



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

1. Información general del dictamen

Fecha de dictamen: 16/09/2022	Motivo de calificación: Origen	N° Dictamen: 79102735 - 7739
Tipo de calificación:		
Instancia actual: No aplica		
Tipo solicitante:	Nombre solicitante: JUZGADO QUINCE LABORAL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ	Identificación: NIT
Teléfono: 3419708	Ciudad:	Dirección: CALLE 12C No 7-36 PISO 21.
Correo electrónico:		

2. Información general de la entidad calificadora

Nombre: Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá y Cundinamarca - Sala 1	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: JORGE ENRIQUE SAAVEDRA ALDANA	Identificación: CC - 79102735	Dirección: CAMELLON LA PALMERA CASA 4
Ciudad: Tenjo - Cundinamarca	Teléfonos: - 3143669981	Fecha nacimiento: 21/04/1957
Lugar:	Edad: 65 año(s) 4 mes(es)	Genero: Masculino
Etapas del ciclo vital: Población en edad económicamente activa	Estado civil:	Escolaridad:
Correo electrónico: jlato15@cendoj.ramajudicial.gov.co	Tipo usuario SGSS:	EPS:
AFP:	ARL:	Compañía de seguros:

4. Antecedentes laborales del calificado

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

5. Relación de documentos y examen físico (Descripción)

Relación de documentos

- Copia completa de la historia clínica de las diferentes instituciones prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la historia clínica ocupacional, Entidades Promotoras de Salud, Medicina Prepagada o Médicos Generales o Especialistas que lo hayan atendido, que incluya la información antes, durante y después del acto médico, parte de la información por ejemplo debe ser la versión de los

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

Información clínica y conceptos

Resumen del caso:

-Paciente de 65 años de edad, Fallecido el 14/11/2018

MOTIVO DE REMISIÓN A LA JUNTA REGIONAL

- Solicitud de Calificación de Origen para Juzgado 15 Laboral del Circuito de Bogotá

Resumen de información clínica:

Paciente Fallecido

Conceptos médicos

Fecha: **Especialidad:** Nota medica

Resumen:

Paciente masculino de 61 años de edad con dx de 1.cefalea de difícil manejo 2. antecedente de trauma de tobillo derechos/paciente que se encuentra en compañía de la familiar, quien refiere verlo peor. la familiar refiere que el esta dormido, refiere el paciente que persiste con cefalea, refiere que no cesa con los medicamentos, refiere hiporexia, niega emesis. refiere diuresis de características normales p/tac de cráneo simple: con evidencia de imagen hipodensa en región occipital, pendiente reporte de radiología Pendiente toma de rx de tobillo derecho. Dx Neuro infección a informar. Dx: Cefalea. Trauma craneoencefálico leve. Esguince de cuello de pie derecho. TCE leve sin pérdida del conocimiento por antecedente. Esguince cuello de pie derecho en manejo. Se trata de paciente de 61 años con antecedente de caída de propia altura hace 10 días sin información sobre traumatismo craneoencefálico en dicho evento, hoy dolor cefálico y según familiar desorientación y aumento de temperatura, trae reporte de laboratorios de hospital de Tenjo uroanálisis no procesos infecciosos, hemograma leucos 11.09 neutros 93% hb 11 hcto 29 plaquetas 205 glucosa 154 bun 18 creatinina.

Fecha: **Especialidad:** Nota medica

Resumen:

Análisis: se trata de paciente masculino de 61 años de edad sin antecedentes de importancia quien consulta por cuadro clínico de alteración del estado de conciencia dado por desorientación en las 3 esferas, agitación psicomotora y episodios alternos de cefalea global de intensidad moderada a severa y pico febril aislado. quien a su ingreso se encuentra paciente estable sin deterioro neurológico, pero 24 horas después a su ingreso se evidencia deterioro neurológico hasta llegar al estupor, encontrando paciente hipertenso, taquicárdico, afebril, deshidratado, palidez mucocutánea generalizada y evidencia clínica de signos meníngeos. Paciente quien tiene antecedente. Hace 11 días de politraumatismo sin evidencia de tce y sin pérdida del conocimiento, por lo cual no parece tener relación con la enfermedad actual. se considera paciente debuta con neuro infección a descartar, con deterioro progresivamente rápido del estado de conciencia con amenaza de la vía aérea, motivo por el cual ante dichos hallazgos se considera trasladar paciente a salas de reanimación para protección de la vía aérea, iniciar manejo con medidas de neuro protección y antibioticoterapia dual IV, medidas anti edema y se considera toma de paraclínicos para cálculo de sofá + hemocultivos no. 2 aerobios, además perfil infeccioso para its. Se explica a familiar quien entiende y comprende.

