

COMPARACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS EN LOS SISTEMAS MÚSCULO ESQUELÉTICO, NERVIOSO PERIFÉRICO Y REUMATOLÓGICO, DEL DECRETO 917 DE 1999, CON EL DECRETO 1507 DEL 2014. QUE FUERON APLICADAS EN ALGUNOS DICTAMENES REALIZADOS POR EL CENDES PARA VALORAR PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL, EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO 01 DE 2008 Y JUNIO 30 DE 2014.

NOMBRE INVESTIGADORAS

Cristina Valencia Echeverri

Erika Maritza Díaz Rodríguez

FACULTAD DE MEDICINA

Especialización en Valoración del Daño corporal

Grupo de Investigación: Observatorio de la salud pública

Línea de investigación: situación de salud

NOTA DE APROBACION

FIRMA ASESORA DE TESIS

FORMA COORDINADOR POSGRADO

Medellín, Antioquia

CONTENIDO

FICHA TECNICA	10
RESUMEN.....	12
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	13
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.2 JUSTIFICACIÓN	14
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	14
2. MARCO TEÓRICO	15
2.1 CONCEPTOS GENERALES	15
2.1.1 El concepto de salud	15
2.1.2 Condición de salud	16
2.1.3 Concepto de daño corporal	16
2.1.4 Concepto de peritaje.....	17
2.2 GLOSARIO TÉRMINOS DECRETO 917 DE 1999.....	17
2.2.1 Baremo	17
2.2.2 Capacidad laboral:.....	17
2.2.3 Trabajo habitual:.....	17
2.2.4 Incapacidad temporal:	17
2.2.5 Incapacidad permanente parcial.....	17
2.2.6 Invalidez	17
2.2.7 Deficiencia	17
2.2.8 Discapacidad	17
2.2.9 Minusvalía	18
2.3 CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD (CIF)	18
2.3.1 Terminología propuesta por la O.M.S.....	18
2.3.2 Concepto según la CIDDM (clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías)	18
2.3.3 Concepto según la CIF (clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud).....	18
2.4 GLOSARIO TÉRMINOS DEL DECRETO 1507 DE 2014.....	19
2.4.1 Actividad	19

2.4.2 Capacidad	19
2.4.3 Capacidad ocupacional:	19
2.4.4 Capacidad laboral	19
2.4.5 Condición de salud	19
2.4.6 Desempeño/realización	19
2.4.7 Deficiencia	19
2.4.8 Estados relacionados con la salud	19
2.4.9 Funcionamiento	20
2.4.10 Ocupación	20
2.4.11 Trabajo habitual	20
2.5 CONTENIDOS DEL DICTAMEN	20
2.6 EL DAÑO OSTEOMUSCULAR	21
2.6.1 Daño osteomuscular traumático	21
2.6.2 Daño osteomuscular degenerativo por trauma repetitivo	21
2.6.3 Daño osteomuscular atraumático	21
2.7 TÉRMINOS DE LESIONES DE NERVIOS PERIFÉRICOS	21
2.7.1 Clasificación de las lesiones de los nervios periféricos	22
2.7.2 Lesiones de los nervios periféricos	22
- Lesión del plejo braquial	22
2.7.3 Síndrome doloroso regional complejo	23
2.7.4 Neuropatía	23
2.7.5 Dolor neuropático	23
2.8 REUMATOLOGÍA	23
2.8.1 Inflamatorias	23
2.8.2 Degenerativas	24
2.8.3 Metabólicas	24
2.8.4 Extra articulares	24
2.8.4 Artrosis	24
2.8.5 Artrosis facetarias	24
2.8.6 La osteoporosis	24
2.9 HISTORIA CLINICA	24
2.10 EL EXAMEN MÉDICO	25
2.11 INTRODUCCIÓN A LA GONIOMETRÍA	26
2.11.1 La evaluación de los arcos de movimiento	26
3. OBJETIVO	27
3.1 OBJETIVO GENERAL	27

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
4. METODOLOGÍA.....	28
4.1 ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN.....	28
4.2 TIPO DE ESTUDIO.....	28
4.3 POBLACIÓN	28
4.4 FUENTES DE INFORMACIÓN.....	29
4.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	29
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	29
5. RESULTADOS	31
5.1 FUNDAMENTACIÓN DEL DECRETO 917 DE 1999	31
5.1.1 Capítulo I	32
5.1.1.1 Sistema musculo esquelético	32
5.1.1.2 Columna vertebral	32
5.1.1.3 Extremidades superiores.....	32
5.1.1.4 Extremidades inferiores.....	33
5.1.2 Capítulo II	35
5.1.2.1 Sistema nervioso periférico	35
5.1.3 Capítulo III	35
5.1.3.1 Reumatología	35
5.1.3.2 Evaluación de la deficiencia por afecciones reumáticas degenerativas	36
5.1.3.4 Criterios para la evaluación de deficiencias por patologías reumatológicas	36
5.2. FUNDAMENTOS DEL DECRETO 1507 DE 2014.....	36
5.2.1 Manual único para la calificación de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional	36
5.2.2 Fundamentos de la calificación de las deficiencias	37
5.2.2.1 Carga de adherencia al tratamiento CAT	37
5.2.2.2 Examen físico.....	37
5.2.2.3 Factores moduladores.....	37
5.2.2.4 Factor principal.....	37
5.2.2.5 Historial clínico	38
5.2.2.6 Mejoría medica máxima “MMM”	38
5.2.2.7 Pruebas objetivas	38
5.2.2.8 Metodología para la calificación de las deficiencias	38

5.2.3 Metodología para la determinación del grado en una clase de deficiencia	38
5.2.4 Capítulo XII	39
5.2.4.1 Deficiencias por alteraciones del sistema nervioso central y periférico	39
5.2.4.2 Criterios para la calificación de deficiencia por trastornos de la postura, la marcha y el movimiento	39
5.2.4.3 Criterios para la calificación de deficiencia por neuropatía periférica, trastornos neuromusculares, articulares, miopatías y dolor crónico somático	39
5.2.4.4 Criterios para la calificación de deficiencia por neuropatía periférica y dolor disestésico	39
5.2.4.5 Criterios para la calificación de deficiencia relacionada con neuralgia del trigémino y glossofaríngea	39
5.2.4.6 Principios de evaluación del SNP por alteración de los nervios periféricos de las extremidades superiores e inferiores	40
5.2.5 Capítulo XIV	40
5.2.5.1 Deficiencia por alteración de las extremidades superiores e inferiores	40
5.2.5.2 Deficiencia por enfermedades del tejido conectivo que involucran el sistema osteomuscular	40
5.2.5.3 Evaluación de la deficiencia por afecciones reumáticas o degenerativas de columna vertebral	41
5.2.6 Capítulo XV	41
5.2.6.1 Deficiencia por alteración de la columna vertebral y la pelvis	41
5.2.6.2 Definiciones y principios de evaluación	42
5.2.6.3 Factores a considerar para la evaluación y ponderación de la deficiencia derivada de las enfermedades de la columna vertebral y la pelvis	42
5.3 ANALISIS DE DICTAMENES	42
5.3 RESULTADOS DE LA DEFICIENCIA TOTAL	106
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	107
7. BIBLIOGRAFÍA	109

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. CRITERIOS DE VALORACIÓN OSTEOARTICULAR	34
TABLA 3.3 DEFICIENCIA GLOBAL DERIVADA DE ARTROSIS DE CADERAS, RODILLAS O AMBAS	44
TABLA NO 1.57 ARTICULACIÓN DE LA RODILLA-FLEXIÓN, EXTENSIÓN-RESTRICCIÓN DE MOVIMIENTO	45
TABLA 14.12 DEFICIENCIAS EN EL MOVIMIENTO DE RODILLA	46
TABLA 1.86 AMPUTACIONES EN EXTREMIDADES INFERIORES	48
TABLA 3.3 DEFICIENCIA GLOBAL DERIVADA DE ARTROSIS DE CADERAS, RODILLAS O AMBAS	49
TABLA 14.14 DEFICIENCIA POR AMPUTACIÓN EN DE LA EXTREMIDAD Ó DE UN MIEMBRO INFERIOR	50
TABLA 14.15 DEFICIENCIA POR ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO QUE INVOLUCRA EL SISTEMA OSTEOMUSCULAR	51
TABLA 1.13 VERTEBRAS MULTIPLES: ANQUILOSIS-REGIÓN CERVICAL Y DORSOLUMBAR	55
TABLA 1.16 SINDROMES DOLOROSOS DE COLUMNA	57
TABLA 1.17 ARTICULACIÓN DEL HOMBRO- ELEVACIÓN ANTERIOR Y POSTERIOR	58
TABLA 2.1 DEFICIENCIA POR PERDIDA DE FUERZA MUSCULAR	59
TABLA 15.1 CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS DE LA COLUMNA CERVICAL	60
TABLA 15.1 CALIFICACIÓN DE DEFICIENCIAS DE LA COLUMNA CERVICAL	60

TABLA 14.5 DEFICIENCIAS POR DISMINUCIÓN DE LOS RANGOS DE MOVILIDAD DEL HOMBRO	64
TABLA 1.49 ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL FLEXIÓN-RESTRICCIÓN DE MOVIMIENTO	67
TABLA 1.51 ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL EN EXTENSIÓN-RESTRICCIÓN DE MOVIMIENTO	68
TABLA 1.55 ARTICULACIÓN COXOFEMORAL-ROTACIÓN-RESTRICCIÓN DE MOVIMIENTO.	69
TABLA 1.84 ACORTAMIENTO DE LA EXTREMIDAD INFERIOR	70
TABLA 14.13 DEFICIENCIAS EN EL MOVIMIENTO DE CADERA	71
TABLA 1.57 ARTICULACIÓN DE LA RODILLA-FLEXIÓN, EXTENSIÓN-RESTRICCIÓN DE MOVIMIENTO	73
TABLA 3.3 DEFICIENCIA GLOBAL ARTROSIS CADERAS, RODILLAS O AMBAS	74
TABLA 14.12 DEFICIENCIAS EN EL MOVIMIENTO DE LA RODILLA	75
TABLA 14.15 DEFICIENCIA POR ENFERMEDADES DEL TEJIDO	75
TABLA N. 1.16: SINDROMES DOLOROSOS DE COLUMNA	79
TABLA 1.1: REGIÓN CERVICAL- INCLINACIÓN LATERAL DERECHA O IZQUIERDA	80
TABLA 1.3: REGIÓN CERVICAL-ROTACIÓN DERECHA O IZQUIERDA	80
TABLA 1.5: REGIÓN CERVICAL-FLEXIÓN O EXTENSIÓN	81
TABLA 2.4: DEFICIENCIA UNILATERAL POR RAIZ DE NERVIOS ESPINALES	81
TABLA N. 2.11: DEFICIENCIA DE LA EXTREMIDAD INFERIOR EN RELACIÓN CON LA DEFICIENCIA GLOBAL.	82

TABLA 15.3 CALIFICACION DE DEFICIENCIAS DE LA COLUMNA LUMBAR	84
TABLA 15.1 CALIFICACIÓN DE DEFICIENCIAS DE LA COLUMNA CERVICAL	86
TABLA 12.16 DEFICIENCIA POR ALTERACIONES DE NERVIOS PERIFÉRICOS DE MIEMBROS INFERIORES	90
TABLA N: 1.85 AMPUTACIONES EN EXTREMIDADES SUPERIORES	94
TABLA 14.6 CALIFICACIÓN DE DEFICIENCIAS POR AMPUTACIÓN DE LA EXTREMIDAD O DE UN MIEMBRO SUPERIOR	96
TABLA 2.10 DEFICIENCIA DEL NERVIOS ESPINAL UNILATERAL ESPECÍFICO QUE AFECTA LA EXTREMIDAD INFERIOR	98
TABLA 2.11 DEFICIENCIA DE LA EXTREMIDAD INFERIOR EN RELACION CON LA DEFICIENCIA GLOBAL	100
TABLA 1.70 ARTICULACIÓN METATARSOFALANGICA DEL CUARTO ARTEJO FLEXIÓN DORSI-PLANTAR – ANQUILOSIS	100
TABLA 1.72 ARTICULACION METATARSOFALANGICA DEL QUINTO ARTEJO FLEXION DORSI PLANTAR –ANQUILOSIS	101
TABLA 14.7 DEFICIENCIA DE LOS DEDOS 2º AL 5º DEL PIE	102
TABLA 12.16 DEFICIENCIA POR ALTERACIONES DE NERVIOS PERIFÉRICOS DE MIEMBROS INFERIORES	102

FICHA TECNICA

El presente formato tiene como propósito obtener información general acerca de los aspectos técnicos, administrativos y éticos del proyecto, para que los diferentes comités puedan hacer una revisión previa del proyecto. Por lo anterior, se recomienda que la información aquí consignada sea consistente con la registrada en el documento detallado del proyecto.

DATOS GENERALES DEL PROYECTO					
1. Título del proyecto	COMPARACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS EN LOS SISTEMAS MÚSCULO ESQUELÉTICO, NERVIOSO PERIFÉRICO Y REUMATOLÓGICO, DEL DECRETO 917 DE 1999, CON EL DECRETO 1507 DEL 2014. QUE FUERON APLICADAS EN ALGUNOS DICTAMENES REALIZADOS POR EL CENDES PARA VALORAR PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL, EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO 01 DE 2008 Y JUNIO 30 DE 2014				
2. ¿El proyecto se inscribe en un grupo de investigación de la Universidad CES?	Si	X	No		
En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 2, responda las preguntas N° 3 y 4					
3. Grupo de investigación de la Universidad CES que presenta el proyecto	Observatorio de la salud publica				
4. Línea de investigación del grupo que presenta el proyecto	Situación de salud				
OTROS GRUPOS DE INVESTIGACIÓN QUE PARTICIPAN EN EL PROYECTO					
5. Institución	6. Grupo de investigación	7. Línea de investigación			
PARTICIPANTES DEL PROYECTO					
8. Rol en el proyecto	9. Cédula	10. Nombre completo	11. Correo electrónico	12. Institución	13. Grupo de Investigación al que pertenece
investigador	32240006	Cristina Valencia Echeverri	varnecia@gmail.com	Universidad CES	

investigador	32242265	Erika Maritza Díaz Rodríguez	erikamdr@hotmail.com	Universidad CES	
14. Entidades que financiarán la investigación					
Ninguna.					
15. Cubrimiento del estudio (Marque con una X)					
Institucional		Multicéntrico nacional	X	Otro.Cuál?	
Regional		Multicéntrico internacional			
16. Lugares o instituciones donde se llevará a cabo la investigación					
Universidad CES de Medellín					
CENDES centro de estudios en medicina y derecho de la universidad CES					

ASPECTOS TÉCNICOS Y METODOLÓGICOS					
17. Objetivo General					
<ul style="list-style-type: none"> • Comparar las deficiencias que se tuvieron en cuenta en el decreto 917 de 1999 según unos dictámenes realizados por el CENDES y revisadas en el decreto 1507 de 2014, a nivel de los sistemas musculo esquelético, nervioso periférico y reumatológico. 					
18. Objetivos específicos					
<ul style="list-style-type: none"> • Describir los fundamentos para calificar las lesiones con los capítulos del sistema musculo esquelético, nervioso periférico y reumatológico según los decretos 917 de 1999 y 1507 de 2014 • Revisar los dictámenes realizados por el CENDES a nivel de los sistemas mencionados. • Comparar las deficiencias calificadas en los dictámenes realizados por el CENDES en los que se aplicaron las tablas de las deficiencias del decreto 917 de 1999, con el decreto 1507 de 2014 a nivel de deficiencias de los sistemas musculo esquelético, nervioso periférico y reumatológico. 					

RESUMEN

Se realizara una comparación de la valoración de las deficiencias en casos de pacientes con patología músculo esquelética, reumatológica y nerviosa periférica evaluados con el decreto 917 de 1999 (Manual único para la calificación de la invalidez), con el decreto 1507 de 2014 (Manual único para la calificación de la perdida de la capacidad laboral y ocupacional), que se comenzará a utilizar en el año 2015 y será el remplazo del actual Decreto 917 de 1999. Esta aplicación parcial se desarrollará solo con una parte del actual manual de calificación; donde se tomaron en cuenta estos tres sistemas musculo esquelético, nervioso periférico y reumatológico debido a que su uso es muy frecuente al momento de realizar calificaciones por ser patologías prevalentes en las poblaciones trabajadoras y cesantes que solicitan valoración médico laboral; se hará una comparación de la aplicación de las dos (2) herramientas con unos dictámenes del CENDES que se realizaron para calificar la perdida de la capacidad laboral entre Enero 01 del 2008 a Junio 30 de 2014.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Colombia existe una herramienta para evaluar las pérdidas de la capacidad laboral y ocupacional de cualquier origen en los trabajadores de los sectores público, oficial, mixto y privado y en otras poblaciones ocupadas como los niños y personas mayores, que está recientemente promulgada y solo va a aplicarse en el año 2015 (decreto 1507/2014).

El Baremo que se ha estado utilizando en los últimos años “El manual único de calificación de la invalidez”, que corresponde al decreto 917 de 1999 para calificar la pérdida de la capacidad laboral en la población colombiana; ya se actualizó por mandato legal (artículo 44º del decreto Ley 1295 de 1994), para ajustar la herramienta a las necesidades actuales, según la evolución de la tecnología y proceso en salud, así como los perfiles epidemiológicos de la población. (1)

El decreto 1507 de 2014 se promulgo y se integraron nuevas tecnologías de apoyo diagnóstico disponibles en Colombia lo que podría permitir determinar de manera más objetiva las deficiencias de los diferentes sistemas corporales y de la función mental. Los calificadores del país contarán con una nueva herramienta, que promueve la necesaria interdisciplinariedad que demanda el proceso de calificación integral del ser humano.

El decreto 917 de 1999, está dividido en tres partes que los denominan libros; en donde el primero es el de las deficiencias, el segundo el de las discapacidades, y por último el de las minusvalías. Mientras que el nuevo decreto 1507 de 2014 se divide en dos títulos, el primer título “la valoración de las deficiencias” y el segundo título “la valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales”. Por esto, se decidió comparar la calificación de las deficiencias valoradas con el decreto 917 de 1999 con las que se van a aplicar en el decreto 1507 de 2014 con base en algunos casos calificados en el CENDES para determinar la pérdida de capacidad laboral, donde estuvieran comprometidos los sistemas músculo esquelético, nervioso periférico y reumatológico; ya que estos sistemas son muy comunes al momento de realizar calificaciones, por el alto número de alteraciones osteomusculares que se presentan y que están asociados a daños en nervios periféricos y por la ocurrencia al igual de secuelas reumatológicas.

Se generó la necesidad de comparar con base en unos diagnósticos específicos ambos manuales; ya que el Decreto 917 de 1999 al tener una estructura diferente al decreto 1507 de 2014, puede dar lugar a una valoración diferente de las deficiencias. Se tomará en cuenta diagnósticos específicos y se les calificará con

el decreto 1507 de 2014, lo que permitirá comparar las deficiencias obtenidas con los dos manuales.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Como estudiantes de Valoración del daño corporal, es de gran interés conocer cuáles son los métodos con los que se califican las personas en Colombia, cuando presentan algún tipo de daño físico y mental, ya que los manuales de calificación son una herramienta indispensable para los valoradores del daño corporal.

Con la comparación de las deficiencias valoradas con el decreto 917 de 1999, Y con el nuevo decreto 1507 de 2014 en las áreas específicas de los sistemas musculo esquelético, nerviosos periférico y reumatológico se pretende hacer un ejercicio académico, un análisis crítico, proporcionar un conocimiento útil para los calificadores y comenzar a aplicar esta primera parte del manual en las áreas de uso frecuente; se tendrá una nueva visión del manual, para probar las tablas que se podrían utilizar al momento de calificar a una persona con el nuevo decreto 1507 de 2014.

Además por medio de un ejercicio de aplicación del decreto 1507 de 2014 al comparar las tablas utilizadas en unos dictámenes con el decreto 917 de 1999, se podrá establecer si se presentan modificaciones en la calificación de las deficiencias con el nuevo manual que entrara en vigencia en el año 2015.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué diferencias se pueden encontrar al momento de realizar la evaluación de las deficiencias de una persona, aplicando las tablas del decreto 917 de 1999 y las del decreto 1507 de 2014 en los sistemas musculo esquelético, nervioso periférico y reumatológico, con base en los diagnósticos de algunos casos valorados por el CENDES para calificar la pérdida de capacidad laboral?

2. MARCO TEÓRICO

2.1 CONCEPTOS GENERALES

2.1.1 El concepto de salud

Según la Organización Mundial de la Salud tiene una definición concreta: Es el estado completo de bienestar físico y social que tiene una persona. Esta definición es el resultado de una evolución conceptual, ya que surgió en remplazo de una noción que se tuvo durante mucho tiempo, que presumía que la salud era, simplemente, la ausencia de enfermedades física, mental y social biológicas. A partir de la década de los cincuenta, la OMS revisó esa definición y finalmente la remplazó por esta nueva, en la que la noción de bienestar humano trasciende lo meramente físico. La Organización Panamericana de la Salud aportó luego un dato más: la salud también tiene que ver con el medio ambiente que rodea a la persona.

El doctor Floreal Ferrara tomó la definición de la OMS e intentó complementarla, circunscribiendo la salud a tres áreas distintas:

- La salud física, que corresponde a la capacidad de una persona de mantener el intercambio y resolver las propuestas que se plantea. Esto se explica por la historia de adaptación al medio que tiene el hombre, por lo que sus estados de salud o enfermedad no pueden estar al margen de esa interacción.
- La salud mental, el rendimiento óptimo dentro de las capacidades que posee, relacionadas con el ámbito que la rodea. La salud radica en el equilibrio de la persona con su entorno de ese modo, lo que le implica una posibilidad de resolución de los conflictos que le aparecen.
- La salud social, que representa una combinación de las dos anteriores: en la medida que el hombre pueda convivir con un equilibrio psicodinámico, con satisfacción de sus necesidades y también con sus aspiraciones, goza de salud social.

