



**JDO. DE LO SOCIAL N.  
OVIEDO**

SENTENCIA: 2021

**AUTOS: SSS SEGURIDAD SOCIAL NÚM. /2020**

**SENTENCIA**

En la ciudad de Oviedo, a de febrero del año dos mil veintinueve.

Vistos por D. Juez Sustituto del Juzgado de lo Social Núm. de Oviedo, los presentes autos seguidos con el número /2020, siendo demandante D<sup>a</sup>. , representada por el Letrado D. VICENTE JAVIER SAIZ MARCO, y demandado el Instituto Nacional de la Seguridad Social y la Tesorería General de la Seguridad Social, representados por el Letrado D. , y que versan sobre prestaciones

**ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** En fecha /02/2020 se presentó la demanda rectora de los autos de referencia, en la que, tras la alegación de los hechos y fundamentos que se estimaron oportunos se suplica que se dicte sentencia "declarando que como consecuencia de las lesiones que padece se encuentra incapacitada de forma ABOSLUTA para toda profesión u oficio con derecho a percibir una pensión mensual equivalente al 100% de la base reguladora mensual de euros en 14 pagas al año con las revalorizaciones y mejoras que legalmente procedan con efectos económicos desde el de noviembre de 2019 fecha en que se emite el dictamen propuesta, y de forma subsidiaria, para el caso de no ser estimado el pedimento anterior, se declare que la actora se encuentra incapacitada para su profesión habitual de Orientadora Formadora, condenando a los demandados a estar y pasar por esta declaración y a que se satisfaga una pensión del 55 por 1000 de la base reguladora mensual ya determinada, con efectos económicos desde el día de noviembre de 2019".

**SEGUNDO.-** En el acto del juicio celebrado el día '01/2021, la parte actora se ratificó en su petición, oponiéndose el demandado por las razones que constan en el acta, recibiendo el juicio a prueba, practicándose documental y pericial, informando nuevamente las partes en apoyo de sus pretensiones.



PRINCIPADO DE  
ASTURIAS



**TERCERO.-** En el presente procedimiento se han observado todas las prescripciones legales.

#### **HECHOS PROBADOS**

**PRIMERO.-** La actora, D<sup>a</sup>. nacida en fecha , figura afiliada al régimen general de la seguridad social con el número siendo su profesión la de orientadora formadora, actividad que desarrolla en la empresa

**SEGUNDO.-** Seguidas actuaciones administrativas se dictó Resolución el /2019 por la Dirección Provincial de Asturias del Instituto demandado, previa propuesta del Equipo de Valoración de Incapacidades, declarando que la actora no estaba afectada de incapacidad permanente al no alcanzar las lesiones que padece un grado suficiente de disminución de su capacidad laboral. La reclamación previa formulada el /01/2020 fue desestimada el /01/2020.

**TERCERO.-** D<sup>a</sup>. presenta: Diagnosticada de Síndrome de Fatiga crónica/Fibromialgia/Sensibilización Química múltiple. Cardiopatía isquémica tipo angor de esfuerzo. T. adaptativo mixto. Asma bronquial con buen control.

**CUARTO.-** Fue reconocida por el facultativo del Equipo de valoración DE Incapacidades emitiéndose el dictamen-propuesta en fecha 11/2019.

**QUINTO.-** En relación a los antecedentes médicos constan el expediente administrativo los siguientes informes y partes médicos:

- parte interconsulta, de fecha 20/09/2017, firmado por el Dr. y dirigido al Área de Cirugía Maxilo-facial del , en el que se recoge lo siguiente "SIGNO/SINTOMA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR / Dolor sostenido en la zona de la ATM izda de meses de evolución, con contractura muscular temporal palpable a temporadas y generación de cefaleas de perfil tensional sostenidas y poco respondedoras a tto convencional. Ya porta férula nocturna y su odontólogo ha limado las cúspides del cordal. Sin alivio. / Expl actual: hipertonia de masetero, dolor en la presión sobre la ATM, temporales simétricas, dolor periocular sin hallazgos en la inspección visual. Orofaringe normal";



PRINCIPADO DE  
ASTURIAS



- informe emitido en fecha '10/2017 por el Servicio de Cirugía Maxilofacial del en el que se recoge un diagnóstico de "Síndrome miofascial+Wilkes II" y se pauta "nueva férula de descarga oclusal / Envío a rehabilitación";
- informe emitido en fecha '11/2017 por el Servicio de Medicina Interna del en el que se indica que la actora padece de "Fibromialgia/sd fatiga crónica / Mareos en relación con alta ingesta de tramadol+Valium / Anemia ferropénica leve", señalándose que se trata de una paciente "con múltiples quejas somáticas en el contexto del diagnóstico de fibromialgia, astenia, dolor abdominal, distensión, ausencia de ingesta lactosa desde gastroenteritis, mareos, rechaza apoyo salud mental por falta de soluciones a su problema crónico. Dolor actualmente localizado en articulación TM izda sin hallazgos patológicos en pruebas de imagen. Mareos y parestesias en manos que relaciona con esguince cervical postraumático. / En base a anemia ferropénica, sin menstruaciones abundantes, más clínica digestiva solicito gastroscopia para descartar enfermedad celíaca+analítica completa con la revisión con ATG / ... / Ha mejorado del dolor que motivó su consulta a nivel cervical y de articulación temporo mandibular. Ahora refiere otras quejas "picor interno en el pecho" y fatiga, la AP es normal sin sibilancias. / Analítica normal, recuperación de las citas de Hb, y sin ningún dato de actividad inflamatoria. Eosinofilia conocida y estable en probable relación con su alergia a acaros y hongos. Demanda pruebas de alergia que no considero necesarias y no indico. Se descarta enfermedad celíaca. / C maxilo facia: / Expl: Clics tempranos bilaterales, hiperplasia condilea derecha, con mordida cruzada izda y bordeante anterior. Brusismo extremo. Férulas de descarga oclusal incorrectas. Dolor en más de 4 puntos gatillo. No refiere bloqueos articulares. Recomiendan nueva férula y tto rehabilitador", recomendándose valoración por Salud Mental y disminuir la dosis de zaldiar y alternar con ibuprofeno;

- informe clínico emitido en fecha 28/03/2018 por el Dr. -Neurologo-, en el que se recoge lo siguiente "(...) el dolor por el que consulta cabe neuropático. En este contexto es buena indicación mantener CYMBALTA y propongo asociar NOBRITOL nocturno (y suprimir DIACEPAM 5 que toma al acostarse en tanto este preparado lleva la misma dosis, esto es, 5 mg). Si pasado un mes no ha apreciado una mejoría sustancial pasará a NOBRITOL F y mantener al menos un mes. Si la respuesta no fuera convincente,



PRINCIPADO DE  
ASTURIAS

podrán considerarse los neuromoduladores (TOPIRAMATO, ZONISAMIDA, GABAPENTINA, ...);

- informe emitido en fecha 11/04/2019 por el Servicio de Radiodiagnóstico del HUCA se recogen los siguientes hallazgos "Calcificación en relación con el tendón glúteo mediano izquierdo con un eje mayor craneocaudal de 4 mm, hallazgo que se asocia a una bursitis profunda entre dicho tendón y el tracánter. Por otro lado, tienen una mínima bursitis superficial. / Con respecto a la aparente atrofia de la musculatura glútea izquierda con respecto a la derecha sí que se aprecia mayores estrias grasas en el glúteo y disminución del volumen de los mismos y una clara causa / Alteraciones sacroiliacas sin alteraciones / Nota: Tiene realizada recientemente una de RM de pelvis donde ya se indetificaban en la presencia de algunos quistes en ambos ovarios y discreta cantidad de líquido en fondo de saco de Douglas"
  
- parte interconsulta, de fecha 23/04/2019, firmado por el Dr. . y dirigido al Servicio de Salud Mental, en el que se consigna lo siguiente "(...) paciente con múltiples problemas de salud, fundamentalmente dolor crónico de semiología coincidente con un síndrome de sensibilización central, muy presente y afectando de forma notable la calidad de vida. Intolerancia a fármacos coadyuvantes tipo pregabablina y gabapentina, si tolera Duloxetina, pero con poca eficacia clínica. Repercusión afectiva importante";
  
- parte interconsulta, de fecha 23/04/2019, firmado por el Dr. y dirigido al Servicio de Medicina Interna, en el que se recoge lo siguiente "FIBROMIALGIA MODERADA/SEVERA+SDME DE SENSIBILIZACIÓN CENTRAL / (...) múltiples problemas en relación con síndromes dolorosos tras patología local más o menos banal, que alcanzan niveles importantes y responden poco o nada a analgesia convencional y coadyuvada, estudiada y dada de alta por MÍ tras no obtener otro diagnóstico alternativo con la indicación posible de ser derivada a unidad de referencia en Síndrome de Sensibilización Central (Htal Clínico de ;
  
- parte interconsulta, de fecha 02/05/2019, firmado por el Dr. y dirigido al Servicio de Medicina Interna, en el que se recoge lo siguiente "EOSINOFILIA / Paciente diagnosticada de fibromialgia, asma bronquial, disfunción temporomandibular y lumbalgia crónica, evidencia reciente de bursitis troncanterea activa, que presenta un cuadro compatible con síndrome de sensibilización central (extremo dolor residual a

cualquier problema, de intensidad desproporcionada y con una nula efectividad de los tratamientos etiológicos o analgésicos sintomáticos), valorada hace unos meses por todo esto en relación con cuadro de astenia desproporcionada. Se solicita nueva valoración por empeoramiento, asociado a alteración analítica aislada llamativa (eosinofilia marcada, aunque había tenido cifras limítrofes, se atribuyen a su condición de asmática). Rg valoración”;

