



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

Otro

1. Información general del dictamen

Fecha de dictamen: 15/11/2022 **Motivo de calificación:** PCL (Dec 094/1989) **N° Dictamen:** 1075259847 - 9420
Tipo de calificación: Dictamen pericial
Instancia actual: No aplica
Tipo solicitante: Rama judicial **Nombre solicitante:** Juzgado Veintisiete
Administrativo Oral del Circuito de Bogota - **Identificación:** NIT
Seccion Segunda
Teléfono: 5553939 Ext 1027 **Ciudad:** Bogotá, D.C. - Bogotá, d.c. **Dirección:** Carrera 57 N° 43-91 Ps 5
Correo electrónico: admin27b@cendoj.ramajudicial.gov.co

2. Información general de la entidad calificadora

Nombre: Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá y Cundinamarca - Sala 2 **Identificación:** 830.106.999--1 **Dirección:** Calle 50 # 25-37
Teléfono: 795 3160 **Correo electrónico:** **Ciudad:** Bogotá, D.C. - Cundinamarca

3. Datos generales de la persona calificada

Nombres y apellidos: SAMUEL DAVID GARCIA OLAYA **Identificación:** CC - 1075259847 - Neiva **Dirección:** CLL 2 N° 6-71
Ciudad: Neiva - Huila **Teléfonos:** - 3147038657 **Fecha nacimiento:** 27/01/1992
Lugar: Neiva - Huila **Edad:** 30 año(s) 9 mes(es) **Genero:** Masculino
Etapas del ciclo vital: Población en edad economicamente activa **Estado civil:** Casado **Escolaridad:** Básica secundaria
Correo electrónico: ramon_lozada_p@hotmail.com;claudio.camachin.@hotmail.com;claudio.camachin@hotmail.com **Tipo usuario SGSS:** Particular **EPS:**
AFP: **ARL:** **Compañía de seguros:**

4. Antecedentes laborales del calificado

No aplica

5. Relación de documentos y examen físico (Descripción)

Relación de documentos

- 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.
- Copia completa de la historia clínica de las diferentes instituciones prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la historia clínica ocupacional, Entidades Promotoras de Salud, Medicina Prepagada o Médicos Generales o Especialistas que lo hayan atendido, que incluya la información antes, durante y después del acto médico, parte de la información por ejemplo debe ser la versión de los hechos por parte del usuario al momento de recibir la atención derivada del evento. En caso de muerte la historia clínica o epicrisis de

acuerdo con cada caso. Si las instituciones prestadoras de servicios de salud NO hubiesen tenido la historia clínica, o la misma NO esté completa, deberá reposar en el expediente certificado o constancia de este hecho, caso en el cual, la entidad de seguridad social debió informar esta anomalía a los entes territoriales de salud, para la investigación e imposición de sanciones él que hubiese lugar.

- Comprobante pago de honorarios

Información clínica y conceptos

Resumen del caso:

FUNDAMENTOS DE HECHO: ANTECEDENTES. Juzgado Veintisiete Administrativo Oral del Circuito de Bogotá - Sección Segunda, solicita "...la práctica del correspondiente dictamen para determinar el origen, la fecha de estructuración, el índice de disminución de la capacidad laboral y la probabilidad de reubicación laboral..."

Resumen de información clínica:

Por contingencia sanitaria y con autorización del paciente se realiza valoración médica telefónica por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá y Cundinamarca el 13 de agosto de 2022, paciente de 30 años, diestro. Casado. Escolaridad bachiller. Ocupación soldado profesional, dado de baja en marzo 2019. Vive con esposa, hijos y suegros, vivienda familiar. Refiere que depende económicamente de la esposa y recibe apoyo económico de la familia.

Tiene antecedente hipertensión portal Dx en el 2015, recibió manejo con propranolol 40mg cada 12 horas, suspendió en el 2019 por no vinculación con seguridad social, secundario a lo cual presentó venas esofágicas y trombosis portal, dice que recibió manejo intervencionista con ligadura de venas esofágicas. En el 2021 estuvo en observación por un día por dolor abdominal. Independiente en AVD y ABC, refiere dificultad para realizar todas sus actividades.

RxS: Refiere trastorno de sueño que estuvo en manejo con Lorazepam 2mg. Poliartralgias y polimialgias, dice que tiene inestabilidad de rodillas que tenía indicación de cirugía, dice que están amoratadas.

Conceptos médicos

Fecha: 20/04/2015

Especialidad: Hemato-oncología

Resumen:

E.A.: Paciente de primera vez con cuadro clínico que inició en sept/2014 con dolor abdominal difuso asociado a fiebre, diaforesis nocturna, dolor lumbar. Manejo inicial con dipirona y antiH2, se hospitalizó en Neiva, el 07/01/2015 es llevado a laparotomía exploratoria, realizan biopsia de lesiones que se evidencian en páncreas y realizan drenaje de colección, por persistencia de síntomas y sospecha de neoplasia remiten a esta institución donde es llevado nuevamente a laparotomía encontrando peritonitis y múltiples adherencias más sangrado en capa; se realiza drenaje de 3500cc, se controla sangrado y se realiza toma de cultivos. Requiere soporte vasopresor y monitoreo en UCI, manejo antibiótico y dan de alta. Requiere adicionalmente por derrame pleural toracostomía, es dado de alta el 26/03/15. El paciente refiere que no ha vuelto a presentar fiebre, dolor abdominal mejoró, tolera la vía oral, buen apetito, persiste diaforesis nocturna, meteorismo. RxS: Refiere hipoestesia en muslos. Paraclínicos: 09/01/15: Doppler portal (de Neiva): Esplenomegalia, pancreatitis, quiste renal simple. 26/01/15: Patología Q290-15: Ganglio supramesocólico, hiperplasia sinuhistiocitaria. Biopsia de páncreas sin malignidad, con estudio IHQ negativo para malignidad. 09/03/15: RNM tórax y abdomen: Derrame pleural en hemitórax izquierdo desde la región de vértice hasta la base, cambio atelectásico pasivo en base pulmonar izquierda; resto normal. Abdomen: Hígado con cambio en la ecogenicidad y área focal de 50*44mm que realza con medio de contraste y corresponde área residual de absceso; se observa colección líquida subdiafragmática que compromete área supramesocólica extendiéndose a cara inferior de hígado, al espacio pararenal anterior y goteras parietocólicas; bazo de 121*52mm sin lesiones. 10/03/15: EVDA: Várices esofágicas pequeñas y gastropatía hiperémica antral. Biopsia gástrica P210S002533: Gastritis crónica moderada. 25/03/15: Revisión de Bx de ganglio y páncreas: Negativo para malignidad. 14/04/15: Angiorresonancia de abdomen superior: Estudio compatible con proceso trombótico de vena porta, hepatoesplenomegalia, quiste simple renal derecho, bazo de 128*75mm. Examen físico: Peso: 62.7kg. Talla: 177. ECOG 1, luce crónicamente enfermo, palidez mucocutánea, disminución del pániculo adiposo y de la grasa de Bouchard. Cuello: No adenopatías. Tórax: No ausculto agregados ni signos de derrame. Abdomen: Cicatriz de laparotomía mediana, distendido supra e infraumbilical, esplenomegalia grado II, no ascitis. Extremidades inferiores: Edema grado I. Neurológico: Alerta, orientado, no signos de focalización. Diagnóstico: Otros defectos especificados de la coagulación. Análisis y plan: Paciente masculino que presenta cuadro de peritonitis posiblemente relacionada con absceso hepático roto, en quien se realizó biopsia focal del páncreas sin evidenciar malignidad; tiene una angiorresonancia que informa cambios compatibles con absceso hepático + trombosis portal, lo cual explicaría la esplenomegalia y várices esofágicas. Se considera debe confirmarse dicho hallazgo con doppler esplenoportal. Dado que hay sospecha de trombosis se considera debe iniciar anticoagulación profiláctica con enoxaparina dado el antecedente de hemorragia de vías digestivas altas. Se formula enoxaparina 40mg SC día. Se solicita estudio de trombofilia, proteína C y S, AT III, dímero D, RPCA, factor VIII-IX-XI, antifosfolípidos, anticardiolipinas, fibrinógeno, plasminógeno, AC lúpico, vitamina B12, citometría HPN (Voucher), CH, CR, AFP, CA19-9 y doppler. Control con resultados.

Entidad calificador: Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá y Cundinamarca - Sala 2

Calificado: SAMUEL DAVID GARCIA OLAYA

Dictamen: 1075259847 - 9420

Página 2 de 10

Fecha: 31/03/2016

Especialidad: Gastroenterología

Resumen:

E.A.: IDx pancreatitis de origen no claro; trombosis portal "pileflebitis"; absceso hepático secundario, drenado (2015); várices esofágicas secundaria y trombofilia en estudio. TTO: HBPM 40mg SC día. S/: Refiere sentirse bien, dolor abdominal intermitente, no sangrado gastrointestinal. 24/12/2015: Doppler porta: Signos de trombosis de la vena porta recanalizada y signos de hipertensión portal. 10/10/2015: Endosonografía: Gran hipervascularidad por colaterales a nivel de vena porta (descartar degeneración cavernomatosa de vena porta); obstrucción de vena esplénica. Angioresonancia abdominal: Estudio compatible con proceso trombótico de la vena porta, hepatoesplenomegalia, quiste simple renal derecho. EVDA, marzo 2015: Várices esofágicas pequeñas, gastropatía hiperémica antral con componente nodular. EVDA, 29/03/2015: Várices esofágicas medianas con signos rojos; várices fúndicas GOV 2; antecedente de trombosis de la porta. Examen físico: Mucosa oral húmeda, no soplos carotídeos. Ruidos cardíacos rítmicos, no soplos. Ruidos respiratorios sin sobregregados. Abdomen blando, depresible. EXT: Eutróficas, sin edema. Diagnóstico: Trombosis de la vena porta. Análisis y plan: Paciente con antecedente de trombosis venosa de la porta recanalizada, pero persiste con signos de hipertensión portal con várices esofágicas medianas con signos rojos, ya tiene orden de ligadura de várices. Se inicia manejo propanolol 40mg VO cada día. Se solicita paraclínicos para evaluar función hepática, ecografía. Además, paciente con antecedente de pancreatitis y trombosis venosa de la vena porta. Se aconseja dieta con hipograsa y bajo contenido de condimentos.

Fecha: 12/03/2018

Especialidad: Medicina interna

Resumen:

E.A.: Paciente de 26 años, con diagnósticos de trombosis vena porta (enero de 2015, degeneración cavernomatosa de la porta?), absceso hepático drenado, várices esofágicas secundarias (última ligadura diciembre 2018) y estudio de trombofilia negativo. TTO: Enoxaparina 40mg SC cada 12 horas. Asintomático. Paraclínicos: 31/05/2018: Antifactor XA 0.54, LEUC 5970, N 3490, L 1960, HB 16.4, HCT 48.5, PLT 163.000, FSP normal, AC fólico 7.8, VIT B12 250. 19/11/2018: Doppler venoso: Trombosis recanalizada de la vena porta y degeneración cavernomatosa de la vena porta. 17/01/2019: LEUC 5160, N 2590, L 1950, HB 17.2, HCT 49.6, PLT 171.000, LDH 164, AC fólico 87, VIT B12 217, Coombs directo negativo. Signos vitales: TA 111/78, FC 100, FR 16. Examen físico: Afebril e hidratado. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando, no doloroso, presenta cicatrización retardada en herida quirúrgica abdominal con secreción serosa. Extremidades sin edema. Diagnóstico: Embolia y trombosis de otras venas especificadas. Análisis y plan: Paciente con trombosis venosa porta ya recanalizada, degeneración cavernomatosa de la vena porta, en quien se considera toma de dímero D, citometría de flujo en sangre periférica y con esto se decidirá suspensión de anticoagulación o plan indefinido.

