

PRESENTACIÓN: Cuando el paciente quiere trabajar pero sus limitaciones se lo impiden, generando conflictividad y despidos.

INTRODUCCIÓN

Se nos presenta el caso de un paciente de 36 años que a raíz de un grave traumatismo cráneo-encefálico por accidente de trabajo se le concedió una **I.P. Absoluta en el 2001**, pero **él mismo promovió su rebaja a I.P. Total en el 2004 (al no alegar limitaciones funcionales) por su deseo de intentar trabajar y no tener conciencia de sus limitaciones.**

A partir de entonces desarrolló una constante problemática laboral y social, despidos y conflictos personales, derivado de sus déficits cerebrales.

Sin embargo, la Mutua ya no aceptó la revisión de grado, manteniendo la I.P. Total.

Abordaremos a continuación el estudio médico-laboral del caso, a partir de la Historia Clínica y reconocimiento médico, para fundamentar desde la óptica médica un caso de inhabilitación ocupacional para cualquier profesión.

A) RELACIÓN CRONOLÓGICA DE DOCUMENTACIÓN EXAMINADA CON SELECCIÓN DE DATOS DE INTERÉS MÉDICO-LABORAL

1. INSS. RESOLUCIÓN. 19-12-2001

* Profesión: *Engrasador-lavacoches*

* *Accidente de trabajo*

* Cuadro clínico residual:

-*Secuelas de politraumatismo*

* Limitaciones orgánicas y funcionales:

-*Abstenerse de actividades de riesgo como precaución elemental*

* **I.P. Absoluta**

2. SENTENCIA 14-11-2002. JUZGADO N° 1 XÁTIVA.

HECHOS PROBADOS. ÚNICO.

(...) Como secuelas le han quedado una hemianopsia lateral homónima completa valorada en 40 puntos, un **síndrome orgánico de la personalidad** valorado en 35 puntos, una fractura-acuñamiento de L2 valorada en 10 puntos, una luxación acromio-clavicular inveterada de 3 puntos y un foco irritativo encefálico postraumático valorado en 3 puntos (...)

3. INSS. RESOLUCIÓN. 22-6-2004.

HECHOS

1.- Las lesiones que presentaba al tiempo de la declaración que hoy se revisa de oficio eran las siguientes: Secuelas de politraumatismo.

2.- El trabajador fue declarado el 26-10-2001 afecto de I.P. Absoluta

3.- Se aprecia mejoría del cuadro. No precisa tratamiento farmacológico ni psicológico. **No refiere limitaciones** orgánicas o funcionales permanentes de carácter invalidante.

*** Revisión de grado. Afecto de I.P. Total**

4. G.V. DICTAMEN DE DISCAPACIDAD. 23-6-2006

1º. Crisis no convulsivas generalizadas por epilepsia.

2º. Limitación funcional de columna por fractura

3º. Limitación funcional en miembro superior izqdo por tendinopatía

4º. Pérdida agudeza visual binocular moderado por trastorno vía óptica

* Grado limitaciones 51%; FSC 2P; Discapacidad **53%**

5. AVS. INFORME NEUROLOGÍA. 20-6-2011

* Déficit cognitivo secuela diferida de TCE grave en 2000.

* Queda con secuelas de tipo cognitivo (inatención, bradipsiquia, problemas de memoria y de orientación espacial) que se han hecho más patentes al intentar incorporarse a la actividad laboral.

* El TAC cerebral muestra una extensa área porencefálica temporal dcha residual al traumatismo.

* Sus secuelas carecen de tratamiento específico.

6. HOSPITAL LL. ALCANYÍS. RM CEREBRO. 25-4-2016

* Datos clínicos: Historia de TCE, **quejas cognitivas múltiples**.

* Alteración de señal corticosubcortical occipitotemporo-parieto-frontal dcha, con efecto de retracción que sugieren cambios encefalomalácicos

* Restos hemosideróticos

* Signos de atrofia corticosubcortical

7. HOSPITAL LL. ALCANYÍS. RM LUMBAR. 25-4-2016

* Datos clínicos: ***Dolor lumbar desde hace años antecedente accidente de tráfico***

* Acuñaamiento de L2 con irregularidad e impronta mínima sobre LCR

* Discopatías degenerativas

* L1-L2: Protusión discal que impronta sobre saco tecal reduciendo receso lateral dcho.

