



Dirección General de Atención
a Personas con Discapacidad
CONSEJERÍA
DE POLÍTICAS SOCIALES Y FAMILIA

Comunidad de Madrid



Ref: REGISTRO DE SALIDA
Fecha: 17/07/2017 09:23

C. de Políticas Sociales y Familia
Centro Base
Destino:

Madrid (Madrid)

**NOTIFICACION DE RESOLUCION
SOBRE EL GRADO DE DISCAPACIDAD**

Le notificamos la Resolución de esta misma fecha sobre la determinación del grado de discapacidad, adjuntándole la misma, así como Dictamen Técnico Facultativo emitido por el Equipo de Valoración y Orientación a nombre de:

D^a, con DNI nº

El Dictamen Técnico Facultativo tiene como finalidad el que Vd. conozca los datos que se han tenido en cuenta para calificar su grado de discapacidad.

La autenticidad de este documento se puede comprobar mediante el siguiente código seguro de verificación: 0

Madrid, a fecha de firma
LA PSICÓLOGA

Firmado digitalmente por:
Organización: COMUNIDAD DE MADRID
Fecha: 2017.07.11 10:01:07 CEST
Huella dig.:

CENTRO BASE Nº DE ATENCION
A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

2/2

En relación con la solicitud de Revisión del Grado de Discapacidad, presentada por D^a.
, con DNI n^o 1, al amparo del Real Decreto 1971/1999, de 23 de
diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de
discapacidad, y considerando los siguientes

HECHOS

Primero.- Con fecha 15 de diciembre de 2016 tuvo entrada en el Centro Base n^o 1 de
Atención a Personas con Discapacidad la solicitud de reconocimiento de grado de discapacidad
formulada por D^a.

Segundo.- El Equipo de Valoración y Orientación n^o, en función del reconocimiento
realizado y documentación aportada, en Junta celebrada el día 10 de julio de 2017 emitió el
correspondiente Dictamen Técnico Facultativo de fecha 10 de julio de 2017.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero.- La competencia para resolver la presente solicitud corresponde al titular de la Dirección
General de Atención a Personas con Discapacidad en virtud del artículo 9.a) del Decreto 197/2015,
de 4 de agosto, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica de la
Consejería de Políticas Sociales y Familia, en relación con lo dispuesto en el artículo 7 de la Orden
710/2000, de 8 de mayo, de la Consejería de Servicios Sociales, por la que se establece el
procedimiento de actuación para la aplicación y desarrollo del Real Decreto 1971/1999, de 23 de
diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de
discapacidad.

Segundo.- La calificación del grado de discapacidad se determina mediante la aplicación del
baremo establecido en el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, según se establece en el
artículo 5 de dicho Real Decreto y en el artículo 4 de la Orden 710/2000, previa emisión por el
Equipo de Valoración y Orientación correspondiente del preceptivo Dictamen Técnico Facultativo,
de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2 de la Orden 710/2000.

La autenticidad de este documento se puede comprobar
mediante el siguiente código seguro de verificación:



Dirección General de Atención
a Personas con Discapacidad
CONSEJERÍA
DE POLÍTICAS SOCIALES Y FAMILIA

Comunidad de Madrid

En virtud de lo anteriormente expuesto,

RESUELVO

CONSIDERAR las alegaciones formuladas y modificar la valoración de fecha 19 de abril de 2010, estableciendo el grado de discapacidad del interesado en un 51%, según se refleja en el Dictamen Técnico adjunto.

Por lo que, en conjunto, se reconoce un a D^a.

DNI nº /

, con

GRADO TOTAL DE DISCAPACIDAD DEL 51%
BAREMO DE MOVILIDAD : NEGATIVO (0), NO ALCANZA EL MÍNIMO REQUERIDO

Desde el 15 de diciembre de 2016.

Esta Resolución, tiene carácter definitivo por no preverse mejoría razonable.

El interesado podrá instar revisión del grado por agravamiento o mejoría transcurrido un plazo mínimo de 2 años desde la fecha de esta resolución, salvo circunstancias contempladas en Art. 11.2 del R.D. 1971/1999 y el Art. 8 de la orden 710/2000.

Contra la presente resolución, se podrá interponer reclamación previa a la vía jurisdiccional social, de conformidad con el Art. 71 de la Ley 36/2011, de 10 de Octubre, reguladora de la Jurisdicción Social (BOE de 11/10/2011) en el plazo de treinta días hábiles contados a partir del siguiente al de recepción de la misma, mediante escrito dirigido a la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad de la Comunidad de Madrid.

La autenticidad de este documento se puede comprobar mediante el siguiente código seguro de verificación: www.madrid.org/covr

Madrid, a fecha de firma

EL DIRECTOR GENERAL DE ATENCIÓN A PERSONAS CON
DISCAPACIDAD

PDF. Resolución Nº: 2016, de 22 de agosto

LA SUBDIRECTORA GENERAL DE VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

Firmado digitalmente por:

Organización: C

Fecha: 2017.07.27

Huella dig.:

CENTRO BASE Nº DE ATENCIÓN
A PERSONAS CON DISCAPACIDAD



Dirección General de Atención
a Personas con Discapacidad
CONSEJERÍA
DE POLÍTICAS SOCIALES Y FAMILIA

Comunidad de Madrid

DICTAMEN TÉCNICO FACULTATIVO

El equipo de valoración y orientación nº del Centro Base nº de la Comunidad de Madrid, en la Junta celebrada el día 10 de julio de 2017 a las 14:00 emite el siguiente

DICTAMEN

Da, con DNI nº , nacida el de de en el momento del reconocimiento presenta:

- 1º TRASTORNO DE LA AFECTIVIDAD por TRASTORNO DISTIMICO de Etiología PSICOGENA
- 2º DISCAPACIDAD MULTIPLE por SINDROME ALGICO de Etiología IDIOPATICA
- 3º LIMITACION FUNCIONAL DE COLUMNA por TRASTORNO DEL DISCO INTERVERTEBRAL de Etiología DEGENERATIVA

correspondiéndole, por estos conceptos y en aplicación de los Baremos de Valoración de Grado de Discapacidad aprobados por Real Decreto 1971/1999 de 23 de Diciembre (B.O.E de 26 de Enero de 2000) y Corrección de Errores del R.D. 1971/1999(B.O.E. de 13/03/2000), un

GRADO DE LIMITACIÓN EN LA ACTIVIDAD GLOBAL DEL 43%

Asimismo, examinadas las circunstancias que concurren y aplicados los Baremos Sociales, se establece una puntuación por

FACTORES SOCIALES COMPLEMENTARIOS de 8 puntos

por lo que, en conjunto, se reconoce un

GRADO TOTAL DE DISCAPACIDAD DEL 51%
BAREMO DE MOVILIDAD : NEGATIVO (0); NO ALCANZA EL MÍNIMO REQUERIDO

La autenticidad de este documento se puede comprobar mediante el siguiente código seguro de verificación:

Madrid, a fecha de firma
LA PRESIDENTA DEL EQUIPO
Firmado digitalmente por
Organización: COM. COMUNIDAD DE MADRID
Fecha: 2017.07.11
Huella dig.:

CENTRO BASE Nº DE ATENCION
A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Teléfono:
F:

RECLAMACION PREVIA



**A LA DIRECCION GENERAL DE ATENCION A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

**Calle O'Donell nº 50
Madrid 28009**

DOÑA _____ mayor de edad, D.N.I. nº _____ y
con domicilio en Madrid,
C.P. 2 _____ ante la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad
de la Comunidad de 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 de la Dirección General de Servicios Sociales, de _____ de julio de 2017, por la que se resuelve **RECONOCER UN GRADO TOTAL DE DISCAPACIDAD DEL 51%**, estimando tal resolución no ajustada a derecho y lesiva para sus intereses, **IMPUGNADOSE** la misma, por considerar estar afecta a un GRADO DE DISCAPACIDAD igual o superior al 65% basando tal impugnación en los siguientes,

MOTIVOS

PRIMERO.- Que en fecha _____ de julio de 2017 se emite un dictamen técnico facultativo que acompaña a la resolución de reconocimiento del grado de discapacidad de la misma fecha, por la que se reconoce un grado total de discapacidad del 51%, indicando qué la paciente presenta:

- 1º TRASTORNO DE LA AFECTIVIDAD por TRASTORNO DISTIMICO de Etiología PSICOGENA
- 2º DISCAPACIDAD MULTIPLE por SINDROME ALGICO de Etiología IDIOPATICA
- 3º LIMITACIÓN FUNCIONAL DE COLUMNA por TRASTORNO DEL DISCO INTERVERTEBRAL de Etiología DEGENERATIVA

Se aporta resolución de grado de discapacidad y dictamen como **documentos nº 1 y 2.**

SEGUNDO.- Las patologías, secuelas y limitaciones que presenta la compareciente en su actividad diaria, se objetivan en los distintos documentos médicos que se aportan como **documentos nº 3 a 22:**

3.- Informe del Servicio de Reumatología de fecha 15 de diciembre de 2011:

"Paciente diagnosticada de Fibromialgia, hernias discales cervicales, discopatía lumbar, nódulos tiroideos, colon irritable, depresión.

Desde el punto de vista reumatológico, la paciente sigue tto de su fibromialgia y patología degenerativa de columna y rodillas con nula mejoría.

Presenta dolor continuo y generalizado acompañado de astenia intensa, trastornos del sueño, ansiedad...

En la exploración física: contractura muscular paravertebral. Puntos gatillo positivos 18 sobre los 18... dolor y crepitación de rodilla izda.

...

RMN de c. cervical: rectificada la lordosis fisiológica. Protrusiones discales C3-C4, C5-C6 y C6-C7 con c. degenerativos que ocasionan ligero estrechamiento del canal.

RMN de c. dorsal y lumbar: protrusión discal D12-L1 y menores en L1-L2 y L5-S1

..."

4.- Informe emitido por el Dr.

le fecha 27 de agosto de 2012:

Estudio: RM de columna lumbar y cadera izquierda

RM cadera izquierda:

...

Conclusión: Signos de trocanteritis izquierda con imágenes compatibles con calcificación. Imagen Quística ovoidea en la hemipelvis izquierda.

RM Lumbar:

Mínima protrusión discal en L4-L5

...

Hernia de Schmorl en la carilla inferior de D12 y en las carillas articulares de D12-L1 y en la carilla inferior de L4.

...

Quistes de Tarlov izquierdos en S2-S3 y mayor medida S3-S4. Probable calcificación en el disco intervertebral de D10-D11".

5.- Informe del Servicio de Ecografía,
de 2014:

, de fecha 12 de febrero

...

Diagnóstico: Exploración ecográfica compatible con esguince grado I del ligamento colateral radial de la rodilla derecha"

6.- Informe de la Unidad de Neurofisiología, _____ de fecha 11 de abril de 2014:

"... Diagnosticada de fibromialgia... ha sido diagnosticada también de artritis reumatoide. Presenta sintomatología ansioso-depresiva de muy larga evolución... Persiste en la referencia de ánimo triste, irritabilidad, astenia, apatía, dolores generalizados, aumento de ansiedad basal, insomnio mixto, ideación rumiativa obsesivoide y dificultades cognitivas de características distímicas. Su evolución sigue siendo con altibajos. Mejorías transitorias leves y empeoramientos recurrentes presentando una sintomatología de carácter fluctuante, sobre todo en el último año..."

Juicio clínico: Trastorno distímico (300.4)

..."

7.- Informe emitido por el _____ de fecha 13 de enero de 2015:

"Informe ecográfico:

..."

Resumen: Tiroides multimodular, probablemente asociado a una hiperplasia multimodular con aumento de vascularización del parénquima"

8.- Informe emitido por el _____ de fecha 29 de septiembre de 2015:

El estudio de la región sacro-coxígena revela la presencia de 2 quistes de Tarlov superpuestos a 2ª y 3ª vertebra sacra....

El examen de columna lumbar revela... pequeños nódulos de Schmorl en platillos vertebrales superiores de L3, L2 y L1.

..."

Afectación degenerativa discreta de elementos posteriores en L4-L5 y L5-S1.

..."

9.- Informe del Servicio de Psiquiatría, _____, de fecha 4 de febrero de 2016:

"Paciente de _____ años de edad en seguimiento en psiquiatría por persistir sintomatología ansioso-depresiva reactiva..."

10- Informe del Servicio de Diagnóstico por Imagen, _____ de fecha 15 de febrero de 2016:

"Ecografía codo izquierdo

..."

Conclusión: Probable epicondilitis izquierda"

11.- Informe emitido por la
noviembre de 2016:

Reumatóloga, de fecha 24 de

" ...

AP: depresión, colon irritable, espondiloartrosis, patología tiroidea

La paciente refiere dolores musculoesqueléticos generalizados, columna, trocánteres, rodillas, manos... etc, de características mixtas que no responden a los tratamientos habituales.

Ha sido diagnosticada de Sdr. Fibromiálgico... se ha iniciado tratamiento, en varias ocasiones, que no ha resultado eficaz o que se abandona por intolerancia... etc.

A ello se suman sequedad orofaríngea, ocular, cutánea y episodios de dolor articular (artritis en mano dcha)... se ha diagnosticado Sdr Sjögren primario. Se mantienen los diagnósticos de espondiloartrosis cervical, dorsal y lumbar.

RMN de c. cervical: rectificación lordosis. Protrusiones discales C3-C4, C5-C6 y C6-C7 con c. degenerativos que ocasionan ligero estrechamiento del canal.

RMN de c. dorsal: discopatía D10- D11 y D7- D8 y D12-L1 con pequeñas protrusiones discales.

RMN de c. lumbar: Protrusiones discales L1-L2 y L5-S1

RMN de mano dcha (2013): liquido en articulación radiocubital dorsal...

RMN de rodilla ida (2012): rotura compleja del cuerno posterior del menisco interno

Juicio Clínico:

- **Sdr. Fibromiálgico**
- **Sdr Sjögren primario, afectación serosas....**
- **Espondiloartrosis, discopatía**

" ...

12.- Informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, H.
le fecha 5 de diciembre de 2016:

" ...

Antecedentes personales:

- ...
- **Artritis ATM bilateral**
- ...
- **Fibromialgia**
- **S. Sjögren**
- **Artritis reumatoide**

...