Fecha: 07/02/2019

Especialidad: Acta de Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía N. TML 19-1-080 MDNSG TML 41.1, registrada al folio No. 62 del libro del Tribunal Médico Laboral

Resumen:

Antecedentes: Dentro del expediente del señor SLP. García Olaya Samuel David aparece registrada la Junta Médico Laboral No. 101332 del 08 de mayo de 2018 realizada en la ciudad de Bogotá D.C., y cuyas conclusiones determinaron: A. Al paciente le fue efectuado examen psicofísico general para la presente diligencia, la cual se verifica de acuerdo con el concepto y la intervención personal del especialista... *Conceptos de los especialistas: Fecha: 22/09/2015. Servicio: Medicina familiar: Fecha de inicio: Paciente de 23 años, con antecedente de absceso hepático + drenaje abierto + pancreatitis secundaria + trombosis portal secundaria + hipertensión portal, quien requirió manejo quirúrgico en dos oportunidades y hospitalización prolongada por 3 meses. Actualmente seguimiento y estudio de trombofilia por hematología, estable mejora y por gastroenterología. Signos y síntomas: Historia HOSMIL de feb/2015 por hospitalización prolongada hasta marzo de 2015, HC de hematología por estudio de trombofilia. Actualmente está anticoagulado con enoxaparina 40mg día. Etiología infecciosa: En estudio de trombofilia. Estado actual: Peso 69kg, Talla: 1.80. Signos vitales: FC 70, FR 18, TA 125/85. Mucosa oral húmeda rosada; cardíacos rítmicos, sin soplos; pulmonar sin agregados. Cicatrices por drenajes abdominales + laparotomía. Extremidades sin edemas. Neurológico: Sin déficit motor ni sensitivo. Diagnóstico: Absceso hepático + drenaje quirúrgico + pancreatitis + derrame pleural + toracostomía + hipertensión portal + anticoagulación con enoxaparina, en estudio de posible trombofilia, várices esofágicas + hepato + esplenomegalia secundaria. Pronóstico: Requiere concepto por hematología, cirugía general y gastroenterología. Fecha: 14/03/2017. Servicio: Hematología: Fecha de inicio: Paciente con diagnóstico de trombosis de la vena porta en enero 2015, desde entonces en anticoagulación profiláctica con enoxaparina 40mg SC/día. Signos y síntomas: Estudio de trombofilia negativos hasta la fecha. Doppler venoso portal, agosto de 2016: Deformación cavernomatosa de la porta. Etiología: Desconocida. Estado actual: En anticoagulación con enoxaparina. Diagnóstico: Trombosis de la vena porta. Pronóstico: Regular por hipertensión portal. Fecha: 20/01/2016. Servicio: Cirugía general: Fecha de inicio: A finales del año 2014. Signos y síntomas: Lumbalgia, abdomen agudo. Etiología: Enfermedad general. Estado actual: Bueno en cuanto a estado general, hernia ventral, hipertensión portal. Diagnóstico: Estado postpancreatitis, trombosis, hipertensión y recanalización portal, abscesos múltiples hepáticos, sepsis resuelta, hernia ventral. Pronóstico: Bueno, aunque requiere controles médicos a perpetuidad. Fecha: 06/09/2017. Servicio: Gastroenterología: Fecha de inicio: Cuadro clínico ocurrió en 2015 con episodios de dolor abdominal y gastritis aguda de etiología no clara, posterior evidencia de absceso hepático; se diagnóstica trombosis de la porta (tromboflebitis) con desarrollo de hipertensión portal y várices esofágicas y gástricas, las cuales se encuentran ligadas actualmente. Signos y síntomas: Paciente en el momento de la valoración se encuentra asintomático, con degeneración cavernosa de la vena porta. Endoscopia de vías digestivas altas (7/2017) con vestigio de várices esofágicas erradicadas, gastropatía hiperémica antral. Etiología: De trombofilia, por

Entidad calificador: Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá y Cundinamarca - Sala 2