La OMS, luego de caracterizar el concepto de salud, también estableció una serie de componentes que lo integran: el estado de adaptación al medio (biológico y sociocultural), el estado fisiológico de equilibrio, el equilibrio entre la forma y la función del organismo (alimentación), y la perspectiva biológica y social (relaciones familiares, hábitos). La relación entre estos componentes determina el estado de salud, y el defecto de uno de ellos genera el estado de enfermedad, vinculado con una relación trídica entre un huésped (sujeto), agente (síndrome) y ambiente (factores que intervienen).

Otro aspecto en el que se centra la caracterización de la OMS (que pertenece a la ONU) es la organización de la salud pública. Con esto se hace referencia a todas las medidas que puedan tomarse desde los organismos gestionados por el Estado para la prevención de dolencias y discapacidades, para la prolongación de la vida y para la educación de los individuos en lo que respecta a la higiene. Afirma la OMS que "la salud es parte de la responsabilidad de los gobiernos". En este sentido es mucho lo que se puede hacer, incluyendo la mejora de los hospitales públicos, el fomento a la iniciativa privada (que contemple que la salud es un derecho de todos los individuos) y la protección del medio ambiente.

2.1.2 Condición de salud

Término genérico que incluye las categorías de enfermedad (aguda o crónica), trastorno, traumatismo y lesión. Una condición de salud puede considerar también otras circunstancias como embarazo, envejecimiento, estrés, anomalías congénitas o predisposiciones genéticas. Las condiciones de salud se clasifican según el CIE 10 (clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud). (2)

2.1.3 Concepto de daño corporal

El concepto de daño corporal resulta de la confluencia de dos perspectivas, la médica y la jurídica.

Con el nombre de daño corporal se conoce "cualquier alteración somática o psíquica que, de una forma u otra, perturbe, amenace o inquiete la salud de quien la sufre, o simplemente, limite o menoscabe la integridad personal del afectado, ya en lo orgánico, y en lo funcional" es suficiente cualquier merma de la integridad de la biología individual, con independencia de sus repercusiones prácticas en uno o más campos de la actividad humana.

Otro autor más recientemente, nos lo define como "las consecuencias que un suceso traumático determinado ha tenido sobre la integridad psicofísica y la salud de una persona. Cuando el suceso traumático es atribuible a un tercero, éste está obligado a responder de dichas consecuencias, sean de orden penal, civil, laboral o contencioso-administrativo".

El organismo jurisdiccional correspondiente determinará la reparación del daño, precisando para ello, la aportación de datos objetivos sobre el mismo. La actuación pericial médica pretende mostrar con la mayor exactitud posible, las consecuencias que un suceso traumático ha tenido sobre la integridad psicofísica y la salud de una persona.

El daño corporal se objetiva mediante un peritaje médico. En el campo de la responsabilidad civil derivada de delitos o faltas, es obvio señalar la trascendencia del informe pericial en la determinación de la cuantía de la posible indemnización.

Por último, en el orden laboral, son numerosos los peritajes requeridos sobre impugnación de altas médicas, reclamación de incapacidades o invalidez laborales, etc. (3)

2.1.4 Concepto de peritaje

Según Gómez Orbaneja Herce Quemada, es el medio de prueba consistente en la declaración de conocimientos que emite una persona que no es parte en el proceso, tercero, acerca de los hechos conocidos dentro del proceso, y con finalidad probatoria, siendo para ello necesario determinados conocimientos científicos o prácticos. (7)

2.2 GLOSARIO TÉRMINOS DECRETO 917 DE 1999

2.2.1 Baremo: Herramienta para realizar una evaluación y calificación.

2.2.2 Capacidad laboral: El conjunto de las habilidades, destrezas, aptitudes y/ de orden físico, mental y social, que le permiten desempeñarse en un trabajo habitual. Artículo 2, Decreto 917 de 1999 (Manual Único para la Calificación de la Invalidez).

2.2.3 Trabajo habitual: Se entiende como trabajo habitual aquel oficio, labor u ocupación que desempeña el individuo con su capacidad laboral, entrenamiento y/o formación técnica o profesional, recibiendo una remuneración equivalente a un salario o renta, y por el cual cotiza al Sistema Integral de Seguridad Social.

2.2.4 Incapacidad temporal: Se entiende por aquella que según el cuadro agudo de la enfermedad o lesión que presente el afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales, le impida desempeñar su capacidad laboral por un tiempo determinado. Artículo 2º de la Ley 776 del 2002.

2.2.5 Incapacidad permanente parcial: Pérdida de la capacidad laboral igual o superior al 5% e inferior al 49.9%. (Artículo 5º de la Ley 776 de 2002 y Artículo 2, Decreto 917 de 1999 - Manual Único para la Calificación de la Invalidez).

2.2.6 Invalidez: Se considera como inválida, la persona que por cualquier causa, de cualquier origen, no provocada intencionalmente, hubiese perdido el 50% o más de su capacidad laboral. (Artículo 38º Ley 100 de 1993, 5º de la Ley 776 de 2002 y Artículo 2º, Decreto 917 de 1999 -Manual Único para la Calificación de la Invalidez).

2.2.7 Deficiencia: Toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica, o anatómica, que puede ser temporal o permanente.

2.2.8 Discapacidad: Toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano, producida por una deficiencia. Puede ser temporal o permanente, reversible o irreversible y progresiva o regresiva.

2.2.9 Minusvalía: Toda situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad que lo limita o impide para el desempeño de un rol, que es normal en su caso en función de la edad, sexo, factores sociales, culturales y ocupacionales.

2.3 CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD (CIF)

2.3.1 Terminología propuesta por la O.M.S.

DEFICIENCIA

“Dentro de la experiencia de la salud, una deficiencia es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.”

Esta definición hace referencia a las anomalías de la estructura corporal y de la apariencia, y a la función de un órgano o sistema, cualquiera que sea su causa; en principio, las deficiencias representan trastornos a nivel de órgano.

Por tanto, no es correcto referirse a una persona que tiene una deficiencia con el nombre de la deficiencia en cuestión. Por ejemplo, referirse a una persona con síndrome de Down como un Down.

2.3.2 Concepto según la CIDDM (clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías)

DEFICIENCIA:

Pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica del individuo. (8)

2.3.3 Concepto según la CIF (clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud)

DEFICIENCIA:

Son problemas en las funciones o estructuras corporales tales como una desviación significativa o una “pérdida”.

Las deficiencias de la estructura pueden incluir anomalías, defectos, pérdidas o cualquier otra desviación en las estructuras corporales. Estas representan una desviación de la “norma” generalmente aceptada en relación al estado biomédico del cuerpo y sus funciones. Pueden ser temporales o permanentes; progresivas, regresivas o estáticas; intermitentes o continuas.

Las deficiencias no tienen relación causal ni con su etiología, ni con su forma de desarrollarse. La presencia de una deficiencia necesariamente implica una causa,

sin embargo, la causa no puede ser suficiente para explicar la deficiencia resultante. Además, cuando existe una deficiencia, también existe una disfunción en las funciones o estructuras del cuerpo, pero esto puede estar relacionado con cualquiera de las diferentes enfermedades, trastornos o estados físicos.

Las deficiencias deben ser parte o una expresión de un estado de salud, pero no indican necesariamente que esté presente una enfermedad o que el individuo deba ser considerado como un enfermo.

Las deficiencias pueden derivar en otras deficiencias. (9)

2.4 GLOSARIO TÉRMINOS DEL DECRETO 1507 DE 2014

2.4.1 Actividad: Realización de una tarea o acción por parte de una persona.

2.4.2 Capacidad: Describe la aptitud de una persona para realizar una tarea o acción

2.4.3 Capacidad ocupacional: Calidad de ejecución de una persona para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana y ocupaciones. Depende de las habilidades motoras, procesamiento, comunicación e interacción, según las etapas del ciclo vital.

2.4.4 Capacidad laboral: Conjunto de habilidades, destrezas, aptitudes y/o potencialidades de orden físico, mental y social, que permiten desempeñarse en un trabajo.

2.4.5 Condición de salud: Término genérico que incluye las categorías de enfermedad (aguda o crónica), trastorno, traumatismo y lesión. Una condición de salud puede considerar también otras circunstancias como embarazo, envejecimiento, estrés, anomalías congénitas o predisposiciones genéticas. Las “condiciones de salud” se organizan según la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud-CIE10

2.4.6 Desempeño/realización: Describe lo que una persona hace en su contexto o entorno actual.

2.4.7 Deficiencia: Alteración en las funciones fisiológicas o en las estructuras corporales de una persona. Puede consistir en una pérdida, defecto, anomalía o cualquier otra desviación significativa respecto de la norma estadísticamente establecida.

2.4.8 Estados relacionados con la salud: Componentes de la salud relativos al bienestar (educación, trabajo, autocuidado, relaciones interpersonales, cultura, entre otros). Guardan una estrecha relación con la salud y normalmente no se

incluyen en las responsabilidades prioritarias del sistema de salud. Corresponden a los listados básicos definidos para actividades y participación de la Clasificación del funcionamiento, la Discapacidad y la Salud- CIF.

2.4.9 Funcionamiento: término genérico que incluye funciones corporales, actividades y participación, indica los aspectos positivos de la interacción entre una persona, con una determinada condición de salud y su entorno.

2.4.10 Ocupación: Actividades de la vida nombradas, organizadas y que tienen un valor y significado para las personas de una determinada cultura. La ocupación es lo que hacen las personas en el desempeño de sus roles, incluyendo el cuidado de si mismos, el disfrute de la vida y la contribución al desarrollo económico y social de sus comunidades. Representa las ocupaciones propias de cada etapa del ciclo vital, de tal forma que el juego y el estudio resultan ser la ocupación principal en la infancia y la adolescencia; el trabajo en la edad adulta y el uso del tiempo de ocio en la etapa de adulto mayor.

2.4.11 Trabajo habitual: Aquel oficio o labor que desempeña la persona con su capacidad laboral, entrenamiento y / o formación técnica o profesional, recibiendo una remuneración.

2.5 CONTENIDOS DEL DICTAMEN

- Información general del dictamen
- Información general de la entidad calificadora
- Fecha de la calificación
- Datos personales del calificado
- Antecedentes laborales del calificado
- Antecedentes de exposición laboral
- Fundamento de la calificación (relación de documentos probatorios)
- Diagnóstico (s) que motivó (aron) la evaluación
- Exámenes e interconsultas pertinentes para calificar consulta
- Descripción del dictamen: Descripción de deficiencias, discapacidades y minusvalías
- Porcentaje de pérdida de capacidad laboral
- Fecha de estructuración de la pérdida de capacidad laboral

- Calificación de origen: Común o profesional
- Descripción de mecanismos y recursos legales

2.6 EL DAÑO OSTEOMUSCULAR

Se describirán los daños en el aparato osteomuscular y lesiones de los nervios periféricos que con mayor frecuencia se presentan.

2.6.1 Daño osteomuscular traumático

Se genera por una fuerza mecánica, desde el punto de vista físico, es un vector y como tal tiene dos características fundamentales: magnitud y dirección; por lo tanto, cada vez que consideramos una fuerza actuando sobre nuestro organismo, debemos cuantificar la cantidad que se aplicó y el mecanismo que se ejerció para producir una lesión. Estas fuerzas aplicadas en el organismo producen daños como: contusión, hematoma, heridas, esguinces, luxaciones, fracturas, luxofracturas, amputaciones y degeneración progresiva de las estructuras osteomusculares en casos de trauma repetitivo.

2.6.2 Daño osteomuscular degenerativo por trauma repetitivo

Se producen por un esfuerzo repetitivo, cuando un exceso de presión se ejerce sobre una parte del cuerpo provocando lesiones óseas articulares musculares y daños en los tejidos. La mayoría de este tipo de lesiones se producen como resultado de traumatismos pequeños y repetitivos y estas patologías son más frecuentes en los trabajadores sometidos a sobrecarga mecánica, que en la población en general.

En estas se encuentran las tendinitis, bursitis, sinovitis, artritis, condritis, compresiones a nivel nervioso periférico. (10)

2.6.3 Daño osteomuscular atraumático

Son patologías que involucran el deterioro y disfunción del sistema osteomuscular, con la afección de sus estructuras internas y adyacentes. También se encuentran incluidas las patologías de origen autoinmune e inflamatorio como artritis, lupus eritematoso sistémico, escoliosis, lumbalgia, etc.

2.7 TÉRMINOS DE LESIONES DE NERVIOS PERIFÉRICOS

Comprende la descripción de los nervios craneales y espinales, desde su origen en el cerebro o la medula espinal hasta su terminación en sus ramas distales.

Plexos nerviosos: a nivel de las extremidades, las ramas anteriores de los nervios espinales forman unas complejas redes nerviosas, llamadas plexos, en la cual se intercambian fibras nerviosas. Esta el plexo cervical, plexo braquial, lumbosacro.

2.7.1 Clasificación de las lesiones de los nervios periféricos

- **Neuropraxia:** se define por un bloqueo de conducción local, con parálisis, presentando una recuperación funcional completa (días o semanas). Macroscópicamente el nervio no presenta lesiones, histológicamente aparecen segmentos desmielinizados.

- **Axonotmesis:** Se define por una discontinuidad axonal y una degeneración waleriana distal y una regeneración axonal proximal. Tanto el peri como el endoneuro permanecen intactos. La recuperación nerviosa será de 1.5 mm por día

- **Neurotmesis:** es la lesión más severa, equivalente a una disrupción fisiológica del nervio completa, pudiendo o no existir una sección nerviosa en el momento. (12)

2.7.2 Lesiones de los nervios periféricos: las más comunes son

- **Lesión del plejo braquial:** Afecta todos los músculos de miembro superior excepto el trapecio, cuando es completa.

- **Lesión del nervio cubital:** generalmente se lesiona en el codo y genera mano en garra, pérdida sensitiva en meñique, mitad del anular y borde cubital

- **Lesión del nervio mediano:** se pierde la pinza por afectar la oposición del pulgar, atrofia de la eminencia tenar, anestesia en la palma de la mano y en la falange distal de los dedos índice y mediano

- **Lesión del Nervio ciático:** nervio motor y sensitivo encargado de algunos movimientos de cadera, rodilla, tobillo y pie y de algunas áreas de la sensibilidad de miembro inferior

- **Lesión del peroneo superficial:** produce impedimento para la eversión del pie y adquiere una deformación de tipo equino varo. Déficit sensitivo en la parte externa de la pierna y dorso del pie.

- **Lesión del nervio peroneo profundo:** pérdida de extensión del pie y los dedos como resultado el pie caído, marcha steppage.

- **Síndrome del túnel del carpo:** compresión del nervio mediano a su paso bajo el ligamento palmar del carpo (muñeca). Bajo este ligamento pasan la mayor parte de los tendones flexores de la muñeca y dedos, así como el nervio mediano, encargado de la inervación sensitiva de la cara palmar de los tres primeros dedos y de la inervación motora de los músculos cortos del pulgar. La inflamación de alguna estructura local produce un problema de espacio y el nervio resulta comprimido. Es causado por la elevación de la presión en el túnel del carpo produciendo alteración de la circulación que nutre al nervio mediano, ocasionado un daño de la conducción nerviosa que produce hormigueo y dolor.

2.7.3 Síndrome doloroso regional complejo

Consiste en una variedad de condiciones dolorosas que alteran la función motora y sensitiva, con cambios cutáneos, dolor espontáneo al mínimo roce de la piel o exagerada sensibilidad que ocurre alrededor del territorio de uno o varios nervios periféricos, siendo desproporcional con el evento o causa desencadenante.(5)

2.7.4 Neuropatía

Alteración patológica de la función normal de un nervio. Producido por lesiones en estructuras somáticas o viscerales, que activan de una manera continuada los nociceptores.

2.7.5 Dolor neuropático

Se da como una respuesta a una lesión primaria o disfunción del SNP o SNC, y por tanto asociado a trastornos motores y sensitivos, se caracteriza por su naturaleza urente, eléctrica, punzante, pudiendo ser agudo e intenso o continuo con exacerbaciones; de localización superficial o profunda y que puede empeorar con movimientos.

Es fundamental objetivar la presencia de signos o síntomas de compromiso motor, sensitivo o autonómico, que puede expresarse como síntomas positivos o negativos, en lo motor, los elementos negativos son la presencia de paresia o parálisis y los positivos son las fasciculaciones y distonías. Las alteraciones sensitivas son hipoestesia e hipoalgesia en lo negativo y parestesias, disestesias y dolor en lo positivo. También puede haber alteraciones autonómicas como vasodilatación o vasoconstricción y anhidrosis o hiperhidrosis.

Dentro de las alteraciones clínicas que producen dolor neuropático están la neuralgia post herpética, la neuralgia trigeminal habitualmente idiopática y las neuropatías diabéticas. (15)

2.8 REUMATOLOGÍA

Las enfermedades reumáticas engloban un conjunto de enfermedades de origen no traumático, que afectan principalmente al aparato musculo esquelético, pero también puede afectar a otros sistemas.

Las enfermedades reumatológicas del tejido conectivo determinadas genéticamente constituyen un grupo de enfermedades hereditarias relacionadas fenotípicamente. Estas enfermedades se dividen en:

2.8.1 Inflamatorias

- **Etiología conocida:** artritis séptica, artritis traumática.

- **Etiología desconocida:** artritis reumatoidea, artritis reumatoide juvenil, espondilo artropatías seronegativas, dentro de las cuales se incluye espondilitis anquilosante, artritis psoriática y síndrome de Reiter.

- **Enfermedades del tejido conectivo:** Lupus eritematoso sistémico, esclerosis sistémica progresiva, dermatomiositis, vasculitis, enfermedad mixta del tejido conectivo, síndrome de Sjögren.

2.8.2 Degenerativas

Artrosis de manos, artrosis de columna cervical, artrosis de columna lumbar, artrosis de caderas, artrosis de rodillas.

2.8.3 Metabólicas

Gota, condrocalcinosis, osteoporosis, por depósito de hidroxapatita y de otros compuestos orgánicos.

2.8.4 Extra articulares

Bursitis, tendinitis, periartrosis, síndrome de atrapamientos neurales, fibromialgia primaria o secundaria.

Para la evaluación de las deficiencias por causas reumatológicas, es fundamental que se tenga en cuenta que el diagnóstico de estas patologías se debe realizar con base en criterios clínicos, de laboratorio e imagenológicos, entre otros, asegurándose que el interesado haya recibido una terapia suficiente y adecuada.

2.8.4 Artrosis

Desgaste de las superficies articulares.

2.8.5 Artrosis facetarias

Desgaste de las superficies articulares de las vértebras.

2.8.6 La osteoporosis

Es un estado anterior o con causal, en personas que teniendo esta enfermedad, presentan fracturas asociadas a lesiones por causa externa. Fenotípicamente, prefiere a mujeres caucásicas, posmenopáusicas, delgadas, de cuello largo con historia familiar de osteoporosis. Se define como un desorden esquelético, caracterizado por una fortaleza ósea disminuida.

2.9 HISTORIA CLINICA

Es el documento médico legal que contiene todos los datos psico-bio-patológicos de un paciente. Consta de distintas secciones en las que se deja constancia de los datos obtenidos según de que se trate, así:

- Identificación del paciente

- Problema principal o motivo de consulta
- Enfermedad actual o anamnesis
- Antecedentes
- Revisión por sistemas
- Examen físico y mental

(EXAMENES PARACLINICOS: Son los exámenes especiales que ayudan al clínico a comprobar o descartar un diagnóstico.)

2.10 EL EXAMEN MÉDICO

Se remite al examen de la lesión, o lesiones, y su repercusión funcional, poniendo especial énfasis en las consecuencias fisiológicas y fisiopatológicas que el proceso tiene, esto es, primando la descripción de las limitaciones funcionales frente a los aspectos anatómicos o perturbaciones estructurales, puesto que se hace con el propósito de valorar las secuelas de un padecimiento y/o trauma. Dentro del examen de las secuelas osteomusculares, reumatológicas o nerviosas periféricas el examen de las articulaciones y su movilidad es de suma importancia para efectuar la calificación del daño, esto hace importante la evaluación goniométrica entre otras.

Se debe tener en cuenta:

- Anamnesis: cuidadosa, conduciendo el relato histórico del paciente en un sentido auténticamente indagatorio, profundizando en el significado aparente y real de la sintomatología referida.
- Examen físico (exploración física), el médico examina al paciente para determinar si usted tiene o no un problema físico; comprende: Inspección (observar el cuerpo). Palpación (sentir el cuerpo con los dedos o las manos). Auscultación (escuchar los sonidos). Percusión (producir sonidos, generalmente dando golpes suaves en áreas específicas del cuerpo). Es relación de signos y síntomas que el examinador encuentra en el paciente. (13)
- Examen Mental: se obtiene información respecto al grado de alerta, juicio, inteligencia, memoria, lenguaje, estado de ánimo. Funciones cognitivas superiores. (14)
- Exploración complementaria: Instrumental y arbitrando, en su caso, el recurso a la consulta de otros especialistas, técnicas y exploraciones que en cualquier caso se habrán de consultar de acuerdo con los principios de necesidad y economía.

La metódica exploratoria se debe centrar y orientar sobre la lesión y como incide sobre la capacidad general del individuo.

