiriente en manejo con hipoglicemiante y obesidad. Tiene varias calificación de la AFP, con el 28.56%, Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia y Junta Nacional de calificación de Invalidez, esta última en firme que otorga una PCL del 44.28%. que corrige la PCL determinada por la Junta Regional del 50.27% por sobre calificación, ambas determinando una enfermedad de origen común. Adicionalmente fue calificado por médico particular que da una PCL del 52.27% de origen común y por el CEMDES dictamen pericial que determina una PCL del 44.69%. de origen común. Tiene un análisis de puesto de trabajo que no permite tener elementos suficientes para inferir que hay una relación causa/efecto entre la labor desempeñada como coterero en la empresa donde inició la sintomatología de dolor lumbar y las patologías evidenciadas en las imágenes diagnósticas de tipo degenerativas de columna lumbar.

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

Título I - Calificación / Valoración de las deficiencias

Diagnósticos y origen

CIE-10	Diagnóstico	Diagnóstico específico	Fecha	Origen
E119	Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación	Trastorno del metabolismo de los carbohidratos de tipo multifactorial		Enfermedad común

R521	Dolor crónico intratable	Dolor crónico de tipo nociceptivo de difícil control		Enfermedad común
F329	Episodio depresivo, no especificado	Trastorno mixto de ansiedad y depresión en manejo por psiquiatría y sicología		Enfermedad común
M431	Espondilolistesis	Enfermedad degenerativa de la columna lumbar		Enfermedad común
I10X	Hipertensión esencial (primaria)	Alteración cardiovascular crónica		Enfermedad común
E669	Obesidad, no especificada	Obesidad proteico calórica		Enfermedad común
M478	Otras espondilosis	Trastornos degenerativos de la columna lumbar		Enfermedad común
H526	Otros trastornos de la refracción	Trastorno refractivo con uso de corrección visual		Enfermedad común
M511	Trastorno de disco lumbar y otros, con radiculopatía	Enfermedad degenerativa de la columna con EMG indicativa de lesión a nivel de raíz nerviosa L5 de tipo multifactorial exacerbado por el trabajo		Enfermedad común

Deficiencias

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia por enfermedad cardiovascular hipertensiva	2	2.6	1			NA	8,00%		8,00%
Carga de adherencia al tratamiento	2	I-1	NA	NA	NA	NA	0,00%		0,00%
							Valor combinado		8,00%

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencias por diabetes mellitus	8	8.10	1			NA	5,00%		5,00%
							Valor combinado		5,00%

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia por agudeza visual	11	11.1	NA	NA	NA	NA	25,00%		25,00%
							Valor combinado		25,00%

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia po trastornos de ansiedad (Eje I)	13	13.3	1	NA	NA	NA	20,00%		20,00%
							Valor combinado		20,00%

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Lesión de segmentos móviles de la columna lumbar	15	15.3	2	2	2	NA	15,00%		15,00%
Carga de adherencia al tratamiento	15	I-1	NA	NA	NA	NA	0,00%		0,00%
							Valor combinado		15,00%

Capítulo	Valor deficiencia
Capítulo 2. Deficiencias por alteraciones del sistema cardiovascular.	8,00%
Capítulo 8. Deficiencias por alteraciones del sistema endocrino.	5,00%
Capítulo 11. Deficiencias por alteraciones del sistema visual.	25,00%
Capítulo 13. Deficiencias por trastornos mentales y del comportamiento.	20,00%
Capítulo 15. Deficiencias por alteraciones de la columna vertebral y la pelvis.	15,00%

Valor final de la combinación de deficiencias sin ponderar	55,43%
------------------------------------------------------------	--------

CFP: Clase factor principal
CFM: Clase factor modulador

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

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

A + (100 - A) *

B

Título II - Valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales	
Valoración del rol ocupacional relacionado con el uso del tiempo libre y de esparcimiento en adultos y adultos mayores	25

7. Concepto final del dictamen		
Valor final de la deficiencia (Ponderado) - Título I		27,72%
Valor final rol laboral, ocupacional y otras areas ocupacionales - Título II		25,00%
Pérdida de la capacidad laboral y ocupacional (Título I + Título II)		52,72%
Origen: Enfermedad	Riesgo: Común	Fecha de estructuración: 20/08/2020
Fecha declaratoria: 01/04/2024		
Sustentación fecha estructuración y otras observaciones:		
Concepto de rehabilitación no favorable emitido por Medimas EPS en el cual se describen las secuelas de compromiso osteomuscular con la finalidad de tratamiento paliativo con concepto desfavorable y de origen común		
Nivel de perdida: Invalidez	Muerte: No aplica	Fecha de defunción:
Ayuda de terceros para ABC y AVD: Si	Ayuda de terceros para toma de decisiones: No	Requiere de dispositivos de apoyo: Si
Enfermedad de alto costo/catastrófica: No	Enfermedad degenerativa: Si	Enfermedad progresiva: Si
Calificación integral: Si	Decisión frente a JRCI: No aplica	

8. Grupo calificador
<div> <div>Dr. Jaime León Londoño Pimienta C.C. 3.347.858 Especialista Medicina 12580 ASGP Código 2019017702294</div></div> <div>Jaime León Londoño Pimienta Médico ponente Medico 12580</div>