



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

### 1. Información general del dictamen

<b>Fecha de dictamen:</b> 02/10/2020	<b>Motivo de calificación:</b> PCL (Dec 917/1999) N° Dictamen: 72139956 - 6793	
<b>Tipo de calificación:</b>		
<b>Instancia actual:</b> No aplica		
<b>Tipo solicitante:</b>	<b>Nombre solicitante:</b> JUZGADO 39 LABORAL DEL CIRCUITO DE BOGOTA	<b>Identificación:</b> NIT
<b>Teléfono:</b>	<b>Ciudad:</b> Bogotá, D.C. - Bogotá, d.c.	<b>Dirección:</b> CALLE 14 No. 7-36 EDIFICIO NEMQUETEBA
<b>Correo electrónico:</b>		

### 2. Información general de la entidad calificadora

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

### 3. Datos generales de la persona calificada

<b>Nombres y apellidos:</b> RAFAEL LOZADA BERMUDEZ	<b>Identificación:</b> CC - 72139956	<b>Dirección:</b> CALLE 34 # 38A - 46 ESTE B. VILLA NUEVA ALTA SOACHA
<b>Ciudad:</b> Bogotá, D.C. - Bogotá, d.c.	<b>Teléfonos:</b> - 3102928989	<b>Fecha nacimiento:</b> 19/11/1966
<b>Lugar:</b>	<b>Edad:</b> 53 año(s) 10 mes(es)	<b>Genero:</b> Masculino
<b>Etapas del ciclo vital:</b> Población en edad económicamente activa	<b>Estado civil:</b> Divorciado (Separado)	<b>Escolaridad:</b> Básica secundaria
<b>Correo electrónico:</b> cruzjulieth30@gmail.com	<b>Tipo usuario SGSS:</b> Contributivo (Cotizante) EPS:	
<b>AFP:</b>	<b>ARL:</b>	<b>Compañía de seguros:</b>

### 4. Antecedentes laborales del calificado

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

### 5. Relación de documentos y examen físico (Descripción)

#### Relación de documentos

- Fotocopia simple del documento de identidad de la persona objeto de dictamen o en su defecto el número correspondiente.

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

## Información clínica y conceptos

### Resumen del caso:

#### CONCEPTO DE LAS ENTIDADES:

**Junta Regional de Bogotá** el 03.12.2013 calificó los Dxs cervicalgia, lumbago no especificado, trastorno depresivo recurrente, no especificado, como de origen Enfermedad Común, PCL: 26.15 FE: 27.08.2013 (Dec. 917/99)

**Junta Nacional de Calificación** el 03.12.2013 calificó los Dxs cervicalgia, lumbago no especificado, trastorno depresivo recurrente, no especificado, como de origen Enfermedad Común, PCL: 26.15 FE: 27.08.2013 (Dec. 917/99)

**MOTIVO DE CONTROVERSIA Y/O REMISIÓN:** Remitido por Juzgado 39 Laboral del Circuito de Bogotá, para determinar origen, pérdida de capacidad laboral y fecha de estructuración.

#### **SOLICITUDES Y MOMENTOS IMPORTANTES DE LA AUDIENCIA**

*FIJACIÓN DEL LITIGIO: Establecer si el dictamen realizado por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá y Cundinamarca y en apelación por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, coincide o no con la situación que rodea al demandante en su salud, en las patologías y así, determinar, o en lo que tiene relación o en lo que influye con el origen, el porcentaje y la fecha de estructuración de tal forma que sea necesario practicar o acoger un nuevo dictamen.*

### Resumen de información clínica:

En virtud de emergencia global por pandemia Covid19, y acorde a las directrices del gobierno nacional, se realiza la presente calificación con base en la documentación aportada, y teleconsulta del 9 de julio de 2020.

Paciente de 53 años. Labora como auxiliar de bodega inicialmente por Codexco, actualmente Exelabpo SA (contratación personal para diversas actividades) vinculado desde el 2006, incapacitado desde el 6 de dic de 2011.

Refiere que el 29 de julio de 2011 presentó accidente de trabajo, con IPAT que registra " Estaba descargando un contenedor de un camión, atrás estaba la puerta de la bodega Farma cerrada, donde se guarda el producto quedando atrapado, con el hidráulico con carga aproximadamente de 1 tonelada se golpeó el brazo izquierdo y tronco; siendo atendido inicialmente en La Cruz Roja, refiriendo molestia en el hombro y pierna izquierda manejado con analgesia parenteral, continuando manejo ambulatorio, con analgesia tópica y oral; incapacitado durante 3 días, persistiendo con dolor en hemicuerpo izquierdo, dolor en la espalda, con muchas equimosis. A los 15 días lo ubicaron en otra bodega, manipulando partes de electrodomésticos (neveras), con aumento del dolor a nivel lumbar, no consultó, dice porque le daba miedo que lo retiraran de la empresa. Por aumento insoportable del dolor, consultó el 6 de dic/11 a la Clínica de Occidente, en donde estuvo hospitalizado durante 4 días, se le tomó Rx columna lumbar del 10/12/2011 que reporta " ... Morfología ósea preservada, discopatía crónica a nivel L5 - S1 con pérdida del espacio discal esclerosis de superficies de contacto y formaciones osteofíticas a su nivel. Resto de elementos óseos y articulares se encuentran dentro de lo normal". Incapacitado durante 15 días, analgesia, sin mejoría, parestesias adormecimientos miembros inferiores. Ortopedia lo valora en enero/12, prescribe fisioterapia, con poca tolerancia. En control de Ortopedia solicita resonancia columna LS, realizada el 6 de marzo de 2012 reportó " Deshidratación de los discos intervertebrales, particularmente desde L2-L3 hasta L5-S1, abombamientos discales difusos, desgarros anulo-ligamentarios y pequeñas protrusiones discales posteromediales que disminuyen en forma leve la amplitud del canal central y de los neuroforámenes asociado a cambios degenerativos facetarios lumbares leves."

Resonancia columna cervical del 26 de nov de 2012 reportó " Cambios degenerativos uncovertebrales desde C3 hasta C6 con estenosis foraminal moderada secundaria en C4-C5 y C5-C6 donde se asocia a cambios degenerativos facetarios. Complejos disco osteofitarios posteriores desde C3 hasta C6 que no contactan el cordón medular.". Manejado con analgesia oxicodona 30 mgrs diarios, hidroterapia, sin referir mejoría. Adicionalmente aumento del dolor en hombro, rodilla izquierda, se le realizó resonancia hombro izquierdo del 5 de febrero de 2014 reportó "Leves cambios degenerativos acromioclaviculares. Leve tendinopatía del supraespinoso y del subescapular. Bursitis subacromio-subdeltoidea. Quistes subcondrales posteriores en la glenoide, la naturaleza de éstos puede ser degenerativo o estar relacionada con cambios secuelares postraumáticos. Irregularidad en la señal del labrum superior por cambios degenerativos o postraumáticos. Escaso aumento de líquido articular sin franco derrame. Tendinopatía proximal del tendón de la porción larga del bíceps.". Resonancia rodilla izquierda del 21 de mayo de 2015 reportó "Ruptura del cuerno posterior del menisco interno y cuerno anterior del menisco externo. Ruptura parcial casi completa crónica del ligamento cruzado anterior. Rótula alta sin lesión cartilaginosa. Leve aumento del líquido intraarticular."

El 12 de agosto de 2015 se le realizó Artroscopia diagnóstica de rodilla, menisectomía medial y lateral de rodilla vía abierta. Hallazgos: Cartílago patelofemoral: cartílago lesión Gilí global de la rótula tróclea normal. Compartimiento femorotibial medial: Cartílago normal. Menisco lesión degenerativa de la unión del cuerpo con el cuerno posterior con flap luxado hacia la cara superior del cuerpo del menisco. Compartimiento femorotibial lateral: Cartílago normal. Menisco normal, LCA normal. Tróclea estrecha. Sinovitis anterior y plica mediopatelar. Reintervenido al año, y en el 2018, actualmente tiene pendiente infiltraciones. Hace 2 años dolor, adormecimiento en manos, se le realizó electrodiagnóstico de miembros superiores, confirmando síndrome túnel del carpo bilateral, tiene pendiente neulolisis mediano derecho.