En las exploraciones complementarias se deben justificar en un sentido operativo, descartando aquellas inútiles o innecesarias, sobre todo cuando no se han logrado las posibilidades diagnósticas con medios más sencillos. La exploración instrumental (conjunto de técnicas y procedimientos que han de contribuir al esclarecimiento de la patología que en cada caso se esté cuestionando) ha de llevarse a cabo una exploración adecuada, utilización de la técnica y método de trabajo apropiado, interpretación certera de los signos observados y que el juicio clínico sea concordante con las premisas anteriores. (7)

2.11 INTRODUCCIÓN A LA GONIOMETRÍA

La goniometría es la disciplina que se encarga de estudiar la medición de los ángulos la cual es importante para la valoración de la movilidad articular en todo proceso diagnóstico o de valoración de daños, se define como la técnica de medición de los ángulos creados por la intersección de los ejes longitudinales de los huesos a nivel de las articulaciones.

Objetivos de la goniometría en medicina:

- Evaluar la posición de una articulación en el espacio. En este caso se trata de un procedimiento estático que se utiliza para objetivar y cuantificar la ausencia de movilidad de una articulación.
- Evaluar el arco de movimiento de una articulación en cada uno de los tres planos del espacio. En este caso se trata de un procedimiento dinámico que se utiliza para objetivar y cuantificar la movilidad de una articulación.

2.11.1 La evaluación de los arcos de movimiento

Es útil para valorar la funcionalidad del examinado la cual depende del estado patológico o de afectación de las articulaciones y está determinada por la anatomía articular, las características individuales (edad, sexo, cultura, entrenamiento, complexión física), la integridad de los elementos anatómicos (óseos, articulares, musculares, tendinosos, nerviosos, y de la cobertura cutánea) y la presencia de patologías. Los arcos de movimiento se afectan por pérdida del arco de movimiento, anquilosis y artrodesis (6)

3. OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GENERAL

Comparar las deficiencias que se tuvieron en cuenta en el decreto 917 de 1999 según algunos dictámenes realizados por el CENDES y revisadas en el decreto 1507 de 2014, a nivel de los sistemas musculo esquelético, nervioso periférico y reumatológico.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los fundamentos para calificar las lesiones con los capítulos del sistema musculo esquelético, nervioso periférico y reumatológico según los decretos 917 de 1999 y 1507 de 2014.
- Revisar los dictámenes realizados por el CENDES a nivel de los sistemas mencionados.
- Comparar las deficiencias calificadas en los dictámenes realizados por el CENDES en los que se aplicaron las tablas de las deficiencias del decreto 917 de 1999, con el decreto 1507 de 2014 a nivel de deficiencias de los sistemas musculo esquelético, nervioso periférico y reumatológico.

4. METODOLOGÍA

4.1 ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio no se ajusta a enfoque metodológico específico. Se hará revisión documental de los diferentes manuales de calificación decreto 917 de 1999 y decreto 1507 de 2014, y se revisarán 8 dictámenes tomados de una muestra aleatoria de 20 casos evaluados en el CENDES por pérdida de la capacidad laboral con alguna alteración en los sistemas osteomuscular, reumatológico y nerviosos periférico, desde Enero 01 del 2008 a Junio 30 de 2014, con base en los dos manuales previamente estudiados.

4.2 TIPO DE ESTUDIO

Monografía de investigación, porque se refiere a un estudio de un tema nuevo, o por lo menos poco explorado, apuntando a un estudio investigativo que aporta resultados o hallazgos y recomendaciones desde un punto de vista original.

4.3 POBLACIÓN

Dictámenes: se tomarán 8 dictámenes del CENDES que fueron evaluados entre Enero 01 del 2008 a Junio 30 de 2014, correspondientes a nivel de deficiencias de los sistemas musculo esquelético, nervioso periférico y reumatológico

4.4 FUENTES DE INFORMACIÓN

- Manual único para la pérdida de la capacidad laboral decreto 917 de 1999 y Manual único para la calificación de la pérdida de la capacidad laboral ocupacional decreto 1507 de 2014
- 8 Dictámenes que fueron realizados por el CENDES para calificar la pérdida de la capacidad laboral

4.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

- Se realizará una revisión de los dictámenes que se van a tener en cuenta para la comparación de los dos decretos. Ya que se debe determinar si esas calificaciones tienen algún diagnóstico de alguno de los tres sistemas de interés, y si fueron calificados con el decreto 917 de 1999.
- Se tratará la información de manera confidencial respetando la reserva de la historia.
- Se tomarán los datos de los evaluados en los dictámenes para su caracterización.
- Se tomarán los diagnósticos de cada dictamen y las tablas que fueron aplicadas en cada caso según el decreto 917 de 1999 y se aplicarán las pertinentes del decreto 1507 de 2014.
- Se describirán las diferencias, en cuanto a la manera de calificar el diagnóstico y la estructura de las tablas. Haciendo una representación gráfica de ellas, o utilizando herramientas estadísticas para su comparación.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Según la Resolución número 8430 de 1993, en el capítulo I, artículo 11, se clasifica en una investigación sin riesgo: son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental, retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables

biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales, de los individuos que participen en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Por tratarse de dictámenes realizados en el CENDES; estos contienen un consentimiento informado útil para la investigación.

Se dará protección de las personas que fueron evaluadas, protegiendo sus datos personales; al no revelar sus nombres, ni el número del proceso. Solo se utilizara los diagnósticos de ellos y la aplicación de tablas que utilizaron para calificar la pérdida de su capacidad laboral.

Es un estudio que ayudará al avance del conocimiento.

Los resultados se presentaran con honradez e imparcialidad.

5. RESULTADOS

5.1 FUNDAMENTACIÓN DEL DECRETO 917 DE 1999

Este manual es utilizado para emitir un dictamen. Se debe tener en cuenta que un dictamen es el documento que, con carácter probatorio, contiene el concepto experto que los calificadores emiten sobre el grado de la incapacidad permanente parcial, la invalidez o la muerte de un afiliado debe fundamentarse en:

- La relación de los hechos ocurridos que dieron lugar al accidente, la enfermedad o la muerte, indicando las circunstancias de modo, tiempo y lugar; el diagnóstico clínico de carácter técnico-científico, soportado en la historia clínica, la historia ocupacional y las ayudas diagnosticas según sea el problema.
- Establecido el diagnóstico clínico, se procede a determinar la pérdida de la capacidad laboral del individuo, según este manual y se aplican las tablas contenidas en los capítulos que definen las pérdidas en los diferentes sistemas orgánicos. En el decreto 917 de 1999 se indica la distribución porcentual de los criterios para la calificación de la invalidez donde se le otorga un porcentaje a cada criterio descrito en el manual cuya sumatoria equivale al 100%, teniendo la deficiencia un porcentaje del 50% y las discapacidades y minusvalías un 20% y 30% respectivamente.

Cuando no exista deficiencia, no se podrán calificar los demás criterios, por lo que la capacidad laboral tendrá un valor de cero.

Teniendo en cuenta que un paciente mejora su estado funcional al recibir una prótesis, esta reduce una proporción de la deficiencia global del segmento que la recibe.

- Prótesis estética se resta 10% de la deficiencia global
- Prótesis funcional se resta 20% de la deficiencia global
- Prótesis estética y funcional el 30%

Para la calificación de las deficiencias se utiliza la fórmula de Balthazar modificada (fórmula matemática elaborada por Víctor Balthazar, para el cálculo de las incapacidades concurrentes).

Las tablas de calificación de deficiencias se expresan en porcentajes de pérdida funcional (deficiencia global). En los casos en que hay 2 o más órganos o sistemas afectados, los valores parciales de las deficiencias globales se combinan con la fórmula. **$A + (50 - A) B / 100$**

5.1.1 Capítulo I

5.1.1.1 Sistema musculoesquelético

Este capítulo es fundamental ya que un alto porcentaje para la calificación de la invalidez corresponde a las patologías articulares o de la columna vertebral. Comprende el estudio de los porcentajes de la deficiencia relacionados con

- Columna vertebral
- Extremidades superiores
- Extremidades inferiores
- Amputaciones

La pérdida de la función puede deberse a limitación de la movilidad ocasionada por lesión, dolor, anquilosis, deformidades, amputaciones o coexistencias de dos o más de estas patologías.

En todos los casos es importante tener presente el hemisferio dominante del individuo, dado que las funciones de la vida cotidiana son más dependientes de la extremidad superior dominante (diestro o zurdo), la disfunción de la extremidad superior no dominante se traduce en una menor deficiencia que la disfunción de la extremidad dominante.

5.1.1.2 Columna vertebral

Las lesiones de la columna se estudiarán distribuidas en región cervical y región dorso-lumbar y para otras lesiones de columna; escoliosis, fracturas, hernias, osteoporosis, luxaciones. El capítulo I contiene tablas para evaluar: Escoliosis, Fractura de vertebras, Osteoporosis generalizada de la columna, restricción de movimientos del cuello y tronco, fijaciones vertebrales. Se evalúa por medio de la historia clínica, el examen físico, las ayudas diagnósticas, los arcos de movimiento y las tablas para calificación.

5.1.1.3 Extremidades superiores

Para efectos de la determinación del porcentaje de deficiencia global, se debe relacionar la deficiencia de cada componente de la extremidad con el de mayor relevancia. Para la calificación de deficiencias de extremidad superior se entiende comprometido el segmento en su distribución anatómica. Debe tenerse en consideración si la extremidad en estudio es la dominante o no. Para la valoración de la mano dominante una vez se obtenga el valor de la deficiencia global resultante de dicho segmento, debe agregarse proporcionalmente un 20% de dicho valor mediante combinación de valores sin que sobrepase el máximo valor asignado a la deficiencia global de dicho segmento de la lesión evaluada. Para la valoración de los segmentos restantes del miembro superior dominante se agregará un valor proporcional del 10%.

En los casos de amputación, deformidad anatómica y pérdida funcional total, de acuerdo con la causa etiológica de ambas manos, ambos pies o una mano y un

pie, se otorgara un valor para la deficiencia global de 40% sin necesidad de aplicar la tabla.

Las extremidades se evalúan mediante, la valoración de arcos de movimiento por goniometría, y de acuerdo a los diagnósticos tomados de la historia clínica, el examen físico con pruebas semiológicas y ayudas diagnosticas necesarias. Según su deficiencia y severidad se aplican las tablas correspondientes para determinar un porcentaje.

5.1.1.4 Extremidades inferiores

Se califican todos los arcos de movimiento los cuales son, flexión, extensión, abducción. Aducción y rotaciones a nivel de todas las articulaciones de miembro inferior. Si existe imposibilidad de extensión de la rodilla para soportar el peso del cuerpo más allá de 50 grados, la deficiencia es equivalente a una amputación y no se debe agregar ningún porcentaje adicional por pérdida de la flexión.

- **Lesiones de tejidos blandos de una extremidad, superior o inferior:** Cuando se requiere de múltiples procedimientos quirúrgicos, por etapas, dentro de los doce meses posteriores a su iniciación, para recuperar y/o restaurar la función mayor de la extremidad, y si dicha función no se ha conseguido restaurar en el tiempo mencionado y no existen posibilidades de conseguirlo en el plazo de 12 meses, se debe considerar una deficiencia igual o como si estuviera amputado por este concepto.

- **Osteomielitis (diagnosticada radiológicamente):** La osteomielitis se valorara según las secuelas que genere en el individuo. Los miembros inferiores se evalúan por medio de la historia clínica, la valoración de arcos de movimientos articulares, examen físico con pruebas semiológicas, ayudas diagnosticas para confirmar diagnóstico y deficiencia y aplicación de las tablas dependiendo de la severidad del daño.

- **Amputaciones:** Para el caso de la evaluación de los dedos y la aplicación del decreto 917 de 1999, se entiende por amputación, cuando la pérdida compromete el tejido óseo. Aquellas amputaciones que sean menores de 50% del tamaño de la falange, se les asignara el valor del 50% de la pérdida de la capacidad laboral correspondiente. Si son mayores o iguales al 50% del tamaño de la falange, se les asignara el valor total de la deficiencia global correspondiente a ella.

En los casos anteriores cuando una nueva lesión afecte el nivel de amputación que involucre lo ya calificado, no tendrán carácter sumatorio. Es decir, no será considerado como factor que aumente el porcentaje de pérdida de la capacidad laboral.

TABLA 1. CRITERIOS DE VALORACIÓN OSTEOARTICULAR

CONCEPTO	SEGMENTO EVALUADO	RESTRICCIÓN DE MOVIMIENTO	ANQUILOSIS
1. Articulación con alteración de sus arcos de movimiento en varios ejes.	Columna vertebral	Calcular deficiencias de cada eje, luego sumar los valores de todos los ejes = deficiencia global	Calcular deficiencias en cada eje, luego tomar el mayor valor de todos y esta será la deficiencia global
	Extremidades superiores e inferiores	Calcular deficiencia de extremidad de cada eje, luego sumarlos, ponderar a deficiencia global	Calcular deficiencias de extremidad de cada eje, luego elegir el mayor valor y ponderarlo a deficiencia global
2. Varias articulaciones en el mismo segmento	Columna vertebral	Combinación de valores de las deficiencias globales de cada articulación	Combinación de valores de las deficiencias globales de cada articulación
	Extremidades superiores e inferiores	Combinación de valores excepto en dedos	Combinación de valores
	Dedos	Calcular la deficiencia de dedo de cada articulación sumarlos y luego ponderar hasta deficiencia global	Calcular la deficiencia de dedo de cada articulación, sumarlos y luego ponderar hasta déficit global
3. Varias lesiones en diferentes segmentos	Columna vertebral	Combinación de valores	Combinación de valores
	Extremidades superiores	Combinación de valores	Combinación de valores
	Extremidades inferiores	Combinación de valores excepto en artejos. Calcular la deficiencia de cada artejo y luego sumar la deficiencia de	Combinación de valores

		extremidad y ponderar a global	
--	--	-----------------------------------	--

5.1.2 Capítulo II

5.1.2.1 Sistema nervioso periférico

En este capítulo se valoraran los nervios a nivel sensitivo y motor, la alteración de los plexos, las raíces torácicas cuando están comprometidas, parálisis del frénico, y compresión de los nervios de miembros superiores, como túnel del carpo, compresión del mediano y el cubital.

Alteraciones sensitivas

- Dolor y disestesias.
- Alteraciones en el conocimiento de las medidas, forma y calidad de los objetos (estereognosis).
- Alteraciones en el sentido de la posición y en la percepción de dos puntos.
- Parestesias de origen cerebral.
- Alteraciones que se pueden descubrir con otras pruebas más complejas como los desórdenes de la imagen del cuerpo.

Para la valoración de deficiencias se encuentran las tablas para evaluar el plexo braquial unilateral, el plexo lumbosacra unilateral, raíz de nervio espinal unilateral, los nervios espinales nominados para cabeza cuello y diafragma y para extremidad superior, el túnel del carpo para la mano y la extremidad superior los nervios espinales unilaterales específicos que afectan la extremidad inferior y las raíces torácicas.

Como apoyo para evaluar este capítulo es necesario tener pruebas diagnósticas que puedan contribuir a determinar el compromiso nervioso como la electromiografía, tiempo de conducción nervioso y potenciales evocados.

5.1.3 Capítulo III

5.1.3.1 Reumatología

Las patologías reumatológicas comprometen fundamentalmente el aparato locomotor asociado o no a compromiso del parénquima de otros órganos o sistemas, tales como: riñón, pulmón, corazón, sistema nervioso central y periférico, cuyas deficiencias se deben evaluar en los capítulos respectivos a cada uno de ellos.

En este capítulo se agrupan las patologías en 4 grandes tipos:

- Inflamatorias

- Degenerativas
- Metabólicas
- Extra articulares

5.1.3.2 Evaluación de la deficiencia por afecciones reumáticas degenerativas

En este capítulo se tiene en cuenta principalmente la deficiencia derivada de la artrosis de manos, artrosis de rodillas, caderas o ambas.

5.1.3.4 Criterios para la evaluación de deficiencias por patologías reumatológicas

Se debe tener en cuenta el diagnóstico de la patología, con base en criterios clínicos, de laboratorio e imagenológicos entre otros.

Además, asegurarse que el interesado haya recibido una terapia suficiente y adecuada.

5.2. FUNDAMENTOS DEL DECRETO 1507 DE 2014

En este manual existen diferencias con respecto al decreto 917 de 1999, ya que en el capítulo 12 se encuentran unidas las deficiencias del sistema nervioso central y periférico y en el capítulo 14 se encuentran las deficiencias por extremidades de miembros superiores e inferiores y estas están separadas de columna que se encuentra en el capítulo 15. Además en el decreto 1507 de 2014 no se encuentra capítulo específico de valoración de lesiones reumatológicas.

Cuando una patología o diagnóstico no aparezca en el texto del manual, o no se pueda homologar al mismo, se acudirá a la interpretación dada en instrumentos similares de otros países o de organismos internacionales, tales como la comisión de expertos de la OIT, el manual de consecuencias de la enfermedad de la OMS, la CIF y el Manual de discapacidades de la Asociación Médica Americana (AMA).

Este Manual entrará en vigencia seis meses después de su publicación; por lo tanto solo se aplicará a los procedimientos, dictámenes y procesos de calificación de origen y pérdida de la capacidad laboral que se inicien con posterioridad a su entrada en vigencia.

5.2.1 Manual único para la calificación de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional

El manual Único para la calificación de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional, hace parte integral del presente decreto y está conformado por dos

títulos: título I “Valoración de las deficiencias” y título II “Valoración del rol laboral, ocupacional y otras áreas ocupacionales”.

En el principio La integralidad se describe al ser humano desde tres aspectos que tienen en cuenta los componentes biológico, psíquico y social de las personas y permiten establecer y evaluar la manera como se relacionan con su ambiente.

En el Principios de ponderación. Para efectos de calificación de la pérdida de la capacidad ocupacional. Se distribuye porcentualmente de la siguiente manera. El rango de calificación oscila entre un mínimo de 0% y un máximo de 100%, correspondiendo 50% al título I (deficiencias) y 50% al título II (valoración del rol laboral, rol ocupacional, y otras áreas ocupacionales).

A efectos de una apropiada ponderación, se acogió la fórmula de Balthazar o formula de combinación de valores. Se utiliza para determinar la deficiencia global en aquellas personas valoradas que presentan más de un daño en varios órganos o sistemas. Para su aplicación se tienen en cuenta todas las secuelas de la deficiencia y los porcentajes de calificación de esta. Una vez ponderadas las deficiencias, el valor final corresponde a multiplicar tal resultado por 0,5.

Con el objeto de valorar de la forma más apropiada, objetiva, equitativa y precisa las deficiencias, el manual acogerá las siguientes definiciones.

5.2.2 Fundamentos de la calificación de las deficiencias

Historial clínico, examen físico, estudio o resultados de pruebas objetivas y antecedentes funcionales de evaluación.

5.2.2.1 Carga de adherencia al tratamiento CAT

Índice que informa sobre el impacto que tienen la medicación, la dieta y el tratamiento indicados, así como los efectos secundarios, sobre la actividad de la vida diaria y que, por lo tanto generan un grado de deficiencia.

5.2.2.2 Examen físico

Evaluación de una persona mediante inspección, palpación, auscultación, percusión y medida de los signos vitales.

5.2.2.3 Factores moduladores

Son los criterios que pueden modificar el porcentaje del grado de severidad de una deficiencia dentro de una clase funcional predeterminada por el factor principal. Este factor modifica la severidad de la deficiencia dentro de la clase funcional.

5.2.2.4 Factor principal

Es el criterio utilizado en la calificación de las deficiencias y que determina la clase funcional en cada tabla de calificación; es por lo tanto el criterio de mayor importancia y objetividad. El criterio a utilizar para este factor se encuentra previamente definido en cada una de las tablas de los distintos capítulos.

5.2.2.5 Historial clínico

Describe antecedentes, la evolución y el estado actual de la patología que se está calificando; incluye los resultados de los diagnósticos referentes a la Mejoría Medica Máxima (MMM), la carga de la adherencia al tratamiento (CAT) y los diferentes tratamientos de las deficiencias.

5.2.2.6 Mejoría medica máxima “MMM”

Punto en el cual la condición patológica se estabiliza y es poco probable que cambie al menos en un año.

5.2.2.7 Pruebas objetivas

Estudios clínicos o paraclínicos. Puede ser principal o modulador.

5.2.2.8 Metodología para la calificación de las deficiencias

Se asigna según las tablas de calificación de los diferentes capítulos, la estructura de las tablas contiene tres elementos:

- Clase de deficiencia: la tabla de calificación más amplia contiene cinco clases (columnas), según lo aplicable de cada capítulo; se numeran de 0 a 4. No obstante hay algunas tablas con solo tres clases.
- Porcentaje de deficiencia: los valores porcentuales asignados para cada clase de deficiencia van de 0 a 100%
- Criterios de deficiencia: historial clínico, examen físico, estudios clínicos o resultados de pruebas objetivas y antecedentes funcionales o evaluación.

5.2.3 Metodología para la determinación del grado en una clase de deficiencia

Para calificar a una persona debe haber logrado el estado de mejoría medica máxima (MMM) definida; o cuando termine el proceso de rehabilitación integral y en todo caso antes de superar los quinientos cuarenta (540) días de incapacidad por un accidente o enfermedad. El establecimiento del grado en las deficiencias se llevara a cabo con el siguiente método:

- El primer paso será identificar de acuerdo con la patología, diagnostico o secuelas, la deficiencia que se van a calificar y, por tanto, el o los capítulos procedentes. Posteriormente se selecciona la tabla apropiada y en ella, el criterio que se determina como factor principal, el cual define la clase (de 0 a 4).
- Para determinar la clase del factor principal se deberá asignar un valor predeterminado que será siempre el grado medio de cada clase o el valor único (valor entero). Si la clase tiene cinco grados (ABCDE) será C, si tiene tres grados (ABC) será B.
- Los factores moduladores son aquellos que no son factor principal, los cuales se deben calificar asignándoles un rango de deficiencia global porcentual a cada uno.

