

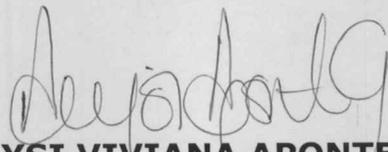
REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

Bogotá D.C., 2 de mayo de 2022. Al despacho del señor juez el presente proceso ordinario radicado con el No. 110013105015201700476-00, informando que se recibió dictamen por parte de la Junta Regional de Calificación de Invalidez. Sírvase proveer.

La secretaria,


DEYSI VIVIANA APONTE COY

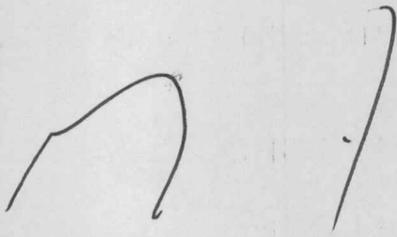
JUZGADO QUINCE LABORAL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

Bogotá D.C., cinco (5) de mayo de dos mil veintidós (2022)

De conformidad con el informe secretarial que antecede y lo dispuesto en el artículo 228 del CGP córrase traslado del dictamen No 91251065-7672 de 13 de diciembre de 2021, por medio del cual la Junta Regional de Calificación de Invalidez, califico al demandante.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.

El Juez,


ARIEL ARIAS NÚÑEZ

JUZGADO QUINCE LABORAL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ
HOY 6 DE MAYO DE 2022, SE NOTIFICA EL AUTO
ANTERIOR POR ANOTACIÓN EN EL ESTADO No. **018**


DEYSI VIVIANA APONTE COY
SECRETARIA



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

Otro

1. Información general del dictamen

Fecha de dictamen: 13/12/2021	Motivo de calificación: PCL (Dec 1507 /2014)	Nº Dictamen: 91251065 - 7672
Tipo de calificación: Dictamen pericial		
Instancia actual: No aplica		
Tipo solicitante: Rama judicial	Nombre solicitante: JUZGADO 15 LABORAL DEL CIRCUITO DE BOGOTA	Identificación: NIT
Teléfono: 3419708	Ciudad: Bogotá, D.C. - Cundinamarca	Dirección: CLL 12C No.7-36. Piso 21. Ed. Nemqueteba
Correo electrónico:		

2. Información general de la entidad calificadora

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

3. Datos generales de la persona calificada

Nombres y apellidos: JAIME GALINDO VARGAS	Identificación: CC - 91251065 - Bucaramanga	Dirección: CLL 124 # 47-97
Ciudad: Medellín - Antioquia	Teléfonos: 3176797886 - 3117239423	Fecha nacimiento: 28/01/1967
Lugar: Bucaramanga - Santander	Edad: 54 año(s) 10 mes(es)	Genero: Masculino
Etapas del ciclo vital: Población en edad económicamente activa	Estado civil: Unión Libre	Escolaridad: Básica secundaria
Correo electrónico: apolo2376@gmail.com	Tipo usuario SGSS: Particular	EPS:
AFP:	ARL:	Compañía de seguros:

4. Antecedentes laborales del calificado

No aplica

5. Relación de documentos y examen físico (Descripción)

Relación de documentos

- Análisis de exposición al factor de riesgo al que se encuentra asociado la patología, lo cual podrá estar en el análisis o evaluación de puestos de trabajo relacionado con la enfermedad en estudio.
- Formulario de solicitud de dictamen diligenciado.
- Fotocopia simple del documento de identidad de la persona objeto de dictamen o en su defecto el número correspondiente.
- 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

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

Calificado: JAIME GALINDO VARGAS

Dictamen: 91251065 - 7672

Página 1 de 13

hechos por parte del usuario al momento de recibir la atención derivada del evento. En caso de muerte la historia clínica o epicrisis de acuerdo con cada caso. Si las instituciones prestadoras de servicios de salud NO hubiesen tenido la historia clínica, o la misma NO esté completa, deberá reposar en el expediente certificado o constancia de este hecho, caso en el cual, la entidad de seguridad social debió informar esta anomalía a los entes territoriales de salud, para la investigación e imposición de sanciones él que hubiese lugar.

- Comprobante pago de honorarios

Información clínica y conceptos

Resumen del caso:

FUNDAMENTOS DE HECHO: ANTECEDENTES. Juzgado Quince Laboral del Circuito de Bogotá, solicita "...se proceda a calificar lo correspondiente al origen de las patologías que tiene, advirtiendo, que se deben calificar en forma integral, identificar y relacionar cuales son de origen común y cuáles de origen laboral, porcentaje de la pérdida de capacidad laboral si presenta y la fecha de estructuración..."

Resumen de información clínica:

Por emergencia sanitaria y con autorización del paciente se realiza valoración telefónica por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá y Cundinamarca el 26 de octubre de 2021, paciente mal informante, dice que no sabe nada de él ni de su enfermedad, no resonante, alerta, consciente, le solicito que no me ponga en altavoz, que la conversación es solo con él, dice que no me tiene en altavoz, pero la esposa escucha mis preguntas y ella lo orienta en las respuestas. Se le indica que se procede a calificar con la documentación aportada al expediente de la junta.

Refiere dolor en región lumbar y cervical, en extremidades, dice que tiene más molestias pero no sabe cuáles son.

Conceptos médicos

Fecha: 20/05/2010

Especialidad: Ortopedia

Resumen:

E.A.: Paciente con antecedente de dolor en hombros y codos, se diagnosticó epicondilitis medial bilateral, se realiza infiltración la cual mejoró por un periodo aprox de 6 meses. Actualmente con dolor en epicóndilos mediales bilateral más intenso en codo izquierdo. Paciente tiene cita con reumatología, pendiente. Examen físico: Clínicamente dolor y edema en epicóndilo medial de codo izquierdo, con limitación y dolor a la flexión de muñeca, no hay déficit neurovascular distal. Análisis y plan: Se explica al paciente que para su manejo debe ser integral, terapias físicas, analgésico, antiinflamatorios y disminuir actividad repetitiva que desencadena el dolor. Se propone realizar nueva infiltración una vez sea valorado por reumatología. Se solicita Rx de codos.

Fecha: 15/09/2012

Especialidad: Neurocirugía

Resumen:

E.A.: Cuadro de dolor lumbar y dolor en miembro inferior derecho desde el 15/07/2012 posterior a esfuerzo físico importante, no reportado a la ARL. Ya realizó rehabilitación sin mejoría, rehabilitación casera. No ha sido valorado por clínica del dolor. RM de columna, evidencia discopatía lumbar L4-L5, L5-S1, sin evidencia de hernias discuales ni compresiones radicales. Examen físico: Sin signos de irritación radicular, sin déficit motor. Diagnóstico: Lumbago no especificado. Análisis y plan: Sin indicación de manejo Qx. Se solicita manejo por clínica del dolor y medicina laboral.