En manejo por Psiquiatría desde 2012, medicado con sertralina, psicoterapia, en controles periódicos, con muchas dificultades por cambios de EPS, última valoración en el 2016. Convive con dos hijas de 21 años, y de 10 años, manifiesta que fueron abandonados por la esposa hace 4 años. Última valoración de Fisiatría en marzo de 2020, y en manejo por clínica de dolor, medicado con metadona 10 mgrs cada 8 horas, pregabalina cada 12 horas, sertralina 50 mgrs diarios, clorhexidina 1 tableta.

Antecedentes: Hipotiroidismo diagnosticado en 2012 en tto con levotiroxina 100 mcgrs diarios, gastritis crónica en manejo con ranitidina. Dislipidemia, en tratamiento con dieta hipograsa. Refiere hipoacusia derecha progresiva después del accidente.

### Conceptos médicos

**Fecha:** 29/07/2011      **Especialidad:** Furat – ARL Sura

**Resumen:**

Estaba descargando un contenedor la bodega donde se guarda el producto hay una estructura metálica estaba entrecerrada u puerta y el venía con el hidráulico con carga aproximadamente de 1 tonelada se golpeó el brazo izquierdo. Sucursal álamos.

**Fecha:** 06/12/2011      **Especialidad:** Urgencias – Clínica de Occidente

**Resumen:**

Motivo de consulta y enfermedad actual: "dolor en la columna" paciente refiere cuadro de una semana de evolución consistente en dolor lumbar no irradiado que se presenta posterior a una semana de levantar carga pesada en su trabajo. EF: extremidades eutróficas sin edema, pulsos distales simétricos, llenado capilar menor a 2 segundos, arcos de movimiento conservados, no deformidad, lasegge negativo, bragard negativo. Neurológico: alerta, orientado en las 3 esferas, lenguaje claro coherente, pupilas isocóricas normorreactivas, simetría facial, resto de pares sin alteraciones, fuerza 5/5 en las 4 extremidades, no déficit motor ni sensitivo aparente, rot ++/++++, no meníngeos, marcha normal. Análisis: paciente con lumbago sin signos de radiculopatía en el momento del examen físico, movilidad conservada, puntos gatillo paravertebrales, se da manejo analgésico y antiespasmódico, recomendaciones generales, calor local, signos de alarma para reconsultar por urgencias. Incapacidad por 3 días.

**Fecha:** 07/06/2012      **Especialidad:** Neurocirujano

**Resumen:**

Evolución: Dolor en región lumbar intenso, le dificulta caminar, dolor severo en manos, en rodillas, en los pies. Imágenes diagnósticas: 29-05-2012 Gammagrafía ósea El estudio mostro aumento de la concentración del radiotrazador en articulaciones acromioclaviculares, glenohomerales, acetábulos, platillo tibial medial de ambas rodillas principalmente la izquierda y en tercio superior de la tibia derecha. Hipercaptación en carpos, articulaciones metacarpofalangica de primer dedo de la mano derecha y primero, segundo y tercer dedos de la mano izquierda. Hipercaptación en L5-S1. Examen físico: Espasmo lumbar bilateral, dolor a la palpación de rodillas. Impresión diagnóstica Artrosis facetaria L5-S1 Lumbago. Formulación: Oxidona 10mgrs día, 20mgrs noche Conducta: Interconsulta con reumatología, control Dr. Mejía en un mes.

**Fecha:** 01/08/2012      **Especialidad:** Reumatología

**Resumen:**

EA: Refiere desde el 06.12.2011 aparición súbita de lumbalgia irradiada a extensión inferior izquierda intensidad 10/10 niega trauma, en urgencias formulan analgesia sin mejoría importante, ortopedia ordena fisioterapia sin presentar mejoría, a los 3 meses neurocirugía remite a reumatología + medicina del dolor. EF: osteomuscular presenta puntos gatillo 12/18, no sinovitis, lassegue (+). Análisis: Paciente quien no presenta criterios clínicos de compromiso autoinflamatoria o autoinmune, su etiología es de origen estructural y fibromialgia secundaria. Debe continuar manejo con clínica del dolor y neurocirugía. Se da de alta por Reumatología. Dxs discopatía lumbar múltiple más canal central estrecho, fibromialgia secundaria.

**Fecha:** 05/09/2012

**Especialidad:** Neurocirugía

**Resumen:**

Evolución: Dolor lumbar, dolor en MIL, tuvo accidente en la empresa 29 julio 2011...descargando un contenedor llevaba el gato hidráulico. Examen físico: Espasmo lumbar, dolor en isquiotibial. Impresión diagnóstica: Lumbago severo. Retracción isquiotibial. Control en 1 mes.

**Fecha:** 11/09/2012

**Especialidad:** Clínica del dolor – Mederi

**Resumen:**

Remitido por el Dr López para evaluación psicósomática previo a la junta interdisciplinaria de dolor. Es auxiliar de bodega, estaba a cargo de bultos de productos veterinarios, hace 1 año estaban cargando producto, mientras él la sostenía con gato hidráulico, un compañero cerró la puerta y perdió el control del gato y la carga le cayó encima aprisionando el pecho y la espalda contra la puerta. Reportaron el accidente de trabajo, por la ARP ellos atendieron en urgencias, le aplicaron dipirona, diclofenac y prescribieron AINES. No le dieron incapacidad. Lo trasladaron a otra bodega. En diciembre de 2011 sintió mucho dolor de espalda trabajando irradiado a pierna izquierda, quedó engatillado. Consulto a urgencias, no reportaron a la ARP. Le diagnosticaron hernia discal. El caso quedó a cargo de la EPS porque le diagnosticaron artrosis general como enfermedad. Lo está tratando el Dr Juan Armando Mejía neurocirujano quien lo remitió a medicina laboral quien no diagnóstico origen porque es confuso. Tiene la expectativa que en la junta de dolor se aclare el origen y se le dé curso a la reclamación y a la calificación de origen profesional. El neurocirujano le dijo que su caso no era quirúrgico. Está incapacitado de manera continua desde diciembre de 2011, las ha expedido el Neurocirugía. El dolor es de intensidad 9/10 EVA. El neurocirujano le formuló oxicodona (10-0-20). No tolera hidromorfona que le indicó el Dr López. Le dio gastritis y hematoquecia, asociados a estreñimiento severo. Con oxicodona el dolor baja a 6/10 EVA. Hace terapia en la casa, refiere corrientazos en la espalda en el transporte público, no lo tolera. RNM marzo 2012: deshidratación de los discos intervertebrales desde L2-L3 hasta L5-S1, abombamientos discuales difusos, desgarramientos anulo ligamentarios y pequeñas protrusiones discuales posteromediales que disminuyen en forma leve el canal central asociado a cambios degenerativos facetarios lumbares leves. Val por reumatología: no presenta criterios clínicos de compromiso autoinflamatorio o autoinmune. Alta por reumatología. Objetivo: Historia personal: Es de Bucaramanga, es el mayor de 2 hermanos, su padre los abandonó cuando él tenía 3 años, su madre los sacó adelante, ella es muy malgeniada, los castigos eran muy fuertes, en una oportunidad se huyó de la casa por miedo al castigo. Aun así la quiere. Trabaja desde los 10 años de edad, el costeo sus estudios hasta terminar bachillerato. Su madre fabricaba dulces y lo ubicaba como mensajero o ayudante en tiendas. Vivió en Barranquilla y trabajó un tiempo como zapatero, hizo un técnico en el SENA, y su abuelo era zapatero. Trabajo 7 años, hasta que la empresa se quemó accidentalmente. Luego trabajo 8 años en otra empresa como cortador de cuero, llegó a ser supervisor. Luego tuvo un taller en casa, hasta que se separó de su primera compañera. Se vino a Bogotá en el 2004, donde estaba su hermano y su madre. Lleva 8 años en unión libre, tiene una hija de 3 años, y viven con uno de sus hijos mayores quien tiene 21 años. La señora tiene una hija de 14 años. De la primera unión tiene 2 hijos, la mayor tiene 4 hijos. Refiere que toda su vida ha estado deprimido, nunca ha pensado en matarse. Refiere ansiedad frecuente, tiene claustrofobia, debe usar sedantes para sus exámenes. Insomnio de despertar intermitente. Lo ha visto psiquiatría, le prescribió sedantes que no recuerda para los exámenes. No ha vuelto a control. Refiere que por dolor no puede hacer nada. Tiene una gran incertidumbre sobre su futuro. Examen físico por regiones: Psiquismo Psiquismo: Anormal, alerta, orientado, colaborador, afecto modulado de tono ansioso, es dramático, llanto fácil, fobia a espacios cerrados, ideación de minusvalía, insomnio de despertar temprano e intermitente, normobulíco, juicio de realidad conservado. No ve su futuro porque no se puede mover normal. Tiene expectativa en calificación de origen y de invalidez. Análisis de resultados observaciones 29 mayo 2012 gammagrafía ósea; compromiso infamatorio acromioclavicular, glenohumeral, acetábulo, plato tibial medial de ambas rodillas, hipercaptación en carpos, metacarpofalangias. Hipercaptación L5-S1. Análisis: Paciente con antecedente de historia de vida difícil con síntomas depresivos crónicos tipo distimia. Se requiere revisar el caso en junta y ver la correlación entre el grado de discapacidad severo que refiere el paciente con hallazgos en imágenes que no explican la severidad. Hay una clara expectativa en el proceso de calificación de origen y de invalidez.

