

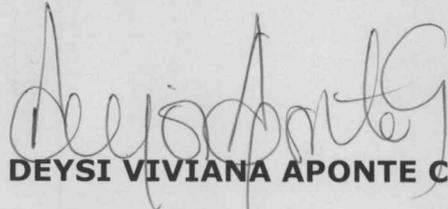
REPÚBLICA DE COLOMBIA



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO QUINCE (15) LABORAL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.

Bogotá D.C., 18 de abril de 2022. Al Despacho del señor Juez el presente proceso ordinario radicado bajo el No. 110013105015 **201600680-00**, informando que la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, allegó dictamen a esta sede judicial. Sírvase proveer.

La secretaria,


DEYSI VIVIANA APONTE COY

JUZGADO QUINCE LABORAL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.

Bogotá D.C., veintiocho (28) de abril de dos mil veintidós (2022)

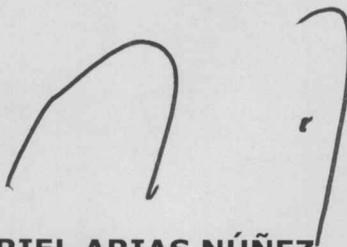
NOTIFÍQUESE a las partes el Dictamen de Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral, practicado y allegado por la **JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ**, para que si lo consideran pertinente se pronuncien frente al mismo.

Se advierte a las partes que contra el anterior dictamen procede la solicitud de aclaración de errores topográficos, ortográficos o aritméticos que no modifiquen el fondo de la decisión, dentro de los **tres (03) días hábiles siguientes a la notificación del dictamen**.

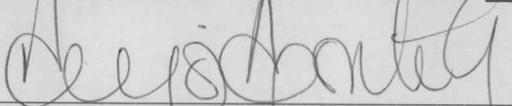
Efectuado lo anterior, ingresen las diligencias para continuar con el trámite correspondiente.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

El Juez,


ARIEL ARIAS NÚÑEZ

JUZGADO QUINCE LABORAL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.
HOY **29 DE ABRIL DE 2022**, SE NOTIFICA EL AUTO ANTERIOR POR ANOTACIÓN EN EL ESTADO No. **017**.


DEYSI VIVIANA APONTE COY
SECRETARIA

NN



JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ

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

1. Información general del dictamen

Fecha de dictamen: 25/02/2022	Motivo de calificación: Fecha de estructuración	N° Dictamen: 12642169 - 3996
Tipo de calificación: Otro	Primera oportunidad:	Primera instancia: Junta Regional de Bogotá
Instancia actual: Segunda Instancia	Nombre solicitante: JUZGADO QUINCE LABORAL DEL CIRCUITO DE BOGOTA	Identificación: NIT
Tipo solicitante: Rama judicial	Ciudad: Bogotá, D.C. - Cundinamarca	Dirección: CALLE 14 N. 7-36 PISO 21
Teléfono: 3419708		
Correo electrónico:		

2. Información general de la entidad calificadora

Nombre: Junta Nacional de Calificación de Invalidez - Sala 4	Identificación: 830.026.324-5	Dirección: Dirección AK 19 Nro. 102 - 53 Clínica la Sabana
Teléfono: 7440737	Correo electrónico: servicioalusuario@juntanacional.com	Ciudad: Bogotá, D.C. - Cundinamarca

3. Datos generales de la persona calificada

Nombres y apellidos: LIBARDO DIAZ BAREÑO	Identificación: CC - 12642169 - EL COPEY- CESAR	Dirección: CRA 99 BIS No. 14 - 61
Ciudad: Bogotá, D.C. - Bogotá, d.c.	Teléfonos: - 3154181099-3138000895	Fecha nacimiento: 22/09/1963
Lugar: Vélez - Santander	Edad: 58 año(s) 5 mes(es)	Genero: Masculino
Etapas del ciclo vital: Población en edad económicamente activa	Estado civil: Casado	Escolaridad: Básica secundaria
Correo electrónico: libas1981d@gmail.com	Tipo usuario SGSS:	EPS: Medimás EPS
AFP: COLPENSIONES	ARL:	Compañía de seguros:

4. Antecedentes laborales del calificado

Tipo vinculación:	Trabajo/Empleo: JEFE DE BODEGA	Ocupación:
Código CIUO:	Actividad económica:	
Empresa: SUMATRONIC LTDA.	Identificación: NIT - null	Dirección: TRANSVERSAL 93 No. 53 - 32 BODEGA 10
Ciudad: Bogotá, D.C. - Bogotá, d.c.	Teléfono: 8966610-3106790641	Fecha ingreso:
Antigüedad: 19 Años		

Descripción de los cargos desempeñados y duración:

EL PACIENTE LABORABA COMO JEFE DE BODEGA, SE ENCUENTRA PENSIONADO POR INVALIDEZ

5. Relación de documentos y examen físico (Descripción)

Entidad calificadora: Junta Nacional de Calificación de Invalidez - Sala 4

Calificado: LIBARDO DIAZ BAREÑO

Dictamen: 12642169 - 3996

Página 1 de 15

Información clínica y conceptos

Resumen del caso:

La Administradora de Fondos de Pensiones COLPENSIONES el 24 de mayo de 2013 le calificó Pérdida de Capacidad Laboral (PCL) de 82.88%, de origen enfermedad común, con fecha de estructuración 23/01/2007. La calificación de PCL emitida se desglosa así: Deficiencia: 49.58%, Discapacidad: 7.30% Minusvalía: 26.00% Las deficiencias calificadas fueron: cardiomiopatía isquémica + angina + síncope + Re estenosis stent (49.50%). sd depresivo (10.00%). HTA (7.40%) Diagnósticos cardiomiopatía isquémica, trastorno depresivo de la conducta, hipertensión esencial primaria, angina inestable, síncope y colapso.

SURAMERICANA (PROTECCION) el 24 de marzo de 2015 le calificó Pérdida de Capacidad Laboral (PCL) de 61.15%, de origen enfermedad común, con fecha de estructuración 11/08/2012. La calificación de PCL emitida se desglosa así: Deficiencia: 39.50%, Discapacidad: 4.40% Minusvalía: 17.25% Las deficiencias calificadas fueron: cardiopatía isquémica coronariopatía (37.40%). Sd no depresivo (10.00%). HTA (7.40%) Diagnósticos cardiomiopatía isquémica, hipertensión esencial primaria, trastorno mixto de ansiedad y depresión.

El señor Libardo Díaz Bareño no estuvo de acuerdo y fue enviado a la Junta Regional de Calificación de Invalidez

Calificación Junta Regional de calificación de Invalidez: La Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá y Cundinamarca mediante dictamen N° 12642169-1899 de fecha 28/02/2020 establece:

DIAGNÓSTICO(S):

1. ENFERMEDAD ATROSCLEROTICA DEL CORAZON.
2. INFARTO ANTIGUO DEL MIOCARDIO.

FECHA DE ESTRUCTURACIÓN: 23/01/2007.

La Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá y Cundinamarca, fundamenta su dictamen, especialmente, en los siguientes términos:

“...Al examen físico: Paciente ingresa por sus propios medios sin ayudas externas, independiente en vestido en postura bípeda, adopta posturas de forma adecuada. Buen estado general, afebril, hidratada, no signos de dificultad respiratoria. Talla 1.69m. Peso: 63Kg. IMC 22.1. Signos vitales: TA 140/80. FC 70x'. FR 20x'. C/C: ORL normal. Cuello con ingurgitación yugular grado a 45°. Cardiopulmonar; RsCsRs no ausculto soplos. RsRs con murmullo vesicular simétrico en ambos campos pulmonares, no sobreagregados. Abdomen: Blando, depresible, no palpo masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal. Extremidades: Pulsos (+) simétricos, buena perfusión distal, no edemas. No signos de focalización neurológica.

Paciente de 56 años, con antecedente de infarto agudo de miocardio extenso con enfermedad de un vaso en enero de 2007, requirió manejo con colocación de stent, se registra cardiomiopatía isquémica con FEVI 35%, recibió manejo médico farmacológico y rehabilitación cardíaca con estabilización del cuadro clínico. En agosto de 2012, presenta nuevo IAM por Re estenosis de vaso coronario, recibió manejo con angioplastia con stent medicado, sin complicaciones, con adecuada evolución clínica. Ecocardiograma de mayo de 2016, reporta cardiopatía dilatada, isquémica, dada por aquinesia y adelgazamiento de todos los segmentos apicales de los segmentos medios del septo anterior, pared anterior, hipo aquinesia del resto, disfunción sistólica severa FEVI Simpson bi plano 28%. Disfunción diastólica por trastorno de la relajación, insuficiencia tricúspide leve con PSAP de 26mmHg. Valorado por electro fisiólogo en abril de 2019, quien registra perfusión miocárdica, 02/11/2018: FEVI 30%-35%. ECO TT FEVI 30%. Electrocardiograma ritmo sinusal QRS angosto con necrosis se le Indica implante de cardio desfibrilador bicameral como prevención primaria de muerte súbita. Manejo actual con carvedilol 12,5mg c/12h, atorvastatina 80mg/d, ASA 100mg/d y sacubitrilo cada 12 horas desde hace mes y medio. Actualmente refiere disnea CF II-III. En la valoración médica realizada en la JRCL, se encuentra al examen, paciente en buen estado general, afebril, hidratada, no signos de dificultad respiratoria. Talla 1.69m. Peso: 63Kg IMC 22.1. Signos vitales: TA 140/80. FC 70x'. FR 20x'. C/C: ORL normal. Cuello con ingurgitación yugular grado a 45°. Cardiopulmonar: RsCsRs no ausculto soplos. RsRs con murmullo vesicular simétrico en ambos campos pulmonares, no sobreagregados. Abdomen: Blando, depresible, no palpo masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal. Extremidades: Pulsos (+) simétricos, buena perfusión distal, no edemas. No signos de focalización neurológica. Se procede a determinar fecha de estructuración, de conformidad con lo solicitado por el juzgado...”