Fecha: **Especialidad:** Nota medica

Resumen:

Análisis: a/paciente masculino de 61 años de edad, sin antecedentes médicos de importancia, previamente sano, quien presenta cuadro de cefalea global de intensidad 10/10, la cual no cesa con manejo medico habitual, el paciente el día de hoy se evidencia socon tendencia a la somnolencia con glasgow 14/15 con evidencia de quiste en región occipital, sin embargo no hay reporte de radiología del mismo; paciente a quien se realiza ajuste de analgesia, se indica valoración por neurocirugía y se encuentra pendiente la valoración por neurología, se continua vigilancia clínica, pendiente toma de rx de tobillo derecho.

Fecha: 18/07/2018 **Especialidad:** Medicina General

Resumen:

Dx: Contusion del hombro y del brazo.MC: "resbalon". EA: Paciente de 61 años refiere a las 9 de la mañana caída de su altura al resbalarse con trauma en hemicuerpo derecho, posterior dolor en hombro derecho y pie derecho, niega manejo. Plan de manejo: Paciente con contusión en hombro derecho, en primer examen no evidencio lesiones aparentes, el día de hoy con aumento de edema, dolor y limitación. No disponibilidad de imágenes en nuestra institución, se decide remitir para toma de radiografías y valoración por ortopedia. Se ingresa para manejo y vigilancia plano observacionada vía oral ssn 80 cc horad1pirona 1 g IV cada 8 horas ranitidina 50 mg IV cada 8 horas cabestrillo derecho remisión para radiografías de hombro derecho y valoración por ortopedia csv/ac.

Fecha: 23/07/2018 **Especialidad:** Medicina General

Resumen:

Paciente de 61 años de edad remitido de Tenjo por trauma en tobillo y hombro derecho el pasado 18/07/2018 cuando se encontraba en su lugar de trabajo. Consulta a hospital municipal donde manejan dolor y dan egreso. reconsulta el día de hoy por edema y limitación funcional. Plan de manejo: Paciente de 61 años sin antecedente de importancia con trauma en tobillo y hombro izquierdo el pasado 18/07/2018 en su lugar de trabajo, al examen físico con edema y limitación funcional. Solicito radiografías analgesia y valoración por ortopedia. Dx Ingreso: Contusión del tobillo. Contusión del hombro y del brazo. Dx Egreso: Traumatismo de tendón del manguito rotatorio del hombro. Esguinces y torceduras del tobillo.

Fecha: 24/07/2018 **Especialidad:** Ortopedia

Resumen:

Paciente de 61 años de edad con idx:1. trauma en tobillo y hombro derecho.s/ refiere persiste dolor intenso en hombro derecho, con marcada limitación para la movilidad -objetiva: alerta, afebril. hidratadohombro: elevación 70 grados, abducción 70 grados, rotación interna L2. rotación externa 20 grados. jobe. yegarson bell y off positivo, no déficit IV distal, no dolor a la palpación de clavicular miembro inferior derecho: tobillo edema y equimosis 8imaleolar, dolor a la palpación de maléolo externo y lig peronero astragalinos. no déficit nv distalrx hombro. clavícula, pierna. tobillo y pie: no trazos de fracturas, relaciones articulares conservadastac tobillo derecho: no no trazos de fracturas. relaciones articulares conservadas. Análisis y plan de manejo: paciente con dx anotados, por persistir con dolor en hombro se decide ampliar estudios Con rnmn hombrovaloración con reportes.