Calificado: SAMUEL DAVID GARCIA OLAYA

Dictamen: 1075259847 - 9420

Página 3 de 10

hematología. Estado actual: Paciente en el momento sin signos clínicos de hipertensión portal, con evolución clínica favorable requiriendo trombotoprofilaxis con enoxaparina; en estudio de trombofilia por parte de la hematología. Diagnóstico: Trombosis de la vena porta. Pronóstico: Depende de la adherencia al tratamiento. Fecha: 02/06/2017. Servicio: Cirugía vascular. Fecha de inicio: Paciente con antecedente de drenaje de absceso hepático y pancreatitis en 2015, con documentación de trombosis de vena portal en agosto 2016, várices esofágicas y gástricas 2016, requirieron esclerosis. Estudio de trombofilia hasta el momento negativo, actualmente niega síntomas gastrointestinales o vasculares. Signos y síntomas: Dúplex porta reporta deformación cavernosa de la vena porta y signos de trombosis de vena porta recanalizada con hipertensión porta moderada. Al examen cicatriz de laparotomía antigua en buen estado, no dolor abdominal, no hepático ni esplenomegalia palpable, no circulación colateral en piel de tórax ni abdomen. Etiología: Adquirida. Estado actual: Bueno. Diagnóstico: Trombosis vena porta. Pronóstico: Según evolución y estudios gastrointestinales. Fecha: 08/05/2018. Servicio: Salud ocupacional. Fecha de inicio: Paciente masculino de 26 años, con antecedente de 3 años de evolución caracterizado por absceso hepático generándole hipertensión portal y trombosis portal el cual requirió manejo multidisciplinario por cirugía general, gastroenterología y hematología. Signos y síntomas: Lo referido en ítem L. Etiología: Multicausal. Estado actual: Paciente masculino con buen estado general, con signos vitales FT 82, FR 16; C/C: Normocéfalo, PINRAL. C/P: Tórax simétrico. Abdomen: Hernia abdominal no exacerbada a nivel umbilical, cicatriz ventral quirúrgica, no signos de irritación peritoneal; RsIs presentes. Diagnóstico: Hipertensión portal. Trombosis de la vena porta, hernia ventral. Pronóstico: A determinar según evolución clínica. Dieta estricta baja en grasa, evitar levantamiento de cargas, evitar deporte excesivo y de alto impacto. Nota: El paciente tiene pleno conocimiento de los conceptos emitidos por los especialistas. *Situación actual: A. Anamnesis: Paciente ingresa para realizar junta médica por aptitud física, en el momento refiere sentirse bien ya que desde el 2015 no ha presentado recaídas. Refiere tratamiento y controles por especialista. Actualmente manejo por enoxaparina 40mg/día, niega otros síntomas motivo por el cual acude. B. Examen físico: Paciente con buen estado general, marcha sin alteración, no apoyo, con bastón canadiense. TA 130/90, FC 78, FR 18. Cuello: Móvil, no alteración AR. MV conservado, no se precisan agregados. SCV: Rítmicos, no soplos. Abdomen: Panículo adiposo aumentado, depresible, no doloroso a la palpación, no megalias, RHA presentes. Extremidades simétricas, pulsos periféricos presentes, dolor a la palpación en región lumbar, Lassegue positivo. Muñeca derecha e izquierda no dolor a la dorsiflexión, Phalen positivo, no inestabilidad articular. Piel: Se observa cicatriz en región abdominal (quirúrgica queloide) de aprox 15cm. *Conclusiones: Diagnóstico positivo de las lesiones o afecciones: 1. Antecedentes de absceso hepático (2014) y pancreatitis aguda, el cual requirió drenaje quirúrgico, toracotomía por derrame pleural y estados postpancreatitis ocasionando várices esofágicas, hepatoesplenomegalia secundaria; trombosis de la vena porta y hernia ventral. Según concepto valorado y tratado por medicina familiar, cirugía general, cirugía vascular, gastroenterología, hematología y salud ocupacional, que deja como secuela la hipertensión portal. B. Clasificación de las lesiones o afecciones y calificación de capacidad psicofísica para el servicio: Incapacidad permanente parcial. No apto para actividad militar según artículo 68, literal A y B, Decreto 0094/1989, no se sugiere reubicación laboral. C. Evaluación de la disminución de la capacidad laboral: Le produce una disminución de la capacidad laboral del treinta y nueve por ciento (39%). D. Imputabilidad del servicio: Afección 1: Se considera enfermedad común, literal (A) (EC). E. Fijación de los correspondientes índices: De acuerdo al artículo 47, Decreto 0094 del 11 de enero de 1989, le corresponde por: 1A), numeral 5-032, literal (B), índice doce (12) por asimilación. Motivación: Soldado profesional de 8 años de servicio con diagnóstico de hipertensión arterial portal. En cuanto a pronunciamiento de reubicación laboral esta sala se da de forma negativa ya que presenta patología hepática que impide realizar actividades propias de la vida militar y el permanecer en la fuerza estará expuesto a factores que impiden lograr su proceso de recuperación. No aporta certificaciones académicas que se puedan ser aprovechadas por la fuerza. *Situación actual: ...Se procedió a ponerle de presente el documento contentivo de la solicitud de convocatoria de Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía y se leyó el objeto de su petición, ante lo cual el paciente se ratificó en ella y solicita le sean aumentados los índices de lesión por su patología, se encuentra conforme con el origen, el calificado se considera no apto y no quiere la reubicación laboral. En el año 2014 empezó a presentar dolor abdominal, en enero del 2015 por agudización del dolor su valorado en el Hospital Universitario de Neiva donde realizan ecografías y endoscopias con reporte normal, posteriormente le fue realizado laparotomía exploratoria por persistencia del dolor, encontrando absceso hepático, la cual realizan biopsia con reporte negativo para malignidad, al mes siguiente fue remitido al Hospital Militar Central donde le realizan nuevas endoscopias de vías digestivas evidenciando venas esofágicas, además ascitis, por lo que deciden realizar nueva laparotomía exploratoria, donde diagnostican hipertensión portal, absceso hepático y trombosis portal, con colocación de drenes durando dos meses en hospitalización, dan egreso con enoxaparina, propanolol. Refiere que va a controles cada dos meses por la especialidad de hematología y gastroenterología, con último control en noviembre del 2018 donde envían exámenes de control, doppler abdominal, endoscopias. Actualmente refiere dolor lumbar, insomnio, fatigas, estreñimiento, difusión eréctil, refiere que se encuentra laborado como enlace. Su apoderado solicita que le sean aumentados sus índices para poder alcanzar una pensión y sean calificadas las patologías de tipo lumbar y disfunción eréctil. *Análisis de la situación: Los integrantes del Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía procedieron a efectuar examen físico al paciente: En buenas condiciones generales, ingresa por sus propios medios, adecuada presentación personal. Ojos: Escleras anictéricas, sin inyección conjuntival, mucosa oral húmeda. Abdomen blando, depresible, no doloroso sin masa ni megalias, con hernia ventral sin signos de estrangulación. Piel: Se evidencian cicatrices quirúrgicas de 24x5cm, 5x0.5cm, 2x0.2cm y tres de 1x0.5cm, sin alteración funcional. *Consideraciones: Con el fin de resolver la situación médico laboral del señor SLP. García Olaya Samuel David, al cual le fue practicada Junta Médica Laboral No. 101332 del 08 de mayo de 2018 realizada en la ciudad de Bogotá D.C., por parte de la Dirección de Sanidad del Ejército Nacional, con los resultados antes consignados y luego de cotejar las conclusiones de ésta con su estado médico laboral actual, teniendo en cuenta la documentación que reposa en el expediente médico laboral principalmente los conceptos de especialistas, los resultados de paraclínicos tomados y demás documentos aportados por el paciente, así como el examen médico practicado al calificado el día de su asistencia a esta instancia, se evidencia: 1. Frente a lo clasificado de hipertensión portal que le ocasionó absceso hepático, pancreatitis aguda, várices esofágicas hepatoesplenomegalia, trombosis de la vena porta, una vez verificadas las misma se establece que las demás patologías presentadas por el calificado son secundarias a su enfermedad de base; y revisados los laboratorios de fecha 11/07/2018 y del 04/02/2019 se encuentran dentro de parámetros normales. Dúplex del 19/11/2018 muestra signos de hipertensión portal leve. Realizado el examen físico el día hoy: Abdomen blando, depresible, sin ascitis ni circulación colateral; por lo anterior la sala decide ratificar los índices asignados por la primera instancia por estar calificado acorde a su patología y severidad, siendo su origen enfermedad común no relacionada con la actividad militar. 2. Respecto de otras lesiones y patologías no calificadas en la Junta Médico