**Fecha:** 06/12/2012

**Especialidad:** Neurocirugía

**Resumen:**

Evolución: Tuvo golpe contra una puerta y entre el gato hidráulico cargado de una tonelada...el año pasado...el 29 07 11; además tiene dolor cervical. Imágenes diagnósticas: 26-11-2012 RM simple de columna cervical Cambios degenerativos uncovertebrales desde C3 hasta C6 con estenosis foraminal moderada secundaria en C4-C5 y C5-C6 donde se asocia a cambios degenerativos facetarios. Complejos disco osteofitarios posteriores desde C3 hasta C5 que contactan el cordón medular. Examen físico: Severo espasmo lumbar, dolor en isquiotibial Izquierdo. Impresión diagnóstica: Trauma severo lumbar. Multi-trauma. Conducta: diagnóstico trauma severo por compresión (en su cuerpo). Evolución; no ha mejorado ha estado en medicina del dolor. limitaciones no puede agacharse, no puede tener posiciones forzadas, no levantar objetos mayor a 5 kilos, levantar objetos desde mediana altura no desde abajo, sentarse en asiento ergonómico (silla con espaldar completo, con apoyo lumbar), no puede estar largo rato sentado o de pie. Posibilidad de recuperación laboral no... No se recuperara por el trauma severo de atrapamiento y daño múltiple con desgarro muscular. Origen patología: durante su trabajo. Concepto de rehabilitación....Desfavorable.

**Fecha:** 05/06/2013

**Especialidad:** Neurocirugía

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

**Calificado:** RAFAEL LOZADA BERMUDEZ

**Dictamen:** 72139956 - 6793

Página 4 de 15

**Resumen:**

Evolución: Dolor en región lumbar. Imágenes diagnósticas: 06-05-2013 RM de columna lumbosacra simple Pequeñas protrusiones centrales de la base ancha en L3-L4 y L4-L5, adyacentes a las raíces descendentes. Complejos disco osteofitarios central y foraminales en L5-S1, adyacentes a las raíces descendentes y emergentes correspondientes. Discopatía multinivel, con desgarros parciales del anillo fibroso. Estenosis foraminal multinivel. Espondilosis, osteocondrosis y esclerosis facetaria difusas. No hay cambios morfológicos significativos al comparar con resonancia previa marzo de 2012. Examen físico: Severo espasmo lumbar, dolor en cara posterior en MMII. Impresión diagnóstica: Lumbago Artrosis facetaria lumbar, desgarrado severo muscular por trauma en la región lumbar (recibió su cuerpo 1 tonelada). Formulación: Oxicodona 10mgrs día, 20mgrs noche, omeprazol 1cap día. Conducta: diagnóstico trauma severo por compresión (en su cuerpo). Evolución; no ha mejorado ha estado en medicina del dolor. limitaciones no puede agacharse, no puede tener posiciones forzadas, no levantar objetos mayor a 5 kilos, levantar objetos desde mediana altura nc desde abajo, sentarse-en asiento ergonómico (silla con espaldar completo, con apoyo lumbar), no puede estar largo rato sentado o de pie. Posibilidad de recuperación laboral no...No se recuperara por el trauma severo de atrapamiento y daño múltiple con desgarrado muscular. Origen patología: durante su trabajo. Concepto de rehabilitación....Desfavorable.

**Fecha:** 24/09/2013**Especialidad:** Neurocirugía**Resumen:**

Evolución: Dolor en región del trapecio i, dolor en región lumbar, en MMII. Examen físico: Severo espasmo en trapecio i, espasmo lumbar, espasmo en isquiotibiales. Impresión diagnóstica: Lumbago severo. Retracción de isquiotibiales, retracción de trapecio i, trauma lumbar severo (le cayó una tonelada). Formulación: oxicodona 10 mgs día y 20 mgs noche. Conducta: diagnóstico trauma severo por compresión (en su cuerpo). Evolución; no ha mejorado ha estado en medicina del dolor. limitaciones no puede agacharse, no puede tener posiciones forzadas, no levantar objetos mayor a 5 kilos, levantar objetos desde mediana altura nc desde abajo, sentarse-en asiento ergonómico (silla con espaldar completo, con apoyo lumbar), no puede estar largo rato sentado o de pie. Posibilidad de recuperación laboral no...No se recuperara por el trauma severo de atrapamiento y daño múltiple con desgarrado muscular. Origen patología: durante su trabajo. Concepto de rehabilitación....Desfavorable.

**Fecha:** 07/01/2014**Especialidad:** Neurocirugía**Resumen:**

Evolución: Severo dolor lumbar, a veces en MIL, dolor en región del trapecio I. Examen físico: Espasmo en el trapecio i., espasmo lumbar interno bilateral, dolor en isquiotibiales Impresión diagnóstica: Lumbago severo. Retracción de isquiotibiales, retracción de trapecio i. Trauma lumbar severo, severo desgarrado de la musculatura lumbar mayor del lado izquierdo (le cayó una tonelada) (duró 15 días con dolor después del trauma y reaparición meses posterior....todo debido al golpe intenso). Discos L3-L4, L4-L5 Degeneración uncovertebral desde C3 a C7 bilateral. Solicitud de exámenes: RNM hombro izq. Conducta: diagnóstico trauma severo por compresión (en su cuerpo). Evolución; no ha mejorado ha estado en medicina del dolor. limitaciones no puede agacharse, no puede tener posiciones forzadas, no levantar objetos mayor a 5 kilos, levantar objetos desde mediana altura nc desde abajo, sentarse-en asiento ergonómico (silla con espaldar completo, con apoyo lumbar), no puede estar largo rato sentado o de pie. Posibilidad de recuperación laboral no...No se recuperara por el trauma severo de atrapamiento y daño múltiple con desgarrado muscular. Origen patología: durante su trabajo. Concepto de rehabilitación.... Desfavorable.

**Fecha:** 01/10/2014**Especialidad:** Neurocirugía**Resumen:**

Evolución: Dolor en región lumbar i., dolor intenso en MU., dolor en isquiotibial i., está esperando respuesta del ministerio del trabajo, lo vio ortopedista de hombro...le mandó terapia. Examen físico: Espasmo lumbar bilateral, aunque mayor del lado i., con severo espasmo de isquiotibial y aductor i., severa dificultad para caminar, usa muleta. Impresión diagnóstica: Lumbago severo Severa retracción de isquiotibiales Accidente (en el trabajo) atrapamiento una tonelada (productos veterinarios). Desgarrado muscular severo múltiple por atrapamiento, tendinitis en hombro izquierdo. Conducta: diagnóstico trauma severo por compresión (en su cuerpo). Evolución; no ha mejorado ha estado en medicina del dolor. limitaciones no puede agacharse, no puede tener posiciones forzadas, no levantar objetos mayor a 5 kilos, levantar objetos desde mediana altura nc desde abajo, sentarse-en asiento ergonómico (silla con espaldar completo, con apoyo lumbar), no puede estar largo rato sentado o de pie. Posibilidad de recuperación laboral no...No se recuperara por el trauma severo de atrapamiento y daño múltiple con desgarrado muscular. Origen patología: durante su trabajo debido al golpe de una tonelada sobre su cuerpo tuvo dolor intenso en su espalda, por eso estuvo trabajando con objetos leves por el dolor lumbar, lo cual ha sido con quedando atrapado y esto produce lesiones tardías en las articulaciones de la columna y sobre el sistema musculo esquelético. Concepto de rehabilitación.... Desfavorable.