Fecha: 28/07/2018 **Especialidad:** Medicina General

Resumen:

MC: " dolor del hombro reconsulta". EA: Paciente de 61 años refiere hace 5 días caída de su altura al resbalarse en su sitio de trabajo con trauma en hemicuerpo derecho, posterior dolor en hombro derecho y pie derecho, se valoro en este servicio con analgesia e inmovilización de tobillo, refiere que ha empeorado edema y dolor de hombro derecho. Dx Ppal: Contusión del hombro y del brazo. Plan de manejo: Paciente con antecedente de caída de su propia altura, en quien no se descarta trauma craneoencefálico Se indaga con esposa acerca de accidente laboral presentado, quien comenta no fue presenciado por nadie puesto que el paciente se encontraba solo. no había tenido ningún tipo de déficit necrológico previamente. se ingresa para manejo sintomático, antipirético y toma de laboratorios básicos. Se inicia tramite de remisión urgente para realización de tac de cráneo simple y valoración integral por servicio de neurología/neurocirugía dado cuadro clínico anotado. alta sospecha de hemorragia cerebral por clínica. bolo 1000 cc s3n 0.9%, continuar a 80 cc/hora nada via oral dipirona 2 gramos IV ahora glucometría ahora se solicita: hemograma. pcr. glicemia, parcial de orina con gram, creatlnina, bun remisión urgente para realización de tac de cráneo simple y valoración integral por neurología/neurocirugía.

Fecha: 19/08/2018

Especialidad: Cuidados paliativos

Resumen:

Motivo de consulta y enfermedad actual: paciente remitido de policlinico del olaya. En resumen el cuadro clinico inicia con un aparente tec leve, con posteriores cambios neurologicos que lo llevan a inminencia de falla ventilatoria por lo que requiere intubación para protección de la via aerea. El paciente es manejado como una meningoencefalitis y desde el 29/julio esta en manejo atb con ceftriazona + vancomicina+ aciclovir. Tiene una rmn cerebral que sugiere proceso inflamatorio tipoEncefalitisdurante la hospitalización presento bacteremia por steptococos. Examen físico: Neurológico: Sin Relacion Con El Medio, Moviliza Las 4 Extremidades Simetricamente. Dx: Meningoencefalitis y meningomielitis bacterianas, no clasificadas en otro parte. Paciente remitido de policlinico del olaya. En resumen el cuadro clinico inicia con un aparente tec leve, con posteriores cambios neurologicos que lo llevan a inminencia de falla ventilatoria por lo que requiere intubación para protección de la via aerea. El paciente es manejado como una meningoencefalitis y desde el 29/julio esta en manejo atb con ceftriazona + vancomicina+ aciclovir. Tiene una rmn cerebral que sugiere proceso inflamatorio tipo encefalitisdurante la hospitalización presento bacteremia por steptococos. Al ingreso a la unidad encoentramos un paciente intubado, sin sedacion pero sin relacion con el medió, estable hemodinamicamente, sin signos meningeos, afebril. Se ordena manejo en la unidad para'continuar soporte ventilatorio, monitoriacion y manejo antibiotico que se continua el iniciado en sitio de remision.

Fecha: 20/08/2018

Especialidad: Neurología

Resumen:

Enfermedad Actual: respuesta a interconsulta de neurología edad. 61 años diestro flores – conductor vive con esposa en tenjo paciente quien aproximadamente el 18 de julio se resbala en su trabajo sin caerse ni recibir trauma craneal, al parecer tuvo lesion en hombro y tobillo derechos al intentar mantener el equilibrio. Fue llevado a centro de salud donde dan salida. Posteriormente se queja de intensa cefalea holocraneana tipo pesó y picada (no conocemos mas características de dolor) . Consulta en varias oportunidades, incluso a clinica nueva el 28 de julio donde realizan tac de craneo simple con evidencia de multiples hipodensidades a nivel de centros semiovaes por loque direccionan para toma de rm cerebral simple (04/08(2018). La familiar es enfatica en queja de cefalea de su esposo. Estuvo hospitalizado donde se documento bacteremia asociada a cateter por lo que iniciaron ab de amplio espectro. El paciente presenta los primeros dias de agosto marcado deterioro neurologico que requiere iot. Posteriormente extubado y hace 4 dias nuevo deterioro que condiciona vmi actual del paciente en rmn cerebral simple se aprecian multiples lesiones nodulares, hiperintensas en t2 y flair, en centros semiovaes, frontales , periventriculares de características infecciosas. No conocemos con claridad cuantos dias lleva con ab.1 al parecer tambien se administro aciclovir. Se recibe paciente en regular estado general. Requerimiento de vmi. No se realizo puncion lumbar en sitio de remision . Examen físico: Necrológico: paciente bajo efectos de sedacion yanalgesia. Iot. Pupila izquierda 3 mm hiporeactiva a la luz. Pupila derecha 2 mm. No reactiva. Reflejo oculocefalogiro debil. Corneano presente carinal y nauseoso presentes. No retira extremidades ante estímulos dolorosos. Rigidez nucz. Dx: Encefalitis, mielitis y encefalomyelitis, no especificadas . Comentarios: Paciente en la septima decada de su vida con cuadro clinico descrito, en quien se debe descartar etiologia infecciosa en primera instancia, sin embargo me llama la atencion instauracion de cuadro clinico concomitante con bacteremia por lo que se tendra en cuenta como dx diferencial embolia septica. De momento continua con cubrimiento ab cefepime/vanco/aciclovir (no conocemos con exactitud cuantos dias lleva en tto) solicito insumos para puncion lumbar ahora. Ss telemetria 6 hs eco tt reviso tac de craneo simple intrainstitucional con imagenes cerebelosas hemisfericas bilaterales que sugieren lesion isquemica de características agudas. Lesiones hipodensas subcorticales frontales y parietales bilaterales. De momento cisternas permeables sin contraindicacion para pl por lo que se realizara

Fecha: 24/09/2018

Especialidad: Psiquiatría

Resumen:

Bogotá d.c., 24 de septiembre de 2018 a quien interesesolicitud: concepto médico pacinete : jorge enrique saavedra aldana identificado con cédula de ciudadanía 79102735. Diagnóstico y pronóstico-trastorno mental y del comportamiento secundario a lesión cerebral to69-demencia vascular 1013paciente en la séptima década de la vida, quien ha requerido larga estancia hospitalaria, cursando inicialmente con meningitis linfocitaria por la que requirió manejo en uci bajo intubación orotraquea (iot). Posteriormente presentó nuevo deterioro neurológico, con nuevo manejo en uci, documentándose vasculitis de snc (arteritis de grandes vasos) iot prolongada que dio paso a traqueostomía y gastrostomía, cursando con múltiples complicaciones infecciosas. A la fecha se encuentra en estado de postración, requiriendo asistencia para todo su autocuidado. Última rmn cerebral simple reporta múltiples eventos isquémicos agudos en lóbulosFrontales, principalmente en lóbulo parietal derecho, así como en regiones gangliobasales, tálamo izquierdo y ' hemisferios cerebelosos. El pronóstico es muy pobre por. La irreversibilidad de las secuelas descritas, que a la fecha afecta el funcionamiento global del paciente en todas las áreas de su esfera mental. Posibilidades de tratamientos adicionales a los ya realizados. Farmacológicamente pueden utilizarse medicamento para.obtener control de síntomas neuropsiquiátricos secundarios a estado cognitivo actual. Sin embargo, no modificarán el pronóstico, por la gravedad de sus lesiones a nivel de sistema nervioso central. Describir las posibilidades de recuperación o rehabilitación y cuáles son las secuelas definitivas de la lesión del paciente. No existen posibilidades de rehabilitación, por el carácter degenerativo y progresivo del trastorno neurocognitivo que presenta a la fecha. Lo anterior, sumado a múltiples comor8ilidades y secuelas motoras, impiden retorno a funcionalidad previa. Por lo tanto, debido al compromiso global de todas las funciones mentales, el paciente no

se encuentra en capacidad para tomar decisiones, ni hacer uso autónomo de finanzas y/o bienes materiales. Por el contrario, debe tener cuidador permanente que lo asista en todas sus actividades básicas diarias e instrumentales. Atentamente, Lorena Sanchez Tovalmédico
psiquiatra registro médico no. 16371/2009.