Motivación de la inconformidad: ... SEGUROS BOLIVAR manifiesta su inconformidad frente al dictamen con base en:

“...De conformidad con lo establecido en el artículo 43 del Decreto 1352 de 2013, interponemos en tiempo el recurso de apelación contra el dictamen número 12642169 - 1899 emanado de la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá el día 28 de febrero de 2020 y notificado a esta Aseguradora el 24 de septiembre de 2020, en el cual se calificó al señor Libardo Díaz Bareño con una Fecha de Estructuración 23 de enero de 2007, por los diagnósticos de calificación de 1) 1251 Enfermedad aterosclerótica del corazón y 2) 1252 Infarto antiguo de miocardio

Esta solicitud la hacemos como parte interesada, en calidad de Aseguradora del seguro previsional de invalidez y sobrevivencia del Fondo de Pensiones ING, hoy Fondo de Pensiones Protección, hasta el 31 de diciembre de 2012.

No estamos de acuerdo con la calificación de la Fecha de Estructuración emitida por la Junta Regional de Bogotá, por los motivos expuestos a continuación.

HECHOS:

El señor Díaz Bareño se encuentra en un largo proceso de calificación desde el 24 de mayo de 2013 cuando fue calificado en primera oportunidad por el fondo de pensiones Colpensiones, quienes lo declararon inválido (PCL 82.88%), Fecha de Estructuración 23 de enero de 2007 y Origen Enfermedad Común. Para esta calificación se aplicó el Manual de Calificación vigente el día de la calificación, el decreto 917 de 1999.

La pensión le fue objetada por Colpensiones al señor Díaz Bareño, por corresponderle el pago de la pensión al Fondo de Pensiones Protección a la Fecha de Estructuración 23 de enero de 2007.

Desconocemos el motivo por el cual Protección procedió a calificarlo nuevamente emitiendo un nuevo dictamen el 24 de marzo de 2015, otorgándole el estado de invalidez con una PCL de 61.15% pero con otra Fecha de Estructuración, 11 de agosto de 2012. También le objetó el pago de la pensión por cuanto en comité extraordinario de multi afiliación la solicitud fue definida a favor de Colpensiones, por ende, remitieron al afiliado a reclamarle a Colpensiones el pago de su pensión.

Colpensiones volvió a objetarle la solicitud de pago de pensión al señor Díaz Bareño, argumentando que a la Fecha de Estructuración se encontraba afiliado a Protección.

El afiliado interpuso un recurso de tutela que condenó a Colpensiones a iniciar el pago temporal de las mesadas pensionales, hasta que la jurisdicción ordinaria determine la entidad a quien corresponde el pago definitivo de su pensión de invalidez.

El dictamen de la Junta Regional de Calificación de Bogotá que estamos controvirtiendo, fue ordenado por el Juzgado 15 Laboral del Circuito de Bogotá.

La Junta Regional de Calificación de Bogotá estableció con su calificación, que el señor Díaz Bareño perdió su Capacidad Laboral el día 23 de enero de 2007, "fecha del primer infarto agudo de miocardio que desencadena la cardiopatía dilatada isquémica que persiste a la fecha y condiciona el estado de invalidez".

Nuestra aseguradora no se encuentra de acuerdo con este argumento de sustentación.

HECHOS

El señor Díaz Bareño a sus 43 años el 17 de enero de 2007 sufrió un extenso infarto anterolateral de miocardio, que fue adecuadamente tratado en la Fundación Cardio Infantil de Bogotá. Le encontraron dos arterias coronarias obstruidas, la descendente anterior que fue exitosamente recanalizada con un stent y la arteria primera diagonal que no pudo ser recanalizada con stent, razón por la cual se denominó recanalización fallida. Es importante aclarar que la primera diagonal es una arterial menor.

Veamos los chequeos cardiológicos anuales del señor Díaz Bareño desde su infarto de miocardio en el 2007 hasta el último registro médico aportado:

23-01-2007 "Dx Ingreso: INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST ANTERIOR EXTENSO DE 4 HORAS DE EVOLUCIÓN, KILLIP I. TROMBOLIZADO CON ESTREPTOQUINASA, SIN CRITERIOS DE REPERFUSIÓN. DISUPIDEMIA.

Dx Egreso: INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO ANTERIOR EXTENSO CON ELEVACIÓN DEL ST KILLIP I, INTERVENIDO CON ESTREPTOQUINASA FALLIDA Y ANGIOPLASTIA PRIMARIA. ENFERMEDAD CORONARIA DE UN VASO PRINCIPAL Y UNO SECUNDARIO. PUENTE MUSCULAR EN LA DESCENDENTE ANTERIOR. ANGIOPLASTIA E IMPLANTE DE STENT EN LA DESCENDENTE ANTERIOR. ANGIOPLASTIA FALLIDA EN LA PRIMERA DIAGONAL. FE DEL VI40-45%. DISUPIDEMIA".

Salida de la hospitalización del primer infarto de miocardio, luego de la colocación exitosa del stent en la arteria coronaria descendente anterior: Fracción de Eyección 40-45%.

01-2008 VALORACIÓN DE CONTROL POR CARDIOLOGÍA: reportó un porcentaje de 48% por ecocardiograma. Incipiente dilatación ventricular izquierda. Le realizaron prueba de esfuerzo que refiere respuesta de la presión arterial normal, sin arritmias y frecuencia cardiaca afectada por medicamentos.

2-02-2009 VALORACIÓN DE CONTROL POR CARDIOLOGÍA: porcentaje de 35%. Le realizaron una prueba de esfuerzo con resultado normal logrando realizar 12 mets de ejercicio, la prueba de holter normal, sin arritmias, ni angina, ni síncope, ni palpitaciones, clase funcional I.

09-2010 VALORACIÓN DE CONTROL POR CARDIOLOGÍA: porcentaje de fracción de eyección en el último ecocardiograma de 45%, válvulas cardíacas normales, holter normal, clase funcional I con 12 mets en la prueba de esfuerzo, no síncope, no palpitaciones, no arritmias, angina ocasional.

12-07-2011 VALORACIÓN DE CONTROL POR CARDIOLOGÍA: fracción de eyección de 45%, prueba de esfuerzo máxima negativa para isquemia cardíaca en noviembre de 2010, clase funcional I logrando 13 mets, angina ocasional, síntomas de reflujo gástrico, no síncope, no palpitaciones.

11-08-2012 Después de 5 años en controles y prácticamente asintomático, sufre un segundo infarto de miocardio por taponamiento del stent que le habían colocado exitosamente en el año 2007, para lo cual le colocaron un stent dentro del stent tapado. A pesar de haber sufrido este segundo infarto de miocardio, la fracción de eyección continuó siendo de 30-35%, le realizan diagnóstico de hipertensión arterial e inician tratamiento de anticoagulación.

11-08-2012 NOTA EXTRAÍDA DEL DICTAMEN DE PROTECCIÓN: Hallazgos de falla cardíaca aguda. EKG con supradesnivel en cara inferior sin morfología de EAC. Diagnostican angina inestable de alto riesgo TIMI1 y hospitalizan para tratamiento. Troponina positiva, paciente con IAM de pared inferior. El 6-08-2012 realizan ECO TT cardiomiopatía isquémica con VI con aquinesia de todos los segmentos apicales y mediales, Fracción de Eyección 30-35%, trombo laminar en el ápex del ventrículo izquierdo 3, insuficiencia mitral leve de origen funcional. Arteriografía coronaria: enfermedad severa de un vaso principal y uno secundario, descendente anterior con stent en tercio medio con trombo y reestenosis del 70% con buen lecho distal, la primera diagonal presenta encarcelamiento de stent en descendente con lesión del 80% proximal. Resto sin lesiones. Se compara con estudio del 2007 por lo cual el 10-08-2012 le realizan angioplastia más implante stent medicado en arteria descendente anterior sin complicaciones. Adecuada evolución, el 11-08-2012 se inicia anticoagulación por trombo intracavitario en ventrículo izquierdo.

27-08-2012 NOTA EXTRAÍDA DEL DICTAMEN DE PROTECCIÓN - MEDICINA DEL DEPORTE: remitido para rehabilitación cardíaca, persiste dolor tipo apretamiento al parecer por reflujo gastroesofágico.

21-08-2012 NOTA EXTRAÍDA DEL DICTAMEN DE PROTECCIÓN - MEDICINA LABORAL: Ya está laborando pero tiene síntomas de bajo gasto con el levantamiento de cajas. Lleva 8 sesiones de rehabilitación cardíaca.

29-08-2012 NOTA EXTRAÍDA DEL DICTAMEN DE PROTECCIÓN - MEDICINA FAMILIAR: asiste a control de anticoagulación, cardiopatía isquémica, FEVI 35%, INR1.73 subterapéutico. Asintomático.

9-10-2012 NOTA EXTRAÍDA DEL DICTAMEN DE PROTECCIÓN - CARDIOLOGÍA: control. Episodios ocasionales de dolor tipo ardor. Buena clase funcional, está en rehabilitación cardíaca.

23-10-2012 NOTA EXTRAÍDA DEL DICTAMEN DE PROTECCIÓN - MEDICINA DEL DEPORTE: control rehabilitación. Aceptable estado general con evolución incierta(?)...ilegible) por persistencia de síntomas de gasto. Pendiente resultado de holter.

27-10-2012 PERFUSIÓN MIOCÁRDICA CON DIPIRIDAMOL Y TECNECIO 99: Se inyectó radiofármaco durante el pico de respuesta al estrés farmacológico y se hizo spect miocárdico sincronizado con el EKG

Durante la infusión no se presentaron alteraciones electrocardiográficas compatibles con insuficiencia coronaria.

En el estudio de estrés se observa defecto de perfusión en el segmento anterior anteroseptal y apical del ventrículo izquierdo que no revierte en estudio de reposo con una extensión del 41%.

La fracción de eyección en reposo 36% y fracción de eyección post estrés 38%. Conclusión: infarto anterior anteroseptal y apical sin isquemia residual, fracción de eyección post-estrés disminuida, cardiomiopatía dilatada y disfunción sistodiastólica del ventrículo izquierdo.

Nota adjunta al reporte: ECG de reposo anormal por necrosis anteroseptal, se realizó estrés farmacológico con dipiridamol isonitrilo, alcanzó el 60% de la FC máxima esperada para su edad, negativa para isquemia miocárdica residual, respuesta presora hipotensiva, respuesta cronotrópica normal, arritmias ausentes, se revirtió con aminofilina, buena tolerancia al examen.