**Fecha:** 01/12/2014

**Especialidad:** Neurocirugía

**Resumen:**

Evolución: Continua con dolor permanente en región lumbar i., también en Mil., dolor en isquiotibiales, el ortopedista de hombro tiene cita para el día mañana. Dolor en rodilla i. Examen físico: Espasmo lumbar bilateral intenso, con severo espasmo de isquiotibial y aductor i, continúa con bastón. Impresión diagnóstica: Lumbago severo Severa retracción de isquiotibiales Accidente (en el trabajo) atrapamiento una tonelada (productos veterinarios). Desgarro muscular severo múltiple por atrapamiento, tendinitis en hombro izqdo. Se solicita Rx de rodilla. Conducta: diagnóstico trauma severo por compresión (en su cuerpo). Evolución; no ha mejorado ha estado en medicina del dolor. limitaciones no puede agacharse, no puede tener posiciones forzadas, no levantar objetos mayor a 5 kilos, levantar objetos desde mediana altura no desde abajo, sentarse-en asiento ergonómico (silla con espaldar completo, con apoyo lumbar), no puede estar largo rato sentado o de pie. Posibilidad de recuperación laboral no...No se recuperara por el trauma severo de atrapamiento y daño múltiple con desgarro muscular. Origen patología: durante su trabajo debido al golpe de una tonelada sobre su cuerpo tuvo dolor intenso en su espalda, por eso estuvo trabajando con objetos leves por el dolor lumbar, lo cual ha sido con quedando atrapado y esto produce lesiones tardías en las articulaciones de la columna y sobre el sistema musculo esquelético. Concepto de rehabilitación....Desfavorable.

**Fecha:** 16/02/2015

**Especialidad:** Neurocirugía

**Resumen:**

Evolución: Dolor lumbar izquierdo en Mil., dolor en isquiotibiales y en rodilla izquierda. Refiere dolor en epigastrio con distinción al comer a los 15 minutos. Ha estado angustiado porque el accidente en trabajo no lo toman como tal. Examen físico: Espasmo lumbar bilateral, espasmo de isquiotibial y aductor i, severo, continúa con bastón. No puede caminar normal. Impresión diagnóstica: Lumbago severo Severa retracción de isquiotibiales Accidente (en el trabajo) atrapamiento una tonelada (productos veterinarios). Desgarro muscular severo múltiple por atrapamiento Tendinitis en hombro izqdo. Conducta: diagnóstico trauma severo por compresión (en su cuerpo). Evolución; no ha mejorado ha estado en medicina del dolor. limitaciones no puede agacharse, no puede tener posiciones forzadas, no levantar objetos mayor a 5 kilos, levantar objetos desde mediana altura no desde abajo, sentarse-en asiento ergonómico (silla con espaldar completo, con apoyo lumbar), no puede estar largo rato sentado o de pie. Posibilidad de recuperación laboral no...No se recuperara por el trauma severo de atrapamiento y daño múltiple con desgarro muscular. Origen patología: durante su trabajo debido al golpe de una tonelada sobre su cuerpo tuvo dolor intenso en su espalda, por eso estuvo trabajando con objetos leves por el dolor lumbar, lo cual ha sido con quedando atrapado y esto produce lesiones tardías en las articulaciones de la columna y sobre el sistema musculo esquelético. Concepto de rehabilitación....Desfavorable.

**Fecha:** 20/05/2015

**Especialidad:** Neurocirugía

**Resumen:**

Evolución: Dolor lumbar izquierdo en MIL, dolor en isquiotibiales y en rodilla izquierda. Refiere dolor en epigastrio con distinción al comer a los 15 minutos. Ha estado angustiado porque el accidente en trabajo no se le ha reconocido. Refiere dolor en MID, porque tiene que apoyarse más en dicho Mí., le harán bloqueos en trapecios. Examen físico: Espasmo lumbar bilateral, espasmo de isquiotibial y aductor izquierdo severo, continúa con bastón. No puede caminar normal. Impresión diagnóstica Lumbago severo, severa retracción de isquiotibiales Accidente (en el trabajo) atrapamiento una tonelada (productos veterinarios). Desgarro muscular severo múltiple por atrapamiento Tendinitis en hombro izqdo. Conducta: limitaciones: no puede agacharse, no puede tener posiciones forzadas, no levantar objetos mayor a 5 kilos, levantar objetos desde mediana altura no desde abajo, sentarse en asiento ergonómico (silla con espaldar completo, con apoyo lumbar), no puede estar largo rato sentado o de pie, no puede hacer caminatas, tiene severa limitación para montar bicicleta. Posibilidad de recuperación laboral no se recuperara por el trauma severo de atrapamiento y daño múltiple con desgarro muscular, es decir es desfavorable. Origen patología....durante su trabajo, debido al golpe de una tonelada sobre su cuerpo tuvo dolor intenso en su espalda, por eso estuvo trabajando con objetos leves por el dolor lumbar, lo cual ha sido continuo quedando atrapado y esto produce lesiones tardías en las articulaciones de la columna y sobre el sistema musculoesquelético.

**Fecha:** 17/06/2015

**Especialidad:** Otorrinolaringología – Centro audiológico y quirúrgico del Country

**Resumen:**

Motivo consulta: paciente masculino, quien presento trauma hace 4 años y luego del cual refiere presentar hipoacusia posterior al mismo, no refiere otorrea ni otorragi hasta el momento. Audiometría del 28/04/2015 reporta la presencia de hipoacusia neurosensorial leve a moderado en oi y leve a severo en OD. PTA OD 20 dB O118 dB. Oído Derecho: normal, sin lesiones, tímpano integro. Oído Izquierdo: normal, rinne positivo bilateral, weber late realizado izquierdo. Plan: tratamiento paciente masculino, quien representa cuadro de hipoacusia en estudio, se solicita la realización de logaudiometria + impedanciometría y control con resultados.

**Fecha:** 26/10/2015

**Especialidad:** Neurocirugía

**Resumen:**

Evolución: Severo dolor lumbar, le dificulta caminar, refiere no tolera estar Sargo tiempo de pie. Estuvo con el ortopedista de hombro. Tiene claustrofobia, esto ha sucedido después de tener bultos encima una tonelada durante el accidente, también durante el accidente tuvo disminución de audición bilateral. Laboratorios: Audiometría; hipoacusia leve i. grave d. Examen físico: Severo espasmo lumbar bilateral, retracción de infraespinoso izquierdo, dolor en isquiotibiales, camina con bastón está muy limitado para la marcha, dolor severo dorsal. Impresión diagnóstica Lumbago severo Severa retracción de isquiotibiales Accidente (en el trabajo) atrapamiento una tonelada (productos veterinarios). Desgarro muscular severo múltiple por atrapamiento, tendinitis en hombro izqdo. Ruptura de menisco interno y externo i, Gastritis crónica antral Dorsalgia Retracción de infraespinoso i. Depresión Retracción de trapecios Claustrofobia Hipoacusia bilateral leve L, grave d. Conducta: limitaciones: no puede agacharse, no puede tener posiciones forzadas, no levantar objetos mayor a 5 kilos, levantar objetos desde mediana altura no desde abajo, sentarse en asiento ergonómico (silla con espaldar completo, con apoyo lumbar), no puede estar largo rato sentado 0 de pie, no puede hacer caminatas, tiene severa limitación para montar bicicleta. Posibilidad de recuperación laboral no se recuperara por el trauma severo de atrapamiento y daño múltiple con desgarro muscular, es decir es desfavorable. Origen patología....durante su trabajo, debido al golpe de una tonelada sobre su cuerpo tuvo dolor intenso en su espalda, por eso estuvo trabajando con objetos leves por el dolor lumbar, lo cual ha sido continuo quedando atrapado y esto produce lesiones tardías en las articulaciones de la columna y sobre el sistema musculoesquelético.