Fecha: 17/09/2012

Especialidad: Fisiatría

Resumen:

E.A.: Paciente con antecedente de lumbalgia, con discopatía lumbar, de manejo con neuroCx quien da manejo médico; en estudio por MED laboral, ya hizo 5 sesiones de TF y tiene pendiente nueva orden. El dolor persiste en área dorsal central con irradiación lumbar y a MID hasta rodilla, con parestesias. Consulta también por síntomas en MsSs con dolor a nivel de codos, con inflamación, dolor en muñecas y parestesias de mano izquierda, medicado con diclofenaco. Estuvo en TTO con ortopedia con infiltraciones en Pto Boyacá. RM de CLS, 13/08/2012: Discopatía L4-L5, L5-S1, con protrusión L5-S1 que contacta trayecto nervioso. Examen físico: Dolor en área de columna lumbar paraespinal en paraespinales vertebrales dorsales y lumbares bilaterales; movilidad de columna lumbar en todos los arcos, Lassegue positivo bilateral, hipoestesia no clara de MsSs. Dolor en MsSs en área de flexores de mano, dolor en epicóndilo medial y lateral bilateral. Diagnóstico: Lumbago no especificado. Sinovitis y tenosinovitis no especificada. Análisis y plan: Debe traer todos los paraclínicos, tiene pendiente las terapias. Se solicita taller y EDx de MsSs. Se solicita control con fisiatría y clínica del dolor.

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

Calificado: JAIME GALINDO VARGAS

Dictamen:91251065 - 7672

Página 2 de 13

Fecha: 17/09/2012 **Especialidad:** Algología

Resumen:

E.A.: Paciente refiere cuadro clínico de 2 meses de evolución consistente en dolor en región lumbar, el dolor es tipo opresivo y punzante que se irradia a miembro inferior derecho, el dolor se incrementa con la flexión del tronco y sedestación prolongada. EVA actual 6/10, EVA máximo 10/10, EVA mínimo 6/10. En tratamiento con tramadol. RM de columna L-S: Discopatía lumbar incipiente L4-L5, protrusión discal L5-S1 compresiva. Antecedentes: Patológicos: Discopatía lumbar incipiente L4-L5, protrusión discal L5-S1 compresiva, fibromialgia, epicondilitis codo izquierdo, cambios inflamatorios en manos sin sinovitis del 2010. Examen físico: Osteomuscular: Limitación del movimiento, dolor en columna vertebral. Diagnóstico: Trastorno de disco lumbar y otros, con radiculopatía. Análisis y plan: Se dan recomendaciones, se explica manejo multimodal del dolor, explico efectos secundarios de los medicamentos. Se cita a control en dos meses.

Fecha: 18/10/2012 **Especialidad:** Fisiatría

Resumen:

E.A.: Paciente con antecedentes de dolor en región lumbar y en miembros superiores. Reporte de EDx de miembros inferiores normal, y de miembros superiores muestra síndrome del túnel del carpo leve bilateral y atrapamiento cubital en el codo derecho. El paciente solicita incapacidad, se le explica que la incapacidad se da dependiendo la valoración y el estado actual. Examen físico: Dolor a la palpación de músculos paravertebrales lumbares, no hay signos de compresión radicular, Lassegue y Bragard negativo, trofismo muscular normal, reflejos miotendinosos normales, retracción de isquiotibiales y flexores de cadera bilateral. Diagnóstico: Lumbago no especificado. Síndrome del túnel del carpo. Análisis y plan: El paciente refiere dolor en miembro inferior derecho y rodilla derecha, pero la RMN muestra cambios del lado izquierdo lo cual no es congruente. En la rodilla no hay signos de inflamación o de inestabilidad. Se considera paciente ansioso, con examen físico desde el punto de vista osteoneuromuscular normal. Se consideran como diagnósticos por este servicio síndrome del túnel del carpo leve bilateral, síndrome doloroso lumbar sin radiculopatía. Se entrega concepto para continuar proceso por medicina laboral.

Fecha: 26/07/2013 **Especialidad:** Algología

Resumen:

E.A.: Paciente con dolor lumbar crónico por discopatía lumbar incipiente L4-L5, protrusión discal L5-S1 compresiva y fibromialgia. Refiere que el dolor lumbar persiste, es tipo opresivo que se irradia a miembro inferior izquierdo, el dolor se incrementa con el esfuerzo físico y sedestación prolongada. En tratamiento con oxicodona 20mg día, carbamazepina, acetaminofén e imipramina. Examen físico: Osteomuscular: Dolor, columna vertebral lumbar con limitación del movimiento. Diagnóstico: Trastorno de disco lumbar y otros, con radiculopatía. Análisis y plan: Se dan recomendaciones, se ajustan dosis de los medicamentos. Se cita a control en dos meses.

Fecha: 20/03/2014 **Especialidad:** Psiquiatría

Resumen:

E.A.: Paciente con trastorno ansioso depresivo (estrés laboral y situación familiar atípica) con discopatía (al parecer 2dario a trabajo laboral por esfuerzo físico). En TTO con imipramina 25/noche, CBZ 600mg/día. Refiere olvidos frecuentes en el trabajo. Examen mental: Paciente con buen porte, orientado en las tres esferas, ansiedad de fondo triste, pensamiento lógico, coherente, juicio adecuado e introspección (+). Diagnóstico: Trastorno mixto de ansiedad y depresión. Trastorno de adaptación. Problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y el hogar. Otros problemas de tensión física o mental relacionadas con el trabajo. Examen y observación consecutivos a accidente de trabajo. Análisis y plan: Control en dos meses.

Fecha: 11/07/2014 **Especialidad:** Psiquiatría

Resumen:

E.A.: Paciente con trastorno mixto de ansiedad y depresión situacional, conflictos familiares, legales, estrés laboral, enfermedad de vértebras cervicales 2dario a trabajo forzado en el sitio de trabajo. Refiere que persiste la ansiedad, el mal genio y duerme 4 horas en la noche, además que no se resuelven sus conflictos ni laborales ni legales (esposa) ni familiares con los hijos (uno estaba consumiendo). Vive con los hijos. Examen mental: Ingresa solo por sus medios, luce buen porte, mantiene contacto visual, orientado en las tres esferas, colaborador, ansioso, con desinterés ante la vida, "no me importa nada", ideas de desesperanza, sin alteraciones sensoperceptivas, juicio adecuado e introspección (+). Diagnóstico: Trastorno mixto de ansiedad y depresión. Examen y observación consecutivos a accidente de trabajo. Problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y al hogar. Otros problemas de tensión física o mental

relacionadas con el trabajo. Análisis y plan: Se recomienda reubicación del paciente en sitio de trabajo que no requiera esfuerzo físico. Control en dos meses.

Fecha: 11/09/2014 **Especialidad:** Neurocirugía

Resumen:

E.A.: Paciente con patología de columna cervical de hace varios años de evolución. Se evidencia pequeña discopatía no quirúrgica para la cual debe ir a clínica del dolor y fisioterapia. Diagnóstico: Trastornos de la raíz cervical, no clasificados en otra parte. Análisis y plan: Deberá ser valorado por clínica del dolor, persistencia de dolor crónico, discopatía no quirúrgica en estos momentos. Se comenta con el paciente, se descarta mielopatía cervical. Debe continuar en reubicación laboral.

Fecha: 30/10/2014 **Especialidad:** Psiquiatría

Resumen:

E.A.: Paciente con CC de larga data (desde el 2010 conflictos legales de la esposa y desde el 2012 conflictos laborales). Familiares: La esposa está privada de la libertad secundarios a muerte de hijo de 4 años por caída en el baño, TCE, el paciente refiere que "tengo una carga muy grande", cuidar los hijos (14, 12 y 5), trabajar... refiere insomnio mixto, ansiedad, irritabilidad, "mal genio"; en el trabajo refiere el paciente que posterior a esfuerzo físico dolor en columna vertebral, le fue Dx una discopatía, fue reubicado en el trabajo desde octubre 2012, está en espera que se le defina su condición física de la columna y certificación de invalidez. Vive con sus hijos. En TTO con CBZ 400mg noche, imipramina y fluoxetina. Examen mental: Ingresa por sus propios medios, solo luce regular aseo y arreglo personal, colaborador, hostil, ansioso, con ideas desesperanzadoras ante el futuro, culálico, sin alteraciones sensorio-perceptivas, juicio adecuado e introspección (+). Diagnóstico: Trastorno mixto de ansiedad y depresión. Problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y al hogar. Análisis y plan: Se solicita atención con médico general mensual y mantener medicación igual a la formulada durante 6 meses.

