

RECLAMACION PREVIA

A LA DIRECCION PROVINCIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE MADRID

DON _____, mayor de edad, con N.I.F. nº _____ y con domicilio en Madrid, C/ _____, ante la Dirección provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social en Madrid comparece y como mejor proceda en Derecho, **DICE:**

Que mediante el presente escrito formula **RECLAMACION PREVIA** a la vía Jurisdiccional Social, frente a la resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social, de 4 de junio del 2014, por la que se resuelve **DENEGAR LA PRESTACION DE INCAPACIDAD PERMANENTE**, estimando tal resolución no ajustada a derecho y lesiva para sus intereses, **IMPUGNADOSE** la misma, basando tal impugnación en los siguientes,

MOTIVOS

PRIMERO.- Que junto con la resolución de denegación de la prestación de incapacidad permanente se adjunta el Dictamen Propuesta que determina el cuadro clínico residual del compareciente, indicando:

“SÍNDROME DE CIRUGÍA LUMBAR FALLIDA CON SIGNO DE RADICULOPATÍA L5- D AGUDA. ARTROSIS L4- L5- S1. T. ADAPTATIVO ANSIOSO- DEPRESIVO.

Y las limitaciones orgánicas y funcionales siguientes:
LAS DERIVADAS DEL CUADRO CLÍNICO.”

En este dictamen propuesta no se refleja la gravedad de las secuelas que presenta el trabajador ni la evolución de las mismas, que se objetivan con los diferentes informes médicos que se aportan como **documentos nº 1 a 50:**

INFORME 1.- Informe de Resonancia magnética emitido por el Dr. _____ el 3 de agosto de 1998:

**“Conclusión: Cambios degenerativos discales en L4- L5 Y L5 – S1.
En L4- L5 hernia discal subligamentaria, posterocentral, que ocupa el espacio epidural anterior e impronta el saco dural, con leve migración caudal.**

En L5- S1 protusión discal posterocentral y paramedial derecha, que ocupa el espacio epidural anterior.”

INFORME 2.- Informe de RM Columna Lumbar de la Clínica Nuestra Señora de América de 19 de octubre de 1999:

“Existe pérdida de señal en el disco L4- L5 aunque sin pérdida de altura indicando proceso degenerativo discal. Asimismo, en dicho nivel se aprecia un borramiento de la grasa epidural central, algo lateralizada hacia la izquierda, desplazando la raíz y contactando con el saco tecal indicativo de hernia discal, con cierto componente de migración caudal.”

INFORME 3.- Informe emitido por el Dr. _____ del Servicio de Traumatología de la Clínica Nuestra Señora de América el 31 de enero de 2000:

“Paciente que acude a consulta el 14 de Septiembre de 1999 refiriendo *gonalgia bilateral intensa, que le han dicho es debida a una hernia discal.*
Operado de Artroscopia de ambas rodillas, la derecha en mayo del 98 y la izquierda en mayo del 99. Tratado con AINES y reposo no experimentando mejoría, finalmente es diagnosticado de Osteocondritis por lo que se añaden infiltraciones con ADANT.
Se administran 3 infiltraciones y es ingresado por Urgencias para ser intervenido de hernia discal.
Continúa tratamiento rehabilitador y con ADANT tras ser dado de alta hospitalaria, no mejorando.
En la actualidad el paciente refiere dolor agudo al explorar gemelos, dolor en pantorrillas y piernas...
El día 25 de enero vuelve a tener dolor lumbar con irradiación a MID... ”

INFORME 4.- Informe de TAC Rodilla derecha – TAC Rodilla izquierda de la Dra. _____ de la Clínica Nuestra Señora de América de 23 de febrero de 2000:

“Exploración tomográfica de ambas articulaciones femoropatelares en las que se identifica, en primer lugar, una disminución llamativa de la densidad ósea radiológica trabecular en la extremidad distal de ambos fémures y ambas rótulas.
Existe una subluxación patelar bilateral con la alteración en el grosor de revestimiento cartilagosos, existiendo en el ambos lados anomalía ósea asociada con esclerosis subcondral de las carillas articulares externas de forma bilateral.”

INFORME 5.- Informe de Gammagrafía ósea emitido por el Dr. _____ del Servicio de Medicina Nuclear el 23 de febrero de 2000:

“Juicio diagnóstico: Compatible con **OSTEOCODRITIS en regiones posteriores de mesetas tibiales de ambas rodillas, y cóndilo femoral interno de la rodilla izquierda.”**

INFORME 6.- Informe emitido por el Dr. _____ del Servicio de Cirugía ortopédica del H. Monográfico Asepeyo el 14 de abril de 2000:

“Paciente de 39 años de edad, con **dolor en rodilla derecha de largo tiempo de evolución.”**

Diagnosticado de Síndrome rotuliano en dicha rodilla, siguió tratamiento con rehabilitación Aines etc. En el año 1998 notó chasquido después de haber estado en cuclillas con dicha rodilla. Tras estudio con RM se Diagnostica rotura de menisco interno y se realiza Artroscopia el día 26.05.1998, Menisectomia parcial artroscópica. En el post operatorio presentó dolor en gemelos, se descartó T.V.P mediante flebografía. Posteriormente se le diagnostica de protusiones discales L4- L5 y L5 S1 que podría justificar su sintomatología del miembro inferior derecho.

En abril de 1999, presenta nuevo accidente en rodilla izquierda con pinzamiento de la misma. En estudio... La evolución fue hacia un cuadro compatible con Sudeck de ambas rodillas.

RX: Atrofia ósea ambas rodillas.

RM: Edema médula ósea.

Gammagrafía: Hipercaptación en ambas rodillas, sobre todo en rodilla izquierda compatible con osteocondritis.

TAC: Atrofia ósea con subluxación rotuliana bilateral.

Diagnóstico: Todo el cuadro es compatible con Algodistrofia simpático refleja bilateral. "

INFORME 7.- Informe emitido por la Dra. _____, médico de Familia, el 19 de abril de 2000:

"En mayo-98 sufrió rotura del Menisco Interno de rodilla derecha que precisó intervención quirúrgica mediante artroscopia.