**Fecha:** 04/03/2016

**Especialidad:** Neurocirugía

**Resumen:**

Evolución: Dolores múltiples severos, continua dolor en hombros, dolor lumbar, dolor en rodillas, tiene más dolor en la rodilla d. y refiere que no puede caminar fácilmente. Examen físico: Severo espasmo lumbar bilateral, retracción de infraespinoso izquierdo, dolor en isquiotibiales, camina con bastón está muy limitado para la marcha, dolor severo dorsal izquierdo. Tiene gran edema de rodilla d. con dificultad para caminar, no puede doblar la rodilla. Impresión diagnóstica: Lumbago severo Severa retracción de isquiotibiales Accidente (en él trabajó) atrapamiento una tonelada (productos veterinarios). Desgarro muscular severo múltiple por atrapamiento (Tendinitis en hombro izqdo. Ruptura de menisco interno y externo i. Gastritis crónica antral Dorsalgia Retracción de infraespinoso i. Depresión Retracción de trapecios Claustrofobia Hipoacusia bilateral leve 1., grave d. (por los ondas sonoras durante el accidente, la tonelada al caer sobre su cuerpo) Meniscos de rodilla i. Meniscos de rodilla d. Conducta: limitaciones: no puede agacharse, no puede tener posiciones forzadas, no levantar objetos mayor a 5 kilos, levantar objetos desde mediana altura no desde abajo, sentarse en asiento ergonómico (silla con espaldar completo, con apoyo lumbar), no puede estar largo rato sentado 0 de pie, no puede hacer caminatas, tiene severa limitación para montar bicicleta. Posibilidad de recuperación laboral no se recuperara por el trauma severo de atrapamiento y daño múltiple con desgarro muscular, es decir es desfavorable. Origen patología....durante su trabajo, debido al golpe de una tonelada sobre su cuerpo tuvo dolor intenso en su espalda, por eso estuvo trabajando con objetos leves por el dolor lumbar, lo cual ha sido continuo quedando atrapado y esto produce lesiones tardías en las articulaciones de la columna y sobre el sistema musculoesquelético.

**Fecha:** 10/03/2017

**Especialidad:** Medicina del dolor

**Resumen:**

Cita primera vez. Paciente asiste en compañía de su hija, por la condición del paciente. Se realiza la entrevista indagando historia clínica, quien manifiesta accidente desde 2011. Actualmente se encuentra un paciente depresivo, irritable, con ideas de minusvalía y desesperanza, quien se encuentra con una red de apoyo dada por su hija de 19 años y no cuenta con el apoyo de su esposa. Refiere que ha tenido diferentes dificultades relacionadas cc temas administrativos en donde no ha tenido una continuidad en la atención, y pesar de los diagnósticos realizados no posee incapacidad ni continuidad de medicamentos, aspecto que le genera mayor angustia. Se realiza un reconocimiento de que es un paciente de ALTO RIESGO de abuso y autolesión dado el curso natural de su enfermedad crónica. Se debe realizar una proceso de acompañamiento de sesiones cada 15 días.

**Fecha:** 26/04/2017

**Especialidad:** Ortopedia – hospital San José

**Resumen:**

Ocupación: auxiliar de bodega. Mc: "tuve un accidente de trabajo" Ef: paciente quien presenta accidente de trabajo 29/07/2011 presentando trauma por aplastamiento en ambas rodillas en el momento con dolor en la marcha y bipedestación, limitación en los arcos de movilidad, edema de predominio en la rodilla derecha, la cual refiere que limita para sus actividades cotidianas. Antecedentes: patológicos: discopatía lumbar, trastorno depresivo crónico, lesión de menisco rodilla izquierda, hipotiroidismo. Quirúrgicos: condroplastia de rodilla izquierda (agosto/2015). Apendicetomía. EF: MII: limitación en los arcos de movilidad, dolor a la palpación de línea articular medial, roce patelofemoral. Análisis: paciente con lesión meniscal dolorosa en rodilla derecha, se considera que se beneficia de Sutra meniscal vs meniscoplastia mas condroplastia por artroscopia. se explica a paciente4 riesgos de procedimiento, quien refiere entender y aceptar.

**Fecha:** 26/08/2019      **Especialidad:** Medicina del dolor

**Resumen:**

Motivo de Consulta: tengo mucha depresión, lloro y me siento sin salida" Enfermedad Actual: paciente con hipotiroidismo en suplencia, osteoartritis, síndrome de túnel del carpo y discopatía cervical y lumbar, trastorno depresivo y de ansiedad con modulación de dolor durante tiempo efectivo del medicamento pero con depresión, llanto facial, pensamientos de minusvalía, tendencia al encierro, al aislamiento, pérdida de interés en las actividades diarias. Resumen y comentarios: paciente con hipotiroidismo en suplencia, osteoartritis, síndrome de túnel del carpo y discopatía cervical y lumbar trastorno depresivo y de ansiedad con modulación de dolor durante tiempo efectivo del medicamento pero con descompensación de trastorno depresivo, se solicita control por psiquiatría 1- metadona 10mg cada 8hrs 2-pregabalina 75mg vía oral cada 12hrs control en 6 meses.

**Fecha:** 04/03/2020      **Especialidad:** Ortopedia

**Resumen:**

MC: Control. Enfermedad Actual: Paciente postoperado de artroscopia de rodilla izquierda el 04/10/19. Refiere dolor y parestesias en mano derecha de larga data que limita funcionalmente que no mejora. EF: Rodilla izquierda rangos articulares completa, muñeca derecha signos de túnel ++ prueba de phalen ++ Comentarios: EMG de MMSS: STC bilateral severa derecha y moderada izquierda. Plan: se da orden para liberación del túnel carpiano derecho por dolor limitante, orden de exámenes preoperatorios

**Pruebas específicas**

**Fecha:** 10/12/2011      **Nombre de la prueba:** Rx columna lumbosacra – Idime

**Resumen:**

Morfología ósea preservada, discopatía crónica a nivel L5 - S1 con pérdida del espacio discal esclerosis de superficies de contacto y formaciones osteofíticas a su nivel. Resto de elementos óseos y articulares se encuentran dentro de lo normal.

**Fecha:** 06/03/2012      **Nombre de la prueba:** Rm columna lumbosacra

**Resumen:**

Tendencia a rectificarse la lordosis lumbar. Desalineamientos vertebrales tumbares degenerativos pequeños. Los cuerpos vertebrales lumbares son de altura normal, presentan hiperseñal en las secuencias T1 y T2 que sugieren reemplazo de la médula ósea roja, osteofitos degenerativos lumbares y osteocondrosis intervertebral Modic tipo III (esclerosis) en L5-S1. Deshidratación de los discos intervertebrales lumbares de predominio desde L2-L3 hasta L5-S1, con mayor compromiso de L5-S1 donde posiblemente presenta fenómeno de vacío intradiscal. En L2-L3 abombamiento discal difuso pequeño. En L3-L4 y en L4-L5 abombamiento discal difuso, desgarramiento anillo-ligamentario y pequeña protrusión discal posteromedial que contacta el saco tecal. En L5-S1 abombamiento discal difuso y pequeña protrusión discal que contacta el saco tecal. Los neuroforámenes presentan leve disminución de su amplitud desde L2-L3 hasta L5-S1 por los abombamientos discales descritos previamente y leves cambios degenerativos facétanos lumbares. El cono medular es de diámetro, posición e intensidad de señal normal. Conclusión: Deshidratación de los discos intervertebrales, particularmente desde L2-L3 hasta L5-S1, abombamientos discales difusos, desgarramientos anillo-ligamentarios y pequeñas protrusiones discales posteromediales que disminuyen en forma leve la amplitud del canal central y de los neuroforámenes asociado a cambios degenerativos facétanos lumbares leves.

**Fecha:** 25/03/2012      **Nombre de la prueba:** Gammagrafía ósea – Idime

**Resumen:**

Se intenta en tres ocasiones la toma del estudio pero paciente no soporta estar acostado refiere claustrofobia, se remite con médico tratante para definir conducta

**Fecha:** 29/05/2012      **Nombre de la prueba:** Gammagrafía ósea – Idime

**Resumen:**

Cambios de compromiso articular inflamatorio en las articulaciones descritas. La hipercaptación en L5-S1 debe correlacionarse con estudios radiológicos para establecer etiología.

**Fecha:** 26/11/2012      **Nombre de la prueba:** Rm columna cervical

**Resumen:**

Se observa moderada pérdida de la altura e intensidad de señal de los discos intervertebrales desde C2 hasta C6 por deshidratación y cambios degenerativos. Se observan complejos disco osteofitarios posteriores desde C3 hasta C6 que no contactan el cordón medular ni alteran su intensidad de señal. También desde C3 hasta C6 se observan cambios degenerativos uncovertebrales, estos condicionan estenosis foraminal moderada junto a cambios degenerativos facéтанos en C4-C5 y C5-C6. La altura, morfología e intensidad de señal de los cuerpos vertebrales es normal, no se observan otras lesiones focales o difusas. Los elementos posteriores son de aspecto usual. La amplitud de los demás forámenes de conjugación y de las porciones visualizadas del canal raquídeo se encuentra preservada. El cordón medular es de morfología e intensidad de señal normal. No hay alteraciones en los tejidos blandos perivertebrales. Opinión: Cambios degenerativos uncovertebrales desde C3 hasta C6 con estenosis foraminal moderada secundaria en C4-C5 y C5-C6 donde se asocia a cambios degenerativos facéтанos. Complejos disco osteofitarios posteriores desde C3 hasta C6 que no contactan el cordón medular.