- informe emitido en fecha 17/05/2019 por Clínica (se dice que “Los déficits cognitivos detectados cuantitativa y cualitativamente en los diferentes tests de la batería neurocognitiva PIEN-B, así como las dificultades cognitivas de vida diaria reportadas por la paciente, se estima que limitan globalmente en un Grado II de III, y llegando al Grado III puntualmente en situaciones de fatiga y sobreesfuerzo. En concreto, junto con la sintomatología física, la sintomatología cognitiva limita en grado notable a la paciente para poder cumplir con las responsabilidades y exigencias laborales como orientadora laboral y formadora, en su puesto de trabajo de intensidad y jornada habituales. (...) Según se desprende de este estudio y a la luz de las pruebas disponibles (...) y habiendo valorado: 1.- Los resultados cuantitativos psicométricos obtenidos en los tests de batería neuropsicológica 2.- Los fenómenos especiales de tales tests, y 3.- las dificultades cognitivas subjetivas reportadas por la paciente en su vida cotidiana, resumo las siguientes conclusiones de presentar como efectos cognitivos propios de padecer Síndrome de sensibilización central (SSC) que incluye Encefalomiелitis miálgica/Síndrome de fatiga crónica (EM/SF) y Fibromialgia (FM): / A.- El perfil neurocognitivo defetuoológico detectado es compatible con el descrito por padecer EM/SFC. Se puede detectar “fatiga cognitiva”, o sea sistémica cáida cualitativa o cuantitativa de varios de los percentiles claves de rendimiento nueropsicológico bajo presión temporal y de carga de trabajo. / B.- Considerando los valores cuantitativos y fenómenos cualitativos obtenidos en las 18 pruebas (9+9) y 2 complementarias, los déficits cognitivos encontrados sobre todo con la carga de esfuerzo son variados y de distinta intensidad: / -Deficit en: la memoria a corto plazo (textos-inseguridad mnésica, nube mnésica, bajo beneficio de pistas semánticas); la atención-concentración central (en especial la sostenida), y fenómenos de fatiga cognitiva asociada temporalmente a la carga de esfuerzo temporal físico y mental (caída del rendimiento cuantitativo y cualitativo) / -Deficit algo

más leve en: la memoria de trabajo (peor la no-verbal que la verbal), el procesamiento de la información (lentificación, errores no percibidos, microbloqueos) / En el límite bajo la normalidad: alteraciones en el cálculo mental (más dependientes los déficits centrales anteriores, que de la verdadera acalculia) y la memoria inmediata (series verbales-moderada curva de olvido, intrusiones, dubitación formal de respuestas mnésicas). / -Ya dentro de la normalidad estadística, se detectan mermas cualitativas en el pensamiento abstracto teniendo en cuenta el alto nivel premórbido del que parte (investigadora predoctorado) / Respecto al grado de déficit y fatiga cognitiva asociado a cansancio y esfuerzo psicofísico aunque tal esfuerzo no sea objetivamente excesivo, se estima que la paciente se encuentra globalmente en Grado II de III, y pudiendo alcanzar puntualmente Grado III en situaciones de fatiga y esfuerzo / D- El presente estudio corrobora las quejas subjetivas de la paciente (de memoria, de atención y concentración) reflejadas en los informes de Medicina interna (2017) y de Psiquiatría (año 2016), ambos del Hospital Universitario Central de Asturias, lo que sugiere que la sintomatología cognitiva no es actual, sino presente desde hace por lo menos cuatro años, o más. / E.- Este perfil cognitivo defectuológico no se debe primariamente a un trastorno afectivo psicológico o psiquiátrico. Las causas de la sintomatología cognitiva en los SSC (EM/SFC, FM) son orgánicas, aunque no bien conocidas aún. Sin embargo, en momentos de estrés y sobrecarga afectiva, la sintomatología cognitiva es muy susceptible de aumentar. / F.- No cumple los criterios clínicos y psicométricos para poder diagnosticar demencia (o en nueva designación diagnóstica: Trastorno neurodegenerativo mayor) / G.- El trastorno y fatiga cognitiva actual globalmente interfiere intensamente con la funcionalidad de la vida cotidiana y laboral, y se estima que le limita claramente para poder cumplir con sus tareas cotidianas ella sola en contextos vitalmente válidos (casa, aficiones, amistades, trabajo). En concreto, junto con la sintomatología física, la sintomatología cognitiva de forma notable a la paciente para poder cumplir con las responsabilidades y exigencias laborales como orientadora laboral y formadora, en su puesto de intensidad y jornada habituales. / H.- A nivel de pronóstico, el cuadro defectuológico cognitivo en la EM/SFC y cuadro afines, muestra una clara tendencia a la cronificación, con la posible lenta progresión 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 los SSC (SFC y FM)";

- informe elaborado en fecha 25/05/2019 por el Dr. \_\_\_\_\_ (perteneciente al Hospital Clínico de \_\_\_\_\_), que expresa lo siguiente "CORROBORO que el cuadro clínico crónico y complejo de esta paciente corresponde a un SD DE SENSIBILIZACIÓN CENTRAL que incluye FIBROMIALGIA (CIE M79.0) de grado intenso (grado III sobre III), SD DE FATIGA CRONICA (CIE G93.3) de grado moderado (grado II sobre iii) pero afectando a esfera de actividad física y cognitiva y SENSIBILIDAD QUIMICA MULTIPLE con PSEUDOASMA, que valoramos con cuestionario QEES. Como otra comorbilidad tiene Hiperlaxitud ligamentosa, Escoliosis dorsolumbar, Endometriosis, DISAUTONOMÍA con ORTOSTATISMO Y DISTERMIA y SD SECO DE MUCOSAS. Se trata de un conjunto de enfermedades de curso crónico, relacionadas entre sí, con una base antiinflamatoria sistémica. NO le permiten ni hacer el 30% del global de las actividades previas, tanto de esfera física como cognitiva. Previsiblemente será un cuadro persistente, con mala respuesta sintomática y mucha influencia por factores químicos y ambientales. /.../ RECOMENDAMOS: /-Hacer solo una leve actividad física suave en periodos cortos, sin sobreesfuerzos (andar 30' mañana y tarde) -Hacer estiramientos antes de inicio de actividad -DIETA biológica sin grasas animales ni lácteos de origen animal. Reducir pan y pastas. Repartir ingesta en 5 tomas -EVITAR completamente contacto con productos químicos irritantes ambientales -EVITAR contacto con radiaciones electromagnéticas cercanas (telefonía móvil, pantallas, wifis) tanto en ambiente laboral como domestico -Hacer test QEESI de Sensibilidad Química MEDICACIÓN: Iniciar secuencialmente según tolerancia HIDROALTESONA (1-0-0) hasta Octubre. MAGNOGENE (0-1-0) FLUMIL forte comp 600 mg efervescente /día (3 meses) MELATONINA 1,9 (0-0-2) HIDROFEROL 1 ampolla bebida semanal PHYLARM gotas oculares por la noche RECONNECT (0-1-0) 3 meses. Resto medicación sin cambios. No tomar estrógenos"
- informe emitido en fecha 06/06/2019 firmado por el Dr. \_\_\_\_\_ en el que se indica que la actora "presenta una reacción con marcada angustia y desesperación. Sigue distintos ttos y entre ellos Zaldiar (3-5 past/día de Zaldiar). Toma 60 mg de Cymbalta, no tolera dosis más altas y tampoco tolera lyrica ni gabapentina. Actualmente en IT. ID: Reacción mixta ansioso depresiva. Tto: Valdoxan 25 (0-0-1), Cymbalta 30 (1-0-0), Valium 5 si precisa. La complejidad del cuadro

- somático de la paciente hace recomendable un periodo de it hasta la valoración de medicina interna";
- informe de valoración fisiológica emitido en 27/05/2019 por la Dra. -Especialista en Medicina del Deporte y Valoración funcional en SFC-se recogen las siguientes conclusiones "1. Disminución Moderada de la Capacidad Aeróbica Máxima evaluada a través del consumo máximo de oxígeno Valres inferiores al correspondiente por edad y sexo 61%). Basado en la American Medical Association Guidelines for Impairment Rating (Make & Jones, 1997) el 55, 2% de pacientes con un VO<sub>2</sub> máximo inferior a 20 ml/kg/minutos (19ml/min/kg) y un Umbral anaerobico (12,6ml/min/kg) corresponde a la clase 2 de invalidez, lo que indica una alteración de Grado Moderado. Durante el Re-Testse confirman los datos máximos, disminuyendo el punto de Umbral anaeróbico (stress orgánico), lo que conlleva a realizar la mayor parte del ejercicio a partir de 40 vatios en metabolismo de stress (anaerobico) dependiente exclusivamente de la glucosa como sustrato energético. / 2. Valores de Capacidad de Trabajo en Parametros inferiores (61% del correspondiente por edad y sexo) 6,2METS. La Organización Internacional del Trabajo considera el 40% o menos del consumo máximo de Oxígeno (VO<sub>2</sub> max) como el umbral aceptable para las demandas fisiológicas (SEGURAS) sobre un día de trabajo de 8 horas. En este caso para se limitaría a 8-9ml/kg/min (2,5-3METS). Ejemplos, de actividades con el coste funcional que supondría (hacer la cama necesitamos un consumo de 11,6ml/kg/min) ducharse (7,0ml/kg/min); ir conduciendo al trabajo (8,75ml/kg/min), estar sentado en el ordenador (5,25ml/kg/min). / 3. Alteración del Sistema Nervioso Autónomo. Durante el R-Test se observan cifras tensionales más bajas (al instaurarse la fatiga) y se confirma el mal controlde la Tensión Arterial para permanecer en bipedestación (intolerancia a estar de pie). Durante el Test de Schellong (10minutos) se observa aumento de la percepción de fatiga, inestabilidad y aumento de la FRECUENCIA CARDIACA Y DE LA TENSION ARTERIAL EN EL RE-TESTAL INSTAURARSE LA FATIGA DISAUTONOMÍA. / 4.- Distermia en reposo y en esfuerzo se observa una incompetencia del Sistema vascular periférico para adaptarse a alas demandas de ejercicio físico, que se refleja a través de la medición de la temperatura periférica, observándose una respuesta plana, no observándose el ascenso esperado de la temperatura periferica durante el esfuerzo (vasodilatación). Alteración tanto en cifras alcanzadas como en su comportamiento no existiendo vasodiltación vascular como

respuesta al movimiento. Existiendo una HIPOTERMIA y una RESPUESTA ALTERADA al esfuerzo que ponen de manifiesto la alteración del Sistema Nervioso Autonomo que le impide adaptarse y recuperarse de un esfuerzo, generando un malestar pos-tesfuerzo. / 5.- Inflexibilidad Metabolica durante el esfuerzo existiendo una limitación para metabolizar la grasa como sustrato energetico a nivel mitocondrial siendo el metabolismo muy dependiente de del consmo de glucosa poder realizar cualquier actividad sin generar fatiga, aumentando dicha dependencia en el Re-test (gráficas) / 6.- Otros: Dicha disminución de la capacidad funcional no puede ser atribuible al sedentarismo en el cual la capacidad funcional puede estar disminuida hasta un 20-25% y no un 39% como en este caso".