Laboral en revisión tal como: Dolor lumbar y difusión eréctil, se le aclara que al no ser incluidas dentro de la calificación de la presente junta médico laboral, esta instancia no se puede pronunciar, con base en el hecho de que se debe proteger el debido proceso, permitiendo que la valoración inicial sea practicada en la primera instancia, si a ello, existe lugar sin agotar la segunda instancia de reclamación, en la vía administrativa, conforme al artículo 21 del Decreto 1796 de 2000. 3. Esta instancia evidencia que según el Decreto 094 de 1989, se encuentran causales de no aptitud para el calificado, por lo cual se decide declararlo no apto para actividad militar, por artículo 68 literales A y B y artículo 56 literal 2. 4. Frente a la recomendación de reubicación laboral el Tribunal Médico Laboral determina que: A) Frente a las habilidades del actor: El calificado posee una experiencia laboral de 8 años de servicio, el calificado aporta certificados de estudios de capacitaciones realizadas en el SENA con baja intensidad horaria y no dirigidas en una misma línea de formación de acuerdo al Decreto 4904 de 2009. Es importante señalar que su patología le genera riesgos médicos, su permanencia en la institución ponen en peligro su condición médica, generando posibles incapacidades y con una continua valoración por parte de especialidades de hematología y gastroenterología. Por lo anterior, no se recomienda la reubicación laboral del calificado. *Decisiones: Por las razones anteriormente expuestas, el Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía decide por unanimidad ratificar los resultados de la Junta Médico Laboral No. 101332 del 08 de mayo de 2018 realizada en la ciudad de Bogotá D.C.

Fecha: 14/05/2019 **Especialidad:** Cirugía general

Resumen:

E.A.: Paciente de 27 años, con diagnósticos de hernia ventral compleja, trombosis portal HTA y várices esofágicas. S/: Paciente refiere sentirse bien, niega síntomas. 14/05/19: L 4470, N 45.2%, HTO 46.3, HB 16, PLAQ 128000 (manual 130000), PT 11.3, PTT 30.9, INR 1.06. Signos vitales: TA 114/78, FC 75, FR 19. Examen físico: Alerta, hidratado, afebril. Abdomen con presencia de hernia ventral compleja de 10x5cm sin signos de encarcelamiento de obstrucción. Resto del examen físico sin alteraciones. Diagnóstico: Hernia ventral sin obstrucción ni gangrena. Análisis y plan: Paciente adulto joven con antecedentes mencionados, quien ingresa para preparación preoperatoria para realización de eventrorrafia, a quien ya se le realizó TAC. Ya fue valorado por anestesiología quien no contraindica procedimiento.

Fecha: 06/06/2019 **Especialidad:** Cirugía general

Resumen:

E.A.: Paciente con diagnóstico de POP de eventrorrafia con malla Sublay técnica de Rives y Estopa. Paciente con adecuada modulación del dolor, refiere sentirse bien, tolerando vía oral, diuresis y deposiciones positivas sin alteraciones. Signos vitales: TA 120/60, FC 75, FR 18. Examen físico: Paciente alerta, orientado en las 3 esferas, hidratado, en buen estado general. Cabeza y cuello móvil, no doloroso, sin adenopatías, escleras anictéricas. Mucosa oral húmeda. Tórax: Simétrico y normoexpansible; ruidos cardíacos rítmicos y sin soplos; ruidos respiratorios conservados, sin sobreagregados. Abdomen: Blando, doloroso a la palpación, con herida quirúrgica limpia, sin signos de infección ni sangrado activo, no signos de irritación peritoneal. Extremidades: Simétricas, eutróficas, sin edemas, llenado capilar menor a 2seg. SNC: No déficit motor ni sensitivo aparente. Diagnóstico: Hernia ventral sin obstrucción ni gangrena. Análisis y plan: Paciente masculino en la tercera década de la vida en POP mediado de eventrorrafia por técnica de Rives y Estopa con adecuada evolución clínica. En el momento clínicamente estable sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, tolerando la vía oral, sin cambios infecciosos a nivel de herida ni signos de irritación peritoneal. Se decide dar egreso con cita control, signos de alarma, incapacidad y órdenes ambulatorias.