31-10-2012 NOTA EXTRAÍDA DEL DICTAMEN DE PROTECCIÓN - CARDIOLOGÍA: control, persiste dolor torácico tipo ardor, refiere deterioro importante de la clase funcional.

En el mes de noviembre de 2012 asiste a consultas con psicología, por alteraciones del ánimo, lo remiten a Psiquiatría.

15-11-2012 NOTA EXTRAÍDA DEL DICTAMEN DE PROTECCIÓN - MEDICINA LABORAL: transcribe el resultado de la perfusión miocárdica del 27-10-2012. Concepto de cardiología contraindica esfuerzo físico. Requiere continuar incapacitado.

6-12-2012 PSQUIATRÍA: primera vez. Empleado Auxiliar de Bodega, vive con la esposa. Consulta por cuadro de afecto triste posterior al IAM del 4 de agosto de 2012, Ideas de minusvalía, temor al futuro, a morir, a su desempeño social y laboral. Paciente en el momento incapacitado, refiere que presentó un primer infarto en el 2007, niega ideas de autoagresión, no síntomas psicóticos. Antecedentes de IAM e HTA. Examen mental con ideas de minusvalía y preocupación por su situación actual, afecto triste modulado resonante sin Ideas de autoagresión. Sensopercepción normal, insight pobre y juicio conservado.

Diagnóstico: trastorno depresivo leve. Cardiopatía. Estresores familiares y laborales. Le fluoxetina en dosis bajas. Fluoxetina. Control en 3 meses.

10-12-2012 NOTA EXTRAÍDA DEL DICTAMEN DE PROTECCIÓN - MEDICINA LABORAL: Control. Aporta concepto de Rehabilitación RHC pronóstico alto riesgo de cardiomiopatía isquémica por coronariopatía, persiste dislipidemia. Pronóstico reservado por ser episodio recidivante. Holter 25-11-2012 "Trastorno ...ilegible., de la repolarización ventricular en canal 3"

28-12-2012 NOTA EXTRAÍDA DEL DICTAMEN DE PROTECCIÓN - MEDICINA LABORAL: Control. Presenta ecocardiograma del 14-12-2012 "secuelas de enfermedad coronaria por alteración de contractilidad y engrasamiento segmentario, disfunciónilegible..tólica moderada, Fracción de Eyección del ventrículo izquierdo 35-40%"

En marzo de 2013 el Psiquiatra le cambia la fluoxetina por trazodone, lo encuentra estable, buen patrón de sueño y alimentario, afecto de fondo triste.

17-01-2013 NOTA EXTRAÍDA DEL DICTAMEN DE PROTECCIÓN - CARDIOLOGÍA; control, refiere episodios de ortostatismo en relación con cambios posturales y cambios de velocidad al caminar, disnea de esfuerzo, clase funcional I/IV que ha permanecido estable.

23-05-2013 COLPENSIONES - DICTAMEN DE CALIFICACIÓN DE PCL: Decreto 917 de 1999.

49 años, cargo Jefe de Bodega, reubicado como Auxiliar, incapacitado desde el 4- 08-2012.

Refiere disnea, en control por Cardiología y Rehabilitación cardiaca.

Reporta una nota médica del 23-01-2007 de (a Fundación Cardio Infantil y las demás a partir de agosto de 2012, la última de Cardiología del 2-05-2013.

Diagnósticos de calificación: 1) Cardiomiopatía isquémica, 2) Trastorno depresivo de la conducta, 3) Angina inestable y 4) Síncope y colapso.

Deficiencias: i) Cardiomiopatía isquémica más angine más síncope más reestenosis stent: 49.5%. 2) Síndrome depresivo: 10% y 3) Hipertensión arterial: 7.4%. Total Deficiencias: 49.58%
Discapacidades: 7.3% y Minusvalías: 82.08%.

Fecha de Estructuración: 23 de enero de 2007. Sustentación: fecha en la cual se documenta diagnóstico de infarto agudo de miocardio con elevación de ST, anterior, extenso, de 4 horas de evolución, killip I, trombolizado con estreptoquinasa, angioplastia primaria. Enfermedad coronaria 1 vaso principal y 1 secundario. Puente muscular en la arteria descendente anterior, angioplastia e implante de stent en descendente anterior. Angioplastia fallida en la primera diagonal. Fracción de Eyección del ventrículo izquierdo de 40 a 45%. Esto no haber cambiado favorablemente la condición clínica y por el contrario, se ha agravado. Origen Enfermedad Común.

En agosto de 2013 el Psiquiatra lo encuentra estable, continúa con afecto de fondo triste, le reinicia fluoxetina.

20-05-2014 ECOCARDIOGRAMA DOPPLER TRANSTORÁCICO: Resumen y conclusiones: Ventrículo izquierdo no hipertrófico, con FEVI 36%, con aquinesia y dilatación del - casquete apical. Disfunción diastólica grado I. Se observa imagen ecorefingente en ápex que pudiera corresponder a trombo vs artefacto. Descripción: Aurícula izquierda ligeramente dilatada sin alteraciones en su interior. Válvula mitral estructural y funcionalmente con insuficiencia ligera. Ventrículo izquierdo con espesor, diámetros y volúmenes normales, fracción de eyección 36%, con aquinesia y dilatación del casquete apical, imagen ecorefingente en ápex que pudiera corresponder a trombo vs artefacto. Válvula aórtica, raíz aórtica, aorta ascendente y arco aórtico normales. Cavidades derechas de tamaño normal, tracto de salida del ventrículo derecho y arteria pulmonar normales.

Insuficiencia tricuspídea ligera. Presión pulmonar sistólica normal. Sin cortocircuito intracavitario ni en grandes vasos. Septos íntegros. Pericardio normal. Drenaje venoso pulmonar y sistémico normal. Diámetro normal de la vena cava inferior con colapso inspiratorio fisiológico.

27-10-2014 ECOCARDIOGRAMA DOPPLER TRANSTORÁCICO: Calidad técnica excelente. Ritmo sinusal. Resumen y conclusiones: Ventrículo izquierdo no dilatado, no hipertrófico, con fracción de eyección de ventrículo izquierdo de 40-45%, con hipoquinesia del casquete apical. Disfunción diastólica grado o patrón de alteración de la rejalación. Aurícula izquierda ligeramente dilatada, en ritmo sinusal. No se observan trombos intracavitarios. Descripción: Aurícula izquierda: diámetro anteroposterior y área, ligeramente dilatada, sin alteraciones en su interior. Válvula mitral: estructural y funcionalmente normal. Ventrículo izquierdo: espesor, diámetros y volúmenes normales. Fracción de eyección 40-45% con hipoquinesia del casquete apical. Válvula aórtica: estructural y funcionalmente normal. Raíz aórtica, aorta ascendente y arco aórtico normales.

Cavidades cardíacas derechas de tamaño normal, tracto de salida del ventrículo derecho y arteria pulmonar normales. Insuficiencia tricuspídea leve funcional. Presión pulmonar sistólica normal.

Sin cortocircuito intracavitario ni en grandes vasos. Septos íntegros. Pericardio normal. Drenaje venoso pulmonar y sistémico normal. Diámetro normal de la vena cava inferior con colapso inspiratorio fisiológico.

15-11-2014 CARDIOLOGÍA - DR IVAN CASTILLO VÉLEZ: 51 años, paciente masculino con antecedente de infarto agudo de miocardio en enero de 2007 con angioplastia más stent en la arteria coronaria descendente anterior y angioplastia fallida en la arteria primera diagonal y en agosto de 2012 colocación de stent intrastent en la arteria coronaria descendente anterior. Cardiomiopatía isquémica con Fracción de Eyección de 36%, hipertensión arterial. Paciente asintomático cardiovascular. Fármacos bisoprolol, atorvastatina, ASA, enalapril, espironolactona. Examen físico: TA 120/70, FC 78, FE 19. Auscultación cardiaca normal, sí soplos carotídeos, abdomen normal, extremidades normales con pulsos simétricos y sin edemas.

Prueba de esfuerzo de octubre de 2014 negativa para isquemia, prueba de Holter de octubre de 2014 normal. Análisis: paciente con antecedente de infarto agudo de miocardio en 2007 y 2012 con cardiomiopatía isquémica con fracción de eyección de 36% con indicación de cardiodesfibrilador (CDIM), ya tiene cita pendiente con electrofisiología, se disminuye dosis de espironolactona por hiperkalemia, se suspende enalapril. Diagnósticos: 1255 Cardiomiopatía isquémica.

Plan: Control por cardiología en 3 meses.

04-03-2015 CARDIOLOGÍA - DR IVÁN CASTILLO VÉLEZ: paciente masculino con antecedente de infarto agudo de miocardio en enero de 2007 con angioplastia más stent en la arteria coronaria descendente anterior y angioplastia fallida en la arteria primera diagonal y en agosto de 2012 colocación de stent intrastent en la arteria coronaria descendente anterior. Cardiomiopatía isquémica con Fracción de Eyección de 36%, hipertensión arterial. Paciente asintomático cardiovascular. Fármacos carvedilol, atorvastatina, ASA y clopidogrel. Examen físico: TA 120/70, FC 70, FR 19. Cuello sin soplos carotídeos. No soplos a la auscultación cardiaca, ruidos cardiacos rítmicos. Abdomen sin masas. Extremidades pulsos simétricos sin edemas. Análisis: paciente con cardiopatía isquémica con fracción de eyección de 35%, tiene pendiente cita con electrofisiología para implante de CDI, cita en un mes con resultados de electrolitos, ordena electrocardiograma. Diagnóstico: 1255 Cardiomiopatía isquémica.