- informe emitido en fecha 14/08/2019 por Clínica se recoge un diagnóstico de cardiopatía isquémica tipo angina de pecho de esfuerzo y se pauta "Masdil 60 (...), Nitroplast 5 (...), Adiro 100 (...), Cafinitrina si precisa (...), Pendiente TAC de arterias coronarias (realizar en el Centro Médico de Asturias), Revisión después del TAC coronario";
- informe emitido en fecha 25/09/2019 por el Dr.
  - perteneiente al Servicio de Medicina Interna del Centro Médico de
  - se recoge el siguiente juicio clínico "Hiperreactividad/Asma bronquial / Terreno celiaco, por el momento sin haberse evidenciado "lesión intestinal", Gastritis y Helicobacter pylori erradicado en 2009 / Cefaleas migrañoso-tensionales y Disfunción témporo-mandibular/Bruxismo / Dolor pélvico crónico, sin confirmarse por el momento fondo endométrico. Fibroadenoma de mama bilateral / Síndrome/complejo de Fibromialgia-Fatiga Crónica-Sesnsibilidad Quimica Multiple, con predominio de dolor y de astenia, en grado moderado a aevero, con Limitación funcional. / Fondo distémico-depresivo, en gran parte adaptativo y agravado por la sintomatología general somática, en Apoyo psicofarmacológico", y se refleja el siguiente tratamiento "Por el momento, aún a falta de confirmación de un fondo celiaco, sigue Dieta sin gluten y con precaución respecto a los Lacteos / Como medicación gastroprotectora, ZANTAC 150mg (...) / Para los dolores osteoarticulares, por el momento: NAPROXYN 500mg (...) y como medicación complementaria alternará ZALDIAR y/o DOLOCATIL 650mg (...) / Como medicación psicofarmacológica, CYMBALTA 60mg (...) y DUNA 2,5mg (...) / Como suplementos vitaminico-férricos: FOLI-DOCE (...), FLORAVITAL jarabe (...) e HIDROFEROL (...) / Si lo precisa como medicación inhalada ALVESCO 160 (...) / Pendiente



tratamiento hormonal por Ginecología / Es importante el Apoyo por Fisioterapia/Rehabilitación, así como el Apoyo psicoterapéutico". Asimismo, se añade la siguiente nota "Tengase en cuenta la intensidad y la cronicidad de su patología, bien documentada en múltiples informes, a efectos de de la consideración de la Baja Laboral"

- informe emitido en fecha 03/10/2019 por el Servicio de Neumología del que en el apartado impresión diagnóstica recoge "Asma bronquial, buen control" y en el que se pauta "Relvar 92/22: 1 inhalación cada 24 horas. Luego enjuagar y lavar la boca".
- informe emitido en fecha 21/10/2019 por el Servicio de M. Interna del en el que se indica lo siguiente "(..) los estudios realizados resultan normales y el cuadro clínico es compatible y ha sido diagnosticado en otro centro de síndrome de fatiga crónica. / Tiene realizado recientemente cuestionaria QEESE de sensibilidad química múltiple positivo grado II-III/IV en el hospital clínico de Barcelona. / Estudiada de problema de dolor torácica se le diagnostica de cardiopatía isquémica por test de esfuerzo positivo clínico y eléctrico en clínica Asturias pendiente de completar estudios por cardiología del HUCA. Alta por MI"; h) informe emitido en fecha 23/10/2019 por el Dr. , en el que se indica "Revisión de su proceso. Diagnosticada de sensibilidad química múltiple. A mayores diagnosticada por fibromialgia y astenia crónica. Valorada en Clínica , se habla de déficit cognitivo en este contexto. Algias múltiples aparentes de predominio torácico que en Urgencias no se detectó nada. Valorado privadamente por Cardiología, se hace Ecocardiograma normal con prueba de esfuerzo positiva clínica y EKG para isquemia con descenso de ST en 1 mm en cara inferior y v3-4-5-6 que se normaliza en 4 minutos. Se inició tratamiento con Madil 60 1-1-1. Nitroplast 5 mg un parche diario. Cafinitrina sí. Está yendo a Psiquiatría, donde tras varios ajustes se ha logrado dejar solo con Cymbaltia 60 mg 1-0-0 y Diacepam 5mg 0-0-1 así a mayores si precisa. / Valorada por Medicina Interna, con test positivo H Pilory que se pauto tratamiento sin mejoría aparente. / Valorada en Digestivo, se hace manometría esofágica con normalidad al límite bajo para mantener peristasis: / Valorada por Dr. onde se habla de QEESE configurando grado II-III/IV según SANOMA", se indica que el tratamiento, en ese momento, incluía los siguientes fármacos: Zolmitriptan, Naproxeno, Utrogestán, Lexxema tópica, Cafinitrina sí (si precisa), Famotidina, Benerva,



PRINCIPADO DE  
ASTURIAS



ADMINISTRACION  
DE JUSTICIA

Relva Inhalator, Zaldiar, Diacepam, Hidroferol, Cymbalta, Ubiquinol y Hemaplex II; y se recoge que "Dada la múltiple problemática de la paciente, consensuamos: / Utilizar Naproxeno sódico 550 mg 1-2 cp para dolor si precisa / Si no eficacia, emplear en segunda línea Zolmitripan pero a dosis de 5mg tope. / Envío a unidad de Cefaleas para valorar posibilidad de toxina butolínica dada comorbilidades e incapacidad para tolerar otros tratamientos. / Dado que el caso de la paciente excede con mucho la patología neurológica es recomendable valoración en Unidad Especializada en Síndrome de Sensibilidad Química/Astenia crónica";

- parte interconsulta emitido en fecha 29/10/2019 por el Dr. [redacted] dirigido al Servicio de Reumatología del H. [redacted] se expone lo siguiente "FIBROMIALGIA SERVERA, SDME DE FATIGA CRONICA+SDME DE SENSIBILIZACIÓN CENTRAL / Paciente conocida, en reuma de HANM (Dra. [redacted] con los diagnosticos previos, que precisa un informe de cara a tramitación de minusvalía. Muy afectada para las actividades de la vida diaria";

**SEXTO.**- Consta informe médico emitido en fecha 28/05/2020 por el Dr. [redacted] (documento número 2 aportado por la actora en el acto de la vista que se da por reproducido), en el que se indica que la actora presenta los siguientes problemas de salud: "06/2000-ASMA EXTRÍNSECA CONFIRMADA POR METACOLINA / 06/2007-MIGRAÑA REFRACTARIA / 04/2009-MAMA NODULO FIBROADEMONAS / 09/2011-LUMBALGIA (SIN IRRADIACION) CRONICA CON FIBROMIALGIA REACTIVA / 11/2014-FIBROMIALGIA SEVERA, SDME DE FATIGA CRÓNICA+SDME SENSIBILIZACIÓN CENTRAL / 05/2015-COXALGIA DERECHA. HERNIACIÓN SINOVIAL / 05/2015-ENDOMETRIOSIS / 11/2015-FIBROMA (ÚTERO) / 09/2016 REACTIVA DEPRESIÓN / 06/2017-ODINOFAGIA ALTA (DOLOR FARINGEO PERSISTENTE) / 01-2019-ESPASMO NE ESOFÁGICO? / 01/2019-ANGINA DE ESFUERZO NO ARTERIOESCLERÓTICA / 04/2019-SINDROME DE FATIGA CRÓNICA / 05/2019-EOSINOFILIA / 05/2019-GASTRITIS CRÓNICA H PYLORI+TTO ERRADICADOR / 05/2019-SÍNDROME DISAUTONÓMICO (ORTOSTATISMO Y DISTERMIA) / 07/2019-ADEMONA DE TIROIDES / 10/2019-EPICONDITIS Dercho/a / 02/2020-TRONCANTERITIS / 04/2020-ALTERACIÓN NUTRICIONAL", consignándose en el apartado de observaciones que "Dada la patología múltiple y compleja de esta paciente, se le recomendó consultar con un especialista de enfermedades autoinmunes específicamente capaz de valorar cuadros de este tipo. / De acuerdo con este consejo, la paciente ha sido examinada por el Dr. [redacted] (internista del H. Clínico de Barcelona, especialista en enfermedades autoinmunes) que recoge en un informe actual: / "Empeoramiento evolutivo de su cuadro clínico crónico y



PRINCIPADO DE  
ASTURIAS



complejo por Sensibilización Central que incluye Fibromialgia de grado Intenso (III/III), Síndrome de fatiga crónica de grado moderado e intenso (II-III/III) pero afectando a esferas de actividad física y cognitiva y Sensibilidad química múltiples con Pseudoasma, valorada como grado II-III por cuestionario QEESI. Otras comorbilidades relacionadas: migraña refractaria de difícil control, hiperlaxitud ligamentosa, escoliosis dorsolumbar, endometriosis, Disautonomía con ortostatismo y distemia y síndrome seco de mucosas. Este conjunto de enfermedades está cursando de forma crónica, y se consideran relacionadas entre sí con base en un cuadro autoinflamatorio sistémico. NO han mejorado con ILT prolongada. No le permiten hacer ni el 30% del global de las actividades previas, tanto de la esfera física como cognitiva. Previsiblemente el cuadro persistirá, con mala respuesta sintomática y mucha influencia por factores químicos y ambientales, puesta hasta ahora ha intolerado muchos de los tratamientos farmacológicos que se han testado, lo que limita mucho la respuesta terapéutica esperable. / Se le recomienda mantener una actividad física suave muy leve y en periodos cortos de no más de 10 minutos mañana y tarde, con estiramientos antes del inicio de la actividad, dieta biológica sin grasas animales ni lácteos, reduciendo pan y otros derivados de cereal, en ingestas pequeñas, y evitar completamente contacto con productos químicos irritantes ambientales y con radiaciones electromagnéticas cercanas, tanto en ambiente laboral como doméstico";

**SEPTIMO.-** Consta informe del Servicio de Cardiología de la Clínica ; documento número 3 aportado por la actora en el acto de la vista que se da por reproducido). emitido en fecha 14/08/2019 por el Dr. , se recoge que la actora padece de cardiopatía isquémica tipo angina de pecho de esfuerzo;

**OCTAVO.-** Consta informe de 'UNIDAD DE DOLOR (documento número 4 aportado por la actora en el acto de la vista, que se da por reproducido), emitido por los Dres. Z en fecha 16/07/2010, en el que se recoge que la actora esta diagnosticada de "SINDROME DE SENSIBILIZACIÓN CENTRAL / FIBROMIALGIA / SINDROME DE FATIGA CRONICA / SENSIBILIDAD QUIMICA MULTIPLE / PSEUDOASMA / DISAUTONOMÍA con Ortoestatismo y Distemia / MIGRAÑA REFRACTARIA / SINDROME ANSIOSO DEPRESIVO", siguiendo tratamiento en Hospital Clínico de Barcelona con el Dr. y que "Se trata de una paciente con una larga evolución de dolor generalizado miofascial, osteoarticular a la que se han añadido todos los diagnósticos referidos con



PRINCIPADO DE  
ASTURIAS



anterioridad. / Imposible realizar exploración física, severa intolerancia a maniobras exploratorias / Actualmente dependiente de POLIFARMACIA, sin control en dosis de algunos fármacos (Valium...) / Dadas las características que presenta la paciente RECOMENDAMOS / VALORACIÓN POR MEDICINA INTERNA (Solicitada consulta Dr. MÉDICO DE ASTURIAS) / VALORACION DE POSIBLE INGRESO HOSPITALARIO para proceso de reducción de POLIFARMACIA Y REONSIDERACIÓN DE TRATAMIENTOS”;