Pueden existir hasta tres factores moduladores que, para efectos de la fórmula de ajuste total, se denominaran FM1, FM2, FM3.

Cálculo del valor final de la deficiencia

El valor final de la deficiencia será el valor obtenido por la secuela calificable de cada una de las patologías del paciente, si tiene varias secuelas calificables de diferentes capítulos estas se combinan mediante la fórmula de valores combinados.

5.2.4 Capítulo XII

5.2.4.1 Deficiencias por alteraciones del sistema nervioso central y periférico

Este capítulo valora los trastornos del cerebro, de la medula espinal, de los nervios craneales, nervios espinales (plexos y raíces) y nervios periféricos.

Para la evaluación del sistema nervioso central y periférico se tendrá en cuenta lo siguiente:

Interpretación de signos y síntomas y la descripción de los estudios clínicos: Evaluación y consulta neuropsicológica, electroencefalograma, potenciales evocados, tomografía computarizada, resonancia magnética, neuroconducción y electromiografía de aguja.

5.2.4.2 Criterios para la calificación de deficiencia por trastornos de la postura, la marcha y el movimiento

La incapacidad para mantener el equilibrio y una marcha estable puede deberse a una alteración del SNC o del sistema nervioso periférico. Si se presentan cambios anatómicos o funcionales de otros sistemas corporales, con el osteomuscular, deben combinarse con los valores calificados para postura y marcha.

5.2.4.3 Criterios para la calificación de deficiencia por neuropatía periférica, trastornos neuromusculares, articulares, miopatías y dolor crónico somático

En la evaluación del sistema nervioso periférico, se debe documentar la magnitud de la pérdida de las funciones causada por el déficit sensorial, dolor o malestar; la pérdida de la fuerza muscular y el control de los músculos o los grupos musculares específicos y la alteración del sistema nervioso autónomo.

5.2.4.4 Criterios para la calificación de deficiencia por neuropatía periférica y dolor disestésico

El déficit causado por neuropatías periféricas puede afectar las funciones motoras, sensoriales y autónomas del sistema nervioso. Se deben tener en cuenta: Funciones motoras, sensoriales, dolor crónico somático.

5.2.4.5 Criterios para la calificación de deficiencia relacionada con neuralgia del trigémino y glossofaríngea

El dolor típico severo e incontrolable puede ser la deficiencia.

5.2.4.6 Principios de evaluación del SNP por alteración de los nervios periféricos de las extremidades superiores e inferiores

Aporta la metodología para valorar las deficiencias por alteraciones de los nervios de las extremidades.

Se califican diferentes alteraciones así: Metodología para calificar la deficiencia del SNP debida a alteraciones de los nervios periféricos de los dedos; Deficiencia por alteración del nervio periférico y plexo braquial; Neuropatías por atrapamiento; síndrome de dolor regional complejo- SDRC, Alteraciones del plexo lumbo sacro y los nervios periféricos de las extremidades inferiores y la calificación del síndrome doloroso regional complejo tipos I y II.

5.2.5 Capítulo XIV

5.2.5.1 Deficiencia por alteración de las extremidades superiores e inferiores

Este capítulo valora las extremidades superiores e inferiores, tejidos blandos, músculos, tendones, ligamentos y estructuras óseas y articulaciones. Incluye las amputaciones y las enfermedades del tejido conectivo que involucra el sistema osteomuscular. El rango de movimiento articular es el factor único para determinar los valores de deficiencia global, mediante: Deficiencia por pérdida de los rangos de movimiento y teniendo en cuenta: Mediciones clínicas del movimiento; Definiciones del sistema de referencia cero neutral y posición funcional; Evaluación del movimiento; Calificación del rango de movimiento articular

Cuando hay daño de varios ejes, articulaciones o segmentos se deben tener en cuenta los criterios de valoración

- Deficiencias por alteración de las extremidades superiores: Para efectos de esta sección del capítulo actual se contemplan las siguientes regiones o estructuras: Mano y dedos, Muñeca, Codo, Hombro.

En todos los casos es importante tener presente el hemisferio dominante del individuo, dado que las funciones de la vida cotidiana son más dependientes de la extremidad superior dominante (diestro o zurdo) la disfunción de la extremidad dominante. Hay tablas para la valoración de las amputaciones de miembros superiores.

- Deficiencia por alteraciones de las extremidades inferiores: Se contemplan: Pie y tobillo: desde la diáfisis de la tibia hasta las yemas de los dedos. Rodilla: Desde la diáfisis del fémur hasta la diáfisis de la tibia. Cadera: desde el cartílago articular del acetábulo hasta la diáfisis del fémur. Hay también tablas para la valoración de las amputaciones de miembros inferiores.

5.2.5.2 Deficiencia por enfermedades del tejido conectivo que involucran el sistema osteomuscular

Los criterios para la calificación de la deficiencia derivada de patologías tales como: articulares inflamatorias como la artritis séptica y traumática, de etiología

idiopática, como la artritis reumatoidea, artritis reumatoidea juvenil, espondiloartritis anquilosante, enfermedades del colágeno, esclerosis sistémica progresiva, dermatomiositis, lesiones degenerativas como artrosis de manos, columna cervical, lumbar cadera y rodillas, metabólicas como gota, condrocalcinosis, osteoporosis y Extrarticulares como la bursitis, tendinitis, periartrosis, síndrome de atrapamiento neural y fibrositis son el historial clínico (factor principal): signos y síntomas y medidas terapéuticas. Los estudios clínicos o resultados de pruebas objetivas (factor modulador): certeza diagnóstica de enfermedad articular e imagenología diagnóstica (rayos x y gammagrafía).

5.2.5.3 Evaluación de la deficiencia por afecciones reumáticas o degenerativas de columna vertebral

La ponderación de las deficiencias por artrosis no debe basarse en la existencia propia de la enfermedad, sino en las limitaciones funcionales de las articulaciones que provocan la misma y los procesos neurológicos comprensivos neurales de vecindad. Para la evaluación de la deficiencia por reumatismos extra articulares si ocasiona secuelas, se evaluarán en las tablas que correspondan a la deficiencia por disminución de los rangos de movimiento articulares. Existe solo la tabla 14.15 para valorar estos padecimientos.

- Fibromialgia:

- ✓ LA PRIMARIA: no presenta otras afecciones que permitan explicar los síntomas
- ✓ CONCOMITANTE O SECUNDARIA: se asocia a otra afección y se califica de acuerdo con la patología de base.

- Artrosis de cadera, rodillas y tobillos:

Si esta es mono articular se evaluará según los rangos de movimiento articular y capacidad funcional

5.2.6 Capítulo XV

5.2.6.1 Deficiencia por alteración de la columna vertebral y la pelvis

Se reconocen cuatro zonas

- Columna cervical (incluye C7 a T1)
- Columna torácica (Incluye T1 a T12)
- Columna lumbar (incluye T12-L1, L5-S1)
- Pelvis (incluye los huesos ilion o iliaco, sacro y pubis)

Incluye los criterios para el reconocimiento y evaluación de las deficiencias permanentes de las extremidades que afectan la columna vertebral y las estructuras óseas, tendones, ligamentos, discos intervertebrales y las raíces

5.2.6.2 Definiciones y principios de evaluación

- Presencia de daños conexos a la columna vertebral y pelvis: se refiere a las enfermedades de la columna vertebral y pelvis que sean consecuencia de una enfermedad sistémica
- Debe incluir la revisión de la historia clínica
- En caso de que una persona presente dos o más diagnósticos por región (cervical, dorsal o lumbar) se calificara únicamente la de mayor porcentaje de deficiencia.
- Para cada uno de los segmentos se le asigna y valor diferente

5.2.6.3 Factores a considerar para la evaluación y ponderación de la deficiencia derivada de las enfermedades de la columna vertebral y la pelvis

La deficiencia con base al diagnóstico reconoce 5 categorías

- Dolor de columna recurrente crónico o crónico no específico
- Lesiones de disco intervertebral y patología de segmentos móviles en uno o múltiples niveles
- Estenosis cervical lumbar
- Fracturas y luxaciones vertebrales
- Fracturas y luxaciones pélvicas

Si existe más de un diagnóstico calificable en la misma región, se debe seleccionar aquel que provea la clase que muestre de manera más apropiada el estado clínico, usualmente es el más específico, es decir el que provee el porcentaje de deficiencia más alto.

Cuando el diagnóstico no ha sido contemplado en las tablas se debe identificar una condición similar a los diagnósticos consignados en las mismas dentro de la región afectada de este capítulo, para utilizarla en el cálculo (homologación).

5.3 ANALISIS DE DICTAMENES

DICTAMEN 1:

FECHA DE ELABORACIÓN DEL DICTAMEN: OCTUBRE DE 2012

REFERENCIA: REPARACIÓN DIRECTA / RADICADO (014) 2010-01220

DEMANDADO: ARP

ASUNTO: DICTAMEN MEDICO PERICIAL- PCL

INFORMACIÓN DEL EVALUADO

- Nombres y apellidos: Z B M
- Fecha de nacimiento: 21/mayo/1954
- Edad: 58 años
- Género: masculino
- Escolaridad: nivel tecnológico (sistemas)
- Oficio: portero

DIAGNÓSTICOS:

1. Osteoartrosis de rodilla derecha, con prótesis completa-clase II
2. Restricción de los arcos de movilidad articular rodilla derecha (perdidos 60° de flexión)

DESCRIPCIÓN DE LAS DEFICIENCIAS SEGÚN DICTAMEN EVALUADO CON EL DECRETO 917 DE 1999

ORDEN	DESCRIPCION	% ASIGNADO	CAPITULO-NUMERAL-LITERAL-TABLA
1	Osteoartrosis de rodilla derecha-prótesis completa clase II	17,4%	Cap. 3. Tabla 3.3
2	Restricción de los arcos de movilidad articular rodilla derecha (perdidos 60° de flexión)	4%	Cap. 1. Tabla 1.57
TOTAL DEFICIENCIA		18.7%	

NOTA: Este paciente tenía evaluada la deficiencia de psoriasis cutánea en el dictamen, la cual no tuvimos en cuenta para efectos de este estudio por lo que aplicamos nuevamente la fórmula de Balthazar para tener el porcentaje total de la deficiencia sin este diagnóstico.

Formula Balthazar: $A + (50 - A) * B$

100

$$\frac{17.4 + (50 - 17.4) \times 4}{100} = 18.7\%$$

18.7 %= **Deficiencia total**

TABLAS QUE SE UTILIZARON CON BASE AL DECRETO 917 DE 1999

CAPÍTULO III REUMATOLOGÍA

TABLA 3.3 DEFICIENCIA GLOBAL DERIVADA DE ARTROSIS DE CADERAS, RODILLAS O AMBAS

Mención especial merecen la artrosis de cadera, rodillas o ambas en las cuales a los rangos de movimiento articulares ponderados debe agregarse la pérdida capacidad funcional.

CLASE	DESCRIPCION DE CRITERIOS	DEFICIENCIA GLOBAL
I	Puede sostenerse de pie pero camina con dificultad en todos los terrenos	2.5-9.9
II	Puede sostenerse de pie y caminar solo en terreno llano	10-17.4
III	Puede sostenerse de pie y caminar solo con aditamentos (muletas o bastones) y en terreno llano	17.5-29.9
IV	Puede sostenerse de pie pero no puede caminar	30-45

En todos los casos debe considerarse previamente a la evaluación la posibilidad de tratamientos quirúrgicos (endoprotesis), teniendo en cuenta el acceso de la persona a este tipo de tratamientos.

CAPÍTULO I SISTEMA MUSCULO ESQUELÉTICO

**TABLA No 1.57 ARTICULACIÓN DE LA RODILLA-FLEXIÓN, EXTENSIÓN-
RESTRICCIÓN DE MOVIMIENTO**

Amplitud media de la flexión extensión= 150 grados

El movimiento de flexión y extensión de la rodilla, corresponde al 100% del movimiento de la misma

Flexión activa retenida de extremidad	Deficiencia extremidad inferior (%)	Deficiencia global
0°	53	10.5
10°	49	10.0
20°	46	9.0
30°	42	8.5
40°	39	8.0
50°	35	7.0
60°	32	6.5
70°	28	5.5
80°	25	5.0
90°	21	4.0
100°	18	3.5
110°	14	3.0
120°	11	2.0
130°	7	1.5
140°	4	1.0
150°	0	0.0
Extensión hasta:		
0° posición neutra	0	0.0
10°	1	0.0
20°	7	1.5
30°	17	3.5
40°	27	5.5
50-150°	90	18.0

SEGÚN EL DECRETO 1507 DE 2014

- Para el primer diagnóstico de osteoartrosis de rodilla se utiliza El numeral 14.6.2.6 Artrosis de cadera, rodillas y tobillos: si esta es monoarticular se evaluara según los rangos de movimiento articulares y capacidad funcional es decir con tablas de este capítulo. Cuando compromete dos o más articulaciones se califica con la tabla 14.15 en los casos en que se requirió reemplazo articular se evalúa por la movilidad articular residual.

- Para la restricción de arcos de movilidad articular Se aplica la tabla del capítulo 14 de las deficiencias por Restricción de los arcos de movilidad articular rodilla derecha (perdidos 60° de flexión, numero 14.12 Deficiencias en el movimiento de la rodilla.

CAPITULO XIV

TABLA 14.12 DEFICIENCIAS EN EL MOVIMIENTO DE RODILLA

SEVERIDAD	LEVE	MODERADA	SEVERA
Deficiencia Global	7%	13%	21%
Movimiento			
Flexión	80°-109°	60°-79°	<60°
Deficiencia Global	20%	28%	36%
Extensión	10°-30°	31°-40°	50°-150°
Posición anquilosada en flexo extensión.	Posición neutra 0°-19°	20°-39°	40°-50°

Deficiencia total: $7 \times 0.5 = 3.5\%$

Observaciones:

- Para evaluar a este paciente se requirió del decreto 917 de 1999, recurrir al capítulo III de reumatología, y capítulo I sistema musculo esquelético. Mientras que con el decreto 1507 de 2014 se requirió el capítulo 14, deficiencia por alteración de las extremidades superiores e inferiores.

- En la tabla 3,3 del decreto 917 de 1999 Se observa la clase, la descripción de los criterios evaluados y la deficiencia global, en la tabla 1,57 del decreto 917 de 1999 presentan la flexión activa retenida de la extremidad, deficiencia de la extremidad

inferior y la deficiencia global, mientras que en el decreto 1507 de 2014, solo se aplica la tabla de deficiencias en el movimiento de la rodilla.

- Las tablas del decreto 1507 de 2014 dividen los ítems en leve, moderado y severa, completamente diferente al decreto 917 de 1999.

Conclusión:

- Con el decreto 917 de 1999 se obtuvo una mayor deficiencia en comparación con la calificación con base al nuevo decreto 1507 de 2014 ya que con el nuevo decreto solo se tienen en cuenta los arcos de movimiento articular.

DICTAMEN 2

FECHA DE ELABORACIÓN DEL DICTAMEN ABRIL DE 2014

REFERENCIA: PROCESO ORDINARIO LABORAL/ RADICADO 2012-0084

DEMANDANTE: M P G

DEMANDADO: ARP POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y OTRA

ASUNTO: DICTAMEN MEDICO PERICIAL- PCL

INFORMACIÓN DEL EVALUADO

- Nombres y apellidos: M M P G

- Fecha de nacimiento: 31/mayo/1977

- Edad 36 años 10 meses

- Género: masculino

- Escolaridad: primaria

- Oficio: En la puerta de su casa vende dulces para ayudarse con su sustento

DIAGNÓSTICO:

1. Amputación pierna derecha tercio proximal (infracondilea)

2. Artrosis severa rodilla izquierda-clase III (postraumática)

DESCRIPCIÓN DE LAS DEFICIENCIAS SEGÚN DICTAMEN EVALUADO CON EL DECRETO 917 DE 1999

ORDEN	DESCRIPCION	% ASIGNADO	CAPITULO-NUMERAL-LITERAL-TABLA
1	Amputación pierna derecha tercio proximal	14%	Capitulo1- tabla 1.86

2	Artrosis severa rodilla izquierda-clase III	29.9%	Capítulo 3- tabla3.3
	TOTAL DEFICIENCIA	32,71%	

NOTA: se aplicó la fórmula de Balthazar con suma combinada para valorar sus deficiencias.

TABLAS QUE SE UTILIZARON CON BASE AL DECRETO 917 DE 1999

CAPÍTULO 1 SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

1.5.2 Amputaciones extremidades inferiores

TABLA 1.86 AMPUTACIONES EN EXTREMIDADES INFERIORES

	Deficiencia extremidad inferior (%)	Deficiencia global (%)
Hemipelvectomía		25.0
Desarticulación cadera	100	30.0
Amputación 1/3 proximal muslo	100	20.0
Amputación 1/3 medio y distal	90	18.0
Desarticulación rodilla	90	18.0
Amputación bajo rodilla muñón funcional	70	14.0
Amputación tobillo	70	14.0
Amputación pie- Chopart	53	10.5
Amputación medio tarso	35	7.0
Amputación todos artejos	21	4.0
Amputación 1º artejo MTT	21	4.0
Amputación 1º artejo en MTF	13	2.5
Amputación 1º artejo IF	10	2.0
Amputación 2º a 5º artejos	8	1.5

CAPITULO III REUMATOLOGIA

TABLA 3.3 DEFICIENCIA GLOBAL DERIVADA DE ARTROSIS DE CADERAS, RODILLAS O AMBAS

Mención especial merecen la artrosis de cadera, rodillas o ambas en las cuales a los rangos de movimiento articulares ponderados debe agregarse la pérdida capacidad funcional.

CLASE	DESCRIPCION DE CRITERIOS	DEFICIENCIA GLOBAL
I	Puede sostenerse de pie pero camina con dificultad en todos los terrenos	2.5-9.9
II	Puede sostenerse de pie y caminar solo en terreno llano	10-17.4
III	Puede sostenerse de pie y caminar solo con aditamentos (muletas o bastones) y en terreno llano	17.5-29.9
IV	Puede sostenerse de pie pero no puede caminar	30-45

En todos los casos debe considerarse previamente a la evaluación la posibilidad de tratamientos quirúrgicos (endoprotesis), teniendo en cuenta el acceso de la persona a este tipo de tratamientos.

SEGÚN EL DECRETO 1507 de 2014

- Para el primer diagnóstico de amputación pierna derecha tercio proximal. En el capítulo 14, el numeral 14.5.2 describe la deficiencia por amputación: la tabla 14.14 permite la calificación por amputación del miembro inferior; la definición de la clase se realiza con base en el nivel de la amputación y se puede incrementar por problemas del muñón.

Las deficiencias que pueden ser calificadas y combinadas con la deficiencia por amputación incluyen las pérdidas del movimiento en las articulaciones, las pérdidas neurológicas en la parte conservada del miembro y las atenuantes al diagnóstico que la ocasiono.

El valor de la deficiencia por amputación se puede combinar con el obtenido en la valoración de deficiencia por disminución de los rangos de movilidad, no obstante lo anterior el valor final de las combinaciones no podrá exceder en ningún caso el 100% del valor del segmento comprometido en la extremidad inferior.

- Para los diagnósticos del paciente con amputación de pierna derecha y tercio medio proximal, y artrosis pierna izquierda clase III. Se utilizan las siguientes tablas

CAPITULO XIV DEFICIENCIA POR ALTERACIÓN DE LAS EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES

TABLA 14.14 DEFICIENCIA POR AMPUTACIÓN EN DE LA EXTREMIDAD Ó DE UN MIEMBRO INFERIOR

Nivel	% Deficiencia global
Primer dedo a:	
Articulación metatarsiano (MTT)	8
Articulación metatarsofalángica (MTF)	5
Todos los dedos (excepto el primero)	
Por cada dedo a nivel interfalángica (IF)	1
Por cada dedo a nivel metatarsiano (MTT)	2
Todos los dedos en la articulación metatarsofalángica (excepto el primero)	6
Por cada dedo a nivel interfalángica(IF)	0
Medio pie	14
Syme (retropié)	20
Debajo de la rodilla, mayor o igual a 10 centímetros	28

Debajo de la rodilla, menor a 10 centímetros - Desarticulación de rodilla - Por encima de la rodilla – muslo Distal	36
Por encima de la rodilla – proximal ó mitad del muslo	40
Desarticulación de cadera	50

NOTA: El paciente usa prótesis modular adaptada para el miembro inferior derecho, además de muletas.

Para el segundo diagnóstico de artrosis severa de rodilla izquierda clase III se utilizaría en el capítulo XIV, el numeral 14.6 DEFICIENCIA POR ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO QUE INVOLUCRA EL SISTEMA OSTEOMUSCULAR

Los criterios para la calificación de la deficiencia derivada de patologías tales como: articulares inflamatorias como la artritis séptica y traumática, de etiología idiopática, como la artritis reumatoidea, artritis reumatoidea juvenil, espondiloartritis anquilosante, enfermedades del colágeno, esclerosis sistémica progresiva, dermatomiositis, vasculitis, degenerativas como artrosis de manos, columna cervical, lumbar cadera y rodillas, metabólicas como gota, Condrocálcinosis, osteoporosis y extrarticulares como la bursitis, tendinitis, periartrosis, síndrome de atrapamiento neural y fibrositis.