03-2015 CARDIOLOGÍA ELECTROFISIOLOGÍA - DR ALEJANDRO ORJUELA GUERRERO: asiste a control con resultados. Se encuentra en estudio y tratamiento de cardiopatía dilatada de etiología isquémica. Fracción de eyección previa fue de 36%, su clase funcional actual es II. Examen físico sin cambios. Usa carvedilol, ASA, clopidogrel, atorvastatina, ecocardiograma nuevo con fracción de eyección de 45%, en holter se encontraron ocasionales ectopias ventriculares, chagas negativo, se explica su condición, se indica control de factores de riesgo incluyendo estrés emocional, se cita en 8 meses con nuevo ecocardiograma. Análisis: dado que su fracción de eyección mejoró, no se indica por ahora terapia complementaria. Diagnóstico: 1420 Cardiomiopatía dilatada. Se dan recomendaciones.

24-03-2015 FONDO DE PENSIONES PROTECCIÓN - SURAMERICANA - DICTAMEN DE PCL: Diagnósticos de calificación: 1) Cardiomiopatía isquémica - coronariopatía 37.4% de Deficiencia. 2) Trastorno depresivo 10% de Deficiencia. 3) Hipertensión arterial 7.4% de Deficiencia. Total Deficiencias: 38.5%. Discapacidades: 4.4% y Minusvalías 17.25%. PCL total: 61.5%. Fecha de Estructuración 11 de agosto de 2012. Origen: Enfermedad Común.

23-06-2015 CARDIOLOGÍA - DR IVÁN CASTILLO VÉLEZ: 51 años, paciente masculino con antecedente de infarto agudo de miocardio en enero de 2007 con angioplastia más stent en la arteria coronaria descendente anterior y angioplastia fallida en la arteria primera diagonal y en agosto de 2012 colocación de stent intrastent en la arteria coronaria descendente anterior, cardiomiopatía isquémica con fracción de eyección de 36%. Valorado porelectrofisiología quien ordenó nuevo ecocardiograma transtorácico que reportó fracción de eyección de 45%, ordenó continuar con tratamiento médico y control en 8 meses. Fármacos: carvedilol, atorvastatina, ASA y clopidogrel. Examen físico: TA106/70, FC 86, FR19. No soplos carotídeos, no soplos cardíacos, ruidos cardiacos rítmicos, abdomen sin masas, extremidades con pulsos simétrico y sin edemas. Laboratorios: HDL 51, LDL124, col total 209, trigl 117. Análisis: paciente masculino con antecedente de cardiopatía isquémica con cambio de la fracción de eyección de 35 a 45%. En cita anterior se remitió a electrofisiología, pero no se implantó cardiodesfibrilador por el aumento de la fracción de eyección. Paciente con clase funcional II, se continuará con manejo médico, se aumenta la atorvastatina a 80 mg diarios por perfil lipídico fuera de metas. Control por cardiología en 3 meses.

2-09-2015 CARDIOLOGÍA - DR IVÁN DAVID CASTILLO VÉLEZ: 51 años, con antecedente de infarto de miocardio en enero de 2007 con angioplastia más stent en arteria descendente anterior y angioplastia fallida en primera diagonal y en agosto de 2012 stent intra stent en arteria descendente anterior, cardiomiopatía, eco transtorácico de abril de 2015 con fracción de eyección de 45%, fármacos carvedilol, atorvastatina, ASA y clopidogrel. Examen físico sin cambios, TA 120/70. Perfil lipídico: col total 170, trigl 70, LDL 113, HDL 47. Análisis: ecocardiograma transtorácico en abril de 2015 con fracción de eyección de 45%, refiere un episodio de hemorragia de vías digestivas, se suspende el clopidogrel, ya cumplió más de 365 días en tratamiento, resto de fármacos igual, control por cardiología en 4 meses. Diagnóstico: 1255 Cardiomiopatía isquémica

25-01-2016 PRUEBA DE ESFUERZO ERGOMÉTRICA PROTOCOLO BRUCE: Resumen y conclusiones: Prueba de esfuerzo submaximal suficiente al 88% negativa para insuficiencia coronaria, tolerancia al ejercicio adecuada 12.2 METS, respuesta cronotrópica normal, respuesta presora normal.

Descripción: EKG en reposo muestra ritmo sinusal, eje AP, necrosis anteroseptal. El paciente toleró 3.2.2 METS acumulando ..ilegible.. minutos 12 segundos en la banda con un nivel de ejercicio percibido de CLASE FUNCIONAL I A, la presión arterial sistólica aumentó 142 mm Hg, no presentó angina ni disnea. El ECG durante el ejercicio no mostró cambios de repolarización compatibles con isquemia ni trastornos del ritmo. El paciente realizó esfuerzo físico a tolerancia alcanzando el 88% de la frecuencia cardiaca máxima esperada para su edad sin presentar angina ni alteraciones de repolarización en su ECG. Capacidad física y recuperación normales. Nota: en el resumen de la prueba reportan 13.4 METS de carga de trabajo máxima tolerada, con TA máxima de 142/76.

5-05-2016 ECOCARDIOGRAMA DOPPLER TRANSTORÁCICO: Resumen y Conclusiones: 1. Cardiopatía dilatada - isquémica dada por aquinesia y adelgazamiento de todos los segmentos apicales, de los segmentos medios del septum anterior, pared anterior, hipoquinesia del resto, disfunción sistólica severa, Fracción de Eyección Simpson biplano de 28%. 2. Disfunción diastólica por trastorno de la relajación. 3. Insuficiencia tricuspídea leve con PSAP de 26 mm Hg. Descripción: Aurícula izquierda: diámetro anterior y área dentro de límites normales, sin alteraciones en su interior. Válvula mitral: estructural y funcionalmente normal. Ventriculo izquierdo: espesor, diámetros y volúmenes aumentados. Contractilidad global y segmentaria alterada por aquinesia y adelgazamiento de todos los segmentos apicales de los segmentos medios del septum anterior, pared anterior, hipoquinesia del resto, disfunción sistólica severa con Fracción de Eyección de 28%. Disfunción diastólica por trastorno de relajación. Válvula aórtica normal Raíz aórtica, aorta ascendente y arco aórtico normales. Cavidades derechas de tamaño normal, tracto de salida del ventriculo derecho y arteria pulmonar normales. Insuficiencia tricuspídea leve funcional. Presión pulmonar sistólica normal 26 mm Hg. Sin cortocircuito intracavitario ni en grandes vasos Septos íntegros. Pericardio normal. Drenaje venoso pulmonar y sistémico normal. Diámetro normal de la vena cava inferior con colapso inspiratorio fisiológico.

17-05-2016 CARDIOLOGÍA - DR IVAN CASTILLO VÉLEZ: 51 años, paciente masculino con antecedente de infarto agudo de miocardio en enero de 2007 con angioplastia más stent en la arteria coronaria descendente anterior y angioplastia fallida en la arteria primera diagonal y en agosto de 2012 colocación de stent intrastent en la arteria coronaria descendente anterior, cardiomiopatía, ecocardiograma transtorácico en abril de 2015 con Fracción de Eyección de 45%, trae ecocardiograma transtorácico de mayo de 2016 con 28%, paciente con dolor precordial ocasional, fármacos carvedilol, atorvastatina y ASA. Examen físico: 120/70, FC 78, FR 19. Sin soplos carotídeos ni cardíacos, ruidos cardíacos rítmicos, abdomen sin masas, extremidades con pulsos simétricos y sin edemas. Laboratorios: ecocardiograma transtorácico de mayo de 2016 con Fracción de Eyección de 28% con aquinesia apical, disfunción sistólica severa e insuficiencia tricuspídea. Análisis: Paciente con dolor precordial ocasional. el examen físico no aporta datos de interés, por disminución de la función ventricular se ordena varel y perfusión miocárdica, para definir cateterismo cardiaco. Diagnóstico: 1255 Cardiomiopatía isquémica.

24-04-2019 NOTA EXTRAÍDA DEL DICTAMEN DE LA JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE BOGOTÁ-CARDIOLOGÍA ELECTROFISIOLOGÍA: paciente con cardiopatía dilatada de origen isquémico con mala función ventricular izquierda, enfermedad coronaria que requirió angioplastia y colocación de stent en el 2007 y 2012. Asiste a cardiología quien considera que, por presentar disminución de la FEVI, requiere implante de cardio desfibrilador. Manejo con carvedilol cada 12 horas, atorvastatina 80 mg diarios, ASA, espirolactona 25 mg diarios, ranitidina 150 mg diarios. Trae perfusión miocárdica del 2-11-2018 con Fracción de Eyección del ventriculo izquierdo de 30%, ecocardiograma transtorácico con Fracción de Eyección del ventriculo izquierdo de 30%, electrocardiograma con ritmo sinusal, QRS angosto con necrosis septal. Síntomas: niega dolor torácico, disnea o síncope. Examen físico normal. Diagnóstico: cardiomiopatía dilatada, enfermedad cardiovascular aterosclerótica, así descrita. Análisis y plan: paciente con cardiopatía dilatada isquémica con mala función ventricular izquierda. Requiere implante de cardio desfibrilador bicameral como prevención primaria de muerte súbita.

12-02-2020 JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE BOGOTÁ - VALORACIÓN POR MEDICINA LABORAL Y FISIATRÍA: paciente ingresa por sus propios medios sin ayudas externas, independiente en vestido en postura bípeda, adopta posturas de forma adecuada, buen estado general, afebril, hidratado, sin signos de dificultad respiratoria, talla 169 cm, peso 63 kg, TA 140/80, FC 70, FR 20, cabeza y ORL normales, cuello con ingurgitación yugular grado I a 45°, ruidos cardíacos sin soplos, ruidos respiratorios normales, abdomen sin alteraciones, extremidades con pulsos normales, buena perfusión distal, no edemas, no signos de focalización neurológica.