**NOVENO.-** Consta informe del Servicio de Neurología del (documento número 5 aportado por la actora en el acto de la vista que se da por reproducido), emitido en fecha 06/08/2020 por el Dr. se consigna en el apartado evolución que la actora “*Sigue mal. Con dolores diarios a múltiples niveles. En concreto tiene cefalea hemicraneal izquierda diaria, con fotofobia, sonofobia y clinofilia. Va tomando múltiples analgésicos para paliar la situación. Ha probado múltiples preventivos sin respuesta. Se derivó a Unidad de Cefaleas pero se decidió volver a enviar a la Consulta General. En concreto, comentamos que ha probado varios antidepresivos, antiepilépticos (en concreto, Topiramato, Zonegram, Gabapentina y Lyrica) y se pauta tratamiento farmacológico (Imigran 50 -un comprimido al inicio del dolor de cabeza que puede repetir a las dos horas-, Inacid 75 -un comprimido cada 12 horas durante 7 días, un comprimido diario durante 7 días y suspender. Posteriormente podrá tomarlo solo puntualmente-, Candesartan 8 -medio comprimido nocturno. Si al mes no ha mejorado, podrá tomar 1 comprimido) y revisión;*

**DECIMO.-** informe clínico del Servicio de Salud Mental del HUCA (documento número 6 aportado por la actora en el acto de la vista, que se da por reproducido), emitido en fecha 21/12/2020 por la Dra. , se recoge la actora tuvo “*Primer contacto en el CSM . de en octubre de 2016 diagnosticada de episodio depresivo y fibromialgia. Posteriormente, retorna al CSM en junio 2019 con síntomas compatibles con una reacción mixta ansioso-depresiva, debido a las limitaciones asociadas a un síndrome de sensibilidad central diagnosticado por médico privado en Barcelona. / Presenta una afectación anímica reactiva a diversas patologías físicas, sintomatología de baja autoestima, aumento de la reacción emocional a los dolores, irritabilidad, pérdida de apetito y peso, aislamiento, disminución de atención y concentración e ideas de muerte. Ruptura de identidad secundaria a cuadro doloroso y posible no aceptación de la enfermedad. Patrón de pensamiento rígido. Refiere pérdida de ilusión, marcada clinofilia,*



PRINCIPADO DE  
ASTURIAS



anergia. Escasa red de apoyo social. Agotamiento psicológico. / Actualmente a seguimiento por Psicología Clínica y consultas puntuales con Psiquiatría. En la última consulta con Psicología Clínica, el día 9/11/2020, se aprecia escasa evolución en la sintomatología y en toma de decisiones. Se decide realizar Interconsulta a Psiquiatría para valorar ajuste de tratamiento farmacológico. Continuará seguimiento en este mismo CSM";

**DECIMOPRIMERO.-** Consta informe del Servicio de Medicina Interna del CENTRO MÉDICO (documento número 7 aportado por la actora en el acto de la vista, que se da por reproducido). emitido en fecha 24/11/2020 por el Dr. , se recoge que la actora es "una paciente estudiada en diferentes especialidades y centros hospitalarios tras cuyas diferentes pruebas complementarias ha recibido los diagnósticos de fibromialgia, sensibilidad química múltiple/central, pseudoasma y cefalea mixta. En la actualidad su carga farmacológica se ha incrementado de forma progresiva sin traducción en un beneficio clínico neto, siendo imposible precisar a ciencia cierta las dosis consumidas (vive sola) o descartar interacciones/efectos secundarios de las mismas. / Es de interés subrayar que se entrelazan fármacos antihipertensivos por su migraña con analgésicos antiinflamatorios no esteroideos, opiáceos, nitratos, anti-histaminicos, hormonas, antidepresivos, benzodiacepinas, inhaladores... pudiendo llegar a consumir en el mismo día hasta 20 principios activos diferentes, algunos de ellos duplicando la misma familia. A nuestro juicio esta carga terapéutica resulta llamativa y posiblemente desproporcionada, recomendándose en su visita previa internamiento para desescalada farmacológica controlada / supervisada, en centro específico y bajo apoyo de psicoterapia. Dispone además de informe alternativo de M. Interna tras ser valorada ambulatoriamente en agosto de 2019 (Dr. )";

**DECIMOSEGUNDO.-** Consta informe clínico del Servicio de Salud Mental del (documento número 8 aportado por la actora en el acto de la vista, que se da por reproducido), se indica que la actora está a "seguimiento por Psicología Clínica y consultas puntuales con Psiquiatría. En la última consulta con Psicología Clínica, el día 9/11/2020, se aprecia escasa evolución en la sintomatología. El trabajo psicoterapéutico se orienta hacia la aceptación de las limitaciones de la enfermedad y en toma de decisiones. Se decide realizar Interconsulta a Psiquiatría para valorar ajuste tratamiento farmacológico. / Continuará seguimiento en este mismo CSM";



PRINCIPADO DE  
ASTURIAS

**DECIMOTERCERO.-** Consta informe del Servicio de Medicina Interna emitido por Hospital Clínico (documento número 9 aportado en el acto de la vista por la parte demandada, que se da por reproducido), emitido por el Dr. en fecha 12/05/2020, en el que se valora que la actora presenta "empeoramiento evolutivo de su cuadro crónico y complejo por SENSIBILIZACIÓN CENTRAL que incluye FIBROMIALGIA (CIE M7.0) de grado intenso (grado III sobre III), SD DE FATIGA CRÓNICA (CIE G93.3) de grado moderado a intenso (grado II-III sobre III) pero afectando a esferas de actividad física y cognitiva y SENSIBILIDAD QUÍMICA MÚLTIPLE con PSEUDOASMA, valorada como grado II-III por cuestionario QEESI. Como otra comorbilidad tiene MIGRAÑA REFRACTARIA de difícil control, Hiperlaxitud ligamentosa, Escoliosis dorsolumbar, Endometriosis, DISAUTONOMIA con ORTOSTATISMO y DISTERMIA y SD SECO DE MUCOSAS. Como ya hemos comentado previamente, está siendo un conjunto de enfermedades de curso crónico, relacionadas entre sí, con una base autoinflamatoria sistémica. No ha mejorado con ILT prolongada. No le permiten hacer ni el 30% del global de las actividades previas, tanto en la esfera física como cognitiva. Previsiblemente será un cuadro persistente, con mala respuesta sintomática y mucha influencia de factores químicos y ambientales. Intolera muchos de los tratamientos farmacológicos establecidos, hecho que limita mucho la respuesta terapéutica esperable", por ello se recomienda "Mantener solo una leve actividad física suave en periodos cortos, sin sobreesfuerzos (andar 10' mañana y tarde)- Hacer estiramientos antes de inicio de actividad - DIETA biológica sin grasas animales ni lácteos de origen animal. Reducir pan y pastas. Repartir ingesta en 5 tomas. - EVITAR completamente contacto con productos químicos irritantes ambientales - EVITAR contacto con radiaciones electromagnéticas cercanas (telefonía móvil, pantallas, wifis) tanto en ambiente laboral como doméstico - MEDICACIÓN: Iniciar PROCORALAN 5 (1-0. 0) hasta Octubre. MAGNOGENE (0-1-0). MELATONINA 1,9 (0-0-2). En vez de VALIUM, intentar DEPRAX 100 (0-0-1/2). PHYLARM gotas oculares por la noche. RECONNECT (0-1-0) 3 meses. MERITENE hiperproteico 1 sobre al día. Resto de medicación sin cambios. No tomar estrógenos":

**DECIMOCUARTO.** - Agotada, en fecha 29/04/2020, la duración máxima de 365 días de incapacidad temporal que la actora tenía reconocida, el INSS resolvió reconocerle la prórroga por un plazo máximo de 180 días, al considerar que durante ellos podría ser dada de alta por curación o por recuperación de la capacidad laboral (así resulta del

documento número 1 aportado por la actora en el acto de la vista que se da por reproducido).

**DECIMOQUINTO.** - Realizada una nueva valoración médica para evaluar, calificar y revisar la situación de prórroga de incapacidad temporal y, como consecuencia de la misma, el INSS resolvió que procedía emitir el alta médica con fecha 10/2020 (así resulta del documento número 1 aportado con la demanda que se da por reproducido)

**DECIMOSEXTO.** - De acuerdo con lo previsto en el art. 170.2 de la Ley General de la Seguridad Social, el INSS resolvió emitir alta médica de la actora con fecha de efectos 10/2020 (así resulta del documento número 1 aportado por la actora en el acto de la vista que se da por reproducido).

**DECIMOSEPTIMO.** - Al producirse una nueva baja médica con fecha 10/2020 en los 180 días siguientes, el INSS resolvió que la baja mencionada lo era por distinta patología de la anterior, por lo que surtiría plenos efectos al tratarse de un nuevo proceso de baja (así resulta del documento número 1 aportado por la actora en el acto de la vista que se da por reproducido)

**DECIMOCTAVO.-** Mediante comunicación de fecha 01/2021, el área de Inspección del SESPA puso en conocimiento de la actora que, en vista de la información que sobre el caso de la actora disponía en relación al proceso de baja iniciado en fecha 26/10/2020, al considerar que su estado de incapacidad temporal tenía unas posibilidades de recuperación improbables a largo plazo y era susceptible de valoración por el INSS la posible existencia de una incapacidad permanente en alguno de sus grados, había iniciado expediente de incapacidad permanente en fecha 01/2021, extendiéndose Parte de Alta por "PROPUESTA DE INCAPACIDAD PERMANENTE" (así resulta del documento número 1 aportado por la actora en el acto de la vista que se da por reproducido).

**DECIMONOVENO.** - La base reguladora de prestaciones, según resulta de la conformidad de las partes, es de euros mensuales y la fecha de efectos el cese en el trabajo.