- En el decreto 917 de 1999 la tabla 3.3 está dividida por clase del 1 la 4, descripción de criterios y el porcentaje de deficiencia global

- En el decreto 1507 de 2014 la tabla 14.15 está dividida por clase de 0 a 4 los porcentajes de deficiencia global tiene unos rangos y muestra un grado de severidad que se clasifica en ABC

TABLA 14.15 DEFICIENCIA POR ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO QUE INVOLUCRA EL SISTEMA OSTEOMUSCULAR

CLASE		Clase 0	Clase1	Clase2	Clase3	Clase4
DEFICIENCIA GLOBAL (%)		0	1-10%	11-36%	37-60%	61-90%
GRADO SEVERIDAD		No aplica o asintomático	(A B C) 1 5 10	(A B C) 12 24 36	(A B C) 37 49 60	(A B C) 61 75 90
Historial clínico	Signos y síntomas		Rigidez	Rigidez matinal (> 0	Rigidez matinal (> 0	Rigidez matinal (> 0

(factor principal)	(para elegir la clase por esta variable se deben reunir más del 50% de los síntomas y signos)		matinal Artralgias migratorias (> o igual a 3 meses)	o igual a 1 hora) Artralgias migratorias (> o igual a 3 meses) Sinovitis	igual a 1 hora) Artralgias migratorias (> o igual a 3 meses) Poliartritis simétrica o migratoria Sinovitis Deformaciones Desviaciones articulares Manifestaciones Extraarticulares 1	igual a 1 hora) Artralgias migratorias (> o igual a 3 meses) Poliartritis simétrica o migratoria Sinovitis Deformaciones Desviaciones articulares Compromiso estado general Manifestaciones Extrarticulares 1
Estudios clínicos o resultados de pruebas objetivas (factor modulador)	Imagenología diagnóstica (RX gammagrafía)	normales	Sin alteración significativa	Osteoporosis yuxtaarticular, pinzamiento articular pequeñas erosiones articulares	Osteoporosis yuxtaarticular, pinzamiento articular pequeñas erosiones articulares	Artrosis, subluxación Anquilosis fibrosa u ósea.

Observaciones

- La última impresión diagnóstica del paciente para su rodilla izquierda que fue una resonancia demuestra secuelas de fractura con irradiación articular con lesión cartilaginosa sobre el cóndilo lateral y rótula por desgaste articular.
- El paciente solo puede caminar 5 minutos máximo, no puede subir escaleras, ni rampas ni agacharse.
- Se considera en esta tabla 14.15 que su clase es 3 con un grado de severidad C

Se aplicara la fórmula de Balthazar para calcular la deficiencia.

Formula Balthazar: $A + (100 - A) * B$

$$\frac{\text{-----}}{100}$$

$$60 + (100 - 60) * 28$$

$$\frac{\text{-----}}{100} = 71.2 \%$$

$71.2 * 0.5 = 35.6\%$ **Deficiencia total**

Conclusión

En este caso el paciente se ve favorecido con la calificación basada en el nuevo decreto para este tipo de deficiencia.

DICTAMEN 3

FECHA DE REALIZACIÓN DEL DICTAMEN: 8 DE AGOSTO DE 2008

REFERENCIA: PROCESO ORDINARIO/ RADICADO 2008-03339

ASUNTO: VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL Y PCL

INFORMACIÓN DEL EVALUADO

- Nombre: M A F H
- Fecha de nacimiento: 28 de octubre de 1964
- Edad 48 años
- Escolaridad: sin información
- Oficio: cobradora

DIAGNÓSTICO:

1. Puntos dolorosos: fibromialgia puntos dolorosos 12/18
2. Arcos de movimiento articular: Limitación para la flexión (elevación anterior) de las extremidades superiores de 0 hasta 90°. Los demás arcos de movimiento se encuentran dentro del rango funcional.
3. Fuerza muscular segmentaria: 4/5 sobre un patrón normal de 5/5

4. Sensibilidad: disestesias en hombros, extremidades superiores y cara anterolateral del muslo derecho. La alteración no sigue ningún dermatoma específicos

DESCRIPCIÓN DE LAS DEFICIENCIAS SEGÚN DICTAMEN EVALUADO CON DECRETO 917/1999

ORDEN	DESCRIPCIÓN	% ASIGNADO		CAPITULO-NUMERAL-LITERAL-TABLA
1	Anquilosis región cervical (3 cervicales cualquiera)	1.75%		Capítulo 1- tabla1.13
2	Cervicobraquialquia postraumática sin alteraciones clínicas, radiográficas, y electromagnéticas leves a moderadas.	12.5%		Capítulo 1- tabla1.16
3	Articulación del hombro elevación anterior y posterior eleva 90, perdidos 60 conservados 90	2.0%		Capítulo 1 – tabla 1.17
4	Perdida fuerza muscular, rango de movilidad contra resistencia leve	7.5%	Tabla 2.9 deficiencia global = 2.0 %	Capítulo 2-tabla 2.1
TOTAL DEFICIENCIA		14.52%		

NOTA: Esta paciente tenía evaluada la deficiencia de estrés postraumático la cual no se tiene en cuenta para efectos de este estudio por lo cual se aplica nuevamente la fórmula de Balthazar para el porcentaje total de la deficiencia global según los capítulos que nos interesa analizar.

Formula Balthazar: $A + (50 - A) * B$

100

PARA TOTALIZAR EL CAPITULO

$12.5 + (50 - 12.5) * 2.0$

----- = 13.25%

100

$$\frac{13.25 + (50-13.25)*1.75}{100} = 13.8\%$$

COMBINACIÓN DE LOS CAPÍTULOS

$$\frac{13.8 + (50- 13.8)* 2}{100} = 14.52 \%$$

14.52%= **Deficiencia total**

TABLAS QUE SE UTILIZARON CON BASE AL DECRETO 917 DE 1999

1. CAPÍTULO 1 SISTEMA MUSCULOESQUELETICO

1.2.2.7 listesis de disco región cervical y dorso lumbar

Para la valoración de listesis de disco de región cervical y dorso lumbar, consultar la tabla 1.16

TABLA 1.13 VERTEBRAS MULTIPLES: Anquilosis-región cervical y dorsolumbar

Posición favorable (neutral) (%)	Deficiencia global (%)	Posición desfavorable	Deficiencia global (%)
2 cervicales cualquiera	0.75	2 cervicales cualquiera	1.75
3 cervicales cualquiera	1.75	3 cervicales cualquiera	3.25
4 cervicales cualquiera	2.5	4 cervicales cualquiera	5.0
5 cervicales cualquiera	3.25	5 cervicales cualquiera	6.78
6 cervicales	3.5	6 cervicales	8.25

cualquiera		cualquiera	
7 cervicales	5.0	7 cervicales	10.0
C7 y D1	0.5	C7 y D1	1.0
2 dorsales cualquiera	0.5	2 dorsales cualquiera	0.5
3 dorsales cualquiera	0.5	3 dorsales cualquiera	1.0
4 dorsales cualquiera	0.75	4 dorsales cualquiera	1.25
5 dorsales cualquiera	1.0	5 dorsales cualquiera	1.75
6 dorsales cualquiera	1.25	6 dorsales cualquiera	2.25
7 dorsales cualquiera	1.25	7 dorsales cualquiera	2.75
8 dorsales cualquiera	1.5	8 dorsales cualquiera	3.25
9 dorsales cualquiera	1.75	9 dorsales cualquiera	3.75
10 dorsales cualquiera	2.0	10 dorsales cualquiera	4.0
11 dorsales cualquiera	2.25	11 dorsales cualquiera	4.5
12 dorsales	2.5	12 dorsales	5.0
D12 y L1	0.75	D12 y L1	1.5
2 lumbares cualquiera	1.25	2 lumbares cualquiera	2.5
3 lumbares cualquiera	2.5	3 lumbares cualquiera	5.0
4 lumbares cualquiera	3.75	4 lumbares cualquiera	7.5
5 lumbares	5.0	5 lumbares	10.0
C1-C7	5.0	C1-C7	10.0
D1-D12	2.5	D1-D12	5.0
L1-L5	5.0	L1-L5	10.0
C1-D12	7.0	C1-D12	13.0

D1-L5	7.0	D1-L5	13.0
C1-L5	10.5	C1-L5	17.5

CAPÍTULO 1. 1.2.3.3 Síndromes dolorosos de columna

TABLA 1.16 SINDROMES DOLOROSOS DE COLUMNA

Síndromes dolorosos de columna	Deficiencia (%)
Cervicobraquialgia post-traumática sin alteraciones clínicas, radiográficas ni electromagnéticas.	0.0
Cervicobraquialgia post-traumática sin alteraciones clínicas, radiográficas ni electromagnéticas leves a moderadas	12.5
Hernia de disco operada sin secuelas	2.5
Hernia de disco inoperable según criterios médicos	15.0
Hernia de disco operada con secuelas clínicas y electromagnéticas leves	7.5
Hernia de disco operada con secuelas clínicas y electromagnéticas moderadas	10.0
Hernia de disco operada con secuelas clínicas y electromagnéticas severas	20.0
Espondilolistesis traumática sin repercusión electromiografica	
Grado I	1.0
Grado II	2.0
Grado III	3.0
Grado IV	5.0
Espondilolistesis traumática con repercusión electromiografica leve a moderada	7.5
Espondilolistesis traumática con repercusión electromiografica severa	20.0
Espondilolistesis traumática operada, sin secuela electromiografica	0.0
Espondilolistesis traumática operada con secuela electromiografica leve a moderada	7.5
Espondilolistesis traumática operada con repercusión electromiografica severa	20.0

Lumbalgia post-traumática sin alteraciones clínicas, radiográficas, ni electromiograficas.	0.0
Lumbalgia post-traumática con moderadas alteraciones clínicas, radiográficas, sin alteraciones electromiograficas.	2.5
Lumbalgia post-traumática con severas alteraciones clínicas, radiográficas, sin alteraciones electromiograficas.	5.0
Lumbociatalgias sin alteraciones clínicas, radiográficas ni electromiograficas	0.0
Lumbociatalgias con alteraciones clínicas y radiográficas y/o electromiograficas leves a moderadas.	5.0

CAPÍTULO 1

1.3.1 articulación del hombro

1.3.1.1 Restricción de movimiento: elevación anterior y posterior

TABLA 1.17 ARTICULACIÓN DEL HOMBRO- ELEVACIÓN ANTERIOR Y POSTERIOR

Restricción de movimiento

Amplitud media de la elevación hacia adelante y hacia atrás= 190 grados

Elevación hacia delante desde posición neutra 0° hasta	Perdidos	conservados	Deficiencia extremidad superior	Deficiencia global
0°	150°	0°	16.0	5.0
10°	140°	10°	15.0	4.5
20°	130°	20°	14.0	4.0
30°	120°	30°	13.0	4.0
40°	110°	40°	12.0	3.5
50°	100°	50°	11.0	3.5
60°	90°	60°	9.0	2.0
70°	80°	70°	8.0	2.5
80°	70°	80°	7.0	2.0

90°	60°	90°	6.0	2.0
100°	50°	100°	5.0	1.5
110°	40°	110°	4.0	1.0
120°	30°	120°	3.0	1.0
130°	20°	130°	2.0	0.5
140°	10°	140°	1.0	0.5
150°	0°	150°	0.0	0.0
Elevación hacia atrás desde la posición neutra (0°) hasta		Elevación hacia atrás desde la posición neutra (0°) hasta		
0°	40°	0°	4.0	1.0
10°	30°	10°	3.0	1.0
20°	20°	20°	2.0	0.5
30°	10°	30°	1.0	0.5
40°	0°	40°	0.0	0.0

CAPÍTULO II SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO

TABLA 2.1 DEFICIENCIA POR PERDIDA DE FUERZA MUSCULAR

Rango de movilidad	Deficiencia del órgano
Completo contra gravedad y resistencia fuerte	0
Contra resistencia leve	7.5
Solamente contra gravedad	19
Con gravedad eliminada	33
Trazas de movilidad	45
Cero movilidad	50

SEGÚN EL DECRETO 1507 DE 2014

Se podrían utilizar las siguientes tablas para los diagnósticos:

1. Fibromialgia puntos dolorosos 12/18
2. Artrodesis. Limitación para la flexión (elevación anterior) de las extremidades SUPERIORES DE 0 hasta 90°
3. Disminución de fuerza muscular 4/5 sobre un patrón normal de 5/5
4. Disestesias en hombros, extremidades superiores y cara anterolateral del muslo derecho. La alteración no sigue ningún dermatoma específicos.

CAPITULO XV DEFICIENCIA POR ALTERACIONES DE LA COLUMNA VERTEBRAL Y LA PELVIS

TABLA 15.1 CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS DE LA COLUMNA CERVICAL

- En esta tabla la clase funcional se divide en clase desde 0 a 4 y la valoración de la deficiencia va de 0 a 40%. Además tiene unos grados de severidad de la A a la E en donde a cada letra le corresponde un número. Mientras que en la tabla 1.16 Síndromes dolorosos de columna del decreto 917 de 1999 la deficiencia está clasificada en porcentaje en donde el valor mínimo es 0% y el máximo 20%.

- La tabla está dividida por factor principal: en lesión de tejidos blandos y condiciones no específicas, lesión de segmentos móviles, luxaciones o listesis de la columna, y fracturas.

- Esta paciente no tuvo fractura, tuvo un latigazo y tiene una hernia de disco del núcleo pulposo en c4-c5 y c5-c6. En la resonancia de columna muestra protrusiones centrales de los discos principalmente en c4-c5 y c5-c6 sin disminución del canal medular ni compresión medular. Posteriormente en la radiografía de columna cervical informa cambios posquirúrgicos con fijación anterior de c4, c5, c6 adecuada alineación ósea.

No hay resultados de electromiografía pero la paciente refiere calambres en miembros superiores.

TABLA 15.1 CALIFICACIÓN DE DEFICIENCIAS DE LA COLUMNA CERVICAL

CLASE FUNCIONAL	Clase 0	Clase 1	Clase 2	Clase 3	Clase 4
VALORACIÓN DEFICIENCIA	0(a)	1% al 10%	11% al 20%	21% al 30%	31% al 40%
		1 1 2 3 3			

GRADO DE SEVERIDAD (%)		A B C D E																				
		Lesión de tejidos blandos y condiciones no específicas:																				
	Cervicalgia crónica no específica ó recurrente (ó Enfermedad Degenerativa discal) ó dolor por Enfermedad facetaria tendinitis o dolor muscular	Historia de tendinitis o dolor muscular en resolución o se queja de cervicalgia sin signos objetivos al examen físico	Historia documentada de tendinitis o dolor muscular con quejas constantes, con signos radiculares, hallazgos similares en múltiples ocasiones																			
		Lesión de segmentos móviles, luxaciones o listesis de la columna:																				
		0 (a)	5	6	7	8	10	11	13	15	18	20	21	24	26	28	30	31	33	35	37	40
Diagnóstico por Región (factor principal)	Hernia discal, inestabilidad, pseudoartrosis, artrodesis, artrodesis fallida, Estabilización dinámica o artroplastia, estenosis espinal	Sin signos ni síntomas axiales ó radiculares.	Sin indicación de cirugía y Con radiculopatía resuelta o sintomatología	Sin indicación de cirugía y Con signos de radiculopatía	Post quirúrgico y Con signos de radiculopatía (unilateral y de un solo	Post quirúrgico y Con signos de radiculopatía bilateral o de múltiples																

o combinación de ellas a múltiples niveles a un solo nivel		radicular	a	nivel)	niveles
Fracturas:					
	0 (a)	5 6 7 8 10 11	13 15 18 20	21 24 26 28 30	31 33 35 37 40
Fracturas de uno o más cuerpos vertebrales, fractura de Elementos posterior (pedículo, lamina, proceso articular, proceso transverso)	Fracturas de uno o múltiples niveles sin compresión o mínima compresión de cualquier cuerpo vertebral: con o sin pedículo y/o fractura posterior del elemento (menor de 5 mm de desplazamiento)	Fracturas de uno o múltiples niveles con compresión menor al 25% de cualquier cuerpo vertebral; con o sin retropulsión ósea, con o sin pedículo y/o fractura posterior del elemento	Fracturas de uno o múltiples niveles con compresión de 25% a 50% de cualquier cuerpo vertebral; con o sin retropulsión ósea, con o sin pedículo y/o fractura posterior del elemento.	Fracturas de uno o múltiples niveles con compresión mayor del 50% de un cuerpo vertebral; con o sin retropulsión ósea, con o sin pedículo y/o fractura posterior del elemento	Fracturas de uno o múltiples niveles con compresión mayor del 50% de un cuerpo vertebral; con o sin retropulsión ósea, con o sin pedículo y/o fractura posterior del elemento

	Fractura por	Puede tener radiculopatía resuelta o se	Puede tener radiculopatía	Puede tener radiculopatía en un solo nivel	Puede tener signos de radiculopatía en
--	--------------	---	---------------------------	--	--

	estallido		queja de sintomatología radicular no verificables	verificable al momento del examen clínico	bilateral al momento del examen clínico	múltiples niveles al momento del examen clínico
		0				
	Luxaciones y luxofracturas o listesis	Luxación o fractura con luxación con o sin compresión mínima de cualquier cuerpo vertebral; con o sin pedículo y/o fractura posterior del elemento (menor de 5 mm de desplazamiento)	Listesis a un solo nivel con o sin fractura	Listesis a un solo nivel con o sin fractura	Listesis en múltiples niveles con o sin cirugía, incluida la fusión	Listesis en múltiples niveles con o sin cirugía, incluida la fusión
Hallazgos Físico (Factor	Déficit sensorial	Sin pérdida de la sensibilidad, parestias o dolor	Disminución de la sensibilidad leve (con o sin pérdida mínima de la sensibilidad, parestias o dolor) en la distribución clínica apropiada que se olvida	Disminución de la sensibilidad leve (con alguna parestias o dolores menores) en la distribución clínica apropiada que interfiere con	Disminución mayor de la sensibilidad de protección (con algunas parestias o dolor moderado en la distribución clínica apropiada) que	Dolor superficial y sensibilidad táctil ausentes o ausencia de sensibilidad de protección (parestias ó dolor severo) que impide todas las

Modulador)			durante la actividad física	algunas actividades	podría impedir algunas actividades	actividades
	Restricción arcos de movimiento articular – compromiso funcional (ver Tabla 4 Capitulo 2 – Instructivo para calificadores	Movimientos activos normales sin restricción	Movimientos activos normales con restricción leve	Movimientos activos normales con restricción moderada	Movimientos activos normales con restricción severa	Movimientos activos normales con restricción muy severa
Pruebas objetivas.(Factor modulador)	Electrodiagnóstico EMG	Normal	Radiculopatía resuelta	Radiculopatía en una raíz nerviosa	Signos de radiculopatía bilateral de un solo nivel	Radiculopatía de múltiples raíces nerviosas

CAPITULO XIV

TABLA 14.5 DEFICIENCIAS POR DISMINUCIÓN DE LOS RANGOS DE MOVILIDAD DEL HOMBRO

En esta tabla la clase funcional se divide de 0 a 4, con grados que van de normal a muy severo y en esta misma tabla se puede calificar la articulación completamente con todos sus movimientos. En la tabla 1.17 del decreto 917 de 1999 solo se puede calificar la elevación anterior y posterior de hombro

Clase Funcional		0		1		2		3		4	
Grado		Normal		Leve		Moderado		Severo		Muy severo (Anquilosis)	

Articulación:				HOMBRO- Flexión- extensión- representa el 50% de la deficiencia del hombre					
									10° Flexión a
Flexión	° grados de movilidad	> ó igual a 180°		90° a 170°	20° a 80°		< ó igual a 10°	20° a 40° flexión	extensión
									> ó = 50° Flexión
	% Deficiencia Global	0%		2%	5%		10%	20%	30%
Extensión	° grados de movilidad	> ó = 50°		30° a 40°	10° extensión a 10° flexión.		> ó = 10° de flexión		
	% Deficiencia Global	0%		1%	1%		6%		
				HOMBRO: Abducción- Aducción-representa el 30% de la deficiencia del hombre					
	° grados de movilidad	> ó igual a 170°		90° a 160°	20° a 80°		< ó = a 10°	20° a 50° de	< ó = 10°
Abducción								abducción	> ó = 60°
	% Deficiencia Global	0%		2%	4%		6%	20%	30%
Aducción	° grados de movilidad	> ó = a 40°		10° a 30%	0° a 30° abducción		> ó = 40° abducción		
	% Deficiencia Global	0%		1%	1%		6%		
				Hombro: Rotaciones-representa el 20% de la deficiencia del hombre					
Rotación	° grados de movilidad	> ó igual a 80° RI		50° RI a 70° RI	10° RE a 40° RI		< ó = a 20° RE	20° a 50° RI	> ó = 60° RI
interna (RI)									10° RI a RE
	% Deficiencia Global	0%		1%	2%		5%	20%	30%
Rotación	° grados de	> ó igual		50° RE a	50° RI a 40° RI		> ó = a		

	<i>movilidad</i>	<i>a 60° RE</i>		<i>30° RI</i>			<i>60° RI</i>			
<i>externa (RE)</i>										
	% Deficiencia Global	0%		1%	2%		5%			

Para la fibromialgia se debe de tener en cuenta en el capítulo 14 el numeral 14.6.2.5 en donde clasifica la fibromialgia en Primaria y secundaria. La primaria se califica en el capítulo de las deficiencias por enfermedad mental y trastornos del comportamiento. Y la concomitante y secundaria se califica de acuerdo con la patología de base o concomitante en los capítulos y se combinan los valores de deficiencia de acuerdo con la fórmula de valores combinados.