**Fecha:** 16/04/2013      **Nombre de la prueba:** Rm columna cervical

**Resumen:**

Se observa ligera pérdida de la altura e intensidad de señal de los discos intervertebrales de la columna cervical por deshidratación y cambios degenerativos con incipientes complejos disco osteofitarios posteriores desde C3 hasta C6, que no contactan el cordón medular. Cambios degenerativos uncovertebrales C3-C4, C4-C5, C5-C6 y C6-C7 que condicionan estenosis foraminal al lado derecho en C4-C5 y bilateral, moderada en C5-C6. La altura, morfología e intensidad de señal de los cuerpos vertebrales es normal, no se observan otras lesiones focales o difusas. Los elementos posteriores son de aspecto usual. La amplitud de los forámenes de conjugación y de las porciones visualizadas del canal raquídeo se encuentra preservada. El cordón medular es de morfología e intensidad de señal normal. No hay alteraciones en los tejidos blandos perivertebrales. Opinión: Cambios degenerativos uncovertebrales C3-C4, C4-C5, C5-C6 y C6-C7 que condicionan estenosis foraminal al lado derecho en C4-C5 y bilateral, moderada, en C5-C6. Moderados cambios degenerativos discales de la columna cervical con complejos disco osteofitarios posteriores que no contactan el cordón medular ni causan canal estrecho.

**Fecha:** 06/05/2013      **Nombre de la prueba:** Rm columna lumbosacra

**Resumen:**

Festoneado multinivel de los platillos terminales. Rectificación de la lordosis fisiológica, con actitud escoliótica de vértice derecho. Sutil retrólisis en L2-L3 y L5-S1, de base degenerativa. Heterogeneidad difusa en la intensidad de señal de la médula ósea, con múltiples focos de reemplazo graso. Cambios degenerativos tipo 3 en los platillos terminales L5-S1. Espondilosis y Osteocondrosis multinivel, con pérdida concomitante de la altura de los discos intervertebrales. En L2-L3 se identifica abombamiento discal difuso que contacta el saco tecal y pequeño desgarro parcial central del anillo fibroso sin compresión radicular aparente; también hay cambios por esclerosis facetaria con estenosis foraminal leve izquierda. En L3-L4 y L4-L5 se identifican abombamientos discales difusos, pequeñas protrusiones centrales de base ancha, adyacentes a las raíces descendentes y desgarros parciales centrales del anillo fibroso, con esclerosis facetaria y estenosis foraminal leve en L4-L5. En L5-S1, se identifican complejos disco osteofitarios central y foraminales, adyacentes a las raíces descendentes y emergentes correspondientes, así como esclerosis facetaria con estenosis foraminal moderada bilateral. Cono medular de intensidad de señal, volumen e implantación normales. Tejidos blandos paraespinales sin lesiones focales ni difusas. Opinión: Pequeñas protrusiones centrales de base ancha en L3-L4 y L4-L5, adyacentes a las raíces descendentes. Complejos disco osteofitarios central y foraminales en L5-S1, adyacentes a las raíces descendentes y emergentes correspondientes. Discopatía multinivel, con desgarros parciales del anillo fibroso. Estenosis foraminal multinivel descrita. Espondilosis, Osteocondrosis y esclerosis facetaria difusas. No hay cambios morfológicos significativos al comparar con resonancia previa de Marzo de 2012.

**Fecha:** 05/02/2014      **Nombre de la prueba:** Rm hombro izquierdo – Idime

**Resumen:**

Acromion tipo 1, con inclinación lateral. Leve tendinopatía del supraespinoso y del subescapular. Los demás tendones del manguito rotador se reconocen sin alteraciones. Cambios inflamatorios en la bursa subacromio-subdeltoidea, compatibles con bursitis. La relación articular glenohumeral está conservada al momento del examen. Quistes subcondrales posteriores en la glenoide, la naturaleza de éstos puede ser degenerativo o secuelear postraumático, i Irregularidad en la señal del labrum superior por cambios degenerativos o postraumáticos. Escaso aumento de líquido articular sin franco derrame. Leve irregularidad en la morfología del tendón de la porción larga del bíceps por tendinopatía. Conclusión: Leves cambios degenerativos acromioclaviculares. Leve tendinopatía del supraespinoso y del subescapular.

Bursitis subacromio-subdeltoidea. Quistes subcondrales posteriores en la glenoide, la naturaleza de éstos puede ser degenerativo o estar relacionada con cambios secuelares postraumáticos. Irregularidad en la señal del labrum superior por cambios degenerativos o postraumáticos. Escaso aumento de líquido articular sin franco derrame. Tendinopatía proximal del tendón de la porción larga del bíceps.

**Fecha:** 21/05/2015      **Nombre de la prueba:** Rm rodilla izquierda

**Resumen:**

Ruptura del cuerno posterior del menisco interno y cuerno anterior del menisco externo. Ruptura parcial casi completa crónica del ligamento cruzado anterior. Rótula alta sin lesión cartilaginosa. Leve aumento del líquido intraarticular.

**Fecha:** 05/06/2016      **Nombre de la prueba:** Rm rodilla derecha

**Resumen:**

Lesión del cuerno y cuerpo posterior del menisco medial con pequeña imagen sugestiva de lesión en asa de valle del aspecto posterior. Líquido intraarticular.

**Fecha:** 16/09/2019      **Nombre de la prueba:** Electrodiagnostico

**Resumen:**

Estudio anormal, compatible con neuropatía por atrapamiento de nervio mediano a nivel del carpo bilateral de expresión severa derecha y moderada izquierda.

### Tratamientos medicos y quirurgicos

**Fecha:** 12/08/2015      **Intervención o tratamiento:** Procedimiento

**Resumen:**

Dxs contusión de la rodilla, trastorno del menisco debido a desgarro o lesión antigua Artroscopia diagnostica de rodilla, menisectomía medial y lateral de rodilla vía abierta. Hallazgos: Cartílago patelofemoral: cartílago lesión Gilí global de la rótula tróclea normal. Compartimiento femorotibial medial: Cartílago normal. Menisco lesión degenerativa de la unión del cuerpo con el cuerno posterior con flap luxado hacia la cara superior del cuerpo del menisco. Compartimiento femorotibial lateral: Cartílago normal. Menisco normal, LCA normal. Tróclea estrecha. Sinovitis anterior y plica mediopatelar.

**Fecha:** 10/08/2017      **Intervención o tratamiento:** Procedimiento

**Resumen:**

Remodelación de menisco roto (pico de loro) por artroscopia. Condroplastia de abrasión para zona patelar por artroscopia. Dx Desgarro de meniscos, presente.

**Fecha:** 04/10/2019      **Intervención o tratamiento:** Procedimiento

**Resumen:**

Artroscopia de rodilla izquierda Hallazgos: 1 lesión de cartílago de surco intercondileo grado III. 2 lesiones de cartílago de cóndilo medial zona de apoyo grado III. 3 ausencias de cuerno posterior de menisco media. 4 Ostofito en noch intercondileo. 5 Plica sinovial medial 6 Rupturas del borde libre del cuerpo del menisco lateral. Plica sinovial medial. DX. Ruptura de menisco medial de rodilla izquierda.

### Concepto de rehabilitación

**Proceso de rehabilitación:** Sin información

Fecha: 09/07/2020

Especialidad: JRCIB teleconsulta

Peso: 76 kg, talla: 170 cm, dominancia: Diestro. (Referido por el paciente).

Atendido por Psicología a través de entrevista telefónica, se encontró pte de género masculino, de 53 años de edad, E.C separado, tiene tres hijos de 33, 28 y 10 años, (vive con la hija de 10 años y una hijastra); pte con nivel de estudios 11° de Educación Básica Secundaria, quien refiere laborar a través de la Temporal EXELA BPO SA en ALMAVIVA como Auxiliar de bodega entre 2006 y la fecha, incapacitado desde el 2013; anteriormente laboro en COLCOSE - Taller de fabricación de jeans como Auxiliar de bodega, entre 2005- 2006 y años atras en MODA PIEL como Cortador y Troquelador de cuero entre 1991 y 2003.