SIN FECHA - CERTIFICADO DE CAFESALUD DE INCAPACIDADES: reporta incapacidades médico laborales continuas desde el 5 de agosto de 2012 hasta el año 2015, por diagnóstico cardiovascular. Una incapacidad del 5 al 9 de julio de 2012 por diagnóstico neuromuscular. No certifican incapacidades de años previos incluido el año 2007, cuando presentó el primer infarto

Al revisar cada uno de las siete (7) situaciones que colocarían la cardiopatía coronaria del señor Díaz Bareño en una clase IV, encontramos que durante varios años incluyendo el año 2016, la ergometría o prueba de esfuerzo del afiliado nunca ha presentado infra desniveles del ST y que tampoco ha presentado falla de bomba, arritmias peligrosas con el esfuerzo ni trastornos electrocardiográficos significativos excepto su infarto antiguo, tampoco ha presentado baja capacidad funcional, todas sus pruebas de esfuerzo hasta la última aportada refieren una excelente clase funcional aún después del segundo infarto de miocardio, los porcentajes de Fracción de Eyección en todos sus ecocardiogramas han sido superiores al 30% (excepto en el último el 5-05-2016 cuando le hallaron 28%), a su salida de la hospitalización del primer infarto en el año 2007 tenía una Fracción de Eyección de 40-45% y mantuvo sus valores en 48% (ver registro del 12-01-2008), 35% (ver registro del 2-02-2009), 45% (ver registro del 13-09-2010), 30-35% (ver registro del 11-08-2012), 36-38% (ver registro del 27-10-2012 perfusión miocárdica), 36% (ver ecocardiograma del 20-05-2014), 40-45% (ver ecocardiograma del 27-10-2014), 45% (ver registro del 2-09-2015), 30% (ver registro del 24-04-2019).

Con relación a la presencia de insuficiencia cardiaca congestiva, al afiliado sus cardiólogos tratantes no le han diagnosticado esta patología, su examen físico como decía el cardiólogo en su nota del 17-05-2016, "no aporta datos de interés", esto quiere decir, que la auscultación cardiaca siempre ha sido normal, que no ha presentado edema en miembros inferiores, ni hepatomegalia, ni congestión pulmonar, ni arritmias cardíacas recurrentes (los resultados de test de holter han sido normales en casi todas las pruebas) y tampoco ha presentado lesiones aórticas.

En concepto de esta aseguradora, el señor Díaz Bareño a pesar de su importante antecedente de infarto de miocardio, no quedó en estado de invalidez en el año 2007 por los siguientes argumentos:

En primer lugar, el afiliado solicitó su calificación de invalidez únicamente hasta el año 2013, cuando fue calificado en primera oportunidad el 24 de mayo de 2013 por Colpensiones. Desde su infarto en enero de 2007 el paciente asistía anualmente a sus chequeos cardiológicos durante los cuales refería estar asintomático (sin disnea, sin angina, sin síncope, sin palpitaciones ni arritmias) y los especialistas lo encontraban en clase funcional cardiovascular I confirmada por prueba de esfuerzo negativa alcanzando 13 Mets, es decir, clase funcional cardiovascular normal.

El afiliado trabajaba normalmente con las restricciones emitidas por sus especialistas tratantes.

En segundo lugar, las incapacidades médico laborales continuas iniciaron cuando presentó su segundo evento coronario, en agosto de 2012 y no cinco años antes en el año 2007, favor ver el certificado de incapacidades emitido por la EPS Cafesalud. Lo anterior quiere decir que los cardiólogos tratantes que lo controlaron durante 5 años desde el 2007 hasta el 2012, no vieron la necesidad de expedirle incapacidades médico laborales, porque el señor Díaz Bareño se encontraba funcionalmente muy bien. El afiliado trabajó normalmente durante todos esos años.

La Clase de la cardiopatía coronaria del señor Díaz Bareño al recuperarse de su primer infarto, a pesar del compromiso de la función ventricular izquierda, era clase I-II pudiendo realizar pruebas de ejercicio máximo sin síntomas y sin cambios electrocardiográficos en las pruebas de esfuerzo.

Al presentar el segundo infarto en agosto de 2012, la coronariografía encontró compromiso de los mismos vasos que le ocasionaron el primer infarto, la arteria descendente anterior que fue recanalizada nuevamente incluso con mejoría de la función ventricular izquierda porque la Fracción de Eyección mejoró hasta un 48%, y la arteria primera diagonal que quedó con un 80% de compromiso desde el primer infarto. No encontraron nuevas lesiones arteriales coronarias. Como decíamos, luego de este segundo infarto, el paciente reportó un mes de deterioro de su clase funcional, favor ver nota médica del 31-10-2012, presentó síntomas depresivos leves con tratamiento psiquiatría, el 24-05-2013 fue calificado por Colpensiones con PCL de gran invalidez.

No obstante, lo anterior, vemos en el año 2014 una valoración por Cardiología del 15-11-2014 en donde el paciente refiere estar asintomático, examen físico normal, prueba de esfuerzo y holter del mes anterior, normales.

El paciente continuó asintomático y con examen físico normal en marzo de 2015, en el control de Cardiología del 23-06-2015 se encontraba en clase funcional II, continuó asintomático, examen físico normal y prueba de esfuerzo negativa para isquemia miocárdica con clase funcional IA capacidad de 13.4 METS el 25-01-2016, el 5-05-2016 que reportaron por primera vez una Fracción de Eyección de 28%, pero incluso en control de Cardiología del 24-04-2019 el paciente negaba presencia de dolor torácico, disnea o síncope. Examen físico normal. Finalmente, ese mismo día el Electro fisiólogo decidió ordenar el implante de un cardio desfibrilador bicameral preventivo para muerte súbita, procedimiento que venía aplazando desde hacía varios años.

En conclusión, el afiliado tiene una enfermedad orgánica del corazón sin síntomas en el reposo, hasta la última nota cardiológica el 24-04-2019 reportada por la Junta Regional de Calificación de Bogotá, el examen físico fue normal y el paciente negaba dolor torácico, disnea o síncope. El dolor precordial cuando ha sido referido es ocasional, excepto en las dos ocasiones en que se presentaron los infartos de miocardio, hospitalizaciones superadas en enero de 2007 y en agosto de 2012.

Hasta la fecha, no le ha sido diagnosticada insuficiencia cardiaca congestiva por sus cardiólogos tratantes.

En nuestro concepto, la cardiopatía del afiliado cumplió los preceptos de la clase IV, específicamente del tercer punto, cuando se refieren lesiones de alto riesgo, el día en que el Cardiólogo tratante anotó en su concepto el día 15 de noviembre de 2014, que el paciente tenía indicación de cardio desfibrilador como medida preventiva primaria. Ese día, a pesar de su evolución estable, buena clase funcional y ausencia de síntomas, el especialista determinó un riesgo alto que ameritaba la colocación del cardio desfibrilador, que no se le colocó en ese momento, pero su necesidad fue reconfirmada por el Electro fisiólogo en el año 2019, para nuestra aseguradora, la Fecha de Estructuración del afiliado es el 15 de noviembre de 2014.

PRETENSIONES:

Por los motivos anteriormente expuestos le solicitamos respetuosamente a la Junta Regional de Calificación de Bogotá, remitir el expediente del señor Díaz Barreño a la Junta Nacional de Calificación y notificar a la aseguradora del envío

De igual manera le solicitamos a la Junta Nacional de Calificación, considerar los argumentos de nuestra apelación y otorgar la Fecha de Estructuración el 15 de noviembre de 2014, fecha en la cual el Cardiólogo tratante, conceptúa que el afiliado necesita la colocación de un desfibrilador por el alto riesgo de muerte súbita, para una clase cardiovascular IV de acuerdo con la tabla 7.1 del decreto calificador..."

Respuesta al Recurso de Reposición:

"...La secretaria concede el recurso de APELACION interpuesto por el calificado en contra del citado dictamen..."

JUZGADO 15 (QUINCE) LABORAL DEL CIRCUITO DE BOGOTA

Entidad calificadora: Junta Nacional de Calificación de Invalidez - Sala 4
Calificado: LIBARDO DIAZ BAREÑO

Dictamen:12642169 - 3996

Página 8 de 15

Referencia proceso ordinario No 110013105015201600680-00

Demandante: Libardo Diaz Bareño cc 12.642.169

Demandado: Administradora colombiana de Pensiones- Colpensiones y otro NIT 900336004-7

En cumplimiento a lo ordenado mediante auto de fecha 15 de diciembre de 2020, me permito remitir, copia del recurso de apelación interpuesto por la parte demandante contra el dictamen N° 12642169-1899 emitido por la Junta Regional de invalidez, de fecha 08/10/2020 y que corresponden a folios 354 a 363 copia del auto de fecha 15/12/2020, de folio 365, copia de la providencia de folio 370, con el fin de que ustedes remitan el mencionado recurso a la JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION, para los fines pertinentes.

Pruebas específicas

Fecha: 23/01/2007

Nombre de la prueba: EPICRISIS

Resumen:

Unidad coronaria: Fecha de ingreso: 17/01/2007. Fecha de egreso: 23/01/2007. *17/01/2007: E.A: Paciente con cuadro que inició hoy a las 5am mientras dormía, dolor opresivo retroesternal, intensidad 10/10 asociado a palidez y diaforesis. Acude a los 30min de cuadro a Hospital Fontibón, documentan IAM CEST anterior extenso, trombolizan con estreptoquinasa, ingresa a unidad coronaria con cuadro de aproximadamente 3 horas persiste dolor opresivo, intensidad 6/10. EKG FCI, lesión subepicárdica anterior extensa y lateral. Se comenta a hemodinamia para P.C.I rescate. Examen físico: Alerta, FC 78x', FR 20x', TA 135/79 (89), SATO2 94%, isocoria, mucosa oral húmeda, tórax: No IY, tórax: RsRs, no agregados, RsCs: Rítmicos, no ausculto soplos, ABD: No megalias, EXT: Pulsos simétricos, llenado capilar normal, neurológico: Sin cambios. Diagnósticos: IAM CEST anterior extensa y lateral 4HIS Killip I, STK (+), no hiperfundido, dislipidemia por HC. Plan: Manejo anti isquémico, PCI rescate, clopidrogel bolo 600mg, traslado a hemodinamia. *19/01/2007: E.A: Sin sopores endovenosos. Examen físico: BEG, consciente, orientado, afebril, estable hemodinámicamente. CCC: Mucosa oral húmeda, no IY, pupilas isocóricas, normorreactivas a la luz. C/P: RsCsRs bien timbrados, RsRs bien transmitidos, sin sobreagregados. ABD: Blando, depresible, no dolor. EXT: Pulsos (+), no edema, buena perfusión distal. Neurológico: Sin déficit motor ni sensitivo. Diagnósticos: IAM CEST anterior extensa Killip I, trombolisis fallida, PCI rescate exitoso, cardiopatía isquémica FE 35%, PCI stent exitoso, oclusión secundario, dislipidemia. Análisis y plan: Evolución post IAM adecuado, sin nuevo episodio anginoso, en ritmo sinusal, con tendencia a la taquicardia en reposo, normotenso. Traslado a piso, manejo antiisquémico, antiagregante, IC RHB cardíaca. 22/01/2007: Cardiología: E.A: Paciente de 48 años con Dx de IAM CEST anterior extenso Killip I, trombolisis fallido DIS 6, cardiopatía isquémica FE 35%, DA 100% proximal, PCI stent exitoso, oclusión 2rio, dislipidemia. No nuevos episodios de dolor torácico, no dolores, refiere cefalea que mejora con analgésico. Examen físico: Paciente alerta, S"V TA: 100/60, FC 58, FR. 18, mucosa oral hidratada, CP: RsCs rítmicos sin soplos, murmuE vesicular conservado sin sobreagregados, abdomen blando, no irritación peritoneal, extremidades sin edemas. Plan: Paciente con cardiopatía tensionales y FC controladas, sin nuevos episodios de dolor precordial. SS ecocard TT. *23/01/2007: Cardiología: E.A: Dia 6 post ' anterior extenso, FE 40-45%, ha presentado cefalea con el dinitrato isosorbide, no angina, no arritmias ni descompensación hemodinámica. Examen físico: TA 116/70, FC 70x', FR 16x', afebril. C-P normal, ABD normal, región femoral equimosis, pequeño hematoma, pulsos y perfusión distales normales, SNC normal. Plan: Salida al hogar.