Se aplica la fórmula de Balthazar

$$A + \frac{(100-A) \cdot B}{100}$$

100

$$26 + \frac{(100-26) \cdot 2}{100} = 27.48$$

100

Deficiencia total: 13.74%

Observaciones

- La deficiencia total fue similar en ambos decretos.
- Como en el dictamen con el decreto 917 de 1999 no se calificó la fibromialgia, con el 1507 del 2014 no se realizó la calificación de este diagnóstico.
- No existe tabla en el decreto 1507 de 2014 para calificar perdida de la fuerza muscular.

DICTAMEN 4

FECHA DE ELABORACIÓN DEL DICTAMEN AGOSTO DE 2013

REFERENCIA: PROCESO LABORAL RADICADO 2012-1184

DEMANDANTE: H A R T

DEMANDADO: ARL

ASUNTO: DICTAMEN MEDICO PERICIAL

INFORMACIÓN DEL EVALUADO

- Nombres y apellidos: H A R T
- Fecha de nacimiento: 19/agosto/1959
- Edad: 54 años
- Género: masculino
- Escolaridad: analfabeta
- Oficio: ayudante de construcción

DIAGNÓSTICO

1. Secuelas fractura de fémur
2. Restricción de movimientos de cadera izquierda (fractura fémur)
3. Acortamiento de extremidad inferior izquierda

DESCRIPCIÓN DE LAS DEFICIENCIAS SEGÚN DICTAMEN EVALUADO CON DECRETO 917 DE 1999

ORDEN	DESCRIPCION	% ASIGNADO	CAPITULO-NUMERAL-LITERAL-TABLA
1	Restricción de movimientos cadera izquierda	5.94 %	Capitulo1 - tablas 1.49,1.51, 1.53, 1.55
2	Acortamiento extremidad inferior izquierda	2 %	Capítulo 1 – tabla 1.84
	TOTAL DEFICIENCIA	6.82%	

NOTA: para calcular el porcentaje de la deficiencia se utilizó la fórmula de Balthazar

SE UTILIZARON LAS SIGUIENTES TABLAS PARA CALIFICAR LA PCL CON BASE AL DECRETO 917 DE 1999

1. CAPÍTULO I

1.4 EXTREMIDADES INFERIORES

1.4.1 articulación coxo-femoral o de la cadera

TABLA 1.49 ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL FLEXIÓN-RESTRICCIÓN DE MOVIMIENTO

Amplitud media de la flexión-extensión= 130 grados

Flexión hacia adelante desde: posición neutra 0° hasta	perdidos	conservados	Deficiencia extremidad inferior (%)	Deficiencia global (%)
0°	100°	0°	18.0	3.5
10°	90°	10°	16.0	3.0
20°	80°	20°	14.0	3.0
30°	70°	30°	12.0	2.5
40°	60°	40°	11.0	2.0
50°	50°	50°	9.0	2.0
60°	40°	60°	7.0	1.5
70°	30°	70°	5.0	1.5
80°	20°	80°	4.0	1.0
90°	10°	90°	2.0	0.5
100°	0°	100°	0.0	0.0

1.4.1.3 Restricción de movimiento. Articulación coxo femoral-extensión

TABLA 1.51 ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL EN EXTENSIÓN-RESTRICCIÓN DE MOVIMIENTO

Extensión hacia atrás desde la posición neutra 0° hasta	Perdidos	conservados	Deficiencia extremidad inferior (%)	Deficiencia global (%)
0°	30°	0°	5	1
10°	20°	10°	4	1
20°	10°	20°	2	0.5
30°	0°	30°	0	0

1.4.1.5 abducción-aducción articulación coxo femoral-restricción de movimiento

TABLA 1.53 ARTICULACIÓN COXOFEMORAL-ABDUCCIÓN Y ADUCCIÓN-RESTRICCIÓN DE MOVIMIENTO

Abducción desde la posición neutra 0° hasta	Perdidos	conservados	Deficiencia extremidad inferior (%)	Deficiencia global (%)
0°	40°	0°	16	3.0
10°	30°	10°	12	2.5
20°	20°	20°	8	1.5
30°	10°	30°	4	1.0
40°	0°	40°	0	0.0
Aducción desde posición neutra 0° hasta				
0°	20°	0°	8	1.5
10°	10°	10°	4	1.0
20°	0°	20°	0	0.0

1.4.1.7 Rotación Articulación coxo femoral- restricción de movimiento

TABLA 1.55 ARTICULACIÓN COXOFEMORAL-ROTACIÓN-RESTRICCIÓN DE MOVIMIENTO.

Amplitud de la Rotación= 90 grados.

El movimiento de rotación coxofemoral, corresponde al 33% del movimiento de la misma.

Rotación interna desde la posición neutral	Perdidos	conservados	Deficiencia extremidad	Deficiencia global (%)

0° hasta:			inferior (%)	
0°	40°	0°	10.0	2.0
10°	30°	10°	8.0	1.5
20°	20°	20°	5.0	1.0
30°	10°	30°	3.0	0.5
40°	0°	40°	0.0	0.0
Rotación externa desde la posición neutral 0° hasta:				
0°	50°	0°	13.0	2.5
10°	40°	10°	10.0	2.0
20°	30°	20°	8.0	1.5
30°	20°	30°	5.0	1.0
40°	10°	40°	3.0	0.5
50°	0°	50°	0.0	0.0

1. CAPITULO I

1.4.5.1 Acortamiento extremidad inferior

En caso de acortamiento debido a falla de alineación, deformidad o fractura secundaria, se deben sumar los siguientes valores a las secuelas funcionales

TABLA 1.84 ACORTAMIENTO DE LA EXTREMIDAD INFERIOR

Acortamiento (en centímetros)	Ponderación
0 a 1.4	2.5 % de la extremidad inferior
1.50 a 2.9	5% de la extremidad inferior
3.0 a 3.9	7.5% de la extremidad inferior
4.0 a 4.5	10% de la extremidad inferior

SEGÚN EL DECRETO 1507 DE 2014

Todos los movimientos están incluidos en una sola tabla.

No se encuentra tabla para calificar acortamiento.

CAPITULO XIV

TABLA 14.13 DEFICIENCIAS EN EL MOVIMIENTO DE CADERA

Severidad	Leve	Moderada	Severa
Deficiencia Global	2%	5%	7%
Movimiento			
Flexión	80° - 100°	50°-79°	<50°
Extensión	10° - 19°	20°-19°	≥30°
Abducción	15° - 25100°	5°-14°	<5°
Aducción	0° - 15°	No aplica	No aplica
Rotación Interna	10° - 30°	9° - 0°	No aplica

Rotación Externa	20° - 30°	0° - 19°	No aplica
Movimiento			
Deficiencia Global	30 %	40%	50%
Posición Anquilosada en Flexión	0° - 40°	50° - 60° / 81° - 100°	70° - 80°
Posición Anquilosada en Extensión	0° - 10°	20° - 30°	No aplica
Deficiencia Global	30 %	40%	50%
Posición Anquilosada en Abducción	0° - 19°	20°-39°	40°
Posición Anquilosada en Abducción	No aplica	10° -19°	20°

Deficiencia Total: $7 \times 0.5 = 3.5\%$

Observaciones:

- Por el acortamiento ser un factor funcional agravante se le otorga una

deficiencia global del 7% categoría máxima.

- La calificación con base a las tablas de ambos manuales para la calificación de deficiencias de este dictamen fueron muy diferentes sus valores; es más desfavorable la calificación con el 1507 de 2014

DICTAMEN 5

FECHA DE ELABORACIÓN DEL DICTAMEN JULIO DE 2010

REFERENCIA: Ordinario radicado 2006-01110

ASUNTO: Dictamen médico pericial en PCL

FECHA DEL DICTAMEN:

INFORMACIÓN DEL EVALUADO

- Nombre: N C R
- Identificación: 42987654
- Fecha de nacimiento: 16 julio de 1960
- Edad: 49 años
- Género: femenino
- Estado civil: casado
- Ocupación/oficio: guarnecedora/planchadora
- Escolaridad: primaria

DIAGNÓSTICO:

1. Osteoartrosis degenerativa

DESCRIPCIÓN DE LAS DEFICIENCIAS SEGÚN DICTAMEN EVALUADO CON EL DECRETO 917 DE 1999

ORDEN	DESCRIPCION	% ASIGNADO	CAPITULO-NUMERAL-LITERAL-TABLA
1	Meniscopatía bilateral de rodillas con cirugías previas con escasa respuesta a tratamientos múltiples equiparable a artrosis de rodilla clase II (puede sostenerse de pie y camina solo en terreno llano)	17.4 %	Capítulo3 - tabla 3.3
2	Restricción arcos de movilidad articular	5 %	Capítulo 1 – tabla

	rodilla derecha		1.57
3	Restricción arcos de movilidad articular rodilla izquierda	5 %	Capítulo 1 – tabla 1.57
	TOTAL DEFICIENCIA	20.57 %	

NOTA: esta paciente tenía evaluada la deficiencia con la fórmula de Balthazar

SEGÚN EL DECRETO 917 DE 1999

Se aplicaron las siguientes tablas

1. CAPÍTULO I SISTEMA MÚSCULO ESQUELETICO

TABLA 1.57 ARTICULACIÓN DE LA RODILLA-FLEXIÓN, EXTENSIÓN-RESTRICCIÓN DE MOVIMIENTO

Amplitud media de la flexión extensión= 150 grados

El movimiento de flexión y extensión de la rodilla, corresponde al 100% del movimiento de la misma

Flexión activa retenida de extremidad	Deficiencia extremidad inferior (%)	Deficiencia global
0°	53	10.5
10°	49	10.0
20°	46	9.0
30°	42	8.5
40°	39	8.0
50°	35	7.0
60°	32	6.5
70°	28	5.5
80°	25	5.0
90°	21	4.0
100°	18	3.5
110°	14	3.0
120°	11	2.0
130°	7	1.5

140°	4	1.0
150°	0	0.0
Extensión hasta:		
0° posición neutra	0	0.0
10°	1	0.0
20°	7	1.5
30°	17	3.5
40°	27	5.5
50-150°	90	18.0

3.2.3 EVALUACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR AFECCIONES REUMÁTICAS DEGENERATIVAS

TABLA 3.3 DEFICIENCIA GLOBAL ARTROSIS CADERAS, RODILLAS O AMBAS

Clase	Criterios	Deficiencia global (%)
I	Puede sostenerse de pie pero camina con dificultad en todos los terrenos	2.5 -9.9
II	Puede sostenerse de pie y caminar solo en terreno llano	10-17.4
III	Puede sostenerse de pie y caminar solo con aditamentos (muleta o bastón) y en terreno llano	17.5-29.9
IV	Puede sostenerse de pie pero no puede caminar	30-45

Observaciones:

- Según la resonancia magnética para la rodilla derecha: Lesiones antiguas del cuerno posterior del menisco interno, aplastamiento del cuerno anterior del menisco externo, lesión antigua parcial del ligamento cruzado anterior. Y para la rodilla izquierda: fisura del cuerno posterior del menisco interno.

- Seis años después se encuentra el informe de radiografía bilateral de rodillas comparativas: Mineralización ósea disminuida, sin apreciar imágenes líticas, blasticas, o periósticas, que sugieran tumor, trauma o infección. La cortical es nítida bien definida, los espacios y las superficies articulares están conservados no presentan quistes, pseudoquistes o erosión, no hay derrame articular, no hay luxación o subluxación, calcificación de los tejidos blandos pre-rotulianos izquierdos.

- Refiere limitación para la extensión y la flexión de rodilla derecha; y utiliza bastón.

CON EL DECRETO 1507 DE 2014 SE PUEDEN APLICAR LAS SIGUIENTES TABLAS

TABLA 14.12 DEFICIENCIAS EN EL MOVIMIENTO DE LA RODILLA

En esta tabla esta contenido todos los movimientos de rodilla; su severidad está clasificada en leve, moderada y severa; dependiendo de unos rangos de movimiento.

Severidad	Leve	Moderada	Severa
Deficiencia Global	7%	13%	21%
Movimiento			
Flexión	80° - 109°	60°-79°	<60°
Deficiencia Global	20%	28%	36%
Extensión	10° - 30°	31° - 40°	50° - 150°
Posición Anquilosada en Flexo extensión	Posición neutra0° - 0-19°	20°-39°	40 - 50°

TABLA 14.15 DEFICIENCIA POR ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO QUE INVOLUCRA EL SISTEMA OSTEOMUSCULAR

Esta tabla está dividida en 4 clases funcionales, con la deficiencia global en rangos desde el

1% hasta el 90% y su grado de severidad va de la A al C

CLASE	Clase 0	Clase 1	Clase 2	Clase 3	Clase 4
DEFICIENCIA GLOBAL (%)		1 - 10%	11 - 36%	37 - 60%	61 - 90%
GRADO SEVERIDAD	0	(A B C) 1 5 10	(A B C) 12 24 36	(A B C) 37 49 60	(A B C) 61 75 90

Historial Clínico (Factor principal)	Signos y Síntomas (para elegir la clase por esta variable se deben reunir más del 50% de los síntomas y signos)	No aplica o asintomático	Rigidez matinal Artralgias migratorias (> o igual a 3 meses)	Rigidez matinal (> o igual a 1 hora) Artralgias migratorias (> o igual a 3 meses) Sinovitis	Rigidez matinal (> o igual a 1 hora) Artralgias migratorias (> o igual a 3 meses) Sinovitis Deformaciones Desviaciones Articulares Manifestaciones Extra - articulares *1	Rigidez matinal (> o igual a 1 hora) Artralgias migratorias (> o igual a 3 meses) Sinovitis Deformaciones Desviaciones Articulares Compromiso estado general Manifestaciones Extra - articulares *1
Estudios clínicos o Resultados de pruebas Objetiva. (Factor modulador)	Imagenología diagnóstica (Rx gammagrafía)	Normales	Sin alteraciones significativas	Osteoporosis yuxtaarticular, pinzamiento articular, pequeñas erosiones articulares	Osteoporosis yuxtaarticular, pinzamiento articular, pequeñas erosiones articulares	Artrosis, subluxación, anquilosis fibrosa u ósea

*1 las manifestaciones extra articulares presentes, se calificarán de acuerdo con el órgano afectado en el capítulo correspondiente y se combinarán los valores.

Se aplica la fórmula de Balthazar para totalizar la deficiencia:

$$\frac{A + (100-A)*B}{100}$$

$$\frac{24 + (100-24)*7}{100} = 29.32$$

$$\frac{29.32 + (100-29.32)*7}{100} = 34.26 * 0.5$$

Deficiencia Total: 17.13%

Conclusión:

La calificación con el decreto 1507 fue desfavorable ya que dio un porcentaje menor en relación con el decreto 917 de 1999.

DICTAMEN 6

FECHA DE ELABORACIÓN DEL DICTAMEN 5 DICIEMBRE DE 2011

REFERENCIA: Proceso Ordinario radicado 2007-00790

ASUNTO: Dictamen médico pericial en PCL

INFORMACIÓN DEL EVALUADO

- Nombre: J H S
- Identificación: 70545839
- Fecha de nacimiento: 22 de noviembre de 1957
- Edad: 54 años
- Género: Masculino
- Estado civil: Casado
- Ocupación/oficio: Electricista automotriz y oficios varios
- Escolaridad: Secundaria incompleta

DIAGNÓSTICO:

1. Lumbalgia Crónica
2. Hernia discal operada con secuelas clínicas y electromiográficas severas
3. Alteración funcional lumbar

DESCRIPCIÓN DE LAS DEFICIENCIAS SEGÚN DICTAMEN EVALUADO CON EL DECRETO 917 DE 1999

ORDEN	DESCRIPCIÓN	% ASIGNADO	CAPITULO-NUMERAL-LITERAL-TABLA
1	Síndrome doloroso de columna, hernia de disco operada con secuelas clínicas y electromiograficas severas (columna fallida)	20.0 %	Capítulo 1 – tabla 1.16
2	Columna cervical- osteopenia y proceso degenerativo	0.99 %	Capítulo 1 – tabla 1.1, 1.3, 1.5
3	Deficiencia bilateral de raíz nerviosa compromiso axonal motor de S1-L5	6 %	Capítulo 2 – tabla 2.4, 2.11
	TOTAL DEFICIENCIA	22.08%	

NOTA: este paciente tenía evaluada la deficiencia la de hipertensión arterial la cual no es objeto de estudio en este trabajo por lo cual se aplicó nuevamente la fórmula para calificación de deficiencias omitiendo este diagnóstico y obteniendo otro porcentaje diferente al dictamen.

Formula de Balthazar: $A + \frac{(50-A)*B}{100}$

100

PARA TOTALIZAR EL CAPÍTULO

$$20 + \frac{(50-20)*0.99}{100} = 20.30\%$$

100

COMBINACIÓN DE LOS CAPÍTULOS

$$20.30 + \frac{(50-20.30)*6}{100} = 22.08\%$$

100

Deficiencia total: 22.08%

Observaciones:

- Aquí se encuentran varias inconsistencias en la verificación del dictamen: la sumatoria de la tabla 1.1, 1.3 y 1,5

- La conversión que el evaluador hizo en el compromiso de los dos nervios.

- Pueden ser inconsistencias de interpretación por falta de información ya que en el 917 se presta para evaluar con tablas por analogía o tomar los valores parciales.

CAPÍTULO I

TABLA N. 1.16: SINDROMES DOLOROSOS DE COLUMNA

Síndromes dolorosos de columna	Deficiencia Global (%)
Cervicobraquialgia post-traumática sin alteraciones clínicas, radiográficas ni electromagnéticas.	0.0
Cervicobraquialgia post-traumática sin alteraciones clínicas, radiográficas ni electromagnéticas leves a moderadas	12.5
Hernia de disco operada sin secuelas	2.5
Hernia de disco inoperable según criterios médicos	15.0
Hernia de disco operada con secuelas clínicas y electromagnéticas leves	7.5
Hernia de disco operada con secuelas clínicas y electromagnéticas moderadas	10.0
Hernia de disco operada con secuelas clínicas y electromagnéticas severas	20.0
Espondilolistesis traumática sin repercusión electromiográfica	
Grado I	1.0
Grado II	2.0
Grado III	3.0
Grado IV	5.0
Espondilolistesis traumática con repercusión electromiográfica leve a moderada	7.5
Espondilolistesis traumática con repercusión electromiográfica severa	20.0
Espondilolistesis traumática operada, sin secuela electromiográfica	0.0
Espondilolistesis traumática operada con secuela electromiográfica leve a moderada	7.5
Espondilolistesis traumática operada con repercusión	20.0

electromiografica severa	
Lumbalgia post-traumática sin alteraciones clínicas, radiográficas, ni electromiograficas.	0.0
Lumbalgia post-traumática con moderadas alteraciones clínicas, radiográficas, sin alteraciones electromiograficas.	2.5
Lumbalgia post-traumática con severas alteraciones clínicas, radiográficas, sin alteraciones electromiograficas.	5.0
Lumbociatalgias sin alteraciones clínicas, radiográficas ni electromiograficas	0.0
Lumbociatalgias con alteraciones clínicas y radiográficas y/o electromiograficas leves a moderadas.	5.0

TABLA 1.1: REGIÓN CERVICAL- INCLINACIÓN LATERAL DERECHA O IZQUIERDA

Inclinación lateral desde la posición neutra hasta:	perdidos	conservados	Deficiencia Global (%)
0°	40°	0°	1.0
10°	30°	10°	1.0
20°	20°	20°	0.5
30°	10°	30°	0.5
40°	0°	40°	0.0

Restricción de movimiento:

Amplitud de la inclinación lateral= 80 grados

El movimiento de inclinación lateral derecha o izquierda, corresponde al 25% del movimiento cervical completo.

TABLA 1.3: REGIÓN CERVICAL-ROTACIÓN DERECHA O IZQUIERDA

Inclinación lateral desde la posición neutra hasta:	perdidos	conservados	Deficiencia Global (%)
0°	30°	0°	2.0
10°	20°	10°	1.0

20°	10°	20°	0.5
30°	0°	30°	0.0

Restricción de movimiento:

Amplitud de la rotación lateral = 60 grados

El movimiento de rotación derecha o izquierda, corresponde al 35% del movimiento cervical completo.

TABLA 1.5: REGIÓN CERVICAL-FLEXIÓN O EXTENSIÓN

Flexión o extensión desde posición neutra hasta:	Perdidos	Conservados	Deficiencia Global (%)
0°	30°	0°	2.0
10°	20°	10°	1.5
20°	10°	20°	0.5
30°	0°	30°	0.0

Restricción de movimiento:

Amplitud de la Flexión Extensión= 60 grados

El movimiento de Flexión o extensión, corresponde al 40% del movimiento cervical completo.

CAPÍTULO II

SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO

TABLA 2.4: DEFICIENCIA UNILATERAL POR RAIZ DE NERVIOS ESPINALES

Raíz de Nervio	Deficiencia de Extremidad (%)		
	Por déficit sensitivo dolor o discomfort (%)	Por Pérdida de fuerza (%)	Por pérdida total (%)
C-5	0-5	0-12	0-17.0

C-6	0-5	0-15	0-20.0
C-7	0-4	0-15	0-18.5
C-8	0-4	0-20	0-24.0
T-1	0-5	0-7	0-12.0
L-3	0-5	0-7	0-12.0
L-4	0-4	0-14	0-18.5
L-5	0-4	0-16	0-20.0
S-1	0-5	0-7	0-12.0

La conversión a deficiencia global deberá hacerse solamente cuando hayan sido combinadas todas las deficiencias de la extremidad estudiada.

Cuando existan varios nervios espinales comprometidos, primero se deberá combinar los valores de sus deficiencias de extremidad y ponderarlos a la tabla de deficiencia global.