En la fecha de atención, se encontró alerta, memoria conservada, colaborador al interrogatorio al que responde con pensamiento y lenguaje coherente; relata que: “ el 29 Julio del 2011 a las 3:50pm presente un trauma en la columna lumbar, dorsal y cervical y en hombro izquierdo, al quedar atrapado entre la puerta de la bodega y mercancía que movilizaba en una estiba dentro del contenedor, por lo que fui atendido en la Cruz Roja de la 68 y posteriormente en Clínica del Occidente”; refiere dificultad para reincorporarse del baño de una silla o de la cama, para utilizar el transporte público; manifiesta que su marcha es apoyada en dos muletas “porque tropiezo mucho y por corrientazos en la columna que se irradia a miembro inferior izquierdo”.

En cuanto a su pensamiento y actitud frente a su condición de salud, verbaliza: “ me siento muy mal y deprimido, nunca pensé que me fuera a pasar esto, no lograr hacer actividades que antes hacía y tener que depender de otros; exteriorizó pensamiento e ideas de minusvalía y desvalorización en su relación de pareja, lo que según manifiesta le hace sentir mal emocional y moralmente; se escuchó pte con llanto durante el interrogatorio, quien expresa que “ a veces quisiera desaparecer, lo que me detiene es mi hija menor”, por lo que ha sido atendido por Psiquiatría.

Finalmente dice enfocar su proyecto de vida, en lograr mejorar la calidad de vida.

#### Fundamentos de derecho:

*El presente Dictamen se fundamenta en:*

*Ley 100 de 1993, Sistema de seguridad social integral.*

**Decreto 1507 de 2014, Manual único de calificación.**

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

*Decreto 1477 de 2014, Tablas Enfermedades Laborales.*

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

*Decreto 019 de 2012, Ley anti-trámites.*

*Decreto 1072 de 2015, Decreto Único sector Trabajo.*

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

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

#### Análisis y conclusiones:

En virtud de emergencia global por pandemia Covid19, y acorde a las directrices del gobierno nacional, se realiza teleconsulta del 9 de julio de 2020.

El presente dictamen pericial se emite con base en la orden impartida por documentación aportada de conformidad con los lineamientos impartidos por el Juzgado 39 Laboral del Circuito de Bogotá que a la letra dice: “Prueba de oficio: Prueba pericial: Valoración de la Pérdida de la Capacidad Laboral en la cual se determine el porcentaje, la fecha de estructuración y su origen. Dicho dictamen deberá realizarse con el expediente administrativo que aportará la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá y Cundinamarca, el expediente administrativo que aportó la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, las calificaciones, valoraciones y dictámenes que aportará Porvenir S.A. y la historia clínica del demandante, no con la situación actual del demandante.

El Despacho en consulta con la parte demandante, designa para la realización y práctica de dicha prueba a la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá y Cundinamarca, aclarando que debe asignarse para tal fin una sala distinta a la que ya realizó el primer dictamen de fecha 29 de agosto del 2013. y con base en la documentación que el señor Juez ordena tener en cuenta:

Se encuentra que el presente caso se trata de paciente de 53 años, informa Peso: 76 kg, talla: 170 cm, dominancia: Diestro.. Labora como auxiliar de bodega inicialmente por Codexco, actualmente Exelabpo SA (contratación personal para diversas actividades)

vinculado desde el 2006, incapacitado desde el 6 de dic de 2011. Antecedentes: Hipotiroidismo diagnosticado en 2012 en tratamiento con levotiroxina 100 mgrs diarios, gastritis crónica en manejo con ranitidina. Dislipidemia, en manejo con dieta hipograsa. Hipoacusia derecha progresiva después del accidente.

Refiere el señor RAFAEL LOZADA que el 29 de julio de 2011 presentó un accidente de trabajo, con reporte de Accidente de Trabajo que registra "Estaba descargando un contenedor de un camión, atrás estaba la puerta de la bodega Farma cerrada, donde se guarda el producto quedando atrapado, con el hidráulico con carga aproximadamente de 1 tonelada se golpeó el brazo izquierdo y tronco"; siendo atendido inicialmente en La Cruz Roja, refiriendo molestia en el hombro y pierna izquierda manejado con analgesia parenteral, continuando manejo ambulatorio, con analgesia tópica y oral; le emiten incapacidad médica de 3 días, persistiendo con dolor en hemicuerpo izquierdo, dolor en la espalda, con muchas equimosis. A los 15 días lo ubicaron en otra bodega, manipulando partes de electrodomésticos (neveras), con aumento del dolor a nivel lumbar, no consultó, dice porque le daba miedo que lo retiraran de la empresa.

Comenta también que por aumento insoportable del dolor, consultó el 6 de diciembre de 2011 a la Clínica de Occidente, en donde estuvo hospitalizado durante 4 días. Le hacen Rayos X de columna lumbar del 10/12/2011 que reporta "... Morfología ósea preservada, discopatía crónica a nivel L5 - S1 con pérdida del espacio discal esclerosis de superficies de contacto y formaciones osteofíticas a su nivel. Resto de elementos óseos y articulares se encuentran dentro de lo normal.". Incapacitado durante 15 días, analgesia, sin mejoría, parestesias adormecimientos miembros inferiores. Ortopedia lo valora en enero de 2012, prescribe fisioterapia, con poca tolerancia. En control de Ortopedia solicita resonancia de Columna lumbosacra realizada el 6 de marzo de 2012 reportó " Deshidratación de los discos intervertebrales, particularmente desde L2-L3 hasta L5-S1, abombamientos discales difusos, desgarros anulo-ligamentarios y pequeñas protrusiones discales posteromediales que disminuyen en forma leve la amplitud del canal central y de los neuroforámenes asociado a cambios degenerativos facetarios lumbares leves."

El 1 de agosto de 2012 valorado por Neurocirugía describe: Lumbalgia súbita, irradiada a miembro inferior izquierdo, NIEGA TRAUMA, al Examen físico encuentra espasmo lumbar y retracciones isquiotibiales, le ordena resonancia magnética y valoración por Reumatología.

Resonancia magnética de columna cervical del 26 de noviembre de 2012 reportó " Cambios degenerativos uncovertebrales desde C3 hasta C6 con estenosis foraminal moderada secundaria en C4-C5 y C5-C6 donde se asocia a cambios degenerativos facetarios. Complejos disco osteofitarios posteriores desde C3 hasta C6 que no contactan el cordón medular.". Manejado con analgesia oxicodona 30 mgrs diarios, hidroterapia, sin referir mejoría. Adicionalmente aumento del dolor en hombro, rodilla izquierda, se le realizó resonancia hombro izquierdo del 5 de febrero de 2014 reportó "Leves cambios degenerativos acromioclaviculares. Leve tendinopatía del supraespinoso y del subescapular. Bursitis subacromio-subdeltoidea. Quistes subcondrales posteriores en la glenoide, la naturaleza de éstos puede ser degenerativo o estar relacionada con cambios secuelares postraumáticos. Irregularidad en la señal del labrum superior por cambios degenerativos o postraumáticos. Escaso aumento de líquido articular sin franco derrame. Tendinopatía proximal del tendón de la porción larga del bíceps."

Refiere estar en tratamiento por psiquiatría desde 2012, medicado con sertralina, psicoterapia, en controles periódicos, con muchas dificultades por cambios de EPS, última valoración en el 2016. Convive con dos hijas de 21 años, y de 10 años, manifiesta el paciente que fueron abandonados por la esposa hace 4 años. Última valoración de Fisiatría en marzo de 2020, y en manejo por clínica de dolor, medicado con metadona 10 mgrs cada 8 horas, pregabalina cada 12 horas, sertralina 50 mgrs diarios, cloridina 1 tableta.

**(11-09-2012) Clínica de dolor Mederi:** Análisis de resultados observaciones 29 mayo 2012 gammagrafía ósea, con compromiso inflamatorio acromioclavicular, glenohumeral, acetábulo, plato tibial medial de ambas rodillas, hipercaptación en carpos, metacarpofalangias. Hipercaptación L5-S1.

Análisis: Paciente con antecedente de historia de vida difícil con síntomas depresivos crónicos tipo distimia. Se requiere revisar el caso en junta y ver la correlación entre el grado de discapacidad severo que refiere el paciente con hallazgos en imágenes que no explican la severidad. Hay una clara expectativa en el proceso de calificación de origen y de invalidez. **(29-09-2012) Evaluación por clínica de dolor:** evaluación y apreciación igual en el sentido de que no existe concordancia entre la queja catastrófica y los hallazgos objetivos, tanto al Examen físico como en los resultados de las pruebas diagnósticas, sugestivo de ganancia secundaria ante la expectativa de la calificación por el evento de Accidente de Trabajo.