*En agosto-98 se le practica Resonancia Magnética Nuclear (RMN) de Columna Lumbar por dolor a dicho nivel apreciándose: **cambios degenerativos discales L4- L5 y L5- S1.** En L4- L5 Hernia Discal Subligamentaria y Protrusión discal en L5- S1.*

*En un Electromiograma (EMG) posterior se ve que hay **pérdida de unidades motoras en Miembro Inferior Derecho (Dermatoma L3- L4).***

El paciente realiza tratamiento Farmacológico y Fisioterápico hasta Abril-99 en que es diagnosticado de Meniscopatía interna de Rodilla Izquierda, practicándosele Menisectomía Parcial mediante Artroscopia.

*En un principio la recuperación fue satisfactoria pero, aproximadamente dos meses después, **vuelve a manifestar dolor en dicha rodilla, realizándosele RMN donde se aprecia Edema de Médula Ósea en Platillo Tibial Interno sin afectación del Remanente meniscal interno.** Mediante Gammagrafía ósea se diagnostica **Osteocondritis en rodilla izquierda de larga evolución y Osteomalacia Rotuliana Bilateral.***

En octubre-99 y, tras un cuadro de Lumbalgia Aguda, es intervenido de Hernia Discal L4- L5.

La evolución clínica, tanto de la Lumbalgia como la recuperación funcional de la rodilla, no fue en absoluto satisfactoria a pesar de los múltiples tratamientos médicos y fisioterapéuticos, por lo que en RMN practicada en febrero-00 se ve la existencia de Fibrosis Postquirúrgica con afectación radicular izquierda en L4- L5... En el EMG se vuelve a apreciar una discreta pérdida de unidades motoras en territorios explorados del Miembro inferior

Derecho correspondientes a Miotomas desde L3 hasta S1, detectándose **cambios neurogenéticos de tipo crónico e intensidad moderada en miotomas L5- S1 y S2.**
En TAC y Gammagrafía Ósea se aprecia **Osteocondritis en mesetas posteriores de ambas rodillas y cóndilo femoral interno de rodilla izquierda con pérdida de hueso trabecular.**

La imposibilidad de controlar el dolor de manera satisfactoria con los analgésicos habituales, nos ha obligado a derivar al paciente a la Unidad del Dolor, donde está siendo tratado desde el 14 de abril del año en curso...

INFORME 8.- Informe de la Unidad del Dolor del Centro de Atención primaria del Área 1 de Madrid:

*“Diagnostica- Motivo consulta: **Persiste dolor en rodillas y lumbar dorsal.**”*

INFORME 9.- Informe TAC Columna Lumbar de la Clínica Nuestra Señora de América de fecha 24 de mayo de 2001:

*“En el espacio discal L5- S1 se aprecia una imagen discal de protrusión posterior que presenta un contorno angulado y convexo hacia atrás en su parte central, produciendo impronta en el cara anterior del saco tecal y, por consiguiente, **congruente con lo que puede ser una hernia discal.**”*

INFORME 10.- Informe emitido por el Dr. _____ del Servicio de Neurocirugía de fecha 18 de junio de 2002:

“Paciente de 41 años, en cuyos antecedentes personales destaca: haber sido intervenido, en otro centro, de hernia discal lumbar L4- L5 en 1999.

Hace dos años, dolor lumbar irradiado al miembro inferior derecho, acompañado de parestesias.

Este cuadro de dolor, prácticamente se ha mantenido sin cambios, fundamentalmente las lumbalgias, a pesar de diversos tratamientos incluyendo Unidad de Dolor.

Dado que las lumbalgias persistían con intensidad, se le realizó un nuevo estudio de resonancia de columna lumbosacra , informándose como hernia discal L4- L5 y discopatía L4- L5.

Con fecha 30 de mayo fue intervenido, realizándose artrodesis posterior L4- L5 con tornillos transpediculares de titanio (sistema S.C.S) e injerto óseo autólogo. Así mismo, se le realizó laminectomía L4- L5 y foraminotomía bilateral. ”

INFORME 11.- Informe de Alta de la **Unidad del Dolor** del Hospital de Madrid de fecha 2 de octubre de 2003:

“Lumbociática MID. ”

INFORME 12.- Informe de Alta de la **Unidad del Dolor** del Hospital de Madrid de fecha 25 de octubre de 2003:

“Lumbociática MID discapacitante”

INFORME 13.- Informe de Alta de la **Unidad del Dolor** del Hospital de Madrid de fecha 8 de noviembre de 2003:

“Lumbociática MID”

INFORME 14.- Informe emitido por el Dr. _____ de la Unidad del Dolor del Hospital de Madrid:

30/10/2003

“H.A.: Acude en septiembre -03 remitido por su neurocirujano por clínica de lumbociática MID de varios meses de evolución que no mejora con tto convencional ni rehabilitación.”

RM lumbar (4-03): Cambios de señal compatibles con fibrosis L4- L5 dcha. Prolapso discal L5- S1 pósterocentral y lateralizado a la dcha.

EMG: Compatible con **afectación radicular L5 dcha. crónica.**

J. Dx: **Lumbociática MID**

Evolución: Se practicó epidurolysis lumbar con anestésico + corticoide depot + hialuronidasa e hidrodilución con nula respuesta. Posteriormente se practicó epidurografía en el nivel señalado confirmando la existencia de amplia fibrosis epidural a nivel de L4-L5 dcho. Se colocó catéter epidural lumbar bajo control radiológico y en la actualidad sigue tratamiento con analgesia epidural continua (anestésico local + mórfico) con bomba PCA.

28/1/2004

Se realizó bloqueo facetario L5- S1 y L4- L5 sin resultado. En la actualidad sigue tratamiento con opioides transdérmicos y coadyuvantes a altas dosis, persistiendo importante lumbalgia de predominio dcho.”

INFORME 15.- Informe de Alta de la **Unidad del Dolor** del Hospital de Madrid de fecha 22 de noviembre de 2004:

“Lumbociática MID”

INFORME 16.- Informe de Alta de la **Unidad del Dolor** del Hospital de Madrid de fecha 18 de diciembre de 2004:

“Lumbociática MID crónica”

INFORME 17.- Informe de Urgencias del Hospital de Madrid de 25 de diciembre de 2004:

“Lumbociática MID.
Revisión PLA epidural.”

INFORME 18.- Informe de Alta de la **Unidad del Dolor** del Hospital de Madrid de fecha 3 de

enero de 2005:

“Lumbociatica. Catéter epidural de larga duración.