TABLA N. 2.11: DEFICIENCIA DE LA EXTREMIDAD INFERIOR EN RELACIÓN CON LA DEFICIENCIA GLOBAL.

EXTREMIDAD INFERIOR (%)	PERSO NA GLOBAL								
0	0.0	20	4.0	40	8.0	60	12.0	80	16.0
1	0.0	21	4.0	41	8.0	61	12.0	81	16.0
2	0.5	22	4.5	42	8.5	62	12.5	82	16.5
3	0.5	23	4.5	43	8.5	63	12.5	83	16.5
4	1.0	24	5.0	44	9.0	64	13.0	84	17.0
5	1.0	25	5.0	45	9.0	65	13.0	85	17.0
6	1.0	26	5.0	46	9.0	66	13.0	86	17.0
7	1.5	27	5.5	47	9.5	67	13.5	87	17.5
8	1.5	28	5.5	48	9.5	68	13.5	88	17.5
9	2.0	29	6.0	49	10.0	69	14.0	89	18.0
10	2.0	30	6.0	50	10.0	70	14.0	90	18.0
11	2.0	31	6.0	51	10.0	71	14.0	91	18.0
12	2.5	32	6.5	52	10.5	72	14.5	92	18.5

13	2.5	33	6.5	53	10.5	73	14.5	93	18.5
14	3.0	34	7.0	53	11.0	74	15.0	94	19.0
15	3.0	35	7.0	55	11.0	75	15.0	95	19.0
16	3.0	36	7.0	56	11.0	76	15.0	96	19.0
17	3.5	37	7.5	57	11.5	77	15.5	97	19.5
18	3.5	38	7.5	58	11.5	78	15.5	98	19.5
19	4.0	39	8.0	59	12.0	79	16.0	99	20.0
								100	20.0

SEGÚN EL DECRETO 1507 DE 2014

Observaciones

- La resonancia nuclear de columna dorsolumbar simple: Canal lumbar central estrecho de origen multifactorial a la altura de L4-L5. Canal lumbar central extremo L5-S1 de origen multifactorial a la altura. Extrusión central subligamentaria migrada inferiormente a la altura de L4-L5. Abombamiento discal difuso a la altura de L5-S1 y L3-L4. Cambios espondilósicos y osteoartrosicos facetarías bilaterales a la altura de L4-L5 y L5-S1 que condicionan estenosis de canales laterales por definición. Cambios atróficos y /o por denervación que comprometen la musculatura paraespinal lumbar inferior de predominio izquierdo.
- El informe de rayos X de columna cervical relata que hay osteopenia difusa; disminución de los espacios vertebrales a nivel de C5, C6, C7 con formación de osteofitos anteriores y posteriores secundario a compromiso herniario y /o proceso degenerativo de los discos intervertebrales.
- Le realizaron una electromiografía para cuello: hay denervación del flexor radial del carpo, tríceps, y paracervicales izquierdos, los anteriores hallazgos son indicativos de radiculopatía C7 izquierda. En la calificación no se tomó en cuenta este diagnóstico.
- Se le realizaron varias electromiografías en donde las conducciones motoras de los nervios tibial posterior derecho y fibular izquierdo presentan bajas amplitudes con ausencia de ondas F. El reflejo H tibial posterior no se obtiene, el derecho se encuentra retardado con baja amplitud. No se encuentra denervación pero si descargas repetitivas complejas con potenciales de acción de unidades motoras con amplitud aumentada y reclutamiento neuropático, aunque difícil de graduar la reducción del patrón de interferencia de claudicación, en los músculos paravertebrales lumbares, glúteo mayor, tensor de la fascia lata, tibial anterior, extensor del Hallux y gemelo interno bilateralmente. Concluye, los hallazgos del anterior estudio se asocian con patología antigua (o crónica) de las raíces L5 y S1 bilateralmente.
- Arcos de movilidad a nivel cervical: extensión: 20°, flexión 30°, inclinación lateral derecha e izquierda 30°, rotación de 30°.

- Arcos de movilidad dorsolumbar: Flexión 30°, extensión 10°, inclinaciones laterales 10° y rotación derecha o izquierda 10°.

CAPITULO XV DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DE LA COLUMNA VERTEBRAL Y PELVIS

TABLA 15.3 CALIFICACION DE DEFICIENCIAS DE LA COLUMNA LUMBAR

Está dividida en 4 clases funcionales. El valor de la deficiencia va del 0% al 40%, con un grado de severidad de la A a la E; mientras que en la tabla 1.16 del decreto 917 solo aparece el síndrome de columna con el porcentaje global. Además presenta un factor principal dependiendo de la lesión y un factor modulador

CLASE FUNCIONAL		Clase 0	Clase 1	Clase2	Clase3	Clase4
VALORACION DEFICIENCIA		0	1% al 10%	11% al 20%	21% al 30%	31% al 40%
GRADO DE SEVERIDAD		1 1 2 3 3 ABCDE				
Lesión de tejidos blandos y condiciones no específicas						
Diagnóstico por región (factor principal)	Lumbalgia crónica no específica o recurrente (luxación severa crónica y por sobreuso) o enfermedad degenerativa discal o por enfermedad facetaria o disfunción articular.	Historia de lesión por luxación o por sobreuso (en resolución o se queja de lumbalgia ocasional, sin signos objetivos al examen físico.	Historia de lesión por luxación o sobreuso (tendinitis o dolor muscular), con lumbalgia constante y dolor radicular no verificable			
Lesión de segmentos móviles, luxaciones o listesis de la columna						
		0(a)	1 5 6 7 8 0	1 1 1 1 2 1 3 5 8 0	2 2 2 2 3 1 4 6 8 0	3 3 3 3 4 1 3 5 7 0
	Herniación de disco, Pseudoartrosis, arthrodesis, artrodesis fallida, estabilización	Sin signos ni síntomas axiales o radiculares	Sin indicación de cirugía o con claudicación neurogenica o	sin indicación de cirugía y con claudicación neurogenica ocasional o	post quirúrgico y con claudicación neurogenica a menos de	Post quirúrgico y con claudicación neurogenica severa e

	dinámica o artroplastia. Estenosis lumbar. Listesis, espondilolistesis y espondilolistesis degenerativa con o sin estenosis de columna, combinaciones de las anteriores a múltiples niveles		radiculopatía resueltas	con signos de radiculopatía o con signos de síndrome de cauda equina	10 minutos o con signos de radiculopatía o con signos de síndrome de cauda equina	inhabilidad para deambular sin aparatos de ayuda o con signos de radiculopatía bilateral o de múltiples niveles o con signos de síndrome de cauda equina
Fractura y dislocaciones o listesis						
		0 (a)	1 5 6 7 8 0	1 1 1 1 2 1 3 5 8 0	2 2 2 2 3 1 4 6 8 0	3 3 3 3 4 1 3 5 7 0
	Fracturas de uno o mas cuerpos vertebrales, incluyendo fracturas con compresión y por estallidos. Fractura de elementos posterior (pedículo, lamina, proceso articular, proceso transverso). Incluye con o sin intervención quirúrgica (vertebroplastia o cifoplastia entre otras) *1	Sin síntomas o signos residuales	Fracturas de uno o múltiples niveles con compresión menor al 25% de cualquier cuerpo vertebral y puede tener Radiculopatía a resuelta	Fracturas de uno o múltiples niveles con compresión de 25%-50% de cualquier cuerpo vertebral y claudicación neurogenica intermitente	Fracturas de uno o múltiples niveles con compresión mayor del 50% de un cuerpo vertebral y claudicación neurogenica intermitente a menos de 10 minutos	Fracturas de uno o múltiples niveles con compresión mayor del 50% de un cuerpo vertebral y con claudicación neurogenica severa e inhabilidad para deambular.
		0 (a)	1 5 6 7 8 0	1 1 1 1 2 1 3 5 8 0	2 2 2 2 3 1 4 6 8 0	3 3 3 3 4 1 3 5 7 0
	Complicaciones postoperatorias no neurológicas					Infección profunda de la herida de la columna que requiere antibióticos crónicos; u osteomielitis crónica
Hallazgos físicos (factor modulador)	Déficit sensorial	Sin pérdida de la sensibilidad, parestesias o dolor	Disminución de la sensibilidad leve (con o sin pérdida mínima de la sensibilidad, parestesias o dolor) en la distribución clínica apropiada	Disminución de la sensibilidad leve (con alguna parestesia o dolores menores) en la distribución clínica apropiada	Disminución mayor de la sensibilidad de protección (con algunas parestesias o dolor moderado en la distribución clínica apropiada)	Dolor superficial y sensibilidad táctil ausentes o ausencia de sensibilidad de protección (parestesias o dolor severo) que impide todas

			que se olvida durante la actividad física	que interfiere con algunas actividades	que podría impedir algunas actividades	las actividades.
	Restricción arcos de movimiento articular-compromiso funcional (ver tabla 4 artículo 8-instructivo para calificadores)	Movimientos activos normales sin restricción	Movimientos activos normales con restricción leve	Movimientos activos normales con restricción moderada	Movimientos activos normales con restricción severa	Movimientos activos normales con restricción muy severa
Pruebas objetivas (factor modulador)	Electrodiagnóstico o o EMG	normal	Radiculopatía a resuelta	Radiculopatía en una raíz nerviosa	Signos de Radiculopatía bilateral de un solo nivel	Radiculopatía de múltiples raíces nerviosas
<p>Notas: (a) la clase " 0" corresponde a los hallazgos imagenológicos que no apoyan los síntomas, o diagnóstico estructural en límites normales, o cambios normales para la edad o cambios degenerativos clínicamente insignificantes.</p> <p>*1 si presenta síndrome de cauda equina se califica en SNC y la Radiculopatía se califica en SNP. Luego se combinan con las deficiencias de este capítulo</p>						

CAPITULO XIV

TABLA 15.1 CALIFICACIÓN DE DEFICIENCIAS DE LA COLUMNA CERVICAL

CLASE FUNCIONAL	Clase 0	Clase 1	Clase 2	Clase 3	Clase 4
VALORACIÓN DEFICIENCIA	0(a)	1% al 10%	11% al 20%	21% al 30%	31% al 40%
GRADO DE SEVERIDAD (%)		1 1 2 3 3 A B C D E			
	Lesión de tejidos blandos y condiciones no específicas:				
Cervicalgia crónica no específica ó recurrente (ó enfermedad degenerativa discal) ó dolor por	Historia de tendinitis o dolor muscular en resolución o se queja de cervicalgia sin	Historia documentada de tendinitis o dolor muscular con quejas constantes, con signos radiculares,			

Diagnóstico por Región (factor principal)	enfermedad facetaria. tendinitis o dolor muscular	signos objetivos al examen físico.	hallazgos similares en múltiples ocasiones			
	Lesión de segmentos móviles, luxaciones o listesis de la columna:					
		0 (a)	5 6 7 8 10 11 13 15 18 20 21 24 26 28 30 31 33 35 37 40			
	Hernia discal, inestabilidad, Pseudoartrosis, artrodesis, artrodesis fallida, estabilización dinámica o artroplastia, estenosis espinal o combinación de ellas a múltiples niveles. a un solo nivel.	Sin signos ni síntomas axiales ó radiculares.	Sin indicación de cirugía y Con radiculopatía resuelta o síntomatología radicular	Sin indicación de cirugía y Con signos de radiculopatía.	Post quirúrgico y Con signos de radiculopatía (unilateral y de un solo nivel)	Post quirúrgico y Con signos de radiculopatía bilateral o de múltiples niveles
	Fracturas:					
	0 (a)	5 6 7 8 10 11 13 15 18 20 21 24 26 28 30 31 33 35 37 40				
Fracturas de uno o más cuerpos vertebrales, fractura de elementos	Fracturas de uno o múltiples niveles sin compresión o mínima compresión de cualquier cuerpo	Fracturas de uno o múltiples niveles con compresión menor al 25% de cualquier cuerpo vertebral;	Fracturas de uno o múltiples niveles con compresión de 25% a 50% de cualquier cuerpo	Fracturas de uno o múltiples niveles con Compresión mayor del 50% de un cuerpo vertebral; con o	Fracturas de uno o múltiples niveles con compresión mayor del 50% de un cuerpo vertebral; con o	

posterior (pedículo, lamina, proceso articular, proceso transverso)	vertebral: con o sin pedículo y/o fractura posterior del elemento (menor de 5 mm De desplazamiento)	con o sin retropulsión ósea, con o sin pedículo y/o fractura posterior del elemento	vertebral; con o sin retropulsión ósea, con o sin pedículo y/o fractura posterior del Elemento.	sin retropulsión ósea, con o sin pedículo y/o Fractura posterior del elemento	sin retropulsión ósea, con o sin pedículo y/o fractura posterior del elemento
---	---	---	---	---	---

Fractura por estallido		Puede tener radiculopatía resuelta o se queja de sintomatología radicular no verificables.	Puede tener radiculopatía verificable al momento del examen clínico	Puede tener radiculopatía en un solo nivel bilateral al momento del examen clínico	Puede tener signos de radiculopatía en múltiples niveles al momento del examen clínico.
	0	5 6 7 8 10	11 13 15 18 20	21 24 26 28 30	31 33 35 37 40
Luxaciones y luxofracturas o listesis	Luxación o fractura con luxación con o sin compresión mínima de cualquier cuerpo vertebral; con o sin pedículo y/o fractura posterior del elemento (menor de 5 mm	Listesis a un solo nivel con o sin fractura	Listesis a un solo nivel con o sin fractura	Listesis en múltiples niveles con o sin cirugía, incluida la fusión	Listesis en múltiples niveles con o sin cirugía, incluida la fusión

		De desplazamiento)				
Hallazgos Físico (Factor Modulador)	Déficit sensorial	Sin pérdida de la sensibilidad, parestesias o Dolor	Disminución de la sensibilidad leve (con o sin pérdida mínima de la sensibilidad, parestesias o dolor) en la distribución clínica apropiada que se olvida durante la actividad física	Disminución de la sensibilidad leve (con alguna parestesias o dolores menores) en la distribución clínica apropiada que interfiere con algunas actividades	Disminución mayor de la sensibilidad de protección (con algunas parestesias o dolor moderado en la distribución clínica apropiada) que podría impedir algunas actividades	Dolor superficial y sensibilidad táctil ausentes o ausencia de sensibilidad de protección (parestesias ó dolor severo) que impide todas las actividades
	Restricción arcos de movimiento articular – compromiso funcional (ver Tabla 4 Capitulo 2 – Instructivo para Calificadores	Movimientos activos normales sin restricción	Movimientos activos normales con restricción leve	Movimientos activos normales con restricción moderada	Movimientos activos normales con restricción severa	Movimientos activos normales con restricción muy severa
Pruebas objetivas.(Factor modulador)	Electrodiagnóstico EMG	Normal	Radiculopatía resuelta	Radiculopatía en una raíz nerviosa.	Signos de radiculopatía bilateral de un solo nivel	Radiculopatía de múltiples raíces nerviosas

--	--	--	--	--	--	--

CAPÍTULO XII DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y PERIFÉRICO

TABLA 12.16 DEFICIENCIA POR ALTERACIONES DE NERVIOS PERIFÉRICOS DE MIEMBROS INFERIORES

CLASE DE LA DEFICIENCIA	CLASE 0	CLASE 1	CLASE 2	CLASE 3	CLASE 4
GRADO SEVERIDAD %		A B C	A B C	A B C	A B C
Nervios sensitivos	No hay déficit sensorial objetivo	Déficit sensorial o SDRC II			
Valor único por deficiencia global para nervio cutáneo femoral lateral ó Peroneo superficial ó Sural ó Safeno	0%	3%			
Nervios motores	No hay déficit motor objetivo	Con déficit motor			
		Leve	Moderado	Severo	Muy severo
Valor único por deficiencia global para nervio cutáneo femoral lateral ó Sural ó Safeno ó obturador	0%	0%	1%	2%	3%
Valor único por deficiencia global del nervio Glúteo superior	0%	5%	10%	20%	25%

Valor único por deficiencia global del nervio Glúteo inferior		0%	3%	5%	10%	15%		
Diagnóstico Topográfico (Factor Principal)	Nervios mixtos							
	Rangos de la deficiencia global del nervio Femoral	0%	0 - 1%	2 - 4%	5 - 9%	10 - 15%		
			0	0	0	0,5	1	1,5
			Déficit sensorial leve SDRC II	Déficit sensorial moderados SDRC II	Déficit sensorial severos SDRC II	Déficit sensorial muy severos SDRC II		
			0 0,5 1	2 3 4	5 7 9	9,5	12	13,5
			Déficit motor leve	Déficit motor moderado	Déficit motor severo	Déficit motor muy severo		
	Rangos de la deficiencia global del nervio Ciático	0%	2 - 10%	11- 20%	21 - 30%	31 - 40%		
			1 2 3	3 5 6	6 7 8	8	9	10
			Déficit sensorial leve SDRC II	Déficit sensorial moderados SDRC II	Déficit sensorial severos SDRC II	Déficit sensorial muy severos SDRC II		
			1 4 7	8 5 14	15 19 22	23	26	30
Déficit motor leve			Déficit motor moderado	Déficit motor severo	Déficit motor muy severo			
Rangos de la		0 - 1%	2 - 4%	5 - 9%	10 - 15%			
		0	0	0	0,5	1 1,5		

deficiencia global del nervio Peroneo común	0%	Déficit sensorial ó SDRC II muy			

		0 0,5 1	2 3 4	5 7 9	9,5 12 13,5
		Déficit motor leve	Déficit motor moderado	Déficit motor severo	Déficit motor muy severo
Rangos de la deficiencia global del nervio Tibial	0%	0 - 1%	2 - 4%	5 - 9%	10 - 15%
		0	0	0	0,5 1 1,5
		Déficit sensorial ó SDRC II leves	Déficit sensorial ó SDRC II moderados	Déficit sensorial ó SDRC II severos	Déficit sensorial ó SDRC II muy severos
		0 0,5 1	2 3 4	5 7 9	9,5 12 13,5
		Déficit motor leve	Déficit motor moderado	Déficit motor severo	Déficit motor muy severo
Rangos de la deficiencia global del nervio Plantar	0%	0 - 2%	1 - 3%	2 - 4%	3 - 5%
		0 0,5 1	0,5 11,5	1 1,5 2	1,5 2 2,5
		Déficit sensorial ó SDRC II leves	Déficit sensorial ó SDRC II moderados	Déficit sensorial ó SDRC II severos	Déficit sensorial ó SDRC II muy severos

	medial ó Plantar lateral											
		0	0,5	1	0,5	1,5	1	1,5	2	1,5	2	2,5
		Déficit motor leve		Déficit motor moderado		Déficit motor severo		Déficit motor muy severo				

PARA TOTALIZAR EL CAPITULO

Se aplica la fórmula de Balthazar

$$A + \frac{(100-A) \cdot B}{100}$$

100

$$40 + \frac{(100-40) \cdot 15}{100} = 49\%$$

100

COMBINACIÓN DE LOS CAPÍTULOS

$$A + \frac{(100-A) \cdot B}{100}$$

100

$$49 + \frac{(100-49) \cdot 35}{100} = 66.85\% \text{ deficiencia total}$$

100

$$66.85 \cdot 0.5 = 33.42\% \text{ deficiencia total}$$

Conclusión:

La deficiencia total con el decreto 1507 de 2014 fue muy superior que con la del 917 de 1999.

DICTAMEN 7

FECHA DE ELABORACIÓN DEL DICTAMEN FEBRERO DE 2014

REFERENCIA: Ordinario radicado (2010 -0131)

ASUNTO: Dictamen médico pericial en PCL

INFORMACIÓN DEL EVALUADO

Identificación: S M L

- Fecha de nacimiento: 26 enero 1984

- Edad: 30 años

- Género: femenino

- Estado civil: casada

- Ocupación/oficio: operaria confección

- Escolaridad: secundaria

DIAGNÓSTICO

1. Fractura de húmero, callo óseo, falta de alineación del hueso

DEFICIENCIA

Perdida funcional del miembro superior izquierdo (no dominante) por analogía.

DESCRIPCIÓN DE LAS DEFICIENCIAS SEGÚN DICTAMEN EVALUADO CON DECRETO 917/199

ORDEN	DESCRIPCION	% ASIGNADO	CAPITULO-NUMERAL-LITERAL-TABLA
1	Perdida funcional del miembro superior izquierdo (no dominante) por analogía	28.5%	Capitulo1 - tabla 1.85%
	TOTAL DEFICIENCIA	28.5%	

Nota: se dejó la deficiencia como aparece en el dictamen ya que aplica para el estudio.

SEGÚN EL DECRETO 917 DE 1999

TABLA N: 1.85 AMPUTACIONES EN EXTREMIDADES SUPERIORES

	Deficiencia Extremidad (%)	Deficiencia Global (%)
Amputación de un cuarto anterior	100	30.0

Desarticulación del hombro	97	29.0
Amputación del brazo por encima de la inserción del deltoides	97	29.0
Amputación por encima del codo y desarticulación del codo	95	28.5
Amputación 1/3 proximal antebrazo	95	28.5
Amputación 1/3 medio y distal antebrazo y desarticulación muñeca	90	27.0
Amputación transmetacarpiana	90	27.0
Amputación todos los dedos excepto pulgar	54	16.0
Amputación pulgar	36	11.0
Amputación pulgar en IF	27	8.0
Amputación índice	23	7.0
Amputación índice IFP	18	5.5
Amputación índice IFD	10	3.0
Amputación dedo medio	18	5.5
Amputación dedo medio en IFP	14	4.0
Amputación dedo medio en IFD	8	2.5
Amputación anular	9	2.5
Amputación anular en IFP	7	2.0
Amputación anular en IFD	5	1.5
Amputación meñique	5	1.5
Amputación meñique en IFP	4	1.0
Amputación del meñique en IFD	2	0.5
Amputación anular y meñique		7.5

Observaciones:

- En los rayos X muestran fractura de humero izquierdo consolidada

CON EL DECRETO 1507 DE 2014

Se pueden aplicar las siguientes tablas para evaluar las deficiencias de este dictamen.