* L4-L5: mínimo abombamiento discal

* L5-S1: Protusión discal con focalización herniaria de base ancha que impronta sobre saco tecal con estenosis de recesos laterales y perirradiculares

8. GABINETE DE PSICOLOGÍA Y APRENDIZAJE
INFORME PSICOLÓGICO. 16-7-2016

* Acude para valoración por secuelas cognitivas múltiples (pérdida de memoria) y secuelas físicas (dolor lumbar) que padece desde un accidente de tráfico el 23-6-2000 que según documentación tuvo como consecuencias:

-Síndrome de Moria (frontalización)

-Foco irritativo post-traumático sin crisis comiciales

-Fractura acuñaamiento L12. Luxación acromio-clavicular inveterada

-Hemianopsia lateral homónima completa

* Disminución de las capacidades cognitivas que han derivado en problemas para mantener un trabajo

CONCLUSIÓN-DIAGNÓSTICO:

* La última prueba de RM cerebral practicada el 24-6-2016 determinó signos de atrofia córtico-subcortical que puede cursar con un deterioro cognitivo.

* Disminución significativa de la capacidad del paciente para retener la información. Tiene problemas en el reconocimiento de la información visual, memoria a corto plazo, memoria a largo plazo y memoria de trabajo (almacenamiento y manipulación de la información).

* Las puntuaciones alcanzadas en las funciones ejecutivas (fluidez ideacional y fluidez verbal) se observan puntuaciones bajas para la edad del paciente.

* Nivel de inteligencia plenamente suficiente.

* Cumple los criterios para: "Cambio de personalidad debido a TCE, tipo combinado"

* Presentando deterioro de funcionamiento personal:

-Funcionamiento social: deterioro importante

-Concentración, constancia y ritmo: deterioro importante

-Deterioro o descompensación en el trabajo (adaptación): deterioro grave

9. HOSPITAL LL. ALCANYÍS. MED. INTERNA. 14-10-2016

* Accidente de tráfico en el 2000 con TCE grave y secuelas: *Quejas cognitivas (falta de atención, quejas mnésicas y alteración orientación).*

* Seguido en Neurología hasta 2011. TC: *Lesión isquémica crónica en lóbulo temporal dcho (ACM dcha)*

*** Se le concedió una invalidez permanente que el paciente rechazó por querer mantenerse activo. Ha realizado numerosos empleos pero no ha podido permanecer en ninguno por fallos relevantes.**

* El paciente expresa claramente que no es capaz de realizar sus tareas laborales (ha trabajado hasta ahora en un almacén y confundía los destinos de los paquetes para envío, olvida que es lo que tiene que hacer o las órdenes, precisa de apoyos visuales para mejorar sus déficits), olvida dónde ha dejado el coche y no reconoce a personas cercanas cuando camina por la calle. Es plenamente consciente de los déficits e intenta hacer verdaderos esfuerzos compensatorios. Se anota los datos, usa trucos de imagen para recordar pero aún así no es capaz de realizar todas las tareas.

* Se anota resultado de RM cerebral

* **Test Neuropsicológico:**

-Disminución significativa para retener la información. Problemas de reconocimiento de la información visual, en memoria a corto plazo y memoria de

trabajo (almacenamiento y manipulación de información). Con ello la capacidad de aprendizaje y de nuevas tareas se encuentra mermada.

-Funciones ejecutivas (fluidez ideacional y verbal): puntuaciones bajas

-Concentración, constancia y ritmo de trabajo: deterioro importante

-Deterioro o descompensación en el trabajo (adaptación): deterioro grave

-Juicio Clínico: Secuelas de TCE grave

-Conclusiones: Situación irreversible en fase secular de TCE. Presenta disfunción ejecutiva, pérdida de memoria a corto plazo y de trabajo que le limita en la adquisición de aprendizaje y nuevas tareas y con ello un trabajo no adaptado

10. INSS. DICTAMEN PROPUESTA. 10-3-2017

HECHOS

1.- El trabajador fue declarado el 22-6-2004 afecto de I.P. Total derivada de accidente de trabajo.

2.- En la actualidad presenta:

* **Déficit cognitivo, secuela diferida de TCE grave en 2000. Trastorno déficit de atención**

* Debe continuar afecto de I.P. Total

11. C. SANITAT. HISTORIA CLÍNICA RESUMIDA. 6-2-2019

* Problemas activos relacionados con el caso de Incapacidad Permanente:

-Post TCE. Amnesia disociativa. Lumbalgia. Trastorno déficit de atención. Vértigo y mareos. Trastorno amnésico.

B) CUADRO PATOLÓGICO

Del análisis de la Historia Clínica y del reconocimiento médico se desprende que el paciente presenta el siguiente cuadro patológico objetivo y permanente:

1. SECUELAS DERIVADAS DE TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO.

1.A. AVS. INFORME NEUROLOGÍA. 20-6-2011

* Déficit cognitivo secuela diferida de TCE grave en 2000.

* **Queda con secuelas de tipo cognitivo (inatención, bradipsiquia, problemas de memoria y de orientación espacial) que se han hecho más patentes al intentar incorporarse a la actividad laboral.**

* El TAC cerebral muestra una extensa área porencefálica temporal dcha residual al traumatismo.

* Sus secuelas carecen de tratamiento específico.