#### FUNDAMENTOS JURIDICOS

**PRIMERO.** - Solicitando la parte actora, D<sup>a</sup>.  
i, una declaración de una situación de incapacidad permanente absoluta para todo trabajo como pretensión principal y, con carácter subsidiario, el grado de total para



la profesión habitual, es preciso tener en cuenta que el artículo 194 del Texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social dispone que la incapacidad permanente en sus distintos grados se determinará en función del porcentaje de reducción de la capacidad de trabajo que reglamentariamente se establezca, debiendo tenerse en cuenta a efectos de la determinación del grado de la incapacidad, la incidencia de la reducción de la capacidad de trabajo en el desarrollo de la profesión que ejercía el interesado o del grupo profesional en que aquella estaba encuadrada, antes de producirse el hecho causante de la incapacidad permanente. En relación con tal incapacidad la jurisprudencia señala que dicho grado de incapacidad no solo debe ser reconocido al trabajador que carezca de toda posibilidad física para realizar cualquier quehacer laboral sino también a aquel que aún con aptitudes para alguna actividad no tenga facultades para consumir con eficacia las inherentes a una cualquiera de las varias ocupaciones del ámbito laboral, debiendo valorarse, más que la naturaleza o índole de los padecimientos determinantes de las limitaciones, éstas en sí mismas en cuanto impedimentos reales y suficientes para dejar a quién los sufra sin posibilidades de iniciar y consumir las múltiples tareas inherentes a una concreta actividad laboral, teniendo presente que para denegar una incapacidad absoluta, no basta con el hecho de que se pueda realizar una tarea o quehacer cualquiera, siendo preciso en todo caso, llevarlo a cabo con un mínimo de profesionalidad, rendimiento y eficacia. Así mismo, para valorar si se da o no la incapacidad absoluta, no pueden contemplarse otros factores o elementos extraños a los padecimientos del trabajador, como pueden ser la falta de preparación adecuada, la mayor o menor dificultad de encontrar empleo, edad, etc, señalando finalmente que la calificación de la incapacidad, debe resolverse partiendo de la singularidad de cada caso concreto, pues para precisar y fijar con exactitud las aptitudes físicas que le restan a una persona, es preciso valorar o examinar no sólo la enfermedad en sí misma, sino las características personales del trabajador, como integridad, extensión, número de órganos afectados y edad del individuo.

**SEGUNDO.** - La doctrina de los Tribunales superiores de Justicia entiende por incapacidad permanente total el grado de invalidez permanente caracterizado por la existencia de reducciones anatómicas o funcionales que inhabilitan al trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de su profesión habitual siempre que pueda dedicarse a otra distinta. Es decir, para establecer tal incapacidad se requiere: a) un diagnóstico médico de la



PRINCIPADO DE  
ASTURIAS

enfermedad, su carácter permanente y especialmente las alteraciones y disminuciones funcionales objetivas y previsiblemente definitivas que genera, b) un conocimiento de las tareas que la persona debe realizar en su actividad laboral o profesional, c) una correlación entre aquellas limitaciones y los requerimientos físicos y psíquicos de tales tareas, d) una determinación de otros elementos que puedan originar la incapacidad como es la existencia de riesgos propios o de terceros.

**TERCERO.** - Y el examen de la prueba documental y pericial practicada pone de manifiesto que D<sup>a</sup>. no se encuentra en condiciones de realizar ningún tipo de actividad laboral reglada. Presenta una pluripatología (recogiéndose en el informe elaborado por el Médico Evaluador la siguiente clínica "Síndrome de Fatiga crónica/Fibromialgia/Sensibilización Química múltiple. Cardiopatía isquémica tipo angor de esfuerzo. T. adaptativo mixto. Asma bronquial con buen control") que no es de nueva data pero que ha ido evolucionando de forma desfavorable hasta producir limitaciones para el desempeño de su profesión de orientadora formadora, especialmente a partir de 2018 incoándose distintos procesos de baja (así resulta del documento número 1 aportado por la actora en el acto de la vista, que se da por reproducido). La intensidad y la cronicidad de esa pluripatología está bien documentada en los múltiples informes obrantes en autos, entre los que se pueden destacar los siguientes:

- parte interconsulta, de fecha 20/09/2017, firmado por el Dr. y dirigido al Área de Cirugía Maxilofacial del , en el que se recoge lo siguiente "SIGNO/SINTOMA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR / Dolor sostenido en la zona de la ATM izda de meses de evolución, con contractura muscular temporal palpable a temporadas y generación de cefaleas de perfil tensional sostenidas y poco respondedoras a tto convencional. Ya porta férula nocturna y su odontólogo ha limado las cúspides del cordal. Sin alivio. / Expl actual: hipertonia de masetero, dolor en la presión sobre la ATM, temporales simétricas, dolor periocular sin hallazgos en la inspección visual. Orofaringe normal";
- informe emitido en fecha 24/10/2017 por el Servicio de Cirugía Maxilofacial del , en el que se recoge un diagnóstico de "Síndrome miofascial+Wilkes II" y se pauta "nueva férula de descarga oclusal / Envío a rehabilitación";
- informe emitido en fecha 28/11/2017 por el Servicio de Medicina Interna del en el que se indica que la

actora padece de "Fibromialgia/sd fatiga crónica / Mareos en relación con alta ingesta de tramadol+Valium / Anemia ferropénica leve", señalándose que se trata de una paciente "con múltiples quejas somáticas en el contexto del diagnóstico de fibromialgia, astenia, dolor abdominal, distensión, ausencia de ingesta lactosa desde gastroenteritis, mareos, rechaza apoyo salud mental por falta de soluciones a su problema crónico. Dolor actualmente localizado en articulación TM izda sin hallazgos patológicos en pruebas de imagen. Mareos y parestesias en manos que relaciona con esguince cervical postraumático. / En base a anemia ferropénica, sin menstruaciones abundantes, más clínica digestiva solicito gastroscopia para descartar enfermedad celiaca+analítica completa con la revisión con ATG / ... / Ha mejorado del dolor que motivó su consulta a nivel cervical y de articulación temporo mandibular. Ahora refiere otras quejas "picor interno en el pecho" y fatiga, la AP es normal sin sibilancias. / Analítica normal, recuperación de las citas de Hb, y sin ningún dato de actividad inflamatoria. Eosinofilia conocida y estable en probable relación con su alergia a acaros y hongos. Demanda pruebas de alergia que no considero necesarias y no indico. Se descarta enfermedad celiaca. / C maxilo facia: / Expl: Clics tempranos bilaterales, hiperplasia condilea derecha, con mordida cruzada izda y bordeante anterior. Brusismo extremo. Férulas de descarga oclusal incorrectas. Dolor en más de 4 puntos gatillo. No refiere bloqueos articulares. Recomiendan nueva férula y tto rehabilitador", recomendándose valoración por Salud Mental y disminuir la dosis de zaldiar y alternar con ibuprofeno;

- informe clínico emitido en fecha 28/03/2018 por el Dr. -Neurologo-, en el que se recoge lo siguiente "(...) el dolor por el que consulta cabe neuropático. En este contexto es buena indicación mantener CYMBALTA y propongo asociar NOBRITOL nocturno (y suprimir DIACEPAM 5 que toma al acostarse en tanto este preparado lleva la misma dosis, esto es, 5 mg). Si pasado un mes no ha apreciado una mejoría sustancial pasará a NOBRITOL F y mantener al menos un mes. Si la respuesta no fuera convincente, podrán considerarse los neuromoduladores (TOPIRAMATO, ZONISAMIDA, GABAPENTINA, ...)";
- informe emitido en fecha 11/04/2019 por el Servicio de Radiodiagnóstico del se recogen los siguientes hallazgos "Calcificación en relación con el tendón glúteo mediano izquierdo con un eje mayor craneocaudal de 4 mm, hallazgo que se asocia a una bursitis profunda entre

dicho tendón y el tracánter. Por otro lado, tienen una mínima bursitis superficial. / Con respecto a la aparente atrofia de la musculatura glútea izquierda con respecto a la derecha sí que se arpecia mayores estrías grasas en el glúteo y disminución del volumen de los mismos y una clara causa / Alteraciones sacroiliacas sin alteraciones / Nota: Tiene realizada recientemente una de RM de pelvis donde ya se indetificaban en la presencia de algunos quistes en ambos ovarios y discreta cantidad de líquido en fondo de saco de Douglas"

- parte interconsulta, de fecha 23/04/2019, firmado por el Dr. [redacted] dirigido al Servicio de Salud Mental, en el que se consigna lo siguiente "(...) paciente con múltiples problemas de salud, fundamentalmente dolor crónico de semiología coincidente con un síndrome de sensibilización central, muy presente y afectando de forma notable la calidad de vida. Intolerancia a fármacos coadyuvantes tipo pregabablina y gabapentina, si tolera Duloxetina, pero con poca eficacia clínica. Repercusión afectiva importante";
- parte interconsulta, de fecha 23/04/2019, firmado por el Dr. [redacted] y dirigido al Servicio de Medicina Interna, en el que se recoge lo siguiente "FIBROMIALGIA MODERADA/SEVERA+SDME DE SENSIBILIZACIÓN CENTRAL / (...) múltiples problemas en relación con síndromes dolorosos tras patología local más o menos banal, que alcanzan niveles importantes y responden poco o nada a analgesia convencional y coadyuvada, estudiada y dada de alta por Mí tras no obtener otro diagnóstico alternativo con la indicación posible de ser derivada a unidad de referencia en Síndrome de Sensibilización Central (Htal de Barcelona";
- parte interconsulta, de fecha 02/05/2019, firmado por el Dr. [redacted] y dirigido al Servicio de Medicina Interna, en el que se recoge lo siguiente "EOSINOFILIA / Paciente diagnosticada de fibromialgia, asma bronquial, disfunción temporomandibular y lumbalgia crónica, evidencia reciente de bursitis troncanterea activa, que presenta un cuadro compatible con síndrome de sensibilización central (extremo dolor residual a cualquier problema, de intensidad desproporcionada y con una nula efectividad de los tratamientos etiológicos o analgésicos sintomáticos), valorada hace unos meses por todo esto en relación con cuadro de astenia desproporcionada. Se solicita nueva valoración por empeoramiento, asociado a alteración analítica aislada llamativa (eosinfilia marcada, aunque había tenido cifras

límitrofes, se atribuyen a su condición de asmática). Rg valoración”;