Fecha: 04/05/2021 **Especialidad:** Clínica Medilaser - Epicrisis

Resumen:

Fecha de ingreso: 03/05/2021. Fecha de egreso: 04/05/2021. 03/05/2021: Medicina general: E.A.: Paciente de 29 años, con antecedente de laparotomía exploratoria por absceso hepático y trombosis de la vena porta hace 4 años con posterior hernia ventral, por lo que requirió eventrorrafia con malla hace 2 años, quien ingresa por cuadro clínico de 9 horas de evolución consistente en dolor abdominal generalizado tipo cólico, constante, de gran intensidad 10/10 en la escala análoga del dolor, no irradiado, asociado a múltiples episodios eméticos, sensación febril. Refiere hoy deposición de características normales, no disnea, niega otros síntomas. Niega automedicación. Antecedentes: Quirúrgicos: Laparotomía exploratoria por absceso hepático y trombosis de la vena porta hace 4 años; eventrorrafia con malla hace 2 años, apendicectomía hace 2 años. Signos vitales: TA 114/67, FC 94, FR 18. Peso: 70kg. Talla: 178cm. Examen físico: Paciente alerta, afebril, con estabilidad hemodinámica, sin signos de dificultad respiratoria. Álgico, quejumbroso, poco colaborador. Deshidratado. Abdomen: Se evidencia cicatriz Qx en toda la línea media, blando, depresible, doloroso a la palpación generaliza de predominio paramedial izquierdo en mesogastrio, no signos de irritación peritoneal. Diagnóstico: Otros dolores abdominales y los no especificados. Análisis y plan: Paciente masculino con múltiples antecedentes Qx, con cuadro de dolor abdominal generalizado asociado a múltiples episodios de emesis, malestar general. En el momento alerta, afebril, con estabilidad hemodinámica, tendencia a la taquicardia, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen doloroso a la palpación generalizada de predominio en mesogastrio, no irritación peritoneal. Se inicia manejo médico, solicito ECO abdominal urgente y revalorar. *Evolución 04/05/2021, cirugía general: Paraclínicos: ECO de abdomen: Quiste renal izquierdo, sin otros hallazgos aparentes de anormalidad. Radiografía de abdomen: Signo de pila de monedas; niveles hidroaéreos, presencia de gas y materia fecal, ampolla rectal. Paraclínicos: Hemograma con leucocitosis 17.891, HB 18, trombocitos normales; gases arteriales con

alcalemia 7.48 con alcalosis respiratoria y acidosis metabólica en compensación. Tiempos de coagulación, amilasa, BUN, K, NA y CL normales. Creatinina en límite superior de la normalidad; ácido láctico elevado. Diagnóstico: Obstrucción intestinal parcial. Hipertensión arterial. Análisis: Paciente quien a las 18:00 horas refiere distensión y dolor abdominal, los laboratorios en su momento mostraron leucocitosis sin neutrofilia importante. La radiografía de abdomen mostraba signos de obstrucción parcial. En el momento clínicamente no hay distensión ni dolor abdominal y refiere ha presentado flatos (aún sin deposición), último episodio emético hace aprox 10 horas. Se considera iniciar líquidos endovenosos y tras posibilidad de obstrucción parcial ya resuelta de forma espontánea, se decide toma de nuevo cuadro hemático y nuevo Rx de abdomen de pie; para según reporte y evolución clínica considerar necesidad de TAC abdominal.

Pruebas específicas

Fecha: 08/01/2015 **Nombre de la prueba:** Endoscopia de vías digestivas altas.

Resumen:

Várices esofágicas pequeñas. Várices gástricas tipo I. Demás datos ilegibles.

Fecha: 09/01/2015 **Nombre de la prueba:** Ecografía abdominal total

Resumen:

Pancreatitis. Esplenomegalia. Quiste simple renal derecho.

Fecha: 26/01/2015 **Nombre de la prueba:** Estudio anatomopatológico

Resumen:

Diagnostico: A. Ganglio linfático supramesocólico: Biopsia: Hiperplasia sinuhistiocitaria. Negativo para neoplasia. B. "Cuerpo de páncreas, biopsia: Tejido pancreático de histología usual, negativo para malignidad. Complementar con informe de inmunohistoquímica.

Fecha: 29/01/2015 **Nombre de la prueba:** Informe anatomopatológico

Resumen:

Inmunohistoquímica: Descripción microscópica: Se observa reactividad de las células acinares pancreáticas, centroacinares y CKAE1/AE3 y E-cadherina, los conductos y células centro-acinares muestran rea... específica con CK7 y CK19. Las células endocrinas de los islotes de Langerhan... reactividad con CK AE1/AE3, cromogranina, sinaptofisina y CD56. Las células muestran reactividad con CD34. El índice de proliferación celular es inferior a 1%..., observándose ocasionales células acinares positivas. No hay reactividad con CD... Nota: Los marcadores de inmunohistoquímica muestran un tejido pancreático de histológica usual. Se descarta lesiones neoplásicas en esta muestra. Diagnóstico: Cuerpo del páncreas: Estudio complementario con inmunohistoquímica negativo para neoplasia.

Fecha: 11/02/2015 **Nombre de la prueba:** Radiografía de tórax

Resumen:

Estudio dentro de los límites normales.

Fecha: 09/03/2015 **Nombre de la prueba:** Resonancia magnética de abdomen superior y resonancia magnética de tórax

Resumen:

*Tórax: Se observa derrame pleural en hemitórax izquierdo desde la región del vértice hasta la base. Cambio atelectásico pasivo en la base pulmonar izquierda. Volumen pulmonar derecho normal, espacio pleural derecho libre. Mediastino central, corazón de tamaño normal, grandes vasos de calibre y curso normal. Diafragma normal. *Abdomen: Hígado con cambio de ecogenicidad en lóbulo derecho por antecedente patológico. Área focal hepática de 50.6 x 44.2mm que realza con el medio de contraste que corresponde al área residual del absceso. Se observa colección líquida subdiafragmática que compromete el área supramesocólica extendiéndose a la cara inferior del hígado al espacio pararenal anterior y goteras parietocólicas. Páncreas de tamaño y forma normal. Bazo con diámetros de 121x52mm sin lesiones. La vesícula muestra paredes regulares sin defectos lumbinales. Vía biliar intra y extrahepática de calibre normal. Glándulas suprarrenales normales. El riñón derecho muestra pequeño quiste simple cortical de 16mm de diámetro. Asas intestinales de calibre normal.