Fecha: 25/09/2018

Especialidad: Psiquiatría

Resumen:

Subjetivo: evolución psiquiatría paciente con idx: -trastorno mental y del comportamiento secundario a lesión cerebral-demencia vascular estudio gds 7/7 secundaria-reacción de ajuste familiar subjetivo esposa comenta que en la noche Jorge tuvo buen patrón de sueño. sin presentar alteraciones comportamentales. continúa expresando su preocupación por ser la única cuidadora de Jorge, y no tener apoyo de sus redes de apoyo familiar. reporta ánimo triste, ideas de soledad, minusvalía, frustración. niega ideas de autoagresión. al examen mental encuentro paciente en cama de habitación, acompañado de la esposa. no establece contacto visual ni verbal, pensamiento se infiere con severa pobreza ideativa, contenido no evaluable. no impresiona actitud alucinatoria, afecto embotado, juicio de realidad suspendido, introspección y prospección nulas por estado cognitivo actual. Análisis se trata de una paciente en la séptima década de la vida, con diagnósticos descritos, quien presenta un trastorno neurocognitivo mayor severo, como secuela de patologías descritas a nivel de SNC, requiriendo total asistencia para su ABC y AVID. durante la valoración inicial se encontró a la esposa con importante reacción de ajuste por lo que se ha realizado acompañamiento psicoterapéutico. El día de ayer se realizó certificación médica para iniciar proceso de interdicción continua valoración interdiaria por psiquiatría.

Pruebas específicas

Fecha: 25/07/2018

Nombre de la prueba: Resonancia Magnética de Hombro Derecho

Resumen:

Conclusión: Ruptura parcial del tendón del supraespinoso y ruptura parcial del tendón del subescapular. Cambios por edema de las fibras musculares del deltoides, subescapular y del músculo infraespinoso.

Concepto de rehabilitación

Proceso de rehabilitación: Sin información

Valoraciones del calificador o equipo interdisciplinario

Fecha: 08/08/2022

Especialidad: Medicina Laboral

Fallecido

Fundamentos de derecho:

El presente Dictamen se fundamenta en: Ley 100 de 1993, Sistema de seguridad social integral. Decreto 1507 de 2014, Manual único de calificación de pérdida capacidad laboral y ocupacional. Ley 776 de 2002, Normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales. Decreto 1477 de 2014, Tablas Enfermedades Laborales. Ley 1562 de 2012, Por la cual se modifica el Sistema De Riesgos Laborales. Decreto 019 de 2012, Ley anti-trámites. Decreto 1352 de 2013, Reglamenta el funcionamiento y competencia de las Juntas de Calificación

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

Análisis y conclusiones:

-Revisados los antecedentes obrantes al expediente, se encuentra que el presente caso se trata de paciente de 65 años quien presentó accidente de trabajo el 18/7/2018 según Furat: "Siendo las 9 am se encontraba laborando desempeñando el labor de conductor como nos encontramos en tiempo de lluvia la carretera que conduce a la salida se encontraba demasiado mojada y presentaba barro por lo cual se resbaló y se vio afectado el pie y hombro derecho, provocando un fuerte dolor".