1.B. HOSPITAL LL. ALCANYÍS. RM CEREBRO. 25-4-2016

* Datos clínicos: Historia de TCE, quejas cognitivas múltiples.

* Alteración de señal corticosubcortical occipitotemporo-parieto-frontal dcha, con efecto de retracción que sugieren **cambios encefalomalácicos**

* Restos hemosideróticos

* Signos de **atrofia corticosubcortical**

1.C. INFORME PSICOLÓGICO. 16-7-2016

* La última prueba de RM cerebral practicada el 24-6-2016 determinó signos de **atrofia** córtico-subcortical que puede cursar con un deterioro cognitivo.

* **Disminución significativa de la capacidad del paciente para retener la información. Tiene problemas en el reconocimiento de la información visual, memoria a corto plazo, memoria a largo plazo y memoria de trabajo (almacenamiento y manipulación de la información).**

* **Las puntuaciones alcanzadas en las funciones ejecutivas (fluidez ideacional y fluidez verbal) se observan puntuaciones bajas para la edad del paciente.**

* Nivel de inteligencia plenamente suficiente.

* Cumple los criterios para: “Cambio de personalidad debido a TCE, tipo combinado”

* **Presenta deterioro de funcionamiento personal:**

-**Funcionamiento social: deterioro importante**

-**Concentración, constancia y ritmo: deterioro importante**

-**Deterioro o descompensación en el trabajo (adaptación): deterioro grave**

1.D. HOSPITAL LL. ALCANYÍS. MED. INTERNA. 14-10-2016

* **Test Neuropsicológico:**

-Disminución significativa para retener la información. Problemas de reconocimiento de la información visual, en memoria a corto plazo y memoria de trabajo (almacenamiento y manipulación de información). Con ello la capacidad de aprendizaje y de nuevas tareas se encuentra mermada.

-Funciones ejecutivas (fluidez ideacional y verbal): puntuaciones bajas

-Concentración, constancia y ritmo de trabajo: deterioro importante

-Deterioro o descompensación en el trabajo (adaptación): deterioro grave

-Juicio Clínico: Secuelas de TCE grave

-Conclusiones: Situación irreversible en fase secuelar de TCE. Presenta disfunción ejecutiva, pérdida de memoria a corto plazo y de trabajo que le limita en la adquisición de aprendizaje y nuevas tareas y con ello un trabajo no adaptado

2. SECUELAS DERIVADAS DE TRAUMATISMO COLUMNA LUMBAR.

HOSPITAL LL. ALCANYÍS. RM LUMBAR. 25-4-2016

* Datos clínicos: **Dolor lumbar desde hace años antecedente accidente de tráfico**

* Acuñaamiento de L2 con irregularidad e impronta mínima sobre LCR

* Discopatías degenerativas

* L1-L2: Protusión discal que impronta sobre saco tecal reduciendo receso lateral dcho.

* L4-L5: mínimo abombamiento discal

* L5-S1: Protusión discal con focalización herniaria de base ancha que impronta sobre saco tecal con estenosis de recesos laterales y perirradiculares

C) CONSIDERACIONES MÉDICO-LABORALES

1. El cuadro patológico descrito es de naturaleza orgánica, crónica e irreversible.
2. El paciente presenta un cuadro Neuropsicológico complejo que disminuye la calidad de vida. Se trata de una conjunción de síntomas y déficits con deterioro cognitivo, que le impiden acceder de forma competitiva al mercado laboral, al valorarse como no apto desde la óptica médica.
3. Dicho cuadro patológico, por las características de la sintomatología, intensidad y peculiaridad, impiden el cumplimiento de obligaciones ocupacionales de una forma reglada, eficaz y responsable.
4. Los síntomas y déficits que presenta constan en la Historia Clínica, y son muy limitantes para la vida laboral. Son los siguientes:
 - Déficit de atención, enlentecimiento psíquico (*bradipsiquia*), desorientación espacial
 - Disminución en la capacidad para retener la información
 - Problemas en el reconocimiento de la información visual, memoria a corto plazo, memoria a largo plazo y memoria de trabajo (*almacenamiento y manipulación de la información*).
 - Puntuaciones bajas en las funciones ejecutivas (*fluidez ideacional y fluidez verbal*)
 - Presenta deterioro de funcionamiento personal:
 - .Funcionamiento social: deterioro importante
 - .Concentración, constancia y ritmo: deterioro importante
 - .Deterioro o descompensación en el trabajo (*adaptación*): deterioro grave
 - Conclusiones: Situación irreversible en fase secuelar de TCE. Presenta disfunción ejecutiva, pérdida de memoria a corto plazo y de trabajo que le limita en la adquisición de aprendizaje y nuevas tareas y con ello un trabajo no adaptado
5. El paciente lleva tres años sin intentar trabajar.

Dr. Evelio González Prieto
Especialista en Medicina Legal y Forense
www.eveliogonzalez.com