Fecha: 12/01/2008

Nombre de la prueba: CARDIOLOGIA

Resumen:

E.A: Paciente con enfermedad coronaria, PTCA stent en enero 2007, con dolor torácico, trae perfusión miocárdica con necrosis anteroseptal • ;30%, masa ventricular con isquemia residual 10%. PDE RTA presera normal, croto afectada por medicamentos, no arritmia. ECOTT cardiopatía, incipiente dilatación, FEVI 48% por perfusión 30%¿ insuficiencia mitral trivial. ENP 10x1, ASA, MTP 25x2, LOV 40x1, diltiazem 60x1, mejoría de dolor torácico, no ICC, no palpitaciones, no síncope. Diagnóstico: Cardiomiopatía isquémica. Plan: Suspendo ENP por hipotensión, se deja esprión 12.5, resto igual, control en 3 meses con perfil lipídico, suspende ctopidogrel 31 enero.

Fecha: 02/02/2009

Nombre de la prueba: CARDIOLOGIA

Resumen:

E.A: Paciente con enfermedad coronaria dilatada, con stent enero 2007, perfusión miocárdica con extensa necrosis anteroseptoapical 40% masa VI, sin viabilidad, FEVI 35%, PDE sin arritmias, RTA. presora normal con DISM por BB 12 METS. Holter normal. TTO LOV 20x1, MTP 25x2, ASA, espino medial diltiazem 30x2. CF I, no síntoma reflujo, no síncope, no angor, no palpitaciones. Examen físico: : Cardiovascular: Punta desplazada. Diagnóstico: Cardiomiopatía isquémica. Plan: Se considera que si hay síntomas de reflujo, no de angina, se debe continuar manejo médico, la perfusión miocárdica que en relación con la de hace 1 año está igual, control en 4 meses.

Entidad calificador: Junta Nacional de Calificación de Invalidez - Sala 4

Calificado: LIBARDO DIAZ BAREÑO

Dictamen:12642169 - 3996

Página 9 de 15

Fecha: 13/09/2010

Nombre de la prueba: CARDIOLOGIA

Resumen:

E.A: Paciente con enfermedad coronaria dilatada, con stent en enero 2007. Perfusión miocárdica igual al de hace 1 año, extensa necrosis anteroapical septal 40%, masa VI sin viabilidad, FEVI 35%, sin arritmias, CF 12 METS, con último ECOTT FEVI 45%, sin ALT valvular. Holter normal. Síntomas de reflujo. ASA, MTP, diltiazem, espir, LOV. CF I, angor ocasional, no síncope, no palpitaciones. LAB HDL 46, LDL 197, CT 263, TGL 100. Examen físico: Cardiovascular: punta desplazada. Diagnóstico: Cardiomiopatía isquémica. Plan: SS PDE control en 2 meses

Fecha: 12/07/2011

Nombre de la prueba: CARDIOLOGIA

Resumen:

Paciente con enfermedad coronaria dilatada, con stent en enero 2007. Perfusión miocárdica extensa, necrosis anteroapical septal 40%, : masa VI sin viabilidad, FEVI 35%. PDE de nov 2010, maximal negativa isquemia sin arritmias, CF 13 METS. ECOTT FEVI 45% sin ALT valvular. Holter EVP carga 6%, PR limitrofe, síntomas de reflujo. ASA, MTP 25x2, diltiazem 30x2, LOV 20x1, omeprazol 20x2, CF I angor, ocasional, no síncope, xio palpitaciones, HDL 65, LDL 148, CT 229, TGL 78. Diagnóstico: Cardiomiopatía isquémica. Plan: SS PDE para agosto 2011, control 3 meses.

Fecha: 11/08/2012

Nombre de la prueba: EPICRISIS

Resumen:

Fecha de ingreso: 05/08/2012. Fecha de egreso: 11/08/2012. *05/08/2012: E.A: Remitido de Vélez Santander por evento coronario. Examen físico: Alerta, orientado, hidratado, FC 85, FR 16, TA 119/69, TAM 90, SAO2 97%, FIO2 0.28, ORL: Húmeda, rosada, cuello: No IY, no 'soplos. CV. RsCsRs, no soplos, resp: Pulmones ventilados, RsRs limpios. ABD: No masas, no megalias, no defensa. EXT: Sin edemas. . Neuro: Sin déficit. Plan: Paciente con historia de EAC ya intervenida, con dolor torácico de características típicas con biomarcadores cualitativos positivos, a corroborar con troponina I cuantitativa, sin signos de falla cardíaca aguda, estable hemodinámica y eléctricamente 'supradesnivel en cara inferior, sin morfología de EAC. Se decide ingresar como angina inestable de alto riesgo, TIMI 4. Se inicia manejo médico, optimo antiisquémico, antitrombótico y estabilizador de placa, se solicitan LABS y ECO TT, de acuerdo a resultados se definirá, estratificación invasiva. *05/08/2012: E.A: Paciente de 48 años, con Dx IAM CEST anteroseptal no trombolizado K-KI, enfermedad Coronaria de 1 vaso con revascularización hace 7 años, con 1 stent (se desconoce anatomía coronaria), HTA controlada, dislipidemia. objetivo: Niega dolor torácico, tolera decúbito, niega fiebre. Examen físico: Alerta, orientado, hidratado. TA 122/79, TAM 97, FC: aún, FR: lóxmin, T: 36.5°C, SAO2: 97%, FIO2: 0.24, mucosa húmeda, rosada, cuello no IY, no soplos, CV ruidos cardíacos rítmicos, • no soplos, resp: Pulmones ventilados, ruidos respiratorios limpios, abdomen: No masas, no megalias, no defensa, extremidades: Sin 1 edemas, llenado cap < 2 seg, neurológico: Sin déficit Plan: Paciente con factores de riesgo y antecedente de cardiomiopatía isquémica por enfermedad coronaria, que cursa con infarto agudo de miocardio, con evidencia de elevación de segmento ST de pared anteroseptal, no trombolizado, troponina de remisión positiva, en el momento se encuentra asintomático sin signos de bajo gasto cardíaco, adecuado gasto 'urinario, está pendiente reporté de paraclínicos de ingreso, según reportes se ajustará manejo médico, se solicita estudio de anatomía ; coronaria con arteriografía y evaluación funcional con ec ocardiograma, continúa terapia antiagregante y antiisquémica, en unidad con : vigilancia estricta por alto riesgo de arritmias fatales, choque cardiogénico y muerte súbita. *08/08/2012: E.A: Paciente de 48 años con diagnóstico IAM CEST inferior, no trombolizado K-KI, enfermedad coronaria de 1 vaso con revascularización hace 7 años con 1 stent en • DA y angioplastia fallida de primera diagonal, cardiopatía isquémica con FEVI 30-35%, trombo laminar en ventrículo izquierdo, HTA ¡controlada, dislipidemia. Subjetivo: Niega dolor torácico o disnea. Examen físico: Paciente en aceptables condiciones generales, alerta, ¡orientado, hidratado. Análisis: Paciente con infarto agudo de miocardio de pared inferior, estable clínicamente, sin dolor torácico o disnea, con cifras tensionales controladas, cronotropia aceptable, diuresis espontánea, sin dificultad respiratoria, se evaluará informe de angioplastia y tipo de stent implantado en conjunto con hemodinamia, continúa manejo médico y continúa observación en unidad por alto riesgo cardiovascular. *11/08/2012: E.A: Paciente de 48 años con diagnóstico posangioplastia mediato + implante stent medicado en ADA, IAM CEST inferior no trombolizado K-KI, enfermedad severa de 1 vaso principal DA con stent en tercio medio con trombo y reestenosis 70%, : con buen lecho distal y 1 secundario, primera diagonal presenta encarcelamiento de stent en descendente con lesión de 80% proximal, i enfermedad coronaria de 1 vaso con revascularización hace 7 años, con 1 stent en DA y angioplastia fallida de primera diagonal, cardiopatía . i isquémica con FEVI 30-35%, trombo laminar en ventrículo izquierdo, HTA controlada, dislipidemia. Subjetivo: Asintomático, C/V sin dolor o sangrado en sitio de punción. Examen físico: Paciente consciente, alerta, orientado, hidratado, mucosa húmeda, rosada, cuello: No IV, no soplos. SV: TA: 106/78, FC 65, FR 18, diuresis espontánea, CV: Ruidos cardíacos rítmicos, no soplos, resp: Pulmones ventilados, ruidos respiratorios limpios, abdomen: No masas, no megalias, no defensa, extremidades: Sin edemas, llenado cap < 2 seg, sitio de punción sin hematoma ni sangrado activo, neurológico: Sin déficit, MSD mínimo hematoma en región de punción arterial con medidas compresivas, llenado habitual. Plan: Paciente con Dx anotados, buena evolución posterior a cateterismo, con resolución de hematoma en sitio de punción, con pulsos presentes, asintomático, C/V para angor y disnea, se decide inicio de anticoagulación con warfarina. Control ambulatorio por medicina interna y cardiología, anticoagulación hasta resolución de trombo intracavitario