Enfermedad actual:

Acude a consultas externas desde hace varios años manifestando crisis de dolor intenso, profundo, continuo, penoso, degradable e incapacitante en col. Vertebral, hombros, rodillas, tobillos y manos. Asociado de crisis de cervicalgia, cefalea,

nucalgia, acufenos, vértigos periféricos paroxísticos repetitivos e irradiación del dolor a MMSS, más al MSD. Con sensación de parestesias, disestesias, falta de fuerza y limitación de la movilidad... Como consecuencia de ello desencadena un cuadro de epicondilitis que precisa de tratamiento médico, ortesis, rehabilitación sin mejoría.

El dolor, disnea, debilidad y fatiga continua en el raquis y las contracturas han provocado una actitud cifótica con dolor y rigidez matutina, que le cuesta realizar la ABVD.

Debido a los mareos, ha sufrido varias caídas con lesión en MMII... siendo vista y tratada en su hospital de referencia con rotura del LPAA.

Aqueja además crisis de dolor, chasquido, bloqueos y derrame en rodilla izda. Así como también dolor en art sacroilíaca y lumbociática del MII...

La persistencia del dolor lumbar y ciática del MII, provoca cuadro de dolor, tensión e impotencia funcional en arco plantar y talón del pie izdo. Por espolón incipiente y fascitis plantar. Que originan un cuadro de picodepresión con insomnio...

Como consecuencia del dolor generalizado, trastornos digestivos, picodepresión e impotencia funcional de varios meses de evolución sin ninguna mejoría se diagnostica de fibromialgia, siendo enviada a su hospital de referencia y a la unidad del dolor para su seguimiento. Sin embargo, las dolencias y su limitación han aumentado en la columna cervical, col. Dorsal, col. Lumbar, hombros, manos, etc... con afectación discal, articular, tendinoso con calcificaciones en el hombro, lesión de fibrocartilago triangular del carpo etc. Sufriendo un claro empeoramiento de sus lesiones....

Ha realizado tratamiento multidisciplinar sin observar mejoría alguna. Las molestias van en aumento, así como su impotencia funcional, como lo demuestran las interconsultas, exploraciones, tratamientos y la asistencia a urgencias en varios centros.

...

Diagnóstico clínico:

S. Fibromialgia, A. Reumatoidea. S de Sjogren, Trastorno del Sueño- osteopenia. Escoliosis DL. Cervicoartrosis con discopatias múltiples VC3-VC7, Hernia discal VC5-VC6 con radiculopatía del MSD. S. de latigazo cervical postraumático reiterado., Espondiloartrosis dorso-lumbar con discopatías varias VL4-VS1. Hernias de Schmorl T11-T12-VL1-VL4. Protrusión discal: T7-T8-T12-VL1. Quiste de Tarlov S2-S3-S4. Discartrosis calcificada de T10-T11 y Espondilitis lumbar baja. Tendinitis calcificada del MR con bursitis subacromial bilateral. Epicondilitis crónica del codo dcho. Sinovitis Radio cubital del MSD. Ganglión cubital del MSI. Lesión del fibro cartilago triangular del carpo de MSI. Trocanteritis bursitis de cadera MMII. Sinovitis de rodilla con quiste de Baker, rotura del miri. Esguince de LLI de MII. Esguince de tobillo izdo. Con inestabilidad lateral crónica con rotura inverterada de LLE. Glaucoma y Cataratas...Nódulos tiroideos biolaterales. Artrosis Acromio clavicular. Bocio MULT nodular tiroideo. Nódulos pulmonares Base PD y en LSI. Diverticulitis. Hemorroides, Pólipo Sigma. Trastorno distímico. Alteración psico emocional.

Tratamiento médico:

Farmacológico, ortesis, rehabilitación, fisioterapia, ondas de choque, reumatología, m. interna, digestivo, cardiología, reumatología, rehabilitación, COT, oftalmología,

ORL, unidad del sueño, unidad del dolor, unidad de columna e inter consulta multidisciplinar.

Pronóstico:

Grave, puesto que se trata de una paciente joven con un proceso crónico, degenerativo, progresivo, deformante, irreversible e incapacitante. Es una poliartritis reumática en col cervical con gran afectación en col. Vertebral, siendo esta más intensa y multisegmentaria en col cervical y lumbar sacra, con afectación discal, articular, ligamentosa y con síntomas de lesión neurológica periférica sobre todo el MSD y MII. Como demuestra el vértigo continuo, rigidez intensa, dolor e impotencia funcional en el raquis. Que se ha visto empeorado por las lesiones añadidas de la co. Dorsal con cifosis y artrosis y discopatías. En la col lumbar con discopatías múltiples de VL1-VL5, sobre todo en VL4-VL5-VS1. Con espondilosis progresiva, con gran limitación en estática y dinámica por la lesión osteoarticular y neurológica. Así como en quiste de Tarlov S2-S3-S4. Que se ve empeorada por la presencia de una Pluripatología Osteoarticular y sistémica de alto grado.

No mejora con la terapia convencional, siendo necesario acudir a unidad de Reumatología, Neurocirugía, Unidad de columna y unidad del dolor...

...

Pato biomecánica de la columna:

...

La patología de la articulación glenohumeral y subacromial del MSD. Viene desarrollada tanto por la patología cervical como por los múltiples accidentes sufridos. Ahora padece una tendinosis, tendinitis del SE. Calcificada hasta que ha originado un S. de compresión subacromial y bursitis o derrame subacromial crónico, y actualmente con artrosis del art. Acromio-clavicular.

La epicondilitis del codo dcho. Es por sobrecarga al no tener una norma fisiología en el hombro no en la col cervical.

La lesión de rodilla y el tobillo izdo. Son traumáticas con sinovitis, quiste de Baker en el MII y lesión del LLE. Con inestabilidad del mismo como consecuencia del vértigo continuo, dejando una gran incapacidad funcional en el MII...

Así como la presencia de A. Reumatoidea, S. Sjogren, bursitis, trocanteritis de cadera izda, sinovitis y ganglión de muñecas... Terminando en un trastorno psico emocional y distímico...

Algunas de estas patologías son subsidiarias de terapia quirúrgica, pero su indicación es muy problemática, tanto por las crisis de psicodpresión así como por la presencia de la fibromialgia con la presencia de dolor generalizado, crónico... con gran impotencia funcional que le dificulta realizar las ABVD...

Se trata de una entidad nosológica de etiología desconocida y sin tratamiento médico específico...

Fisiopatología del dolor:

...

... Se trata de una paciente joven, con alteraciones en la norma anatomía y norma fisiología del raquis severas, ya que presenta una menor capacidad de amortiguación y una disminución en la flexibilidad del raquis, y tras su intervención fallida, adolece de una inestabilidad y falta de equilibrio del

raquis, Sumado a un dolor crónico mixto, desagradable, persistente, lacerante, profundo etc...

...