En la documentación aportada se encuentra consulta del Hospital de Tenjo el día 18/7/2018 en la que se registra que presentó caída de altura al resbalarse con trauma en hemicuerpo derecho, posterior dolor en hombro y pie derecho. Dan diagnóstico de Contusión del Hombro y del Brazo y Contusión Tobillo, realizan inmovilización de tobillo. Reconsulta el 23/7/2018 por persistencia de dolor y edema de hombro derecho, remitido a la Clínica Nueva, toman Rx que descarta compromiso óseo traumático. TAC de tobillo derecho que muestra entesopatía

Entidad calificadora: Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá y Cundinamarca - Sala 1

Calificado: JORGE ENRIQUE SAAVEDRA ALDANA

Dictamen: 79102735 - 7739

Página 5 de 7

de tendón de Aquiles. Tomaron RMN de hombro derecho que evidencio ruptura parcial del tendón del supraespinoso y rotura parcial del tendón del subescapular, cambios por edema de las fibras musculares del deltoides. Ortopedia considera manejo quirúrgico para realizarlo de manera ambulatoria.

El 29/7/2018 consulta por cuadro de cefalea global de intensidad 10/10, con somnolencia, hospitalizan con Dx. de Alteración del estado de consciencia en estudio, neuroinfección. TCE leve sin perdida del conocimiento por antecedente (dia 11). Esguince de cuello de pie en manejo.

anotan que 2 días antes presenta pico febril de 40°, con posterior desorientación en las 3 esferas, a las 24 horas después del ingreso presenta deterioro neurológico hasta llegar a estupor, con signos meníngeos. Tomaron TAC de cráneo simple: No hay imágenes hipo o hiperdensas, ventrículos laterales conservados, no hay desviación de la línea media, calota sin alteraciones. Anotan que tiene antecedente de politraumatismo sin evidencia de TCE y sin perdida del conocimiento, por lo cual no parece tener relación con la enfermedad actual. Consideran que cursa con neuro infección, por lo cual trasladan a reanimación, inician manejo antibiótico, posteriormente remitido a UCI. Valorado por neurología el 3/8/2018 encontrando paciente en muy malas condiciones generales y neurológicas, quien presentar 48 horas sin sedación, bajo glasgow y mala respuesta neurológica, toman TAC de control que muestra hipo densidades en la sustancia blanca periventricular. Toman RMN cerebral que muestra lesiones hiperintensas periventriculares y centros semiovais que restringen con la difusión. Neurología considera vasculitis post infecciosa- Consideran lesiones compatibles con encefalitis viral. Logran retirar soporte ventilatorio, sin mayor recuperación neurológica con hemiplejía derecha. Realizaron punción lumbar que evidencio meningitis linfocitaria. El 23/8/2018 nueva RMN de cerebro que evidencia múltiples lesiones hiper intensas, sugiriendo infartos cerebrales. Tomaron RMN con contraste que sugiere ACV multiinfarto, panangiografía que fue compatible con vasculitis de vasos grandes Posteriormente presentó tromboembolismo pulmonar iniciaron manejo con anticoagulante. Realizan traqueostomía y gastrostomía, presento complicación infecciosa por pseudomona en tráquea. Deterioro de condición neurológica con secuelas severas. El 1/10/2018 enviado a unidad de cuidado crónico. En noviembre al parecer presenta deterioro, y fallece el 14/11/2018

- Con relación al origen la Junta considera que la muerte del Sr. Jorge Enrique Saavedra, se dio por causas diferentes a las lesiones presentadas en el accidente de trabajo. No fueron desencadenadas tampoco por las mismas. Se descarto trauma cráneo encefálico.

El paciente presento una infección del sistema nervioso central Meningitis Viral y Vasculitis patologías que no tienen su origen en un evento traumático

7. Concepto final del dictamen

Origen: Enfermedad

Riesgo: Común

Diagnósticos y origen

CIE-10	Diagnóstico	Diagnóstico específico	Fecha	Origen
A878	Otras meningitis virales			Enfermedad común
I698	Secuelas de otras enfermedades cerebrovasculares y de las no especificadas	Vasculitis del Sistema nervioso Central		Enfermedad común

8. Grupo calificador



Sandra Fabiola Franco Barrero

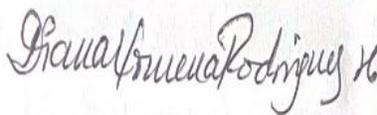
Médico ponente

Médica



Eduardo Alfredo Rincón García

Médico



Diana Ximena Rodríguez Hernández

Psicóloga - Fisioterapeuta