Entidad calificador: Junta Nacional de Calificación de Invalidez - Sala 4

Calificado: LIBARDO DIAZ BAREÑO

Dictamen: 12642169 - 3996

Página 10 de 15

Fecha: 09/04/2013 **Nombre de la prueba:** PERTUSION MIOCARDICA

Resumen:

Necrosis transmural del casquete apical y anteroseptal con un déficit total de perfusión de 35% e isquemia residual del 8% de extensión

Fecha: 23/06/2015 **Nombre de la prueba:** CARDIOLOGIA

Resumen:

E.A: Paciente masculino de 51 años, con ANT de IAM en enero del 2007 con angioplastia más stent ADA y angioplastia fallida en diagonal, y agosto del 2012 stent intra stent ADA, cardiomiopatía isquémica con FE 36%, valorado por electrofisiología quien ordenó i nuevo ECO TT que reportó, FE 43%, se debe continuar control médico y control en 8 meses. Fármacos: carvedilol 6,25 x12, atorvastatina, ASA, clopidogrel. Examen físico: TA 106/70, 86 lat/min, 19 resp/min, cuello sin soplos carotídeos, tórax, no soplos, ruidos cardíacos rítmicos, abdomen sin masas, extremidades: Pulsos simétricos, edemas no. Diagnóstico: Cardiomiopatía isquémica. Plan: Paciente masculino con ANT de cardiopatía isquémica con cambio de la FR de eyección de 35 a 45%, en cita anterior se remitió a EFF, pero no se le implantó CDI por el aumento de fracción de eyección, paciente con CFII, se continuará con manejo médico, se aumenta atorvastatina 80mg día, por perfil lipídico fuera de metas, control cardiología en 3 meses.

Fecha: 05/05/2016 **Nombre de la prueba:** ECOCARDIOGRAMA BÍDIMENSIONAL DOPPLER COLOR

Resumen:

Cardiopatía dilatada, isquémica, dada por aquinesia y adelgazamiento de todos los segmentos apicales de los segmentos medios del septum anterior, pared anterior, hipo aquinesia del resto, disminución sistólica severa FEVI Simpson biplano 28%. Disfunción diastólica por trastorno de la relajación, insuficiencia tricúspidea leve con PSAP de 26mmHg.

Fecha: 24/04/2019 **Nombre de la prueba:** ELECTROMIOGRAFIA

Resumen:

E.A: Paciente con cardiopatía dilatada de origen isquémico con mala función ventricular izquierda, enfermedad coronaria que requirió angioplastia y colocación de stent en el 2007 y 2012. Asiste a cardiología, quien considera que por presentar disminución en la FEVI, requiere implante de cardio desfibrilador. Manejo: carvedilol 6.25mg VO c/12h, atorvastatina 80mg VO c/d, ASA 100mg VO c/d, espirolactona 25mg VO c/d, ranitidina 150mg VO c/d. Trae perfusión miocárdica 02/11/2018: FEVI 30%-35%. ECO TT FEVI 30%. t Electrocardiograma ritmo sinusal QRS angosto con necrosis septal. S/: Niega dolor torácico, disnea o síncope. Examen físico normal. Diagnóstico: Cardiomiopatía dilatada, enfermedad cardiovascular aterosclerótica, así descrita. Análisis y plan: Paciente con cardiopatía dilatada isquémica con mala función ventricular izquierda. Requiere implante de cardiodesfibrilador bicameral como prevención primaria de muerte súbita.

Fecha: 16/10/2019 **Nombre de la prueba:** ELECTROFISIOLOGIA

Resumen:

(Aportado por el paciente mediante correo electrónico) Paciente con cuadro de cardiopatía dilatada de origen isquémico y enfermedad coronaria intervenida en 2007 y 2012 que asiste a control por cuadro de disconfort torácico, presíncope y deterioro de clase funcional con ecocardiograma transtorácico de noviembre de 2018 con cardiopatía isquémica fevi: 30% que se encuentra en manejo neurohumoral óptimo motivo por el que se considera optimizar manejo óptimo neurohumoral de falla cardíaca (aumentar dosis de carvedilol 12.5mg cada 12 horas) y resto de medicación igual y que lo tiene el paciente, se solicita ecocardiograma transtorácico y con ello acudir a consulta para definir el implante de cardiodesfibrilador como método de prevención primaria de muerte súbita. Se explica a paciente quien refiere entender y aceptar.

Fecha: 17/02/2020 **Nombre de la prueba:** CARDIOLOGIA

Resumen:

(Aportado por el paciente mediante correo electrónico) Ekg ritmo sinusal, necrosis e isquemia sub epicárdica en cara anteroseptal holter de ritmo en 24 horas : ritmo sinusal durante todo el estudio, cvp monomorfa con carga arritmica del 3 %, salvas de tv no sostenida, no bav.

no pausas se aumenta dosis de sacubitrilo/valsartan 200 mg bid, se agrega amiodarona 200 mg tomar una tableta cada 12 horas los primeros 5 días, apartir del 6 días tomar una tableta cada 12 horas, valoración por electrofisiología urgente para implante de cdi, cita por cardiología en 3 meses

Fecha: 13/01/2021 **Nombre de la prueba:** EPICRISIS

Resumen:

(Aportado por el paciente mediante correo electrónico) Paciente en POP inmediato de implante de cardiodesfibrilador por cardiopatía dilatada de etiología isquémica con moderado compromiso de la función ventricular izquierda (FEVI 40%) y hallazgos en holter de episodios de TV no sostenidos autolimitados. Al momento se encuentra hemodinamicamente estable, adecuada modulación del dolor a nivel de sitio de implante, herida quirúrgica descrita, sin complicaciones asociadas. EKG sin cambios, dispositivo funcional. Rx de Tórax sin desplazamiento de electrodos. Se considera paciente con evolución clínica favorable, quien puede continuar manejo de forma ambulatoria; se decide dar egreso con recomendaciones generales, signos de alarma, hábitos y estilos de vida saludables. Se entrega fórmula médica, control por cardiología y orden para reprogramación de dispositivo en tres meses. Se explica que se realizara seguimiento telefónico de herida quirúrgica en una semana. Paciente refiere entender y aceptar conducta médica a seguir.

Fecha: 26/04/2021 **Nombre de la prueba:** ECOCARDIOGRAMA DOPPLER

Resumen:

(Aportado por el paciente mediante correo electrónico) Opinión ventriculo izquierdo con alteración segmentaria de contractilidad territorio de la DA- Disfuncion Sistólica Severa (FEVI: 30%)- disfuncion diastolica grado I. Insuficiencia valvular tricuspídea de grado leve. PSAP: 33 mmHg

Fecha: 28/06/2021 **Nombre de la prueba:** CARDIOLOGIA

Resumen:

(Aportado por el paciente mediante correo electrónico) Análisis del caso: paciente masculino 57 años de edad con cardiopatía isquémica fevi deprimida de 30%, con enfermedad coronaria un vaso a da, revascularizado via percutanea en el contexto clinico de scasest en el 2007 con revascularizacion en el 2012 por reestenosis del stent. portador de cdi como prevencion primaria de muerte subita, ultima reprogramacion marzo 2021 normoprmofuncionante. actualmnte se realiza modificaciones al medico se cambia atorvastatina por rosuvastatina y cambia carvedilol tab 25 mg por metoprolol tab 100 mg cada 12 horas para mejor control cronotropico, adherente a manejo farmacologico asintomatico cardiovascular nyha I/IV, no angina, fc en ytaen metas, no signos congestivos de falla cardiaca. perfil cardiometabolico ldl fuera de metas ldl 117 mg/dl de abril 2021. se ordenan el día de hoy.

Fecha: 31/01/2022 **Nombre de la prueba:** ECOCARDIOGRAMA DOPPLER

Resumen:

(Aportado por el paciente mediante correo electrónico) Opinión Ventrículo izquierdo con alteración segmentaria de contractilidad en territorio de la DA.- disfunción sistólica severa. FEVI: 28-32%.- disfunción diastólica grado II. Ventrículo derecho normal. Aurículas normales. Esclerosis mitral con insuficiencia leve. Electrodo de cdi en cavidades derechas.

Concepto de rehabilitación

Proceso de rehabilitación: En curso

Valoraciones del calificador o equipo interdisciplinario

Fecha: 18/02/2022 **Especialidad:** VALORACIÓN MEDICO PONENTE

La Sala 4 de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, atendiendo a las disposiciones de los numerales 8 y 15 del artículo 10°; numeral 2. Del artículo 11 y literal b, del artículo 38 del Decreto 1352 de 2013 ("Por el cual se reglamenta la organización y funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez, y se dictan otras disposiciones") aunado a los pronunciamientos del Gobierno Nacional, Gobierno Departamental, el Gobierno Distrital y Local por medio de sus autoridades y las autoridades sanitarias del país, la Junta Nacional

Entidad calificadora: Junta Nacional de Calificación de Invalidez - Sala 4

Calificado: LIBARDO DIAZ BAREÑO

Dictamen: 12642169 - 3996

Página 12 de 15

el 18 de marzo del 2020 mediante un comunicado tomo medidas para prevenir el coronavirus COVID-19 donde por la contingencia presentada ante la pandemia del coronavirus se toma la decisión de prescindir del examen médico presencial para evitar el desplazamiento de los pacientes y su posible exposición al riesgo, la sala 4 resuelve citar a valoración virtual al paciente para el día 18 de febrero de 2022.