Fecha: 30/06/2016 **Especialidad:** Psiquiatría

Resumen:

E.A.: Manejado en Ibagué por depresión y ansiedad, último control hace más de un año, le mandaron fluoxetina 40mg, imipramina 25mg, CBZ 400mg. Acepta que por épocas es adherente y por otras no. La esposa está detenida, este año saldrá libre. Enfatiza que su trabajo es lo que más lo ha afectado, ha tenido dificultades físicas serias (estuvo incapacitado 100 días) por dorsopatía. Se siente muy exigido y maltratado en el trabajo. Mantiene muy irritable e impaciente, presenta insomnio, asegura tener dificultades importantes en concentración y memoria. Ha tenido ideas de muerte, en el momento niega ideas de suicidio. Hay apatía y anhedonia. No consume tóxicos, toma sinalgén por MD del dolor. A.F.: Padre ansioso. Examen mental: Colaborador, luce fatigado, disfórico, con ideas pasivas de muerte, rumiación algo de minusvalía, sin síntomas psicóticos. Diagnóstico: Episodio depresivo moderado. Análisis y plan: Depresión, se inicia vortioxetina 10mg, trazodona 50mg. Control en 2 meses. Psicoeducación.

Fecha: 30/01/2018 **Especialidad:** Algología

Resumen:

E.A.: 50 años. Residente en P. Boyacá. 4 hijos. Activo laboral con reubicación. Diagnóstico: Síndrome manguito rotador. Sacroiliitis bilateral. Cervicalgia. Espondilitis anquilosante?. Tratamiento: Acetaminofén 1g cada 12 horas. Amitriptilina 37.5mg cada noche. Desmonte de acetaminofén codeína, toma 1 al día, no síntomas de abstinencia, no incremento del dolor. Subjetivo: EVA hombros 7/10, espalda baja 9/10. RNM de columna lumbar: No espondilosis, no espondilolistesis, forámenes libres. Gammagrafía ósea, mayo de 2017: Compromiso inflamatorio poliarticular sin sinovitis, predominio manos. Gammagrafía, marzo de 2016: Sacroiliitis bilateral, compromiso articular inflamatorio. EDx: Compromiso mediano leve derecho a nivel del carpo, y neuropatía mixta del ulnar en codo derecho leve a moderado, del 2012. Agosto de 2017, EDx MsSs: Normal. ANAS negativos, 2013, TSH 2.79 sedimentado de 8, PCR 1.79; ANAS positivos, sept 2013. Examen físico: Consciente, orientado, ingresa por sus propios medios. Hombros: No asimetría en volumen. No cambios de coloración, no sudoración. En movimientos pasivos logra 90° de abducción, extensión de 90°, flexión de 30° limitados por el dolor. No logra prueba rápida de movilidad combinada. Dolor a la palpación de región latero lateral de hombro y en la articulación acromioclavicular. Maniobra de Jobe no logra realizarla. Porción larga de la cabeza del bíceps con maniobra de Yergasson dolorosa. Análisis y plan: Paciente no trae resultado de laboratorios el día de hoy, por ser polisintomático y hallazgos previos, se refiere a reumatología. Se debe tener claro en no uso de opioides ni escalar hasta no tener claro patología. Se valora en 3 meses. Continuar amitriptilina y acetaminofén. Amitriptilina 37.5mg cada noche; acetaminofén 1 gramo cada 12 horas. Se solicita valoración por reumatología.

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

Calificado: JAIME GALINDO VARGAS

Dictamen: 91251065 - 7672

Página 4 de 13

Fecha: 12/04/2019 **Especialidad:** Neurología

Resumen:

E.A.: Comenta dolor cervical y lumbar desde 2012. Dice que le Dx hernias discales. No trajo ningún estudio. Sin terapia físicas. Mantiene dolor crónico. No sabe medicamentos actuales que toma. Irritable, no permite examen físico, se alcanza a palpar dolor mecánico cervical y lumbar. Dolor fuerte. Antecedentes: Médicos: Hernia discal cervical y lumbar. Síndrome del túnel del carpo. Quirúrgicos: Herniorrafia umbilical e inguinal. Farmacológicos: No sabe medicamentos. Psiquiátricos: Enfermedad mental no especificada. Diagnóstico: Dolor crónico intratable. Análisis y plan: Paciente quien debe traer HC y neuroimágenes ordenadas para definir conducta.

Fecha: 25/04/2019 **Especialidad:** Neurología

Resumen:

E.A.: No sabe porque lo envían. Paciente actualmente hospitalizado en un centro psiquiátrico Las Hermanitas Hospitalarias, viene sin acompañamiento médico ni paramédico. Paciente que no sabe porque lo envían. Me muestra exámenes que procedo a nombrar: RM de hombro izquierdo, febrero 2018: Artrosis e hipertrofia capsular acromioclavicular, bursitis. RM columna lumbosacra: Discopatía degenerativa en L2-L3, L4-L5. RM columna cervical simple: Cambios osteocondróticos y espondiloartróticos iniciales en columna cervical. Historia clínica de medicina general de marzo de 2019, solicitan valoración por olvidos y desorientación. Reviso historia de hospitalización: Paciente actualmente hospitalizado en centro psiquiátrico desde hace 15 días por autoagresividad relatando síntomas de estrés postraumático poco resonantes; paciente recibiendo clonazepam, trazodona, venlafaxina y oxicodona. Diagnóstico: Otros episodios depresivos. Análisis y plan: Paciente en el momento hospitalizado en centro psiquiátrico por un cuadro depresivo descompensado con ideas de autoagresión, es claro que este no es el momento para evaluar un paciente en cuanto a quejas de memoria, una vez sus médico tratantes consideren que se encuentre estable de sus patologías psiquiátricas debe definir si requiere valoración por neurología.

Fecha: 30/04/2019 **Especialidad:** Hermanas Hospitalarias - Historia clínica

Resumen:

Fecha de ingreso: 07/04/2019. Fecha de egreso: 30/04/2019. 07/04/2019: Psiquiatría: E.A.: 52 años. Natural Bucaramanga y residente en Bello. Unión libre y con 3 hijos reconocidos dentro de la unión (18,19 y 11 años). Escolaridad: Bachillerato completo. Trabajaba en perforación de pozos de petróleo, pero cesante desde hace 2-3 años aproximadamente. Vive con la esposa, con los 3 hijos y dos nietos. Cristiano (tiene que ayudarle la esposa pues duda en la mayoría de las respuestas de identificación). Esposa refiere: Cuadro clínico que inicia en el 2007 y que la esposa y paciente relacionan con "carga laboral", refieren que lo primero que inició es que se mantenía muy angustiado y muy irritable, luego empezó a aislarse de la familia y de los compañeros de trabajo, se veía triste, "pensativo", con crisis de llanto, poco interesado en su aspecto personal. Aproximadamente en el 2014-2015 empezó a tener limitaciones funcionales debido a dolor en miembros superiores y "en columna", y esto hizo que tuvieran que ayudarle en varias cosas en casa y esto se ha venido haciendo progresivo; sin embargo, seguía trabajando. Desde hace 2 años que lo sacaron por completo de la empresa, toda esta sintomatología se ha exacerbado, la irritabilidad es mucho más marcada, está más aislado, no quiere salir a ninguna parte ni interactuar con nadie, todo le molesta, "la risa, el llanto de los niños, la música, todo", se mantiene encerrado llorando, dice todo el tiempo que se siente cansado, que él no sirve para nada, que no le gusta que lo tengan que mantener ni que le tengan que estar haciendo todo; ha manifestado deseos de morir, pero no de quitarse de la vida, "como cuando uno dice que Dios se acuerde de uno", come muy mal, no duerme nada en la noche, "se la pasa dando vueltas por toda la casa", en el día se recuesta y duerme 1-2 horas. Se pregunta por síntomas psicóticos y niegan, aunque la esposa refiere "a veces uno lo ve hablando solo", pero él dice que es hablando con él mismo. Por otra parte, desde hace 3.5 años "se volvió como un hijo más", no lo puede dejar salir solo porque se pierde, esto ya ha sucedido; le tiene que estar insistiendo para que haga las cosas, "hay que estar encima de él hasta para que se bañe, para que se cambie de ropa, para que coma", también viene sucediendo que tiene periodos en los que recuerda todo y otros en los que incluso se le olvida la cédula, la dirección de la casa, como llegar a la casa, las citas médicas, se le olvida hasta el proceso que él lleva, a veces se le olvida el nombre de los hijos, "a veces a mí no me reconoce, le pregunto que si sabe quién soy yo y me dice que yo soy una señora". Jaime refiere: Todo el tiempo se siente atemorizado todo el tiempo, todo el tiempo es con sensación de que algo malo podría pasarle, pero que no es que tenga conocimiento de que algo vaya a pasar, "es como un miedo sin motivo, como angustia ante todo lo que pasa en la vida y lo que no pasa". También reconoce que se siente triste, que ya no siente interés por nada, que no le gusta nada, que no quiere saber nada de nadie, "jamás sonrío", que no encuentra nada en la vida que sea suficiente, que no le encuentra sentido a la vida y que desearía morirse, incluso reconoce que, "he pensado en matarme con algo que sea rápido y que no sea doloroso, como colgarme en una cuerda o tomar veneno". Niega haberlo intentado previamente, "lo he pensado mucho y yo ya veo que es la única solución a todo esto". Dice sentirse menos por no tener un trabajo y haber sido siempre quien trabajó en casa y respondió por su familia, que se siente inútil y que una persona en éstas condiciones estorba. Refiere que tiene muchos recuerdos de eventos difíciles que vivió en el trabajo en torno a la seguridad para la vida por el tipo de trabajo que realiza, dice que estos recuerdos se vienen de manera recurrente y le generan angustia, incluso "a veces miro por la ventana y veo que el piso se ondula como podía pasar en el trabajo", tiene pesadillas, "con la presión de los jefes, de los compañeros, las amenazas de los jefes, esas escenas que viví como un compañero que se mochó la mano, otro que se quitó el dedo, compañeros aporreados", dice que a veces son recuerdos y otras veces las imágenes le llegan como si las estuviera viviendo de nuevo, dice que evita tener contacto con sus compañeros o que se mencione la empresa, que no quiere ir al sitio donde antes trabajó, "él tiene que ir porque la empresa les va a entregar sueldo que les debe en encerres". Antecedentes personales:

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

Calificado: JAIME GALINDO VARGAS

Dictamen: 91251065 - 7672

Por historia de medicina general: Epicondilitis media bilateral, lumbago no especificado, trastorno no especificado de los discos intervertebrales, síndrome del túnel del carpo, cervicalgia; disfunción sexual y litiasis renal. Quirúrgicos: Herniorrafia umbilical y varicocele. Psiquiátricos: No recuerdan si ha tenido citas por psiquiatría, "creo que una vez, pero no recuerdo". En historia clínica de medicina general del 23/03/2019, refieren que en el 2016 estuvo con psiquiatra y que fue medicado con fluoxetina + trazodona, pero no se reporta diagnóstico. Nunca ha estado hospitalizado por psiquiatría, nunca intentos suicidas. Farmacológicos: Vortioxetina 10mg al día y trazodona 50mg noche (según fórmula de 30/06/2016). Ocupacionales: Desempleado, "por la enfermedad porque así como está no le dan empleo en ningún lado" y mientras estaba vinculado, "se enfermó y la empresa se declaró en quiebra, entonces lo sacaron". En el año 2007 empezó con un tipo de trabajo diferente al que estaba acostumbrado a hacer y tenía un alto nivel "de carga laboral, de estrés y de responsabilidades porque si ellos hacían algo mal, corría peligro la vida de los demás compañeros y trabajaba demasiadas horas". Sin embargo, trabajó allí hasta hace 2 años, "porque la empresa lo sacó porque se declaró en quiebra y sacaron a todos los empleados, incluso a él a pesar de que él ya llevaba un proceso médico". Al parecer cuando ya tenía restricciones médicas, "allá por más de 1 año encerraron en un cuarto a no hacer nada a todos los que tenían restricciones, los dejaban sentados en una silla sin hacer nada, iban era como a cumplir un horario nada más y eso fue muy duro para él". Refieren que siempre fue un hombre muy trabajador, el encargado del sustento de la familia. Junta Nacional de Invalidez, 22.06%. Familiares: Negativos para enfermedad mental y también niegan otros antecedentes generales. Historia familiar: Hay dificultades en las relaciones familiares, "porque se mantiene muy estresado y muy irritable, cambia muy fácil de ánimo, se pone furioso de un momento para otro". Él se mantiene muy aislado. Examen mental: Ingresa por sus medios, con facies tristes y de angustia, su actitud es distante, por momentos con mirada fija, pero sin que luzca en esos momentos con actitud alucinatoria, parecieran ser momentos de flashbacks aunque el paciente no logra verbalizarlo, con llanto durante toda la consulta, con lenguaje claro y coherente, los primeros minutos de la consulta le cuesta dar información, incluso de identificación, pero luego fluye muy bien en la consulta, aunque por momentos si requiere ayuda de la esposa en algunas respuestas, con ideas de minusvalía, desesperanza, muerte activas y suicidas activas, con flash backs y recuerdos, bradipsíquico, bradilálico y monotonal, con lenguaje claro y coherente, no actitud alucinatoria, niega alucinaciones y niega delirios. Introspección adecuada y prospección completamente desesperanzada. Análisis y plan: Paciente a quien veo por primera vez, con sintomatología depresiva severa y con ideas suicidas activas que obligan a que el manejo sea intrahospitalario por psiquiatría; todo esto de larga data y que inicia en relación a un estresor aparentemente laboral, según reporta paciente y esposa; además de elementos de estrés postraumático en relación a dicho factor y que deben seguirse explorando más adelante pues no alcanzo a hacerlo por completo en consulta. Además, con elementos cognitivos que parecieran más secundarios a las alteraciones afectivas y quizás al probable estrés postraumático y quizás a síntomas disociativos? Teniendo en cuenta la sintomatología predominante y que ya recibió dos inhibidores selectivos (fluoxetina y vortioxetina) sin respuesta, se inicia con un antidepresivo dual e inicialmente se deja benzodiacepina y se refuerza la trazodona en la noche para lograr mejor control del sueño. Si bien las alteraciones cognitivas parecieran en el marco de lo ya descrito, considero que se debe descartar componente orgánico y por esto ordeno neuroimagen. Hospitalizar el paciente, tiene mañana cita con neurología, se debe tramitar para que pueda asistir. Prioritaria evaluación por psicología. Vigilar por riesgo de autoagresión. Se solicita paraclínicos. Venlafaxina en ascenso progresivo 75mg (2-0-0) cápsula, iniciar hoy mismo. Clonazepam gotas (3-3-6). Trazodona 50mg (0-0-1 ½). *Evolución 30/04/2019, psiquiatría: Paciente con sintomatología depresiva severa y con ideas suicidas activas que obligan a que el manejo sea intrahospitalario por psiquiatría; todo esto de larga data y que inicia en relación a un estresor aparentemente laboral, según reporta paciente y esposa; además de elementos de estrés postraumático en relación a dicho factor, además con elementos cognitivos que parecieran más secundarios a las alteraciones afectivas y quizás al probable estrés postraumático y quizás a síntomas disociativos?. Teniendo en cuenta la sintomatología predominante y que ya recibió dos inhibidores selectivos (fluoxetina y vortioxetina) sin respuesta, se inicia con un antidepresivo dual e inicialmente se deja benzodiacepina y se refuerza la trazodona en la noche para lograr mejor control del sueño. Se observó con gran irritabilidad durante la primera semana, relatando problemas de memoria que impresionan más disociativos que de un trastorno cognitivo primario (decía no recordar su nombre), se incrementó dosis de venlafaxina logrando mejoría importante del estado del ánimo, durante la estancia también relató alucinaciones auditivas con reportes contradictorios (unos días decía que hacía días no las escuchaba y otros días decía que las escuchaba siempre, pero no les prestaba atención), durante la estancia no se observó alucinado, el discurso de preferencia centrado en la descripción de situaciones traumáticas laborales; sin embargo, no se observaron signos de activación autonómica (la frecuencia cardíaca durante la estancia se mantuvo por debajo de 100 y por encima de 60 latidos por minuto), se cambió trazodona por quetiapina por inadecuado control del insomnio y además para mejor control de síntomas ansiosos, se logra desmontar clonazepam. Al día de hoy el paciente presenta un estado de ánimo eutímico, los ciclos biológicos están conservados y logra modular la conducta. Debe continuar manejo ambulatorio. Venlafaxina XR 225mg, quetiapina IR 50mg, ácido fólico 1mg, psicoterapia por psicología. Control de psiquiatría en 1 mes. Se brinda psicoeducación, recomendaciones y signos de alarma. No consumir sustancias psicotóxicas, tomar el medicamento según la prescripción, asistir a las citas de control, tener buenos hábitos de sueño y alimentación. Dx de egreso: Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos y trastorno de ansiedad, no especificado.