CAPITULO XIV

TABLA 14.6 CALIFICACIÓN DE DEFICIENCIAS POR AMPUTACIÓN DE LA EXTREMIDAD O DE UN MIEMBRO SUPERIOR

Esta tabla está dividida por su nivel de lesión y solo tiene la deficiencia global, mientras que en el decreto 917 de 1999 aparte de la deficiencia global presenta la deficiencia de la extremidad

Nivel	% Deficiencia global
Pulgar a:	
Articulación interfalángica	16
Articulación metacarpofalángica (MCF)	18
A mitad del metacarpiano	20
A nivel de la articulación carpometacarpiana (CMC)	22
Dedos índice y medio:	
Articulación interfalángica distal (IFD)	6
Articulación Interfalángica Proximal (IFP)	10
Articulación metacarpofalángica (MCF)	11
A mitad del metacarpiano	12
a nivel de la articulación carpometacarpiana (CMC)	14
Dedos anular y pequeño a nivel:	
Articulación interfalángica distal (IFD)	3
Articulación interfalángica proximal (IFP)	4
Articulación metacarpofalángica (MCF)	5
A mitad del metacarpiano	7
a nivel de la articulación carpometacarpiana (CMC)	7
Mano - antebrazo:	
Todos los dedos a nivel de la articulación metacarpofalángica (excepto el pulgar)	32
Todos los dedos a nivel de la articulación metacarpofalángica	54
Pérdida de todos los dedos, ó la mano ó el antebrazo a nivel de la inserción distal del bíceps hasta nivel transmetacarpofalángico.	56
Brazo:	

Distal a la inserción del deltoides a la inserción bicipital.	58
Inserción deltoidea y proximal	60
Hombro	
Desarticulación del hombro	60
Desarticulación escapulotorácica	70

Deficiencia total: $58 \times 0.5 = 29\%$

Conclusión

La calificación en ambos manuales por amputación de miembro superior es muy similar.

DICTAMEN 8

FECHA DE ELABORACIÓN DEL DICTAMEN DICIEMBRE DE 2013

REFERENCIA: PROCESO ORDINARIO / RDO 2012 – 0644

DEMANDANTES: L M Q V

DEMANDADOS: J E G S Y SAS

ASUNTO: DICTAMEN MÉDICO PERICIAL

INFORMACIÓN DEL EVALUADO

- Nombres y apellidos: L M Q V
- Fecha de nacimiento: 16/03 /1959
- Edad: 54 años
- Género: Femenino
- Ocupación: Ama de casa
- Escolaridad: Segundo de bachiller

DIAGNÓSTICOS

1. Mononeuropatía periférica – compromiso nervio sural
2. Dolor neuropático crónico
3. Lesión músculos peroneos pierna - tobillo izquierdo

DESCRIPCIÓN DE LAS DEFICIENCIAS SEGÚN DICTAMEN EVALUADO CON EL DECRETO 917 DE 1999

# de orden	Descripción	% asignado	Capítulo, numeral, literal, tabla
1	Deficiencia de Nervio Espinal (Tibial posterior por debajo de pantorrilla media – compromiso sensitivo, discomfort, dolor y pérdida de la fuerza)	5,5%	Capítulo 2 (T 2.10 – 2.11)
2	Articulación Metatarso-falángica del cuarto artejo – Anquilosis – flexión dorsal completa	0,5%	Capítulo 1 (T1.70)
3	Articulación Metatarso-falángica del quinto artejo – Anquilosis – flexión dorsal completa	0,5%	Capítulo 1 (T1.72)
Total deficiencia:		Total deficiencia: 5,94%	
Sumatoria combinada (no es suma aritmética): $A+(50-A)/100*B$ - Calificación máxima posible 50%			

DESCRIPCIÓN DE LAS DEFICIENCIAS SEGÚN EL MANUAL 917 DE 1999

CAPÍTULO II SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO

TABLA 2.10 DEFICIENCIA DEL NERVIO ESPINAL UNILATERAL ESPECÍFICO QUE AFECTA LA EXTREMIDAD INFERIOR

NERVIO	DEFICIENCIA DE LA EXTREMIDAD INFERIOR (%)		
	POR DEFICIT SENSITIVO DOLOR O DISCONFORT (%)	POR PERDIDA DE FUERZA (%)	POR PERDIDA TOTAL (%)
Femoral	0-4.8	0-33.2	0-38
Femoral(por debajo del nervio iliaco)	0-4.8	0-19.2	0-34
Genito-femoral	0-5	0	0-5
Inferior glúteo	0	0-25	0-25
Femorocutaneo	0-10	0	0-10

Nervio del musculo obturador interno	0	0-10	0-10
Nervio del musculo piriforme	0	0-10	0-10
Obturador	0	0-10	0-10
Posterior cutáneo del muslo	0-5	0	0-5
Superior glúteo	0	0-20	0-20
Ciático (inervación por encima del hueso poplíteo)	0-20.2	0-60.8	0-81
Común peroneo (poplíteo lateral externo)	0-4.8	0-33.2	0-38
Profundo (por encima de la tibia media)	0	0-25	0-25
Profundo (por debajo de la tibia media)	0	0-5	0-5
Superficial	0-2.6	0-9.4	0-14
Nervio tibial (poplíteo medio o interno) por encima de rodilla	0	0-45	0-45
Tibia posterior (pantorrilla media y rodilla)	0-12.4	0-20.6	0-33
Por debajo de la pantorrilla media	0-14	0-14	0-28
Rama plantar lateral	0-5	0-5	0-10
Rama plantar medial	0-5	0-5	0-10
Crural (Safeno externo)	0-5	0	0-5

NOTA: ver TABLA 2.11 para convertir la deficiencia de la extremidad inferior en deficiencia global de la persona

La conversión a deficiencia global desde la deficiencia parcial solo se hace cuando todas las deficiencias que afectan a la extremidad inferior estudiada hayan sido combinadas.

TABLA 2.11 DEFICIENCIA DE LA EXTREMIDAD INFERIOR EN RELACION CON LA DEFICIENCIA GLOBAL

EXTREMIDAD INFERIOR (%)	PERSO NA GLOBAL								
0	0.0	20	4.0	40	8.0	60	12.0	80	16.0
1	0.0	21	4.0	41	8.0	61	12.0	81	16.0
2	0.5	22	4.5	42	8.5	62	12.5	82	16.5
3	0.5	23	4.5	43	8.5	63	12.5	83	16.5
4	1.0	24	5.0	44	9.0	64	13.0	84	17.0
5	1.0	25	5.0	45	9.0	65	13.0	85	17.0
6	1.0	26	5.0	46	9.0	66	13.0	86	17.0
7	1.5	27	5.5	47	9.5	67	13.5	87	17.5
8	1.5	28	5.5	48	9.5	68	13.5	88	17.5
9	2.0	29	6.0	49	10.0	69	14.0	89	18.0
10	2.0	30	6.0	50	10.0	70	14.0	90	18.0
11	2.0	31	6.0	51	10.0	71	14.0	91	18.0
12	2.5	32	6.5	52	10.5	72	14.5	92	18.5
13	2.5	33	6.5	53	10.5	73	14.5	93	18.5
14	3.0	34	7.0	54	11.0	74	15.0	94	19.0
15	3.0	35	7.0	55	11.0	75	15.0	95	19.0
16	3.0	36	7.0	56	11.0	76	15.0	96	19.0
17	3.5	37	7.5	57	11.5	77	15.5	97	19.5
18	3.5	38	7.5	58	11.5	78	15.5	98	19.5
19	4.0	39	8.0	59	12.0	79	16.0	99	20.0
								100	20.0

CAPÍTULO 1 SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO

TABLA 1.70 ARTICULACIÓN METATARSOFALANGICA DEL CUARTO ARTEJO FLEXIÓN DORSI-PLANTAR – ANQUILOSIS

Articulación anquilosada en:	Deficiencia dedos (%)	Deficiencia pie (%)	Deficiencia extremidad inferior (%)	Deficiencia global (%)
------------------------------	-----------------------	---------------------	-------------------------------------	------------------------

0° posición neutra	50	2	1	0.0
10°	75	2	1	0.0
20° flexión dorsal completa	100	3	2	0.5
0° posición neutra	50	2	1	0.0
10° flexión plantar completa	100	3	2	0.5

TABLA 1.72 ARTICULACION METATARSOFALANGICA DEL QUINTO ARTREJO FLEXION DORSI PLANTAR –ANQUILOISIS

Articulación anquilosada en:	Deficiencia dedos (%)	Deficiencia pie (%)	Deficiencia extremidad inferior (%)	Deficiencia global (%)
0° posición neutra	50	2	1	0.0
10° flexión dorsal completa	100	3	2	0.5
0° posición neutra	50	2	1	0.0
10° flexión plantar completa	100	3	2	0.5

Observaciones:

- El resultado de la resonancia magnética fue descrito como una ruptura de peroneo corto.

- La electromiografía confirma el compromiso del nervio sural (rama sensitiva del nervio tibial posterior)

SEGÚN EL DECRETO 1507 DE 2014.

- **Anquilosis:** Cuando en una misma articulación se encuentran afectados varios ejes (flexión, extensión, inversión y eversión) se elige el de mayor valor como el valor de la deficiencia por anquilosis. Los grados de amplitud articular que no aparecen en las tablas de este aparte, tienen un valor de 0%.

TABLA 14.7 DEFICIENCIA DE LOS DEDOS 2º AL 5º DEL PIE

Severidad	Leve	Moderada	Severa
Deficiencia Global	1%		
Movimiento			
Extensión metatarsofalángica	0° - 10°		

Se califica por analogía según el artículo cuarto en el numeral 4, por tanto se le da el valor de 1%.

TABLA 12.16 DEFICIENCIA POR ALTERACIONES DE NERVIOS PERIFÉRICOS DE MIEMBROS INFERIORES

GRADO SEVERIDAD %		A	B	C	A	B	C	A	B	C
Nervios sensitivos	No hay déficit sensorial objetivo	Déficit sensorial o SDRC II								
Valor único por deficiencia global para nervio cutáneo femoral lateral ó Peroneo superficial ó Sural ó Safeno	0%	3%								
Nervios motores	No hay déficit motor objetivo	Con déficit motor								
		Leve	Moderado	Severo	Muy severo					
Valor único por deficiencia global para nervio cutáneo femoral	0%	0%	1%	2%	3%					

lateral ó Sural ó Safeno ó obturador							
Valor único por deficiencia global del nervio Glúteo superior	0%	5%	10%	20%	25%		
Valor único por deficiencia global del nervio Glúteo inferior	0%	3%	5%	10%	15%		
Nervios mixtos							
Diagnóstico Topográfico (Factor Principal)	Rangos de la deficiencia global del nervio Femoral	0%	0 - 1%	2 - 4%	5 - 9%	10 - 15%	
			0	0	0	0,5 1 1,5	
			Déficit sensorial ó SDRC II leves	Déficit sensorial ó SDRC II moderados	Déficit sensorial ó SDRC II severos	Déficit sensorial ó SDRC II muy severos	
				0 0,5 1	2 3 4	5 7 9	9,5 12 13,5
				Déficit motor leve	Déficit motor moderado	Déficit motor severo	Déficit motor muy severo
	Rangos de la deficiencia global del nervio Ciático	0%	2 - 10%	11- 20%	21 - 30%	31 - 40%	
1 2 3			3 5 6	6 7 8	8 9 10		
Déficit sensorial ó SDRC II leves			Déficit sensorial ó SDRC II moderados	Déficit sensorial ó SDRC II severos	Déficit sensorial ó SDRC II muy severos		
			1 4 7	8 5 14	15 19 22	23 26 30	

			Déficit motor leve	Déficit motor moderado	Déficit motor severo	Déficit motor muy severo
			0 - 1%	2 - 4%	5 - 9%	10 - 15%
			0	0	0	0,5 1 1,5
Rangos de la deficiencia global del nervio Peroneo común	0%		Déficit sensorial ó SDRC II leves	Déficit sensorial ó SDRC II moderados	Déficit sensorial ó SDRC II severos	Déficit sensorial ó SDRC II muy severos

			0 0,5 1	2 3 4	5 7 9	9,5 12 13,5
			Déficit motor leve	Déficit motor moderado	Déficit motor severo	Déficit motor muy severo
			0 - 1%	2 - 4%	5 - 9%	10 - 15%
			0	0	0	0,5 1 1,5
Rangos de la deficiencia global del nervio Tibial	0%		Déficit sensorial ó SDRC II leves	Déficit sensorial ó SDRC II moderados	Déficit sensorial ó SDRC II severos	Déficit sensorial ó SDRC II muy severos
			0 0,5 1	2 3 4	5 7 9	9,5 12 13,5
			Déficit motor leve	Déficit motor moderado	Déficit motor severo	Déficit motor muy severo
			0 - 2%	1 - 3%	2 - 4%	3 - 5%

Rangos de la deficiencia global del nervio Plantar medial ó Plantar lateral	0	0,5	1	0,5	11,5	1	1,5	2	1,5	2	2,5	
	Déficit sensorial ó SDRC II leves			Déficit sensorial ó SDRC II moderados			Déficit sensorial ó SDRC II severos			Déficit sensorial ó SDRC II muy severos		
	0	0,5	1	0,5	11,5	1	1,5	2	1,5	2	2,5	
	Déficit motor leve			Déficit motor moderado			Déficit motor severo			Déficit motor muy severo		

0%

Por analogía y por su dolor se toma en cuenta el 5%

COMBINACIÓN DE CAPÍTULOS

Se aplica la fórmula de Balthazar

$$A + \frac{(100-A)*B}{100}$$

$$5 + \frac{(100-5)*1}{100} = 5.95$$

$$5.95 * 0.5 = 3 \% \text{ deficiencia total}$$

Conclusión:

- La calificación del decreto 1507 de 2014 fue desfavorable para este paciente.

5.3 RESULTADOS DE LA DEFICIENCIA TOTAL

DICTAMENES COMPARADOS	PORCENTAJE DADO SEGÚN DECRETO 917 DE 1999	PORCENTAJE DADO SEGÚN DECRETO 1507 DE 2014	DIFERENCIA ENCONTRADA
1	18.7%	3.5%	Disminuye
2	32.71%	35.6%	Aumenta
3	14.52%	13.74%	Disminuye
4	6.82%	3.5%	Disminuye
5	20.57%	17.13%	Disminuye
6	22.08%	33.42%	Aumenta
7	28.5%	29%	Aumenta
8	5.94%	3%	Disminuye

- La calificación con el decreto 1507 en estos dictámenes evaluados fue más desfavorable en relación con el decreto 917 de 1999 en 5 casos de 8.
- En dos casos fueron similares los resultados de la deficiencia global no pasando de 1% en su diferencia.
- En dos casos la diferencia fue más del 10% en relación al aumento.
- Según los casos evaluados con el nuevo decreto se observa que el 62.5% de los casos disminuye el porcentaje de calificación en cuanto a la deficiencia, lo cual desfavorece enormemente a los pacientes que acuden para una valoración del daño corporal y por ende a una calificación de sus deficiencias, ya que lo que casi siempre se pretende por estos, es aumentar el porcentaje de sus calificaciones para obtener mayores beneficios debido a su incapacidad para laborar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Durante la revisión de los dictámenes, se encontraron ciertos errores que podrían corregirse mediante una revisión sistemática y analítica del personal del CENDES antes de entregar el dictamen ordenado, en cuanto a tablas aplicadas según diagnósticos, aplicación de la fórmula de Balthazar en el cálculo de la deficiencia y errores matemáticos en las sumas de los componentes de deficiencias, discapacidades y minusvalías de cada dictamen.
- La información clínica de los dictámenes es insuficiente en algunos casos, se encontraron muy pocos hallazgos clínicos, falta de medición de ciertos arcos de movimiento lo que genera una dificultad en el evaluador en el momento que se efectúe una auditoria o revisión más precisa del caso.
- Es importante que los valoradores del daño tengan presente todos los elementos que componen una valoración y así eviten omitir elementos que son de vital importancia para una buena calificación o peritaje, como pruebas diagnósticas y demás exámenes de carácter integral que deberían estar incluidos en el dictamen para así tener mayor claridad y soporte de los hechos ante el juez o interesado.
- Se reitera que el proceso de calificación del daño corporal requiere un entrenamiento muy específico y juicioso de los valoradores en cuanto al manejo de los manuales, exámenes físicos y verificación de pruebas, para obtener así una evaluación técnica e imparcial de los casos.
- Se observó que en el manual 1507 de 2014 no se encuentra un capítulo específico para evaluación de las patologías de carácter reumatológico, se encuentran incluidas dentro del capítulo del sistema musculo esquelético, lo que puede generar falta de especificidad en la valoración de daños de este tipo, según el diagnóstico.
- En el decreto 1507 de 2014 no hay tablas para evaluar fuerza muscular y los acortamientos de las extremidades inferiores, consecuencias frecuentes de los traumas de extremidades.
- Algunas de las limitaciones causadas por las lesiones o secuelas se pueden valorar con el título II del decreto 1507 de 2014 donde se encuentran los roles laboral y ocupacional.
- En el decreto 1507 la calificación de las deficiencias tiene una metodología que es la clase de deficiencia, el porcentaje de deficiencia y los criterios de deficiencia. Las tablas del 1507 presentan una complejidad superior que las del 917 de 1999 ya que es fundamental tener presente el examen físico y las pruebas diagnósticas para determinar correctamente cual es el factor principal y el factor o factores moduladores.

- En el decreto 1507 para calificar a una persona debe haber logrado el estado de mejoría médica máxima definida; lo cual es concordante con el principio general de la calificación que debe efectuarse terminado el tratamiento y la rehabilitación pertinentes en cada situación clínica; en todo caso, la calificación se debe hacer antes de superar los 540 días de incapacidad por un accidente o enfermedad. Esta regla no coincide con lo normado en el artículo 3° de la ley 776 de 2002, con respecto a la incapacidad temporal en patología laboral.
- Los criterios para la calificación de las deficiencias en el decreto 1507 son más específicos.
- En la artrosis con el manual 1507 del 2014 las deficiencias por monoartrosis pueden dar una menor calificación y va a ser más difícil llegar a la invalidez en los pacientes que presenten este diagnóstico, pues solo se les valoran los rangos de movimiento articular.
- Las tablas de valoración de las extremidades en el decreto 1507 de 2014, son más sencillas, no utilizan la metodología de asignar porcentaje de la extremidad y conversión a deficiencia global.
- El decreto 1507 de 2014 aplica la fórmula de Balthazar original, mientras que el decreto 917 de 1999 utiliza la fórmula modificada.
- En el decreto 1507 de 2014 la columna vertebral conforma un capítulo; mientras que en el 917 está dentro del capítulo I que es el sistema musculoesquelético.
- El capítulo 12 del decreto 1507 de 2014 incluye las deficiencias por alteraciones del sistema nervioso central y periférico; mientras que en el 917 de 1999 están separados en dos (2) diferentes capítulos.
- Para la elaboración de un correcto dictamen pericial es fundamental el trabajo de un equipo multi e interdisciplinario para que puedan ser evaluados de manera adecuada, todos los ámbitos del individuo; de una manera integral como lo propone el nuevo decreto.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de protección social. Manual único para la calificación de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional. 2011. 280 p.
2. Concepto de salud según la OMS - Qué es, Significado y Definición [Internet]. [citado 4 de marzo de 2014]. Recuperado a partir de: <http://concepto.de/salud-segun-la-oms/>
3. Valoración Daño Corporal [Internet]. [citado 4 de marzo de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.portalciencia.net/vdc/resumen.htm>
4. Ministerio de trabajo y seguridad social. Decreto número 917 de 1999. Santa Fe de Bogotá; 1999. 230 p.
- 5 Cesar Augusto Giraldo, editor. Guías de valoración del daño corporal. primera. Medellín Colombia: Señal editora; 2006. 539 p.
6. Claudio H. Taboadela. Goniometría Una herramienta para la evaluación de las incapacidades laborales. Primera edición. Buenos aires: Asociart ART; 2007. 130 p.
7. M.R. Jouvencel. Manual del Perito Médico. 2002.^a ed. España: Díaz de Santos; 351 p.
8. UIPC IMSERSO. La clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. [Internet]. 2009. Recuperado a partir de: <http://www.slideshare.net/beruscka/cif>
9. Vázquez-Barquero JL, Organización Mundial de la Salud., Organización Panamericana de la Salud., Instituto de Mayores y Servicios Sociales (España). Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud: CIF : versión abreviada. [Madrid]: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2004.
10. Trastornos de trauma acumulativo [Internet]. Discapnet. 2008 [citado 8 de noviembre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://bit.ly/1xkPswg>
11. Florence Peterson Kendall, Elizabeth Kendall McCreary, Patricia Geise Provance. Músculos Pruebas, Funciones, y Dolor postural. Cuarta. España: Marbán Libros, S.L.; 2000. 448 p.
12. Lesiones de nervios periféricos [Internet]. [citado 7 de octubre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.slideshare.net/MedicinaUnerg/lesiones-de-nervios-perifericos>
13. Examen físico: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 7 de octubre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002274.htm>

14. Examen Mental [Internet]. [Citado 7 de octubre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://escuela.med.puc.cl/Publ/ManualSemiologia/140ExamenMental.htm>
15. Pedraza C L. Dolor neuropático diagnóstico y tratamiento. Revista médica clínica condes. 2007; 18(3):233-8.