Tratamiento realizado: Revisión de catéter y reposición PLA epidural.”

INFORME 19.- Informe de Alta de la **Unidad del Dolor** del Hospital de Madrid de fecha 8 de enero de 2005:

“Lumbociatica. Catéter epidural.

Tratamiento realizado: Revisión PLA. ...”

INFORME 20.- Informe de la **Clínica del Dolor** de Madrid de 4 de marzo de 2005:

“Paciente de 43 años de edad remitido por el Dr. (Neurocirugía, CAJA Salud) por padecer una radiculopatía lumbar postquirúrgica.

Antecedentes personales: Intervenido de hernia discal L4-L5 en el año 2002 y posteriormente de una artodesis L4- L5 en el año 2003.

*Historia del dolor: **Presenta dolor lumbar irradiado en el MID por el trayecto de L5 derecho y de intensidad fluctuante. Las características del dolor son claramente neuropáticas. La intensidad del dolor puede ser hasta 8/10 en reposo y aumenta con la sedestación. El dolor es descrito como quemante, hormigueo y con pinchazos y parestesias. Ha recibido multitud de tratamientos sin alivio. Entre ellos destacan AINES, tramadol, fentanilo transdérmico, gabapentina, topiramato, bloques epidurales, epidurolisis con hialuronidasa y bloqueo simpático continuo con anestésico local y morfina. Acude a nuestra consulta para realizar estimulación medular.***

*Impresión diagnóstica: **Radiculopatía L5 derecha post- laminectomía lumbar.***

Comentario: El 14.02.05 se intenta realizar un bloqueo radicular selectivo L5 derecho. La localización radiológica y el depósito del contraste en la raíz es correcta, pero la estimulación sensorial y motora no lo es. Por este motivo, se recomienda un tratamiento con radiofrecuencia pulsada mediante colocación de un catéter Pasha – Cat (Oysama). Con este catéter se puede realizar una radio frecuencia pulsada epidural a nivel del cono medular. Si el efecto es positivo podría evitarse la colocación de un electrodo y un generador epidural.”

INFORME 21.- Informe de Alta hospitalaria del Servicio de **Tratamiento del Dolor** de la Clínica Centro de 25 de abril de 2005:

“Diagnóstico principal: Radiculopatía L5 post px

Procedimientos quirúrgicos: RF Pasha – Cat.”

INFORME 22.- Informe de la **Clínica del Dolor** de Madrid de 17 de mayo de 2005:

“Paciente de 43 años de edad remitido por el Dr. (Neurocirugía, CAJA Salud) por padecer una radiculopatía lumbar postquirúrgica.

Antecedentes personales: Intervenido de hernia discal L4-L5 en el año 2002 y posteriormente de una artrodesis L4- L5 en el año 2003.

Historia del dolor: **Presenta dolor lumbar irradiado en el MID por el trayecto de L5 derecho y de intensidad fluctuante. Las características del dolor son claramente neuropáticas. La intensidad del dolor puede ser hasta 8/10 en reposo y aumenta con la sedestación. El dolor es descrito como quemante, hormigueo y con pinchazos y parestesias. Ha recibido multitud de tratamientos sin alivio. Entre ellos destacan AINES, tramadol, fentanilo transdérmico, gabapentina, topiramato, bloques epidurales, epidurolysis con hialuronidasa y bloqueo simpático continuo con anestésico local y morfina. Acude a nuestra consulta para realizar estimulación medular.**

Impresión diagnóstica: **Radiculopatía L5 derecha post- laminectomía lumbar.**

Comentario: El 14.02.05 se intenta realizar un bloqueo radicular selectivo L5 derecho. La localización radiológica y el depósito del contraste en la raíz es correcta, pero la estimulación sensorial y motora no lo es. Por este motivo, se recomienda un tratamiento con radiofrecuencia pulsada mediante colocación de un catéter Pasha – Cat (Oysama). **El 25.04.05 se realiza dicho tratamiento. A las tres semanas de realizarlo el resultado es negativo: no ha habido ningún tipo de alivio.**

INFORME 23.- Informe de Acreditación del Estado de Salud emitido por el Dr. _____, Médico de Familia de Atención Primaria del EAP, de fecha 11 de junio de 2008:

“ACREDITA:

Que D. _____ de 47 años de edad, ha sido intervenido en dos ocasiones de hernia discal lumbar L4- L5 (artrodesis), **persistiendo en la actualidad tratamiento analgésico por unidad del Dolor.** Cirugía en ambas rodillas (meniscopatía y patología degenerativa).”

INFORME 24.- Informe de RM Lumbar de Ntra. Sra. del Rosario de 19 de enero de 2012:

“Motivo de consulta: Intervenido en dos ocasiones hace 11 años, **persiste lumbalgia.**

Conclusión: **Cambios postquirúrgicos de fusión y fijación L4- L5... Hernia discal L5- S1 posterolateral izquierda.**”

INFORME 25.- Informe de Urgencias de la clínica La Milagrosa de 21 de junio de 2012:

“Motivo consulta: **Dolor espalda**

Historia: **Desde hace 6 meses, dolor de espalda irradiado a MII...**

Juicio clínico: **LUMBOCIÁTICA IZQUIERDA AGUDA.**”

INFORME 26.- Informe del C.S. Pavones de 17 de agosto de 2012:

“En relación al síndrome discal lumbar que presenta su situación clínica es la siguiente: En RM LUMBAR realizada el 19/1/12: **Cambios postquirúrgicos de fusión y fijación L4-5... Hernia discal L5- S1 posterolateral izda. con impronta en grasa epidural y probable afectación raíz S1.**

Visto por neurocirujano: Pte de hacer bloqueos facetarios el 14/3/12 y el 20/3/12. **A pesar de este tratamiento precisó ingreso durante 5 días en abril/2012 por lumbalgia izquierda intensa.**

El 8/5/12 le realizaron rizólisis con radiofrecuencia de la rama medial de raíz posterior de L4 y L5 bilateral. **Sigue con lumbalgia izda....** Pautan Zaldiar 2 comp/6 hrs **pero a pesar de estos tratamientos ha tenido que acudir en diversas ocasiones a urgencias** para ajustar el tratamiento. Ante la no mejoría clínica se pauta inzitan 1 vial im/día x 6 horas + diazepam 2.5/noche...