- informe emitido en fecha 17/05/2019 por Clínica se dice que “Los déficits cognitivos detectados cuantitativa y cualitativamente en los diferentes tests de la batería neurocognitiva PIEN-B, así como las dificultades cognitivas de vida diaria reportadas por la paciente, se estima que limitan globalmente en un Grado II de III, y llegando al Grado III puntualmente en situaciones de fatiga y sobreesfuerzo. En concreto, junto con la sintomatología física, la sintomatología cognitiva limita en grado notable a la paciente para poder cumplir con las responsabilidades y exigencias laborales como orientadora laboral y formadora, en su puesto de trabajo de intensidad y jornada habituales. (...) Según se desprende de este estudio y a la luz de las pruebas disponibles (...) y habiendo valorado: 1.- Los resultados cuantitativos psicométricos obtenidos en los tests de batería neuropsicológica 2.- Los fenómenos especiales de tales tests, y 3.- las dificultades cognitivas subjetivas reportadas por la paciente en su vida cotidiana, resumo las siguientes conclusiones de presentar como efectos cognitivos propios de padecer Síndrome de sensibilización central (SSC) que incluye Encefalomielitis miálgica/Síndrome de fatiga crónica (EM/SF) y Fibromialgia (FM): / A.- El perfil neurocognitivo defetológico detectado es compatible con el descrito por padecer EM/SFC. Se puede detectar “fatiga cognitiva”, o sea sistémica caída cualitativa o cuantitativa de varios de los percentiles claves de rendimiento nueropsicológico bajo presión temporal y de carga de trabajo. / B.- Considerando los valores cuantitativos y fenómenos cualitativos obtenidos en las 18 pruebas (9+9) y 2 complementarias, los déficits cognitivos encontrados sobre todo con la carga de esfuerzo son variados y de distinta intensidad: / -Deficit en: la memoria a corto plazo (textos-inseguridad mnésica, nube mnésica, bajo beneficio de pistas semánticas); la atención-concentración central (en especial la sostenida), y fenómenos de fatiga cognitiva asociada temporalmente a la carga de esfuerzo temporal físico y mental (caída del rendimiento cuantitativo y cualitativo) / -Deficit algo más leve en: la memoria de trabajo (peor la no-verbal que la verbal), el procesamiento de la información (lentificación, errores no percibidos, microbloqueos) / En el límite bajo la normalidad: alteraciones en el calculo mental (mas dependientes los déficits centrales anteriores, que de la verdadera acalculia) y la memoria inmediata (series verbales-moderada curva de olvido,

intrusiones, dubitación formal de respuestas mnesica). / -Ya dentro de la normalidad estadística, se detectan mermas cualitativas en el pensamiento abstracto teniendo en cuenta el alto nivel premorbido del que parte (investigadora predoctorado) / Respecto al grado de déficit y fatiga cognitiva asociado a cansancio y esfuerzo psicofísico aunque tal esfuerzo no sea objetivamente excesivo, se estima que la paciente se encuentra globalmente en Grado II de III, y pudiendo alcanzar puntualmente Grado III en situaciones de fatiga y esfuerzo / D- El presente estudio corrobora las quejas subjetivas de la paciente (de memoria, de atención y concentración) reflejadas en los informes de Medicina interna (2017) y de Psiquiatría (año 2016), ambos del Hospital Universitario Central de Asturias, lo que sugiere que la sintomatología cognitiva no es actual, sino presente desde hace por lo menos cuatro años, o más. / E.- Este perfil cognitivo defectuológico no se deber primariamente a un trastorno afectivo psicológico o psiquiátrico. Las causas de la sintomatología cognitiva en los SSC (EM/SFC,FM) son orgánicas, aunque no bien conocidas aún. Sin embargo, en momentos de estrés y sobrecarga afectiva, la sintomatología cognitiva es muy susceptible de aumentar. / F.- No cumple los criterios clínicos y psicométricos para poder diagnosticar demencia (o en nueva designación diagnóstica: Trastorno neurodegenerativo mayor) / G.- El trastorno y fatiga cognitiva actual globalmente interfiere intensamente con la funcionalidad de la vida cotidiana y laboral, y se estima que le limita claramente para poder cumplir con sus tareas cotidianas ella sola en contextos vitalmente válidos (casa, aficiones, amistades, trabajo). En concreto, junto con la sintomatología física, la sintomatología cognitiva de forma notable a la paciente para poder cumplir con las responsabilidades y exigencias laborales como orientadora laboral y formadora, en su puesto de intensidad y jornada habituales. / H.- A nivel de pronóstico, el cuadro defectuológico cognitivo en la EM/SFC y cuadro afines, muestra una clara tendencia a la cronificación, con la posible lenta progresión en alguna función cognitiva, y con una más que probable irreversibilidad al nivel premorbido inicial. No aparece descrito en la literatura científica medicación o programa de rehabilitación que muestre evidencia robusta de mejoría cognitiva para los SSC (SFC y FM)";

- informe elaborado en fecha 25/05/2019 por el Dr. . (perteneciente al Hospital Clínico de Barcelona), informe que resulta especialmente ilustrativo en cuanto a la determinación de la pluripatología que padece la

actora y las limitaciones funcionales que conllevan, pues en el mismo se expresa lo siguiente "CORROBORO que el cuadro clínico crónico y complejo de esta paciente corresponde a un SD DE SENSIBILIZACIÓN CENTRAL que incluye FIBROMIALGIA (CIE M79.0) de grado intenso (grado III sobre III), SD DE FATIGA CRONICA (CIE G93.3) de grado moderado (grado II sobre iii) pero afectando a esfera de actividad física y cognitiva y SENSIBILIDAD QUIMICA MULTIPLE con PSEUDOASMA, que valoramos con cuestionario QEES. Como otra comorbilidad tiene Hiperlaxitud ligamentosa, Escoliosis dorsolumbar, Endometriosis, DISAUTONOMÍA con ORTOSTATISMO Y DISTERMIA y SD SECO DE MUCOSAS. Se trata de un conjunto de enfermedades de curso crónico, relacionadas entre sí, con una base antiinflamatoria sistémica. NO le permiten ni hacer el 30% del global de las actividades previas, tanto de esfera física como cognitiva. Previsiblemente será un cuadro persistente, con mala respuesta sintomática y mucha influencia por factores químicos y ambientales. /.../ RECOMENDAMOS: /-Hacer solo una leve actividad física suave en periodos cortos, sin sobreesfuerzos (andar 30' mañana y tarde) -Hacer estiramientos antes de inicio de actividad -DIETA biológica sin grasas animales ni lácteos de origen animal. Reducir pan y pastas. Repartir ingesta en 5 tomas -EVITAR completamente contacto con productos químicos irritantes ambientales -EVITAR contacto con radiaciones electromagnéticas cercanas (telefonía móvil, pantallas, wifis) tanto en ambiente laboral como domestico -Hacer test QEESI de Sensibilidad Química

MEDICACIÓN: Iniciar secuencialmente según tolerancia HIDROALTESONA (1-0-0) hasta Octubre. MAGNOGENE (0-1-0) FLUMIL forte comp 600 mg efervescente /día (3 meses) MELATONINA 1,9 (0-0-2) HIDROFEROL 1 ampolla bebida semanal PHYLARM gotas oculares por la noche RECONNECT (0-1-0) 3 meses. Resto medicación sin cambios. No tomar estrógenos"

- informe emitido en fecha 06/06/2019 firmado por el Dr. en el que se indica que la actora "presenta una reacción con marcada angustia y desesperación. Sigue distintos ttos y entre ellos Zaldiar (3-5 past/día de Zaldiar). Toma 60 mg de Cymbalta, no tolera dosis más altas y tampoco tolera lyrica ni gabapentina. Actualmente en IT. ID: Reacción mixta ansioso depresiva. Tto: Valdoxan 25 (0-0-1), Cymbalta 30 (1-0-0), Valium 5 si precisa. La complejidad del cuadro somático de la paciente hace recomendable un periodo de it hasta la valoración de medicina interna";
- informe de valoración fisiológica emitido en 27/05/2019 por la Dra. ; -Especialista en Medicina del



Deporte y Valoración Funcional en SFC-se recogen las siguientes conclusiones "1. Disminución Moderada de la Capacidad Aeróbica Máxima evaluada a través del consumo máximo de oxígeno Valres inferiores al correspondiente por edad y sexo 61%). Basado en la American Medical Association Guidelines for Impairment Rating (Make & Jones, 1997) el 55, 2% de pacientes con un VO<sub>2</sub> máximo inferior a 20 ml/kg/minutos (19ml/min/kg) y un Umbral anaerobico (12,6ml/min/kg) corresponde a la clase 2 de invalidez, lo que indica una alteración de Grado Moderado. Durante el Re-Testse confirman los datos máximos, disminuyendo el punto de Umbral anaeróbico (stress orgánico), lo que conlleva a realizar la mayor parte del ejercicio a partir de 40 vatios en metabolismo de stress (anaerobico) dependiente exclusivamente de la glucosa como sustrato energético. / 2. Valores de Capacidad de Trabajo en Parametros inferiores (61% del correspondiente por edad y sexo) 6,2METS. La Organización Internacional del Trabajo considera el 40% o menos del consumo máximo de Oxígeno (VO<sub>2</sub> max) como el umbral aceptable para las demandas fisiológicas (SEGURAS) sobre un día de trabajo de 8 horas. En este caso para se limitaría a 8-9ml/kg/min (2,5-3METS). Ejemplos, de actividades con el coste funcional que supondría (hacer la cama necesitamos un consumo de 11,6ml/kg/min) ducharse (7,0ml/kg/min); ir conduciendo al trabajo (8,75ml/kg/min), estar sentado en el ordenador (5,25ml/kg/min). / 3. Alteración del Sistema Nervioso Autónomo. Durante el R-Test se observan cifras tensionales más bajas (al instaurarse la fatiga) y se confirma el mal controlde la Tensión Arterial para permanecer en bipedestación (intolerancia a estar de pie). Durante el Test de Schellong (10minutos) se observa aumento de la percepción de fatiga, inestabilidad y aumento de la FRECUENCIA CARDIACA Y DE LA TENSIÓN ARTERIAL EN EL RE-TESTAL INSTAURARSE LA FATIGA DISAUTONOMÍA. / 4.- Distermia en reposo y en esfuerzo se observa una incompetencia del Sistema vascular periférico para adaptarse a alas demandas de ejercicio físico, que se refleja a través de la medición de la temperatura periférica, observándose una respuesta plana, no observándose el ascenso esperado de la temperatura periférica durante el esfuerzo (vasodilatación). Alteración tanto en cifras alcanzadas como en su comportamiento no existiendo vasodilatación vascular como respuesta al movimiento. Existiendo una HIPOTERMIA y una RESPUESTA ALTERADA al esfuerzo que ponen de manifiesto la alteración del Sistema Nervioso Autonomo que le impide adaptarse y recuperarse de un esfuerzo, generando un



PRINCIPADO DE  
ASTURIAS

malestar pos-tesfuerzo. / 5.- Inflexibilidad Metabolica durante el esfuerzo existiendo una limitación para metabolizar la grasa como sustrato energetico a nivel mitocondrial siendo el metabolismo muy dependiente de del consmo de glucosa poder realizar cualquier actividad sin generar fatiga, aumentando dicha dependencia en el Re-test (gráficas) / 6.- Otros: Dicha disminución de la capacidad funcional no puede ser atribuible al sedentarismo en el cual la capacidad funcional puede estar disminuida hasta un 20-25% y no un 39% como en este caso".