*Es estas circunstancias y a pesar de realizar todo tipo de terapéutica, sin notar ninguna mejoría. Por consiguiente, **se aprecia una incapacidad progresiva y una limitación de su autonomía**, por una poli artritis crónica, progresiva, presencia de artritis reumatoidea, S. de Sjogren con lesiones en el raquis y esqueleto axial, asociado a un S. ansioso-depresivo reactivo... que empeora el curso de la enfermedad pluripatológica"*

13.- Informe de la Unidad de Neurofisiología, de
fecha 12 de diciembre de 2016:

*"... **Diagnosticada de fibromialgia...** ha sido diagnosticada también de **artritis reumatoide**. Presenta **sintomatología ansioso-depresiva** de muy larga evolución... Persiste en la referencia de ánimo triste, irritabilidad, astenia, apatía, dolores generalizados, aumento de ansiedad basal, insomnio mixto, ideación rumiativa obsesivoide y dificultades cognitivas de características distímicas. Su evolución sigue siendo con altibajos. Mejoras transitorias leves y **empeoramientos recurrentes** presentando una sintomatología de carácter fluctuante, sobre todo en el último año...*

*Juicio clínico: **Trastorno distímico (300.4)***

..."

14.- Informe del Servicio de Radiodiagnóstico, le fecha 28 de
febrero de 2017:

"TC de tórax sin contraste

..."

Conclusión:

*- **Enfisema pulmonar. Lesiones nodulares milimétricas en LII"***

15.- Informe del Servicio de Medicina Interna, de fecha 6 de
marzo de 2017:

"Motivo de consulta: Segunda opinión médica de un cuadro de Fibromialgia y Fatiga a pequeños esfuerzos.

..."

Proceso actual:

*Consulta por tener... un cuadro de dolor generalizado osteomuscular de predominio en cuello, hombros, axis y extremidades, afectando a los 4 cuadrantes. Ha tenido un **empeoramiento progresivo en los últimos 3 años con intolerancia progresiva a la actividad**. Ha tenido muchas contracturas crónicas y tendinopatias de repetición multiópticas. Tiene calambres nocturnos en pantorrillas y parestesias distales de predominio ESD... se ha objetivado **artropatía degenerativa de D10-D11 y escoliosis dorsal, cervicoartrosis facetaria C3-C7, con canal medular estrecho, RMN col lumbar con protrusión discal D XII-L1, hernias de Schomrl, con***

estenosis de canal vertebral a varios niveles, así como muchas entesopatias con epicondilitis, sinovitis- ganglión de muñecas, trocanteritis crónica que ha requerido infiltraciones analgésicas... Tendinitis- bursitis... meniscopatía del cuerno posterior rodilla izda... Fue diagnosticada... de fibromialgia. Asocia sintomatología de fatiga física a pequeños esfuerzos y afecta marcadamente a esfera cognitiva... Necesita ayuda para actividades mínimamente intensas... Le cuesta mucho iniciar una mínima actividad por la mañana, con mucha rigidez difusa. Le cuesta mantener posturas fijas. Su estado de ánimo ha sido inestable con síndrome ansioso depresivo reactivo... Ritmo intestinal alterado tipo colon irritable... Se ha controlado por varios especialistas de Traumatología, Cardiología, Neumología y Clínica de Dolor... Ha tomado Lyrica y Tamadol mal tolerado.

Exploración clínica:

... RNL disminución global de fuerza muscular... marcada inestabilidad motora a marcha en tándem... dolor a palpación de los 18/18 puntos FM con hiperalgesia difusa. Escoliosis dorsal, signos de contractura paravertebral difusa.

Conclusiones:

Corroboro en segunda opinión médica que esta paciente está afectada de un claro cuadro de fibromialgia... de grado intenso (grado III). Asocia además mucha otra comorbilidad con sd de fatiga crónica con grado moderado (grado II). afectando a esfera física y cognitiva, hiperlaxitud ligamentosa con artropatía degenerativa, discopatías y tendinopatías repetidas, distimia, disautonomía, sd seco de mucosas, colon irritable... EPOC- efisema. Se trata de un conjunto de enfermedades de curso crónico, relacionadas entre sí... En estas enfermedades disponemos solo de tratamiento sintomático, de baja eficacia global, con posibles intolerancias. La previsión evolutiva es de persistencia, con posibles oscilaciones.

...

16.- Informe del Servicio de Neuropsicología,
2017:

≃ fecha 17 de abril de

"Valoración de deterioro y fatiga cognitiva

...

Motivo de consulta:

La paciente acude a esta consulta por primera vez para valoración de las posibles afectaciones cognitivas derivadas de padecer Encefalomiелitis miálgica/ Síndrome de fatiga crónica (EM/SFC) y fibromialgia (FM)... empeoramiento notorio de ambas enfermedades en los últimos tres años.

...

Conclusiones:

Según se desprende de este estudio y a la luz de las pruebas disponibles... presenta, como efectos propios de padecer Encefalomiелitis miálgica/Síndrome de fatiga crónica (EM/DFC) y fibromialgia (FM):

- A- El perfil neurocognitivo defectuológico es coherente con el descrito como propio de la EM/SFC, lo cual incluye típicamente caída cualitativa o cuantitativa de varios de los percentiles claves del rendimiento neuropsicológico bajo presión temporal y carga de trabajo.*

B- Considerando los valores cuantitativos y los fenómenos cualitativos obtenidos en las 18 pruebas (9+9) y 2 complementarias, los déficits cognitivos encontrados con la carga de esfuerzo son variados y de distinta intensidad:

- Déficit de la memoria a corto plazo...

Fatiga cognitiva asociada temporalmente al esfuerzo mental

Déficit leve de la atención-concentración y del procesamiento de la información

En el límite bajo de la normalidad, la memoria de trabajo y la planificación-control

C- El grado de fatiga cognitiva y la afectación mental asociado al tiempo y al esfuerzo propio de la EM/SFC, se estima globalmente grado II-III de IV, con empeoramiento en situaciones de sobreesfuerzo psicofísico y agotamiento (Hasta microbloqueos mentales).

D- ...

E- ...

F- El trastorno y fatiga cognitiva actual globalmente interfiere con la funcionalidad de vida cotidiana y laboral, y se estima que la limita de forma objetiva, para poder cumplir con sus plenas responsabilidades laborales, sociales, familiares y personales.

G- A nivel pronóstico, el cuadro defectuológico cognitivo en la EM/SFC y FM, muestra una clara tendencia a la cronificación, con posible lenta progresión negativa en alguna función cognitiva, y con una más que probable irreversibilidad al nivel premórbido inicial. No aparece descrito en la literatura científica, medicación o programa de rehabilitación, que muestre evidencia robusta de mejoría cognitiva para la EM/SFC."

17.- Informe del Servicio de Reumatología, 27 de abril de 2017:

de fecha

"MC: paciente citada como revisión...

...

EA: Refiere algias de ritmo mecánico en columna lumbar y algias de tipo miofacial generalizadas... Insomnio crónico. En seguimiento por psiquiatría por sd depresivo... Sd oral y ocular...

EF: ... Puntos miofasciales: todos... CC: dolor al final del movimiento, limitado en grados últimos...

JC: Sd miofascial. Espondiloartrosis. Sd seco en paciente en tratamiento antidepressivo.

..."

18.- Informe de la Unidad del Síndrome de Fatiga Crónica, de fecha 6 de junio de 2017:

"...