Buenas condiciones generales, conciente, orientado, marcha normal sin apoyo, peso 66 k, talla 1.69 m. Antecedente de primer infarto en el 2007 pudo trabajar hasta el segundo infarto que fue el 05 de agosto el 2012, con 30 días de incapacidad, a partir del 21 de septiembre de 2012, en el 2013 Colpensiones lo califica y lo invalida, el paciente no vuelve a trabajar, en el 2021 le colocaron marcapasos, refiere fatiga, adinamia, animo triste, ansioso, depresivo.

Fecha: 18/02/2022 **Especialidad:** VALORACIÓN FISIOTERAPEUTA

Hombre de 58 años de edad, procedente de Bogotá, D.C., escolaridad, bachiller, estado civil, casado, sin hijos, vive en casa propia, con histórico laboral de 35 años, 19 años como jefe de bodega por 12 años y 6 años como auxiliar de bodega, con diagnósticos de hipertensión esencial primaria, desde 2014 y desde entonces toma medicación para su control, cardiomiopatía isquémica, desde enero de 2007, cuando presentó un 1º infarto, el 2º lo presentó en agosto de 2012, refiere que en enero de 2021, le colocaron marcapasos en su corazón, trastorno depresivo de la conducta, angina inestable, síncope y colapso, refiere que presenta síncope a repetición y expresa presenta sensación de fatiga o cansancio muscular generalizado y poca resistencia para la actividad física, los desplazamientos, la ejecución de las ABC, AVD y de las tareas domésticas. Respecto a la depresión, recibe tratamientos por psiquiatría y psicología desde 2008 con medicamentos y controles tres meses, orientada en sus tres esferas, alerta, consciente, euproséxica(capacidad de atención normal), pensamiento lógico y coherente, lenguaje eulálico, colaborador con la entrevista, con afecto triste, ansioso, con ideas de minusvalías, irritable, frustrado; al momento niega ideas de muerte, niega ideas suicidas, sin alucinaciones, sin ideas psicóticas, con dificultad para conciliar y mantener el sueño, memoria previa retrograda, reciente conservada, y de trabaja conservada, introspección acorde para su entorno, prospección acorde con su realidad y posibilidades, juicio y raciocinio conservado, refiere: fatigabilidad fácil, anergia, astenia, adinamia, anhedonia. Está pensionado por invalidez desde diciembre de 2016.

Fundamentos de derecho:

Para el caso que nos ocupa debe tenerse en cuenta las disposiciones del artículo 3º, del decreto 917 de 1999, que define como fecha de estructuración: "La fecha en que se genera en el individuo una pérdida de en su capacidad laboral de forma permanente y definitiva. Para cualquier contingencia, esta fecha debe documentarse con la historia clínica, los exámenes clínicos, y de ayuda diagnóstica y puede ser anterior o corresponder a la fecha de calificación.....".

Otros fundamentos de derecho que se tuvieron en cuenta para el presente dictamen se encuentran en las siguientes normas:

- Ley 100 de 1993, crea las Juntas de Calificación
- Decreto 917 de 1999, determina el Manual Único de Calificación de Invalidez.
- Decreto 1352 de 2013, "Por el cual se reglamenta la organización y funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez y se dictan otras disposiciones).

Análisis y conclusiones:

La Administradora de Fondos de Pensiones COLPENSIONES le calificó Pérdida de Capacidad Laboral (PCL) de 82.88%, de origen enfermedad común, con fecha de estructuración 23/01/2007. La calificación de PCL emitida se desglosa así: Deficiencia: 49.58%, Discapacidad: 7.30% Minusvalía: 26.00% Las deficiencias calificadas fueron: cardiomiopatía isquémica + angina + síncope + Re estenosis stent (49.50%). sd depresivo (10.00%). HTA (7.40%) Diagnósticos cardiomiopatía isquémica, trastorno depresivo de la conducta, hipertensión esencial primaria, angina inestable, síncope y colapso

SURAMERICANA (PROTECCION) le calificó Pérdida de Capacidad Laboral (PCL) de 61.15%, de origen enfermedad común, con fecha de estructuración 11/08/2012. La calificación de PCL emitida se desglosa así: Deficiencia: 39.50%, Discapacidad: 4.40% Minusvalía: 17.25% Las deficiencias calificadas fueron: cardiopatía isquémica coronariopatía (37.40%). Sd no depresivo (10.00%). HTA (7.40%) Diagnósticos cardiomiopatía isquémica, hipertensión esencial primaria, trastorno mixto de ansiedad y depresión

El señor Libardo Diaz Bareño no estuvo de acuerdo y fue enviado a la Junta Regional de Calificación de Invalidez.

Calificación Junta Regional de calificación de Invalidez: La Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá y Cundinamarca mediante dictamen N° 12642169-1899 de fecha 28/02/2020 establece:

DIAGNÓSTICO(S):

1. ENFERMEDAD ATEROSCLEROTICA DEL CORAZON
2. INFARTO ANTIGUO DEL MIOCARDIO

FECHA DE ESTRUCTURACIÓN: 23/01/2007

Motivación de la inconformidad: ... SEGUROS BOLIVAR manifiesta su inconformidad frente al dictamen con base en: "...En conclusión, el afiliado tiene una enfermedad orgánica del corazón sin síntomas en el reposo, hasta la última nota cardiológica el 24-04-2019 reportada por la Junta Regional de Calificación de Bogotá, el examen físico fue normal y el paciente negaba dolor torácico, disnea o síncope. El dolor precordial cuando ha sido referido es ocasional, excepto en las dos ocasiones en que se presentaron los infartos de miocardio, hospitalizaciones superadas en enero de 2007 y en agosto de 2012. Hasta la fecha, no le ha sido diagnosticada insuficiencia cardiaca congestiva por sus cardiólogos tratantes. En nuestro concepto, la cardiopatía del afiliado cumplió los preceptos de la clase IV, específicamente del tercer punto, cuando se refieren a lesiones de alto riesgo, el día en que el Cardiólogo tratante anotó en su concepto el día 15 de noviembre de 2014, que el paciente tenía indicación de cardio desfibrilador como medida preventiva primaria. Ese día, a pesar de su evolución estable, buena clase funcional y ausencia de síntomas, el especialista determinó un riesgo alto que ameritaba la colocación del cardio desfibrilador, que no se le colocó en ese momento, pero su necesidad fue reconfirmada por el Electro fisiólogo en el año 2019, para nuestra aseguradora, la Fecha de Estructuración del afiliado es el 15 de noviembre de 2014. **PRETENSIONES:** Por los motivos anteriormente expuestos le solicitamos respetuosamente a la Junta Regional de Calificación de Bogotá, remitir el expediente del señor D. Barreño a la Junta Nacional de Calificación y notificar a la aseguradora del envío. De igual manera le solicitamos a la Junta Nacional de Calificación, considerar los argumentos de nuestra apelación y otorgar la Fecha de Estructuración el 15 de noviembre de 2014, fecha en la cual el Cardiólogo tratante, conceptúa que el afiliado necesita la colocación de un desfibrilador por el alto riesgo de muerte súbita, para una clase cardiovascular IV de acuerdo con la tabla 7.1 del decreto calificador..."

La sala 4 revisa historia clínica obrante en el expediente y aportada por el paciente, la cual se tiene en cuenta dentro de la presente calificación.

- ARTÍCULO 55. REVISIÓN DE LA CALIFICACIÓN DE INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL O DE LA CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ. Artículo compilado en el artículo 2.2.5.1.53 del Decreto Único Reglamentario 1072 de 2015. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo 3.1.1 del mismo Decreto 1072 de 2015 La revisión de la calificación de incapacidad permanente parcial o de la invalidez requiere de la existencia de una calificación o dictamen previo que se encuentre en firme, copia del cual debe reposar en el expediente. La Junta de Calificación de Invalidez en el proceso de revisión de la calificación de la pérdida de capacidad laboral, solo puede evaluar el grado porcentual de pérdida de capacidad laboral sin que le sea posible pronunciarse sobre el origen o fecha de estructuración salvo las excepciones del presente artículo. Para tal efecto, se tendrá en cuenta el manual o la tabla de calificación vigente en el momento de la calificación o dictamen que le otorgó el derecho. De acuerdo a lo anterior se confirma la fecha de estructuración dada por la Junta Regional.

Por lo anterior, esta junta decide **CONFIRMAR** el dictamen emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá y Cundinamarca

DIAGNÓSTICO(S):

1. ENFERMEDAD ATEROSCLEROTICA DEL CORAZON
2. INFARTO ANTIGUO DEL MIOCARDIO

FECHA DE ESTRUCTURACIÓN: 23/01/2007

Una vez leída y aprobada la presente decisión se firma en acta, con aceptación unánime por los integrantes principales de la Sala cuarta de Decisión de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez.

En consecuencia, notifíquese el dictamen emitido a las partes interesadas en los términos del artículo 41 del Decreto 1352 de 2013.

MANV

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

Entidad calificadora: Junta Nacional de Calificación de Invalidez - Sala 4
Calificado: LIBARDO DIAZ BAREÑO

Dictamen: 12642169 - 3996

Página 14 de 15

Diagnósticos y origen

CIE-10	Diagnóstico	Diagnóstico específico	Fecha	Origen
I251	Enfermedad aterosclerótica del corazón			Enfermedad común
I252	Infarto antiguo del miocardio			Enfermedad común

7. Concepto final del dictamen

Fecha de estructuración: 23/01/2007

Fecha declaratoria: 25/02/2022

Sustentación fecha estructuración y otras observaciones:

8. Grupo calificador



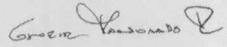
MANUEL HUMBERTO
AMAYA MOYANO
2022.02.25 06:24:51
-05'00'

Manuel Humberto Amaya Moyano

Médico ponente

Médico

Firmado digitalmente
por GLORIA MARIA

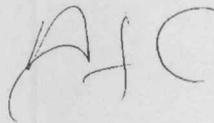


MALDONADO RAMIREZ

Fecha: 2022.02.25
07:37:35 -05'00'

Gloria Maria Maldonado Ramirez

Fisioterapeuta



Firmado digitalmente
por ADRIANA DEL PILAR
ENRIQUEZ CASTILLO
Fecha: 2022.02.25
05:18:55 -05'00'

Adriana del Pilar Enriquez Castillo

Médico

014121