- informe emitido en fecha 14/08/2019 por Clínica se recoge un diagnóstico de cardiopatía isquémica tipo angina de pecho de esfuerzo y se pauta "Masdil 60 (...), Nitroplast 5 (...), Adiro 100 (...), Cafinitrina si precisa (...), Pendiente TAC de arterias coronarias (realizar en el Centro Médico de Asturias), Revisión después del TAC coronario";
- informe emitido en fecha 25/09/2019 por el Dr. -perteneciente al Servicio de Medicina Interna del Centro Médico se recoge el siguiente juicio clínico "Hiperreactividad/Asma bronquial / Terreno celiaco, por el momento sin haberse evidenciado "lesión intestinal", Gastritis y Helicobacter pylori erradicado en 2009 / Cefaleas migrañoso-tensionales y Disfunción témporo-mandibular/Bruxismo / Dolor pélvico crónico, sin confirmarse por el momento fondo endométrico. Fibroadenoma de mama bilateral / Síndrome/complejo de Fibromialgia-Fatiga Crónica-Sesnsibilidad Quimica Multiple, con predominio de dolor y de astenia, en grado moderado a aevero, con Limitación funcional. / Fondo distémico-depresivo, en gran parte adaptativo y agravado por la sintomatología general somática, en Apoyo psicofarmacológico", y se refleja el siguiente tratamiento "Por el momento, aún a falta de confirmación de un fondo celiaco, sigue Dieta sin gluten y con precaución respecto a los Lacteos / Como medicación gastroprotectora, ZANTAC 150mg (...) / Para los dolores osteoarticulares, por el momento: NAPROXYN 500mg (...) y como medicación complementaria alternará ZALDIAR y/o DOLOCATIL 650mg (...) / Como medicación psicofarmacológica, CYMBALTA 60mg (...) y DUNA 2,5mg (...) / Como suplementos vitaminico-férricos: FOLI-DOCE (...), FLORAVITAL jarabe (...) e HIDROFEROL (...) / Si lo precisa como medicación inhalada ALVESCO 160 (...) / Pendiente tratamiento hormonal por Ginecología / Es imporante el Apoyo por Fisioterapia/Rehabilitación, así como el Apoyo psicoterapéutico". Asimismo, se añade la siguiente nota "Tengase en cuenta la intensidad y la cronicidad de su

patología, bien documentada en múltiples informes, a efectos de de la consideración de la Baja Laboral"

- informe emitido en fecha 03/10/2019 por el Servicio de Neumología del que en el apartado impresión diagnóstica recoge "Asma bronquial, buen control" y en el pauta "Relvar 92/22: 1 inhalación cada 24 horas. Luego enjuagar y lavar la boca".
- informe emitido en fecha 21/10/2019 por el Servicio de M. Interna del en el que se indica lo siguiente "(..) los estudios realizados resultan normales y el cuadro clínico es compatible y ha sido diagnosticado en otro centro de síndrome de fatiga crónica. / Tiene realizado recientemente cuestionaria QEESI de sensibilidad química múltiple positivo grado II-III/IV en el hospital clínico de . / Estudiada de problema de dolor torácica se le diagnostica de cardiopatía isquémica por test de esfuerzo positivo clínico y eléctrico en clínica pendiente de completar estudios por cardiología del Alta por MI"; h) informe emitido en fecha 23/10/2019 por el Dr. , en el que se indica "Revisión de su proceso. Diagnosticada de sensibilidad química múltiple. A mayores diagnosticada por fibromialgia y astenia crónica. Valorada en Clínica se habla de déficit cognitivo en este contexto. Algias múltiples I aparentes de predominio torácico que en Urgencias no se detectó nada. Valorado privadamente por Cardiología, se hace Ecocardiograma normal con prueba de esfuerzo positiva clínica y EKG para isquemia con descenso de ST en 1 mm en cara inferior y v3-4-5-6 que se normaliza en 4 minutos. Se inició tratamiento con Madil 60 1-1-1. Nitroplast 5 mg un parche diario. Cafinitrina sí. Está yendo a Psiquiatría, donde tras varios ajustes se ha logrado dejar solo con Cymbaltia 60 mg 1-0-0 y Diacepam 5mg 0-0-1 así a mayores si precisa. / Valorada por Medicina Interna, con test positivo H Pilory que se pauto tratamiento sin mejoría aparente. / Valorada en Digestivo, se hace manometría esofágica con normalidad al límite bajo para mantener perístasis: / Valorada por Dr. a donde se habla de QUESI configurando grado II-III/IV según SANOMA", se indica que el tratamiento, en ese momento, incluía los siguientes fármacos: Zolmitriptan, Naproxeno, Utrogestán, Lexxema tópica, Cafinitrina sí (si precisa), Famotidina, Benerva, Relva Inhalator, Zalciar, Diacepam, Hidroferol, Cymbalta, Ubiquinol y Hemaplex II; y se recoge que "Dada la múltiple problemática de la paciente, consensuamos: / Utilizar Naproxeno sódico 550 mg 1-2 cp para dolor si

precisa / Si no eficacia, emplear en segunda línea Zolmitripan pero a dosis de 5mg tope. / Envío a unidad de Cefaleas para valorar posibilidad de toxina butolínica dada comorbilidades e incapacidad para tolerar otros tratamientos. / Dado que el caso de la paciente excede con mucho la patología neurológica es recomendable valoración en Unidad Especializada en Síndrome de Sensibilidad Química/Astenia crónica”;

- parte interconsulta emitido en fecha 29/10/2019 por el Dr. [redacted] y dirigido al Servicio de Reumatología del H. [redacted] se expone lo siguiente “FIBROMIALGIA SERVERA, SDME DE FATIGA CRONICA+SDME DE SENSIBILIZACIÓN CENTRAL / Paciente conocida, en reuma de [redacted] con los diagnosticos previos, que precisa un informe de cara a tramitación de minusvalía. Muy afectada para las actividades de la vida diaria”;
- informe médico emitido en fecha 28/05/2020 por el Dr. [redacted] (documento número 2 aportado por la actora en el acto de la vista que se da por reproducido), la actora presenta los siguientes problemas de salud: “06/2000-ASMA EXTRÍNSECA CONFIRMADA POR METACOLINA / 06/2007-MIGRAÑA REFRACTARIA / 04/2009-MAMA NODULO FIBROADEMONAS / 09/2011-LUMBALGIA (SIN IRRADIACION) CRONICA CON FIBROMIALGIA REACTIVA / 11/2014-FIBROMIALGIA SEVERA, SDME DE FATIGA CRÓNICA+SDME SENSIBILIZACIÓN CENTRAL / 05/2015-COXALGIA DERECHA. HERNIACIÓN SINOVIAL / 05/2015-ENDOMETRIOSIS / 11/2015-FIBROMA (ÚTERO) / 09/2016 REACTIVA DEPRESIÓN / 06/2017-ODINOFAGIA ALTA (DOLOR FARINGEO PERSISTENTE) / 01-2019-ESPASMO NE ESOFÁGICO? / 01/2019-ANGINA DE ESFUERZO NO ARTERIOESCLERÓTICA / 04/2019-SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA / 05/2019-EOSINOFILIA / 05/2019-GASTRITIS CRÓNICA H PYLORI+TTO ERRADICADOR / 05/2019-SÍNDROME DISAUTONÓMICO (ORTOSTATISMO Y DISTERMIA) / 07/2019-ADEMONA DE TIROIDES / 10/2019-EPICONDITIS Dercho/a / 02/2020-TRONCANTERITIS / 04/2020-ALTERACIÓN NUTRICIONAL”, consignándose en el apartado de observaciones que “Dada la patología múltiple y compleja de esta paciente, se le recomendó consultar con un especialista de enfermedades autoinmunes específicamente capaz de valorar cuadros de este tipo. / De acuerdo con este consejo, la paciente ha sido examinada por el Dr. [redacted] (internista del H. Clínico de [redacted], especialista en enfermedades autoinmunes) que recoge en un informe actual: / “Empeoramiento evolutivo de su cuadro clínico crónico y complejo por Sensibilización Central que incluye Fibromialgia de grado Intenso (III/III), Síndrome de fatiga crónica de grado moderado e intenso (II-III/III) pero afectando a esferas de actividad física y cognitiva y Sensibilidad química



ADMINISTRACION  
DE JUSTICIA

múltiples con Pseudoasma, valorada como grado II-III por cuestionario QEESI. Otras comorbilidades relacionadas: migraña refractaria de difícil control, hiperlaxitud ligamentosa, escoliosis dorsolumbar, endometriosis, Disautonomía con ortostatismo y distemia y síndrome seco de mucosas. Este conjunto de enfermedades está cursando de forma crónica, y se consideran relacionadas entre sí con base en un cuadro autoinflamatorio sistémico. NO han mejorado con ILT prolongada. No le permiten hacer ni el 30% del global de las actividades previas, tanto de la esfera física como cognitiva. Previsiblemente el cuadro persistirá, con mala respuesta sintomática y mucha influencia por factores químicos y ambientales, puesta hasta ahora ha intolerado muchos de los tratamientos farmacológicos que se han testado, lo que limita mucho la respuesta terapéutica esperable. / Se le recomienda mantener una actividad física suave muy leve y en periodos cortos de no más de 10 minutos mañana y tarde, con estiramientos antes del inicio de la actividad, dieta biológica sin grasas animales ni lácteos, reduciendo pan y otros derivados de cereal, en ingestas pequeñas, y evitar completamente contacto con productos químicos irritantes ambientales y con radiaciones electromagnéticas cercanas, tanto en ambiente laboral como doméstico";

- informe del Servicio de Cardiología de la Clínica documento número 3 aportado por la actora en el acto de la vista que se da por reproducido), emitido en fecha 14/08/2019 por el Dr. , se recoge que la actora padece de cardiopatía isquémica tipo angina de pecho de esfuerzo;
- informe de (documento número 4 aportado por la actora en el acto de la vista, que se da por reproducido), emitido por los Dres. y en fecha 16/07/2010, se recoge que la actora esta diagnosticada de "SINDROME DE SENSIBILIZACIÓN CENTRAL / FIBROMIALGIA / SINDROME DE FATIGA CRONICA / SENSIBILIDAD QUIMICA MULTIPLE / PSEUDOASMA / DISAUTONOMÍA con Ortoestatismo y Distemia / MIGRAÑA REFRACTARIA / SINDROME ANSIOSO DEPRESIVO", siguiendo tratamiento en Hospital Clínico de con el Dr. y que "Se trata de una paciente con una larga evolución de dolor generalizado miofascial, osteoarticular a la que se han añadido todos los diagnósticos referidos con anterioridad. / Imposible realizar exploración física, severa intolerancia a maniobras exploratorias / Actualmente dependiente de POLIFARMACIA, sin control en dosis de algunos fármacos (Valium...) / Dadas las características que presenta la