Enfermedad actual:

Se inicia en la adolescencia... con cervicalgias consultando en La princesa y siendo catalogada de Patología Discal y Degenerativa Cervical y escoliosis. Como continúo con la sintomatología dolorosa que se extendió al resto de las articulaciones con marcada limitación funcional y marcado agarrotamiento muscular, consulta de nuevo, al ir progresando el cuadro y presentando epicondilitis de repetición por lo que recibió numerosas infiltraciones.

Simultáneamente inicia astenia e intolerancia al esfuerzo progresivo...

A partir de 1997 empieza un marcado deterioro... se diagnostica de fibromialgia y canal estrecho cervical siguiendo controles en unidad del dolor... Desde unos años antes inicia sintomatología depresiva por mala relación de pareja. Inicia bajas laborales repetidas desde eses año 2006 y en 2007 se le reconoce la incapacidad laboral total.

Por persistencia de la sintomatología es valorada por varios reumatólogos que incluso la diagnostican de artritis reumatoide y fibromialgia. Este año solicita valoración en Hospital quien establece el diagnóstico de SD de fatiga crónica. La paciente ha ido desarrollando de una forma aditiva y progresiva la siguiente sintomatología clínica característica del sd de fatiga crónica.

- **Astenia:** se inicia a partir de los 21 años, empeora con los embarazos y sigue un curso progresivo hasta la actualidad. Se caracteriza por:

...

- **Ha causado un descenso paulatino de su actividad física a menos del 20-30%**

- No puede ocuparse de las tareas de la casa sin ayuda
- Intolerancia a la deambulaci3n más de 15-20 minutos
- Disnea y palpitaciones de moderados esfuerzos. Se le han detectado arritmias y taquicardias
- Intolerancia al esfuerzo físico con astenia postesfuerzo de más de 2-3 días en cama
- Abolición de vida de ocio y laboral
- Precisa descansos mantenidos a lo largo del día y descansos entre tareas

- **Afectaci3n músculo-articular:**

- Sd miofacial por lo que es portadora de férula de AM
- Mialgias tipo agujetas intensas que empeoran con el esfuerzo. Miclonias postesfuerzo
- ...
- Dolor poliarticular difuso, errático y cambiante

- **Sintomatología neurocognitiva con:**

- **Sintomatología neurológica:**

- Hipersensibilidad a la luz solar... Intolerancia al ruido. Intolerancia a productos químicos... o a los olores.
- Cefalea de tipo migrañoso...
- Parestesias y disestesias en piernas y manos
- Descoordinaci3n motora
- Inestabilidad cefálica

- **Varios episodios de pérdida de conciencia**
- **Sintomatología neurocognitiva: se inicia hace 2 años...**
 - **Dificultad a la lectura con problemas de atención y concentración...**
 - **No puede integrar nueva información**
 - **Confusión. Olvidos frecuentes. No recuerda lo que ha hecho y lo lleva todo apuntado**
 - **Alteración de la planificación de tareas**
 - **Episodios de afasia nominal, cambia palabras. Se bloquea**
 - **Desorientación témporo-espacial**
 - **Sintomatología depresiva-ansiosa...**
- **Sintomatología Inmunológica en forma de:**
 - **Clínica constante y progresivo**
 - ...
 - **Síndrome seco bucal y ocular**
 - ...
- **Alteraciones en el patrón del sueño: Insomnio de conciliación y despertares frecuentes, con sueño no reparador y ausencia de fase REM en estudio de sueño con apneas.**
- **Sintomatología neurovegetativa en forma de:**
 - ...
 - **Sd de colon irritable....**

...

Se ha realizado un amplio screening que ha descartado otros procesos médicos o psiquiátricos inductores de fatiga. La paciente cumple ampliamente los criterios para el Síndrome de Fatiga Crónica del consenso internacional del año 2011, presentando una progresiva incapacidad para mantener una actividad no solo laboral, sino con marcada limitación para actividades de la vida diaria regular y eficiente.

Exploraciones complementarias:

- ...
- ❖ **RMN abdominal: lesiones focales hepáticas compatibles con hemangiomas...**
- ...
- ❖ **Ecografía de codo izquierdo: Probable epicondilitis izquierda**
- ...
- ❖ **RMN hombros:**
 - **Izquierdo: compatible con tendinosis del supraespinoso y calcificación de subescapular**
 - **Derecho: mínimos signos de artrosis acromioclavicular. Tendinitis crónica**

- ❖ **RMN de rodillas y pie:**
 - **Rodilla izquierda: compatible con esguince grado I del ligamento colateral radial...**
 - **Rodilla derecha: lesión compleja en cuerno posterior del menisco interno**
 - **Pie izquierdo: derrame articular de primera metatarsfalángica. Rotura del ligamento peroneo-artragalino anterior, rotura longitudinal del tendón del peroneo corto. Tendinopatía del tendón del peroneo largo.**

- ❖ **RMN cadera izquierda: Signos de trocanteritis izquierda con imágenes de calcificación. Imagen quística ovoidea en hemipelvis izquierda**

- ❖ **RMN de columna y sacro- coccis:**
 - ✓ **Cervical: leve protrusión en C3-C4 pinzamiento y protrusión en C4-C5-C6-C7. Canal ligeramente estrecho por protrusiones disco- osteofitarias**
 - ✓ **Dorsal: hernia de Schmorl en D12 a L1 y L4.**
 - ✓ **Lumbar: pequeños nódulos de Schmorl en platillos vertebrales L3-L2 y L1. Alteración degenerativa de los elementos posteriores de L4 a S1. Mínima protrusión discal de L1-S1.**

...

- ❖ **Estudio de disfunción cognitiva funcional por medio de una batería neuropsicológica en Clínica ...:**
Perfil cognitivo compatible con deterioro cognitivo de múltiples dominios descrito como propio de SFC/FM lo que incluye la caída de varios percentiles claves en el rendimiento cognitivo bajo presión temporal y carga de trabajo. Los déficits cognitivos encontrados son:
 - **Fatiga cognitiva asociada temporalmente al esfuerzo mental**
 - **Déficit leve de atención-concentración y procesamiento de la información**
 - **Déficit de la memoria a corto plazo**
 - **En límite inferior de la normalidad memoria de trabajo y planificación-control**

El grado de fatiga cognitiva es de moderado hasta intensa intensidad globalmente grado II/II de IV, con empeoramiento en situaciones de sobreesfuerzo psicofísico y agotamiento hasta microbloquos mentales...Dicho grado interfiere con la funcionalidad en tareas de la vida diaria, pudiendo llegar a ser incapacitante. A nivel pronóstico muestra una tendencia a la cronificación y con una más que probable irreversibilidad a nivel premórbido inicial.