Por este motivo ha precisado IT desde el 27/4/12 al 21/5/12 y desde 21/6/12 al 23/7/12."

INFORME 27.- Informe del Servicio de Neurología emitido por el Dr. _____ de fecha 18 de septiembre de 2012:

"...Estudiado por presentar cuadro de lumbalgia mecánica que se ha incrementado últimamente y cursa con irradiación por región postero- externa de MII. El dolor se incrementa con las maniobras de valsalva, la movilización y la flexo- extensión. Refiere sensación de pérdida de fuerza en MII y parestesias de distribución L5- S1 izquierdas. Bloqueos lumbares. Ha precisado atención en Servicio de urgencias pautándose parches de mórficos por mal control analgésico. No mejoría con tratamientos conservadores.

EN: Cicatriz lumbar media. Lumbalgia mecánica. Bloqueo de charnela lumbo- sacra. Lassegue positivo bilateral, de predominio izquierdo a 50º, con maniobra de Bragard positiva. Radiculopatía sensitiva L5- S1 izquierda. Vallais positivo bilateral. Maniobras de inestabilidad raquídea positivas.

RX/MRI: **Espondilosis lumbar. Artrodesis transpedicular L4- L5... Hernia discal L5- S1 izquierda que condicionan colapso radicular. Inestabilidad segmentaria."**

INFORME 28.- Informe del Dr. _____ de la Unidad de Electromiografía Clínica del Sanatorio Virgen del Mar de fecha 13 de diciembre de 2012:

"Conclusiones: Actividad de denervación en tensor de la fascia lata, tibial anterior y extensor del gordo derechos, con patrones de esfuerzo empobrecidos, de forma más acusada en extensor del gordo.

La exploración muestra signos electromiográficos compatibles con afectación radicular L5 derecha."

INFORME 29.- Informe de RM de columna lumbar de Ntra. Sra. Del Rosario de fecha 20 de febrero de 2013:

"Conclusión: Cambios postquirúrgicos con discectomía L4- L5 y fijación transpedicular bilateral L4- L5- S1. Discreta lateralización de los tornillos de S-1 o L5 de forma más acentuada en el lado derecho, donde el tornillo podría llegar a contactar con la raíz L5 ipsilateral en su trayecto extraforaminal, a correlacionar con la clínica.

Pequeña protrusión discal posterior parasagital derecha L5- S1."

INFORME 30.- Informe emitido por el Dr. _____ del Servicio de Psiquiatría de fecha 13 de

marzo de 2013:

*“AP: Tto en Unidad de Dolor... Presenta lumbalgia.
Se remite a psicología.”*

INFORME 31.- Informe de Exploración Digestiva emitido por el Dr. _____ de
fecha 28 de octubre de 2013:

*“Juicio diagnóstico: **DATOS ECOGRÁFICOS SUGERENTES DE ENFERMEDAD HEPÁTICA GRASA.
POSIBLE POLIPO VESICULAR. NÓDULO RENAL SEGERENTE DE ANGIOMIOLIPOMA.**”*

INFORME 32.- Informe Médico de alta del H. Universitario Sanchinarro de fecha 12 de
noviembre de 2013:

*“Juicio diagnóstico: **Radiculopatía L5- S1 derecha.**”*

INFORME 33.- Informe TAC de Columna Lumbar de Ntra. Sra. Del Rosario de fecha 25 de
noviembre de 2013:

“Comentario:

*Se realiza estudio sobre columna lumbar mediante TC con posteriores reconstrucciones
multiplanares.*

*Se observan cambios postquirúrgicos en columna lumbar, con **presencia de barras de
Harrington y tornillos transpediculares en L4, L5 y S1, observando una discreta medialización
del tornillo derecho de S1, que ocupa receso lateral del canal medular y se encuentra en
íntimo contacto con raíz de S1 derecha.***

*Discreta pérdida de densidad de las estructuras incluidas en el estudio, observando además
cierta concavidad de los cuerpos vertebrales, todos estos cambios sugestivos de osteoporosis.
Disminución del espacio intervertebral L4- L5, con discreta esclerosis subcondral en probable
relación con discartrosis a dicho nivel.*

Marcados cambios degenerativos en articulaciones de arcos posteriores lumbares.”

INFORME 34.- Informe de RM Columna Lumbar del h. Nuestra Señora de América de 30 de
diciembre de 2013:

*“Conclusión: **Artrodesis instrumentada L4- L5-S1 con existencia de un tornillo S1 derecho
mediatizado y posible compromiso sobre raíz S1 derecha en el receso derecho. Discopatía
degenerativa subyacente L4- L5 con pinzamiento discal. Mínima discartrosis L5- S1.**”*

INFORME 35.- Informe de Consulta de Psicología emitido por la Dra. _____ el
27 de marzo de 2014:

*“Observaciones: **Sigue con intensa ansiedad y labilidad emocional derivado de la incapacidad
que le produce el dolor lumbar derivado de la lqX lumbares. Repercusión en su vida
cotidiana.**”*

INFORME 36.- Informe de la Clínica del Dolor de Madrid de 16 de abril de 2013:

““Paciente de 52 años de edad remitido por el Dr. (Neurocirugía, CAJA Salud) por padecer una radiculopatía lumbar postquirúrgica.

Antecedentes personales: Intervenido de hernia discal L4-L5 en el año 2002 y posteriormente de una artodesis L4- L5 en el año 2003.

*Historia del dolor: **Presenta dolor lumbar irradiado en el MID por el trayecto de L5 derecho y de intensidad fluctuante. Las características del dolor son claramente neuropáticas. La intensidad del dolor puede ser hasta 8/10 en reposo y aumenta con la sedestación. El dolor es descrito como quemante, hormigueo y con pinchazos y parestesias. Ha recibido multitud de tratamientos sin alivio. Entre ellos destacan AINES, tramadol, fentanilo transdérmico, gabapentina, topiramato, bloques epidurales, epidurolysis con hialuronidasa y bloqueo simpático continuo con anestésico local y morfina. Acude a nuestra consulta para realizar estimulación medular.***

*Impresión diagnóstica: **Radiculopatía L5 derecha post- laminectomía lumbar.***

Tratamientos realizados:

- Farmacológicos: pregabalina, paracetamol/ tramadol, gabapentina dosis crecientes.
- 14.02.05 se intenta realizar un bloqueo radicular selectivo L5 derecho. La localización radiológica y el depósito del contraste en la raíz L5 es correcta, pero la estimulación sensorial y motora no lo es. No alivio.
- 25.04.05 tratamiento con radiofrecuencia pulsada mediante la colocación de un catéter Pasha- Catt (Oyasama), sin alivio a largo plazo.”