PRINCIPADO DE  
ASTURIAS

paciente RECOMENDAMOS / VALORACIÓN POR MEDICINA INTERNA (Solicitada consulta Dr. MÉDICO DE ) / VALORACIÓN DE POSIBLE INGRESO HOSPITALARIO para proceso de reducción de POLIFARMACIA Y REONSIDERACIÓN DE TRATAMIENTOS”;

- informe del Servicio de Neurología del \ (documento número 5 aportado por la actora en el acto de la vista que se da por reproducido), emitido en fecha 06/08/2020 por el Dr. , se consigna en el apartado evolución que la actora “*Sigue mal. Con dolores diarios a múltiples niveles. En concreto tiene cefalea hemicraneal izquierda diaria, con fotofobia, sonofobia y clinofilia. Va tomando múltiples analgésicos para paliar la situación. Ha probado múltiples preventivos sin respuesta. Se derivó a Unidad de Cefaleas pero se decidió volver a enviar a la Consulta General. En concreto, comentamos que ha probado varios antidepressivos, antiepilépticos (en concreto, Topiramato, Zonegram, Gabapentina y Lyrica) y se pauta tratamiento farmacológico (Imigran 50 -un comprimido al inicio del dolor de cabeza que puede repetir a las dos horas-, Inacid 75 -un comprimido cada 12 horas durante 7 días, un comprimido diario durante 7 días y suspender. Posteriormente podrá tomarlo solo puntualmente-, Candesartan 8 -medio comprimido nocturno. Si al mes no ha mejorado, podrá tomar 1 comprimido) y revisión;*
- informe clínico del Servicio de Salud Mental del \ (documento número 6 aportado por la actora en el acto de la vista, que se da por reproducido), emitido en fecha 21/12/2020 por la Dra. se recoge la actora tuvo “*Primer contacto en el CSM II de ( en octubre de 2016 diagnosticada de episodio depresivo y fibromialgia. Posteriormente, retorna al CSM en junio 2019 con síntomas compatibles con una reacción mixta ansioso-depresiva, debido a las limitaciones asociadas a un síndrome de sensibilidad central diagnosticado por médico privado en / Presenta una afectación anímica reactiva a diversas patologías físicas, sintomatología de baja autoestima, aumento de la reacción emocional a los dolores, irritabilidad, pérdida de apetito y peso, aislamiento, disminución de atención y concentración e ideas de muerte. Ruptura de identidad secundaria a cuadro doloroso y posible no aceptación de la enfermedad. Patrón de pensamiento rígido. Refiere pérdida de ilusión, marcada clinofilia, anergia. Escasa red de apoyo social. Agotamiento psicológico. / Actualmente a seguimiento por Psicología Clínica y consultas puntuales con Psiquiatría. En la última consulta con Psicología Clínica, el día 9/11/2020, se*



ADMINISTRACION  
DE JUSTICIA

- aprecia escasa evolución en la sintomatología y en toma de decisiones. Se decide realizar Interconsulta a Psiquiatría para valorar ajuste de tratamiento farmacológico. Continuará seguimiento en este mismo CSM";
- informe del Servicio de Medicina Interna del CENTRO MÉDICO DE [redacted] (documento número 7 aportado por la actora en el acto de la vista, que se da por reproducido), emitido en fecha 24/11/2020 por el Dr. [redacted] se recoge que la actora es "una paciente estudiada en diferentes especialidades y centros hospitalarios tras cuyas diferentes pruebas complementarias ha recibido los diagnósticos de fibromialgia, sensibilidad química múltiple/central, pseudoasma y cefalea mixta. En la actualidad su carga farmacológica se ha incrementado de forma progresiva sin traducción en un beneficio clínico neto, siendo imposible precisar a ciencia cierta las dosis consumidas (vive sola) o descartar interacciones/efectos secundarios de las mismas. / Es de interés subrayar que se entrelazan fármacos antihipertensivos por su migraña con analgésicos antiinflamatorios no esteroideos, opiáceos, nitratos, anti-histaminicos, hormonas, antidepresivos, benzodiacepinas, inhaladores... pudiendo llegar a consumir en el mismo día hasta 20 principios activos diferentes, algunos de ellos duplicando la misma familia. A nuestro juicio esta carga terapéutica resulta llamativa y posiblemente desproporcionada, recomendándose en su visita previa internamiento para desescalada farmacológica controlada / supervisada, en centro específico y bajo apoyo de psicoterapia. Dispone además de informe alternativo de M. Interna tras ser valorada ambulatoriamente en agosto de 2019 (Dr. [redacted]");
  - informe clínico del Servicio de Salud Mental del [redacted] (documento número 8 aportado por la actora en el acto de la vista, que se da por reproducido), se indica que la actora está a "seguimiento por Psicología Clínica y consultas puntuales con Psiquiatría. En la última consulta con Psicología Clínica, el día 9/11/2020, se aprecia escasa evolución en la sintomatología. El trabajo psicoterapéutico se orienta hacia la aceptación de las limitaciones de la enfermedad y en toma de decisiones. Se decide realizar Interconsulta a Psiquiatría para valorar ajuste tratamiento farmacológico. / Continuará seguimiento en este mismo CSM";
  - informe del Servicio de Medicina Interna emitido por Hospital Clínico [redacted] (documento número 9 aportado en el acto de la vista por la parte demandada, que se da por reproducido, informe de especial importancia pues no solo interrelaciona todo el cuadro



PRINCIPADO DE  
ASTURIAS



patológico intenso y crónico que padece la actora, sino que además viene a detallar las limitaciones derivadas del mismo), emitido por el Dr. en fecha 12/05/2020, se valora que la actora presenta "empeoramiento evolutivo de su cuadro crónico y complejo por SENSIBILIZACIÓN CENTRAL que incluye FIBROMIALGIA (CIE M7.0) de grado intenso (grado III sobre III), SD DE FATIGA CRÓNICA (CIE G93.3) de grado moderado a intenso (grado II-III sobre III) pero afectando a esferas de actividad física y cognitiva y SENSIBILIDAD QUÍMICA MULTIPLE con PSEUDOASMA, valorada como grado II-III por cuestionario QEESI. Como otra comorbilidad tiene MIGRAÑA REFRACTARIA de difícil control, Hiperlaxitud ligamentosa, Escoliosis dorsolumbar, Endometriosis, DISAUTONOMIA con ORTOSTATISMO y DISTERMIA y SD SECO DE MUCOSAS. Como ya hemos comentado previamente, está siendo un conjunto de enfermedades de curso crónico, relacionadas entre sí, con una base autoinflamatoria sistémica. No ha mejorado con ILT prolongada. No le permiten hacer ni el 30% del global de las actividades previas, tanto en la esfera física como cognitiva. Previsiblemente será un cuadro persistente, con mala respuesta sintomática y mucha influencia de factores químicos y ambientales. Intolera muchos de los tratamientos farmacológicos establecidos, hecho que limita mucho la respuesta terapéutica esperable", por ello se recomienda "Mantener solo una leve actividad física suave en periodos cortos, sin sobreesfuerzos (andar 10' mañana y tarde)- Hacer estiramientos antes de inicio de actividad - DIETA biológica sin grasas animales ni lácteos de origen animal. Reducir pan y pastas. Repartir ingesta en 5 tomas. - EVITAR completamente contacto con productos químicos irritantes ambientales - EVITAR contacto con radiaciones electromagnéticas cercanas (telefonía móvil, pantallas, wifis) tanto en ambiente laboral como doméstico - MEDICACIÓN: Iniciar PROCORALAN 5 (1-0. 0) hasta Octubre. MAGNOGENE (0-1-0). MELATONINA 1,9 (0-0-2). En vez de VALIUM, intentar DEPRAX 100 (0-0-1/2). PHYLARM gotas oculares por la noche. RECONNECT (0-1-0) 3 meses. MERITENE hiperproteico 1 sobre al día. Resto de medicación sin cambios. No tomar estrógenos":

Esta pluripatología carácter complejo y crónico, y los síntomas tanto físicos como psíquicos que lleva asociados impiden a la actora todo tipo de actividad laboral. En este sentido, ha de recordarse que el Área de Inspección del SESPA entiende, en la comunicación de fecha 14/07/2021, que, teniendo en cuenta el conocimiento del estado de la paciente a



PRINCIPADO DE  
ASTURIAS



ADMINISTRACION  
DE JUSTICIA

través de distintas consultas que se habían realizado, su actual estado de incapacidad temporal tenía posibilidades de recuperación improbables a largo plazo. Asimismo, el empeoramiento del cuadro evolutivo de la pluripatología física y psíquica que padece la actora está bien documentado a través de los distintos informes médicos obrantes en autos (emitidos por distintos especialistas en Medicina Interna y Salud Mental, que han examinado a la actora tanto en privado como en el sistema público de salud), que evidencian que la actora sufre un conjunto de patologías crónicas que le impiden efectuar cualquier faena o tarea, y llevarla a cabo con un mínimo de profesionalidad, rendimiento y eficacia y la priva de la posibilidad de consumirla en régimen de dependencia de un empresario durante la jornada laboral, sujetándose a un horario, actuando consecuentemente con las exigencias, de todo orden, que comporta la integración en una empresa, dentro de un orden preestablecido y en interrelación con los quehaceres de otros compañeros. A mayor abundamiento ha de destacarse que, según resulta de la extensa y detalla pericial elaborada por la Dra.

-quien en el acto del plenario se afirmó y ratificó en la misma, no es esperable, en relación a la pluripatología padecida por la actora, una mejoría suficiente, pues el curso de su cuadro clínico es evolutivo cronificado y claramente limitante, con un empeoramiento funcional tanto a nivel físico como psíquico tras los distintos brotes de la enfermedad (circunstancia bien documentada a través de la amplísima documental médica obrante en autos y a la que se ha hecho referencia anteriormente), por lo que difícilmente podría mantener ninguna actividad laboral con regularidad ni eficiencia por muy sedentaria que ésta fuera, presentando grandes limitaciones tanto para la vida social y familiar como en su autonomía. Y es que no podemos olvidar que desempeñar una profesión significa la posibilidad de dedicarse a ella con habitualidad, dedicación, eficacia y rendimiento, y que la capacidad del sujeto afectado de determinadas limitaciones patológicas no puede deducirse exclusivamente de de la clase de lesiones o enfermedades que padece, sino que hay que atender fundamentalmente al efecto negativo que éstas producen en su aptitud para desempeñar un trabajo, pues las incapacidades permanentes que la Ley define son esencialmente profesionales. En el caso examinado en el presente procedimiento resulta acreditado que la actora presenta un cuadro incidente tanto en profesiones de significado físico como profesiones con requerimientos intelectuales, lo que supone, partiendo del conjunto de la



PRINCIPADO DE  
ASTURIAS





social colegiado para la tramitación del recurso al momento de anunciarlo.

Así por esta mi Sentencia, lo pronuncio, mando y firmo.