Tras valoración actual del cuadro clínico se establecen los siguientes diagnósticos actuales de la enferma:

- **SD DE FATIGA CRÓNICA LIMITANTE, DE PREDOMINIO COGNITIVO...**
- **FIBROMIALGIA de larga evolución**

- **Comorbilidades asociadas:**
 - **Enfisema pulmonar**

- *Bocio multimodular*
- *Sd apneas del sueño leve. Alteración del sueño con sueño muy desestructurado*
- *Patología traumatológica profusa:*
 - *Patología discal y degenerativa cervical- dorsal y lumbar con canal medular estrecho a nivel cervical*
 - *Quiste de Tarlov superpuestos a 2º y 3º vertebra sacras*
 - *Epicondilitis izquierda recidivante*
 - *Tendinopatía crónica de ambos hombros*
 - *Ganglión yuztaarticular en mano derecha*
 - *Trocanteritis izquierda*
 - *Rodilla izquierda: compatible con esguince grado I del ligamento colateral radial...*
 - *Rodilla derecha lesión compleja en cuerno posterior del menisco interno*
 - *Pie izquierdo rotura del ligamento peroneo-estragalino anterior, rotura longitudinal del tendón peroneo corto. Tendinopatía del tendón del peroneo largo.*

Todo este complejo sintomático causa en la paciente una marcada limitación funcional, no solo en el ámbito laboral sino también en el personal y social...

19.- Informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, H de fecha 12 de junio de 2017:

“ ...

Antecedentes personales:

- ...
- ***Artritis ATM bilateral***
- ...
- ***Fibromialgia***
- ***S. Sjögren***
- ***Artritis reumatoide***

...

Enfermedad actual:

Acude a consultas externas desde hace varios años manifestando crisis de dolor intenso, profundo, continuo, penoso, degradable e incapacitante en col. Vertebral, hombros, rodillas, tobillos y manos. Asociado de crisis de cervicalgia, cefalea, nucalgia, acufenos, vértigos periféricos paroxísticos repetitivos e irradiación del dolor a MMSS, más al MSD. Con sensación de parestesias, disestesias, falta de fuerza y limitación de la movilidad... Como consecuencia de ello desencadena un cuadro de epicondilitis que precisa de tratamiento médico, ortesis, rehabilitación sin mejoría.

El dolor, disnea, debilidad y fatiga continua en el raquis y las contracturas han provocado una actitud cifótica con dolor y rigidez matutina, que le cuesta realizar la ABVD.

Debido a los mareos, ha sufrido varias caídas con lesión en MMII... siendo vista y tratada en su hospital de referencia con rotura del LPAA.

Aqueja además crisis de dolor, chasquido, bloqueos y derrame en rodilla izda. Así como también dolor en art sacroilíaca y lumbociática del MII...

La persistencia del dolor lumbar y ciática del MII, provoca cuadro de dolor, tensión e impotencia funcional en arco plantar y talón del pie izdo. Por espolón incipiente y fascitis plantar. Que originan un cuadro de picodepresión con insomnio...

Como consecuencia del dolor generalizado, trastornos digestivos, picodepresión e impotencia funcional de varios meses de evolución sin ninguna mejoría se diagnostica de fibromialgia, siendo enviada a su hospital de referencia y a la unidad del dolor para su seguimiento. Sin embargo, las dolencias y su limitación han aumentado en la columna cervical, col. Dorsal, col. Lumbar, hombros, manos, etc... con afectación discal, articular, tendinoso con calcificaciones en el hombro, lesión de fibrocartilago triangular del carpo etc. Sufriendo un claro empeoramiento de sus lesiones....

Ha realizado tratamiento multidisciplinar sin observar mejoría alguna. Las molestias van en aumento, así como su impotencia funcional, como lo demuestran las interconsultas, exploraciones, tratamientos y la asistencia a urgencias en varios centros.

...

Diagnóstico clínico:

S. Fibromialgia, A. Reumatoidea. S de Sjogren, Trastorno del Sueño- osteopenia. Escoliosis DL. Cervicoartrosis con discopatías múltiples VC3-VC7, Hernia discal VC5-VC6 con radiculopatía del MSD. S. de latigazo cervical postraumático reiterado., Espondiloartrosis dorso-lumbar con discopatías varias VL4-VS1. Hernias de Schmorl T11-T12-VL1-VL4. Protrusión discal: T7-T8-T12-VL1. Quiste de Tarlov S2-S3-S4. Discartrosis calcificada de T10-T11 y Espondilitis lumbar baja. Tendinitis calcificada del MR con bursitis subacromial bilateral. Epicondilitis crónica del codo dcho. Sinovitis Radio cubital del MSD. Ganglión cubital del MSI. Lesión del fibro cartilago triangular del carpo de MSI. Trocanteritis bursitis de cadera MMII. Sinovitis de rodilla con quiste de Baker, rotura del miri. Esguince de LLI de MII. Esguince de tobillo izdo. Con inestabilidad lateral crónica con rotura inverterada de LLE. Glaucoma y Cataratas...Nódulos tiroideos biolaterales. Artrosis Acromio clavicular. Bocio MULT nodular tiroideo. Nódulos pulmonares Base PD y en LSI. Diverticulitis. Hemorroides, Pólipo Sigma. Trastorno distímico. Alteración psico emocional.

Tratamiento médico:

Farmacológico, ortesis, rehabilitación, fisioterapia, ondas de choque, reumatología, m. interna, digestivo, cardiología, reumatología, rehabilitación, COT, oftalmología, ORL, unidad del sueño, unidad del dolor, unidad de columna e inter consulta multidisciplinar.

Pronóstico:

Grave, puesto que se trata de una paciente joven con un proceso crónico, degenerativo, progresivo, deformante, irreversible e incapacitante. Es una poliartritis reumática en col cervical con gran afectación en col. Vertebral, siendo esta más intensa y multisegmentaria en col cervical y lumbar sacra, con afectación discal, articular, ligamentosa y con síntomas de lesión neurológica periférica sobre todo el MSD y MII. Como demuestra el vértigo continuo, rigidez

intensa, dolor e impotencia funcional en el raquis. Que se ha visto empeorado por las lesiones añadidas de la co. Dorsal con cifosis y artrosis y discopatias. En la col lumbar con discopatías múltiples de VL1-VL5, sobre todo en VL4-VL5-VS1. Con espondilosis progresiva, con gran limitación en estática y dinámica por la lesión osteoarticular y neurológica. Así como en quiste de Tarlov S2-S3-S4. Que se ve empeorada por la presencia de una Pluripatología Osteoarticular y sistémica de alto grado.

No mejora con la terapia convencional, siendo necesario acudir a unidad de Reumatología, Neurocirugía, Unidad de columna y unidad del dolor...

...

Pato biomecánica de la columna:

...

La patología de la articulación glenohumeral y subacromial del MSD. Viene desarrollada tanto por la patología cervical como por los múltiples accidentes sufridos. Ahora padece una tendinosis, tendinitis del SE. Calcificada hasta que ha originado un S. de compresión subacromial y bursitis o derrame subacromial crónico, y actualmente con artrosis del art. Acromio-clavicular.

La epicondilitis del codo dcho. Es por sobrecarga al no tener una norma fisiología en el hombro no en la col cervical.

La lesión de rodilla y el tobillo izdo. Son traumáticas con sinovitis, quiste de Baker en el MII y lesión del LLE. Con inestabilidad del mismo como consecuencia del vértigo continuo, dejando una gran incapacidad funcional en el MII...

Así como la presencia de A. Reumatoidea, S. Sjogren, bursitis, trocanteritis de cadera izda, sinovitis y ganglión de muñecas... Terminando en un trastorno psico emocional y distímico...