INFORME 37.- Informe del Servicio de Neurología emitido por el Dr. de fecha 20 de mayo de 2013:

*“Paciente varón, de 52 años de edad, intervenido en columna lumbar en otros centros en varias ocasiones. Estudiado e intervenido en nuestro servicio por patología lumbar. Refiere **cuadro de dolor radicular MID que cursa con irradiación por región externa. El dolor se incrementa con las maniobras de valsalva, la movilización y la flexo-extensión. Refiere sensación de pérdida de fuerza MID y parestesias de distribución L5. No mejoría con tratamientos conservadores incluyendo la Unidad del Dolor.***

*RX/MRI: **Espondiloartrosis lumbar. Artrodesis transpedicular L4- L5- S1 con ligera lateralización de tornillo S1 derecho que pudiera contactar con raíz L5 en su trayecto extraforaminal.***

*EMG MMII: **Radiculopatía L5 derecha.***

INFORME 38.- Informe de Estudio EMG Y VCN del Dr. de la Unidad de Electromiografía Clínica del Sanatorio Virgen del Mar de 10 de octubre de 2013:

*“Conclusiones: **Actividad de denervación en extensor del gordo y pedio derechos, con patrones de esfuerzo empobrecidos de tipo intermedio- pobre a simple... La exploración es compatible con signos de afectación neurógena crónica en territorio de L5-S1 derecha.***

INFORME 39.- Informe de Gastroscofia emitido por el Dr.
de 2013:

de fecha 21 de octubre

*“Juicio endoscópico:
GASTRITIS EROSIVA
DUODENITIS EROSIVA
PÓLIPOS GÁSTRICOS
ESOFAGITIS PÉPTICA GRADO A”*

INFORME 40.- Informe de Estudio EMG Y VCN del Dr. de la Unidad de
Electromiografía Clínica del Sanatorio Virgen del Mar de 26 de noviembre de 2013:

“Conclusiones:

*Miembro inferior derecho: **Actividad abundante de denervación en tibial anterior, extensor del gordo y pedio derechos, con potenciales de unidad motora de duración incrementada y patrones de esfuerzo empobrecidos en todos ellos, con incremento de amplitud.***

La exploración muestra signos de atrofia neurógena crónica en territorio de L5- S1 derecha, con signos de afectación aguda actual.”

INFORME 41.- Informe de la Clínica del Dolor de Madrid de 16 de diciembre de 2013:

“Tratamientos realizados:

- *Reintervenido el 14.09.12 mediante laminectomía y discectomía L5- S1 y reartrodesis L4- L5- S1. EMG de control compatible con radiculopatía L5 derecha. RNM con dudoso contacto de tornillo con raíz L5 derecha. **Por este motivo fue reintervenido por cuarta vez el 16.05.13 para recolocar el tornillo L5 derecho, persistiendo la sintomatología.***
- ***12.11.12: el tratamiento por Radiofrecuencia Pulsada sobre raíz L5 y S1 derechas, sin alivio.***

INFORME 42.- Informe de Historia Completa de Neurocirugía emitido por el Dr.
de fecha 16 de diciembre de 2013:

“F. Consulta: 18/06/2012:

*Anámnesis: **Lumbalgia crónica...tras mala evolución pasó a Unidad del Dolor con múltiples tratamientos.***

Desde enero cursa con dolor lumbar irradiado a MII por región postero- externa. Aumenta con valsalva, dolor continuo, no duerme, refiere P de F y parestesias en MII. Ha estado ingresado un mes en Unidad del Dolor...

*Exploración: **Lumbalgia mecánica con bloqueo ABSOLUTO de charnela LS. Vallaix y MER + Bilateral de predominio izquierdo. Abolición reflejos. Hipoestesia L5 y S1.***

F. Consulta: 25/06/2012

*Anamnesis: **Ha tenido episodio de lumbociática aguda que ha precisado ingreso en urgencias***

...

F. consulta: 30/07/2012

*Anamnesis: **Está con parches de morfina.***

F. consulta: 25/09/2012

Anamnesis: Refiere muy **escasa mejoría con el tratamiento pautado. Mantiene dolor lumbar derecho irradiado a MID con Disestesias intensas L5.**

F. consulta: 02/10/2012

Anamnesis: Clínicamente sin cambios... Mantiene disestesias MID.

F. consulta: 09/10/2012

Anamnesis: Refiere **un cuadro L5 derecho muy claro, con parestesias – dolores intensos.**

F. consulta: 07/10/2013

Anamnesis: Tras suspender parche refiere haber empeorado obligándose a reiniciar el tratamiento. Mantiene cuadro radicular MID...Limitación funcional Lumbar.

Exploración: **Limitación funcional lumbar en todos los arcos.**

F. consulta: 11/11/2013

Anamnesis: Refiere haber empeorado mucho desde hace 15 días. **Lumbociática derecha L5 con importante limitación funcional.**

Pruebas complementarias: EMG MMII: **Radiculopatía crónica L5- S1 derecha.**

F. consulta: 25/11/2013

Anamnesis: **Mantiene importante dolor radicular derecho con escasa mejoría...**

F. consulta: 02/12/2013

Anamnesis: **Refiere mantener dolor lumbar y cialgia derecha incapacitante y rebelde a tratamiento por cara postero externa de MID aunque también describe dolor a punta de dedo izquierdo.**

Aporta EMG con franco empeoramiento respecto al último estudio de Octubre informando signos de atrofia neurógena L5 derecha con signos de afectación aguda.

F. consulta: 16/12/2013

Anamnesis: **Escasa mejoría con los tratamientos realizados... ”**

INFORME 43.- Informe de Rehabilitación del C. S Pavones de 28 de enero de 2014:

“Observaciones: ... **Cambios sugestivos de osteoporosis en cuerpos vertebrales. Probable discartrosis L4- L5. El 16/1/14 reintervención quirúrgica con retirada de barra lateral dcha.**”

INFORME 44.- Informe de Urgencias del Hospital Quirón de 29 de marzo de 2014:

“Motivo: **DOLOR DE ESPALDA**

Exploración física: **Dolor intenso con irradiación a MID, parestesias y dificultad para deambular.**

Juicio diagnóstico: **Lumbociatalgia derecha.**”

INFORME 45.- Informe de Estudio EMG Y VCN del Dr. _____ de la Unidad de Electromiografía Clínica del Sanatorio Virgen del Mar de 8 de abril de 2014:

“Conclusiones:

La exploración sigue mostrando los mismos signos de atrofia neurógena en territorio de L5 derecha, con signos de denervación aguda.”