Fecha: 05/03/2020

Especialidad: Fisiatría

Resumen:

E.A.: Paciente que refiere tener problemas de memoria, no sabe cédula ni otros antecedentes. Por historia clínica tiene síndrome de túnel del carpo bilateral, atrapamiento de cubital derecho, epicondilitis medial bilateral y discopatía lumbar múltiple como enfermedad profesional, calificado 22.06%, con recomendaciones, está desempleado. Refiere dolor generalizado, dolor cervical y lumbar irradiado a MII, con parestesias en manos de predominio diurno. Examen físico: MsIs: Retracción de isquiotibiales, AMA libres, adecuado trofismo, sin déficit motor ni sensitivo, RMT ++ simétricos. Espalda: Postura normal. Movilidad: Limitación para la flexión por dolor, Lassegue negativo, Patrick negativo. MsSs: Limitación para la extensión de las manos, pasivamente AMA completos, adecuado trofismo, dolor en epicóndilos

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

Calificado: JAIME GALINDO VARGAS

Dictamen: 91251065 - 7672

Página 6 de 13

mediales, sin edema, tinel para cubital negativo, tinel y Phalen negativos. Diagnóstico: Síndrome del túnel del carpo. Epicondilitis media. Análisis y plan: Viene por primera vez, requiere EDx de miembros superiores para estado actual de túnel del carpo y compromiso de ulnar en codo derecho. Control con resultados y con una acompañante para completar HC.

Fecha: 12/01/2021

Especialidad: Fisiatría

Resumen:

E.A.: Hombre de 53 años, desempleado, con trastorno del comportamiento en estudio por EPS; con Dx de atrapamiento de cubital derecho, epicondilitis medial bilateral y discopatía lumbar múltiple como enfermedad profesional, calificado 22.06%. Refiere dolor generalizado, dolor cervical y lumbar irradiado a MII con parestesias en manos de predominio diurno. EDx de miembros superiores, normal. En manejo con dolex forte y voltadol. Examen físico: Postura normal. Movilidad: Limitación para la flexión por dolor, Lassegue negativo, Patrick negativo, dolor en paraespinales cervicales, dorsales y lumbares. Nervioso: Sin déficit motor ni sensitivo, RMT ++ simétricos. MsSs: Limitación para la extensión de las manos, pasivamente AMA completos, adecuado trofismo, dolor en epicóndilos mediales sin edema, tinel para cubital negativo, tinel y Phalen negativos. Diagnóstico: Síndrome del túnel del carpo. Epicondilitis media. Análisis y plan: Estable clínica y electrofisiológicamente de sus enfermedades profesionales. Se dan instrucciones a la esposa. Alta por fisiatría.

Fecha: 13/07/2021

Especialidad: Fisiatría

Resumen:

E.A.: Hombre de 53 años, desempleado, con trastorno del comportamiento en estudio por EPS; con Dx de atrapamiento de cubital derecho, epicondilitis medial bilateral y discopatía lumbar múltiple como enfermedad profesional, calificado 22.06%. Refiere dolor generalizado, dolor cervical y lumbar irradiado a MII con parestesias en manos de predominio diurno. EDx de miembros superiores, normal. Examen físico: Marcha normal, logra puntas y talones. Espalda: Postura normal. Movilidad: Limitación para la flexión por dolor, Lassegue negativo, Patrick negativo, dolor en paraespinales cervicales, dorsales y lumbares. Miembros superiores: Maniobras operculares negativas, tinel y Phalen negativos; AMA completos, adecuado trofismo, dolor en hombros, epicóndilos mediales y muñecas sin edema, tinel para cubital negativo, sin déficit sensitivo ni motor, RMT ++ simétricos. Diagnóstico: Síndrome del túnel del carpo. Epicondilitis media. Análisis y plan: Paciente con enfermedades profesionales, con dolor crónico, sin alteración neurológica. Solicito manejo por algesiología. Control por fisiatría en 3 meses.