Algunas de estas patologías son subsidiarias de terapia quirúrgica, pero su indicación es muy problemática, tanto por las crisis de psicod depresión así como por la presencia de la fibromialgia con la presencia de dolor generalizado, crónico... con gran impotencia funcional que le dificulta realizar las ABVD...

Se trata de una entidad nosológica de etiología desconocida y sin tratamiento médico específico...

Fisiopatología del dolor:

...

... Se trata de una paciente joven, con alteraciones en la norma anatomía y norma fisiología del raquis severas, ya que presenta una menor capacidad de amortiguación y una disminución en la flexibilidad del raquis, y tras su intervención fallida, adolece de una inestabilidad y falta de equilibrio del raquis. Sumado a un dolor crónico mixto, desagradable, persistente, lacerante, profundo etc...

...

Es estas circunstancias y a pesar de realizar todo tipo de terapéutica, sin notar ninguna mejoría. Por consiguiente, se aprecia una incapacidad progresiva y una limitación de su autonomía. Y por consiguiente una motilidad reducida, como consecuencia de una poli artritis crónica, progresiva, presencia de artritis reumatoidea, S. de Sjogren con lesiones en el raquis y esqueleto axial, asociado a un S. ansioso-depresivo reactivo... que empeora el curso de la enfermedad pluripatológica"

20.- Informe de Polisomnografía nocturna del
de fecha 26 de enero de 2010:

“...
“

Conclusión: Sueño nocturno con muy baja eficiencia e importante desestructuración del mismo... Dificultad para conciliar y mantener el sueño nocturno...”

21.- Informe de SPECT CEREBRAL de fecha 16 de junio de 2017:

“Resumen:

Discreta hipoperfusión parietal posterior bilateral, temporal anteromedial, orbito frontal, lóbulo cuadrilátero y cíngulo anterior...”

22.- Informe de Prueba de Evaluación Cardiopulmonar y reserva funcional CPET de la Unidad de Fisiología del Ejercicio emitido por el Dr. 25 de mayo de 2017:

“...
“

El paciente presenta una tolerancia muy baja ante una jornada de trabajo de 8 horas para tareas habituales, lo que lo habilita solo para tareas de baja intensidad o jornadas laborales acortadas en el tiempo.

“...
“

Conclusiones:

Estos datos unidos a su patrón restrictivo pulmonar indican la existencia de causas para una limitación funcional de origen cardiopulmonar.

“...
“

b) Prueba submaxima... Denota una limitada adaptación a la acidosis.

2.- Criterios musculares:

La relación VO₂/W es de 9,09 (rango de normalidad 10-12). Que sugiere una baja capacidad oxidativa muscular o disminución del aporte sanguíneo (compatible con alteración cronotrópica) lo que determina un mal estado de acondicionamiento físico.

3.- Criterios ventilatorios:

La frecuencia ventilatoria basal está elevada, siendo de 20r/m con una ventilación basal de 7 litros, que aumenta a 26r/m en el pico de esfuerzo con una ventilación máxima de 36l. 54% de la VMV, muy por debajo de los valores ideales, lo que sugiere una ventilación poco eficiente.

Resumen:

“...
“

2.- Su ILF de 2,25 claramente elevado, sugerente de una mala adaptación a la acidosis dando una limitación de predominio recuperativo de grado moderado a severo. Este patrón es muy compatible con el de personas limitadas funcionalmente, muy sedentarias y/o en muy mal estado de forma física.

El informe concluye indicando que existe gran impotencia funcional que le dificulta realizar las ABVD. Es estas circunstancias y a pesar de realizar todo tipo de terapéutica, sin notar ninguna mejoría. Por consiguiente, **se aprecia una incapacidad progresiva y una limitación de su autonomía.** Y por consiguiente una **motilidad reducida,** como consecuencia de una poli artritis crónica, progresiva, presencia de artritis reumatoidea, S. de Sjogren con lesiones en el raquis y esqueleto axial, asociado a un S. ansioso-depresivo reactivo... que empeora el curso de la enfermedad pluripatológica.

En resumen, podemos constatar que estamos ante un cuadro clínico complejo que afecta tanto a nivel físico, a nivel cognitivo así como a nivel psíquico y que conlleva aparejadas unas limitaciones que restringen a la compareciente en las actividades de la vida diaria e impiden el retorno laboral. Presenta astenia intensa, dolores generalizados, insomnio, fatiga fácil, ansiedad, como consecuencia del cuadro pluripatológico y limitaciones en actividades de la vida diaria. **Está sobradamente demostrado como el dolor y la incapacidad cronicados generan trastornos psicológicos y síntomas depresivos que vienen a empeorar el pronóstico de estas lesiones, como es el caso de la compareciente, así como la dificultad de reinserción laboral.**

Aplicando los criterios establecidas en el R.D 1971/1999, de 23 de diciembre, así como las tablas establecidas al efecto, el grado de discapacidad apreciable estaría entre el 77 y el 82%.

Cuarto.- De conformidad con el art. 4 del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, "serán objeto de valoración tanto las limitaciones en la actividad que presente la persona, como, en su caso, los factores sociales complementarios relativos, entre otros, a su entorno familiar y situación laboral, educativa y cultural, que dificulten su integración social".

Es especialmente relevante la cronicidad de los síntomas y la permanencia de los mismos que le imposibilitan realizar actividades cotidianas de su vida diaria con normalidad.

En cuanto al **entrono laboral**, la paciente no puede retornar al mercado conforme lo indican los diferentes informes médicos aportados. Pero los mismos coinciden también en que la paciente presenta importante limitación a nivel social y familiar.

Quinto.- Que la compareciente no realiza una vida diaria normal sino que presenta **discapacidad**, en relación a la clasificación Internacional de la OMS que define la

discapacidad como *"la restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad, en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano"*.

La sentencia TSJ de Asturias Sala de lo Social, sec. 1ª, S 18-5-2007, nº 2204/2007, rec. 2214/2006. Pte: Prado Fernández, se incide en el concepto de minusvalía que le imposibilitan para realizar una actividad dentro del margen que se considera normal para el ser humano:

"La minusvalía, en cambio, se fija en función de la discapacidad global de la persona y su incidencia personal, laboral y social: se entiende por minusválido toda persona cuyas posibilidades de integración educativa, laboral o social se hallen disminuidas como consecuencia de una deficiencia, previsiblemente permanente, de carácter congénito o no, en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales (artículo 7.1 de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos).

Manifestación de la diferencia entre ellas es, además, que una y otra se determinan de forma distinta. La minusvalía mediante la aplicación de baremos donde se fijan en qué medida concreta las deficiencias permanentes de los distintos órganos, aparatos o sistemas, restringen o suprimen la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano; y también mediante la aplicación de criterios predeterminados para evaluar las circunstancias personales y sociales que pueden influir sobre la persona en sentido negativo (artículos 1, 5 e Introducción del Anexo I, del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía) "

En virtud de lo expuesto,

SUPLICA a la Dirección General de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid 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 jurisdiccional social, y, previos los trámites legales, dicte resolución por la que estimando la solicitud, se le reconozca el derecho a la calificación de la resolución sobre el grado de discapacidad en un porcentaje igual o superior al 65%.