Pared abdominal normal. Estructuras óseas conservadas. Conclusión: Derrame pleural izquierdo. Componente pasivo atelectásico basal izquierdo. Colección líquida en la cavidad peritoneal que, afecta el área supra e inframesocólica según descripción. Lesión focal hepática que realza con el contraste y en la actualidad mide 50.6x44.2mm de diámetro. Quiste simple renal derecho.

Fecha: 10/03/2015 **Nombre de la prueba:** Informe anatomopatológico

Resumen:

Diagnóstico patológico: Biopsias gástricas de región antral y fundocorporal: Gastritis crónica moderada, inactiva, no atrófica. No hay metaplasia intestinal ni displasia. Helicobacter pylori negativo con azul de toluidina.

Fecha: 13/03/2015 **Nombre de la prueba:** Radiografía de tórax

Resumen:

Borramiento del ángulo costofrénico izquierdo por la presencia de líquido y/o engrosamiento pleural a este nivel. No hay otras alteraciones para señalar.

Fecha: 25/03/2015 **Nombre de la prueba:** Anatomía patológica

Resumen:

Descripción microscópica: Fecha: 13/04/2015: Los cortes muestran parénquima pancreático con arquitectura acinar conservada, tejido fibroconectivo laxo y tejido adiposo adyacente sin necrosis, con leve inflamación crónica, no se observan atipias celulares ni malignidad. los estudios de inmunohistoquímica muestran positividad en las áreas pancreáticas para E-cadherina y citoqueratina AEI/AE3, con conductos pancreáticos positivos para CK7, CK19. Los islotes de Langerhans muestran positividad para CD56, cromogranina y sinaptofisina, CD34 positivo en vasos capilares acompañantes. El CD10 es negativo y el Ki67 es menos del 1%. Diagnóstico patológico: Revisión de bloques y láminas de histología, incluido estudios de inmunohistoquímica rotulado IMO21-15: Negativo para malignidad.

Fecha: 14/04/2015 **Nombre de la prueba:** Angiorresonancia abdominal

Resumen:

Estudio compatible con proceso trombótico de vena porta. Hepatoesplenomegalia. Quiste simple renal derecho.

Fecha: 24/12/2015 **Nombre de la prueba:** Dúplex color vena porta y venas mesentéricas

Resumen:

Dúplex scan color portal, con signos de trombosis de vena porta recanalizada y signos de hipertensión portal.

Fecha: 18/05/2016 **Nombre de la prueba:** Esofagogastroduodenoscopia

Resumen:

Várices esofágicas medianas con signos rojos. Várices fúndicas y cardiales GOV 2. Gastropatía hiperémica antral.

Fecha: 25/08/2016 **Nombre de la prueba:** Dúplex color vena porta y venas mesentéricas

Resumen:

Dúplex scan color portal con deformación cavernomatosa de la vena porta y signos de trombosis de vena porta recanalizada con hipertensión portal moderada.

Fecha: 19/01/2017 **Nombre de la prueba:** Ecografía hepatobiliar

Resumen:

Quiste simple renal derecho.

Fecha: 10/05/2017 **Nombre de la prueba:** Esofagogastroduodenoscopia

Resumen:

Várices esofágicas medianas con signos rojos. Várices esofagogástricas VGE -2. Gastropatía hiperémica antral.

Fecha: 23/06/2017 **Nombre de la prueba:** Aspirado de médula ósea

Resumen:

Impresión diagnóstica: M.O. normocelular con representación de todas las líneas hematopoyéticas. No se evidencia compromiso tumoral. Correlacionar con biopsia y citometría.

Fecha: 17/07/2017 **Nombre de la prueba:** Esofagogastroduodenoscopia

Resumen:

Vestigios de várices esofágicas erradicadas. Gastropatía hiperémica antral.

Fecha: 18/03/2019 **Nombre de la prueba:** Informe anatomopatológico

Resumen:

Diagnóstico patológico: Sangre periférica: Estudio de inmunofenotipo por citometría de flujo: Predominio granulocítico sin alteraciones fenotípicas que indiquen de forma categórica presencia de clones de alta prevalencia de hemoglobinuria paroxística nocturna.

Fecha: 09/05/2019 **Nombre de la prueba:** Esofagogastroduodenoscopia

Resumen:

Várices esofágicas pequeñas. Gastropatía eritematosa antral.

Fecha: 28/05/2019 **Nombre de la prueba:** Dúplex color vena porta y venas mesentéricas

Resumen:

Dúplex scan color portal con signos de hipertensión portal asociado a trombosis antigua recanalizada 20% aprox de porta extrahepática e intrahepática.

Fecha: 03/05/2021 **Nombre de la prueba:** Ecografía abdominal total

Resumen:

Hígado: De forma y tamaño conservado, contorno regular, parénquima homogéneo sin imagen focal. Vesícula biliar periforme no distendida, pared fina, impresiona alitiásica. Vía biliar: Intra y extrahepática no dilatada, colédoco 6mm. Páncreas: No visualizado por excesiva interposición meteórica intestinal. Bazo: Homogéneo, tamaño conservado con diámetro longitudinal de 120mm. Ambos riñones son de forma y tamaño conservado, contorno regular parénquimas ecogénicos, considerar nefropatía aguda. El derecho heterogéneo por imagen quística simple de 15.3mm. El izquierdo homogéneo... (no legible). Vejiga simétrica, pared fina, contenido líquido homogéneo, sin imágenes parietales ni endoluminales. Se hace mención a asas de intestino delgado dilatadas considerablemente, con contenido líquido propio en su luz. No apariencia de masas ni colecciones organizadas al interior de la cavidad abdominopélvica detectable al método en el momento actual. Resto del estudio sin aparentar otras particularidades detectables al método. Morrison y Douglas libres en el momento actual.