Fecha: 13/08/2021

Especialidad: Algología

Resumen:

E.A.: Masculino de 53 años, residente de Medellín; enfermedad laboral, copio de dictamen JNCI 25/07/2018: Epicondilitis medial bilateral, lesión del nervio cubital derecho, lumbago no especificado, otros trastornos específicos de los discos intervertebrales y síndrome de túnel carpiano bilateral, todos como enfermedad laboral. En manejo conservador. Desempleado desde el 2017. Acompañado de la esposa: Emabel Urrego. Antecedentes: Patológicos: Enfermedad psicológica en estudio por su EPS. Cervicalgias. "Tengo dolor aquí por detrás (señala región cervical), por los hombros, los dedos, a veces siento como si los tuviera partidos, la columna es todo acá y la pierna (izquierda), a veces estoy bastante mal". EDx de miembros superiores del 18/12/2020: Estudio normal. EDx de miembros superiores, 20/08/2014: El presente estudio es confirmatorio de atrapamiento de nervio ulnar derecho en el codo, de tipo mielínico y carácter leve. Túnel del carpo resuelto. EDx de miembros superiores, 15/09/2012: Estudio anormal, neuropatía de tipo sensitiva, de tipo mielínico del nervio mediano a nivel del carpo de carácter leve derecho e incipiente izquierdo. Neuropatía de tipo motora y sensitiva de tipo mielínico del nervio ulnar a nivel del codo, de carácter leve a moderado. Gammagrafía ósea, 26/05/2010: Se observa hipercaptación articular de codo izquierdo, carpos, tercera metacarpofalángica de mano derecha y de menor intensidad en las interfalángicas proximales de ambas manos; todas las demás estructuras óseas y articulares se visualizan de manera satisfactoria incluyendo articulaciones sacroilíacas, las cuales tienen índice de 0,9 cada una. Examen físico: Consciente, orientado, sin datos de patología respiratoria, marcha antálgica, requiere de su esposa para poder deambular, sentarse y levantarse, ambas manos se aprecian con edema leve, no hay alodinia ni hiperalgia en codos ni manos. Diagnóstico: Síndrome del túnel del carpo. Análisis y plan: Considero importante continuar sus atenciones por reumatología ya que todos los dolores que refiere aunados al edema, se deben continuar por su EPS. En el momento los síntomas relacionados a enfermedades laborales es epicondilitis medial, que refiere es de mayor intensidad en el lado izquierdo. Dejo manejo tópico, explico al paciente y la esposa. Diclofenaco al 1% gel de 50g, aplicar pequeña porción en región medial de ambos codos cada 12hrs por tres meses. Control en tres meses con todos los estudios de imagen realizados y últimas historias clínicas de sus tratantes.

Pruebas específicas

Fecha: 13/08/2012

Nombre de la prueba: Resonancia magnética de columna lumbosacra

Resumen:

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

Calificado: JAIME GALINDO VARGAS

Dictamen: 91251065 - 7672

Página 7 de 13

La lordosis conservada, cuerpos vertebrales con altura normal, existe disminución de la señal del disco L2-L3 y L4-L5. En L4-L5 incipiente abombamiento difuso del anillo discal que alcanza a contactar en el foramen al trayecto nervioso de L4 izquierdo. En L5-S1 existe protrusión discal hacia el labio interno del foramen derecho y contacta el trayecto nervioso emergente de este lado. El conducto raquídeo y el epicono sin alteración. Conclusiones: Discopatía en los segmentos descritos con contacto neurorradicular mencionado.

Fecha: 15/09/2012 **Nombre de la prueba:** Electrodiagnóstico de miembros superiores

Resumen:

Estudio anormal, neuropatía de tipo sensitiva de tipo mielínico del nervio mediano a nivel del carpo de carácter leve derecho e incipiente izquierdo. Neuropatía de tipo motora y sensitiva de tipo mielínico del nervio ulnar derecho a nivel del codo de carácter leve a moderado.

Fecha: 20/06/2014 **Nombre de la prueba:** Resonancia magnética de columna cervical

Resumen:

Pequeña protrusión paracentral derecha C6-C7 que contacta la médula adyacente; sin embargo, no hay signos de mielopatía compresiva. Abombamiento de los discos C3-C4, C4-C5 con contacto de la médula adyacente, sin mielopatía compresiva. Hemangioma típico en el cuerpo vertebral C7 en el margen derecho. Incipiente artrosis uncovertebral y facetaria C4-C5, C5-C6 y C6-C7.

Fecha: 20/08/2014 **Nombre de la prueba:** Electrodiagnóstico de miembros superiores

Resumen:

El presente estudio es confirmatorio de atrapamiento de nervio ulnar derecho en el codo de tipo mielínico y carácter leve. El presente estudio muestra el túnel del carpo resuelto.

Fecha: 01/10/2014 **Nombre de la prueba:** Resonancia magnética de columna lumbosacra

Resumen:

Se observa disminución difusa en la intensidad de señal de los discos intervertebrales en los niveles de L4-L5 y L5-S1 por deshidratación. Abombamientos discales concéntricos en los niveles de L4-L5 y L5-S1 los cuales contactan ligeramente el contorno anterior del saco tecal. La intensidad de señal y la morfología de los demás discos intervertebrales son normales. Osteofitos marginales en los cuerpos vertebrales lumbares. Por lo demás la intensidad de señal y la morfología de los cuerpos vertebrales y los elementos posteriores tienen aspecto normal. La amplitud de los agujeros de conjugación, así como la del canal raquídeo es satisfactoria. El cono medular y las raíces de la cola de caballo tienen aspecto usual. No se aprecian alteraciones en los tejidos blandos perivertebrales. Conclusión: Deshidratación y abombamientos discales en los niveles de L4-L5 y L5-S1. Osteofitos lumbares.

Fecha: 15/08/2017 **Nombre de la prueba:** Resonancia magnética de columna lumbosacra

Resumen:

Aumento de la lordosis lumbar. La altura, la morfología y la señal de los cuerpos vertebrales del segmento lumbar son normales. Incipiente formación de osteofitos marginales en L5. Deshidratación de los discos intervertebrales L2-L3, L4-L5 y L5-S1. En L2-L3 abombamiento del anillo fibroso que se proyecta al aspecto anteroinferior de los forámenes de conjugación. En L4-L5 abombamiento del anillo fibroso que aplana contorno anterior del saco dural y se proyecta en el aspecto inferior de los forámenes de conjugación. Los demás discos intervertebrales tienen altura y señal normales. No hay hernias discuales. Las dimensiones del canal raquídeo son adecuadas. Los agujeros de conjugación están libres. Las facetas articulares son normales. No hay espondilólisis ni espondilolistesis. El cono medular tiene localización normal. Tejidos blandos perivertebrales sin alteraciones. Opinión: Aumento de la lordosis lumbar. Discopatía degenerativa de L2-L3, L4-L5 y L5-S1 sin compromiso de las dimensiones del canal raquídeo. No hay cambios significativos respecto al estudio previo de 2014.

Fecha: 24/02/2018 **Nombre de la prueba:** Resonancia magnética de hombro izquierdo

Resumen:

Artrosis e hipertrofia capsular acromioclavicular. Bursitis subacromial subdeltoidea.

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

Calificado: JAIME GALINDO VARGAS

Dictamen:91251065 - 7672

Página 8 de 13

Fecha: 18/05/2018**Nombre de la prueba:** Resonancia de columna cervical simple**Resumen:**

No hay desviaciones escolióticas de la columna cervical ni signos de inestabilidad ligamentaria, luxación o subluxación. Cuerpos vertebrales con altura, morfología e intensidad de señal normales. Disminución en la intensidad de señal y altura de los discos intervertebrales con pequeños complejos disco osteofito a la altura de C3-C4 y C4-C5 disminuyendo la amplitud anteroposterior de la columna de líquido cefalorraquídeo anterior al cordón medular. Hay cambios hipertróficos de carillas articulares y articulaciones uncovertebrales con ligera disminución en la amplitud de los agujeros de emergencia radicular para C5 en forma bilateral. Estructuras de la fosa posterior sin lesiones. Tejidos blandos paravertebrales y espacio preodontoido de amplitud normal. La musculatura paravertebral es simétrica. No se identifican colecciones o masas. Demás tejidos blandos del cuello incluyendo estructuras vasculares y glándula tiroideas de aspecto normal. Conclusión: Cambios osteocondrósicos y espondiloartrósicos iniciales de la columna cervical sin signos de canal estrecho. Ligera disminución en la amplitud de los agujeros de emergencia radicular para C5 en forma bilateral.