Le siguen expidiendo incapacidades médicas por incremento de los síntomas pero los hallazgos son similares a los anotados por el equipo multidisciplinario de clínica del dolor. Sin embargo previo a la calificación de la Junta Nacional de Calificación **Neurocirugía el 24.09.2013** hace la siguiente descripción: "Evolución: Dolor en región del trapecio dolor en región lumbar, en MMII. Examen físico: Severo espasmo en trapecio i, espasmo lumbar, espasmo en isquiotibiales.

Impresión diagnóstica: Lumbago severo. Retracción de isquiotibiales, retracción de trapecio i, trauma lumbar severo (le cayó una tonelada).  
Formulación: oxicodona 10 mgs día y 20 mgs noche.

**Conducta: diagnostico trauma severo por compresión (en su cuerpo). Evolución; no ha mejorado ha estado en medicina del dolor. limitaciones no puede agacharse, no puede tener posiciones forzadas, no levantar objetos mayor a 5 kilos, levantar objetos desde mediana altura no desde abajo, sentarse-en asiento ergonómico (silla con espaldar completo, con apoyo lumbar), no puede estar largo rato sentado o de pie.**

**Possibilidad de recuperación laboral no...No se recuperara por el trauma severo de atrapamiento y daño múltiple con desgarró muscular.**

**Origen patología: durante su trabajo. Concepto de rehabilitación...Desfavorable**". Descripciones que inicia el neurocirujano desde el 5 de septiembre de 2012.

-

Con base en la historia clínica documentada hasta la fecha de calificación por la Junta Nacional de Calificación el 3 de diciembre de 2013, se tiene por parte de esta sala de la Junta Regional de Calificación de Bogotá y Cundinamarca las siguientes consideraciones para la decisión pericial:

1. En efecto se reporta un evento de Accidente de Trabajo ocurrido al señor RAFAEL LOZADA BERMUDEZ el 29 de julio de 2011 en el cual sufre un trauma menor en brazo izquierdo y tronco por lo cual consulta en Clínica de Occidente encontrando el paciente con queja de dolor en brazo izquierdo y dorsal izquierdo, sin evidencia de escoriaciones, edema o equimosis en dichos segmentos corporales. Le prescriben analgésicos y una incapacidad médica de tres días. Se reporta en dicha consulta un Examen físico de normalidad osteomuscular.
2. En la Historia clínica se encuentra una siguiente consulta por el señor LOZADA BERMUDEZ el 6 de diciembre de 2011 (4 meses y 8 días del evento descrito) y refiere al médico que tiene un dolor lumbar de una semana de evolución, y se escribe NIEGA TRAUMA, dolor NO IRRADIADO y que se presentó luego de levantar cargas pesadas en el trabajo, El Examen físico se encuentra normal, fuerza muscular en 4 extremidades 5/5, con marcha normal. Es decir que 4 meses y medio después del evento laboral existe CLARIDAD MEDICA EN EL SENTIDO DE QUE SE TRATÓ DE UN TRAUMATISMO MENOR QUE NO PRODUJO NI ESGUINCES, NI TORCEDURAS, NI APLASTAMIENTO DE ESTRUCTURAS CORPORALES AL SEÑOR LOZADA BERMUDEZ. Por tanto también existe claridad para esta sala en el sentido de que los hallazgos en columna cervical, Columna lumbosacra, rodillas, hombros y sintomatología descrita por el paciente a partir de diciembre de 2011 no tienen relación causal con el evento laboral del 29 de julio de 2011, y que corresponden a factores de naturaleza degenerativa y curso crónico, multicausal donde interviene la herencia, el estilo de vida (deportes, alimentación, hábitos, entre otros) y por consiguiente son de reconocido origen Enfermedad común.
3. Finalmente para calificar la Pérdida de Capacidad Laboral se tiene en cuenta que se trata de unos síntomas de dolor lumbar, cervical y de las 4 extremidades que no se explican por los hallazgos de los exámenes ya descritos hasta el mes de diciembre de 2013, fecha en que se realiza el dictamen de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez (**La orientación del señor Juez 39 Laboral es muy clara** en el sentido de tener en cuenta la documentación obrante en los expedientes de Junta Regional de Calificación de Bogotá y Cundinamarca y de la Junta Nacional de Calificación y no la Historia clínica posterior). Por tanto se procede a calificar el dolor cervico braquial y lumbar, y el trastorno de la conducta (trastorno distímico) que describe por primera vez en su historia clínica la junta de **clínica de dolor el 29 de septiembre de 2012**, y que ante la pobre correlación entre los hallazgos clínicos y las quejas del paciente se califican como un trastorno de dolor somatomorfo. A lo anterior se agregan las discapacidades y minusvalías, calificación que se hace con base en el mismo decreto 917 de 1999 según las instrucciones emanadas por el señor Juez Laboral 39 del circuito de Bogotá en la siguiente forma:

## 6. Descripción del dictamen

### Calificación / Valoración de las deficiencias

#### Diagnósticos y origen

CIE-10	Diagnóstico	Diagnóstico específico	Fecha	Origen
M542	Cervicalgia	Secundario a discopatía degenerativa cervical		Enfermedad común
M545	Lumbago no especificado	Secundario a discopatía degenerativa lumbo sacra		Enfermedad común
F454	Trastorno de dolor persistente somatomorfo			Enfermedad común

#### Descripción de la deficiencia

Deficiencia	Valor	Capítulo	Tabla
Trastorno depresivo - Somatomorfo	10,00%	12	12.4.5
Lumbago crónico secundario a discopatía degenerativa	5,00%	1	1.16
Cervicalgia por discopatía degenerativa no traumática (analogía)	5,00%	1	1.16

**Total deficiencia**

**13,90%**

#### Descripción de discapacidades

0,0	No discapacitado	0,1	Dificultad en la ejecución	0,2	Ejecución ayudada	0,3	Ejecución asistida, dependiente o incremental							
1	Conducta			10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	Total

		0.1	0	0	0.1	0	0	0	0.2	0.2	0.2	0,80%
2	Comunicación	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	Total
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
3	Cuidado de la persona	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	Total
		0	0	0.1	0.1	0.2	0.1	0.2	0	0	0.1	0,80%
4	Locomoción	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	Total
		0	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2
5	Disposición del cuerpo	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	Total
		0.2	0.1	0.1	0	0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
6	Destreza	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	Total
		0.1	0.1	0	0	0	0	0	0	0.1	0.1	0,40%
7	Situación	70	71	72	73	74	75	76	77	78	Total	
		0.2	0.2	0	0	0	0	0.3	0	0	0,70%	

**Total discapacidad (Calificación máxima posible 20%)**

**4,90%**

### Descripción de minusvalía

Orientación	10	0,00%
Independencia física	21	0,50%
Desplazamiento	31	0,50%
Ocupacional	42	5,00%
Integración social	52	1,00%
Autosuficiencia económica	63	1,50%
En función de la edad	75	2,25%

**Total minusvalía (Calificación máxima posible 30%)**

**10,75%**

### 7. Concepto final del dictamen

Valor final de la deficiencia	13,90%
Discapacidad	4,90%
Minusvalía	10,75%
<b>Pérdida de la capacidad laboral</b>	<b>29,55%</b>

**Origen:** Enfermedad

**Riesgo:** Común

**Fecha de estructuración:** 28/11/2013

**Fecha declaratoria:** 02/10/2020

**Sustentación fecha estructuración y otras observaciones:**

Se asigna con la fecha de valoración de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez que calificó al señor LOZADA BERMUDEZ con las pruebas documentadas hasta esa fecha.

**Nivel de pérdida:** Incapacidad permanente parcial

**Muerte:** No aplica

**Fecha de defunción:**

**Ayuda de terceros para ABC y AVD:** No aplica

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

**Enfermedad de alto costo/catastrófica:** No aplica

**Enfermedad degenerativa:** No aplica

**Enfermedad progresiva:** No aplica

### 8. Grupo calificador

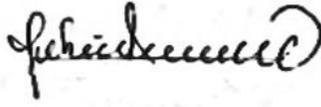


\_\_\_\_\_  
Ana Lucia Lopez Villegas  
Médico ponente  
Médica



---

Jorge Alberto Alvarez Lesmes  
Médico



---

Nubiola Osorio de Zuluaga  
Psicóloga