INFORME 46.- Informe del Servicio de Neurocirugía del H. General Universitario Gregorio Marañón de 11 de abril de 2014:

“El paciente refiere dolor lumbar persistente y fundamentalmente en mid: Dolor aumenta en sedestación y con Valsalva. Apenas camina. Ha estado en tratamiento por unidad del dolor crónico...”

JC: Síndrome cirugía lumbar fallida.”

INFORME 47.- Informe del Servicio de Neurocirugía del Hospital Quirón de 29 de abril de 2014:

“Situación clínica actual: Lumbalgia mecánica severa residual irradiada a MID por cara posterior que le incapacita para realizar sus actividades habituales. Ha tenido cuadro de incremento del dolor que ha precisado ingreso de urgencias.

Comentario: Presenta severa incapacidad para realizar sus actividades habituales.”

INFORME 48.- Informe de la Unidad del Dolor del H. General Universitario Gregorio Marañón de 6 de mayo de 2014:

“Historia actual: Actualmente el paciente refiere dolor en región lumbar, intenso, que no cede con reposo, con irradiación a MID, hasta los dedos, dedo gordo y empeine. Presenta acorchamiento y parestesias en toda la zona de la irradiación. La deambulacion está muy dificultada. También ha hecho Rehabilitación, sin especial mejoría.

Exploración: Dolor a la espinopresión lumbar y signo del arco positivo. Lasegue positivo bilateral, especialmente derecho. Dolor a la movilización de ambas ASI. Marcha con dificultad de puntillas y talones.

EMG: Signos de atrofia neurógena en territorio de L5 derecho, con signos de denervación aguda.

RM LUMBAR: Discopatía degenerativa subyacente L4- L5 con pinzamiento discal.

JUICIO CLÍNICO: SÍNDROME DE ESPALDA FALLIDA.”

INFORME 49.- Informe del C.S. Pavones de 1 de julio de 2014:

“Observaciones:

Paciente 53 años...cuya situación clínica actual en relación a su patología lumbar es la siguiente:

En julio 2002 aporta informe de Neurocirugía. Fue intervenido por primera vez de hernia discal

L4- L5 en 1999. **Hace un año dolor lumbar con irradiación y parestesias en MID, que se ha mantenido sin cambios, a pesar de tto pautado por unidad de dolor.** Se realiza RMN de columna lumbosacra informando de **hernia discal y discopatía L4- L5.** El 30 de mayo actual ha sido nueva mente intervenido, con artrodesis posterior, tornillos transpediculares e injerto óseo autólogo, laminectomía L4- L5 y foraminotomía. Se pauta corsé ortopédico que debe llevar hasta el mes de octubre 2002.

En diciembre 2002 fue visto por cirujano quién indico que NO era conveniente realizar todavía rehabilitación por seguir con dolor y parestesias en MMII. No descarta reintervención quirúrgica dado que en el EMG se detecta alteración del nervio ciático y en la RM hay afectación L5- S1.

El 27/10/2003 está reflejado que acudió a neurocirugía y le remitieron a unidad del dolor, donde le pautaron infusión continua de morfina...Parece que el dolor se debe a una fibrosis en la zona quirúrgica. El tto no es efectivo y dos semanas más tarde le cambian tto a parches de fentanilo y gabapetina.

La lumbalgia crónica son síntomas irritativos en MMII persiste a pesar de tratamientos diversos que incluyen analgésicos opiáceos, gabapentina, amitriptilina, AINE, corticoides intramusculares y mio relajantes, por lo que el 18/12/2004 le colocan bomba de morfina que le retiran el 11/01/2005 por persistencia de los síntomas.

El 14/02/2005 le realizaron bloqueo selectivo y el 25/4/2005 radiofrecuencia pulsada con colocación de catéter que tampoco fue efectivo.

...Hernia discal L5-S1 posterolateral izda. El 14/3/12 le realizaron bloqueo diagnóstico del ramo medial de raíz post de L3-S1 izda. Posteriormente en mayo 2012 es tratado mediante rizólisis con radiofrecuencia de la rama medial de raíz posterior de L4 y L5 bilateral dada la persistencia de la clínica que precisó incluso ingreso hospitalario en mayo 2012.

El 14/9/12 reintervención quirúrgica...

En octubre 2012 continúa con intenso dolor neuropático asociado a pérdida de fuerza en pie y región general dcha....

El 7/12/12 le realizar EMG y VCB...con patrones de esfuerzo empobrecidos, de forma más acusada en extensor del gordo. Signos electromiográficos compatibles con afectación radicular L5 dcha. Le vuelven a pautar 20 ss de RHB.

En Marzo 2013 nueva RM LUMBAR: cambios postquirúrgicos con discectomía L4- L5 y fijación transpedicular bilateral L4-5 S1. Discreta lateralización de los tornillos de L5, más acentuada en el lado dcho., donde el tornillo podría llegar a contactar con la raíz L5 ipsilateral en su trayecto extraforaminal...pequeña protrusión discal posterior parasagital dcha. L5- S1.

El 16/5/13 reintervención para retirada de tornillo S1 y barra lateral dcho. Modificación de trayectoria de tornillo S1 dcho. y reducción con sit de titanio. **Pero a las dos semanas de la cirugía refiere lumbalgia que ha empeorado la última semana, dolor neuropático y parestesias en MID.**

Durante todo ese tiempo siguió con síntomas fluctuantes de moderado a severo con claro empeoramiento desde el 25/11/2013....**signos de atrofia neurógena en territorio de L5 derecha, con signos de afectación aguda actual...Cambios sugestivos de osteoporosis en cuerpos vertebrales.** Probable discartrosis L4- L5.

El 11/4/14 Revisión en Neurocirugía del HGUGM (2ª opinión): JC: Síndrome cirugía lumbar fallida. Plan: Remitido a Unidad de dolor crónico.