Fecha: 18/12/2020**Nombre de la prueba:** Electrodiagnóstico de miembros superiores**Resumen:**

Estudio normal, el estudio es negativo para lesión de los nervios periféricos evaluados y lesión radicular cervical de C5 a T1 bilateral.

Concepto de rehabilitación

Proceso de rehabilitación: Sin información

Valoraciones del calificador o equipo interdisciplinario

Fecha: 26/10/2021**Especialidad:** Medicina laboral - Fisiatría

Telemedicina. Paciente sin estigmas de dificultad respiratoria. Esfera mental: Alerta, consciente. Impresiona desorientación en las tres esferas, no es resonante. Lenguaje claro y fluente. Afecto modulado, sensoperceptivo normal. No ideas auto ni heteroagresivas. Pobre colaborador con la entrevista.

Fecha: 08/11/2021**Especialidad:** Psicología

Paciente de 51 (dice no se acuerda exactamente de su edad), diestro, dice no se acuerda qué estudió, refiere estudió en el Sena pero no recuerda qué, unión libre (dice no estar seguro), 3 hijos el menor de 12 años. Vive con la compañera y los hijos en vivienda propia. Refiere depender económicamente de la esposa. Dice hace mucho tiempo que no trabaja. Dice la familia no lo deja salir.

Estuvo vinculado con una empresa de perforación, refiere no recuerda en qué ciudad, dice trabajó muchos años (dice no recuerda cuántos, indica que pudieron ser 6-8-10-12 años), dice no recuerda el nombre del cargo que desempeñaba, dice que iba a una torre metiendo y sacando tubos. Se indaga sobre las enfermedades que tiene e indica que no recuerda el nombre de las enfermedades, refiere que va a decir los síntomas: dolor en miembro inferior izquierdo, la cintura, la columna, la nuca, los hombros, la muñeca a veces ambas y adormecimiento dedos de predominio en mano izquierda, dolor en codos, inflamación codos y manos, inflamación dedos, limitación a la movilidad de columna cervical, cefalea, insomnio, dice a veces pasa 2-3 días sin dormir, dice permanece deambulando por la casa, refiere episodios de desorientación. Indica dificultad para hacer labores del hogar, trabajar en computador dice tiene indicación de que la familia le haga actividades como leer, escribir, dice le enseñan palabras, le muestran imágenes, lo regañan porque no recuerda las cosas. Indica dificultad para sostener objetos.

Paciente mal informante de su cuadro clínico, impresiona alteración generalizada de la memoria (ante las preguntas responde reiterativamente que no recuerda) no resonante.

Otros conceptos técnicos:

NOTA: En caso de requerimiento a la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá y Cundinamarca donde se desee ampliación o aclaración del presente dictamen, favor dirigirse al Representante Jurídico de la Sala 2, según Decreto 1072 del 2015.

Fundamentos de derecho:

Que se tuvieron en cuenta para el presente dictamen se encuentran en las siguientes normas: Ley 100 de 1993, Decreto 1295 de 1994, Decreto 917 de 1999, Decreto 2463 de 2001, Ley 776 de 2002, Ley 962 de 2005, Decreto 2566 de 2009, Decreto 19

Entidad calificadora: Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá y Cundinamarca - Sala 2**Calificado:** JAIME GALINDO VARGAS**Dictamen:** 91251065 - 7672

Página 9 de 13

de 2012, Ley 1562 de 2012, Decreto 1352 de 2013, Decreto 1477 de 2014, Decreto 1507 de 2014, Decreto 1072 de 2015, Resolución 2654 de 2019, Decreto 491 de 2020.

Análisis y conclusiones:

Paciente de 54 años, tiene antecedente de síndrome del túnel del carpo bilateral de carácter leve, registrado en consulta de fisioterapia de octubre de 2012, atrapamiento del nervio ulnar derecho, epicondilitis medial bilateral y discopatía lumbar de origen enfermedad laboral, JNCI el 10/07/2014. Neurocirugía en control de septiembre de 2012, reporta discopatía lumbar L4 a S1 sin evidencia de hernias discales, examen físico sin signos de focalización neurológica, descarta manejo quirúrgico, indica continuar manejo médico. Espondilodiscartrosis cervical incipiente multinivel reportado en RM de junio de 2014; neurocirugía en septiembre de 2014, registra que el paciente presenta protrusiones discales cervicales incipientes, no presenta mielopatía cervical, descarta manejo quirúrgico, indica manejo por algología y fisioterapia. La JNCI el 31/05/2017 califica esta patología de origen enfermedad común. En control de psiquiatría de octubre de 2014, se anotan diagnósticos de trastorno mixto de ansiedad y depresión y problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y al hogar, se registra que la esposa se encuentra privada de la libertad por fallecimiento de hijo menor por TCE, indica continuar manejo médico farmacológico con fluoxetina, carbamazepina e imipramina y control en 6 meses. En junio de 2016, psiquiatría refiere último control hace más de un año, hace diagnóstico de episodio depresivo moderado, indica reiniciar manejo psicofarmacológico y psicoeducación. Sin controles médicos por el servicio de salud mental desde el 2016 hasta el 2019, cuando es hospitalizado, en el mes de abril de 2019, al egreso el 30/04/2019, psiquiatría anota, paciente con sintomatología depresiva severa y con ideas suicidas activas que obligan a que el manejo sea intrahospitalario por psiquiatría; todo esto de larga data y que inicia en relación a un estresor aparentemente laboral, según reporta paciente y esposa; además de elementos de estrés postraumático en relación a dicho factor, además con elementos cognitivos que parecieran más secundarios a las alteraciones afectivas y quizás al probable estrés postraumático y quizás a síntomas disociativos?. Teniendo en cuenta sintomatología predominante y que ya recibió dos inhibidores selectivos (fluoxetina y vortioxetina) sin respuesta, se inicia con un antidepresivo dual e inicialmente se deja benzodiacepina y se refuerza la trazodona en la noche para lograr mejor control del sueño. Se observó con gran irritabilidad durante la primera semana, relatando problemas de memoria que impresionan más disociativos que de un trastorno cognitivo primario (decía no recordar su nombre), se incrementó dosis de venlafaxina logrando mejoría importante del estado del ánimo, durante la estancia también relató alucinaciones auditivas con reportes contradictorios (unos días decía que hacía días no las escuchaba y otros días decía que las escuchaba siempre, pero no les prestaba atención), durante la estancia no se observó alucinado, el discurso de preferencia centrado en la descripción de situaciones traumáticas laborales; sin embargo, no se observaron signos de activación autonómica (la frecuencia cardíaca durante la estancia se mantuvo por debajo de 100 y por encima de 60 latidos por minuto), se cambió trazodona por quetiapina por inadecuado control del insomnio y además para mejor control de síntomas ansiosos, se logra desmontar clonazepam. Al egreso, el paciente presenta un estado de ánimo eutímico, los ciclos biológicos están conservados y logra modular la conducta. Debe continuar manejo ambulatorio. Venlafaxina XR 225mg, quetiapina IR 50mg, ácido fólico 1mg, psicoterapia por psicología. Control de psiquiatría en 1 mes. Se brinda psicoeducación, recomendaciones y signos de alarma. No consumir sustancias psicotóxicas, tomar el medicamento según la prescripción, asistir a las citas de control, tener buenos hábitos de sueño y alimentación. Dx de egreso: Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos y trastorno de ansiedad, no especificado. No se aportan controles médicos posteriores por el servicio de salud mental. JNCI el 18/07/2019 califica el trastorno depresivo recurrente, episodio leve presente como enfermedad de origen común. En el 2021 solicita a medicina general remisión a psiquiatría por trastorno del comportamiento, sin otros datos que confirmen este trastorno. Se registra en historia clínica que fue reubicado laboralmente desde el 2012 y se encuentra desvinculado laboralmente desde el 2017. EDx de MsSs de diciembre de 2020 es normal, descarta radiculopatía cervical y neuropatía periférica. Valorado por fisioterapia en julio de 2021, anota al examen físico: Marcha normal, logra puntas y talones. Espalda: Postura normal. Movilidad: Limitación por la flexión por dolor, Lassegue negativo, Patrick negativo, dolor en paraespinales cervicales, dorsales y lumbares. Miembros superiores: Maniobras operculares negativas, tincl y Phalen negativos; AMA completos, adecuado trofismo, dolor en hombros, epicóndilos mediales y muñecas sin edema, tincl para cubital negativo, sin déficit sensitivo ni motor, RMT ++ simétricos. Remite a algología para manejo multimodal del dolor. En control de algología de agosto de 2021, se registra al examen físico: Consciente, orientado, sin datos de patología respiratoria, marcha antálgica, requiere de su esposa para poder deambular, sentarse y levantarse, ambas manos se aprecian con edema leve, no hay alodinia ni hiperalgesia en codos ni manos. Indica valoración por reumatología. La sintomatología referida por el paciente en los controles médicos no se soporta objetivamente con los hallazgos clínicos y paraclínicos que reposan en la historia clínica. En la valoración de telemedicina realizada por la JRCI, paciente sin estigmas de dificultad respiratoria. Esfera mental: Alerta, consciente. Impresiona desorientación en las tres esferas, no es resonante. Lenguaje claro y fluente. Afecto modulado, sensorio-perceptivo normal. No ideas auto ni heteroagresivas. Pobre colaborador con la entrevista. Llama la atención que en los controles médicos del 2021, último de agosto de 2021, el paciente se relaciona adecuadamente con examinadores, no se registran alteraciones cognitivas ni signos de trastornos del afecto. Se procede a calificar PCL de los diagnósticos confirmados con suficiencia en la historia clínica aportada, tratados y con secuelas funcionales establecidas. El caso no cumple con lo establecido por la Sentencia C 425 de 2005 para realizar calificación integral, pero por orden del juzgado se procede a realizar esta calificación integral.