Concepto de rehabilitación

Proceso de rehabilitación: Sin información

Valoraciones del calificador o equipo interdisciplinario

Fecha: 13/08/2022 **Especialidad:** Medicina laboral - Fisiatría

Telemedicina. Talla 1.70m. Peso 65Kg. IMC 22.4. No estigmas de dificultad respiratoria. Esfera mental: Funciones mentales superiores conservadas. Afecto hipomodulado de fondo triste, sensoperceptivo normal. Ideas de minusvalía sobrevaloradas, pobre prospección. No ideas auto ni heteroagresivas.

Fecha: 22/08/2022 **Especialidad:** Psicología

Paciente de 30 años de edad, diestro, bachiller, casado, un hijo de 6 años y una hijastra de 11 años. Vive con la esposa, los suegros, el cuñado, el hijo y la hijastra, en vivienda familiar de propiedad de los suegros, refiere depender económicamente de la esposa y dice recibir ayuda económica de los suegros y de los papás. Dice estuvo vinculado con el Ejército desde junio de 2010, ingresó a prestar servicio, posteriormente fue soldado bachiller y en 2012 entró como soldado profesional, desvinculación en mayo de 2019. Niega actividad laboral en la actualidad.

Refiere antecedente de hipertensión portal, absceso hepático, trombos en vena portal. Tuvo manejo intrahospitalario en 2015, le hicieron dos laparotomías exploratorias. Requiere colocación de malla en 2019 para manejo de eventración abdominal. Dice estaba anticoagulado, medicado con propanolol. Refiere como síntomas actuales dolor abdominal, dice presenta episodios de obstrucción intestinal cada 4 meses en promedio, refiere antecedente de inestabilidad de rodillas (refiere tenía indicación de cirugía que no alcanzaron a hacerle antes de salir del ejército), insomnio, dolor en rodillas e inestabilidad, dice estaba en seguimiento por psicología, refiere ocasionalmente siente sabor a sangre en la boca. Indica dificultad para caminar, mantener bípedo prolongado, manipular peso, atender al hijo y hacer actividades de recreación.

Fundamentos de derecho:

Que se tuvieron en cuenta para el presente dictamen se encuentran en las siguientes normas: Decreto 094 de 1989, Ley 100 de 1993, Decreto 1295 de 1994, Decreto 917 de 1999, Decreto 2463 de 2001, Ley 776 de 2002, Ley 962 de 2005, Decreto 2566 de 2009, Decreto 19 de 2012, Ley 1562 de 2012, Decreto 1352 de 2013, Decreto 1477 de 2014, Decreto 1507 de 2014, Decreto 1072 de 2015, Resolución 2654 de 2019, Decreto 491 de 2020.

Análisis y conclusiones:

Paciente de 30 años, antecedente de drenaje de absceso hepático, pancreatitis y gastritis crónica en 2015, trombosis de vena portal e hipertensión portal moderada diagnosticadas en agosto 2016, várices esofágicas y gástricas 2016. Recibió manejo médico con propanolol 40mg cada 12 horas y enoxaparina profiláctica, e intervención quirúrgica con ligadura de várices esofágicas. Presentó hernia ventral, recibió manejo quirúrgico en mayo de 2019 con eventrorrafia con malla Sublay técnica de Rives y Estopacon, procedimiento sin complicaciones, con adecuada evolución clínica en el POP. En mayo de 2021 estuvo en observación por un día por obstrucción intestinal parcial, que resolvió sin complicaciones. No aporta historia clínica posterior a este fecha.

En la valoración de telemedicina realizada por la JRCI, paciente sin estigmas de dificultad respiratoria. Esfera mental: Funciones mentales superiores conservadas. Afecto hipomodulado de fondo triste, sensoperceptivo normal. Ideas de minusvalía sobrevaloradas, pobre prospección. No ideas auto ni heteroagresivas.

Se procede a calificar DCL de los diagnósticos soportados con suficiencia en la historia clínica aportada, tratados y con secuelas funcionales establecidas.

Decreto 094 de 1989. Deficiencia Hipertensión portal. Numeral 5-032. Índice 12. DCL 37.5%

Nota: Decisión tomada de manera unánime por los integrantes firmantes al final del dictamen.

6. Descripción del dictamen

Diagnósticos y origen

CIE-10	Diagnóstico	Diagnóstico específico	Fecha	Origen
K766	Hipertensión portal			Enfermedad común

7. Concepto final del dictamen

Pérdida de la capacidad laboral

37,50%

Origen: Enfermedad

Riesgo: Común

Fecha de estructuración: 13/08/2022

Fecha declaratoria: 15/11/2022

Sustentación fecha estructuración y otras observaciones:

Fecha en la cual se establece la condición clínica y funcional actual.

Nivel de pérdida: Incapacidad permanente parcial

Muerte: No

Fecha de defunción:

Ayuda de terceros para ABC y AVD: No

Ayuda de terceros para toma de decisiones: No

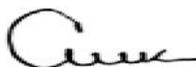
Requiere de dispositivos de apoyo: No

Enfermedad de alto costo/catastrófica: No

Enfermedad degenerativa: No

Enfermedad progresiva: No

8. Grupo calificador



Clara Marcela Villabona Kekhan

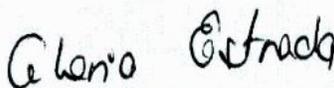
Médico ponente

Médica



Jorge Humberto Mejía Alfaro

Médico



Gloria Stella Estrada Roncancio

Psicóloga