El EMG sigue mostrando los mismos signos de atrofia neurógena en territorio de L5 dcha., con signos de denervación aguda.

El 6/5/14 revisión en Unidad del Dolor: RM lumbar: artrodesis instrumentada L4- L5- S1 con existencia de un tornillo S1 derecho medializado y posible compromiso sobre raíz S1 derecha en el receso derecho. Discopatía degenerativa subyacente L4- L5 con pinzamiento discal.

Juicio clínico: **SÍNDROME DE ESPALDA FALLIDA.**

Durante todos estos años el paciente ha precisado bajas laborales con dolor lumbar incapacitante, de las cuales y según consta en la historia, en muchas ocasiones se le ha dado de alta a pesar de contraindicación médica.

TTNO ANSIOSO- DEPRESIVO REACTIVO A SU PATLOGÍA LUMBAR: desde años presenta trastorno ansioso- depresivo reactivo con empeoramiento en los últimos meses debido a la falta de recuperación tras la última intervención quirúrgica con severa repercusión en su vida cotidiana. Presenta ánimo muy deprimido, ideas obsesivas entorno a su enfermedad, encamado todo el día salvo el rato que va a RHB y cuando sale a caminar por la mañana y noche. Ideas muy negativas en relación a su enfermedad."

INFORME 50.- Informes de las 107 sesiones de Rehabilitación realizadas por

SEGUNDO.- Que la profesión habitual del trabajador es la de Administrativo de banca.

TERCERO.- Que el trabajador acredita cotizaciones suficientes en los regímenes de la Seguridad Social, para ser acreedor de las prestaciones por incapacidad permanente que ha solicitado.

CUARTO.- Que como consecuencia de sus patologías y secuelas el compareciente se ha encontrado incurso en diferentes periodos de baja por Incapacidad Temporal.

<u>BAJA</u>	<u>ALTA</u>
10/01/2012	19/01/2012
27/04/2012	21/05/2012
30/05/2012	30/05/2012
21/06/2012	23/07/2012
17/09/2012	09/07/2013

Estos periodos indicados acumulan los 288 días de baja por Incapacidad Temporal.

Tras agotar el 09/07/2013 la duración máxima de trescientos sesenta y cinco días en esta situación, el INSS resuelve reconocerle la prórroga por un plazo máximo de ciento ochenta días con efectos desde esa misma fecha.

Con fecha 20 de diciembre de 2013 se efectúa nuevo reconocimiento médico para evaluar la situación de prórroga de Incapacidad temporal y, como consecuencia del mismo, se ha resuelto iniciar un expediente de incapacidad permanente.

En relación con el expediente de incapacidad permanente incoado se notifica al compareciente Demora de la Calificación por un plazo máximo de seis meses desde el 6 de enero de 2014.

Se aportan como **documentos nº 51 a 53** escritos que acreditan lo indicado.

QUINTO.- Que durante los periodos de baja por Incapacidad Temporal, el compareciente ha sido citado a numerosos controles médicos por parte del INSS para revisar su situación de IT, emitiendo el EVI los correspondientes Informes de evaluación procedentes de cada revisión:

- Informe Médico de Evaluación de Incapacidad Laboral de **18 de julio de 2013**:

Diagnóstico principal: DESPLAZAMIENTO DISCO INTERVERTEBRAL CERVICAL SIN MIELOPATIA

Diagnóstico: Hernia Discal L5- S1 izquierda. Artrodesis L4- L5- S1 sept/ 12. Evolución con radiculopatía L5 derecha, nueva intervención 16/05/13.

AP: Hernia discal L4- L5 Intervenido en 1999. Artrodesis L4- L5 2002, evolución con radiculopatía L5 derecha crónica.

Datos de reconocimiento médico

AP: Hernia discal L4- L5 intervenida en 1999... En seguimiento desde entonces en la Unidad del Dolor para la que ha realizado múltiples tratamientos: farmacológicos, bloqueo radicular, radiofrecuencia, estimulador medular...con escasa mejoría.

- Informe Médico de Evaluación de Incapacidad Laboral de **30 de diciembre de 2013**:

Diagnóstico principal: DESPLAZAMIENTO DISCO INTERVERTEBRAL CERVICAL SIN MIELOPATIA

Diagnóstico: Hernia Discal L5- S1 izquierda. Artrodesis L4- L5- S1 sept/ 12. Evolución con radiculopatía L5 derecha, nueva intervención 16/05/13.

AP: Hernia discal L4- L5 Intervenido en 1999. Artrodesis L4- L5 2002, evolución con radiculopatía L5 derecha aguda.

Datos de reconocimiento médico

Refiere no poder estar sentado, aparece dolor lumbar con irradiación parte posterior MID hasta el pie... EMG afectación neurógena aguda S1.

Limitaciones orgánicas y funcionales:

Bipedestación y sedestación prolongada.

- Informe Médico de Evaluación de Incapacidad Laboral de **7 de mayo de 2014**:

Juicio diagnóstico y valoración: Síndrome de cirugía lumbar fallida con signo de radiculopatía L5- D aguda. Artrosis L4- L5- S1. T. Adaptativo ansioso- depresivo.

Limitaciones orgánicas y funcionales:

Actualmente mantiene dolor neuropático derecho rebelde a múltiples tratamientos...

Se aportan como **documentos nº 54, 55 y 56** los Informes Médicos de Síntesis aludidos.

SEXTO.- Con fecha 4 de junio de 2014 el INSS resuelve denegar la prestación solicitada, motivando dicha resolución con una frase preimpresa utilizada frecuentemente para desestimar este tipo de prestaciones:

“no alcanzar las lesiones que padece, un grado suficiente de disminución de su capacidad laboral, para ser constitutivas de una incapacidad permanente”.

Junto a la resolución se aporta dictamen propuesta que determina el cuadro clínico residual ya citado en el motivo primero de este escrito.

Además, junto con la resolución de denegación de la prestación de incapacidad permanente y el dictamen propuesta, el INSS notifica al compareciente el inicio de un nuevo proceso de incapacidad temporal por una sola vez con fecha de baja médica el 5 de junio de 2014, escrito al que se hace alusión en el motivo primero.

Se aportan como **documentos nº57 a 59** la resolución desestimatoria, el dictamen propuesta y notificación de inicio de nuevo proceso por IT.