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

Calificado: JAIME GALINDO VARGAS

Dictamen:91251065 - 7672

Página 10 de 13

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

Título I - Calificación / Valoración de las deficiencias

Diagnósticos y origen

CIE-10	Diagnóstico	Diagnóstico específico	Fecha	Origen
M770	Epicondilitis media	Epicondilitis media bilateral		Enfermedad laboral
G562	Lesión del nervio cubital	Atrapamiento del nervio ulnar en el codo derecho resuelto.		Enfermedad laboral
M508	Otros trastornos del disco cervical	Espondilodiscartrosis cervical multinivel		Enfermedad común
M518	Otros trastornos especificados de los discos intervertebrales	Discopatía lumbar multinivel		Enfermedad laboral
G560	Síndrome del túnel carpiano	Síndrome del túnel carpiano bilateral, resuelto.		Enfermedad laboral
F330	Trastorno depresivo recurrente, episodio leve presente			Enfermedad común

Deficiencias

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Síndrome túnel carpiano bilateral resuelto.	12	12.14	0		NA	NA	0,00%		0,00%
Síndrome túnel cubita derecho resuelto.	12	12.14	0		NA	NA	0,00%		0,00%
Valor combinado									0,00%

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Trastorno depresivo recurrente	13	13.2	2	NA	NA	NA	40,00%		40,00%
Valor combinado									40,00%

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Epicondilitis medial bilateral sin secuelas funcionales calificables.	14	14.4	NA	NA	NA	NA	0,00%		0,00%
Valor combinado									0,00%

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Discopatía lumbar multinivel	15	15.3	1	0	1	NA	6,00%		6,00%
Espondilodiscartrosis cervical multinivel	15	15.1	1	0	0	NA	5,00%		5,00%
Valor combinado									10,70%

Capítulo	Valor deficiencia
Capítulo 12. Deficiencias del sistema nervioso central y periférico.	0,00%
Capítulo 13. Deficiencias por trastornos mentales y del comportamiento.	40,00%
Capítulo 14. Deficiencias por alteración de las extremidades superiores e inferiores.	0,00%
Capítulo 15. Deficiencias por alteraciones de la columna vertebral y la pelvis.	10,70%

Valor final de la combinación de deficiencias sin ponderar **46,42%**

CFP: Clase factor principal CFM: Clase factor modulador

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

Formula de Baltazar: Obtiene el valor de las deficiencias sin ponderar.
$$\frac{A + (100 - A) * B}{100}$$

A: Deficiencia mayor valor. B: Deficiencia menor valor.

Calculo final de la deficiencia ponderada: % Total deficiencia (sin ponderar) x 0,5 **23,21%**

Título II - Valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales

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

Calificado: JAIME GALINDO VARGAS

Dictamen:91251065 - 7672

Página 11 de 13

Rol laboral

Restricciones del rol laboral	15
Restricciones autosuficiencia económica	1.5
Restricciones en función de la edad cronológica	2
Sumatoria rol laboral, autosuficiencia económica y edad (30%)	18,50%

Calificación otras áreas ocupacionales (AVD)

A 0,0	No hay dificultad, no dependencia.	B 0,1	Dificultad leve, no dependencia.	C 0,2	Dificultad moderada, dependencia moderada.
D 0,3	Dificultad severa, dependencia severa.	E 0,4	Dificultad completa, dependencia completa.		

d1	1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	Total
		d110	d115	d140-d145	d150	d163	d166	d170	d172	d175-d177	d1751	
		0	0	0	0	0.1	0	0	0	0.1	0.1	0.3
d3	2. Comunicación	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	2.9	2.10	Total
		d310	d315	d320	d325	d330	d335	d345	d350	d355	d360	
		0	0.1	0	0	0	0.1	0	0.1	0.1	0	0.4
d4	3. Movilidad	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	3.9	3.10	Total
		d410	d415	d430	d440	d445	d455	d460	d465	d470	d475	
		0.1	0.1	0.1	0	0	0.1	0.1	0.2	0.1	0	0.8
d5	4. Autocuidado personal	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	4.6	4.7	4.8	4.9	4.10	Total
		d510	d520	d530	d540	d5401	d5402	d550	d560	d570	d5701	
		0	0.1	0	0	0	0	0	0	0.1	0.2	0.4
d6	5. Vida doméstica	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	5.7	5.8	5.9	5.10	Total
		d610	d620	d6200	d630	d640	d6402	d650	d660	d6504	d6506	
		0.1	0.1	0.1	0	0.1	0.1	0.2	0.2	0	0	0.9

Sumatoria total de otras áreas ocupacionales (20%) **2.8**

Valor final título II **21,30%**