En Madrid a 10 de agosto de 2017

Fdo.



 Dirección General de Atención
a Personas con Discapacidad
CONSEJERÍA
DE POLÍTICAS SOCIALES Y FAMILIA
Comunidad de Madrid



REGISTRO DE SALIDA
Fecha: 06/10/2017

Ref:
C. de Políticas Sociales y Familia
Centro Base
Destino:

AVENIDA

Madrid)

'17

**NOTIFICACION DE RESOLUCION
SOBRE EL GRADO DE DISCAPACIDAD**

Le notificamos la Resolución de esta misma fecha sobre la determinación del grado de discapacidad, adjuntándole la misma, así como Dictamen Técnico Facultativo emitido por el Equipo de Valoración y Orientación a nombre de:

D^a. con DNI nº 0

El Dictamen Técnico Facultativo tiene como finalidad el que Vd. conozca los datos que se han tenido en cuenta para calificar su grado de discapacidad.

La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.es mediante el siguiente código seguro de verificación:

Madrid, a fecha de firma
LA DIRECTORA DEL CENTRO BASE

Firmado digitalmente por:
Organización: COMUNI
Fecha: 2017 10 06 10:00:00
Huella dig.:

**CENTRO BASE Nº DE ATENCION
A PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

'17

/2

En relación con la reclamación previa del Grado de Discapacidad, presentada por D^a.
, con DNI n° () al amparo del Real Decreto 1971/1999, de 23 de
diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de
discapacidad, y considerando los siguientes

HECHOS

Primero.- Con fecha 15 de diciembre de 2016 tuvo entrada en el Centro Base n° de
Atención a Personas con Discapacidad la solicitud de reconocimiento de grado de discapacidad
formulada por D^a.

Segundo.- El Equipo de Valoración y Orientación n° en función del reconocimiento
realizado y documentación aportada, en Junta celebrada el día 02 de octubre de 2017 emitió el
correspondiente Dictamen Técnico Facultativo de fecha 02 de octubre de 2017.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero.- La competencia para resolver la presente solicitud corresponde al titular de la Dirección
General de Atención a Personas con Discapacidad en virtud del artículo 9.a) del Decreto 197/2015,
de 4 de agosto, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica de la
Consejería de Políticas Sociales y Familia, en relación con lo dispuesto en el artículo 7 de la Orden
710/2000, de 8 de mayo, de la Consejería de Servicios Sociales, por la que se establece el
procedimiento de actuación para la aplicación y desarrollo del Real Decreto 1971/1999, de 23 de
diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de
discapacidad.

Segundo.- La calificación del grado de discapacidad se determina mediante la aplicación del
baremo establecido en el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, según se establece en el
artículo 5 de dicho Real Decreto y en el artículo 4 de la Orden 710/2000, previa emisión por el
Equipo de Valoración y Orientación correspondiente del preceptivo Dictamen Técnico Facultativo,
de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2 de la Orden 710/2000.

La autenticidad de este documento se puede comprobar
mediante el siguiente código seguro de verificación:

En virtud de lo anteriormente expuesto,

RESUELVO

ESTIMAR la Reclamación Previa planteada modificando la valoración de fecha 10 de julio de 2017, y estableciendo el grado de discapacidad del interesado en un 65%, según se refleja en el Dictamen Técnico adjunto.

Por lo que, en conjunto, se reconoce un a D^a, con
DNI nº

GRADO TOTAL DE DISCAPACIDAD DEL 65% .
BAREMO DE MOVILIDAD : NEGATIVO (0), NO ALCANZA EL MÍNIMO REQUERIDO

Desde el 15 de diciembre de 2016.

Esta Resolución, tiene carácter definitivo por no preverse mejoría razonable.

El interesado podrá instar revisión del grado por agravamiento o mejoría transcurrido un plazo mínimo de 2 años desde la fecha de esta resolución, salvo circunstancias contempladas en Art. 11.2 del R.D. 1971/1999 y el Art. 8 de la orden 710/2000.

Lo que se notifica advirtiéndole que la presente resolución agota la vía administrativa, pudiendo interponer contra la misma demanda ante el Juzgado de lo Social correspondiente dentro de los TREINTA días siguientes a la fecha de esta notificación, conforme a lo establecido en el Art. 71 de la Ley 36/2011, de 10 de Octubre, reguladora de la Jurisdicción Social (BOE de 11/10/2011).

Madrid, a fecha de firma
EL DIRECTOR GENERAL DE ATENCIÓN A PERSONAS CON
DISCAPACIDAD
PDF. Resolución Nº: .016, de 22 de agosto
LA SUBDIRECTORA GENERAL DE VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

Firmado digitalmente por:
Organización: COMUNIC
Fecha: 2017.10.05 15:22:4
Huella dig.: 9

CENTRO BASE Nº DE ATENCIÓN
A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
C

17

DICTAMEN TÉCNICO FACULTATIVO

El equipo de valoración y orientación nº del Centro Base nº de la Comunidad de Madrid, en la Junta celebrada el día 02 de octubre de 2017 a las 12:30 emite el siguiente

DICTAMEN

D^a. , con DNI nº , nacida el de de , en el momento del reconocimiento presenta:

- 1º TRASTORNO DE LA AFECTIVIDAD por TRASTORNO DISTIMICO de Etiología PSICOGENA
- 2º DISCAPACIDAD MULTIPLE por SINDROME ALGICO de Etiología IDIOPATICA
- 3º LIMITACION FUNCIONAL DE COLUMNA por TRASTORNO DEL DISCO INTERVERTEBRAL de Etiología DEGENERATIVA

correspondiéndole, por estos conceptos y en aplicación de los Baremos de Valoración de Grado de Discapacidad aprobados por Real Decreto 1971/1999 de 23 de Diciembre (B.O.E de 26 de Enero de 2000) y Corrección de Errores del R.D. 1971/1999(B.O.E. de 13/03/2000), un

GRADO DE LIMITACIÓN EN LA ACTIVIDAD GLOBAL DEL 57%

Asimismo, examinadas las circunstancias que concurren y aplicados los Baremos Sociales, se establece una puntuación por

FACTORES SOCIALES COMPLEMENTARIOS de 8 puntos

por lo que, en conjunto, se reconoce un

GRADO TOTAL DE DISCAPACIDAD DEL 65% BAREMO DE MOVILIDAD : NEGATIVO (0), NO ALCANZA EL MÍNIMO REQUERIDO

La valoración anterior ha tenido en cuenta los mandatos del Real Decreto 1971/99 de 23 de diciembre (B.O.E. de 26 de enero de 2000) y se han aplicado los baremos de los Capítulos 1, 2, 16 y Anexo II.

La autenticidad de este documento se puede comprobar mediante el siguiente código seguro de verificación: 1

Madrid, a fecha de firma
LA PRESIDENTA DEL E.V.O.

Firmado digitalmente por:
Organización: COMUNIL
Fecha:
Huel

Desi Boeva

QuieroAbogado.es
El sitio definitivo para solucionar sus problemas legales



Telf. 915309695 y 915309698

Abogada Laboralista especialista en Seguridad Social y Derecho Laboral

Abogado col. 118.246, Ilustre Colegio de Abogados de Madrid