SÉPTIMO.- Que la contingencia por la que se solicita la Incapacidad Permanente es la de ENFERMEDAD COMUN.

OCTAVO.- Que las secuelas que le aquejan son, por su identidad y localización, de tal índole, que le incapacitan para cualquier actividad laboral.

El trabajador aqueja lesiones de larga evolución. En mayo del 98 fue intervenido de la rodilla derecha y en Abril del 99 de la rodilla izquierda. Tal y como acreditan las pruebas realizadas de gammagrafía, las secuelas son compatibles con Osteocondritis, patología que se caracteriza por la destrucción del tejido óseo. Como consecuencia de ello, el compareciente padece de atrofia ósea con subluxación rotuliana bilateral.

Se ha sometido a 5 intervenciones quirúrgicas de hernia discal, siendo la primera en 2002, presentando signos de afectación crónica en L5- S1 con denervación y afectación aguda. Padece también lumbociática aguda y radiculopatía crónica el L5- S1 dcha. A raíz de los constantes y severos dolores que lleva sufriendo a lo largo de estos años, el trabajador ha estado ingresado en numerosas ocasiones en la Unidad del Dolor. A pesar de los múltiples tratamientos aplicados y la rehabilitación practicada, no se ha conseguido mejoría de su estado clínico. Se trata de un dolor crónico que le incapacita no solo para realizar cualquier actividad laboral sino también para la vida diaria.

El compareciente es administrativo, trabaja en una entidad bancaria sentado todo el día frente al ordenador. Los fuertes dolores que padece a nivel de espalda y en la pierna derecha le imposibilitan la sedestación prolongada y una bipedestación continua. Con los movimientos repetitivos de inclinarse hacia delante para escribir a ordenador el dolor se intensifica y aumenta con la sedestación. Presenta deambulación muy dificultada. Los síntomas dolorosos del trabajador empeoran con la realización de esfuerzos físicos. Al estar sometido a fuerte medicación tratando de aliviar vanamente su continuo sufrimiento, el trabajador presenta somnolencia, debilidad física, distracción y dificultad de concentración.

Tal y como reflejan los documentos nº 47 y nº 55, el trabajador está limitado para la bipedestación y sedestación prolongada, presentando severa incapacidad para realizar sus actividades habituales. La única posición en la que siente cierto alivio es tumbado, aunque el dolor no cede ni con reposo.

Por tanto, cabe afirmar que las lesiones del compareciente no sólo no han experimentado mejoría, sino que han sufrido un empeoramiento considerable, agravamiento plasmado en los informes aportados.

Por lo expuesto, se acredita que el cuadro clínico y las secuelas que presenta el compareciente le incapacitan para el desarrollo de cualquier actividad laboral.

Como mantiene la jurisprudencia, deberá declararse la invalidez absoluta cuando resulte una inhabilitación completa del trabajador para toda profesión u oficio, al no estar en condiciones de acometer ningún quehacer productivo, porque las aptitudes que le restan carecen de suficiente relevancia en el mundo económico para concertar alguna relación de trabajo retribuida (STS de 18-1-1988 [EDJ 1988/283](#) y de 25-1-1988 [EDJ 1988/10388](#)), implicando no sólo la posibilidad de trasladarse al lugar de trabajo por sus propios medios y permanecer en él durante toda la jornada (STS de 25-3-1988 [EDJ 1988/2564](#)) y efectuar allí cualquier tarea, sino la de llevarla a cabo con un mínimo de profesionalidad, rendimiento y eficacia, actuando de acuerdo con las exigencias, de todo orden, que comporta la integración en una empresa, en régimen de dependencia de un empresario, dentro de un orden preestablecido y en interrelación con los quehaceres de otros compañeros (STS de 12-7-1986 [EDJ 1986/5000](#) y de 30-9-1986 [EDJ 1986/5945](#)), por cuanto no es posible pensar que en el amplio campo de las actividades laborales exista alguna en la que no sean exigibles esos mínimos de dedicación, diligencia y atención que son indispensables en el más simple de los oficios y en la última de las categorías profesionales, salvo que se den un singular afán de superación y espíritu de sacrificio por parte del trabajador y un grado intenso de tolerancia en el empresario pues, de no coincidir ambos, no cabe mantener como relaciones laborales normales aquellas en las que se ofrezcan tales carencias (STS de 21-1-1988 [EDJ 1988/10261](#)).

Por tanto, no se trata de la mera posibilidad del ejercicio esporádico de una determinada tarea, sino de su realización conforme a las exigencias mínimas de continuidad, dedicación y eficacia (STS de 6-2-1987), y estando por ello incapacitado para asumir cualquier género de responsabilidad laboral, por liviana o sencilla que sea la profesión u oficio elegido (STS de 29-09-87 [EDJ 1987/6826](#)). En consecuencia, habrá invalidez permanente absoluta siempre que las condiciones funcionales médicamente objetivables del trabajador le inhabiliten para cualquier trabajo que tenga una retribución ordinaria dentro del ámbito laboral (STS de 23-3-1988 [EDJ 1988/2474](#) y de 12-4-1988 [EDJ 1988/2974](#)). Es en tal sentido que se ha declarado que lo preceptuado en el artículo 137.5 de la LGSS [EDL 1994/16443](#) EDL 1994/16443 no debe ser objeto de una interpretación literal y rígida, que llevaría a una imposibilidad de su aplicación, sino que ha de serlo de forma flexible.

En virtud de lo expuesto,

SUPLICO a la Dirección Provincial del **INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL** que, tenga por presentado este escrito junto a los documentos que se acompañan, y su copia, se sirva admitirlo y tener por presentada reclamación previa a la vía contenciosa de la prestación económica derivada de la situación de invalidez en grado de incapacidad permanente **ABSOLUTA** para toda profesión y, subsidiariamente **TOTAL** para su profesión habitual de administrativo de banca y previos los trámites legales, dicte resolución por la que estimando la solicitud, se le reconozca el derecho a la percepción de una pensión vitalicia mensual de una cantidad equivalente al 100% de su base reguladora y subsidiariamente el 55% de su base reguladora, con efectos económicos desde el día 3 de junio de 2014, fecha en que se emite el dictamen propuesta de la resolución que deniega la prestación de Incapacidad Permanente.

En Madrid a 7 de julio del 2014

Fdo.